

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Kateřina Grulichová

III. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika – komunikační techniky

INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN V MATEŘSKÉ ŠKOLE DÍTĚTE S ADHD A  
NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně, pod odborným vedením doc. Mgr. Kateřiny Vitáskové, Ph.D. a použila jsem jen prameny uvedené v seznamu použitých zdrojů. Souhlasím, aby práce byla uložena na Univerzitě Palackého v Olomouci v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Přemyslovicích, dne 23. 6. 2010

.....

Kateřina Grulichová

Děkuji paní doc. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a podněty, které mi poskytla jako vedoucí bakalářské práce.

# Obsah

<b>I. ÚVOD.....</b>	<b>5</b>
<b>II. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>7</b>
<b>1 PORUCHA KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI .....</b>	<b>7</b>
1.1 VÝVOJ ŘEČI.....	8
1.2 OPOŽDĚNÝ VÝVOJ ŘEČI.....	9
1.3 DYSLALIE.....	9
1.4 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE.....	11
<b>2 HYPERKINETICKÁ PORUCHA.....</b>	<b>13</b>
2.1 TERMINOLOGIE .....	13
2.2 ETIOLOGIE .....	14
2.3 SYMPTOMATOLOGIE .....	14
2.4 DIAGNOSTIKA ADHD .....	15
2.5 DĚLENÍ ADHD .....	16
<b>3 INTEGRACE ŽÁKA V MŠ .....</b>	<b>17</b>
3.1 ASISTENT PEDAGOGA.....	17
3.2 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN (IVP).....	18
<b>III. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>20</b>
<b>4 KAZUISTICKÁ STUDIE.....</b>	<b>20</b>
4.1 VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ .....	22
4.2 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN PRO DÍTĚ S ADHD A NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ V MATEŘSKÉ ŠKOLE .....	24
4.3 POROVNÁNÍ VSTUPNÍHO A VÝSTUPNÍHO VYŠETŘENÍ.....	26
4.4 VYHODNOCENÍ.....	30
<b>IV. ZÁVĚR .....</b>	<b>33</b>
<b>V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>34</b>

# I. Úvod

Neklidné či neposedné děti byly vždy mezi námi. Dříve byly označovány za děti zlobivé, dnes jsou to děti hyperaktivní. V současné době se v odborných i laických časopisech či internetových portálech často setkáváme se zkratkou ADHD – syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou. Tento pojem se dostává i do podvědomí široké veřejnosti. Je tedy na místě vnést na literární trh k této poruše základní teorii a případové studie dětí s tímto syndromem, aby pedagogové i veřejnost měli možnost nastudovat, jak pracovat s těmito dětmi. Během zpracovávání této bakalářské práce byla na trh uvedena publikace českých autorek Jucovičové, Žáčkové *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině* (Grada, 2010), která přináší nejen teoretické informace, ale zejména řadu konkrétních možností, jak vhodně reagovat na projevy dětí s hyperkinetickým syndromem.

Předložená práce je jakýmsi malým následovníkem zmíněné knihy, protože u hyperaktivních dětí bývají dle Jucovičové, Žáčkové (2010) vady řeči dlouhotrvající a mnohočetnější a děti špatně reagují na terapii. V bakalářské práci je zpracováno téma *Individuální vzdělávací plán dítěte v mateřské škole s ADHD a narušenou komunikační schopností*, protože nejvhodnějším zařazením dětí s hyperkinetickým syndromem je, dle autorky práce, mezi intaktní společnost a nejčastější kombinací spolu s ADHD je právě zmíněná logopedická vada. Teoretickou část práce tvoří tři kapitoly. První kapitola je věnována narušené komunikační schopnosti, tedy vymezení a charakterizování termínů opožděný vývoj řeči, dyslalie a vývojová dysfázie. Druhá kapitola je zaměřena na popis poruchy chování se syndromem hyperaktivity (ADHD). Třetí kapitola popisuje integraci žáka, je zde zmíněn teoretický základ individuálního vzdělávacího plánu a funkce asistenta pedagoga. Praktický základ bakalářské práce tvoří čtvrtá kapitola, ve které je obsažen cíl práce, použité metody a popis výzkumného vzorku. Podstatnou částí čtvrté kapitoly je případová studie chlapce s ADHD a narušenou komunikační schopností a vytvořený individuální vzdělávací plán do mateřské školy. Závěr této kapitoly přináší výsledky šetření a praktické rady pro rodiče, učitele a speciální pedagogy, protože právě oni se nejvíce podílí na výchově dětí s hyperkinetickým syndromem.

Stanovení hypotézy: Má vliv aplikace individuálního vzdělávacího plánu dítěti v mateřské škole s ADHD a narušenou komunikační schopností na zlepšení pozornosti dítěte? Je vhodná integrace dětí s ADHD mezi intaktní žáky mateřské školy?

Cílem bakalářské práce je dokázat, že aplikace individuálního vzdělávacího plánu dítěti s ADHD a narušenou komunikační schopností je vhodná a napomůže ke zlepšení pozornosti a výslovnosti chlapce.

Při zpracování práce byly použity tyto metody: analýza studované odborné literatury, pozorování, rozhovor, analýza anamnestických, logopedických, psychologických a neurologických údajů, soubor speciálních testů a vlastní práce autora - asistent pedagoga u zkoumaného chlapce.

## II. Teoretická část

### 1 Porucha komunikační schopnosti

Téma porucha komunikační schopnosti se zdaleka netýká jen řeči mluvené, zahrnuje také grafickou podobu, nonverbální prostředky, dokonce i netradiční komunikační kanály. Mluvená řeč je nejpoužívanějším dorozumívacím prostředkem v naší společnosti, a proto jsou poruchy a vady řeči stěžejní problematikou logopedie, konstatuje Slowík (2007).

#### Terminologie

Klenková (2006) zdůrazňuje, že narušená komunikační schopnost je jedním ze základních termínů současné logopedie. Českému termínu narušená komunikační schopnost odpovídají v jiných jazycích ekvivalenty jako communication disability - anglicky, gesörte Kommunikationsfähigkeit – německy a například narušennaja komunikacionnaja spasobnost - rusky. Při vymezování narušené komunikační schopnosti je třeba brát v úvahu jazykové roviny: foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a pragmatickou. Dle Lechty (2003) existují dva možné způsoby, jak definovat narušenou komunikační schopnost, jako odchylku od jazykové normy v určitém jazykovém prostředí, anebo vycházet z komunikačního záměru jedince. Lechta (2003) definuje narušenou komunikační schopnost podle druhého záměru, aby definice nebyla vázána na jazykové prostředí: „Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru“ (Lechta, 2003, s. 13).

#### Etiologie

Etiologií narušené komunikační schopnosti se zabývá řada současných autorů. Klenková (2006), Lechta (2003) i Slowík (2007) dělí příčiny narušené komunikační schopnosti dle různých hledisek. Klenková (2006) dělí příčiny dle časového hlediska na prenatální (v období vývoje plodu, před narozením), perinatální (v průběhu porodu) a postnatální (po narození), k příčinám narušené komunikační schopnosti dle lokalizace řadí genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození a poškození centrální části řečových funkcí. Slowík (2007) zmiňuje i souvislost s nezralostí centrální nervové soustavy, popř. její organické poškození.

## Diagnostika

Diagnostika narušené komunikační schopnosti se orientuje na klienta v nejširším smyslu slova. Výsledky mluví o komplexních informacích a možnostech terapie či prevence. Potřeba respektování zásady týmového přístupu je nepochybná. Při určování konečné diagnózy se často vychází ze zjištění většího počtu odborníků – logopedů, foniatrů, otorinolaryngologů, psychologů, psychiatrů, fonetiků, speciální pedagogů atd. Lechta (2003) zmiňuje využití diagnostických metod dle Vaška (1991): pozorování; explorační metody – dotazníky, anamnestický rozhovor, řízený rozhovor; diagnostické zkoušení – vyšetřování výslovnosti, zvuku řeči, písemné zkoušení; testové metody; kazuistické metody – analýza lékařských výsledků, psychologických vyšetření apod.; rozbor výsledků činnosti; přístrojové a mechanické metody.

