

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Pedagogická fakulta**  
Katedra primární a preprimární pedagogiky

**Petr Němec**

**Školní zralost a připravenost dětí k povinné školní docházce v  
podmínkách náhradní výchovné péče**

**Rigorózní práce**

**Olomouc 2016**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracoval samostatně a použil jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 16. 6. 2016

.....

## **Poděkování:**

Na tomto místě bych rád poděkoval doc. PhDr. Evě Šmelové, Ph.D. za odbornou pomoc a poskytnutí cenných rad a připomínek.

Dále bych chtěl poděkovat prof. PhDr. Miroslavu Chráskovi, CSc. za metodické vedení výzkumu a statistické zpracování dat.

Rád bych chtěl také poděkovat Mgr. Daliboru Křepskému, řediteli Dětského domova a Školní jídelny v Olomouci, a Mgr. Lubomíru Schneiderovi, řediteli Pedagogicko-psychologické poradny Olomouckého kraje, a všem ředitelům a pedagogickým pracovníkům zařízení náhradní výchovné péče v Olomouckém, Moravskoslezském, Jihomoravském a Zlínském kraji, bez jejichž pomoci a podpory by nebylo možné výzkum realizovat.

V neposlední řadě bych chtěl také poděkovat své manželce Janě a našemu osmiměsíčnímu synu Filípkovi za jejich trpělivost, podporu a povzbuzení.

# Obsah

Úvod .....	7
<b>1 Vývoj dítěte předškolního věku .....</b>	<b>9</b>
1.1 Tělesný a motorický vývoj .....	10
1.2 Kognitivní vývoj.....	11
1.3 Emoční vývoj.....	15
1.4 Socializace.....	17
1.5 Vývoj řeči.....	21
<b>2 Specifický vývoj dítěte s deprivací zkušeností .....</b>	<b>26</b>
2.1 Deprivace, privace a subdeprivace.....	26
2.2 Tělesný a motorický vývoj .....	34
2.3 Kognitivní vývoj.....	35
2.4 Emoční a sociální vývoj.....	36
<b>3 Děti se speciálními vzdělávacími potřebami v NVP .....</b>	<b>42</b>
3.1 Fetální alkoholový syndrom.....	43
3.2 Děti s mentálním postižením.....	45
3.3 Poruchy chování a emocí v dětství .....	49
3.3.1 Poruchy chování.....	50
3.3.2 Hyperkinetická porucha .....	54
3.4 Specifické poruchy školních dovedností .....	60
3.4.1 Dyslexie .....	62
3.4.2 Dysgrafie.....	63
3.4.3 Dysortografie.....	64
3.4.4 Dyskalkulie .....	65
3.5 Narušená komunikační schopnost.....	67
3.5.1 Opožděný vývoj řeči .....	67
3.5.2 Dyslalie.....	69
<b>4 Školní zralost a připravenost.....</b>	<b>72</b>
4.1 Tělesná (biologická) zralost .....	74
4.2 Kognitivní zralost.....	77
4.3 Emoční, motivační a sociální zralost .....	79
<b>5 Diagnostika školní zralosti .....</b>	<b>82</b>
5.1 Pozorování.....	82
5.2 Rozhovor.....	85
5.3 Anamnéza .....	88
5.4 Analýza produktů a činností.....	90

5.5	Orientační test školní zralosti .....	93
5.6	Zkouška znalosti předškolních dětí.....	95
5.7	Intelligenční testy .....	96
5.7.1	Stanford-Binetova zkouška .....	97
5.7.2	WISC-III a Wechslerův intelligenční test pro předškolní děti .....	98
5.7.3	SON-R 2½-7 – neverbální intelligenční test.....	100
5.7.4	Woodcock – Johnson: Testy kognitivních schopností .....	102
5.7.5	IDS – Intelligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5 -10 let .....	105
5.7.6	Ravenovy barevné progresivní matice .....	107
5.8	Reverzní test.....	108
5.9	Zkouška laterality .....	109
5.10	Diagnostický materiál Bednářové, Šmardové .....	112
6	Systém náhradní výchovné péče.....	114
6.1	Vymezení pojmů .....	114
6.2	Složky systému péče o ohrožené dítě.....	117
6.3	Transformace systému péče o ohrožené děti .....	121
6.4	Systém náhradní výchovné péče v resortu školství.....	125
6.4.1	Diagnostický ústav (DÚ).....	126
6.4.2	Dětský domov (DD).....	128
6.4.3	Dětský domov se školou (DDŠ).....	130
6.4.4	Výchovný ústav (VÚ).....	131
6.4.5	Středisko výchovné péče (SVP) .....	132
6.4.6	Transformace systému NVP v resortu školství.....	133
6.4.7	Výchova a vzdělávání ve školských zařízeních NVP .....	137
6.5	Systém náhradní výchovné péče v resortu zdravotnictví.....	142
6.5.1	Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let .....	143
6.5.2	Dětská centra (DC) .....	145
6.5.3	Transformace zařízení náhradní výchovné péče v resortu zdravotnictví .....	146
6.5.4	Psychologicko-výchovná péče ve zdravotnických zařízeních NVP .....	148
6.6	Systém náhradní výchovné péče v resortu práce a sociální věci .....	150
6.6.1	Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.....	150
6.6.2	Domovy pro osoby se zdravotním postižením a týdenní stacionáře.....	152
EMPIRICKÁ ČÁST .....		155
7	Výzkumná část obecná .....	155
7.1	Výzkumný záměr .....	155
7.2	Organizace a etapy výzkumného šetření .....	156
7.3	Použité metody .....	158
7.4	Přehled sledovaných proměnných.....	159
7.5	Statistické postupy .....	160

7.6	Výzkumný soubor .....	161
8	Výzkumná část speciální .....	162
8.1	Celkové srovnání dětí s odkladem školní docházky .....	162
8.2	Pohlaví dětí .....	169
8.3	Odklad školní docházky a věk dětí .....	180
8.4	Vzdělání rodičů .....	192
8.5	Délka pobytu dítěte v zařízení NVP .....	197
8.6	Laterální preference .....	203
9	Diskuse a závěry k jednotlivým sledovaným oblastem .....	207
9.1	Celkové srovnání dětí s odkladem školní docházky .....	207
9.2	Pohlaví .....	210
9.3	Odklad školní docházky a věk .....	212
9.4	Délka pobytu dítěte v zařízení NVP .....	215
9.5	Laterální preference .....	217
	Závěr .....	219
	Resumé .....	222
	Abstract .....	224
	Seznam literatury .....	226
	Elektronické zdroje .....	244
	Přílohy .....	248
	Anotace .....	267

## Úvod

Problematika péče o ohrožené děti představuje stále aktuální celospolečenské téma, které se nevyhýbá diskusím jak mezi laickou veřejností či odborníky, tak na politické úrovni. Opakované a medializované případy závažné dětské agresivity ve výchovných ústavech, kriminalita a delikvence dětí propuštěných z ústavní výchovy či ochranné výchovy nutně vedou k legitimním otázkám nad efektivitou celého systému. Jsou tu ale i nepodložené názory poukazující na vysoké počty dětí v dětských domovech, dvacet tisíc i více, nebo na neutěšené materiální, psychosociální či personální podmínky v dětských domovech a kojeneckých ústavech.

Jedním z cílů této práce je přinést aktuální obraz o kvalitě péče o ohrožené děti v jednotlivých zařízeních náhradní výchovné péče. Je pravdou, že od padesátých let dvacátého století, kdy u nás začínaly první poválečné výzkumy dětí v ústavní péči, se podmínky v těchto zařízeních přeci jen poněkud změnily a nadále mění, protože proces transformace směrem k menším zařízením rodinného či komunitního typu není ještě zdaleka u konce. Náhradní výchovná péče se nikdy nebude moci stát rovnocennou alternativou výchově a péči v rodině, ať už v té vlastní nebo náhradní. Snahou však je, aby se péče o ohrožené děti, o které se nemohou nebo nechtějí starat vlastní rodiče, a pro které se z různých důvodů nepodaří najít vhodná náhradní rodina, co nejvíce přiblížila péči v rodině nejen po materiální stránce, která je v současných zařízeních náhradní výchovné péče na velmi dobré úrovni, ale zejména po stránce psychosociální, či výchovně vzdělávací.

V minulosti se problematikou specifického vývoje dítěte v náhradní výchovné péči, zejména v souvislosti s psychickou deprivací, zabývali prof. Zdeněk Matějček a prof. Josef Langmeier, kteří na toto téma publikovali u nás i v zahraničí celou řadu studií a odborných článků. Ve svém stěžejním výzkumu psychické deprivace v dětství (1963, 1974) srovnávali děti z dětských domovů a kojeneckých ústavů s dětmi z pěstounských rodin a děti z běžné populace. Součástí tohoto výzkumu bylo mimo jiné i hodnocení úrovně školní zralosti.

Podobně zaměřený výzkumný projekt s názvem *„Vývoj dětí a jejich potřeb v náhradní rodinné a výchovné péči v kontextu současného společenského vývoje“* (Ptáček et al., 2011) realizovala na podnět MPSV Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze. Podobně i zde byly srovnávány výzkumné soubory dětí z náhradní výchovné péče s dětmi z pěstounských rodin a běžné populace. Posouzením školní zralosti se tento výzkum zabýval pouze okrajově, hodnotil spíše školní úspěšnost těchto dětí na prvním stupni základního vzdělávání.

Tato rigorózní práce v teoretické části navazuje, reviduje a rozšiřuje diplomovou práci *Připravenost dětí k povinné školní docházce v podmínkách náhradní výchovné péče* (Němec, 2014). Empirická část navazuje a doplňuje výzkumný projekt *Výzkum základních proměnných školní zralosti v ČR a v některých zemích EU* realizovaný Katedrou primární a preprimární pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci v letech 2009 – 2011 (Šmelová, Petrová, Suralová et al., 2012). Tento výzkum zkoumal úroveň školní zralosti v běžné populaci dětí v ČR. Můj výzkum tedy obohacuje tento výzkumný soubor o specifickou skupinu dětí z náhradní výchovné péče.

Zatímco výzkumy Langmeiera a Matějčka (1963, 1974) a 1. LF UK a VFN v Praze (Ptáček et al., 2011) zkoumaly danou problematiku zejména v medicínsko-psychologickém kontextu, tato práce společně s výzkumem Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (Šmelová, Petrová, Suralová et al., 2012) akcentují také na výchovně vzdělávací hledisko, protože předškolní výchova a vzdělávání představuje v otázce úrovně školní zralosti a připravenosti jeden z klíčových faktorů.

Hlavním cílem mé práce je zjištění úrovně školní zralosti a připravenosti dětí umístěných v náhradní výchovné péče a komparace zjištěných výsledků s dětmi z běžné populace. Děti z náhradní výchovné péče jsem vytipoval v dětských domovech a dětských centrech v regionu Olomouckého, Moravskoslezského, Jihomoravského a Zlínského kraje. K diagnostice úrovně školní zralosti a připravenosti jsem použil stejné základní testové metody jako výzkum Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (Šmelová, Petrová, Suralová et al., 2012).

V teoretické části se postupně věnuji aspektům optimálního vývoje dítěte v předškolním věku, specifickému vývoji dítěte v podmínkách náhradní výchovné péče. Nově je zařazena kapitola věnující se dětem se zdravotním postižením v náhradní výchovné péči. Kapitola zabývající se otázkami školní zralosti a připravenosti doznala jen dílčích úprav a doplnění, avšak navazuje na ni nová poměrně rozsáhlá kapitola, věnující se diagnostice školní zralosti. Popisuje současné klinické a testové metody využívané v pedagogicko-psychologických poradnách, speciálně pedagogických centrech, v zařízeních náhradní výchovné péče nebo mateřských školách.

Empirická část je věnována zkoumání úrovně školní zralosti a připravenosti u dětí z náhradní výchovné péče z hlediska pohlaví, věku, odkladu školní docházky, vzdělání rodičů, laterální preference. Zjištěné výsledky jsou potom srovnávány s výsledky výzkumu dětí běžné populace v ČR (Šmelová, Petrová, Suralová et al., 2012).



# 1 Vývoj dítěte předškolního věku

Vývoj člověka napříč celým životním cyklem lze i dnes bez nadsázky považovat za úžasné a dech beroucí představení. Je nesmírně zajímavé sledovat proměny lidské psychiky a chování. Přestože je v současném pojetí vývojové psychologie pro heterogenost lidské populace obtížné vymezit normalitu, pokusím se přiblížit vývoj dítěte nejen v běžné rodině, která v dostatečné míře a nepřetržitě saturuje všechny jeho potřeby, ale i vývoj dítěte, jehož rodina nebyla schopna zajistit ani ty základní potřeby a ocitlo se v některém ze zařízení náhradní výchovné péče (dále NVP).

V této první kapitole se věnuji nejdůležitějším oblastem optimálního vývoje dítěte předškolního věku. V druhé navazující kapitole potom přiblížuji specifika vývoje dítěte v podmínkách NVP a dysfunkční či afunkční rodině.

