



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

# Nedonošené děti v mateřské škole z pohledu učitelky

Vypracovala: Veronika Marková

Vedoucí práce: PaedDr. Helena Havlisová, Ph.D.

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích, 24. března 2017

Veronika Marková

## **Poděkování**

Děkuji PaedDr. Heleně Havlisové, Ph.D. za vedení mé práce.

Další mé poděkování patří jak učitelkám z mateřských škol, tak hlavně rodičům, kteří byli ochotni podílet se na výzkumné části mé bakalářské práce.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá problematikou nedonošenosti u dětí v předškolním věku. Cílem práce je zjistit, jak učitelky mateřských škol vnímají nedonošenost v předškolním období, a jaké vývojové odlišnosti se projevují u nedonošených jedinců v předškolním věku. Práce je koncipována do dvou částí – teoretické a empirické. Teoretická část vymezuje nedonošenost od raného věku dítěte po věk předškolní. Dále uvádí možné následky nedonošenosti v postnatálním vývoji a systémy, které pečují o nedonošené děti. Ve výzkumné části jsou prezentovány zjištěné výsledky, které byly získané metodami kvalitativního výzkumu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

předčasně narozené děti, nedonošenost, následky z nedonošenosti, mateřská škola, odklad školní docházky

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis is focusing particularly on matters regarding prematurity of preschool children. The purpose is to find out how kindergartens teachers perceive it and what problem areas develop in children born prematurely. The thesis is divided into two sections – theoretical and empirical. Theoretical part describes prematurity from early age to preschool age of the children. Further on it examines possible consequences of prematurity in postnatal development and systems which take care of these children. Results from research carried out by using qualitative methods are presented in the empiric section of the thesis.

## **KEYWORDS**

prematurely born children, prematurity, consequences of prematurity, kindergarten, suspension of school attendance

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	6
<b>1 NEDONOŠENÉ DĚTI</b> .....	9
1.1 Vymezení nedonošenosti .....	9
1.2 Klasifikace nedonošených dětí .....	10
1.3 Etiologie předčasně narozených dětí .....	11
1.4 Znaký nedonošených novorozenců .....	12
<b>2 NÁSLEDKY NEDONOŠENOSTI</b> .....	13
2.1 Následky nedonošenosti z hlediska jednotlivých smyslových orgánů .....	14
2.2 Zdravotní oslabení .....	15
2.3 Tělesná postižení a dlouhodobá onemocnění .....	15
2.4 Specifické poruchy učení a chování .....	16
<b>3 SYSTÉMY PÉČE</b> .....	18
3.1 Neonatologie .....	18
3.1.1 Perinatologie .....	19
3.2 Rehabilitační centra .....	20
3.3 Odborné lékařské kontroly .....	20
3.4 Nedoklubko o. s. ....	20
3.5 Školská poradenská zařízení .....	21
<b>4 METODY PODPORUJÍCÍ VÝVOJ DÍTĚTE</b> .....	22
4.1 Klokánkování .....	23
4.2 Systém terapeutických metod .....	23
<b>5 NEDONOŠENÉ DĚTI V PŘEDŠKOLNÍM OBDOBÍ</b> .....	25
5.1 Problematické oblasti u nedonošených dětí v předškolním věku .....	26
5.2 Odklad školní docházky .....	29
<b>6 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	32
<b>7 METODIKA</b> .....	33
7.1 Metoda získávání dat .....	33
7.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	34
<b>8 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ</b> .....	35
8.1 Rozhovory .....	35
8.1.1 Problematika nedonošenosti v předškolním období .....	35
8.1.2 Charakteristika nedonošeného dítěte v předškolním věku .....	40
8.2 Jednotlivé případy, případová studie .....	47
<b>9 DISKUZE</b> .....	52

<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>55</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>60</b>

## ÚVOD

Téma „Nedonošené děti v mateřské škole z pohledu učitelky“ jsem si vybrala proto, neboť díky stále se rozvíjející medicíně, přibývá vyšší počet přeživších nedonošených dětí. Před více než dvaceti lety neonatologie posunula hranici životaschopnosti na 24. týden těhotenství s hmotností dítěte okolo 500 gramů. Tím tedy přicházejí na svět děti ještě dřív a jejich postnatální vývoj bývá velmi často problematický. Nedonošenost se na mnohých z nich značně podepisuje. Ve svém vývoji oproti svým vrstevníkům jsou opožděnější, mívají jisté vady související s nedonošeností, které mají i nemalé dopady na jejich vzdělávání. K problematice nedonošenosti v kontextu s předškolním obdobím chybí příslušná odborná literatura, česká odborná literatura se zabývá nedonošeností u dětí jen do dvou let jejich věku, další vývojová období jsou již opomíjena.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak učitelky mateřských škol vnímají problematiku nedonošenosti v předškolním období, neboť mateřská škola je první institucí, která se s nedonošenými jedinci setkává, a dále bych chtěla zjistit, jaké vývojové odlišnosti se projevují u nedonošených jedinců v předškolním věku.



## 1 Nedonošené děti

V České republice se děti, které se narodí před řádným termínem porodu tj. 40. týden těhotenství, označují jako děti nedonošené. Předčasně narozené děti mohou ve svém vývoji vykazovat jisté rezervy a mít různé deficity spojené s nezralostí.

### 1.1 Vymezení nedonošenosti

Pojem předčasně narozený novorozenec je ekvivalentem pojmu nedonošeného novorozence. Oba výrazy znamenají totéž. Někteří autoři upřednostňují termín předčasně narozený novorozenec, jiní preferují synonyma - nedonošený novorozenec, rizikový novorozenec, nezralý novorozenec, a v zahraniční odborné literatuře najdeme anglické označení premature baby.

V české odborné literatuře se můžeme setkat s více definicemi předčasně narozeného novorozence. Autoři pojem předčasně narozeného novorozence definují ze dvou hledisek, buď pouze vymezují pojem nedonošeného novorozence, nebo ho definují termínem předčasný porod. Dort (2006, s. 33) vymezuje předčasně narozeného novorozence takto: „*jako nedonošený se označuje novorozenec, který je porozen před dokončeným 37. týdnem gravidity*“. Podle Borka a Fendrychové (2007, s. 29) nedonošený novorozenec „*je narozený před 38. týdnem gestace s hmotností menší než 2 500 gramů*“. Borek (2001) považuje za předtermínový porod ukončené těhotenství mezi 27. – 37. týdnem. Naopak Muntau (2014) s Dokoupilovou (2009) uvádí, že díky rozvoji neonatologie je možné zachránit dítě narozené již ve 24. týdnu těhotenství, což už je hranice životaschopnosti. Děti, které se narodí dříve, nejsou považovány za viabilní, a záleží na rozhodnutí rodičů, zda chtějí tuto péči zahájit.

Podrobněji výše uvedené informace popisuje Novotná in Dokoupilová (2009). V České republice se péče o nedonošené děti neustále zlepšuje. V naší společnosti byla totiž dlouho stanovena hranice životaschopnosti až od 28. týdne těhotenství, nebo od porodní hmotnosti nad 1000 gramů. V roce 1994 se hranice viability posunula na 24. týden těhotenství nebo porodní hmotnost nad 500 gramů. Proto tedy podle výše uvedeného vymezení můžeme v současnosti za předčasně narozeného novorozence považovat každého jedince, který se narodí před 37. týdnem těhotenství.

## 1.2 Klasifikace nedonošených dětí

Nedonošené novorozence dělíme do čtyř skupin podle toho, s jakou hmotností a v jakém gestačním týdnu se narodily (Dokoupilová, 2009).

- **Klasifikace nezralosti podle týdne těhotenství:**

1. Lehká nezralost = 36. – 38. týden těhotenství
2. Střední nezralost = 32. – 35. týden těhotenství
3. Těžká nezralost = 28. – 31. týden těhotenství
4. Extrémní nezralost = pod 28. týden těhotenství

- **Klasifikace novorozenců podle hmotnosti:**

1. Novorozenec s normální hmotností = nad 2 500 gramů
2. Novorozenec s nízkou porodní hmotností = 1 500 - 2 500 gramů
3. Novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností = 1000 – 1 500 gramů
4. Novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností = pod 1000 gramů

Peychl (2005) doplňuje rozdělení novorozenců ještě o možná rizika výskytu závažných postižení, která rovněž souvisí s porodní váhou a gestačním týdnem při narození.

Tabulka č. 1: Četnost závažných vývojových postižení v *procentech* související s porodní váhou v *gramech*

<b>Porodní hmotnost</b>	<b>Relevantní vývojová postižení</b>
méně než 750	30 a více
750 – 1 000	15 – 20
1 000 – 1 500	5 -7
1 500 – 2 500	1

Tabulka č. 2: Četnost závažných vývojových postižení v *procentech* související s gestačním týdnem při narození

Gestační týden při narození	Relevantní vývojová postižení
23 – 24	60 – 70
25 – 26	50
27 – 29	10 - 30
30 a více	méně než 1

V žádném případě neplatí, že pokud dítě přijde na svět dřív a jeho míra nedonošenosti je velmi malá, tak mu je předurčen nějaký typ postižení. Dítě nedonošené neznamená dítě postižené.

Dále je potřeba mít na paměti, že „nedonošené děti se rodí nezralé a funkční dozrávání jejich orgánových systémů na úroveň donošených dětí trvá různě dlouhou dobu“ (Peychl, 2005, s. 29). Proto se časně narozené děti nesrovnávají s jejich zralými vrstevníky, ty doženou až tak za dva, tři roky. U předčasně narozených dětí se během prvních let (zpravidla do tří let věku po porodu) používá místo kalendářního věku tzv. **věk korigovaný**, ten získáme výpočtem tak, že od aktuálního věku dítěte odečteme týdny, o které se narodilo před řádným termínem (40 týdnů těhotenství). Když se tedy dítě narodilo například tři měsíce před plánovaným termínem a nyní mu je půl roku, odpovídá jeho vývoj tříměsíčnímu donošenému kojenci.

### 1.3 Etiologie předčasně narozených dětí

Příčiny proč děti přicházejí na svět o něco dřív, nejsou ve většině případů objasněny. Příčiny můžeme hledat na straně plodu, matky ale i dělohy.

Janáčková a Kantor (2015), Gutvirth a Machová (1977) uvádí příčiny předčasného porodu **ze strany matky**:

- příliš nízký, nebo příliš vysoký věk rodičky
- onemocnění, která se objevila již před otěhotněním, nebo během průběhu těhotenství (srdeční vady, malý srdeční objem, ledvinové choroby, cukrovka)

- infekční onemocnění pochvy, infekce močových cest
- nedostatečný odstup od předchozího těhotenství
- přílišná tělesná námaha, stres

Dort (2006) ještě doplňuje, že další příčiny ze strany matky mohou být již opakovaně prodělané potraty, či předčasný porod předchozího dítěte.

Samozřejmě zde záleží i na životním stylu matky, zvláště pokud konzumuje alkohol a návykové látky (Cooperová, Hymasová, 2012).

Opatřilová (2006) ve své publikaci uvádí, že dřívější příchod předčasně narozených dětí na svět ovlivňuje ještě plod i děloha.

Autorka (2006) rozlišuje **příčiny ze strany plodu:**

- jednočetná, dvoučetná těhotenství
- plod má vrozené vývojové vady

**a ze strany dělohy, placenty:**

- vývojová anomálie dělohy
- poruchy placenty, odloučení placenty
- záněty plodových obalů a placenty
- odtok plodové vody
- krvácení z rodidel

## 1.4 Znaky nedonošených novorozenců

Existují charakteristické znaky nedonošených novorozenců, které vykazují odlišnosti od dětí donošených, narozených v řádném termínu. Jedná se především o celkovou nezralost orgánů, po anatomické i funkční stránce.

Anatomické znaky představují zvláštnosti tělesného charakteru. Časně narozená miminka bývají menší a hubenější kvůli nedostatku podkožního tuku. Mají větší a delší hlavu, větší břicho, úzký trup a krátké štíhlé končetiny. Na chodidlech není vytvořené rýhování. Kůže je průsvitná, červená, citlivá, a pokožka je pokryta lanugem. Ušní boltce jsou měkké, kvůli nevyvinutým chrupavkám. U chlapců chybí varlata v šourku a u dívek

nejsou zcela vyvinuté velké stydké pysky a nepřekrývají malé stydké pysky (Gutvirth, Machová in Vašutová, 2005).

Mezi fyziologické znaky patří nezralost funkcí. Nezralá je centrálně nervová soustava a rovněž i u dalších životně nezbytných funkcí je nedokonalé řízení. U velmi předčasně narozených dětí zatím není vyvinutý polykací a sací reflex. Dýchání, se projevuje nepravidelně, mohou v něm nastávat apnoické pauzy. Regulace tělesné teploty u tak malého dítěte je obtížná. Dítě není schopné udržovat teplo a snadno se podchladí. (Gutvirth, Machová, 1977).

Borek (2001, s. 48) uvádí k tělesné teplotě podrobnější informace. U termolability platí, že „čím menší dítě je, tím snadněji a rychleji se podchladí“. Příčinou je nedostatek podkožního tuku a tenká vrstva pokrývající povrch těla. Podchlazený novorozenec pak vyzařuje ze sebe více tepla a i více spotřebovává kyslík.