Zevšeobecněním jednotlivých prvků diagnostického procesu lze shrnout, že existují tři úrovně diagnostiky narušené komunikační schopnosti:

- orientační vyšetření – má vyšetřovaná osoba narušenou komunikační schopnost?
- základní vyšetření – o jaký druh narušené komunikační schopnosti jde?
- speciální vyšetření – jaký je typ, forma, stupeň a patogeneze dané narušené komunikační schopnosti? (Lechta, 2003)

### 1.1 Vývoj řeči

Ontogenetický vývoj uvádí například Jedlička (In Škodová, Jedlička, 2007) či Kapalková (In Kerekreťiová, 2009). Vývoj řeči začíná dle Jedličky (2007) obdobím označovaným jako období novorozeneckého křiku. První křik či pláč novorozeněte je považován za projev reakce na změnu prostředí, které dítě po narození pocítuje, i projev vlastní potřeby a bývá označován jako nezáměrná komunikace. Kolem 8. – 10. týdne začíná období broukání, které postupně přechází do žvatlání. V této fázi řečového vývoje jsou produkované zvuky výsledky „hry s mluvidly“, zvukový projev dítěte nabírá bohatou melodičnost. Období rozumění začíná mezi 8. a 9. měsícem a děti na sebe začínají přitahovat pozornost okolí, natahují se za předměty. Období rozumění jednotlivým segmentům řeči je závislé nejspíše na mluveném jazyce. V češtině se jedná o začátek prvního roku života. Počátek období napodobování je někdy situován již od 9. měsíce, ale v této době jde o napodobování zvuků. Přibližně ve dvou letech dítě spojuje slova v krátké dvou- či víceslovné věty a začíná stádium dvouslovných odpovědí či odpovědí ve větách. Otázka ukončení vývoje řeči je stále diskutována, pokud přihlídneme i k formální stránce, musíme tuto hranici



posunout až k 5. – 6. roku věku dítěte. Mladší školní věk z hlediska vývoje řeči znamená především osvojení si čtení, psaní a v dnešní době i osvojení cizích jazyků. Nezbytné podmínky k správnému vývoji řeči jsou dle Jedličky (2007): nepoškozená centrální nervová soustava, normální intelekt, normální sluch a adekvátní sociální prostředí (otázka stimulace k řeči).

## 1.2 Opožděný vývoj řeči

Opožděný vývoj řeči zpracovává Škodová (In Škodová, Jedlička, 2007) a jeho přítomnost u vývojových poruch definuje takto: „*Opožděný vývoj řeči může být dominujícím příznakem klinického obrazu, nebo se může vyskytovat jako součást jiných vývojových poruch.*“ Terminologie opožděného vývoje řeči je nejednotná. Vznikala postupně v různých lékařských i mimo lékařských oborech. Opožděný vývoj řeči se za samostatnou nozologickou jednotku pokládá tehdy, je-li hlavním příznakem poruch, jež dítě má.

Sovák (1965) uvedl příčiny opožděného vývoje ve faktorech: biologických – dědičnost, individuální schopnost, různá lehká prenatální a perinatální neložisková poškození CNS, popřípadě změny mozkového biochemiku, opožděné dozrávání CNS; sociálních – patologii výchovného prostředí. Dnes Klenková (2006) Sovákovo dělení zmiňuje, ale odklání se od sociálního prostředí a spíše uvádí nestimulující prostředí, které nevěnuje pozornost neuropsychickému vývoji dítěte.

## 1.3 Dyslalie

### Terminologie

Nádvoříková (In Lechta, 2003, s. 122) definuje dyslalii jako „*neschopnost nebo poruchu užívání zvukových vzorů řeči v procesu komunikace podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka*“, což je, dle autorky, i příčinou toho, že jde o nejrozšířenější vadu řeči v lidské společnosti. I když v porovnání s ostatními druhy narušení komunikační schopnosti existuje všeobecná tendence pokládat dyslalii za bezvýznamnou odchylku, není správné ji podceňovat; může být např. jedním z prvních příznaků různých vážných neurologických onemocnění, upozorňuje Lechta (1990).

### Etiologie

Základní podmínkou porozumění a produkce řeči je na jedné straně schopnost rozlišovat i jemné zvukové rozdíly během plynulé řeči a na druhé straně nejjemnějším

způsobem odstupňovat pohyby složitých článků artikulačního systému, aby produkovaný zvuk dosáhl formy srozumitelné řeči. Realizace řeči je tedy podmíněna dynamickým rozvojem mozku, jeho struktury a funkce (Nádvořníková in Lechta, 2003). Krahulcová (2007) příčiny dyslalie dělí na exogenní a endogenní a velmi se shoduje s Lechtou (1990). Ten uvádí vlivy, které mohou způsobovat dyslalii: dědičnost, negativní vlivy prostředí, narušené sluchové či zrakové vnímání, poškození dostředivých nebo odstředivých drah CNS, poškození části reflexního oblouku a vysoké procento výskytu této vady dává do souvislosti právě s velkým množstvím vlivů, které ji mohou způsobovat. Krahulcová (2007) dodává k etiologii dyslalie patologii mluvních orgánů.

### **Symptomatologie**

Nádvořníková (In Lechta, 1990) v symptomatologii dělí dyslalii na: mogilálie (vynechání hlásky a nahrazení neurčitým zvukem); paralálie (nahrazení hlásky jinou hláskou); dyslalii v užším smyslu – „-ismy“ (vyslovení hlásky chybným způsobem). Podle příčin ji dělí Krahulcová (2007) na orgánovou (organickou) a funkční (funkcionální), zmiňuje i starší dělení na dyslalii motorickou (je způsobena narušenou motorikou mluvního výkonu), senzorickou (je způsobena vadou zrakového nebo sluchového vnímání ve vztahu k mluvnímu výkonu), smíšenou (narušený motorický i senzorický výkon ve vztahu k mluvnímu procesu) a kondicionální (dítě si uvědomuje vadnou nebo nesprávnou výslovnost u jiných, ale nikoliv u sebe). Klasifikace dyslalie podle stupně je rozčleněna na dyslalie levis (simplex), dyslalie gravis (multiplex) a dyslalie universalis (tetismus, hotentotismus).

### **Diagnostika**

Vlastní vyšetření řeči dítěte provádí zpravidla logoped. Je to celkové a podrobné posouzení a stanovení logopedické diagnózy. Logopedická diagnostika dyslalie má dle Nádvořníkové (In Lechta 1990) několik cílů: zjišťujeme druh dyslálie (mogilálie, paralálie, dyslalie v užším smyslu), určujeme, kde je hláska vyslovována chybně (na začátku, uprostřed či na konci slova), určujeme kvalitu fonemické diferenciace, zjišťujeme, zda jde o prostou dyslalii či o symptom jiného postižení. Při diagnostice dyslalie se pozornost soustředí na výslovnost jednotlivých hlásek v závislosti na jejich pozici ve slabikách a slovech. Vznikne-li podezření na poruchu nebo zjistí-li se porucha orgánů, jež se řeči účastní, logopedické vyšetření se doplňuje vyšetřením lékařským (Nádvořníková in Lechta, 2003) a naopak paralelně se využívají výsledky lékařské a psychologické během vyšetření (Krahulcová, 2007).

### **Prognóza a možnosti prevence dle Lechty (1990):**

Když dyslalie není symptomem jiného vážného postižení a když se začne s nácvikem ve správném věku přiměřenými a vhodnými metodami za přiměřené podpory prostředí, můžeme hovořit o příznivé prognóze. Předcházení dyslalie musí být směřováno do raného věku dítěte. Prostředí musí nejen poskytovat dítěti vzor správné výslovnosti, ale má i stimulovat foneticko-fonologickou jazykovou rovinu řečového vývoje tak, aby do základních škol přicházely děti už se správnou výslovností.

## **1.4 Vývojová dysfázie**

### **Terminologie**

Podle Škodové, Jedličky (2007) současná česká klinická logopedie označuje termínem vývojová dysfázie specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.

### **Etiologie**

Dlouhá (In Škodová, Jedlička, 2007) uvádí, že etiologie vzniku vývojové poruchy řeči není vždy zcela jasná. Nejnovější klinické zkušenosti potvrzují jako příčinu opožděného vývoje řeči mimo výše uvedených faktorů zejména možné poškození CNS v intrauterinním vývoji a dědičnost. Škodová, Jedlička (2007) se kloní k většině současných prací zabývajících se oblastí etiologie vývojové dysfázie a označují vývojovou dysfázii za následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu.