Období předškolního věku dnes vymezujeme od tří do šesti resp. sedmi let věku dítěte. Toto období není vymezeno pouze věkem, ale i sociálně, tj. vstupem dítěte do školy. Tato vývojová etapa je v současné době označována jako *předškolní období* nebo *předškolní věk* (Říčan, 2004; Langmeier, Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012; Thorová 2015). Můžeme se však setkat i s označením *předškolní dětství* (Kuric, 2001) a ve starší literatuře *druhé dětství* (Příhoda, 1977). Z tradičních periodizací ontogenetického vývoje je dobré připomenout označení nejznámějších představitelů. Erikson (1965) ve své periodizaci Osm věků člověka označuje toto období jako *iniciativa proti vině*, Piaget (1982) ve své teorii kognitivního vývoje hovoří o *předoperačním období* a Freud (1923) ve své teorii psychosexuálního vývoje hovoří o *falickém stádiu*.

Pod pojmem předškolní věk můžeme v širším slova smyslu chápat celé období od narození (někdy i včetně vývoje prenatálního) až po zahájení povinné školní docházky. Takto široce pojaté období předškolního věku má především svůj praktický význam související s plánováním sociálních a výchovných opatření před vstupem dítěte do školy. V užším slova smyslu je potom možné označit předškolní období za „*věk mateřské školy*“. Avšak i toto pojetí nemůžeme chápat pouze z tohoto hlediska, protože celá řada dětí do mateřské školy nechodí a rodina zůstává základem, na kterém může mateřská škola stavět a napomáhat dalšímu rozvoji dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Vývoj dítěte se v tomto období zpomaluje a harmonizuje, individuální osobnost dítěte se stává zřetelnější (Thorová, 2015). Dle Vágnerové (2012, s. 177) je předškolní věk „*charakteristický stabilizací vlastní pozice ve světě a diferenciací vztahu ke světu. V jeho*

*poznání dítěti pomáhá představivost, pro předškolní věk je typické fantazijní zpracování informací a intuitivní uvažování, které ještě není regulováno logikou.“*

Říčan (2004, s. 119) ve svých úvahách označuje předškolní věk jako období, „*kdy se kladou základy socializace.*“ Vedle rodiny, která nadále zůstává primárním socializačním činitelem dítěte, vstupuje do popředí i mateřská škola, v jejímž prostředí jsou sociální vztahy dítěte obohaceny o vztahy s vrstevníky a novými autoritami (učitelky a učitelé mateřské školy a další personál), kde vzájemná interakce významnou měrou připravuje dítě na život ve společnosti. Mateřská škola má tak v socializaci předškolního dítěte významnou roli.

Erikson (1965, s. 246) charakterizuje předškolní věk za „*období iniciativy, která dodává samostatnosti dítěte kvalitu podnikání, plánování a „útočení“ na určitý úkol jen proto, že dítě chce být aktivní a v pohybu ...*“

Herní aktivita je v předškolním období nejdůležitější a nejpřirozenější činností dítěte, představuje tak hlavní prostředek učení, rozvíjí psychické funkce dítěte a napomáhá socializaci dítěte. Proto je předškolní období tradičně označováno jako „*zlatý věk hry.*“

## **1.1 Tělesný a motorický vývoj**

V období předškolního věku nastávají zřetelné změny v tělesné konstituci dítěte. Baculatost typická pro batolecí věk se vytrácí a vlivem růstu končetin se dítě zeštíhluje a vytahuje do výšky. Postava se celkově protahuje, hlava se v poměru k tělu zmenšuje, trup je plošší a hrudník se zřetelně odděluje od břicha, které se zatahuje. Po třetím roce věku dítěte se s růstem svalové hmoty zvyšuje svalový tonus, podkožní tuk je minimální. O období mezi pátým a sedmým rokem často hovoříme jako o „*stádiu první vytáhlosti*“ (Říčan, 2004; Thorová, 2015).

Říčan (2004) udává u průměrného chlapce nárůst výšky z 97 cm na 117 cm a hmotnosti z 15 na 22 kg. Dívky jsou v šesti letech ještě menší a hmotnostně lehčí než chlapci, což se však v pozdějším věku obrací.

Kuric (2001) připomíná, že v souvislosti s pokračující osifikací kostí není pevnost a tvrdost kostí ještě dostatečná, ale naopak křehká a pružná, z čehož vyplývá riziko vzniku různých ortopedických poruch. Obdobně hovoří i Příhoda (1977), který upozorňuje vychovatele, aby dítěti bránili v nevhodných polohách vedoucím k deformacím stále pružné a tvárné páteře.

Dozrávání mozkových funkcí umožňuje koordinaci hrubé motoriky. Pohyby dítěte se stávají rychlejší, plynulejší a koordinovanější. Dítě je tak schopné zvládnout sekvenci pohybů při realizaci náročnější motorické činnosti a tím pádem se může naučit základy sportovních aktivit (jízda na kole, plavání, lyžování, bruslení). Děti předškolního věku potřebují fyzický pohyb, proto vědomě dávají přednost pohybovým aktivitám před pasivními činnostmi, které vyžadují soustředění (Thorová, 2015).

Osifikace zápěstních kůstek zlepšuje koordinovanost jemné motoriky, rozvíjí se manuální zručnost dítěte, která dítěti umožňuje dokonalejší uchopení tužky nebo nůžek. Dítě se učí funkčně manipulovat s předměty a hmotou (písek, plastelína, kostky, míč) a používat různé nástroje (tužka, štětec, nůžky, příbor). Postupně se diferencuje dominance jedné ruky (Thorová, 2015).

Motorická zručnost předškolního dítěte se promítá do větší soběstačnosti v sebeobsluze. Dítě je schopné samostatně jíst a používat příbor, umýt si ruce mýdlem, pod dohledem se sprchovat nebo koupat a používat záchod, byť s malou dopomocí. Samo by se mělo umět svléknout a obléknout, avšak i zde potřebuje naši pomoc v podobě přípravy a vhodném nastavení části oděvu, zapnutí menších nebo hůře dostupných knoflíků či zapnutí tužších zipsů (Langmeier, Krejčířová, 2006). Nezbytnou praktickou dovedností předškolního dítěte je schopnost obout si boty a zavázat si tkaničky. Přestože úplné zavázání tkaniček některé děti zvládnou až v závěru předškolního období, měly by zavazování a i rozvazování zkoušet. Současná široká nabídka obuvi se suchým zipsem sice dětem zjednodušuje obouvání, ale také jim dává méně příležitostí zavazování zkoušet.

## 1.2 Kognitivní vývoj

Kognitivní vývoj se vztahuje k vývoji myšlení a jeho různorodých funkcí. Zahrnuje změny v paměti, jazykových schopnostech a myšlenkových procesech (Hartl, Hartlová, 2015). Pod pojmem myslet chápeme např. schopnost učit se, zapamatovávat, zpracovávat a organizovat informace, symbolické a abstraktní uvažování atd. (Thorová, 2015). **Poznávání** (kognice) se v období předškolního věku zaměřuje na nejbližší svět, který Matějček (1986) poeticky nazývá kouzelným, a na pochopení jeho zákonitostí a pravidel (Vágnerová, 2012). **Vnímání** (percepce) je globální, dítě vnímá celek jako souhrn jednotlivostí, nevyčleňuje podstatné části předmětů a nerozlišuje základní vztahy mezi nimi. Dítě snadno upoutá

výrazný detail nápadného předmětu, zvláště pokud má nějaký vztah k jeho momentálnímu zájmu, činnosti nebo potřebě. Příkladem může být obsahově rozsáhlý obrázek, kde si všimne dítěte pojídajícího dort, na který má samo chuť (Mertin, Gillernová, 2015; Šimíčková-Čížková et al., 2010).

**Pozornost** je na počátku předškolního období ještě nestálá, krátkodobá a přelétavá, teprve postupujícím zráním centrální nervové soustavy se koncentrace a rozsah pracovní pozornosti zlepšuje a prodlužuje, vytvářejí se počátky úmyslné pozornosti (Šimíčková-Čížková, 2010, Thorová, 2015).

**Představy** dítěte předškolního věku jsou bohaté a barvitě, intenzivně se rozvíjejí fantazijní představy. Představy pomáhají dítěti vysvětlit si a přizpůsobit se někdy obtížně přijatelné a pochopitelné realitě. Vnímání předškolního dítěte je nepřesné, vnímané jevy nebo jednotlivé detaily dítě nezáměrně doplňuje a tím zkresluje. Hovoříme o tzv. *dětské konfabulaci*. Nejedná se o záměrnou lež, dítě konfabulaci věří, je přesvědčeno o pravdivosti svého tvrzení. Jevu, kdy dítě ještě nedokáže rozlišit mezi subjektivními představami a objektivní realitou, nazýváme *eidetismus* (Mertin, Gillernová, 2015; Šimíčková-Čížková et al., 2010; Thorová 2015).

**Myšlení** předškolního dítěte je útržkovité, nekoordinované a nepropojené (Vágnerová, 2012). V souvislosti s neschopností předškolního dítěte logicky uvažovat hovoříme o myšlení *prelogickém, předoperačním*. Thorová (2015. s. 388) uvádí ukázkový příklad neschopnosti předškolního dítěte dojít k logickému závěru (sylogismu) ze dvou verbálních informací: „*Pes a kuň se vždy pohybují společně. Kuň jde do džungle. Co dělá pes?*“ Odpovědi pětiletých dívek: „*Pes ho jde hledat.*“ nebo „*Pes je na poli.*“

Přibližně ve věku čtyř let prochází myšlení dítěte významnou vývojovou proměnou. *Předpojmové (symbolické) myšlení* se dostává na vyšší úroveň *intuitivního (názorového) myšlení*, (Piaget, 1982). V předpojmovém (symbolickém) stadiu děti používají pojmy a symboly částečně vázané na individuální předměty a částečně již směřující k obecnosti (Langmeier a Krejčířová, 2006). Schopnost používat symboly pro označení konkrétních předmětů je patrná zejména ve hře, např. klacek je meč, kostka je žrádlo pro plyšového pejska. Symbolické myšlení umožňuje dětem realizaci sociálně-imitačních her, např. na mámu a tátu, na doktora apod. (Thorová, 2015)

S nástupem intuitivního (názorového) myšlení dítě postupně upouští od otázky „*Co je to?*“, protože ví, že vše kolem něj má nějaké pojmenování a přechází na otázku „*Proč?*“, kterou se ptá po příčinné souvislosti (Mertin, Gillernová, 2015). Dítě již uvažuje v celostních

pojmech, a i přes rozsáhlé vědomosti postupuje při řešení různých úkolů intuitivně, zejména na základě vizuálních vjemů (Langmeier, Krejčířová, 2006; Thorová, 2015).

Vágnerová (2012, s. 178 – 179), popisuje typické znaky způsobu uvažování a zpracování informací předškolního dítěte:

- **Způsob jakým dítě vnímá svět, jak a jaké informace si vybírá:**

- **Centrace** je subjektivně podmíněnou redukcí informací. Jedná se o tendenci ulpívat na jednom většinou percepčně nápadném znaku, který je považován za podstatný, a zároveň přehlížet, byť často objektivně významné, ale percepčně nevýrazné znaky. Předškolní děti zatím nejsou schopny komplexního uvažování.
- **Egocentrismus** je typickým znakem myšlení dítěte předškolního věku. Dítě je přesvědčeno o svém názoru jako o jediném správném, opomíjí a s obtížemi přijímá názor někoho jiného. Langmeier, Krejčířová (2006) uvádějí příklad egocentrismu malého dítěte, které si zakrývá oči, aby jej nikdo jiný neviděl.
- **Fenomenismus** spočívá v preferování určité zjevné podoby nebo představy o světě. Pro předškolní dítě je svět takový, jaký mu vizuálně připadá. Proto dítě např. odmítá tvrzení, že velryba není ryba, protože se mu přece jako ryba viditelně jeví.
- **Prezentismus** znamená přetrvávající vázanost na přítomnost, na aktuální obraz světa. Aktuálně vnímaná podoba světa pro dítě znamená subjektivní jistotu, tzn. že dítě svět vidí tak jak je a může se o tom opakovaně přesvědčit.

- **Způsob jakým informace zpracovává:**

- **Magičnost** umožňuje dítěti měnit fakta dle svého přání. Dítě uplatňuje vlastní fantazii při interpretaci dění v reálném světě. Předškolní děti zatím příliš nerozlišují mezi realitou a fantazií, a tak je jejich poznání světa zkreslené.
- **Animismus, resp. antropomorfismus**, je přičítání vlastností živých, resp. lidských bytostí neživým objektům. I přes rozlišení živých a neživých objektů jsou děti schopny tyto rozdíly ignorovat a očekávat projevy živých bytostí od neživých věcí. Taková interpretace umožňuje dítěti lepší porozumění světa. Příkladem může být interpretace fyzikálních pohybů – měsíček pluje po obloze, voda běží přes kameny, apod.
- **Arteficialismus** je způsob, jakým dítě předškolního věku vykládá vznik a původ okolního světa i sebe samého, např. že nějaký člověk zasázel kameny do země a vznikly hory, nebo napustil vodu do rybníka, otvory v těle dítěti někdo udělal vrtačkou aj.

- **Absolutismus** můžeme chápat jako přesvědčení o definitivní a jednoznačné platnosti každého poznání. Dítě tím vyjadřuje svou potřebu jistoty. Příkladem může být odmítavá reakce chlapce předškolního věku na reklamu vychvalující zubní pastu X jako nejlepší. Nejlepší je jiná pasta, protože to říkali minule.