## 2 Následky nedonošenosti

Většina jedinců narozených předčasně se vyvíjí bez výraznějších komplikací, stejně jako jejich donošení vrstevníci. To, že je jedinec nezralý, ho může a nemusí v budoucím vývoji poznamenat. Přesto ale nezralost u některých nedonošenců hraje velikou roli a nese si do budoucnosti následky z nezralosti.

*„Nezralost se projevuje v podstatě na všech orgánech těla. Má nezralé plíce, nezralý mozek, srdce, ledviny, tvorbu krve, zažívací ústrojí, kůži, imunitu, oči, sluch. Dále se nezralost projevuje v termolabilitě, v poruchách dýchacího a srdečního systému, v různých metabolických odchylkách a v anémii“ (Janáčková, Kantor, 2015, s. 60).*

Zpravidla u extrémně nedonošených dětí má nezralost větší následky. Děti s nízkou porodní hmotností více inklinují k výskytu deficitů. Platí, že čím je dítě narozeno dříve, tím jsou jeho možnosti více omezeny.

Sobotková s Dittrichovou (2003) uvádí, že děti s velmi nízkou porodní hmotností jsou drobné a opožděné v motorickém vývoji, což je klamná představa pro rodiče. Rodičům se dítě jeví mladší a také se tak k němu chovají a zbytečně podněcují jeho

mentální vývoj na nižší úroveň, než je pro dítě vhodné a mentální vývoj se zbytečně zpomaluje.

Opatřilová (2006, s. 13) konstatuje, že *„u nezralého novorozeného dítěte se častěji setkáváme s perinatálním poškozením mozku, syndromem respirační tísně a metabolickými změnami. To vše se může později projevit ve formě centrální obrny, mentální retardace, ale i formou méně závažného zdravotního znevýhodnění dítěte.“*

Vašutová (2005) s Langmeierem, Krejčířovou (2006) se shodují, že v pozdějším věku u některých dětí, které se narodily předčasně, se vyskytují poruchy soustředění, pozornosti, učení, logického myšlení, vizuomotorické obtíže a lehčí poruchy řeči.

Vašutová (2005) ještě doplňuje, že předčasně narozené děti jsou více nemocné. U nedonošených dětí dochází i k závažnějším postižením jako je mozková obrna, mentální retardace, těžké poruchy smyslové.

Sobotková s Dittrichovou (2003, s. 12) neopomíjí i chování těchto dětí. Podle autorek jsou předčasně narozené děti *„více labilnější, dráždivé a mohou hůř reagovat na smyslové i sociální podněty, obtížněji kontrolovat své tělesné pohyby a stavy chování“*.

## 2.1 Následky nedonošenosti z hlediska jednotlivých smyslových orgánů

- **Dechové problémy**

Mezi nejčastější a typické onemocnění dechové soustavy u předčasně narozených dětí se považuje **Syndrom respirační tísně**. Příčinou vzniku jsou nedostatečně vyvinuté plíce, kde schází potřebné množství látky surfaktantu. Kvůli tomuto nedostatku nedochází k výměně dýchacích plynů (kyslík a kysličník uhličitý) a může dojít k poškození mozku (Dokoupilová, 2010; Janáčková, Kantor, 2015).

- **Zrakové problémy**

*„Retinopatie nedonošených je poruchou vývoje sítnice předčasně narozených dětí, která je způsobena abnormálním růstem sítnicových cév“* (Borek, Fendrychová, 2007, s. 298). Peychl (2005) s Fendrychovou a Borkem (2007) uvádí, že se častěji vyskytuje u jedinců s porodní hmotností pod tisíc gramů.

Vašutová (2005) uvádí podrobněji, že po prodělané retinopatii se u nedonošeného dítěte mohou vyskytnout poruchy zraku, jako je šilhavost, refrakční vady a může nosit i brýle.

- **Sluchové problémy**

Sluchové poruchy se u nedonošených dětí vyskytují častěji, než jiné smyslové vady. Peychl (2005, s. 102) uvádí, „že může jít o poruchu převodní, častější je ale centrální porucha sluchu“. Jestliže je u dítěte potvrzena sluchová vada, tak to může mít význam pro celkový jeho budoucí vývoj, zejména v oblasti řeči.

- **Řečové problémy**

Vašutová (2005) uvádí, že ve většině případů nedonošené děti problémy s řečí nemají. Autorka (2005) s Dokoupilovou (2010) se shodují, že u předčasně narozených dětí se vyskytuje opožděný vývoj řeči, a přetrvávají u nich poruchy artikulace. Výraznější poruchy řeči se vyskytují spíše u nedonošených dětí s dětskou mozkovou obrnou.

## **2.2 Zdravotní oslabení**

Imunita u běžně donošených dětí se vytváří v posledních třech měsících před řádným termínem porodu (40. týden). Dítě, narozené předčasně, přichází na svět v době, kdy se jeho imunita teprve buduje. Proto takové dítě nemá imunitu téměř žádnou. Je náchylnější k infekcím a různým nemocem. Nejčastější onemocnění je onemocnění horních i dolních dýchacích cest, tyto děti mají větší náklonnost k rýmám. Je důležité, aby dodržovaly důslednou hygienu jak ony, tak i blízcí, s kterými se jedinci setkávají, aby se mohlo nemocem předcházet (Dokoupilová, 2010; Janáčková, Kantor, 2015).

## **2.3 Tělesná postižení a dlouhodobá onemocnění**

- **Dětská mozková obrna**

Riziko výskytu dětské mozkové obrny je u nedonošených dětí o trochu vyšší než u dětí donošených. Znovu zde hraje velikou roli to, že „čím více nedonošené dítě nebo čím nižší porodní hmotnost, tím je riziko vyšší“ (Dokoupilová, 2010, s. 198).

Peychl (2005) uvádí, že u nedonošených dětí se běžněji vyskytuje typ hypotonický s chabou (žabí) posturou. Dítě působí ochablým dojmem, jelikož jeho svalový tonus je snížený. Jestliže dítě chodí, tak jeho chůze je vrávoravá a nejistá.

- **Epilepsie**

Peychl (2005, s. 24) uvádí, že „*epilepsie je u nedonošených dětí významně častější než v ostatní dětské populaci*“. Pipeková (2006) zmiňuje, že epileptické záchvaty trvají obvykle pár vteřin až minut. Existují i různé druhy těchto záchvatů, buď se u jedince vyskytuje záchvat z oblasti parciálních záchvatů, nebo ze záchvatů generalizovaných.

## **2.4 Specifické poruchy učení a chování**

U předčasně narozených dětí se mohou vyskytovat různé specifické poruchy učení a chování.

### **Specifické poruchy učení**

Burešová (2016, s. 68) definuje specifické poruchy učení jako „*obtíže s učním, které nejsou způsobeny celkovým snížením poznávacích schopností, tělesnou nebo smyslovou vadou, nesprávnou metodou učení nebo nedostatkem příležitosti k učení. Příčinou jsou dílčí nedostatky ve struktuře schopností (velmi často v oblasti zrakového nebo sluchového vnímání).*“

Následně uvedené specifické poruchy učení jsou vymezené podle Pipekové (2006) a Zelinkové (1994):

- **Dyslexie**

Porucha čtení se u dítěte projevuje tak, že dítě může obtížněji určovat písmena, tvořit slabiky, číst slova, zaměňovat podobná písmena, neporozumí čtenému textu a text si domýšlí. Dítě také může mít problém i s rychlostí čtení – buď čte pomalu, nebo pouze slabikuje.



- **Dysgrafie**

Porucha psaní postihuje úpravu písemného projevu. Dítě má problémy s určením tvarů písmen, obtížně si je totiž osvojuje a ještě pak obtížněji vybavuje. Dále spojuje hlásky s písmenem, nebo kombinuje tiskací a psací písmo. Celkový písemný projev je neuspořádaný a nečitelný. Dítě vydá ze sebe veliké úsilí, aby udrželo velikost písma a liniaturu.

- **Dysortografie**

Porucha pravopisu se vyjadřuje u dítěte obtíží napsat správně slyšené slova, vynechává, přidává, zaměňuje písmena, zaměňuje i krátké a dlouhé samohlásky, chybje v měkčení: dy - di, ty - ti, ny – ni. Proto píše pomalu a nestačí si vybavovat pravopisná pravidla.

Dysortografie se často vyskytuje spolu s dyslexií.

- **Dyskalkulie**

*„Specifická porucha matematických schopností. Porucha se týká zvládnutí základních početních výkonů“* (Pipeková, 2006, s. 148). Porucha matematických schopností se projevuje u dítěte tak, že většinou nemá utvořenou představu o číselné řadě a množství. Dítě se tedy špatně orientuje na číselné ose, zaměňuje číslice a není schopen provádět matematické operace.

### **Specifické poruchy chování**

Mezi specifické poruchy chování patří:

- **ADHD**

Drtílková (2007) s Munden a Arcelusem (2006) popisují dítě s hyperkinetickou poruchou z hlediska stále se projevujících symptomů, a to: hyperaktivity, impulzivity a nedostatečná schopnost soustředění.

Děti s **hyperaktivitou** (motorickým neklidem) jsou více pohyblivé, živé a neklidné. Zejména pak ve školním prostředí vynikají mezi svými spolužáky. Nevydrží v klidu sedět delší dobu, na židli se vrtí, vstávají a prochází se po třídě. Mají sklon více povídat, vykřikovat a střídat své zájmy.

Děti s ADHD jsou **impulzivní**. Jdou do všeho po hlavě než, aby si to nejdříve promysleli. „*Postupují spíše impulzivně a chaoticky než plánovaně a systematicky*“ (Drtílková, 2007, s. 20). Je zde i riziko úrazů a nehod, skrz předem nepromyšlené úkony. V komunikaci skáčou druhým do řeči, přerušují je a ve škole vykřikují bez přihlášení.

Děti s hyperkinetickou poruchou mají problémy **soustředit se** a udržet pozornost. Snadněji je něco vyruší a svou pozornost odpoutají. Jejich práce je pouze povrchní, mají problémy dokončit jednotlivé úkoly a často dělají chyby z nepozornosti.

- **ADD**

Michálková (2012) vymezuje dítě s touto poruchou jako dítě s poruchou pozorností. Na rozdíl od dítěte s ADHD se u něj nevyskytuje hyperaktivita a impulzivita, ale dominuje u něj potíže v oblasti pozornosti. Lidem kolem něj přijde takové dítě, že je duchem nepřítomné.

### **3 Systémy péče o předčasně narozené děti**

V České republice medicína udělala ve svém oboru veliké pokroky. Na špičkové úrovni je i oddělení Neonatologie, které dokáže zachránit děti v 24. týdnu těhotenství s hmotností pět set gramů, tzn., že více přibývá a přežívá extrémně nedonošených novorozenců. Životy předčasně narozených dětí pomáhá v první řadě zachraňovat zdravotnický personál neonatologie, nebo perinatologie. Po propuštění domů předčasně narozené děti absolvují několik návštěv na rehabilitačních centrech a i odborné kontroly spojené s jejich nezralostí.

#### **3.1 Neonatologie**

Neonatologie je oborem, který se zabývá péčí o novorozence, a to jak o zdravé fyziologické novorozence, tak i o děti mírně nedonošené či s lehkými poruchami poporodní adaptace, a v poslední řadě i o děti těžce nedonošené. Tyto skupiny novorozenců se od sebe liší týdnem narození, hmotností a jakou péčí potřebují. Podle těchto kritérií jsou rozděleny do příslušných neonatologických stupňů pracovišť.

Nedonošené děti pobývají v nemocničním oddělení oproti zdravým donošeným dětem delší dobu (Lebl, 2003; Peychl, 2005).

Z tohoto důvodu v České republice je péče o novorozence rozdělena **do tří stupňů**. Lebl (2003), Dokoupilová (2010) a Borek (2003) vymezují třístupňovou péči:

Neonatologická pracoviště **prvního stupně**, představují všechny městské porodnice s novorozeneckým oddělením. Tato oddělení pečují o fyziologické novorozence, kteří jsou narozeni od 36. týdne těhotenství. Uplatňuje se zde rooming – in systém, kdy novorozenci pobývají na pokoji se svými matkami.

Pracoviště **s druhým stupněm** představuje intermediální péče. Tento střední stupeň poskytuje péči novorozencům narozených od 33. týdne těhotenství. Zde zdravotnický personál sleduje u dětí váhu, neurologický vývoj, a zda mají všechna potřebná vyšetření pro svůj zdárný život.

Posledním, **třetím a nejvyšším stupněm** jsou perinatologická centra. V naší republice je jich celkem dvanáct (Praha – UPMD Podolí, FN Motol, Gynekologicko – porodnická klinika VFN, České Budějovice, Plzeň, Ústí nad Labem, Most, Hradec Králové, Brno, Olomouc, Zlín, Ostrava). Na těchto místech je umožněna intenzivní péče pro děti narozené od 24. týdne těhotenství.

### **3.1.1 Perinatologie**

V Perinatologických centrech se děti nachází na jednotce intenzivní péče (dále JIP), kde pobývají několik dní, až měsíců. Dětem narozeným předčasně chybí poslední důležité dny v děloze. Dělohu na nějaký čas nahradí inkubátor, který zajišťuje dětem potřebné teplo. Výživu dostávají miminka hadičkou, jelikož nemají vyvinutý sací a polykací reflex. A pokud mají dechové potíže, tak s tím jim pomáhá ventilátor (Cooperová, Hymasová, 2012).