### **Symptomatologie**

Příznaky vývojové dysfázie v řeči zpracovávají Škodová, Jedlička (2007). Základním příznakem je dle autorů vždy opožděný vývoj řeči. V hlubší struktuře řeči může vývojová dysfázie zasahovat oblast sémantickou, syntaktickou, ale i gramatickou. V povrchové struktuře řeči jsou zásadní poruchy fonologického systému na úrovni rozlišování distinktivních rysů hlásek. Nečastěji je postižena diferenciací znělosti a neznělosti, závěrnosti – nezávěrnosti, kompaktnosti – difuznosti. (Novák, 1997 In Škodová, Jedlička, 2007). Příznaky v dalších oblastech mohou být: nerovnoměrný vývoj, narušení zrakového vnímání, narušení sluchového vnímání, narušení paměťových funkcí, narušení orientace v čase a prostoru, narušení motorických funkcí a nevýhodné typy laterality. (Škodová, Jedlička, 2007)

## **Diagnostika**

Klenková (2006) upozorňuje, že diagnostický proces u specificky narušeného vývoje řeči je procesem dlouhodobým, komplexním a týmovým. Tým odborníků, podílejících se na diagnostice vývojové dysfázie, tvoří foniatr, neurolog, psycholog, speciální pedagog a logoped. Rozhodující postavení v týmu má však dle Mikulajové, Rafajdusové (1993) psycholog. Týmová spolupráce zajistí kvalitní provedení diferenciální diagnostiky tj. odlišení vývojové dysfázie od některých dalších narušení komunikační schopnosti. „*Diferenciální diagnostický proces má za úkol odlišení vývojové dysfázie od prostého opožděného vývoje řeči, dyslalie, sluchových vad, mentální retardace, mutismu, autismu a syndromu Landau-Kleffnera, tzv. epileptická afázie.*“ (Klenková, 2006)

## **Formy vývojové dysfázie**

Dvořák (2001) zmiňuje, že se dnes od klasického dělení vývojové dysfázie již upouští, avšak nadále se i v Mezinárodní klasifikaci nemocí vyčleňují dvě základní formy specificky narušeného vývoje řeči takto: dysfázie motorická – F 80.1 expresivní porucha řeči a dysfázie sensorická – F 80.2 receptivní porucha řeči.

Mezi charakteristické znaky motorické dysfázie obvykle patří opoždění vývoje řeči (pokud posuzujeme podle období vyslovení prvního slova, resp. věty), případně nemluvnost. Aktivní slovník je výrazně nižší než úroveň rozumění slovům a větám, porozumění je relativně zachováno. Obtíže jsou obvykle v rozšiřování aktivního slovníku, kdy vážne navozování nových stereotypů, protože je narušeno utváření motoricko-kinestetických vzorců a schopnost si je zapamatovat, ale také později i vybavovat, uvádí Dvořák (1999).

K charakteristickým příznakům vývojové dysfázie receptivní řadíme nápadnou a zcela určitou charakteristickou modifikaci či deformaci slov, neboli verbální dyspraxii (slovní patlavost). Počáteční vývoj řeči (první slovo či věta) však nemusí být opožděn, ani slovník patlavosti nemusí být výrazně nízký, ale často je diagnostikována široká škála slovní patlavosti – od několika patologicky zkomolených slov z celého aktivního slovníku až po prakticky nesrozumitelný slovník, konstatuje Dvořák (1999) a dále upozorňuje na obtíže pochopit význam příkazů a slovních pokynů právě u dětí s vývojovou dysfázií receptivní (Dvořák, 2001).

## **Prognóza a možnosti prevence dle Lechty (1990):**

Práce logopeda si vyžaduje potřebnou trpělivost. Není možné očekávat rapidní zlepšení tam, kde je dvou až tříroční retardace vývoje řeči. Když předpokládáme přiměřené

prostředí, možno říct, že prognóza je relativně horší v případech, kde jde o narušený vývoj řeči jako sekundární příznak. Z prognostického hlediska je třeba mít na paměti, že i v příznivých případech je prognóza determinovaná pestrým klinickým obrazem této poruchy. V některých případech zůstává řeč nápadná a objeví se sekundárně následky retardovaného vývoje i v ostatních oblastech psychiky. Akční rádius logopeda, pokud jde o narušený vývoj řeči, se týká možností předcházení případům podmíněným patologií sociálního prostředí. Pokud jde o narušený vývoj řeči způsobeným orgánovým poškozením, jde o tzv. sekundární logopedickou prevenci.

## **2 Hyperkinetická porucha**

### **2.1 Terminologie**

V posledních desítkách let pedagogové začali blíže studovat v souvislosti s poruchami učení i poruchy chování, protože je tato problematika úzce propojena. Vývoj zkoumání přináší i několik významných označení této poruchy. Malá (In Hort, 2000) například říká, že málokterá psychiatrická diagnóza prodělala tolik změn názvu v čase jako hyperkinetický syndrom.

#### **Historie pojmu**

Historii vývoje pojmu hyperkinetického syndromu přibližuje Pokorná (2001). Prvně se objevuje ve čtyřicátých letech pojem brain disorders (poruchy mozku). V padesátých letech se popisuje v zahraničí tato diagnóza označením brain damage syndrom. V šedesátých letech bylo zjištěno, že tato porucha je často spojována se specifickými vývojovými poruchami školních dovedností, které souvisejí s dysfunkcí převodu mezi hemisférami mozku, u nás se tedy prosazuje do terminologie lehká mozková dysfunkce (LMD). V sedmdesátých a osmdesátých letech byl kladen důraz na nejrušivější symptom – neklid a diagnóza zněla hyperkinetický syndrom. V osmdesátých letech byla k tomuto symptomu připojena porucha pozornosti s označením ADD (Attention deficit disorder) a spojení s hyperaktivitou bylo označováno pojmem ADHD (Attention deficit/hyperaktivity disorder), který se vyskytuje v odborné terminologii dodnes. V desáté revizi mezinárodní klasifikace nemocí se označení pro tuto poruchu tedy přesně pojmenovává jako hyperkinetické poruchy, pod nimiž je zařazena porucha aktivity pozornosti (F90.0) a hyperkinetická porucha chování (F90.1). Barkley (1996 In Pokorná, 2001) hovoří o tom, že není vyloučeno prosazení dalších termínů,

někteří odborníci již dnes uvažují o pojmu Behavioural Inhibition Disorder (BID), v překladu obtíže v usměrňování chování a to z důvodu, že se jedná o deficit v sebekontrolě.

V pedagogické praxi se označení ADHD řadí pod termín specifické poruchy chování (SPCH), který užívá platná legislativa České republiky (zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných).

## **Definice**

Pro pochopení základní terminologie hyperkinetického syndromu je zde uvedena výstižná a jednoduchá definice: „*ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity.*“ (Barkley, 1990, str. 196 in Zelinková, 2009)

Potíže v chování jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní již v raném dětství. I když se mohou zmírňovat dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace stejného věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže této poruchy jsou často spojené s neschopností dodržovat daná pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. „*Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.*“ (Barkley, str. 199 In Zelinková, 2009)

## **2.2 Etiologie**

Etiologie ADHD zůstává zatím v mnohém neobjasněná. Jako nejčastější příčinu vzniku hyperaktivity označuje Jucovičová, Žáčková (2010) drobné difúzní poškození mozku vznikající v období vývoje a zrání centrální nervové soustavy. Můžeme zde tedy zmínit například nedostatek kyslíku nebo krvácení do mozku. V posledních letech se uvádí v souvislosti s etiologií ADHD i velký podíl genetiky, který potvrzují poznatky z praxe, kdy bývá hyperaktivní někdo z rodičů či prarodičů klienta s hyperkinetickým syndromem.

## **2.3 Symptomatologie**

Davidson, Neale (2001, In Zelinková, 2009) dělí symptomy ADHD do tří podkategorií: prostá porucha pozornosti (ADD) – diagnostikujeme ji u dětí s poruchami

pozornosti, ale s normální úrovní aktivizace; tito jedinci mají problémy především v zaměření pozornosti na informační proces; hyperaktivita a impulzivita; spojením obou typů obtíží vzniká porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou. Do této kategorie patří nejvíce dětí. Barkley (1990, In Zelinková 2009) kromě tří výše zmíněných podkategorií rozlišuje ještě navíc: ADHD s agresivitou nebo bez agresivity a opoziční chování – ODD (Oppositional Defiant Disorders).

Otázka hyperaktivity v ontogenetickém vývoji není jednoznačně řešitelná. Některé děti již od útlého věku vykazují řadu problémů charakteristických pro ADHD a jsou zkouškou trpělivosti a vychovatelského umění pro rodiče. V mnoha případech obtíže vymizí a dítě se vyvíjí v souladu s normami, jindy přetrvávají celý školní věk až do dospělosti. Nelze předpokládat prosté zmizení symptomů s přibývajícím věkem. Symptomy jsou sice méně závažné, ale přibližně u 65-80% jedinců přetrvávají. Dospělí většinou dosahují nižší socioekonomickou úroveň a mění zaměstnání častěji, než je běžné (Davidson, Neale, 2001 In Zelinková, 2009).