Dalším z kognitivních procesů je **paměť**, která má u dítěte předškolního věku charakter bezděčného zapamatování a uchování. Teprve okolo pátého roku začíná dítě uplatňovat záměrnou paměť. Paměť je zatím konkrétní – dítě si snáze zapamatuje konkrétní události než jejich verbální popis (Mertin, Gillernová, 2015). Převažuje mechanická paměť (opírá se o vnější znaky), ale dochází k postupnému rozvoji slovně logické paměti (postihuje vnější vztahy). Dítě tak dokáže v logickém sledu i souvislostech reprodukovat často se opakující situace (Šimíčková-Čížková et al., 2010). Dle Vágnerové (2012) se paměť skládá z komplexu na sobě relativně nezávislých specifických schopností. Jejich rozvoj souvisí se zráním určitých mozkových struktur i na možnostech tyto předpoklady rozvíjet. Krátkodobá i dlouhodobá paměť se v období předškolního věku zlepšují v závislosti na změně zpracování a propojení různých informací.

Vágnerová (2012) popisuje vývoj jednotlivých typů paměti:

- **Explicitní sémantická paměť** představuje vědomé vybavení si významů jednotlivých pojmů, idejí a faktů, které mají vztah ke slovům, ale samy o sobě slovy nejsou (Nakonečný, 1997). Vágnerová se zde opírá o poznatky Sieglera a kol. (2003) a Schneidera (2011), kteří dávají vývoj explicitní sémantické paměti předškolního dítěte do souvislosti s navýšením kapacity paměti, rychlosti zpracování informací, celkovým zlepšením kvality a délky uchování informací v paměti. Předškolní děti si začínají pamatovat více detailů, ale i vzájemné souvislosti a vztahy. Pětileté dítě si dokáže krátkodobě zapamatovat větu o pěti slovech. V předškolním věku je rozvoj paměťových strategií, které slouží k efektivnějšímu zapamatování a uchování informací, minimální. *„Předškolní děti si ještě neuvědomují, že existují způsoby, které by jim mohly usnadnit zapamatování“* (Vágnerová, 2012, s. 203).
- **Explicitní epizodická paměť** umožňuje zapamatování si osobních jevů, událostí a jejich souvislostí (Hartl, Hartlová, 2015). Její rozvoj je spojen s vývojem jazykových schopností a dosaženou úrovní uvažování. Charakteristické je vytváření vlastního pojetí různých událostí, které předškolní dítě sobě vlastním způsobem interpretuje. Vzpomínky předškolního dítěte jsou zkreslené a nepřesné, promítá do nich nejen realitu, ale i svou fantazii a předchozí zkušenosti a poznatky. Zážitky a zkušenosti osobně prožitých situací

zpracovává a uchovává *autobiografická paměť*. Ta se u předškolního dítě začíná rozvíjet v momentě, kdy dokáže odlišit vlastní zkušenosti od zkušeností ostatních. První trvalejší vzpomínky se začínají vytvářet okolo čtyř let, ale jsou většinou útržkovité a roztržité.

- **Implicitní, procedurální paměť** je založena na nevědomém zapamatování si jednoduchých i značně složitých postupů a činností (Hartl, Hartlová, 2015). Vágnerová (2012) podle Ratnera a kol. (2001) a Schneidra (2011) uvádí, že implicitní paměť se plynule rozvíjí od raného věku, bez zjevných nápadností a kvalitativních změn. Zahrnuje základní schopnost dítěte odlišit známé od neznámého (percepční a konceptuální priming). Implicitní paměť dítě využívá v každodenních situacích nejen při učení se formou pozorování druhých lidí, ale i pod vlivem zpětné vazby – výsledku vlastní činnosti. Příkladem můžeme zmínit činnosti jako např. používání jídelního příboru, zubního kartáčku, otevírání láhve či jízda na tříkolce nebo kole.

### 1.3 Emoční vývoj

Emotivita se v období předškolního věku stává stabilnější a vyrovnanější, dítě dokáže lépe kontrolovat svou frustraci, bývá častěji pozitivně naladěno a projevy negativních emočních reakcí (vztek, zlost, strach) se snižují. Prožívané emoce jsou značně intenzivní a snadno přecházejí z jedné kvality do druhé, např. smích v pláč. Značná část prožitků je i v období předškolního věku vázána na aktuální situaci, která u dítěte vyvolává pocity uspokojení či neuspokojení. Důvodem častého pláče mohou být drobné události nebo neúspěchy, jako např. rozbitá nebo zapomenutá hračka, nepovedený obrázek či rozbořená stavba z kostek. Afektivní reakce se objevují v kontaktu s vrstevníky, nebo při kumulaci zákazů a příkazů vedoucích k frustraci dítěte, kterou nedokáže v souvislosti s nedostatečně vyvinutou emoční kontrolou zcela zvládnout (Thorová, 2015; Vágnerová, 2012).

Úzkosti, obavy a strachy mají v předškolním období obvykle původ v *magickém myšlení*, kde bohatá představivost a fantazie umožňují dítěti vytvářet různé imaginární bytosti (bubáci, čerti, nadpřirozené síly), které ovládají okolní svět (Thorová, 2015; Vágnerová, 2012). Kromě fantazijních představ mohou být zdrojem strachu i relativně běžné věci jako např. vítr, bouřka, zvířata či knoflíky, děti se mohou bát cizích lidí nebo ztráty blízké osoby (Thorová, 2015). Další příčinou strachu a úzkostných reakcí může být i negativní zkušenost dítěte, která se zafixovala a postupně ještě nabrala na intenzitě (Vágnerová, 2012). Tyto negativní zkušenosti,

jako např. situace, kdy otec zcela necitlivě „učí“ dítě odvaze i přes jeho odpor a strach, mohou zvláště u konstitučně úzkostného dítěte vyústit až v závažné neurotické obtíže v podobě útlumu spontánní aktivity a permanentní nejistoty při řešení obtížnějších úkolů (Matějček, 2013).

Dítě předškolního věku proto potřebuje vysokou míru stability, jistoty, bezpečí, a trvalosti zázemí, které dodávají jeho aktivitě energii a chuť ke zvědavosti, objevování a zkoumání okolního světa a dovolují mu samostatné odpoutání se od této jistoty a zázemí. Naopak u dítěte, jehož prostředí je nejisté a nestabilní, dochází k útlumu snahy experimentovat, zkoumat a odpoutávat se a fixuje se v nejistém vztahu (Mertin, Gillernová, 2015).

Humor předškolního dítěte hraje významnou roli v jeho vztazích (Langmeier, Krejčířová, 2006). Vágnerová (2012) dává smysl pro humor, který odpovídá typickému způsobu uvažování předškolního dítěte, do souvislosti s rozvojem jeho jazykových kompetencí. Dětské žerty jsou jednoduché, např. čtyřletým dětem připadá legrační i opakování nesmyslných a tabuizovaných slov. Pětileté dítě nejenže chápe jednoduché vtipy, ale samo si je i vymýšlí a jejich vyprávěním baví a rozesmává ostatní (Allen, Marotz, 2008). Tzv. *tabu humor*, neboli *skatologický humor* (z řeckého σκατ – skat = exkrement) má svůj původ v sexuální zvědavosti, touze po upoutání pozornosti a testování hranic, objevuje se u celé řady předškolních dětí a přetrvává i do školního věku. Příkladem skatologického humoru jsou výroky tří až pětiletých dětí: „*Mami, pokakal jsem ti obličej.*“ „*Vykakám a vyblinkám se ti na zadek.*“ „*K obědu jsme měli dušená hovínka.*“ Dítě sleduje spíše reakce posluchačů než, aby se zajímalo o samotný obsah vtipu (Thorová, 2015. s. 392).

V souvislosti s rozvojem **emoční inteligence** dokáže dítě předškolního věku lépe rozumět a orientovat se ve vlastních pocitech i pocitech jiných lidí, rozvíjí se schopnost empatie. Chápou význam základních emocí, vědí, že pozitivní hodnocení přináší uspokojení a naopak negativní hodnocení znamená neuspokojení. Porozumění komplexním emocím je však pro předškolní dítě nadále obtížné. Teprve v pěti letech si začíná uvědomovat existenci složitějších emočních prožitků a po šestém roce zjišťuje, že nejsou pouze kompatibilní emoce, tzn., že někdo je šťastný a zároveň pyšný, nebo že se někdo cítí smutný a stydí se, ale i ambivalentní emoce, tzn. že se lidé mohou cítit dobře i špatně nebo se jim něco líbí jen částečně, a že je možné v jednom okamžiku reagovat různými pocity (Vágnerová, 2012).

**Emoční regulace** dovoluje předškolnímu dítěti kontrolovat emoční prožitky a jimi navozené chování a závisí i na typu temperamentu. Proto je schopnost regulovat vlastní emoce pro některé děti obtížnější. Jedná se o impulzivní děti s malou schopností sebekontroly, které nedokáží zvládnout intenzivní emoční prožívání a na frustraci reagují neadekvátním



způsobem, včetně agrese. Na druhé straně i nadměrná úroveň sebekontroly typická pro inhibované (pasivní) děti vede k nedostatečné flexibilitě a reakce těchto dětí se vyznačují sociální odtažitostí či úzkostí (Vágnerová, 2012).

Aby se dítě naučilo zvládat své emoční projevy, je třeba mu pomoci vytvořit si kontrolní mechanismy jeho ega, mezi které patří chápání podstaty věci, plánování, odklad odměny a ohled na druhé (Shapiro, 2009). Zejména schopnost odložit uspokojení na pozdější dobu a zvládnout pocit frustrace, který s sebou takovéto rozhodnutí nese, patří k běžným požadavkům na dítě předškolního věku. Schopnost emoční autoregulace má vliv na rozvoj sociálních kompetencí, míru popularity ve vrstevnické skupině, schopnost přizpůsobit se a získat sympatie (Vágnerová, 2012).

## 1.4 Socializace

**Socializace** představuje sociální procesy, které umožňují dítěti získat povědomí o sociálních normách a hodnotách daného společenství společně se zřetelným vědomím sebe samého. Socializační procesy hrají klíčovou roli zejména v období dětství a dospívání, ale vzhledem ke každodenní interakci jedince se svým prostředím, vůči jehož reakcím nedokáže být imunní, je jeho chování ovlivňováno a utvářeno po celý život (Giddens, 2013). Socializace je tedy celoživotní proces, jehož prostřednictvím dochází k utváření osobnosti člověka, spočívá v osvojení si kultury a uvádění člověka do systému společenských vztahů postupným vytvářením vazeb s jinými lidmi (Matoušek, 2008). Socializací se člověk postupně stává kulturní osobností, která by měla být v dospělosti kompetentní fungovat v komplikovaném systému dané společnosti, avšak nejen jako její součást, ale také jako individualita, přičemž vztah mezi jedincem a společností je reciproční, tzn. ve vzájemné interakci společnost působí a ovlivňuje jedince, a naopak jedinec mění společnost (Thorová, 2015).

Rozlišujeme **primární socializaci**, která se uskutečňuje v rodině, nebo v našem případě v zařízení NVP, a dále **sekundární socializaci**, která probíhá ve výchovných a vzdělávacích institucích (mateřská a základní škola, školní družina, zájmové kroužky atd.). V předškolním věku zůstává rodina nejdůležitějším primárním socializačním činitelem, který uvádí dítě do širšího společenství lidí (Langmeier, Krejčířová, 2006). Přesto můžeme předškolní období označit za **fázi přesahu rodiny**, protože socializace dítěte se již neomezuje pouze na prostředí

rodiny, ale probíhá i pod vlivem institucí (zejména mateřské školy) a dalších sociálních skupin. Vzájemnou interakcí dítěte s jinými lidmi nedochází pouze k jeho socializaci, ale také k **individuaci**. Procesem individuace nastává integrace vědomých i nevědomých složek osobnosti a dítě nabývá individuálních charakteristik, stává se postupně jedinečnou bytostí, která bude v budoucnu schopna odpovědět na otázky: kdo jsem, kam směřuji a proč jsem na světě (Thorová, 2015). Rozšíření vztahů s dalšími dospělými a dětmi mimo rámec rodiny je pro předškolní dítě příležitostí získat nové zkušenosti, osvojit si nové sociální dovednosti, rozvíjet své komunikační kompetence a zralejší způsoby interakce, např. sdílení, spolupráce, sebeprosazení i podpora druhého. Ukazatelem socializace není pouze proměna chování dítěte, ale i rozvoj jeho prožívání a hodnocení. Individuace se zase projevuje rozvojem sebepojetí a sebehodnocení (Vágnerová, 2012).

Socializační proces zahrnuje tři vývojové aspekty: vývoj sociální reaktivity, vývoj sociálních kontrol a osvojení sociálních rolí.

**Vývoj sociální reaktivity** má svůj počátek již od narození, ale teprve předškolní věk, ve kterém dítě rozvíjí bohatě diferenciované emoční vztahy např. s vrstevníky (staršími, mladšími, stejného i opačného pohlaví, motoricky šikovnějšími či méně zdatnými atd.), dále se sourozenci, rodiči, prarodiči, širší rodinou, ale i s cizími dospělými, dává dítěti příležitost procvičovat si sociální aktivity (Langmeier, Krejčířová, 2006; Mertin, Gillernová, 2015).