Inkubátory se lékaři snaží co nejvíce přiblížit děloze matky. Proto pracovníci zakrývají inkubátory, aby vzniklo šero. Čemu nelze zabránit a utlumit, jsou zvuky z příslušných monitorů. I přes to jsou na tomto pracovním prostředí nezbytné, neboť díky nim jsou monitorovány pohyby a funkce dětí a při nejmenším problému se spouští upozorňující alarm.

Janáčková a Kantor (2015) uvádí, že na JIP probíhá u nedonošených miminek tříhodinový rytmus, tzn., že zdravotní sestřičky každé tři hodiny jedince přebalují, krmí a mění jim polohu. Předčasně narozené děti na perinatologickém oddělení nezůstávají dlouho. Po zlepšení svého stavu, mohou být přeložena na oddělení intermediární péče.

### 3.2 Rehabilitační centra

Na rehabilitačním oddělení předčasně narozené děti dochází na různé terapie. Spolu s fyzioterapeuty cvičí podle Vojtovy metody nebo Bobathovy koncepce.

### 3.3 Odborné lékařské kontroly

Předčasně narozené děti po odchodu z nemocničního prostředí absolvují různá vyšetření korelující s nezralostí. V rámci těchto kontrol se zkoumají jedinci, zda nemají nějaké odchylky. Potřebná vyšetření uvádí MUDr. Dokoupilová (2016):

**Neurologické vyšetření** probíhá na oddělení Neurologie, kam dochází každé dva až tři měsíce děti narozené cca pod 32. týden těhotenství maximálně po dobu dvou let. V rámci vyšetření se mohou zachytit odchylky související s vývojem.

Další vyšetření se týká očí. **Oční kontroly** se provádí u dětí, které měly jakákoliv stupeň retinopatie nedonošených.

Děti, které se narodí s porodní váhou méně, než 1500 gramů absolvují **kontrolu sluchu**. Prohlídky probíhají mezi 8 – 12 měsícem kalendářního věku.

Mezi poslední vyšetření patří **kardiologické, endokrinologické a pneumonologické**. Tyto prohlídky probíhají jen u těch jedinců, kteří vykazují tyto problémy.

### 3.4 Nedoklubko o. s.

Vašutová (2005) vymezuje tento systém, jako celorepublikové občanské sdružení rodičů a přátel předčasně narozených dětí, kteří chtějí pomoci všem, kterým se narodilo dítě předčasně.

Nedoklubko veřejnost informuje o problematice předčasného porodu formou článků, výstav a projektů. Tato rodičovská organizace působí v našem státu již od roku 2002. Za podpory Nedoklubka vychází čtvrtletně časopis s názvem „Nejste v tom sami“, dále vznikly již tři pohádkové knížky pro předčasně narozená miminka (Pohádky pro

kulíšky, Pohádky pro kulíšky 2 a Vítej, kulíšku). Projekty realizují spíše dobrovolníci (matky, prarodiče, Mateřská centra), kteří vyrábějí drobné dárečky a oblečky do neonatologických oddělení. Každoročně spolek Nedoklubko v rámci listopadových oslav slaví, jako ostatní země, svátek s názvem World Prematurity Day – Světový den předčasně narozených dětí (Nedoklubko, 2011).

### 3.5 Školská poradenská zařízení

Pokud předčasně narozené děti mají nějaké typy postižení, pak spolupracují s Pedagogicko – psychologickými poradnami a se Speciálně poradenskými centry.

Školská poradenská zařízení jsou legislativně zakotveny ve školském zákoně č. 561/2004 Sb. a ve vyhlášce č. 72/2005. Zákon č. 561/2004 vymezuje, že školská poradenská zařízení poskytují jedincům, zákonným zástupcům, školám *„informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost, poskytují odborné speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby, preventivně výchovnou péči a napomáhají při volbě vhodného vzdělávání dětí, žáků nebo studentů a přípravě na budoucí povolání“* (§ 166).

- **Pedagogicko psychologické poradny (PPP)**

Podle Pešové a Šamalíka (2006) Pedagogicko - psychologické poradny zaměřují svou činnost na výchovu a vzdělávání předškolních dětí až po studenty vyšších odborných škol. Pracovní kolektiv tvoří psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci a logoped.

Novosad (2006) a Pipeková (2006) vymezují participaci pedagogicko-psychologických poraden. Tento systém se zaměřuje na poruchy učení a chování, školní zralost, jedince se speciálně vzdělávacími potřebami, vhodnosti integrace nebo umístění do speciální školy a volby povolání.

Je důležité i zmínit, kdo se může obrátit na pomoc od PPP. Podle Novosada (2006) to mohou být rodiče, zákonní zástupci dítěte, mladistvý starší patnácti let, nebo konzultaci mohou doporučit pedagogičtí pracovníci, či lékaři.

- **Speciálně pedagogická centra (SPC)**

*„Speciálně pedagogická centra jsou speciální školská zařízení, která se specializují na určitý typ zdravotního postižení. SPC tedy pracují pro smyslově postižené, pro tělesně nebo mentálně postižené děti a mládež i pro děti s vadami řeči, popřípadě i pro děti a mládež s kombinovanými vadami“* (Novosad, 2006, s. 105). Dále autor (2006) uvádí, že se centrum specializuje na vyhledávání jedinců zdravotně postižených v jednotlivých regionech; vedou evidenci o svých klientech; vypracovávají komplexní diagnostiku a adekvátní plán na vzdělávání a výchovy dětí se speciálně vzdělávacími potřebami; vytváří písemné odůvodnění o zařazení jedince do integrovaného nebo speciálního zařízení, a pak následně sledují úspěšnost a vyhodnocují způsobilost zařazení.

Tým odborníků ve speciálně pedagogických centrech podle Pipekové (2006) je složen z psychologa, speciálního pedagoga a sociální pracovnice.

## **4 Metody podporující úspěšnější vývoj nedonošeného dítěte**

V raném věku se u dítěte uplatňují jisté terapie spočívající v posilování úspěšného vývoje nedonošeného dítěte. Tyto metody také pomáhají k obnovení vazeb mezi matkou a dítětem. Dítě je totiž hned po porodu od matky odebráno, a tak dochází k přerušení psychosomatických vazeb mezi nimi.

### **4.1 Klokánkování**

Předčasně narozené dítě je ihned po porodu od matky odebráno a nějaký čas je na jednotce intenzivní péče v inkubátoru. Dojde tedy k přerušení citového kontaktu na několik týdnů, až měsíců. Klokánkování je metodou, která podporuje navrátit přerušenu vzájemnou vazbu mezi matkou a dítětem.

Klokánkování neboli kangaroo mother care je terapií, která přibližuje maminky ke svému dítěti a to doslova řečeno – kůží na kůži. Miminko se přikládá na holý hrudník mezi prsa, kde dítě je jakoby v klokaní kapse. Díky klokánkování dítě slyší opět tlukot matčina srdce, který znal už z období prenatálního. Pro maminky i dítě je to první

přímý kontakt společného shledání a oběma stranám dodává pocit naplnění, uvolnění a celkově se zlepšuje psychický stav. Co se týče oblečení, tak dítě by mělo mít na sobě minimálně plenku, čepici a ponožky. Matka má mít nejlépe košili na rozepínání. Po návratu z porodnice by měly matky v klokánkování pokračovat. Doporučuje se mít dítě na sobě zamotané v šátku, což umožňuje se věnovat běžným denním činnostem. Tento fyzický kontakt by se měl pomalu začít postupně zvyšovat, jelikož dítě se od matky již odloučilo a je potřeba si zase na ni zvyknout. Matka by s dítětem měla být 24 hodin denně i při spaní. Přerušování tohoto kontaktu by mělo být pouze při přebalování a hygieně. Nebo matku můžou nahradit i jiné členové rodiny. Klokánkuje se tak dlouho, dokud je to příjemné matce i dítěti (World Health Organization, 2003).

Dokoupilová (2009) pojednává o tom, že při klokánkování se jedincům stabilizuje srdeční rytmus, dýchání je pravidelné a tělesná teplota méně kolísá, neboť tělo matky tvoří přirozený inkubátor.

Janáčková a Kantor (2015) zmiňují ještě rizika, která by mohly při klokánkování nastat. Pokud maminky zrovna mají dítě na sobě přivázané v šátku, tak se nedoporučuje s nimi vařit a konzumovat horké nápoje.

## **4.2 Systém terapeutických metod**

Rehabilitace je v současné době součástí péče o předčasně narozené děti, jelikož napomáhá jejich správnému psychomotorickému vývoji (Dokoupilová, 2010). S rehabilitací se začíná již v porodnici a pokračuje se s ní doma. Z tohoto důvodu fyzioterapeuti proškolují a zacvičují rodiče o příslušných metodách, jelikož rodiče přebírají po návratu z nemocnice roli terapeuta a tudíž odpovídají za úspěšnost svého dítěte.

V České republice se realizují dva hlavní cvičební systémy – metoda Vojtova a Bobathova. Buď se používá každá zvlášť, nebo je lze ve cvičení kombinovat. Vojtova metoda i Bobath koncept patří mezi novější rehabilitační přístupy, které se s úspěchem používají v dětské rehabilitaci. Rozdíl mezi nimi je pouze ve strategii.

- **Vojtova metoda**

*„Princip diagnostické metody profesora Vojty vychází ze spontánního pohybového projevu dítěte, reflexů a pohybových testů, tedy pohybových reakcí na změny polohy.*

*Terapie je založena na možnosti ovlivnit řízení pohybu v centrální nerovné soustavě, a vyvolat správnou svalovou souhru – pohybové vzorce, které máme vrozené, ale které se samy z různých důvodů neaktivují“ (Tichá, 2008).*

Vojtův princip neboli metoda reflexní lokomoce spočívá v tlakovém dráždění bodů na končetinách a trupu, čímž se zaktivizuje svalstvo a dojde k vyvolání reflexní odpovědi.

Tato metoda se považuje za výhodnou, jelikož při ní nemusí dítě vědomě spolupracovat. Při cvičení se sleduje zejména motorický projev dítěte. Dítě v rámci cvičení se často projevuje pláčem a rodiče cítí úzkost z toho, že si myslí, že dítěti ubližují. Tato fyzioterapeutická metoda je považována jako jeden z modelů, které má vliv na snížení výskytu lehkých a středně těžkých forem mozkové obrny (Dokoupilová, 2009).

- **Bobath koncept neboli aktivní senzomotorické učení**

Dětská Bobath terapie byla primárně určena pro děti s mozkovou obrnou. V současné době do terapie je zakomponováno zaměření na děti s neurologickými problémy, děti s genetickými vadami a děti s těžkými vývojovými vadami.

Podle Dokoupilové (2009) je tento princip více rozšířen v zahraničních zemích. Terapie probíhá prostřednictvím terapeuta, ten provádí s dítětem pohybové aktivity, které jsou součástí běžných všedních činností, jako je sebeobsluha, hygiena a krmení. Jinak řečeno jde o hru, v níž dítě poznává a prozkoumává okolní prostředí. Od terapeuta se vyžaduje, aby byl kreativní, neboť základním projevem dítěte je hra a proto je potřeba ji do terapie zainteresovat. Díky tomu je dítě pak schopné se delší dobu koncentrovat, spolupracovat a dokáže z vlastní iniciativy svůj motorický projev maximalizovat.

Bobathova metoda může být vhodnější variantou pro starší děti, kterým nevyhovuje Vojtova terapie.

Vašutová (2005) a Dokoupilová (2009) k rehabilitačním metodám uvádějí ještě další modely. Dokoupilová se zmiňuje o plavání s kojenci a hipoterapii. Plavání může probíhat v rámci plaveckého klubu nebo v domácím prostředí – ve vaně, bazénu.



## 5 Nedonošené dítě v předškolním období

Po batolecím období přichází na řadu další etapa, a to období předškolního věku. Řada autorů vymezuje předškolní věk od tří do šesti let. Vágnerová (2005, s. 173) uvádí, že *„předškolní období trvá od 3 do 6 – 7 let. Konec této fáze není určen jen fyzickým věkem, ale především sociálně, nástupem do školy.“*

*„V tomto období dítě dále vyspívá po všech stránkách - tělesně, pohybově, intelektově, citově i společensky. Je velice aktivní, většinu podnětů si opatří už samo vlastním úsilím, a to diferencovaně podle svého zájmu“* (Matějček, 2004, s. 139). Dále autor (2004) uvádí, že děti v tomto věku jsou plné energie, mají rády pohyb, lépe se verbálně vyjadřují díky rozšiřující se slovní zásobě, jsou zvědavé, téměř pro vše se snadno nadchnou, mají rády pohádky a různé hry.

Většina předčasně narozených dětí v předškolním období se vyvíjí stejně jako jejich vrstevníci. Najdou se ale mezi nimi i nedonošené děti, které jsou ve svém vývoji opožděné. To potvrzuje Vašutová (2005, s. 147), že *„nejčastějším nálezem u nedonošených dětí je opoždění celkového vývoje“*. Dítě obvykle ve vývoji dožene své vrstevníky, ale s jistým zpožděním. Není tedy striktně dané, kdy nedonošené děti doženu své vrstevníky a v jakých věkových etapách mají rezervy.