## **2.4 Diagnostika ADHD**

### **Typické projevy chování dětí s ADHD**

Zahraniční publikace autorky Riefové (1999) zmiňuje typické projevy chování dětí s ADHD. Prvním projevem v chování je vysoká míra aktivity: dítě vypadá, že je v neustálém pohybu; nenechá v klidu ruce ani nohy, vrtí se, padá ze židle; vyhledává blízké předměty, s nimiž si hraje nebo je vkládá do úst; prochází se po třídě (nedokáže setrvat na místě). K dalšímu projevu patří impulzivita a malé sebeovládání: klient často něco vyhrkne, mnohdy bezdůvodně, nemůže se dočkat, až na něj přijde řada, často skáče do řeči ostatním nebo je ruší, často nadměrně mluví, dostává se do nesnází tím, že si věci nedokáže předem promyslet (nejdřív reaguje, teprve pak přemýšlí), nezřídka se zapojuje do fyzicky nebezpečných situací, aniž by předem uvážil možné následky, proto se často zraní. K typickým obtížím u hyperaktivních dětí dále řadí Riefová (1999) obtíže s přechodem k jiné činnosti, agresivní chování, nepřiměřeně silné reakce i na drobné podněty, sociální nevyzrálost, malou sebeúctu a značnou frustrovanost.

### **Diagnostická kritéria**

Úzce na typické projevy v chování dětí s ADHD navazují diagnostická kritéria hyperkinetického syndromu, protože zmíněné projevy musí přetrvávat delší období (nejméně po dobu šesti měsíců). Jucovičová, Žáčková (2010, s. 14) uvádí, že: „*diagnózu ADHD lze*

*udělit, pokud byly u dítěte zaznamenány některé ze 14 příznaků uvedených v diagnostických kritériích podle DSM – IV“.* Přesný počet příznaků u diagnózy ADHD je odstupňován podle věku dítěte.

Autorky Jucovičová, Žáčková (2010) doplňují ze své pedagogicko-psychologické praxe i rozdělení diagnózy dle závažnosti výskytu symptomů. Pokud se vyskytuje jen málo symptomů uváděných DSM – IV, pokud u dítěte kolísá schopnost koncentrace a vzdělání dětí je zvládnuto v rámci intaktní třídy s individuálním přístupem, označují ADHD mírného typu. U středního typu ADHD kolísá míra symptomů mezi mírnou a závažnou – u dítěte je patrný neklid, nesoustředění a je vyžadována i další speciální péče. Nadměrné projevy symptomů hyperkinetického syndromu a rizikové chování dětí je klasifikováno autorkami jako vážný typ ADHD.

## **2.5 Dělení ADHD**

V modifikaci dělení Bhandary a kol., (1997) uvádí Paclt (2007) shrnutí charakteristiky dílčích čtyř podtypů z hlediska současných poznatků o těchto poruchách a doplňuje možnou farmakoterapii.

Subtyp I (kognitivní deficit) se vyznačuje výraznou poruchou pozornosti a učení. Důležitá je léčba stimulancii, která je často úspěšná a neméně významná je rehabilitace možných poruch učení. Děti s kognitivním deficitem se vyznačují zhoršenou sociální adaptací, avšak bez významnějšího agresivního chování.

Klienti se subtypem II (nadměrně vzrušivé děti s ADHD s hyperaktivitou a impulzivitou) se projevují zejména vřezahrnující hyperaktivitou a také s tím související poruchou pozornosti. Úspěšná v léčbě se jeví aplikace clonidinu, v našich podmínkách aplikace risperidonu v kombinaci s Ritalinem. Výraznější sklon k agresivitě se u tohoto podtypu nevyskytuje.

Pro subtyp III (zhoršený systém behaviorální inhibice) je typické impulzivní chování, které se projevuje tendencí k častým konfliktům a brachiálním projevům. Avšak ani u těchto dětí není dominantním projevem agresivita. Později se může připojovat intermitentní explozivita. K léčbě lze použít carbamazepin, lithium, antidepresiva, zejména Clomipramin.

Subtyp IV (reaktivita na odměnu a trest) se vyznačuje nepochopením rozdílu mezi oceněním a trestem, je typickým nedostatkem přičylnosti a empatie. Dítě má obtíže s cíleným poznáváním, sociální dovednosti jsou nedostačující. Farmakoterapie je velmi problematická, v určitých situacích se uplatňují atypická antipsychotika.



### 3 Integrace žáka v MŠ

Základní legislativou pro integraci žáka je zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Oblast vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami zmiňuje §16 školského zákona. Zde je uzákoněno, že dítětem, žákem nebo studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se:

- zdravotním postižením (mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování);
- zdravotním znevýhodněním (zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžaduje zohlednění při vzdělávání);
- sociálním znevýhodněním (rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, nařízená ústavní výchova, uložená ochranná výchova, nebo postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území České republiky).

Na školský zákon úzce navazují vyhlášky MŠMT ČR. Blízkou návaznost na zákon č. 561/2004 Sb. má vyhláška č.73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

V §3 je řečeno, že žák se zdravotním postižením se přednostně vzdělává formou individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem i podmínkám a možnostem školy.

#### 3.1 Asistent pedagoga

V § 7 vyhlášky MŠMT ČR 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných je ustanovena funkce asistenta pedagoga takto:

- (1) Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází.

- (2) Žádost o souhlas se zřízením funkce asistenta pedagoga obsahuje název a sídlo právnické osoby, která vykonává činnost školy, počet žáků a tříd celkem, počet žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, dosažené vzdělání asistenta pedagoga, předpokládanou výši platu nebo mzdy, zdůvodnění potřeby zřízení funkce asistenta pedagoga, cíle, kterých chce ředitel školy zřízením této funkce ve škole dosáhnout, a náplň práce asistenta pedagoga.

### **3.2 Individuální vzdělávací plán (IVP)**

Návrhy na vytvoření individuálního vzdělávacího plánu poprvé zpracovává Mertin (1995) dále také ve svých publikacích Zelinková (např. 2007, 2009).

Dle § 18 školského zákona může ředitel školy s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na žádost jeho zákonného zástupce a zletilému žákovi nebo studentovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na jeho žádost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu. Ve středním vzdělávání nebo vyšším odborném vzdělávání může ředitel školy povolit vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu i z jiných závažných důvodů.

Individuální vzdělávací plán je součástí osobní dokumentace žáka. Zpracovává se před nástupem žáka do školy. Sestavený plán má různou formální úpravu, která může být v průběhu vzdělávání žáka upravována a přizpůsobována proměnlivým podmínkám. Proces péče o žáka se speciálními vzdělávacími potřebami je otevřený, nelze tudíž IVP brát jako dogma. Je však nutné vnímat i riziko, že zůstane pouze na papíře. Musí se proto podrobovat neustálému vyhodnocování (Kaprálek, Bělecký, 2004).

#### **Význam individuálního vzdělávacího plánu**

Přínos individuálního studijního plánu spočívá dle Zelinkové (2007) v mnoha oblastech:

- Umožňuje žákovi pracovat podle jeho schopností, individuálním tempem, bez ohledu na učební osnovy, bez stresujícího porovnávání se spolužáky. Není překážkou k dalšímu vzdělávání, ale pomůckou k lepšímu využití předpokladů. Má též hodnotu motivační. Nejsou ojedinělé případy, kdy dítě pracující bez stresu a porovnávání s vrstevníky dosahovalo mnohem lepších výsledků. Pozitivně působí též pocit, že mu učitel chce pomoci, dává šanci být lepší. Cílem není hledat úlevy, ale najít optimální úroveň, na níž může integrovaný žák pracovat.

- Umožňuje učitelé pracovat s dítětem na úrovni, kterou ono dosahuje, bez obavy z nesplnění požadavků učebních osnov. Je východiskem plánovité aktivity ve vztahu ke konkrétnímu integrovanému žákovi. Je vodítkem pro individuální vyučování a hodnocení. Nové údaje získávané v průběhu vyučování slouží jako zpětná vazba a vedou k úpravě plánu podle dosažených výsledků.
- Do přípravy se zapojují i rodiče, kteří se tak stávají spoluodpovědnými za výsledky práce svého dítěte. Jsou seznámeni se stávající situací a perspektivou dítěte. Využívají tak svého práva ve vztahu k dítěti, ale též na sebe přebírají odpovědnost.
- Aktivní účast žáka mění jeho roli. Není pasivním objektem působení učitele a rodičů, ale přebírá odpovědnost za výsledky reedukace.