**Vývoj sociálních kontrol** je postupný proces, při kterém dochází u předškolního dítěte na základě příkazů a zákazů dospělých autorit k vytváření, přijímání a následné interiorizaci sociálních norem a hodnotových orientací. Normy usměrňují jeho chování v rámci hranic definovaných společností a hodnotové orientace určují cíle, na jejichž dosažení se zaměřuje jeho úsilí. V předchozích vývojových etapách bylo dítěti tolerováno téměř vše – nemuselo udržovat tělesnou čistotu, nemuselo jíst samostatně lžičkou, rodiče od něj nečekali, že uposlechne příkazy atd. Přibližně od třetího roku a v průběhu celého předškolního období začíná být na dítě vyvíjen sociální tlak, aby své chování přizpůsobilo společenským normám (Langmeier, Krejčířová, 2006). Whiting a Child (1962) v této souvislosti hovoří o období počátečního uspokojení dítěte neboli období počáteční shovívavosti, které se mění v období socializace dítěte.

**Osvojení sociálních rolí** probíhá uvnitř i vně rodiny. V rodině dítě pozoruje rolové chování jejich jednotlivých členů (chlapec, dívka, otec, matka), které následně trénuje a uplatňuje mimo rodinu, zejména ve skupině vrstevníků nebo v mateřské škole, kde má možnost ke srovnání a případné korekci svého chování (Mertin, Gillernová, 2015).

Předškolák je tak schopen střídat své role, kdy jinou roli hraje doma jako syn či dcera a jinou roli v prostředí mateřské školy vůči paní učitelce a jinou vůči vrstevníkům (Říčan, 2004).

Vývoj sociálních rolí začíná přibližně od jednoho roku, kdy při herní činnosti začíná dítě projevovat zájem o druhé dítě a dochází k prvním konfliktům o hračku. V následujícím půlroce zájem o druhé děti rapidně vzrůstá a zároveň ubývají konfliktní situace, ale teprve ve druhém roce života se vzájemné vztahy stávají osobitější a přátelštější. Zatím však nedochází k diferenciaci rolí, děti si hrají paralelně vedle sebe a při hře se vzájemně pozorují a napodobují. Ke zdatnému posunu dochází až v předškolním věku, kdy paralelní hru postupně nahrazuje hra společná – asociativní a ve věku čtyř až pěti let hra kooperativní, oba typy her jsou již založené na organizované spolupráci a rozdělení jednotlivých rolí a každé dítě tak může osobně svým úsilím přispět k dosažení společného herního projektu. Samozřejmě se však úroveň hry, rozdělení a propracovanost jednotlivých rolí odvíjí od věku a dalších faktorů (Langmeier, Krejčířová, 2006).

*„Vztahy mezi vrstevníky se odehrávají ve velmi rozrůzněných rejstřících, které pokrývají jak afektivní, kognitivní a sociální rozměry vývoje. Ale zpětně tyto vztahy napomáhají pokroku vývoje ve stejných dimenzích, jsou tedy motorem učení, překonávání, poskytují dítěti podmínky pro vytváření jeho subjektivní zkušenosti.“* (Beaumatina, 2003, s. 223). Zdrojem vztahového chování k vrstevníkům jsou zejména zkušenosti získané v rodině. Předškolní dítě má na jedné straně touhu být mezi dětmi jak jen může, na straně druhé potřebuje možnost vrátit se do bezpečného prostředí rodiny, kde v ideálním případě každý z rodičů zastává v jeho životě odlišnou roli. Tradičně je otec autoritou, která stanovuje hranice, usměrňuje, schvaluje nebo i trestá, kdežto matka je ochránkyní, zastánkyní, jež dokáže dítě potěšit a pohladit. Dítě se s rodiči identifikuje, tzn. že přejímá jejich názory, hodnoty a přání (Říčan, 2004)

Na rozdíl od intimního prostředí rodiny jsou vztahy s vrstevníky symetrické, protože děti ve stejném věku mají přibližně stejné kompetence i sociální status. Vrstevníci v porovnání s rodiči nebo jinými dospělými autoritami poskytují dítěti mnohem menší míru jistoty ochrany a bezpečí. Dítě tak musí dosáhnout takové úrovně osobní zralosti, kdy již tak velkou oporu nepotřebuje (Vágnerová, 2012). V kolektivu vrstevníků se předškolní dítě učí zvládat svůj egocentrismus. Nástup pravidel a rozvoj komunikačních dovedností přináší do interakce mezi vrstevníky nové problémové situace v podobě posmívání, žalování či vychloubání, na které, je-li dítě v roli oběti, ještě většinou reaguje agresivitou (Thorová, 2015).

Matějček (1999) ve svém článku *Chvála přátelství* uvádí důležité prosociální vlastnosti, jako jsou souhra, součinnost, spolupráce, soucit, soustrast a v neposlední řadě i přátelství a solidarita. Základy těchto vlastností se začínají utvářet právě v předškolním věku, kdy dítě překračuje hranice rodiny a vstupuje do vztahů s vrstevníky. Vágnerová (2012) tyto prosociální vlastnosti dále upřesňuje:

- **Soupeření a sebeprosazení** – Skupina vrstevníků dává na jedné straně dítěti příležitost k potvrzení své vlastní hodnoty a posílení sebedůvěry a na straně druhé jej nutí podřídit se jejím požadavkům. Sebeprosazení je možné jen takovým způsobem, který je pro kolektiv vrstevníků přijatelný. Odmítnutí, posměch nebo odsouzení se dítěte bytostně dotýkají. Prožitek úspěchu i neúspěchu se stává součástí identity dítěte a ovlivňuje jeho prožívání a chování. Sebeprosazení je možné pouze v kolektivu vrstevníků, starší děti nebo dokonce dospělí jsou konkurencí, se kterou dítě nemá šanci soupeřit.
- **Spolupráce** nebo součinnost jsou prosociální schopnosti, které se rozvíjejí při společných aktivitách vrstevníků. Podle Říčana (2004) je pro předškoláka dosažení rovnováhy mezi soupeřením a spoluprací velkým nárokem. Pro dominantnější, aktivnější a lépe vybavené dítě je role soupeře jistě atraktivnější, naopak spolupráce, kdy dítě musí překonat vlastní egocentrismus, potlačit touhu po uspokojení svých potřeb a zvládnout pocit frustrace je mnohem náročnější (Vágnerová, 2012). Klíčová schopnost sebeovládání či sebekontroly jako složka sociální adaptace zahrnuje působení zralejších mechanismů, tj. rozumu, vůle a předchozích zkušeností, které vycházejí ze sociálního učení (Hartl, Hartlová, 2015). Děti předškolního věku dokáží sdílet pozitivní i negativní pocity (např. strach), také jsou schopny spolupráce při herních aktivitách s jednoduchými a konkrétními pravidly, avšak kooperace na symbolické úrovni např. společné řešení problému, je zatím značně obtížné (Vágnerová, 2012).
- **Projevy solidarity** neboli dětský altruismus se utváří v rámci symetrických vztahů s vrstevníky, ve kterých může dítě za určitých situací, např. nemocný kamarád, kamarád, kterému někdo ublížil nebo se mu něco nepodařilo, zastávat silnější a výhodnější roli. Předškolní děti jsou schopné projevit sympatii a empatii, avšak způsobem odpovídajícím jejich dosažené vývojové úrovni a na základě svých představ o efektivní pomoci (Vágnerová 2012). Říčan (2004) poznamenává, že předškolní dítě dokáže odhadnout podle výrazu tváře, co asi druhé dítě cítí, zajímá se o to, nebo dokonce nabízí pomoc, ale je sporné do jaké míry se jedná o opravdové a hluboké soucítění. Vágnerová (2012) popisuje situaci, kdy kamarád dítěte prožívá nějakou intenzivní emoci např. strach a dítě často namísto efektivní pomoci samo podléhá strachu.

Je nezbytné, aby každé dítě mělo možnost kontaktu s druhými dětmi, ať už v rámci mateřské školy nebo jí podobné instituci, tak i např. s dětmi přibližného věku z okolí nebo ze strany přátel rodičů. V kontaktu s dospělými se nemůže naučit solidaritě vůči slabším, nenaučí se druhé vést, prosadit se nebo se podřídit ostatním, a nevytvoří si potřebné kompetence pro efektivní spolupráci i zdravé soupeření (Langmeier, Krejčířová, 2006).

## 1.5 Vývoj řeči

Rozvoj řečových schopností a jazykových dovedností směřujících k dosažení kompetence komunikativní patří dle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání (RVP PV) ke klíčovým úkolům předškolního vzdělávání. Adekvátní komunikativní dovednosti jsou nezbytným předpokladem úspěšné socializace dítěte předškolního věku, neboť interakce předškolního dítěte s vrstevníky či dospělými se uskutečňuje skrze vzájemnou komunikaci. Dítě v předškolním věku intenzivně objevuje svět a jeho zákonitosti a právě řečové schopnosti a jazykové dovednosti jsou hlavním prostředkem tohoto poznávání.

Zkoumáním fylogeneze a ontogeneze řeči se zabývá vědní obor lingvistika a její hlavní disciplíny psycholingvistika, resp. vývojová psycholingvistika, sociolingvistika, etnolingvistika aj. (Černý, 2005). Vývoj řeči patří k fascinujícím fenoménům, kdy ani po sto letech výzkumu nejsou odborníci schopni uspokojivě zodpovědět některé důležité otázky, jako např. jak je možné, že je dítě schopné osvojit si kterýkoli z 6000 jazyků na světě nebo jak je možné, že se naučí hovořit dvěma nebo dokonce třemi jazyky atd. (Průcha, 2011)

Každé dítě, které vyrůstá v normálním prostředí rodiny, nebo v našem případě i náhradním výchovném prostředí, se naučí mluvit i rozumět mluvené řeči. Optimální vývoj řeči však nezbytně vyžaduje splnění určitých podmínek (Škodová, Jedlička et al., 2007):

- nepoškozená centrální nervová soustava
- normální intelekt
- normální sluch
- vrozená míra nadání pro jazyk
- adekvátní sociální prostředí (otázka stimulace řeči)

Mluvit se však mohou za pomoci speciálně pedagogického působení a s využitím speciálních pomůcek i děti se sluchovým nebo zrakovým postižením.

Ontogenezi lidské řeči dělíme na dvě základní úrovně řečového vývoje, a to **neverbální – preverbální úroveň**, která trvá asi do jednoho roku života dítěte, resp. do vyslovení prvního slova, a na ní navazující **verbální úroveň**, tj. vlastní vývoj řeči. Klasifikaci ontogeneze řeči lze členit např. dle popisu jednotlivých chronologicky na sebe navazujících stádií nebo z hlediska jednotlivých jazykových rovin. Rozlišujeme foneticko-fonologickou rovinu, která řeší zvukovou stránku jazyka, morfologicko-syntaktickou rovinu, kde morfologie zkoumá tvarosloví a syntaxe zase větnou skladbu, dále lexikálně-sémantickou rovinu, jež souvisí s aktivní a pasivní slovní zásobou a nakonec pragmatická rovina, tj. uplatnění verbálních dovedností v sociální situaci. Lechta (2003, 2011) ve své klasifikaci orientačních úrovní vývoje řeči aplikuje oba výše uvedené přístupy.

**Období pragmatizace** trvá asi do jednoho roku. Rozvíjí se foneticko-fonologická rovina řeči, i když např. Groome a kol. (1999) ve výzkumu reakcí plodu na zvukové podněty nízké intenzity (monitorováním srdečních ozvů v aktivním – REM spánku i tichém NREM spánku) zjistil schopnost plodu rozlišit některé hlásky (např. i, a) nebo shluky hlásek (např. bi, ba). Z těchto zjištění lze tedy usoudit, že foneticko-fonologická rovina se ve velmi omezené míře rozvíjí již v prenatálním období.

Stadium pragmatizace zahrnuje **preverbální a neverbální projevy**. Preverbální projevy se v užším slova smyslu týkají budoucí zvukové a slovní mluvené řeči, kdežto neverbální projevy zahrnují širší škálu zvukových i nezvukových projevů, které nemusí mít vždy přímou souvislost s budoucími slovy. První náznaky neverbální komunikace se objevují okolo třetího týdne, kdy dítě na matčin hlas reaguje sacími pohyby, objevuje se i úsměv, který však ještě není reakcí dítěte na úsměv matky (ten se objevuje až mezi druhým a třetím měsícem), ale spíše vrozená mimická šablona. Zvukové projevy dítěte zpočátku reprezentuje reflexní křik (ihned po narození) bez zjevné diferenciaci, od šestého týdne již hovoříme o emocionálním křiku, kterým dítě vyjadřuje své pocity. Zpočátku negativní pocity tvrdým hlasovým začátkem a později i libé pocity s měkkým hlasovým začátkem. Od třetího měsíce nabývá křik dítěte komunikačního významu. Objevuje se nejprve pudové žvatlání a broukání a od šestého až osmého měsíce již napodobující žvatlání (Lechta, 2003, 2011).