Jak již je zmíněno v druhé kapitole, kde jsou vymezené následky z nedonošenosti, které se mohou objevovat u předčasně narozených dětí v pozdějším věku, mezi ně tedy patří: drobnější postava, opoždění v motorickém vývoji, řeči dále mají obtíže s koncentrací a pamětí, logickým myšlením, učením a obtíže ve vizuomotorice. Bližší informace k potížím ani k opožděnosti v tělesném i kognitivním vývoji autoři neuvádějí, proto následující kapitola podrobněji vymezuje jednotlivé oblasti, v nichž jedinci jeví opožděnost, obtíže.

## 5.1 Problematické oblasti u nedonošených dětí v předškolním období

### Tělesný a motorický vývoj:

Šmelová s Petrovou, Suralovou (2012) shodně s Říčan (2014) poukazují na to, že v předškolním období se u dítěte mění tělesná konstituce. Z baculatého dítěte se stává štíhlejší a více se podobá dospělému člověku. Langmaier s Krejčířovou (2007, s. 88) označují motorický vývoj „jako stálé zdokonalování, zlepšenou pohybovou koordinaci, větší hbitost a eleganci pohybů.“

Bednářová se Šmardovou (2007) vymezují, co by dítě mělo v oblasti hrubé motoriky v jednotlivých letech zvládnout. Kolem **tří let** by dítě mělo skákat nohama u sebe (sounož), mělo by zvládnout překročit nižší překážku. Schody vyjít nahoru a při tom střídat nohy. Kolem **tří a půl let** by měl dokázat stát se zavřenýma očima. Ve **čtyřech letech** sejít schody dolů a při tom střídat nohy, přejít po čáře. K blížícímu se **pátému roku** by měl zvládnout stát na špičkách s otevřenýma očima a skákat na jedné noze. V **šesti letech** by měl přeskočit s nohama snožmo nízkou překážku.

Šmelová s Petrovou a Suralovou (2012, s. 54) uvádí, že „významný je také rozvoj jemné motoriky, která umožňuje dětem manipulaci s tužkou, nůžkami, jíst příborem, házet a chytat míč, rozvíjí se manuální zručnost.“ Bednářová se Šmardovou (2007) doplňují, že činnosti spojené s jemnou motorikou vyžadují určitou přesnost a obratnost. Dále také vymezují některé vývojové oblasti u dítěte v předškolním období. Mezi **třetím a čtvrtým** rokem by dítě mělo zvládat navlékat korálky na niť, či zasouvat kolíčky do otvorů. Ve **čtyřech letech** by měl umět stříhat a ze zaťaté pěsti postupně natahovat prsty a v **pěti letech** se každým bříškem prstu dotknout bříška na palci.

- **Vizuomotorika**

Ve čtyřech letech by dítě mělo zvládnout prstem, nebo tužkou se udržovat po vyznačené cestě, čáře na papíře. Na konci předškolního období v šesti letech by měl umět překreslit podle předlohy jednoduchý obrázek s detaily (Šmardová, Bednářová, 2007).

## Kognitivní vývoj:

- **Paměť**

Čáp (1997, s. 57) definuje paměť jako „soubor psychických procesů a vlastností umožňující osvojení zkušeností, jejich zapamatování, uchování a vybavení.“ Paměť probíhá, jak již je v definici uvedeno, prostřednictvím tří fází. Jedinci si nejdříve informace do paměti vštěpují, uchovávají a následně si je vybavují. Už i u dítěte v předškolním věku se rozvíjí paměť v rámci těchto fází (Nádvorníková, 2011).

Šmelová s Petrovou, Suralovou (2012) a Nádvorníkovou (2011) uvádí, že u předškolního dítěte převažuje paměť krátkodobá a neúmyslná. Významná je paměť pocitová a pohybová, dítě si nejlépe zapamatuje to, co je spojené s pohybem a prožitkem. Záměrně si dítě zapamatovává až na konci předškolního období, kdy převažuje paměť mechanická (zná a reprodukuje dlouhé texty – básně, písně..) a rozvíjí se i paměť logická.

- **Koncentrace**

„Pozornost je psychický stav, který zajišťuje na určitou dobu soustředění člověka na jeden jev nebo na jednu činnost“ (Čáp, 1997, s. 58). Dítě předškolního věku není schopné zaměřit svou pozornost současně na více hledisek. Michálková (2012) uvádí, že v předškolním období dítě vydrží být koncentrované dvacet až třicet minut.

- **Myšlení**

Podle Vágnerové (2005) myšlení předškolního dítěte má určité znaky, převažuje konkrétnost, názornost mezi další znaky patří koncentrace (dokáže se soustředit jen na jednu věc), egocentrismus (posuzuje situaci z jednoho hlediska), fenomenismus (je přesvědčený, že svět je takový, jak se mu jeví) prezentismus (žije přítomností, nechápe časové děje), animismus (všechny neživé objekty mají vlastnosti lidí). Říčan (2014, s. 124) dále uvádí, že myšlení předškolního dítěte je antropomorfní. „Dítě připodobňuje člověku neživé věci, stromy, zvířata, hvězdy atd., předkládá, že myslí, cítí, hněvají se, jedí. (Maminka „vaří autu benzin“.) Není vždycky jasné, co už je jen hra a co je ještě míněno docela vážně. Slunce svítí, protože je hodné, mrak zase chce lidi postrašit.“

Myšlení předškolního dítěte podle Piageta (in Helus, 2011) se nachází ve fázi předoperační. Stadium předoperační obecně trvá od dvou cca do sedmi let, a zároveň se dělí na dvě fáze a to na fázi symbolického předoperačního myšlení, která trvá od dvou do čtyř let a na fázi názorného předoperačního myšlení, ta trvá od čtyř do sedmi let. I Řičan (2014) potvrzuje, že myšlení dítěte ve třech letech je ve stádiu předpojmovém (symbolickém), ve čtyřech letech přechází na úroveň názorného (intuitivního) myšlení. Ani v této etapě dítě nedokáže stále ještě myslet logicky, myšlení je stále prelogické. *„Ke konci předškolního období se rozvíjí pojmové myšlení, dítě začíná být schopno myšlenkových operací, jako je analýza, syntéza, srovnávání“* (Šmelová, Petrová, Suralová, 2012, s. 61).

- **Řeč**

V předškolním období se zlepšuje aktivní slovník a roste slovní zásoba u dítěte. Šmelová s Petrovou a Suralovou (2012, s. 62) uvádí, že *„počátkem druhé poloviny předškolního věku nastává prudký rozvoj řeči, narůstá řečová aktivita, což souvisí s tvořením pojmů a s narůstající dětskou zkušeností. Dítě si samo vymýšlí slova pro označení neznámých věcí a situací.“*

Následující vývoj řeči v předškolním období je vymezen podle autorek Bacus (2004), Klenkové a Kolbábkové (2005):

Ve věku **tří až tří a půl let** dítě mluví plynuleji, správně řadí slova ve větě, často pokládá otázky začínající slovy: proč, kdo, kdy. Jeho slovní zásoba obsahuje více než tisíc slov a dokáže používat i správně příslovce, větný zápor a tvary sloves.

V období od **čtyř do čtyř a půl let** dítě tvoří jednoduché spíše hovorové věty, správně používá čas minulý, přítomný a budoucí. Začíná se orientovat v ročním období, měsících, týdnech a dnech. *„Chápe význam slov jako před, za, na rohu, uprostřed, blízko, dole, nahoře a správně je používá“* (Bacus, 2010, s. 68). Slovní zásoba se pohybuje v rozmezí tisíc pět set až tisíc devět set slov.

Mezi **pátým až šestým rokem** dítě mluví zcela plynule i správně gramaticky. Pojmenovává vše, čím je obklopeno a dokáže vyprávět krátký příběh bez pomocných otázek. Jeho slovník obsahuje více než dva tisíce slov a před nástupem do školy by se měl jeho slovník pohybovat kolem tři tisíce slov.

## 5.2 Odklad školní docházky u předčasně narozených dětí

Nástup do první třídy je opatřen školským zákonem č. 561/2004 Sb. (§ 36, ods. 3) ten uvádí, že *„povinná školní docházka začíná počátkem školního roku, který následuje po dni, kdy dítě dosáhne šestého roku věku, pokud mu není povolen odklad.“* K tomu, aby dítě mohlo zahájit povinnou školní docházku, by mělo být vyspělé po tělesné i duševní stránce.

Předčasně narozené děti bývají ve svém vývoji obvykle opožděny, a proto se doporučuje ještě jeden rok v mateřské škole pobýt. Tyto děti nejsou zatím ještě připravené ani zralé na prostředí základní školy a adaptaci školní výuky, a proto zahajují školní docházku až v sedmi letech (Kropáčková, 2008). Šmardová s Bednářovou (2011, s. 3) se také ke školnímu odkladu u nedonošených dětí přiklání. *„Důkladně by mělo být zvažováno zahájení školní docházky u dětí s výraznějšími rizikovými faktory v průběhu gravidity, porodu nebo v poporodní fázi. Například u dětí předčasně narozených, s velmi nízkou porodní hmotností, s následnými problémy ve vývoji motoriky a řeči (u těchto dětí se také častěji projevuje porucha aktivity a pozornosti, posléze i případné poruchy učení).“*

S odkladem školní docházky souvisí dva pojmy, a to školní zralost a školní připravenost. **Školní zralost** je *„stav dítěte, který zahrnuje jeho zdravotní, psychickou a sociální způsobilost začít školní docházku“* (Kropáčková, 2008, s. 12). Termín **školní připravenost** definují Bednářová a Šmardová (2011, s. 2) jako *„kompetence v oblasti kognitivní, emocionálně – sociální, pracovní a somatické, které dítě nabývá a rozvíjí učním, sociální zkušeností (zejména v MŠ).“*

U předškolního dítěte se způsobilost pro vstup do školy posuzuje z různých hledisek. Následující oblasti, které jsou důležité pro posuzování školní zralosti, jsou vymezeny podle Bednářové, Šmardové (2011) a Kropáčkové (2008) a Šmelové, Petrové, Suralové (2012):

- **Tělesná zralost**

Fyzický vývoj posuzuje pediatr při pravidelných lékařských prohlídkách, a to ve třech letech a v pěti letech.

U somatického vývoje se posuzují tyto znaky:

- **věk dítěte** – k zápisu do školy se dostaví děti, které již věkově dovršily šest let v daném roku do 31. srpna;
- **tělesná vyspělost** (váha a výška) – tělesně drobnější děti bývají více unavené, slabé, cítí se méněcenně, ohroženě ve vztahu k větším a silnějším vrstevníkům;
- **zdravotní stav dítěte** – pokud je dítě častěji nemocné, může mít vyšší absenci ve škole;
- **míra zralosti CNS** – dozrávání CNS má vliv na další projevy (rozvoj hrubé a jemné motoriky, lateralita, činnost smyslů...);
- **dokončení první strukturální přeměny** – ke konci předškolního období se děti prudčeji vytahují, přibývají na váze, více se podobají dospělému člověku. Dokončená první strukturální přeměna se dá poznat podle tzv. filipínské míry – dítě dosáhne rukou přes hlavu na ucho na opačné straně;
- **úroveň motorického vývoje** – pohybová koordinace a jemná motorika jsou významné v úspěšném zvládnutí psaní, kreslení, pracovních činností a tělovýchovných dovedností;
- **psychická zralost**

Duševní zralost je dána vrozenými dispozicemi, vývojem dítěte, rodinným prostředím, metodou výchovy a mateřskou školou. „*Pro zvládnutí trivía (čtení, psaní, počítání) je důležitá dostatečná úroveň rozumových schopností a rovnoměrnost vývoje v jednotlivých oblastech*“ (Bednářová, Šmardová, 2011, s. 3).

Kognitivní zralost se posuzuje podle následně uvedených předpokladů:

- **rozumové vnímání** – přechod z globálního vnímání na diferencované – snadněji dítě vnímá detaily
- **myšlení** – nahlížet na reálný svět logicky a opustit od myšlení názorného a odpoutat své myšlení od magičnosti a egocentrismu;
- **řeč** – bohatá slovní zásoba, eliminace vad ve výslovnosti;
- **paměť** – záměrné zapamatování, převažuje mechanická a neselektivní paměť;

- **zrakové vnímání** – vnímat celek jako soubor detailů, vizuální analýza a syntéza
- **sluchové vnímání** – sluchově diferencovat hlásku na začátku, konci slova
- **vizuomotorika, grafomotorika**
- **vnímání prostoru** – orientace v prostředí, osvojení si pohybových a sebeobslužných dovedností. Zvládnutí pojmů a předložkových vazeb. Ve škole ovlivňuje trivium, orientaci v mapách, číselné řadě...
- **vnímání času** – orientace v činnostech odpovídající určité době (ráno, dopoledne..), dnům, chápání časové posloupnosti, pojmy (nejdříve, později...)
- **předmatické představy** – řazení věcí podle velikosti (velký – střední – malý), podle množství (málo – méně – nejméně), třídít podle druhu, barvy, velikosti, tvaru..