### **Tvorba individuálního vzdělávacího plánu**

Strategii tvorby IVP zpracovává Zelinková (2007). Individuální vzdělávací plán musí sledovat dvě hlavní oblasti. První oblastí je obsah edukace, určení metod a postupů. Ve druhé oblasti sledujeme specifické obtíže, snažíme se omezit příznaky, zmenšit problémy a ukázat kladné části vývoje dítěte. IVP je tvořen podle těchto principů:

1. Vychází z diagnostiky odborného pracoviště (pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálněpedagogického centra)
2. Vychází z pedagogické diagnostiky učitele
3. Respektuje závěry z diskuze se žákem a rodiči
4. Je vypracováván pro ty předměty, kde se handicap výrazně projevuje
5. Vypracovává jej vyučující daného předmětu

### **III. Praktická část**

#### **4 Kazuistická studie**

##### **Hypotéza**

Má vliv aplikace individuálního vzdělávacího plánu dítěti s ADHD a narušenou komunikační schopností v mateřské škole na zlepšení pozornosti a chování?

Je vhodná integrace dítěte s ADHD a narušenou komunikační schopností do mateřské školy běžného typu?

Je dostačující logopedická prevence jedenkrát týdně u dítěte s dyslalií a vývojovou dysfázií lehčího typu?

##### **Cíl práce**

Cílem bakalářské práce je dokázat, že integrace dítěte s ADHD a narušenou komunikační schopností do mateřské školy je vhodná a že aplikace individuálního vzdělávacího plánu má pozitivní vliv na pozornost a chování dítěte. Z logopedického hlediska je cílem práce dokázat, že logopedická prevence u dítěte s dyslalií a vývojovou dysfázií jedenkrát týdně je nedostačující a neefektivní.

##### **Použité metody při zpracování práce**

- analýza odborné literatury
- pozorování
- rozhovor
- analýza amnestických, logopedických, psychologických a neurologických vyšetření
- speciálně zaměřené testy

##### **Popis výzkumného vzorku**

K výzkumnému šetření byl vybrán chlapec s hyperkinetickým syndromem a narušenou komunikační schopností, který je integrován do mateřské školy běžného typu. Odborníci mu určili diagnózu v roce 2008 a od tohoto roku pravidelně (jedenkrát za čtrnáct dní) dochází na logopedickou terapii. Od září roku 2009 byl do třídy k chlapci přiřazen asistent pedagoga na dvacet hodin týdně.

## **Osobní anamnéza**

Chlapec je druhé dítě z třetího bezproblémového těhotenství. Porod byl pro rodičku obtížnější (SC), ale dítě v pořádku. Raný psychomotorický vývoj v pořádku. Dle matky byla první slůvka okolo roku, potom rozvoj řeči vázl, více začal povídat až po 2. roce, ale velmi špatná srozumitelnost, dosud vady ve výslovnosti. Chlapec si od třetího roku cumlá palec a současně škrábe čelo. Adaptace na mateřskou školu dobrá. V současnosti velké problémy v MŠ, dítě hodnoceno jako neposlušné, agresivní, problémové. V rodinném prostředí naopak dítě hodnoceno jako živé a neposedné, bez výraznějšího problému v chování. Matka opakované návrhy ze stran učitelek na přeřazení chlapce do MŠ speciální odmítá.

## **Rodinná anamnéza**

Dítě pochází z úplné rodiny. Zdraví matky je v pořádku. Její dosažené vzdělání je střední odborné. Matka je šička. Zdraví otce je v normálu, dosažené vzdělání má také střední odborné. Starší syn 12 let, žák ZŠ. Druhý syn (zkoumaný vzorek) narozen v srpnu 2004. Výslovnost u rodičů i staršího syna je v pořádku, hlasitost řeči je v některých dialogích nepřiměřeně vysoká. Oba rodiče se podílejí na výchově chlapce. Kladně rozvíjí celkový stav jedince pouze matka.

## **Psychologické vyšetření**

Dne 3. 9. 2008 byl chlapec podroben psychologickému vyšetření na žádost učitelek z mateřské školy kvůli opakovaným problémům v chování. Vyhodnocení psycholožky říká, že chlapci by vyhovoval menší kolektiv, v MŠ by měl být vhodný individuální přístup k chlapci, řízená činnost spíše po kratších úsecích, střídání činností, dopřát chlapci dostatek odpočinku a pohybového uvolnění, chválit i snahu, stanovit spolu s maminkou určité hranice v chování a požadavky chlapce ale netrestat za neklid, neposednost, nepozornost. Úzce spolupracovat s rodinou chlapce na sjednocení výchovy. U chlapce nepotvrzuje žádnou diagnózu.

Dne 29. 4. 2009 proběhlo s chlapcem další psychologické vyšetření, tentokrát na posouzení vhodnosti asistenta pedagoga, kvůli dalším stížnostem ze strany učitelek na nezvladatelnost chlapce. Podle školního dotazníku, který vyhodnocovala psycholožka je chlapec nesoustředěný, snadno ho něco rozptýlí, rychle se unaví, je pohybově neklidný, chová se bez zábran, bez individuální pomoci není schopen plnit příkazy, je obtížně usměrnitelný, objevují se i výbuchy zlosti, vzdorovitost, ničení věcí..., má problémy se začleněním do kolektivu dětí. Maminka neuvádí větší problémy se zvládnutím chlapce doma, ale také jej

hodnotí jako velmi živé a neposedné dítě. V závěru zprávy o vyšetření hodnotí chlapce psycholožka takto: chlapec ve věku 4 roky a 8 měsíců navazuje sociální kontakt bez problémů, je nebojácný, spontánní, pozitivně emočně laděný, ochotně přijímá nabízené úkoly, je však nutné vedení, motivování chlapce, patrný je výraznější motorický neklid, který s délkou zátěže výrazně narůstá (chlapec leze po stole, vstává z místa, bere do rukou hračky ve vyšetřovně), patrné jsou obtíže se soustředěním (pozornost snadno sklonitelná, nedává pozor na instrukci), s délkou zátěže je patrný výrazný nárůst únavy, s nárůstem únavy chlapec začíná být obtížněji usměrnitelný k řízené činnosti. Konstatuje, že u chlapce převažují typické projevy ADHD a díky dlouhotrvajícím projevům určuje diagnózu ADHD.

Psychologický posudek ze dne 30. 4. 2009: Pro rozsah a závažnost specifických vývojových poruch chování doporučuji dítě vzdělávat formou individuální integrace. Zjištěné speciální vzdělávací potřeby, jejich rozsah a závažnost jsou důvodem k zařazení žáka do režimu speciálního vzdělávání.

### **Neurologické vyšetření**

Při vyšetření se chlapec snažil spolupracovat. Nejsou inervovány nervy VII., XII. sympatiku, které souvisí s hybností jazyka. Horní i dolní končetinu chlapec zvedne, udrží, dané úkony pro zjištění hybnosti provede. Chůze samostatná, stabilní, stoj na jedné dolní končetině svede krátce, vpravo horší, poskoky nejdou. Spíše jen motorická neobratnost. Při vyšetření projevy ADHD. Jinak neurologický nálezn bez hlubšího ložiska.

## **4.1 Vstupní vyšetření**

Před zahájením pracovního poměru asistenta pedagoga bylo s chlapcem provedeno vstupní vyšetření, aby byla zjištěna úroveň možností chlapce pro následující práci a pro konečné srovnání za účelem potvrzení či vyvrácení hypotéz této bakalářské práce.

### **Popis vyšetření**

Vlastní vyšetření dítěte mělo několik důležitých částí, jejichž pořadí se podle potřeby dítěte změnilo, avšak žádná část nechyběla. Po úvodním rozhovoru, kdy vyšetřující navázala kontakt s dítětem a získala jeho důvěru, byl klientovi zadán test obkreslování. Tento test dává prvotní informace o úrovni jemné motoriky chlapce a jeho vizuomotorické koordinaci. Další speciálně zaměřené zkoušky byly: kresba lidské postavy, zkouška na motoriku mluvidel, zkouška na sluchové funkce, Obrázkovo – slovníková zkouška (inspirace O. Kondáš),

opakování vět (inspirace Mikulajová – Rafajdusová), popis obrázku, popis schématu těla, zkouška hudebního sluchu, opakování rytmu pomocí Orffových nástrojů a test laterality. Dále následovalo pozorování chlapce v prostředí mateřské školy.