Nezbytným předpokladem správného řečového vývoje je **fonematický sluch**, kterým dítě diferencuje jednotlivé hlásky (fonémy) mateřského jazyka. Schopnost tzv. **fonematické diferenciaci** umožňuje dítěti rozlišit tzv. distinktivní rysy hlásek (Bytešniková, 2012; Klenková, 2006). Distinktivní funkce či rys hlásky je rozlišující příznak – vlastnost hlásky, kterou se hláska liší od jiné, často akusticky nebo artikulačně podobné (Dvořák, 2001).

Dítě je v šesti měsících schopné rozlišit samohlásky a v devíti až dvanácti měsících souhlásky mateřského jazyka. Jako první dítě vyvozuje ty hlásky, které nejsou tolik fyziologicky namáhavé, tj. bilabiální (p, b, m) a poté alveodentální (t, d, n) (Thorová, 2015). Podle Lechty (2003, 2011) by mělo dítě v závěru tohoto období reagovat motorickou aktivitou na verbální pokyny, instrukce či zákazy. Toto období končí vyslovením prvního slova.

**Období sémantizace** má své trvání mezi prvním a druhým rokem. Dítě komunikuje jednoslovnými větami s různou intonací a v konkrétních situacích mohou mít tato slova rozdílný význam. Děti jimi mohou vyjadřovat své pocity, přání, emoce, žádost či konstatování, a proto bývá také toto období označováno jako **emocionálně-volní stadium**. Ze slovních druhů dítě nejčastěji volí podstatná jména, později i slovesa a někdy tzv. interjekce a onomatopoeia, tj. slova, většinou zvukomalebná citoslovce, pomocí kterých vyjadřuje pocity, napodobuje zvuky, např. bum, brr aj. (Bytešnicková, 2012; Lechta, 1990, 2011).

Dítě v tomto období podle Thorové (2015) často hypergeneralizuje, tzn. že slova nadměrně zobecňuje (táta je každý muž s fousem) nebo hyperdiferencuje, tj. užívání obecných pojmů pro označení konkrétní osoby nebo předmětu (Honzíkův táta není táta, protože náš táta je jen jeden. Malý strom není strom, protože strom je veliký).

Verbální komunikace se začíná pozvolna rozvíjet, nadále má podstatný význam neverbálně-preverbální komunikace. Dítě reaguje na jednoduché pokyny, např. dát i vyndat hračku z krabice. Slovní zásoba se pozvolna rozšiřuje, do jednoho a půl roku dítě zná přibližně 70 – 80 slov, ve dvou letech okolo 200 slov. I když, podle Bytešnickové (2012) ještě převažuje pasivní slovní zásoba nad aktivní. V druhé polovině tohoto období začíná dítě více využívat řeč, jako prostředek k poznávání okolního světa, objevuje mluvení jako činnost, doslova si hraje se slovy. V tomto období má svůj počátek tzv. první věk otázek (Co je to?, Kdo je to?). Jednoslovné věty nahrazují dvouslovné, postupně spontánně přestává užívat dětská slůvka srozumitelná jen těm nejbližším, zvláště u delších slov ještě eliminuje poslední slabiky (Lechta, 2003, 2011).

Typická je pro toto období tzv. **egocentrická řeč**, kterou dítě hovoří samo se sebou a není tedy určena jiné osobě. Vágnerová (2012, s. 216) výstižně poznamenává: „*Egocentrická řeč je řečí pro sebe, ta posluchače nehledá a nepotřebuje.*“ Podle Vágnerové má egocentrická řeč význam expresivní (verbální vyjádření pocitů bez ohledu na posluchače), regulační (dítě si

dává pokyny, připomíná si pravidla a reguluje tak vlastní jednání) a kognitivní (zlepšuje kognitivní orientaci a napomáhá při uvědomění a řešení problému).

**Období lexemizace** probíhá mezi druhým a třetím rokem. Prvotní slova nabývají pojmenovávací funkce. Dítě různými výrazy pojmenovává konkrétní osoby a jevy ze svého okolí a tato označení potom přenáší i na jevy podobné. Vytváří tak jednoduché asociace, a proto bývá toto období též nazývané jako **asociačně-reprodukční** (Sovák, 1978a).

V tomto období nastává patrný pokrok v gramatické stavbě řeči, dítě začíná ohýbat slova, skloňovat a časovat. Vedle podstatných jmen, sloves či přídavných jmen si osvojuje i jiné slovní druhy. Je schopné vnímat a rozlišovat distinktivní rysy hlásek z hlediska znělosti (b – p), způsobu artikulace (k – o) a místa tvorby hlásky (f – g). Postupně se v mluvním projevu dítěte objevují i víceslovné věty (Lechta, 2003, 2011).

Řeč je stále výrazně dysgramatická. Tyto chyby v morfologické rovině jsou v tomto věku ještě přirozené a označujeme je jako **fyziologický dysgramatismus**, ten by měl vymizet do čtyř let věku dítěte (Klenková, 2006; Thorová, 2015). Přestože dítě zná své jméno i příjmení, nadále o sobě hovoří ve třetí osobě. Seznamuje se s komunikačním posláním řeči, postupně chápe a uplatňuje roli komunikačního partnera v konkrétních situacích. V závěru tohoto období čítá slovní zásoba tříletého dítěte kolem 1000 slov (Lechta, 2003, 2011).

**Období gramatizace** odpovídá věku tří až čtyř let. Patrný je kvalitativní pokrok, kdy dítě rozumí obsahu slov, slova ve větě většinou klade ve správném pořadí, avšak sporadicky používá ještě některé předložky a spojky (Lechta, 2003, 2011). Sovák (1978a) o tomto období hovoří jako o stadiu **logických pojmů**. Kromě již existujících výrazů citového vzrušení a sdělení přání dítě zařazuje do svého mluvního projevu nový prvek, tj. označování okolních věcí a osob obecnými pojmy. Dítě dosud spojovalo svá označení s konkrétními jevy, nyní postupně s využitím abstrakce pojmy zevšeobecňuje. V tomto období zaznamenáváme také pozvolný přechod na druhosignální úroveň (Lechta, 1990).

Předškolní dítě začíná v řeči používat příslovce času (teď, potom), místa (dole, tady), určení míry (málo, trochu) a také způsobu (pomalu, rychle). Užívání abstraktních časových termínů (včera, dnes, zítra) je pro předškolní dítě, které se ještě nedokáže orientovat v čase, značně obtížné (Thorová, 2015).

Z hlediska možností stimulace řečového vývoje je v tomto období důležité brát v potaz případný výskyt tzv. **fyziologických obtíží**. Jedná se o vývojové obtíže, do kterých vedle již zmíněných fyziologických dysgramatismů, patří také **fyziologická dyslalie** (patlavost) a **fyziologická iterace** (opakování). Fyziologická dyslalie se vyskytuje poměrně často



a zahrnuje problémy s artikulací motoricky obtížnějších hlásek, např. L. Nejedná se však o vadné tvoření hlásek v nesprávném artikulačním okrsku, např. velární rotacismus (ráčkování). V menší míře se objevuje fyziologická iterace, kdy dítě opakuje slabiky nebo slova, případně se objevují zarážky v mluvním projevu. Tato vývojová neplynulost by měla v individuálně krátkém období přirozeně vymizet, pouze u malého počtu dětí se může jednat již o patologickou incipientní (počáteční) koktavost (Peutelschmiedová, 2005).

V tomto období nastupuje tzv. druhý rok otázek (Proč?, Kdy?), kterými dítě pátrá po kauzalitě jevů. Dítě je v tomto období schopné reprodukovat krátké básničky, říkanky či písničky (Lechta, 2003, 2011).

**Období intelektualizace** nastupuje po čtvrtém roce věku dítěte. Podle Sováka (1978a) dochází v tomto období k tzv. intelektualizaci slov, což znamená, že dítě chápe jejich obsah, rozlišuje konkrétní i abstraktní pojmy, rody časy atd.

Verbální projev by měl být po gramatické stránce správný, dítě by mělo používat všechny slovní druhy. Zpočátku může přetrvávat ještě fyziologická dyslalie, která by měla vymizet do pěti let (prodloužená fyziologická dyslalie až do sedmi let). Slovní zásoba se pohybuje v rozmezí 1500 – 2000 slov a ke konci předškolního věku by již dítě mělo znát kolem 2500 – 3000 slov. Jazykový projev pětiletého až šestiletého dítěte se ve všech jazykových rovinách do značné míry blíží řeči dospělých. Dítě zvládá reprodukovat poměrně dlouhou větu i kratší příběh bez pomocných otázek. Správně reaguje i na poměrně dlouhé a složité příkazy (Lechta, 2003, 2011).

## 2 Specifický vývoj dítěte s deprivací zkušeností

V předchozí kapitole jsem přiblížil optimální vývoj předškolního dítěte, kterému se dostává potřebné péče a pozornosti ať už ze strany vlastních rodičů nebo jiné trvale pečující osoby. Předmětem mého zájmu jsou však ohrožené děti, které se často nachází v nepodnětném, zanedbávajícím, ba dokonce zneužívajícím či týrajícím prostředí dysfunkční až afunkční rodiny, a děti, které byly již v raném dětství umístěny do některého ze zařízení NVP (kojenecký ústav, dětský domov pro děti do 3 let, dětské centrum, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, Klokánek atd.). Jedná se o prostředí, která sice dokážou zabezpečit dítěti potřebnou péči, ale nedokážou oproti běžné funkční rodině adekvátním způsobem saturovat jeho psychosociální potřeby.

Právě období raného věku je z pohledu medicínských, psychologických i sociálních věd považované za nejdůležitější a současně nejcitlivější období, ve kterém se utvářejí veškeré kvality budoucího života. Je to etapa „význačných vývojových skoků“ (Ptáček et al., 2011, s. 12). Vágnerová (2012) hovoří o tzv. kritických obdobích, která jsou neoptimálnější pro rozvoj jednotlivých psychických vlastností a funkcí, nebo v nich dochází k zásadní vývojové změně. Může se jednat o období vzniku citové vazby mezi dítětem a matkou, nebo fázi osamostatnění dítěte v batolecím věku atd.

Nedostatečné uspokojení základních psychických a sociálních potřeb dítěte zejména v raném období může vést k psychické deprivaci či subdeprivaci. Cílem této kapitoly je popis jednotlivých vývojových specifíků deprivovaného dítěte v raném i předškolním věku.

### 2.1 Deprivace, privace a subdeprivace

Deprivace či deprivací syndrom jsou nejčastěji skloňované faktory související s narušením či opožděním vývoje dětí v NVP. Na úvod je nutné poznamenat, že deprivaci nejsou děti vystaveny pouze v zařízeních NVP, ale také v dysfunkčních rodinách. To ve svých výzkumech dokládá např. O'Connor a kol. (2000), který udává, že děti adoptované z biologických rodin vykazují stejnou míru opoždění ve vývoji jako děti z dětských domovů.

Evropská společnost měla v průběhu svého dlouhého a složitého vývoje různé představy o dětství. Přibližně do šestnáctého století pravděpodobně dítě trávilo své první roky života v těsném kontaktu se svou matkou nebo jinou ženou, která zabezpečovala všechny jeho

potřeby. Přežití dítěte tedy záviselo na bezprostřední mateřské péči. Okolo věku pěti až sedmi let, kdy dítě přestalo být fyzicky závislé na péči matky, se stávalo „malým dospělým“, což se projevilo na oblékání, zábavě i pracovních úkolech, které byly stejné jako u dospělých. Od šestnáctého či sedmnáctého století nastává v souvislosti se zřetelnou proměnou evropské rodiny změna postavení dítěte ve společnosti. Dítě se dostává do popředí zájmu, rodina začíná pociťovat větší zodpovědnost za dítě a jeho výchovu. Rozvíjí se láskyplný vztah k dítěti a zároveň nabývá významu i morální výchova, jejímž nositelem se stává nová škola, která již nepřipravuje na duchovní povolání, ale zaměřuje se na výchovu dětí prostřednictvím přísné disciplíny. Vedle fyzicky opuštěného dítěte se hovoří o tzv. *morálně opuštěném dítěti*, kterému se nedostala láskyplná péče a především trpí nedostatkem disciplíny. K postupnému mírnění autoritativně pojaté výchovy dochází až počátkem našeho století. Největším zdrojem deprivace je v tomto období rodinná deprivace (Langmeier, Matějček, 2011).