Poznávací (kognitivní) dušení, rozumová zralost, vývoj

- **sociální a emocionální zralost**

Bednářové a Šmardové (2011, s. 6) se tato oblast popisuje obtížně, neboť berou na vědomí, že každý jedinec je individuální. *„To, že dítě dokáže ve škole dobře fungovat, záleží nejen na jeho dispozicích, ale také na tom, jak jsme schopni porozumět jeho povaze, důvodům jeho chování, jeho potřebám a možnostem; objevit způsoby vhodné motivace.“* Dítě na konci předškolního věku by mělo mít dostatečnou míru emocionální stability, zvládat emoce vzhledem k jeho věku, sebeovládat se a také být odolný vůči frustraci.

Kropáčková (2008) se Šmelovou, Petrovou a Sourálovou (2012) uvádí, že dítě by mělo v emoční a sociální zralosti být schopné:

- **adaptability** - odpoutat se na delší dobu od svých členů rodiny;
- **respektovat požadavky učitele;**
- **začlenit se do vrstevnické skupiny, vytvořit si s nimi vztah, komunikovat a spolupracovat s nimi;**
- **mít osvojené základní pravidla společného chování;**
- **odolnosti vůči frustracím a zátěžovým situacím.**

## 6 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem empirické části práce je zjistit, jak nahlíží učitelky mateřských škol na problematiku nedonošenosti v předškolním období, a dále zjistit, jaké vývojové odlišnosti se projevují u nedonošených jedinců v předškolním věku. Především v rámci kvalitativního výzkumného šetření vyzkoumat, jak učitelky mateřských škol vnímají nedonošenost v kontextu s předškolním obdobím, zda si všímají, že se nedonošenost na předčasně narozených jedincích manifestuje a dále konkrétně zjistit, jaká specifika související s nedonošeností vykazují a zda se učitelky na oblasti, ve kterých jedinci jeví jisté odlišnosti, zaměřují a rozvíjejí.

### **Výzkumné otázky:**

Jaké jsou znalosti učitelek mateřských škol o problematice nedonošenosti?

Jak vnímají učitelky mateřských škol problematiku nedonošenosti v předškolním období?

Jaké informační zdroje využívají učitelky mateřských škol k objasnění problematiky nedonošenosti?

Jaká specifika vykazují nedonošené děti v předškolním období?



## 7 METODIKA

### 7.1 Metoda získávání dat

Pro praktickou část bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Kvalitativní metodologie, jak uvádí Hendl (2008) s Švaříčkem a Šedřovou (2007), probíhá v delším časovém intervalu, jehož cílem je pochopení, popis a vytvoření nových teorií či hypotéz. Pro sběr dat kvalitativní výzkumník může volit z různých metod.

V této bakalářské práci v rámci praktické části byly pro sběr dat zvoleny **poloskrukturované rozhovory a případová studie.**

Semistrukturovaný interview je charakteristický tím, že tazatel má předem připravený seznam pasáží a otázek, u kterých nemusí lpět na chronologickém sledu. Dotazovaným respondentům může klást různé doplňující otázky, objasnit a upřesnit vysvětlení a ponechává širší prostor pro vyjádření se k jednotlivým tématům (Miovský, 2006). Švaříček s Šedřovou (2007) doplňují, že rozhovor se obvykle nahrává na nahrávací médium – diktafon, který dává možnost přesnému uchování komplexních informací během probíhaného interview.

Případová studie se používá za účelem detailnějšího poznání nedonošeného dítěte. Podle Hendla (2016) je to metoda, v rámci které se zaměřujeme na podrobnou charakteristiku pouze jednoho nebo malého vzorku případů.

## 7.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kvalitativní výzkum byl realizován v mateřských školách v krajích Jihočeském a Vysočina, prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů.

Výzkumného šetření se zúčastnily dvě ředitelky a čtyři učitelky mateřských škol, které mají předčasně narozené děti ve třídě. Mezi nimi byla matka a zároveň i učitelka nedonošeného dítěte, které má u sebe ve třídě.

Učitelky mateřských škol jsem oslovila až jako sekundární skupinu, a to z toho důvodu, jelikož učitelky obvykle nejsou informovány, že ve třídě mají nedonošené dítě. Rodiče takovou informaci nesdělují, neboť nechtějí, aby jejich dítě bylo vnímáno odlišně, anebo dítě nevykazuje žádná nebo výrazná specifika, která by měla být považována za konzultované.

Nejprve jsem se obrátila na rodiče, a to jak osobně (na základě doporučení), tak i prostřednictvím facebookové sítě ve skupině „NEDONOŠEŇÁTKA“. S rodiči byly provedeny rozhovory o perinatálním, prenatalním a postnatálních obdobích jejich příslušných nedonošených dětí. Na základě toho, byla vypracovaná jedna případová studie dvojčat, u nichž bylo provedeno dvouleté pozorování v rámci studentské praxe. U jiných dětí zúčastněné pozorování nebylo možné, z důvodu velké kilometrové vzdálenosti.

Rodiče společně s učitelkami mateřských škol byli předem informováni o průběhu sběru dat i se zajištěním anonymity obsahů rozhovorů a případových studií při jejich zpracování a prezentaci. Zákonným zástupcům byl předložen informovaný souhlas. Všechny písemné, rodiči akceptované, souhlasy mám uložené v osobním archivu a vzorovou verzi příkládám v příloze číslo 1.

Rozhovory s výzkumným vzorkem byly pro svou přesnost diktafonem nahrávány a doslovně písemně přepsány a kódovány. U dvou rozhovorů bylo přítomno více učitelek, a to z toho důvodu, jelikož dítě bylo staršího věku a přešlo z mladšího oddělení do oddělení staršího, tudíž učitelky se v odpovědích doplňovaly. Výzkumným vzorkem byla respondentka z mladšího oddělení, která jedince znala ze všech učitelek nejvíce.

## 8 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 8.1 Rozhovory s učitelkami mateřských škol o nedonošenosti

Kapitola je členěna dle výzkumných okruhů vztahující se ke sledovanému jevu, a v rámci nich jsou podrobněji vymezené jednotlivé výzkumné otázky.

Pro zachování anonymity jsou jednotliví respondenti označeni velkým písmenem U, a pro lepší přehlednost a odlišení je k písmenu přiřazena číslice od 1 – 6 (U1 - U6).

Tabulka č. 3: Výzkumný vzorek učitelek mateřských škol, které se zúčastnily výzkumného šetření

Výzkumný soubor	Označení	Délka praxe (v letech)	Počet ND ve třídě
Učitelka 1	U1	26	1
Učitelka 2	U2	32	1
Učitelka 3	U3	21	1
Učitelka 4	U4	16	1
Učitelka 5	U5	2	2
Učitelka 6	U6	1,5	2

Pozn.: zkratka ND=nedonošené dítě

#### 8.1.1 Problematika nedonošenosti v předškolním období

##### Jaké jsou znalosti učitelek mateřských škol o problematice nedonošenosti?

Nejprve jsem od učitelek zjišťovala, jaké mají znalosti o problematice nedonošenosti. Měly blíže specifikovat, či definovat pojem nedonošenosti. Většina respondentek měla jisté poznatky o nedonošených dětech, tudíž byly schopné pojem blíže vymežit.

*„Tyhle ty děti dozrávají o rok, dva později, že proto mají třeba odloženou školní docházku, nebo potom je tam ten asistent.“ (U1)*

*„Vím, že jsou opožděnější, a že mají i nějaké smyslové problémy.“ (U2)*

*„Mají většinou problémy s adaptací, trvá jim o poznání déle, než ostatním dětem. Děti jsou mnohem více roztěkaný, nestálý, nervózní, potřebují mít přesný plán, co kdy a jak bude, a potřebují mít pocit citový stálosti, takže, co nejdřív a co možná nejlíp navázat kontakt s tím dítětem, a aby tu jistotu mělo v té učitelce.“ (U5)*

*„Bývají v inkubátoru, jsou připojeni na přístrojích, někteří mají zdravotní komplikace.“ (U6)*

Zbylé dvě učitelky (U3, U4) o problematice nedonošenosti neměly podrobné informace. Pouze jedna z nich byla schopná sdělit bližší poznatky, i když si svou odpověď nebyla zcela jistá.

*„Nevím..., jen vím, že když je někdo nedonošený, tak se narodí dřív, ale jako...nevím.“ (U4)*

Z odpovědí je tedy patrné, že většina učitelek má laické poznatky o tématu nedonošenosti a zároveň mají i povědomí o definici nedonošenosti.

### **Jak vnímají učitelky mateřských škol problematiku nedonošenosti v předškolním období?**

Dále bylo zjišťováno, jak učitelky vnímají nedonošenost v předškolním období. Zajímalo mě, jak na tuto problematiku nahlíží v kontextu s předškolním obdobím, a jestli si všímají, zda se předčasné narození na předškolních jedincích manifestuje.

Jedna respondentka problematiku nedonošenosti nepovažuje za podstatnou, čím by se měla mateřská škola zabývat a to z toho důvodu, že má především dobré zkušenosti s nedonošenými dětmi a prý se výrazně neliší od ostatních dětí.

*„Já teda mám dobré zkušenosti s nimi, žádný výrazný problém nemají.“ (U6)*

Další respondentky uváděly, že má smysl se tím zabývat, ale záleží na každém jedinci, jak se nedonošenost na něm podepíše.

*„Ano, má, ale je to kus od kusu, každý má jiné problémy, jak smyslové, tělesné.“* (U1)

*„Ano, ale je to případ od případu, určitě je to individuální.“* (U2)

*„Tak většinou ty nedonošený dětičky mají, že jo specifický problém...tak má to smysl.“* (U5)

Dvě dotazované (U3, U4) nevěděly, jak na otázku odpovědět, neboť se prý s tématem nedonošenosti v rámci předškolního věku nikdy nesetkaly a tudíž s tím nemohou mít žádné zkušenosti.

*„Nevím...my to nevíme, protože to u těch dětí nevidíme. Nejsme na to školené, jak s těmi dětmi pracovat.“* (U3)

*„Já jsem se s tím nikdy nesetkala.“* (U4)

Podle odpovědí je evidentní, že má smysl se tématem nedonošenosti v předškolním období zabývat, ale záleží na každém jedinci, jestli má nějaké výrazné vývojové odlišnosti.

### **Jaké informační zdroje využívají učitelky k objasnění problematiky nedonošenosti?**

Dále bylo zjišťováno, jaké zdroje učitelky využily k pochopení problému nedonošenosti, a to z toho důvodu, abych zjistila, jestli se blíže zaobíraly tématem nedonošenosti po zjištění, že mají nedonošené dítě ve své třídě. Konkrétněji tedy proto, zda je zajímavé, co problematika nedonošenosti může obnášet u dítěte v pozdějším věku, jaké může mít jedinec vývojové odlišnosti a jak s ním mohou pracovat.

Jednotlivé učitelky odpovídaly jak kladně, tak i záporně. Tři učitelky si vyhledaly nějaké informace a tři ne. Respondentky, které odpověděly negativně, uváděly tyto odpovědi.

*„Nečetla jsem o tom nic.“* (U1)

*„Nic jsem si nevyhledávala, mám informace ze „života“. A tak, nikde se to neřeší, tak to neřešíme i my, že.“ (U3)*

*„Nikdy jsem se o ty nedonošený nezajímala.“ (U4)*

Tři respondentky (U2, U5, U6) se zajímaly o téma nedonošenosti a vyhledávaly si informace, a to především na internetových zdrojích. Dokonce si povšimly, že publikací o nedonošených dětech po druhém roce jejich věku je nedostatek.

*„Jen něco málo. Co jsem měla knížku o miminkách, tak tam byly nějaké věci o té nedonošenosti, a něco malinko na internetu.“ (U6)*

*„Většinou jsem četla různé psychologické články na internetu, ale literatury jako takový o těch nedonošencích moc není.“ (U5)*

*„Sem tam jsem se mrkla na internet, ale tam se právě zabývají hodně tou poporodní péčí a vývojem, ale málo kde jsem našla, že by se něco týkalo předškolního věku. Myslím, že by nevadilo a nebylo na škodu, kdyby se tím někdo zabýval.“ (U2)*

Z odpovědí respondentek je jednoznačné, že ty které téma nedonošenosti zajímá, tak si k tomu vyhledají i bližší informace.

Poté byla dotazovaným učitelkám položena otázka, zda věděly, že je dítě nedonošené a od koho se to dozvěděly. Téměř většina respondentek věděla, že je jedinec nedonošený, a zprávu o tom, že je nedonošený obdržely od zákonných zástupců jednotlivých dětí.

*„Od maminky, ale byla to docela náhoda, jen mezi řečí, ne, že by to bylo záměrně.“ (U2)*

*„Od rodičů.“ (U5)*

*„Od kamarádky, maminky té holčičky.“ (U6)*

Jedna učitelka k odpovědi, že tuto informaci má od matky dítěte, ještě doplnila, že za tuto informaci byla velmi ráda.

*„Od maminky, už ihned při zápisu mi maminka sdělila, že žabina je nedonošená. Tuto informaci, že mi ta máma sdělila, je jediné dobře, jo.“ (U1)*

Dvě dotazované uvedly, že až ode mne se dozvěděly, že je dítě nedonošené a to tehdy, když jsem je kontaktovala ohledně rozhovoru. Teprve pak si až začaly všimnout různých odlišností u příslušného jedince.