### **Vyhodnocení vstupního vyšetření**

Lexikálně-sémantická stránka řeči odpovídá věku, chlapec se neorientuje v komunikační situaci často při rozhovoru bezdůvodně „přeskakuje“ na jiné téma. V rámci morfologicko-syntaktické roviny chlapec užívá souvětí. Ve foneticko-fonologické rovině jazyka se ukazuje, že artikulace je velmi narušena, častá záměna slabik, délky hlásek. Chlapec správně vyslovuje samohlásky, výslovnost většiny souhlásek narušena. Ve verbálním projevu se vyskytuje četná chybná výslovnost hlásek, řeč je hůře srozumitelná, chybná stavba vět, špatné používání mluvnických kategorií (osoba, číslo, čas), délky hlásek. V komunikaci je jinak velmi aktivní. Potvrzuje se tedy diagnóza:

- opožděný vývoj řeči
- dyslalie
- obraz vývojové dysfázie

Co se týče pozornosti při vyšetření, byl znát u chlapce velký neklid, zvláště díky novému prostředí vyšetřovací místnosti a zajímavým podnětům v ní. U několika zkoušek chlapec vůbec nespolupracoval, nereagoval na instrukce ani po několika výzvách. Hrubá motorika – pohyby chlapec koordinuje, má problémy s poskoky a s opakováním těžších cviků. Po stránce grafomotorické se ukazuje, že chlapec má špatný úchop tužky, kresba odpovídá hlavonožci, jinak je obsahově chudá a celkově chlapec nerad kreslí. Sluchová percepce – dobrá v klidném prostředí, kdy není chlapec rušen jinými podněty, jinak špatná reakce na dané úkoly a požadavky.

Vyšetřující připadal chlapec v mateřské škole ve „svém“ světě - že není zvyklý pracovat dle instrukcí a má podezření, že dosavadní předškolní vzdělávání nedalo chlapci dostatečné podnětné prostředí proto, aby se naučil uposlechnout pokyny, chlapec je ponechán při činnostech, které ho baví a není nijak směřován k plnění společného programu třídy.

### **Doporučení**

Při práci s chlapcem dbát na přesnost vysvětlení (i následné opakování) příkazu, být trpělivá, odloučit dítě z kolektivu při nevhodném a nebezpečném chování, pokaždé vysledovat příčiny agresivity či potyček, chválit za snahu, být důsledná, mít laskavý přístup. Pracovat dle

zásad pro práci s dětmi s ADHD, pravidelně po krátkých časových úsecích provádět logopedická cvičení.

## **4.2 Individuální vzdělávací plán pro dítě s ADHD a narušenou komunikační schopností v mateřské škole**

Individuální vzdělávací plán byl vytvořen ředitelkou školy. Po vzájemné dohodě, vypracovala obsahovou stránku IVP asistentka pedagoga (autorka práce) a ředitelka stránku formální. Podíl práce asistenta s chlapcem činil dva dny v týdnu.

### **Rozvoj jemné motoriky**

1. měsíc: práce s papírem – mačkání, trhání, skládání, stříhání
2. měsíc: práce s plastelínou – modelování
3. měsíc: práce s textilem – stříhání, lepení
4. měsíc: hra na dětské klávesy
5. měsíc: kreslení v písku
6. měsíc: stavba vesnice z dostupných materiálů – papír, textil, přírodniny

### **Rozvoj slovní zásoby**

1. měsíc: barvy
2. měsíc: podstatná jména – rodina, přídavná jména – lidské vlastnosti
3. měsíc: podstatná jména – zvířata (domácí), přídavná jména – libost, nelibost
4. měsíc: podstatná jména - dopravní prostředky, slovesa - pohyb
5. měsíc: popis obrázku v knihách
6. měsíc: rozhovor na různá témata, nácvik pozdravu, poděkování, nakupování aj.

### **Rozvoj paměti**

1. měsíc: výroba vlastního pexesa, vysvětlení pravidel hry, samotná hra
2. měsíc: hledání daných předmětů dle slovní instrukce – v obrázkové knížce
3. měsíc: rozpoznání melodií písní Travička zelená, Pásla ovečky, aj.
4. měsíc: hledání chyb ve vyprávěné pohádce
5. měsíc: pantomima - napodobování řemesel a zvířat
6. měsíc: hledání předmětu se zavázanýma očima



### **Rozvoj pohybové koordinace**

1. měsíc: ranní rozcvička, přeskokování překážek na zemi snožmo
2. měsíc: ranní rozcvička, trénink koordinace ruky a očí - labyrinty
3. měsíc: ranní rozcvička, koordinace rukou a mluvidel – pohybové hry s básničkami
4. měsíc: ranní rozcvička, trénink skákání na jedné noze
5. měsíc: trénink běhu v terénu
6. měsíc: jóga pro děti – napodobování zvířat, nácvik bezpečné chůze po schodech

### **Rozvoj kresby a grafomotoriky**

1. měsíc: cviky pro uvolnění zápěstí a prstů, nácvik úchopu tužky, vlastní kresba
2. měsíc: vodorovná čára – spojování obrázků, kolmá čára – mříž v ZOO
3. měsíc: šikmá čára – déšť, podpis
4. měsíc: nácvik kresby postavy
5. měsíc: kresba postavy
6. měsíc: vykreslování daných obrázků, důraz na přesnost

### **Všeobecné znalosti**

1. měsíc: znalost jména a příjmení, geometrické tvary
2. měsíc: dny v týdnu
3. měsíc: číslice 1-5
4. měsíc: znalost bydliště, orientace v místě bydliště – významná místa
5. měsíc: roční období
6. měsíc: číslice 6-10

### **Chování**

1. měsíc: seznámení se s prostředím
2. měsíc: „špionáž“- sledovat celý den pokyny učitelek, jak dávají úkoly: přechod k hlavní činnosti, úklid hraček, přesun na vycházku, na oběd...
3. měsíc: sbírání kuliček do lahvičky při správném chování – při naplnění lahvičky oslava
4. měsíc: sepsání smlouvy o správném chování
5. měsíc: společné vyrobení kartičky „STOP“, která bude předložena vždy, když bude chlapcovo chování nepřiměřené a přehnané
6. měsíc: raketa letící do vesmíru – za každý úspěch posun k další planetě

## Logopedická cvičení

1. měsíc: TI, DI, NI, TY, DY, NY

2. měsíc: TI, DI, NI, TY DY, NY

3. měsíc: S, C

4. měsíc: S, C

5. měsíc: Š, Ž, Č

6. měsíc: Š, Ž, Č

### 4.3 Porovnání vstupního a výstupního vyšetření

Zkouška percepce řeči:

Opakování názvu obrázku s předmluvou

zadané slovo	výslovnost chlapce 30. 8. 2009	výslovnost chlapce 30. 4. 2010
příbor	[vidlelička, l'ička, nuž] <sup>1</sup>	[příbo' ]
jabloň	[stromek jabičko jabičko jabičko] <sup>1</sup>	[jablon]
oheň	[šesnek] <sup>1</sup>	[ohen]
beran	[pichám] <sup>2</sup>	[beran ]
blok	[b'ok]	[blok]
kláda	[kláda]	[kláda]
rodiče	[rodiše]	[rodiše]
tulipán	[tubilpán]	[tulipán]
sýr	[sý']	[sýr]
miminko	[miminko]	[miminko]

Obrázkovo – slovníková zkouška (inspirace O. Kondáš)

zadané slovo	výslovnost chlapce 30. 8. 2009	výslovnost chlapce 30. 4. 2010
sluníčko	[sluniško]	[sluníčko]
list	[listek]	[list]
šroubovák	[šóbovák]	[š'oubovák]
pila	[pilka]	[pila]
mrkev	[mkviška]	[m'kev]
traktor	[kaktor]	[t'aktor]

<sup>1</sup> Chlapec neudržel pozornost do předmluvy a spontánně pojmenoval obrázek.