Problematika institucionální deprivace se do popředí odborného zájmu dostává poprvé od druhé poloviny devatenáctého století. Langmeier a Matějček (2011) toto období označují jako „*empirické*“, protože dochází zatím pouze k získávání zkušeností a poznatků, které jsou ještě obecné a nesourodé bez hlubší analýzy. Druhé, „*alarmující*“ má svůj počátek ve třicátých a čtyřicátých letech dvacátého století, kdy dochází vlivem válečných událostí, které zanechaly v Evropě velké množství opuštěných, evakuovaných, přesídlených dětí, či dokonce dětí z koncentračních táborů, k značnému rozvoji studií o takto strádajících dětech. V tomto období vycházejí práce R. A. Spitze, W. Goldfarba. Mezníkem pro studium psychické deprivace v dětství se stává monografie J. Bowlbyho *Maternal Care and Mental Health* – „Mateřská péče a duševní zdraví“ (1951). Třetím obdobím, které Langmeier a Matějček (2011) označují za „*kritické*“ je datováno asi do padesátých let dvacátého století. V předchozích obdobích byla deprivace dávána do souvislosti s absencí mateřské péče v životě dítěte v ústavu. Nyní se však ukazuje, že existuje celá řada jiných situací, ve kterých také může nastat deprivace. V roce 1962 vydává WHO stěžejní publikaci *Deprivation and Mental Health*, která se zaměřuje na metodologické otázky aktuálního i budoucího výzkumu deprivace. Ve čtvrtém „*experimentálně teoretickém*“ období od šedesátých let dochází k prohloubení poznatků o vzájemném vztahu mezi deprivačním prostředím a organismem. V tomto období začíná být věnována pozornost deprivaci i v tehdejší Československu (Langmeier, Matějček, 2011).

U nás se problematikou deprivace zabývali především **Zdeněk Matějček** (1922 – 2004) a **Josef Langmeier** (1921 – 2007), kteří jsou autory stěžejní a v současné době stále aktuální a v mnohém nepřekonané publikace *Psychická deprivace v dětství* (1963), v níž shrnují

dosavadní teoretické závěry, zabývají se diagnostikou, terapií i prevencí psychické deprivace nejen v prostředí ústavní péče, ale též v rodině či společnosti.

**Marie Damborská** (1913 – 1991), pediatrička a primářka dnes již bohužel zaniklého kojeneckého ústavu v Luhačovicích je další významnou osobností zabývající se sociálním a emočním vývojem kojenců v podmínkách kolektivních zařízení tehdejší ústavní péče (Damborská, 1963). Zasadila se, aby byl do rutinní péče o kojence v kojeneckých ústavech zakomponován i sociálně-komunikační kontakt (Thorová, 2015). Jedná se o dobře propracovanou a v současné době stále využívanou metodiku tzv. „*rituálů*“ Snahou rituálů je napodobení mateřského přístupu v péči o děti, zejména v situacích, které se pravidelně opakují a jsou úzce spojeny s vlastní existencí dítěte. Patří sem rituály krmení (z láhve, lžičkou, pití z pohárku a přijímání pevné stravy), rituál koupání, rituál uspávání a rituál při lékařské vizitě, která má tak odlišný charakter a průběh, než který známe z nemocničního prostředí. Rituálům je vymezen čas mezi úvodním pozdravením a přivítáním s dítětem (předehrou) a závěrečným rozloučením (doznívání), kdy dochází k bohaté interakci mezi dítětem a sestrou nebo ošetřovatelkou, v níž se oba postupně lépe sehrávají, podněcují a doplňují. Rituály dávají dítěti pevný řád a strukturu a přirozeným způsobem upevňují jeho žádoucí reakce a chování (Damborská a Štěpánová 1984).

V neposlední řadě považuji za důležité zmínit i **Jiřího Dunovského** (1930 – 2015), který patří k významným osobnostem české pediatrie, jehož práce se zabývají náhradní rodinnou péčí, syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, komplexním přístupem k dětem s postižením atd. Známý je mimo jiné také jako spoluzakladatel SOS dětských vesniček.

V zahraničí se výzkumem deprivace zabývala celá řada odborníků, z nichž některé jsem již stručně zmínil v historickém přehledu Langmeiera a Matějčka (2011). Z těch nejvýznamnějších to jsou: americký lékař a psychoanalytik **Réné A. Spitz** (1887 – 1974), který od třicátých let dvacátého stol. zkoumal vývoj dítěte z hlediska poruch způsobených narušenou interakcí mezi matkou a dítětem, americký psycholog **Harry F. Harlow** (1905 – 1981), jehož výzkumy chování opic v sociální izolaci byly inspirací pro celou řadu dalších výzkumů deprivace a citového pouta, dále anglický psychiatr a psychoanalytik **John Bowlby** (1907 – 1990), který je tvůrcem teorie citové vazby a jeho dílo Attachment and Loss, které zásadním způsobem změnilo pojetí péče o dítě. Na jeho práci z části navázala psychologka kanadského původu **Mary D. S. Ainsworth** (1913 – 1999) jejíž diagnostické nástroje zjištění raného citového pouta patří v zahraničí k nejpoužívanější metodě. V neposlední řadě považuji

za důležité zmínit také osobnost **Michaela L. Ruttera**, britského psychiatra narozeného v roce 1933 (Kulíšek, 2000; Thorová, 2015).

Význam pojmu deprivace není chápán jednotně. Langmeier a Matějček (2011, s. 26) definují **psychickou deprivaci** jako „*psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.*“ Matějček, Bubleová a Kovařík (1997) hovoří také o **subdeprivaci** jejíž projevy nejsou na rozdíl od psychické deprivace natolik výrazné, dramatické a zřetelně ohraničené, avšak vyskytuje se v mnohem větší míře zejména v dysfunkčních rodinách, čímž je skrytá, a proto poměrně obtížně zjištělná. Matějček, Bubleová a Kovařík ji přirovnávají k plovoucímu ledovci, kdy nad hladinu vyčnívá pouze zjevná sociální patologie, ale pod ní se ukrývá samotná podstata.

Ainsworth a kol. (1962) uvádí tři dimenze, které charakterizují deprivaci, a to „*nedostatečnost*“ (insufficiency) v interakci mezi matkou a dítětem, „*deformaci*“ (distortion) interakce mezi matkou a dítětem a „*přerušeni*“ (discontinuity) v důsledku separace dítěte od matky.

Bowlby (1952; 1965) hovoří o tzv. **mateřské deprivaci**, jako o stavu, kdy není mezi dítětem a matkou vyvinutý obohacující a prospěšný vztah. Bowlby rozlišuje celkem tři vzájemně související situace, které vedou k mateřské deprivaci:

- *částečná deprivace* – dítě žije s matkou nebo jinou pečující osobou, vztah matky vůči dítěti je neuspokojivý a ochuzený
- *úplná deprivace ze ztráty matky* (nebo jiné pečující osoby) – v důsledku nemoci, smrti či opuštění dítěte matkou a dítě nemá nikoho blízkého, kdo by o něj pečoval
- *úplná deprivace ze separace od matky* – dítě je zdravotními nebo sociálními institucemi matce odejmuto a umístěno do cizího prostředí.

Rutter (1981) v reakci na Bowlbyho pojetí mateřské deprivace navrhuje rozlišit pojmy **deprivace** a **privace**. K deprivaci dochází v důsledku ztráty již vytvořeného citového pouta mezi matkou či jinou blízkou pečující osobou a dítěte. Privace nastává na základě nedostatečné, resp. chybějící stimulace dítěte ze strany matky nebo jiné pečující osoby, nedochází tak k vytvoření potřebného citového pouta. V tomto ohledu je méně závažná deprivace, kde hraje určitou roli předchozí zkušenost dítěte s citovou vazbou k matce. Následky deprivace jsou tedy spíše přechodného a krátkodobého rázu než privace, kde celková absence citové vazby a nemožnost připoutat se k matce či jiné blízké osobě má mnohem výraznější a dlouhodobější dopad na vývoj dítěte.

Vágnerová (2012, s. 53) hovoří o deprivaci jako o stavu, kdy některá z „objektivně významných potřeb, biologických či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.“ Vágnerová (2012, s. 54) rozlišuje tyto typy deprivace:

- **Deprivace v oblasti biologických potřeb** – neuspokojení biologických potřeb jako např. jídla, spánku ohrožuje tělesné i duševní zdraví a je-li dítě tomuto strádání vystaveno dlouhodobě, může u něj dojít k závažnému poškození zdraví nebo dokonce úmrtí.
- **Podnětová deprivace** – strádání v oblasti stimulace, tj. nedostatek potřebného množství variabilních podnětů, např. v souvislosti se zanedbávající rodinou nebo se zdravotním (smyslovým, pohybovým) postižením, které znemožňuje dítěti podněty získávat a náležitě zpracovávat.
- **Kognitivní deprivace** – deprivace v oblasti potřeby učení, kde zanedbávání výchovné a vzdělávací činnosti vede k nedostatku příležitostí k učení a získání potřebných zkušeností.
- **Citová deprivace** – neuspokojení potřeby spolehlivého a citového vztahu s matkou nebo jinou pečující osobou.
- **Sociální deprivace** – vzniká na základě omezení přiměřených kontaktů s lidmi, kde může být příčinou např. chronické onemocnění nebo zdravotní postižení a s tím související izolace.

Z výše uvedených pojetí deprivace můžeme vyvodit závěr, že pro zdárný vývoj dítěte je klíčové uspokojení jeho základních biologických, psychických a sociálních potřeb, čehož je možné dosáhnout pouze interakcí mezi dítětem a matkou nebo jinou pečující dospělou osobou, která je optimální jak po kvalitativní, tak i kvantitativní stránce.

Mezi biologické potřeby řadíme zejména potřebu spánku, potravy, dýchání, vyměšování atd. Vzhledem k tomu, že je současná zdravotní a ošetrovatelská péče v zařízeních NVP na vysoké odborné úrovni, nacházíme riziko vzniku deprivace v důsledku neuspokojení biologických potřeb spíše v prostředí dysfunkčních rodin.

Jako základní psychické potřeby rozlišuje Matějček (1999 s. 65; 2002 s. 84 – 85):

- **Potřeba stimulace** znamená náležitý přísun podnětů z hlediska množství, kvality i proměnlivosti. Uspokojení této potřeby podporuje aktivitu organismu.
- **Potřeba smysluplného světa.** Dítě potřebuje mít kolem sebe určitý řád, stálost a strukturu, protože jen ve smysluplném světě se mohou jednotlivé podněty proměnit v poznatky a zkušenosti.

- **Potřeba životní jistoty** zahrnuje citové a emoční potřeby, které dítě nachází v trvalém kladném vztahu s matkou nebo jinou dospělou osobou. Pocit jistoty a bezpečí zbavuje dítě úzkosti.
- **Potřeba pozitivní identity**, tj. vlastního „já“, znamená přijetí sama sebe a společenské hodnoty. Dítě si tak vytváří své sebevědomí, sebepojetí a svou identitu, které se dotvářejí v období dospívání.
- **Potřeba otevřené budoucnosti.** Dítě potřebuje s někým sdílet společnou budoucnost, naději i životní perspektivu, jen tak může prožít opravdu uspokojivý život.

Psychické potřeby a problematika jejich uspokojení se však bytostně dotýká nejen dysfunkčních rodin, ale i zařízení NVP. Ptáček a kol. (2011, s. 42) nekompromisně konstatuje, že *„i ta nejkvalitnější péče v dětských domovech nemůže z vývojového hlediska nahradit silný oboustranný emoční vztah s blízkou osobou, který je pro úspěšný vývoj dítěte nezbytný.“* Rozhodující je zde absence blízké osoby, která by dokázala dítěti poskytnout silný a zároveň trvalý emoční vztah. Současná organizace NVP, kdy se jednotliví pečovatelé nebo vychovatelé střídají ve směnném režimu, vytvoření takového pouta neumožňuje. Zároveň však došlo ke snížení počtů dětí na jednoho pečovatele a zavedly se přístupy a techniky, které, byť jen částečně, naplňují psychické potřeby dětí a zmírňují tak následky psychické deprivace.

V prostředí jednotlivých zařízení NVP se mohou projevy psychické deprivace u jednotlivých dětí lišit. Předpokládáme-li, že prostředí těchto zařízení je více či méně uniformní, potom nemůžeme přisuzovat příčinu vzniku psychické deprivace pouze působení a vlivu tohoto specifického prostředí, ale je třeba ji hledat v interakci mezi tímto prostředím a individuálními rysy osobnosti každého jednotlivého dítěte (Langmeier a Matějček, 2011). Na základě longitudinálního přímého pozorování chování dětí různého věku a v různých formách NVP rozlišili Langmeier a Matějček jednotlivé typy osobností dětí a jejich projevy pod vlivem deprivace zkušenosti (Langmeier a Matějček, 1963, 2011, s. 108 – 116; Matějček, Bubleová, Kovařík, 1997, s. 9 – 11):

- **Typ sociálně hyperaktivní:** Tyto děti se snaží kompenzovat svou deprivaci v oblasti sociálních podnětů. Jsou schopny bez jakékoliv selekce navázat kontakt v podstatě s kýmkoliv, vč. cizích lidí, které uviděly poprvé v životě. Činí tak bez zábran, bez rozpaků a s výraznou tendencí předvádět se. Doslova se člověka chytají, věší se na něj, mazlí se s ním a vyžadují jeho pozornost. Jejich vztah však postrádá hloubku, je povrchní a prchlivý. Aktivně se zajímají o dění kolem sebe, ale i zde je zjevná povrchnost a

rozptýlenost jejich zájmu. Z těchto důvodů si tyto děti nedokáží vytvořit dostatek podnětů ke hře, učení nebo k práci. Obtížně si tedy osvojují nové návyky a vědomosti, nejsou schopny realizovat konstruktivní hru. Tyto děti však nebývají agresivní a sociálně provokativní.