*„Od Vás, maminka nám to neřekla.“ (U3)*

*„Nikdo mi to neřekl, až od Vás jsem se dozvěděla, že je nedonošený.“ (U4)*

Dvě učitelky měly obdobný názor, že by uvítaly, kdyby jim rodiče už při zápisu sdělovali, že je dítě nedonošené.

*„Určitě by bylo dobré, kdyby to sdělovaly hned u zápisu všechny maminky.“ (U1)*

*„Ono by to mělo být správně, tak, že když je zápis, že by tohle všechno rodiče měli sdělit.“ (U2)*

Dokonce jedna respondentka uvedla, že díky tomu, že se dozvěděla, že je jedinec nedonošený, tak k němu změnila přístup.

*„Tím že jsem věděla, že je nedonošený, jsem i pak změnila k P. přístup.“ (U2)*

Respondentkám jsem položila doplňující otázku, jestli se už někdy během své praxe setkaly s jiným nedonošeným dítětem. Čtyři učitelky (U1, U2, U3, U4) si nebyly jisté, zda měly už nějaké nedonošené dítě ve třídě.

*„Nesetkala, nebo nevím, že by bylo nedonošené.“ (U1)*

*„To nevím, nevím, jestli byly nedonošený.“ (U3)*

Dvě z nich (U2, U4) ještě uvedly, že i záleží na rodičích, jestli jim tuto informaci sdělí.

*„Myslím, že ne, nevím. Rodiči nic neříkali, tak nevím.“ (U2)*

*„Ne, ne, nebo jsem o tom nevěděla. Záleží to i na těch rodičích, jestli to řeknou.“ (U4)*

Respondetky U5 a U6 odpověděly, že se již během své praxe s nedonošeným dítětem setkaly, a v případě respondentky (U5), ne jen s jedním, ale už narazila na více nedonošených dětí v rámci pedagogické praxe. Dokonce i ona se narodila předčasně.

*„Tak já sama jsem nedonošená. Měla jsem jednoho chlapečka ve třídě a i vedle ve třídě tam byly také dětičky, asi dvě.“ (U5)*

*„Ano, a ta holčička měla, co si pamatuji i hodně komplikací, časté operace a byl tam i odklad.“ (U6)*

Podle odpovědí se pouze dvě respondentky během své praxe setkaly s jiným nedonošeným jedincem. Zbytek učitelek si nejsou jisté, že by měly nedonošeného jedince ve třídě. Tento jev přímo poukazuje na to, že problematikou nedonošenosti se mateřská škola nezabývá. Respondentky, které si nebyly jisté, mají výrazně delší dobu praxe v mateřské škole, než učitelky U5 a U6, které pracují v mateřské škole dva roky.

*Pozn.: délka praxe jednotlivých učitelek je uvedena v tabulce č. 3 v podkapitole 8.1*

### **8.1.2 Charakteristika nedonošeného dítěte v předškolním věku**

Tento okruh se týká popisu jednotlivých nedonošených dětí, které mají respondentky ve třídě. Otázky byly směřovány na učitelky, na jejich zkušenosti s těmito dětmi. Každá učitelka měla popsat, jak se jedinec projevuje. Klíčovým cílem této kategorie bylo především zjistit, zda jedinci jeví opoždění a vývojové odlišnosti v těchto oblastech:

- a.) hrubá a jemná motorika
- b.) vnímání
- c.) myšlení
- d.) paměť
- e.) koncentrace
- f.) řeč
- g.) emoce

#### **Jaká specifika vykazují nedonošené děti v předškolním období?**

Výpovědi učitelek v tomto ohledu byly rozcházející, neboť každé dítě je individuální a i zde je potřeba to brát v úvahu, že každý nedonošený jedinec je jedinečný. Na některých dětech to, že se narodí dříve, se více podepisuje, a některých jen málo, nebo



vůbec. Dále zde hraje roli, v jakém gestačním týdnu se narodily, a jak jsou věkově staré (viz tabulka č. 4 v podkapitole 8.2).

Dvě učitelky se shodly, že děti nemají problémy v oblasti **hrubé a jemné motoriky**, jejich aktuální úroveň odpovídá věku.

*„Hrubá a jemná motorika dobrý.“ (U4, U6)*

Z toho respondentka (U6) doplnila, že právě naopak jsou děti v jemné motorice velmi zručné.

*„Jsou relativně nadané v oblasti výtvarky, obě hezky malují.“*

Zbylé tři učitelky (U1, U2, U5) uvedly, že dítě má nedostatky alespoň v jedné z oblastí.

*„Je hodně zdatný, pohybově, řekla bych, že má sílu a pevné svaly. A řekla bych, že v tom vývoji je i pozadu, když to vezmu konkrétně, tak má pořád tvrdou neuvolněnou ruku.“ (U2)*

*„Hrubá a jemná motorika odpovídá věku, ale je neobratná při chůzi. Výrazně dává při chůzi špičky přes sebe a při běhu je neobratná.“ (U1)*

U jedné respondentky (U5) mají obě děti problémy s jemnou motorikou. Jedna ze sester má ale potíže ještě v hrubé motorice.

*„Dost se hrbí, je i slabší celkově, má slabší kostru a vybočuje dost špičky. Minulý rok to dělala ještě víc, ona má problém, že nechtěla propínat kolena. Ona je pořád taková, jak když „šáša“ chodí, ale to se zlepšilo, ale byla to víc „bábovka“, víc padala, dělalo jí to problém, ta koordinace byla horší, než u její sestry.“*

Ohledně **kognitivních funkcí** dotazované odpovídaly velmi různorodě. Nejvíce se respondentky (U1, U2, U3, U5, U6) shodly, že nedonošené děti mají problémy s **verbální komunikací**.

*„Lehce opakuje první slova ve větě, a celkově je slovní zásoba - aktivní i pasivní chudší.“ (U1)*

*„Má hodně špatnou řeč, ale myslím, že s maminkou začal chodit na logopedii.“ (U2)*

*„Trošku si šlape na jazyk.“ (U5)*

*„Nemluví tolik nahlas, ale když začne mluvit tak se třepe, je nervózní.“ (U6)*

Jedna učitelka (U3) uvedla, že ze začátku dítě mělo potíže v řeči, ale díky docházení na kroužek logopedie se vše srovnalo.

*„Nekomunikovala ze začátku, není ani teď hovorná. Chodila na logopedii tady ve školce, ale už nechodí, vše je v pořádku.“*

V oblasti **koncentrace a vnímání** respondentky (U1, U3, U4, U5, U6) odpověděly, že jejich děti nemají problém s koncentrací a vnímáním. Pouze v jednom případě bylo uvedeno, že má dítě problém s koncentrací.

*„Málo se soustředí.“ (U2)*

Jedna respondentka (U5) uvedla, že jedno z dvojčat má potíže se sluchovým vnímáním.

*„Myslím si, že hodně špatně slyší, protože na ni volám a ona to neví, pak si všimne, že na ni volám, ale nerozumí mi, takže jde udělat něco jiného.“*

Podle respondentek nedonošené děti v **emocích** jsou citlivější.

*„Je citlivější.“ (U4, U5, U6)*

*„Je přecitlivělá, nemá ráda hlučnější hry.“ (U1)*

*„Emoce jsou u něj dost silný a hodně je projevuje.“ (U2)*

Jedna učitelka odpověděla negativně.

*„Moc se neprojevuje, je spíš uzavřenější.“ (U3)*

Téměř všechny tázané uvedly, že **paměť a myšlení** u nedonošených dětí je kvalitní a přiměřená k jejich věku.

Pouze jedna respondentka (U3) odpověděla, že jedinci trvá, než něco pochopí, ale spojovala to i s celkovým pomalejším tempem.

*„Je taková pomalejší, i jí trvá, než něco pochopí.“ (U3)*

Pomalejší pracovní tempo u nedonošených dětí uváděly ještě další tři respondentky (U1, U4, U5).

*„Je spíše pomalá, ale houževnatá. Mívá ale i tendenci začít práci a poté ji nedokončit.“*  
(U1)

*„Je pomalejší při výtvarných a pracovních činnostech.“* (U5)

*„Co si vzpomínám, tak měl pomalé pracovní tempo, hlavně v sebeobsluze.“* (U4)

Dále jsem se respondentek tázala, jak u nedonošených dětí probíhala adaptace. Adaptace u třech dětí probíhala bez obtíží, pro zbylých pět dětí bylo stěžující v období adaptace sžít se s prostředím mateřské školy. Z toho u třech dětí došlo ke shodě, že byly vázané na paní učitelky a pouze s nimi udržovaly vzájemnou interakci.

*„Snášely ji špatně...byly takový fixační. Celý minulý rok byly závislí na mě, nebo na kolegyni.“* (U5)

*„Adaptace u ní probíhala malinko hůř, protože ona je hodně stydlivá, vázaná na mě a tím ještě že jsem tady, tak je to možná o to horší. Má problém, když přijde někam, tak ji trvá, než se zapojí do té skupiny, takže s tím trošku válčíme.“*

Ve dvou případech se děti zcela izolovaly od učitelek (U2, U3) a ostatních dětí, a byly to spíše samotáři.

*„Nebřečela, vůbec nic, ona moc nekomunikovala. Na otázku nám odpověděla jen „hm, hm“, ale nemluvila. Vždy jsme si říkaly, jestli vůbec umí mluvit.“* (U3)

Respondentka (U2) k tomu ještě uvedla, že po dvou letech docházky do mateřské školy má jedinec stále potíže s adaptací, z toho důvodu, že bývá často nemocný.

*„Ze začátku se nedal uklidnit žádným způsobem, ze začátku hodně plakal, zalezl si vždy pod stůl a tam byl. Pak byl v pohodě, ale u něj je i to, že tu docházku má často přerušovanou těma nemocema.“* (U2)

Potom jsem své dotazy zaměřila na zdravotní stránku týkající se nedonošených jedinců. Především mě zajímalo, jestli jsou často nemocné, objevují se u nich alergie. Podle odpovědí respondentek, pouze tři děti nebývají často nemocné a nemají alergie.

*„Nebývá často nemocná, ani alergie nemá.“* (U1, U3, U6)

Zbylých pět dětí inklinovalo, nebo ještě inklinují k častějšímu onemocnění. U dvou respondentek (U4, U6) došlo ke shodě, že děti ze začátku docházky do mateřské školy bývaly častěji nemocné.

*„Tak normálně, měl ale častěji rýmu.“ (U4)*

*„Mívala často ty zelené rýmy, kašel a teď jí zjistily i alergii.“ (U6)*

U třech dětí nadále přetrvává častá nemocnost, která u jednoho jedince ovlivňuje i předškolní vzdělávání. Podle učitelky dítě ve školce často chybí, tudíž pak nemá takové poznatky jak děti, které chodí do mateřské školy pravidelně.

*„Je hodně nemocný, teď už nebyl tři měsíce ve školce.“ (U2)*

*„Holky bývají často nemocný, ale imunitu má horší N., brali jí mandličky a bývá častěji nemocná.“ (U5)*

Dvě učitelky se zmínily i o menším vzrůstu u dvou dětí. Podle nich prý děti svou výškou neodpovídají svému kalendářnímu věku a vypadají spíše na věk mladší.

*„Je hodně malinkej, když se na něj podívám a nevěděla bych kolik mu je let, tak ho tipnu tak na tři, čtyři roky.“ (U2)*

*„Je menšího vzrůstu. Na to že jí je šest, tak bych ji tipla tak na čtyři roky.“*

Všem respondentkám jsem položila doplňující otázku, zda se ještě nyní u nedonošeného jedince objevuje v něčem opožděnost. Pouze dvě tázané (U2, U5) uvedly, že děti jsou opožděné ve svém vývoji.

*„Řekla bych, že celkově ve vývoji je pozadu.“ (U2)*

*„V jemné motorice je tak půl roku pozadu, než její sestra.“ (U5)*

Podle jednotlivých odpovědí je patrné, že nedonošení jedinci vykazují jisté shodné znaky související s předčasným narozením. Mají obtíže ve verbální komunikaci, jemné motorice, pomalé pracovní tempo, jsou ve svém vývoji opožděné, citlivější a bývají častěji nemocné, než jejich vrstevníci.

Dále jsem se zajímala, jestli se učitelky zaměřují a rozvíjejí oblasti, ve kterých nedonošení jedinci vykazují jisté vývojové odlišnosti. Pokud si učitelky mateřských škol všímají individuálních nedostatků u jednotlivých dětí a pomáhají jim je vykompenzovat,

dosáhnou toho, že předejdou dlouhodobým, přetrvávajícím obtížím, nebo alespoň zmírní jejich intenzitu.

Dvě respondentky (U4, U6) jednoznačně odpověděly, že se nezaměřují na žádné oblasti, neboť jedinci nevykazují výrazné nedostatky.

*„Ne, myslím si, že je rozvinutý po všech oblastech, tak jak má být.“ (U4)*

*„Ne.“ (U6)*

Tři tázané (U1, U2, U5) uvedly, že se zaměřují na oblasti, v nichž má dítě vývojové odlišnosti a snaží se je rozvíjet, a to zejména motoriku.