<sup>2</sup> Chlapec chtěl mít vyšetření rychle za sebou a tak nezopakoval předmluvu, jen řekl: „spěchám“.

svíčka	[svíška]	[svíška]
auto	[auto]	[auto]
pivo	[pivo]	[pivo]
květina	[květinka]	[květinka]
oko	[oko]	[oko]
dům	[domešek]	[dům]
mrak, ze kterého prší	[p'ší]	[mrak, jak prší]
třešně	zkomolené slovo, nerozeznatelné	[třešne]
kartáček na zuby	[kartášek]	[kartášek]

#### Opakování vět (inspirace Mikulajová – Rafajdusová)

zadaná věta	výslovnost 30. 8. 2009	výslovnost 30. 4. 2010
Dnes je pěkné počasí.	nespolupráce <sup>3</sup>	[dnes pěkné počasí]
Mám chuť na čokoládu.	nespolupráce	[mám chut na šokoládu]
Pozor, pes kouše!	nespolupráce	[pozo' pes kouše]
Nestoupni do kaluže.	nespolupráce	[nystupni do kaluše]
Máma musí chodit do práce.	nespolupráce	[máma chodí do práce]
Rád si hraji s Honzíkem.	nespolupráce	[rád si dělám s Honzíkem]
Přijela k nám Eliška.	nespolupráce	[pš'la k nám Eliška]
Kráva dává mléko.	nespolupráce	[k'áva dává mléko]

#### Test obkreslování

tvar	provedení 30. 8. 2009	provedení 30. 4. 2010
kříž	správně	správně
kruh	nesouměrný	správně
čtverec	totožný tvar s kruhem	správně

#### Kresba lidské postavy

část postavy	kresba 30. 8. 2009	kresba 30. 4. 2010
oči	správně	správně
nos	chybí	správně
ústa	správně	správně

<sup>3</sup> Chlapec neudržel pozornost a nereagoval na výzvy ke spolupráci.

vlasý	chybí	správně
krk	chybí	chybí
napojení rukou	z hlavy	z ramen
počet prstů na pravé ruce	chybí	5
počet prstů na levé ruce	chybí	8
napojení nohou	z hlavy	z trupu
chodila	chybí	zesílené zakončení čáry nohou

#### Zkouška motoriky mluvidel

pokyn	provedení 30. 8. 2009	provedení 30. 4. 2010
nafouknutí lící	správně	správně
vycenění zubů	správně	správně
vypláznutí jazyka	správně	správně
jazyk v pravém koutku	správně	správně
jazyk v levém koutku	správně	správně
jazyk na horním rtu	správně	správně
jazyk na dolním rtu	špatně	správně

#### Zkouška na sluchové funkce:

##### Rozpoznání melodie

název melodie	rozpoznání 30. 8. 2009	rozpoznání 30. 4. 2010
Travička zelená	dítě nespolupracovalo	správně
Jede, jede poštovský panáček	dítě nespolupracovalo	správně
Pásla ovečky	dítě nespolupracovalo	správně

##### Vykonání pokynu

pokyn	cvik 30. 8. 2009	cvik 30. 4. 2010
Lehni si	správně	správně
Sedni si	špatně	správně
Skákej po jedné noze	dítě nespolupracovalo	správně

Zkouška na zrakovou percepci:

Popis obrázku

obrázek	popis 30. 8. 2009	popis 30. 4. 2010
rodina snídá	dítě nespolupracovalo	základní popis správně <sup>4</sup>
ranní hygiena v koupelně	dítě nespolupracovalo	základní popis správně

základní obrázek popsal, dále jen s otázkami, ale věcně správně

Schéma těla

část těla	ukázaná část 30. 8. 2009	ukázaná část 30. 4. 2010
krk	krk	krk
koleno	koleno	koleno
pata	lýtko	pata
loket	hlava	loket
vlasy	vlasy	vlasy
oči	oči	oči
nos	nos	nos

Doplnění zbytku slova dle obrázku

zadaný začátek slova	dokončené slovo 30. 8.2009	dokončené slovo 30. 4. 2010
tra	traktor	traktor
počí	počítač	počítač
tele	televize	televize
leta	letadlo	letadlo

Zkouška na reprodukci rytmu:

Opakování rytmu pomocí Orffových nástrojů

délka tónů	rytmus 30. 8.2009	rytmus 30. 4. 2010
stejně dlouhé tóny	dítě nespolupracovalo	správně
různě dlouhé tóny	dítě nespolupracovalo	špatně

Úroveň motoriky

sledované části motoriky	úroveň motoriky 30. 8. 2009	úroveň motoriky 30. 4. 2010
--------------------------	-----------------------------	-----------------------------

<sup>4</sup> Základ obrázku chlapec popsal a odpovídal správně i na položené otázky.

úchop tužky	tužka sevřená v dlani	správně
zápěstí při kresbě	křečovitě	uvolněné
základní cviky hrubé motoriky	dítě obratné	dítě obratné
náročné cviky hrubé motoriky	dítě neobratné	dítě neobratné

## 4.4 Vyhodnocení

### Průběh aplikace IVP

#### 1. – 2. měsíc

Přítomnost asistenta pedagoga přijal chlapec kladně. Během prvního měsíce bylo nutné nastavit chlapci určité hranice a pravidla, protože na většinu požadovaných úkolů nereagoval a ani neměl snahu je plnit. Prvním ústupkem bylo snížení doby požadované pozornosti dítěte, která byla, dle původního plánu delší. Postupně si chlapec zvyknul na asistenta jako autoritu a měl snahu plnit některé úkoly, následně byl za to pochválen. Při zbylých pokynech reagoval záporně či vůbec, bral si svoje hračky, i přes dlouhou motivaci. Při střetu požadavků chlapce a asistenta a následném pokárání, nastal velký výbuch agresivity s vulgarismy, který vyvrcholil až odloučením chlapce od kolektivu. Chlapec byl vždy poučen o nesprávnosti jeho chování.

U chlapce byla splněna přiměřená část požadavků na druhý měsíc (vzhledem k nemoci). Některé činnosti byly vykonávány velmi krátkou dobu, ale bylo nutné ocenit samotné plnění úkolu. Největším pokrokem byl posun chlapce vůči „ubližování“ spolužákům, které bylo minulý týden velmi nebezpečné a bezdůvodné. Při sebemenším konfliktu chlapec nevybouchl a naopak se za své případné nevhodné chování omlouval bez vyzvání, stačil jen letmý pohled asistenta. Tento pokrok nastal po nemoci, kde nejspíše zapracovala maminka, která na něho měla více času v delším časovém úseku.

Při další práci bude nutné se zaměřit hlavně na integraci mezi kolektiv. Dále je nutné se zaměřit na agresivní a výbušné chování, které bude nutno vypořádat, kdy a proč nastává. Systém chválení i za sebemenší pokroky se osvědčil a je dobré v něm pokračovat.

#### 3. – 5. měsíc

U dítěte byla v tomto období zaměřena práce na plnění úkolů společně s kolektivem mateřské školy. Největším úskalím se totiž jeví chování chlapce v kolektivu, jeho reakce na zvýšený hluk ve třídě, toleranci dalších osob kolem sebe. Činnost chlapce začala být řízená učitelkou a chlapec plnil požadavky s celým kolektivem MŠ. Práci asistenta bylo, dle

domluvy, zasáhnout vždy při neochotě chlapce k práci a agresivitě, odloučit chlapce od kolektivu a začít plnit úkoly z individuálního vzdělávacího plánu. Díky výskytu infekční nemoci byl silně narušen program školy a chlapec si odvykl plnit úkoly. V určitých situacích chlapec dokonce využíval volnosti ke zlobení a neplnil své „povinnosti“, zkoušel trpělivost asistenta. Ten začal tedy trvat na účasti při činnostech a zapojení se (ne na jejich dokončení). Setkal se opakovaně, že chlapec zkoušel, kam až může zajít a kdy ho nechá pedagog dělat, co bude chtít on. Jelikož byl v tomto ohledu přísný a trval na svém, vznikaly v těchto chvílích konflikty, které vyústily v separaci chlapce od kolektivu, agresivními výstupy chlapce a vulgárními nadávkami, někdy i útekami mimo třídu. Agresi se asistent snažil nechat odeznít či zkoušel odvést pozornost na jinou situaci (někdy se podařilo, někdy ne). Vždy když na chlapci viděl, že je klidný tak i on klidným hlasem rekapituloval situaci a hledal společně s chlapcem příčinu afektu (vždy se ptal, proč nechtěl plnit daný úkol apod.) Někdy došlo až pro něj k úsměvnému vysvětlení, ale chlapec po skoro půlroční přítomnosti dokáže zdůvodnit některé své činy a přemýšlet o nich (dříve se setkal jen s odpovědí „protože“ nebo si vůbec nepřipustil, že by se něco stalo).