- **Typ sociálně provokativní:** Jak už vyplývá z názvu, je pro chování těchto dětí typická tzv. sociální provokace, kterou si děti specifickým, tj. provokativním, rušivým až násilným způsobem vynucují pozornost. Hračky si vymáhají výbuchy zlosti a zásadně je nechtějí půjčit nebo vrátit. Na vychovatele či pečovateli si vymáhají různé výhody, chtějí jej mít jen pro sebe. Vůči ostatním dětem, které vnímají jako konkurenty, jsou agresivní a žárlivé. Na jedné straně je jejich chování vzdorovité až nezvladatelné, pokud jsou však o samotě s vychovatelem, kterého mají v danou chvíli jen pro sebe, jsou hodné a přítulné. Ani u těchto dětí není dost dobře možné navodit konstruktivní hru. Pro své negativní projevy, jež jsou pozorovatelné již od jednoho roku, jsou u dětí i personálu neoblíbené a často trestané. Tresty a omezení však u nich často vedou k dalším negativním projevům.
- **Útlumový typ:** Děti spadající do této typologie jsou celkově pasivní až apatické, projevují se nezájmem o své okolí a mohou se u nich projevovat i regresivní tendence. Převažuje u nich zájem o věci a neosobní události nad zájmem sociálním. Hrají si poměrně primitivně až monotónně, ale se zaujetím a déle, proto je možné u nich navodit konstruktivní hru. Pokud si mohou v klidu hrát se svojí hračkou, jsou spokojené, jestli je však někdo ruší, mohou reagovat agresí. Tyto děti se většinou vyznačují výrazným vývojovým opožděním. Vzhledem k tomu, že na přítomnost vychovatele nebo pečovatele reagují nevýrazně a nezúčastněně, je jim věnována menší pozornost a zájem. Každodenní interakce se tak může nebezpečně omezit na pouhé rutinní úkony (oblékání, krmení, skupinová hra aj.), a těmto dětem se tak dostává mnohem méně tolik potřebných podnětů, což má za následek prohloubení již tak vyvinuté deprivace.
- **Typ „dobře přizpůsobený“:** Jedná se o děti, které vykazují určitou konstituční „odolnost“ a svým přizpůsobivým a bezproblémovým chováním si i ve stimulačně ochuzeném prostředí kojeneckého ústavu, dětského domova nebo dětského centra dokážou zajistit dostatek vývojových podnětů. Tyto děti si v nestálém ústavním prostředí našly své „místo“ a své „lidi“. U personálu jsou oblíbené, protože podněcují v dospělých citově kladnou odezvu. Svým chováním neprovokují a ani se nepředvádí, kontakt navazují běžným nevtíravým způsobem. Nebezpečím je pro ně změna prostředí, na které se adaptovaly. V reálném životě jim zvláště při řešení náročnějších situací hrozí riziko jejich nezvládnutí a selhání. Tyto děti tvoří nejpočetnější skupinu v zařízeních NVP.



- **Typ charakterizovaný náhradním uspokojením potřeb:** Tato skupina dětí je charakterizována řadou společných a poměrně různorodých znaků, které se nenachází v rámci jedné vývojové etapy, ale v průběhu vývoje nastupují spíše postupně. Jejich povaha a intenzita se různí, avšak jejich společným znakem je snaha dítěte kompenzovat neuspokojení svých emočních a sociálních potřeb. Děti uspokojují své potřeby náhradním způsobem, a to na nižší úrovni. Typické je přejídání, masturbace a jiné autoerotické aktivity, narcistické tendence, přehnané žalování, agresivita vůči slabším dětem, šikanování, trápení zvířat apod. Sebestřednost těchto dětí je zjevná, v kolektivu jsou tyto děti neoblíbené až obávané.

Prognóza nápravy psychické deprivace není beznadějná, ale také nijak příznivá. „Čím mladší je dítě a čím déle deprivace trvá, tím menší je naděje, že bude možno následky beze zbytku odstranit.“ (Langmeier, Matějček, 2011, s. 310). Podle Langmeiera a Matějčka (2011) by se terapie měla zaměřit na všechny čtyři úrovně deprivace, tj. deprivace podnětová jako nedostatek vnější stimulace, deprivace významová jako nedostatek vnější struktury, deprivace citového vztahu jako nedostatek vnějšího předmětu (matka, rodina, vrstevníci aj.) a deprivace identity jako nedostatek osobně-sociálního významu. Terapie psychické deprivace využívá tyto metody (Langmeier, Matějček, 2011, s. 311 - 312):

- **Reaktivace** – zajištění dostatečného přísunu podnětů, úprava podmínek pro optimální rozvoj motoriky a senzoriálních orgánů.
- **Redidaxe** – učení (přeučení) s cílem nápravy, tj. poskytování dítěti vybraných a odstupňovaných podnětů za účelem zpevnění jeho chování a vytvoření nových efektivnějších návyků.
- **Reedukace** – úprava vztahů dítěte k jeho sociálnímu a předmětovému okolí za pomoci psychoterapie.
- **Resocializace** – zapojení dítěte do společnosti, aby si mohlo účelně osvojit své společenské role.

Hovoříme-li o možnostech prevence a terapie psychické deprivace v podmínkách NVP, nabízí se celá řada již osvědčených metod a technik, které mají zajistit dětem větší množství a variabilitu podnětů a potřebnou aktivitu. Patří sem zejména cvičení pro kojence, masáže, techniky na rozvíjení jemné motoriky apod.

V úvodu této kapitoly jsem zmínil osvědčené „rituály“ M. Damborské, které se stále používají v některých zařízeních NVP. V současné době se začíná v péči o děti v kojeneckých ústavech a dětských centrech uplatňovat tzv. *bazální stimulace*, ve které mimo jiné odrážejí

i výše popsané rituály podle Damborské. Zakladatelem konceptu bazální stimulace je německý speciální pedagog A. Fröhlich. Bazální stimulace spočívá na principu stimulace smyslových orgánů, čímž podporuje v té nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Základními prvky bazální stimulace jsou pohyb, komunikace a vnímání. Výchozím bodem je potom zkušenost se svým vlastním tělem, od níž se odvíjí další roviny, tj. motorika, kognice, komunikace, sociální zkušenost, emoce a vnímání (Friedlová, 2007). Zatím je k využívání bazální stimulace vyškoleny pouze několik málo zařízení náhradní výchovné péče, např. DC Strančice, DD pro děti do 3 let Kladno a Ostrava.

## 2.2 Tělesný a motorický vývoj

Děti, které vyrůstaly v nepříznivých podmínkách, tj. prostředí, kde nebyly adekvátním způsobem naplněny jejich základní psychické potřeby, vykazují deficity nejen v oblasti psychického vývoje, ale i v tělesném a motorickém vývoji (Langmeier, Matějček, 2011). Odchytky v tělesném růstu byly zaznamenány u tělesné váhy, výšky, obvodu hlavy a hrudníku (Langmeier, Matějček, 1974; IJzendoorn, Juffer, 2006; St. Petersburg – USA Orphanage Research Team, 2005, Rutter et al., 1998). Langmeier a Matějček (1974) docházejí k závěru, že „ústavní“ děti se více opožďují v tělesné váze než vzrůstu. Podle Ptáčka (2011) se hodnoty tělesné hmotnosti, výšky i BMI (Body Mass Index) u dětí z dětských domovů pohybují v pásmu podprůměru.

Z etiologického hlediska se nejčastěji hovoří o deprivaci a privaci, která má za následek zpomalení růstu (Ptáček et al., 2011; Gordon, Vasquez, 2012). Opoždění v důsledku deprivace či privace označujeme za *syndrom psychosociálního malého vzrůstu* (Blizzard, Bulatovic, 1996; Gohlke et al., 2002) nebo *psychosociální selhání vzrůstu* (Johnson et al., 2000; Johnson, Gunnar, 2011). Dalšími faktory, které negativně ovlivňují tělesný a motorický vývoj dítěte jsou nízká porodní hmotnost (pod 2500 g), intoxikace matky alkoholem, drogami a neléčené choroby matky v prenatálním období či nutričně nedostatečná výživa v prenatálním i postnatálním období (Johnson et al., 2010; Johnson, Gunnar, 2012; Vágnerová, 2012). V souvislosti s nízkou porodní hmotností Ptáček a kol. (2011) dokládá, že děti s nízkou porodní hmotností vykazovaly nízkou hmotnost i v pozdějším věku.

Opoždění tělesného a motorického vývoje je podle Langmeiera a Matějčka (1974) v porovnání s opožděním intelektových schopností nebo opožděním sociálního chování méně

závažné. Ve svých výzkumech dochází k závěru, že tělesný vývoj zejména v oblastech, které nejsou příliš závislé na sociálním prostředí (růst lební části hlavy, výška), je lepší u dětí umístěných do zařízení náhradní výchovné péče již v kojeneckém věku, než u dětí, které přišly z dysfunkčního prostředí až po pátém roce života. Tento relativně příznivý tělesný vývoj přisuzují dobré zdravotní péči v kojeneckých ústavech, avšak také dobrému konstitučnímu základu sledovaných dětí.

Jemná motorika je u dětí v NVP nápadně opožděna, hrubá motorika dosahuje přijatelné úrovně. Přestože jsou po materiální stránce zařízení náhradní výchovné péče na dobré úrovni, často se, zvláště z hygienických a ochranných důvodů, nedostává dětem do rukou potřebné množství předmětů, se kterými by mohly manipulovat a adekvátně tak rozvíjet jemnou motoriku. Deficity v oblasti jemné motoriky se projevují po celý předškolní věk a jsou patrné i např. při nedokonalém zacházení s tužkou v prvních letech povinné školní docházky (Langmeier, Matějček, 2011).

### **2.3 Kognitivní vývoj**

Děti s deprivací zkušeností vykazují nižší skóre kognitivního vývoje, což dokazuje celá řada výzkumů (IJzendoorn, Juffer, 2006; O'Connor et al., 2000; Rutter et al., 1998, Wynick, 1975). Blíže si přiblížíme dva na sebe navazující rozsáhlé výzkumy realizované ve Velké Británii. Ten první realizoval Rutter a kol. (1998) na 111 dětech adoptovaných z Rumunska ve věku 4 let. Na tento výzkum navazoval O'Connor a kol. (2000) výzkumem celkem 165 adoptovaných rumunských dětí (vč. 111 rumunských dětí z výzkumu Ruttera a kol.) a 52 adoptovaných britských dětí ve věku 6 let. Oba výzkumy potvrzují, že míra opoždění kognitivního vývoje závisí na délce deprivací zkušenosti. Nejedná se pouze o psychickou deprivaci, ale také o deprivaci způsobenou nedostatečnou výživou dítěte. Později adoptované rumunské děti (2 – 3,5 roku) vykazují výrazně nižší skóre kognitivního vývoje než raně adoptované děti (0 – 6 měsíců). Opoždění kognitivního vývoje je tedy nápadnější u dětí, které byly později umístěny do náhradní rodiny. Z hlediska hloubky narušení kognitivního vývoje je důležitější celková deprivace v prvních dvou letech věku dítěte (O'Connor et al., 2000; Rutter et al., 1998).

V oblasti kognitivního vývoje jsou u dětí v NVP nejnápadnější deficity intelektových schopností. V prvních třech až čtyřech letech věku dítěte se vytvářejí a zesilují centra mozku,

kteřá mají vliv na kontrolu osobnostních charakteristik, procesy učení a zvládání zátěžových situací (Ptáček et al., 2011). Jestliže je vývoj mozkových struktur do jisté míry závislý na intenzitě a frekvenci neuronální aktivity, která spočívá ve vnímání, zpracování a ukládání jednotlivých signálů, potom právě nedostatkem emocionální a kognitivní stimulace, kterým se psychická deprivace vyznačuje, dochází v raném období života dítěte k nezvratným omezením ve vývoji některých struktur mozku (Perry et al., 1995).

Příčinu nižší úrovně intelektových schopností u dětí v NVP však nemůžeme dávat do souvislosti pouze s deprivací. Je nutné si uvědomit z jakého prostředí a z jakých biologických rodin děti do zařízení NVP přicházejí. Většinou se jedná o dysfunkční rodiny, sociálně nepřizpůsobivé s častým výskytem abúzu alkoholu, drogovou závislostí a dalšími sociálně patologickými jevy, což podtrhuje nízká socioekonomická úroveň. Největší vliv na míru intelektu, nejméně 50 % mají genetické dispozice jedince (Zvolský, 2001). Děti pocházející z výše uvedených rodin tak často po svých rodičích dědí ty dispozice, které reprezentují spodní část Gaussovy distribuční křivky inteligence v populaci, tedy disponují nižším intelektovým potenciálem (Zvolský, 2005).

Další velkou skupinu příčin deficitu intelektových schopností tvoří již částečně zmíněné environmentální faktory, kam s ohledem na prostředí dysfunkční rodiny patří např. v prenatálním období alkoholismus matky, který může vést až k fetálnímu alkoholovému syndromu, drogová intoxikace nebo nedostatečná výživa a v postnatálním období potom nepřátelské, odcizené a nepodnětné rodinné nebo institucionální prostředí vedoucí k již zmíněné deprivaci (Valenta, Müller, 2013).