*„Rozvíjíme hrubou motoriku, kde upozorňujeme: „A., dej ty nohy rovně.“ a řeč, kde také upozorňujeme „A., pomalu, ať se nezadrháváš.“ (U1)*

*„Jemnou motoriku a řeč.“ (U2)*

*„Jemnou motoriku.“ (U5)*

Jedna učitelka odpověděla, že se přímo na nic nezaměřují a rozvíjí dítě všeobecně ve všech oblastech.

*„Tak všechno rozvíjíme.“ (U3)*

Na závěr jsem od respondentek zjišťovala, jestli doporučují odklad školní docházky u nedonošených dětí. U třech dětí nevidí dotazované (U1, U4, U5, U6) důvod, proč by neměly nastoupit do školy. Dokonce jedno dítě podle respondentky je na tom všem lépe než ostatní předškoláci ve třídě.

*„Ne, právě naopak, jak říkám, že předčil jakékoliv děti tady ve třídě.“ (U4)*

Dvě učitelky (U5, U6), které mají více nedonošených dětí ve třídě, se shodly, že u každé je jedno dítě, které na odklad není a pak i dítě, které na odklad je. V případě respondentky (U5), bude mít dítě pravděpodobně odklad z důvodu odkladu její sestry.

*„Jestli budou mít odklad, tak obě, což znamená, že N. se značně bude nudit, a pokud nebudou mít, tak pro její sestru to bude hodně velký zářeh - ta první třída.“ (U5)*

Respondentka (U6) u jednoho dítěte je přesvědčena, že odklad školní docházky nebude potřeba, ale u druhého dítěte stejně jako další respondentky (U1, U3) si ještě není zcela jistá a odklad zvažuje.

*„E. určitě není na odklad, ale u té K. to ještě zvažuji.“ (U6)*

*„To ještě nevím.“ (U1)*

*„On by jí možná neuškodil, ale není vyloženě na odklad. Jsou tam nějaké věci, s kterými bude mít ve škole problém. Ale nevím, kdyby ho měla, jestli by jí i pomohl.“*

*(U3)*

Jedna z respondentek byla naprosto přesvědčena u dítěte odložit školní docházku.

*„To určitě bude, a mám docela obavy, aby to vše za ten rok zvládnul.“ (U2)*

Z odpovědí je tedy patrné, že u čtyř dětí bude doporučen odklad školní docházky a u čtyř dětí ne.

## 8.2 Jednotlivé případy, případová studie

Tato kapitola detailně charakterizuje jednotlivé nedonošené děti od narození do současnosti. Bližší informace byly získány od rodičů příslušných dětí.

Jména dětí jsou změněna z důvodu zachování anonymity.

Tabulka č. 4: Nedonošené děti, které se zúčastnily kvalitativního výzkumu

Jméno	Gestační týden	Věk
Eliška	29+0	4
Jakub	30+0	5
Sára	33+2	6
Filip	35+5	5
Ema, Nina	36+6	4
Lenka	30+6	5
Žofie	35+0	6

Nedonošené děti, které mají respondentky ve třídě, jsou ve věkovém rozpětí 4 – 6 let. Mezi nedonošenými dětmi bylo šest dívek a dva chlapci, z toho dvou jedincům jsou 4 roky, třem dětem je 5 let a dvou dětem 6 let. Nedonošené děti se narodily v rozmezí 29. – 36. gestačním týdnem, což je vyšší hranice nedonošenosti a podle toho spadají do kategorií lehké, střední a těžké nezralosti. Mezi nimi nebylo žádné extrémně nezralé dítě.

## **a.) Jednotlivé případy**

### Eliška, 4 roky

Eliška přišla na svět císařským řezem v 29 + 0 tt s hmotností 1 007 gramů a délkou 36 centimetrů. Po narození byla šest minut oživovaná. Z nemocnice byla propuštěná po dvou měsících. Prodělala dvě infekce – močových cest a žloutenku. Eliška dochází na rehabilitační oddělení, jelikož našlapuje na špičky. Kvůli zrakové vadě nosila brýle. V expresivní stránce řeči vykazuje jisté nedostatky, má obtíže v plynulosti řeči – koktavost (opakuje slova a začátek věty).

### Jakub, 5 let

Jakub se narodil císařským řezem ve 30 + 0 gestačním týdnu, s váhou 1 260 gramů a výškou 38 centimetrů. Přes čtyři týdny byl v inkubátoru na intermediární jednotce JIRP. Objevily se u něj dechové potíže, a proto měl chvíli CPAP a na zklidnění dostával kofein a léky. Do dvou let věku docházel Jakub na oddělení neurologie a do rizikové poradny. Chlapec navštěvoval logopedii, kvůli dorostlé nosní mandly a huhňavosti musel docházku přerušit. V roce 2015 mu byla diagnostikovaná růstová porucha a ihned se zahájila léčba růstovým hormonem, který rodina každý den aplikuje synovi doma. Jakub bývá často nemocný – infekty horních cest dýchacích, nosohltan, zánět na průduškách, časté píchání uší. V roce 2016 prodělal rotaviry a capilobakterii, kde byla nutná hospitalizace. Nyní rodina s Jakubem navštěvuje kliniku Nefrologie v Praze. Jakub je mazlivý, lítostivý, plachý a nedůvěřivý k druhým lidem.

### Sára, 6 let

Sára se narodila ve 33 + 2 tt přirozeným porodem (zkracování děložního čípku). Neměla dechovou podporu a po měsíci byla propuštěna do domácího prostředí. Vojtovu metodu cvičila tři měsíce, sedět začala v devíti a chodit v patnácti měsících. Jako malá mívala časté rýmy a kašel. Má sestry (dvojčata), které jsou také nedonošené, narodily se ve 29 + 0 tt.



### Filip, 5 let

Filip přišel na svět císařským řezem (abruptce placenty) ve 35 + 6 tt s hmotností 2 200 gramů a výškou 46 centimetrů. Ihned po porodu 3 – 4 minuty nedýchal. Od narození neprodělal žádná vážnější onemocnění, ani nebývá často nemocný.

Filip je velmi citlivý, empatický, upovídaný, ale před cizími lidmi stydlivý. Trochu roztržitý a občas nevnímá, co mu říká druhá osoba.

### Lenka, 5 let

Lenka se narodila vyvolaným porodem v 30 + 6 tt s hmotností 1 300 gramů a délkou 38 centimetrů. Matka v průběhu těhotenství krvácela a předčasně jí otekla plodová voda. Lenka byla propuštěna domů téměř po dvou měsících, do té doby kromě tří dnů, byla v inkubátoru. Prodělala jednu infekci, šelest srdce a má alergii na břízu, peří, prach a oříšky. Imunitu neměla silně vybudovanou, proto byla často nemocná – hnisané rýmy a kašel. Dodnes navštěvuje rehabilitační oddělení – cvičí Vojtovu metodu, kterou má naplánovanou do 12 let věku (má vyvalené břicho a asymetrii páteře).

### Žofie, 6 let

Žofie přišla na svět císařským řezem (matka byla pod celkovou narkózou) v 35 + 0 tt s hmotností 1 420 gramů a délkou 39 centimetrů. Tři dny po porodu byla v inkubátoru na JIP a poté na pokoji s matkou. Matce při těhotenství v 25 tt lékaři zjistili, že Žofie neroste a má jeden patologický průtok v pupečníku. Žofie je i nyní menšího vzrůstu, její výška je v porovnání s jejími vrstevníky výrazně nižší. Dva roky cvičili Vojtovu metodu. Chodit začala v 15 měsících. Do mateřské školy dochází od dvou let a dvou měsíců.

## **b.) Případová studie**

Ema a Nina, 4 roky

- **Osobní anamnéza**

Ema a Nina se narodily 28. 12. 2012. Na svět přišly císařským řezem v 36 + 6 gestačním týdnem. První se narodila Nina s hmotností 2 000 gramů a druhá se narodila Ema s hmotností 2 400 gramů. Dvojčata se podle týdne těhotenství zařazují do skupiny lehce nezralé a podle hmotnosti jsou označeny za novorozence s nízkou porodní hmotností. Matka měla rizikové těhotenství. Děvčata byla na novorozeneckém oddělení. Ema s Ninou cvičily Vojtovu metodu do té doby, než začaly chodit (14. - 15. měsíce). Neprodělaly žádné závažné onemocnění, ale bývají často nachlazené a opětovně se u nich vyskytují záněty středního ucha.

- **Rodinná anamnéza**

Dvojčata vyrůstají v úplné rodině, kde se uplatňuje liberálně - demokratický typ výchovy. O děvčata se stará jak matka, tak otec. Ema s Ninou mají nejen spolu, ale i s rodiči velmi blízký, přátelský vztah. Nina je vázanější na svou sestru, než Ema na ni.

- **Sociální anamnéza** (doba pozorování: listopad 2015 – leden 2017)

Ema s Ninou nastoupily do mateřské školy, když jim byly necelé tři roky. Nyní jsou ve školce druhým školním rokem a dle pozorování jsou dvojčata zvědavé, hravé, empatické, prosociální zvláště k mladším dětem. Sestry jsou v neustálé společné interakci (vše dělají spolu). Jsou vázané na své paní učitelky, které jim dávají pocit bezpečí a jistoty. Pokud zrovna mají výstupy studentky v rámci své praxe, obtížně s nimi navozují kontakt a izolují se od řízených aktivit.

- **hrubá a jemná motorika, sebeobsluha**

Nina v oblasti hrubé motoriky vykazuje jisté nedostatečnosti, vzhledem k jejímu aktuálnímu věku je zde vidět opoždění. Její pohyby jsou nepřesné, špičky chodidel stáčí k sobě. Více problémová je pro ni jemná motorika – pomalejší tempo. Při sebeoblužných činnostech je samostatná, v oblékání vyžaduje mírnou pomoc.

Ema nemá problém s hrubou motorikou, odpovídá jejímu věku. Stejně jako její sestra má problém v jemné motorice. Ema ale je v ní jistější a zběhlejší. Bezproblémově zvládá sebeobslužné činnosti.

- **myšlení, vnímání, koncentrace, emoce, řeč**

Obě sestry v kognitivních funkcích nemají výraznější problémy. Zvládají se soustředit a udržovat pozornost delší dobu a jsou zvědavé. Myšlení odpovídá jejich věku. Nina se často přizpůsobuje k názorům své sestry. Komunikační dovednosti jsou u Emy kvalitní, odpovídající věku. Nina vadně vyslovuje sykavky a obtížně přijímá informace z delší vzdálenosti od mluvící osoby. V emoční oblasti jsou děvčata spíše introvertní, empatické a prosociální k mladším dětem.

## 9 DISKUZE

V rámci kvalitativního výzkumu jsem dospěla k zjištění, že mateřská škola nevěnuje patřičnou relevantnost problematice nedonošenosti, jako jiným oblastem (např.: specifickým poruchám chování, parciálním poruchám...). Nelze se proto divit, tématem nedonošenosti se společnost, tudíž ani česká odborná literatura po druhém roce života jedince nezabývá. Už v 70. letech Gutvirth s Machovou (1977, s. 39) ve své publikaci uvedli, že „*velká většina vědeckých bádání o dalším vývoji a osudu nedonošených dětí se hlavně zaměřuje na první roky života.*“ Od té doby se v této oblasti patrně nic nezměnilo a nedošlo k posunu. Proto jsem se zaměřovala na to, jak učitelky vnímají tuto problematiku v předškolním období. Nejdříve ale bylo nezbytné se zajímat o to, zda učitelky mateřských škol mají nějaké vědomosti o tématu nedonošenosti. Čtyři učitelky ze šesti měly kvalitní poznatky o této oblasti. Tudíž také i vnímají problematiku nedonošenosti za podstatnou, a chtějí, aby se česká odborná literatura zabývala nedonošeností i v předškolním věku, neboť cítí, že mají nedostatek informací o nedonošených předškolních dětech. Pouze učitelky U2 a U5 se hlouběji zabývaly tímto tématem, vyhledávaly si informace na internetu a povšimly si, že chybí publikace věnující se nedonošeným dětem v předškolním období. Tento jev může být způsoben tím, že obě dvě mají problematičtější jedince, a zároveň jim rodiče sdělili, že děti jsou nedonošené, a navíc učitelka U5 se také narodila předčasně, tudíž se více o nedonošenost zajímá. Nejen ony, ale další učitelky z výzkumného souboru mají jedince, kteří vykazují jisté vývojové odlišnosti. Nedonošení jedinci v jejich třídách mají jistá specifika, která souvisí s nedonošeností. Langameier s Krejčířovou (2006, s. 27) uvádí, že „*v pozdějším věku bývají i u zdravých nedonošených dětí častěji nacházeny poruchy soustředění, pozornosti, vizuomotorické obtíže, zvýšená úzkostnost, lehčí poruchy řeči i specifické poruchy učení.*“ Mohu s autory souhlasit, neboť na základě výsledků kvalitativního šetření, se potvrdila u nedonošených jedinců některá výše uvedená specifika. Nedonošení jedinci, které mají učitelky ve třídě, mají především řečové problémy, šest dětí z osmi měly nebo ještě mají s řečí potíže. Dále také tři jedinci mají problém s jemnou motorikou a hrubou, zvláště zde chybí koordinace. Šest dětí jsou i velmi citlivý a výrazné projevy úzkosti projevovaly v době adaptace na předškolní prostředí, kdy se jim stýskalo po rodičích, a náhradu hledaly u učitelek, anebo se zcela

izolovaly do ústraní. Sobotková s Dittrichovou (2003) uvádí, že předčasně narození jedinci bývají drobnější postavy a opožděné v motorickém vývoji. Při analýze rozhovorů se ukázalo, že nedonošení jedinci jsou opožděné v oblasti vývoje jemné motoriky. Dvě učitelky U2 a U5 vyzorovaly u dvou pětiletých dětí opožděnost v jemné motorice, a ještě učitelky U2 s U6 uvedly, že děti jsou menšího vzrůstu. Také se potvrdilo, že nedonošení jedinci mají oslabenou imunitu, jak zmiňuje Peychl (2005), že předčasně narození jedinci více inklinují k nemocem. V tomto případě pět dětí z osmi jsou často nemocné, intenzivně se u nich opakují rýmy a kašel, a také u dvou dětí byla zjištěna alergie. Ne, u všech jedinců se autory výše zmíněná specifika vyskytují. Souhlasím s Krejčovou (2015, s. 22), že „každá lidská bytost je jedinečná.“ V tomto případě je také potřeba mít na paměti, že i nedonošení jedinci nejsou výjimky a také jsou individuální a každý je originál. Učitelky se zaměřují na oblasti, ve kterých jedinci mají vývojové odlišnosti a snaží se je rozvíjet.