## **6. měsíc**

Zaměření práce s chlapcem pokračovalo v plnění úkolů a trávení času v MŠ společně s kolektivem třídy. Chlapec navyknul přítomnosti asistenta natolik, že ve většině případů reagoval dané požadavky (popř. opakované výzvy) klidně a přesun k činnostem, které mohl ovlivnit, byl bezproblémový. U chlapce se osvědčilo kladné chování a laskavý přístup ze strany asistenta. I ve vypjatých situacích, kdy by chlapec okamžitě začal být agresivní a vulgární zareagoval stejně jako asistent. Kladně je hodnocena chlapcova snaha při plnění samotných úkolů, účastnil se a pracoval úspěšně, samozřejmě s přihlédnutím k jeho syndromu hyperaktivity (splnil úkol rychleji než ostatní a jakmile si myslel, že je práce hotova, chtěl odejít). Co se týče pozornosti při kolektivních činnostech, chlapcova pozornost klesá, zvláště při učení se například básničkám, kdy se musí všichni vystřídat a pro chlapce je činnost „nudná a nezáživná“. V posledním sledovaném období nedochází ke zmíněným vyhoceným situacím a konfliktům, které vyvrcholily až k odloučení kolektivu jako dříve. Je samozřejmě nutná asistentova pozornost, která předejde zmíněnému konfliktu

## **Vyhodnocení**

Výsledky šetření potvrdily, že aplikace individuálního vzdělávacího plánu v mateřské škole je vhodná. Integrace žáka s asistentem pedagoga pomůže k individuální péči, větší pozornosti pro chlapce a k předejití možných konfliktů.

Očividné rozdíly mezi vstupním a výstupním vyšetřením, zvláště ve chlapcově spolupráci při testu, reakcích na požadované úkoly a samotné chování během šetření, potvrzují hypotézu o vhodnosti aplikace IVP v mateřské škole. Dítě velmi rádo spolupracovalo, s nadšením plnilo dané úkoly, snažilo se. Chlapec se naučil reagovat na dané příkazy, spolupracovat při činnostech, korigovat svoji poruchu při vyhocených situacích. Co se týče logopedické prevence, je nedostačující. I přes pravidelnou logopedickou práci nebylo navázáno v domácím prostředí ani po zbylé dny v mateřské škole a je na místě zvážit možnost zařazení chlapce do logopedické třídy, kde by dítěti byla poskytnuta odpovídající péče, a celkový řečový projev by se zlepšil. V řeči se vyskytují časté sygmatismy a vadná výslovnost dalších hlásek, která bude chlapcovým handicapem při vstupu do základní školy.

## **Doporučení pro práci s dětmi s ADHD**

Dítě je nutno neustále motivovat.

Je nutné hlídat jeho pozornost při přechodu k jiné činnosti.

Vést dítě k dokončení úkolu a tak stimulovat kvalitu a délku pozornosti při zátěži

Často střídat činnosti, střídání zátěže a odpočinku.

Spíše s chlapcem spolupracovat než jej nechat pracovat samostatně.

Při afektu je nejlepší chlapce odloučit od kolektivu, jakmile afekt pomine, vysvětlením dojít k důvodu situace.

Když se chová dítě „dospěleji“ a nevzteká se, dávám najevo své potěšení a naopak nesouhlas při nevhodném chování.

Předcházet konfliktům.

Při afektu rychle a rázně odpoutat pozornost k něčemu jinému.

Využít pozornosti a zájmu chlapce pro dílčí činnost.

Neustále apelovat na chlapce, zda rozuměl příkazům.

Dbát na zájmy dítěte a využít je v další práci s ním.



## IV. Závěr

Připomenutím hypotézy (Má vliv aplikace individuálního vzdělávacího plánu dítěti v mateřské škole s ADHD a narušenou komunikační schopností na zlepšení pozornosti dítěte? Je vhodná integrace dětí s ADHD mezi intaktní žáky mateřské školy?) a cíle bakalářské práce (aplikace individuálního vzdělávacího plánu dítěti s ADHD a narušenou komunikační schopností je vhodná a napomůže ke zlepšení pozornosti a výslovnosti chlapce) se dostáváme k prezentaci dosažených výsledků. Zjištěné výsledky potvrzují vhodnost aplikace individuálního vzdělávacího plánu, ale zároveň poukazují na nedostatečnou logopedickou práci s chlapcem.

V rámci dalšího zkoumání je možným výzkumným problémem fakt, že u dětí s hyperkinetickým syndromem je velmi častý výskyt specifických poruch učení. Zda se u chlapce potvrdí specifická porucha učení, je možné nastavit nejvhodnější možnost reedukace a následně i kompenzace například pohybovými aktivitami, které dají velkou možnost v seberealizaci chlapce.

S velkou dávkou trpělivosti a laskavosti je práce s hyperaktivními dětmi velmi přínosná. Můžeme se totiž od nich spoustu naučit. Mají mnoho neotřelých nápadů a nových postupů, nad kterými by žasl ne jeden vědec. Nejvhodnější cestou k těmto dětem je přijetí jejich problému jako součást osobnosti a najít pro ně takový výchovný postup, který dá dostatečnou možnost k co nejlepšímu rozvoji a uplatnění. Předložená práce je podkladem pro speciální pedagogy, výchovné pracovníky i rodiče, aby se mohli seznámit s teoretickým základem této poruchy, určitými projevy v chování dětí s ADHD a našli zde alespoň malou radu či inspiraci pro další práci s nimi. Nebude již potom na denním pořádku označovat tyto děti jako zlobivé...

## V. Seznam použité literatury

- DVOŘÁK, J. Logopedický slovník. 2. upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.
- DVOŘÁK, J. Slovní patlavost. Žďár nad Sázavou: Logopaedia clinica, 1999. ISBN 80-902536-0-1.
- HORT, VI. a kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
- JUCOVIČOVÁ, D. ŽÁČKOVÁ, H. Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2697-7.
- KAPRÁLEK, K. BĚLECKÝ, Z. Jak napsat a používat individuální vzdělávací program. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-887-2.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. Základy logopedie. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2547-5.
- KLENKOVÁ, J. Logopedie. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KRAHULCOVÁ, B. Dyslalie / patlavost. Praha: Beakra, 2007. ISBN 978-80-903863-0-3.
- LECHTA, V. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. Logopedické repetitorium. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-80-00447-9.
- LECHTA, V. Terapie narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin řeči. Bratislava (vlastní náklad), 1993. ISBN 80-900445-0-6.
- MUNDEN, A. ARCELUS, J. Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Praha: Portál, 2008. 3. Vydání. ISBN 978-80-7367-430-4.
- PACLT, I. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-2471426-4.
- POKORNÁ, V. Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.
- RIEF, SANDRA F. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-287-4.
- SLOWÍK, J. Speciální pedagogika. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOVÁK, M. a kol. Logopedie. 3. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1965. ISBN 14-384-74.

- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- Vyhláška MŠMT ČR 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
- Zákon ČR 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)
- ZELINKOVÁ, O. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-326-0.
- ZELINKOVÁ, O. Poruchy učení. 11. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-514-1.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Kateřina Grulichová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2010

<b>Název práce:</b>	Individuální vzdělávací plán v mateřské škole pro dítě s narušenou komunikační schopností a ADHD
<b>Název v angličtině:</b>	Individual education plan in kindergarten for child with diagnosis of impaired communication ability and Attention Deficit Hyperactivity Disorder
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce je zaměřena na individuální vzdělávací plán pro dítě s ADHD a narušenou komunikační schopností. V teoretické části práce jsou uvedeny kapitoly, které se věnují narušené komunikační schopnosti (dyslalii, vývojové dysfázii) a ADHD. Další kapitola je věnována integraci žáka, dle platné legislativy ČR. Praktická část práce spočívá v aplikaci individuálního vzdělávacího plánu a vyhodnocení zkoumaného problému, který je uveden v úvodu.
<b>Klíčová slova:</b>	Narušená komunikační schopnost, ADHD, integrace žáka, individuální vzdělávací plán.
<b>Anotace v angličtině:</b>	The bachelor thesis is focused on the individual education plan for children with ADHD and with a diagnosis of impaired communication ability. In a theoretic part of the bachelor thesis there are chapters which are devoted to impaired communication ability (dyslalia, developmental dysphasia) and ADHD. Other charter is devoted to an integration of a pupil according to legislative of the Czech Republic. A

	practical part of the bachelor thesis is consisted of application of individual education plan and an evaluation of a surveyed problem which is mentioned at an introduction.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Impaired communication ability, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, integration of a pupil, individual education plan.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	
<b>Rozsah práce:</b>	35 stran
<b>Jazyk práce:</b>	čeština