Zajímavé bylo, že většina učitelek věděla, že je dítě nedonošené, ale některým tato informace nepřišla důležitá a o téma nedonošenosti nejevily bližší zájem. Učitelky mateřských škol by chtěly, aby jim rodiče sdělovali informaci, že je dítě nedonošené. Dvě učitelky U1 a U2 uvedly, že by rodiče zprávu o tom, že je jejich dítě nedonošené měli sdělovat už u zápisu do mateřské školy.

Dle mého názoru by ale mateřská škola měla mít jeden z kritérií při zápisu do mateřské školy, aby jim rodiče uváděli, že je jejich dítě nedonošené. V mnoha případech tím učitelce mohou pomoci a učitelka se může připravit na to, co od něho očekávat. Zaujal mě totiž názor při rozhovoru s učitelkou U2, která uvedla, že „*tím, že jsem věděla, že je nedonošený, jsem i pak změnila k P. přístup.*“ Proto tato informace učitelce mateřské školy může pomoci blíže poznat jedince, a nemusí dojít k jeho nálepkování, jak to bylo v případě jiné respondentky, která o dítěti mluvila, jak o „zpomalenci“.

Ve výzkumné části mohlo dojít i ke zkreslení výsledků, a to z toho důvodu, že učitelky nesdělovaly o jedinci pravdivé informace, a to třeba z té příčiny, že se obávaly ze slovního napadení od jednotlivých zákonných zástupců, kteří si chtějí výzkum o jejich nedonošených dětech přečíst. V některých mateřských školách nebyl povolen souhlas k rozhovorům, právě z toho důvodu, že ředitelky měly obavy, že učitelky

uvedou nějaké informace, které mohou pokořit rodiče daného jedince. Také i ke zkreslení výsledků mohlo dojít na základě toho, že si respondentky a rodiče ihned nevybaví všechny informace o dítěti. Povšimla jsem si jistých nesrovnalostí mezi fakty od učitelek a rodičů o příslušných nedonošených dětech, ve výpovědích se rozcházejí.

Jednotlivé případy nedonošených jedinců ukázaly, že matky neměly během těhotenství komplikace, tudíž lze vyloučit příčiny předčasného porodu ze strany matky a lze je spíše přikládat plodu, nebo děloze.

Je potřeba brát v úvahu, že nedonošené děti, které mají respondentky ve třídě, se narodily v rozmezí 29. – 36. gestačním týdnem, což je vyšší hranice nedonošenosti a spadají do kategorií lehce, středně a těžce nezralé, a také se sešly děti vyššího věku (5 – 6 let). Proto by bylo zajímavé porovnat výsledky s nedonošenými dětmi věkově mladšími a zároveň i s extrémně nezralými dětmi, které se narodily k nižší hranici nedonošenosti, nebo i s názory učitelek mateřských škol v jiných krajích.

## ZÁVĚR

Problematika nedonošenosti se nezaměřuje na předškolní věk, stále svou pozornost věnuje dětem maximálně do dvou let jejich věku a tedy v dalších vývojových obdobích je tato oblast neprobádána.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak učitelky mateřských škol vnímají problematiku nedonošenosti v předškolním období, a jaké vývojové odlišnosti se projevují u nedonošených jedinců v předškolním věku.

K dosažení stanovených cílů empirické části této bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu v rámci polostrukturovaných rozhovorů s učitelkami mateřských škol. Z jednotlivých rozhovorů vyplynulo, že učitelky mateřských škol nahlíží na nedonošenost v předškolním věku jako na kvintesenci, kterou by se odborníci, výzkumníci a odborné publikace měli zabývat v kontextu s předškolním obdobím. Jedinci vykazují jistá specifika související s nedonošeností, i když je to i velmi individuální. Učitelky jsou k této problematice kladně nakloněny, ale záleží, jestli jim zprávu o tom, že jedinec je nedonošený, sdělí rodiče. Učitelky si všímají vývojových odlišností u nedonošených jedinců a snaží se je v rámci edukačního vzdělávání vykompenzovat.

Tímto výzkumným šetřením byla zjištěna další zásadní informace. Učitelky mateřských škol vnímají problematiku nedonošenosti za relevantní, rády by se blíže zabývaly tímto tématem, ale chybí jim příslušná odborná literatura. Proto navrhuji, aby se problematikou nedonošenosti v souvislosti s předškolním obdobím zabývala odborná literatura, a vznikla tak příručka pro učitele mateřských škol, kteří mají nedonošené děti ve třídě. Dále navrhuji, aby mateřská škola měla jedno z kritérií u zápisu do mateřské školy, aby jim rodiče uváděli, že je jejich dítě nedonošené, a aby učitelky sledovaly v rámci předškolního vzdělávání, jaké vývojové odlišnosti se u nedonošených jedinců mohou manifestovat.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BACUS – LINDROTH, Anne. *Vaše dítě ve věku od 3 do 6 let*. Praha: Portál, 2004, 176 s. ISBN 80-7178-862-7.
2. BOREK, Ivo. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 327 s. ISBN 80-7013-338-4.
3. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku – Co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. Brno: Computer Press, a.s., 2007, 212 s. ISBN 978-80-251-1829-0.
4. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Školní zralost*. Brno: Computer Press, a.s., 2011, 104 s. ISBN 978-80-251-2569-4.
5. BUREŠOVÁ, Jarmila. *Povím vám o dyslexii: průvodce pro rodinu a přátele*. Brno: Edika, 2016, 72 s. ISBN 978-80-266-0991-9.
6. COOPEROVÁ, Carol a Katy HYMASOVÁ. *Dvojčata*. Londýn: Darling Kindersley Limited, 2012, 128 s. ISBN 978-80-249-2102-0.
7. ČÁP, Jan. *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha: Karolinum, 1997, 416 s. ISBN 80-7066-534-31.
8. DOKOUPILOVÁ, M., FIŠÁRKOVÁ, B., NOVOTNÁ, L. *Narodilo se předčasně*. Praha: Portál, 2009, 320 s. ISBN 978-80-7367-552-3.
9. DORT, Jiří a spol. *Neonatologie: Vybrané kapitoly pro studenty LF*. Praha: Karolinum, 2004, 101 s. ISBN 80-246-0790-5.
10. DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Hyperaktivní dítě: vše co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén, 2007, 87 s. ISBN 978-80-7262-447-8.
11. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 447 s. ISBN 978-80-7013-547-1.
12. HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie – Učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Praha: Grada, 2011, 320 s. ISBN 978-80-247-3037-0.
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008, 408 s. ISBN 978-80-262-0219-6.



14. JANÁČKOVÁ, Laura a Lumír KANTOR. *Maličké miminko*. Brno: Grifart, 2015, 215 s. ISBN 978-80-906185-2-7.
15. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
16. KLENKOVÁ, Jiřina a Helena KOLBÁBKOVÁ. *Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte*. Brno: MC nakladatelství, 2005, 125 s. ISBN n.
17. KREJČOVÁ, Věra, Jana KARGEROVÁ a Zora SYSLOVÁ. *Individualizace v mateřské škole*. Praha: Portál, 2015, 184 s. ISBN 978-80-262-0812-9.
18. KROPÁČKOVÁ, Jana. *Budeme mít prvňáčka*. Praha: Portál, 2008, 160 s. ISBN 978-80-7367-359-8.
19. LEBL, Jan et al. *Preklinická pediatrie*. Praha: Galén, 2003, 248 s. ISBN 8072622072.
20. MACHOVÁ, Jitka a Jaroslav GUTVIRTH. *Tělesný a duševní vývoj nedonošených dětí*. Praha: SPN, 1977, 128 s. ISBN n.
21. MATĚJČEK, Zdeněk. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte: normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa: základní duševní potřeby dítěte: dítě a lidský svět*. Praha: Grada, 2005, 182 s. ISBN 80-247-0870-1.
22. MICHÁLKOVÁ, Zdeňka. *Předškolák s problémovým chováním*. Praha: Portál: 2012, 168 s. ISBN 978-80-262-0182-3.
23. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
24. MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Porucha pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2006, 120 s. ISBN 80-7367-188-3.
25. MUNTAU, Ania. *Pediatrie*. Praha: Grada, 2014, 608 s. ISBN 978-80-247-9292-7.
26. NÁDVORNÍKOVÁ, Hana. *Kognitivní činnosti v předškolním vzdělávání*. Praha: Raabe, 2011, 160 s. ISBN 978-80-86307-87-9.
27. NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2006, 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
28. OPATŘILOVÁ, Dagmar (ed.). *Pedagogicko – psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita, 2006, 292 s. ISBN 80-210-3977-9.

29. PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠAMALÍK. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 8024712164.
30. PEYCHL, Ivan. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. Praha: Galén, 2005, 142 s. ISBN 80-7262-283-8.
31. PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
32. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2014, 392 s. ISBN 978-80-262-0772-6.
33. SOBOTKOVÁ, Daniela et al. *Narodilo se s problémy, a co bude dál?* Praha: Triton, 2009, 107 s. ISBN 978-80-247-0398-5.
34. ŠMELOVÁ, Eva, Alena PETROVÁ a Eva SOURALOVÁ. *Připravenost dětí k zahájení povinné školní docházky v kontextu současného kurikula*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 312 s. ISBN 978-80-244-3345-5.
35. ŠVÁŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
36. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, 467 s. ISBN 80-245-0956-8.
37. VAŠUTOVÁ, Maria. *Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005, 280 s. ISBN 80-7042-691-8.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Kangaroo mother care*. Geneva: Department of reproductive health and research, 2003, 48 s. ISBN 92-4-159035-1.
39. ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 1994, 196 s. ISBN 80-7178-038-3.
40. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), §166 ze dne 24. září 2004
41. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), § 36 ze dne 24. září 2004
42. O nás - historie. *Nedoklubko* [online]. 2011 [cit. 2016-11-05]. Dostupné z: <http://nedoklubko.cz/o-nas/historie/>
43. Vojtova metoda může rozplakat dítě i maminku. *Mojebetynka* [online]. 29. 05. 2008 [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: <http://mojebetynka.maminka.cz/clanek/vojtova-metoda-muze-rozplakat-dite-i-maminku>

44. Péče o předčasně narozené dítě – po příchodu z porodnice. *Fórum zdraví* [online]. [cit. 2014-11-05]. Dostupné z: <http://www.forumzdravi.cz/pediatric/neonatalogie/208-pecce-o-predcasne-narozene-dite-po-prichodu-z-porodnice>.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Struktura rozhovoru

## **Příloha č. 1: Informovaný souhlas**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Obor: Učitelství pro mateřské školy – prezenční forma studia

### **Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru**

pro výzkumný projekt: Nedonošené děti v mateřské škole z pohledu učitelky

řešitelka projektu: Veronika Marková

Vážený/á pane/paní,

žádám Vás o souhlas o poskytnutí informací o Vašem nedonošeném dítěti od učitelky mateřské školy.

Zjištěné informace v rámci rozhovoru budou sloužit k výzkumnému projektu, jehož cíly je zjistit, jak vnímají učitelky mateřských škol problematiku nedonošenosti v předškolním období, a jaké vývojové odlišnosti se projevují u nedonošených jedinců v předškolním věku. Pokud o poskytnutí informací o Vašem nedonošeném dítěti souhlasíte, připojte podpis, kterým vyjadřujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Podle zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas, že učitelky mateřské školy mohou poskytnout potřebné informace prostřednictvím rozhovoru o mém nedonošeném dítěti. Dále souhlasím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu, a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

V..... dne..... Podpis zákonného zástupce:.....

## **Příloha č. 2: Struktura rozhovoru**

### **Okruhy polostrukturovaného rozhovoru:**

#### **1. Problematika nedonošenosti v předškolním období**

- informovanost o nedonošenosti
- vnímání nedonošenosti

#### **2. Charakteristika nedonošených jedinců v předškolním období**

- sociální začleňování
- projevy nedonošených jedinců
- specifika u nedonošených jedinců
- odklad školní docházky