Z výsledků výzkumů vyplývá, že i přes dlouhodobé působení deprivace je možné, aby dítě dohnalo svůj vývoj, i když nelze hovořit o úplném uzdravení (O'Connor et al., 2000). Toho je však možné dosáhnout pouze individuální a intenzivní péčí, kterou však nemůže plnohodnotně zabezpečit žádná ze současných forem NVP.

## **2.4 Emoční a sociální vývoj**

Socioemoční vývoj deprivovaného dítěte patří k nejméně nápadným oblastem, avšak s nejzávažnějším dopadem na ostatní oblasti vývoje (Ptáček et al., 2011). Dítě v raném věku potřebuje individuální péči, která mu umožní navázat s matkou nebo jinou pečující osobou blízký citový vztah. Systém NVP nedokáže vzhledem ke značnému množství personálu

střídajícímu se v péči o dítě ve směnném provozu zabezpečit dítěti příležitost k navázání individuální, trvalé a hluboké citové vazby a tak uspokojit jeho emoční potřeby, a to i přesto, že v poslední době došlo ke snížení počtu dětí připadajících na jednu pečující osobu.

Problematikou citové vazby se zabýval anglický psychiatr a psychoanalytik John Bowlby (1907 – 1990), který se ve svých výzkumech mimo jiné inspiroval známými Harlowovými experimenty s opicemi, kdy mláďata preferovala věrnější látkovou imitaci matky před drátěnou, přestože drátěná byla na rozdíl od látkové vybavena lahví s mlékem a poskytovala tak možnost uspokojení potřeby krmení. Bowlby z těchto výzkumů vyvodil závěr, že dostupnost a přítomnost objektu umožňující vytvoření citového pouta je nadřazená pouhému uspokojení biologických potřeb (Kulíšek, 2000; Thorová, 2015).

**Citová vazba** (attachment) představuje podle Bowlbyho (1969) trvalé emoční pouto či připoutání dítěte k matce nebo jiné pečující osobě, dítě projevuje potřebu vyhledávat a udržovat blízký kontakt s matkou nebo pečující osobou. Ztráta kontaktu vede u dítěte ke stresové situaci, jeho projevy chování (hlasitý pláč, třesení postýlkou, vyhledávání každého zrakového či zvukového podnětu aj.) naznačují silné očekávání, že se vrátí, a zároveň odmítá jakékoliv jiné osoby jako alternativu. Absence blízké citové vazby v raném dětství, Bowlby (1952) hovoří o kritickém období prvních dvou let s rizikem až do pěti let věku dítěte, vede k prokazatelnému narušení emočního vývoje (Bowlby, 1952, 1965; Hodges, Tizard, 1989; Johnson, 2006; Langmeier, Matějček, 1963; Ptáček et al., 2011; Wiik, 2011).

Diagnostikou rané citové vazby mezi dítětem a matkou se zabývala psycholožka kanadského původu Mary Ainsworth (1913 – 1999), která je spoluautorkou speciální experimentální procedury tzv. *Strange Situation Test* (SST), který patří doposud k nejpoužívanějším metodám zjišťování citové vazby (Ainsworth, Wittig, 1969; Ainsworth, 1971). V ČR zatím nebyla tato metoda dle dostupných zdrojů aplikována (Kolíšek, 2000). Prvotnímu testu se podrobilo celkem padesát šest dětí ve věkovém rozpětí 49 až 51, resp. 54 týdnů, jinak je test aplikovatelný na věkovou skupinu dětí od 11 do 18 měsíců. Test se sestává s celkem osmi epizod v celkové délce něco málo přes dvacet minut. Postupně zachycuje interakci dítěte s matkou, která dítě střídavě opouští a posléze se vrací, s cizí osobou za přítomnosti matky a bez přítomnosti matky. Na základě dlouhodobého a opakovaného pozorování projevů dětí v průběhu SST stanovila tři typologické kategorie (Ainsworth, Wittig, 1969, Ainsworth et al. 1971, 1978), čtvrtou kategorii později doplnila Mary Main (Main, Salomon, 1986, 1990):

- **kategorie A – vyhýbavý, úzkostný a nejistý typ:** Tato skupina zahrnuje děti, které vykazují nízkou nebo žádnou tendenci k vzájemnému kontaktu s matkou. Dítě se v interakci s matkou chová odtažitě a vyhýbavě. Při separaci od matky i při jejím návratu neprojevuje emoce, někdy se chová rozrušeně, pokud je ponecháno o samotě. Interakce s cizí osobou nese podobné znaky chování jako s matkou, i když pravděpodobně s menším množstvím vyhýbavých projevů. Kategorie A zahrnuje celkem dvě podkategorie A<sub>1</sub> a A<sub>2</sub>.
  - **Podkategorie A<sub>1</sub>:** Dítě se s matkou při jejím návratu nevíta nebo se jeho projevy omezí na letmý pohled či úsměv. Matku při návratu ignoruje nebo se jí aktivně vyhýbá, odvrací tvář a odbíhá z jejího dosahu. Je-li uchopeno matkou, aby jej pochovala, nepřilne k ní, nebrání se, když jej postaví zpět na zem, ale naopak spíše se snaží dostat z matčina objetí.
  - **Podkategorie A<sub>2</sub>:** Dítě projevuje smíšené reakce při znovushledání s matkou s určitou tendencí reagovat pozitivně na její příchod v kombinaci s tendencí odvrátit se a utéci pryč nebo ji minimálně ignorovat. Stejně rozporuplné reakce projevuje při uchopení matkou. Krátkodobě se může přivinout a stejně tak se odvrátit, může se bránit a protestovat, když se jej matka snaží postavit na zem anebo naopak se snaží dostat z matčina sevření.
- **kategorie B – jistý a bezpečný typ:** Přítomnost a blízkost matky dává dítěti pocit bezpečí, projevuje touhu a potřebu po blízkém kontaktu s matkou, je aktivní v interakci s matkou. Při odloučení od matky se může, ale nemusí chovat rozrušeně. Přítomnost rozrušení především signalizuje touhu po matce a méně vědomí samoty. Při návratu matky ji dítě radostně vítá, i když někdy dítě spíše pláče, než aby se smálo. K cizí osobě se může, ale také nemusí chovat přátelsky, v každém případě se více zajímá o kontakt s matkou než s cizí osobou. Někdy může cizí osoba částečně dítě utěšit, ale je patrné, že dítě primárně touží po své matce. V rámci této kategorie rozlišujeme celkem čtyři **podkategorie B<sub>1</sub> – B<sub>4</sub>**, které charakterizují rozdíly ve vzájemné interakci mezi dítětem, matkou a cizí osobou a vyjadřují míru jistoty v chování dítěte. Zatímco dle podkategorie B<sub>1</sub> se sice dítě vřele vítá s matkou, ale nijak výjimečně neprojevuje touhu po blízkém kontaktu s ní a na odloučení téměř nebo vůbec nereaguje rozrušením, v podkategorii B<sub>4</sub> dítě jednoznačně a viditelně touží po matčině blízkosti, ztrácí pocit bezpečí, ještě než dojde k samotnému odloučení od matky, v přítomnosti se více věnuje matce než, aby prozkoumávalo okolí, při uchopení přilne k matce a odmítá se pustit a je značně rozrušené v matčině nepřítomnosti.

- **kategorie C – vzdorovitý, odmítavý a ambivalentní typ:** Od počátku se tato heterogenní skupina odlišovala od ostatních skupin pro své maladaptivní chování. Jedním z aspektů maladaptace bylo selhání dítěte ve vnímání matky jako bezpečné základny, což zamezilo dítěti prozkoumávat neznámé prostředí. Některé děti se vůbec nepouštěly do prozkoumávání neznámého okolí, některé byly naopak docela aktivní, ale evidentně jim objevování nového prostředí nepřinášelo potěšení. Kategorie C obsahuje dvě podkategorie C<sub>1</sub> a C<sub>2</sub>.
- **Podkategorie C<sub>1</sub>:** Dítě projevuje v interakci s matkou dva zcela odlišné postoje. Na jedné straně reaguje pozitivně na znovushledání s matkou, vyhledává ji, snaží se o blízký kontakt, který udržuje i v momentě uchopení a objetí, na straně druhé se dokáže k matce chovat velmi ambivalentně až agresivně. Jeho reakce v sobě kombinují touhu po interakci s matkou a zlost. Odtahuje se od matky, tluče ji a kope, odmítá nebo hází hračkami, pomocí kterých se s ním matka snaží navázat kontakt. Separace od matky jej stresuje. V před separační fázi sice prozkoumává neznámé prostředí, ale s menším entusiasmem než děti z jiných kategorií. Jeho chování zahrnuje úzkost nebo vzdor nebo kombinaci obojího.
- **Podkategorie C<sub>2</sub>:** Dítě není schopné aktivně svým chováním dosáhnout blízkého kontaktu s matkou, dokonce ani v před separační fázi. Jeho případné pokusy o interakci s matkou jsou neúspěšné a neefektivní, přesto vysílají určitý signál o potřebě blízkosti. Dítě vykazuje nízkou míru iniciativy v dosažení kontaktu s matkou, je-li navozen, snaha dítěte o jeho udržení je marná. Odloučení od matky u něj může, ale nemusí navodit rozrušení. Ve své pasivitě pro něj nemůže být matka bezpečnou oporou pro odpoutání a prozkoumávání okolí.
- **Kategorie D – dezorganizovaný, dezorientovaný typ:** Chování dítěte zahrnuje velmi kontrastní a zmatečné projevy. Dítě sice vyhledává blízký kontakt s matkou, ale zároveň ji odmítá a negativisticky reaguje na její přítomnost. V poměrně rychlém sledu tak můžeme být svědky kombinace afiliativních i averzních a agresivních projevů. V jednom okamžiku dítě vyhledává matku, směřuje k ní s otevřenou náručí a v dalším okamžiku se odvrací ke zdi nebo do středu místnosti a s omráčeným výrazem jakoby ztuhne. Při odloučení od matky se hlasitě dožaduje její přítomnosti, ale jakmile se objeví, okamžitě se odvrací. V jiné situaci se dítě uchyluje do kouta, schovává se za nábytek, aby dalo najevo odmítnutí matky, nebo se ve vzdálenosti od matky zvláště točí dokola a přitom zlostně pláče. Příčiny takto abnormálního chování jsou spatřovány v nevhodném výchovném stylu

rodičů, jejich chování je pro dítě nečitelné a nepředvídatelné, čímž je dítě dezorientované. Často se tyto projevy chování objevují u týraných a zneužívaných dětí. Prognóza je zde z hlediska narušení psychického vývoje na rozdíl od předchozích strategií nejhorší.

Meta-analytická studie kulturních vzorců připoutání (van IJzendoorn, Kroonenberg, 1988) udává procentuální zastoupení u kategorie A 21%, kategorie B 65% a kategorie C 14%. Na kategorii D připadá asi 12% dětí (Main, Salomon, 1990).

V aktuálním terminologickém pojetí se v souvislosti s narušením emočního vývoje v důsledku ztráty citové vazby uvádějí dvě poruchy: **Reaktivní porucha přichylnosti v dětství** (MKN-10: F94.1) a **Porucha desinhibovaných vztahů u dětí** (MKN 10: F94.2) či dle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM) **Desinhibovaná porucha přichylnosti**. DSM ve své původní verzi (DSM-IV) v rámci diagnostiky reaktivních poruch přichylnosti rozlišoval dva podtypy: emocionálně otažitý / inhibovaný a sociální bez rozlišení / desinhibovaný. V aktuální verzi (DSM-5) jsou již tyto podtypy definovány jako rozdílné poruchy byť pod stejným kódem 313.89. V dřívější terminologii by se do této kategorie řadily syndrom týraného a zneužívaného dítěte a syndrom citové deprivace (Kubínek, 2012). V současné době se setkáme se souhrnným označením poruchy vztahové vazby nebo poruchy attachmentu (Brisch, 2011; Vrtbovská, 2010).

Reaktivní porucha přichylnosti v dětství představuje závažné narušení citové vazby, které se začíná nejčastěji projevovat v období od devíti měsíců až do pěti let života dítěte. Je charakterizována přetrvávajícím výrazným narušením a vývojově neadekvátním vzorcem chování v sociálních vztazích. Tyto abnormality jsou sdruženy s emočními poruchami, které jsou reaktivní na změny vnějšího prostředí, např. bázlivost, ostražitost, nespavost, narušená sociální interakce s vrstevníky, agresivní chování k sobě i druhým, v některých případech zpomalení tělesného růstu (MKN-10; DSM-5). Typická je minimální interakce s matkou nebo jinou pečující osobou, dítě odvrací zrak nebo reaguje kombinací snahy navázat kontakt, vyhnout se mu a odmítat útěchu, podporu, ochranu a náklonost. U dětí s reaktivní poruchou přichylnosti se předpokládá, že jsou sice schopny vytvářet selektivní citové vazby, ale vzhledem k omezeným příležitostem v raném věku nedokáží schopnost selektivně navazovat vztahy zakomponovat do svého chování (DSM-5, Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Vrtbovská (2010) uvádí, že diagnosticky nejvýznamnější skupinu tvoří děti z kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let ve východní Evropě. MKN-10, DSM-5, dávají reaktivní poruchu přichylnosti do přímé souvislosti s velmi nevhodnou péčí ze strany rodičů, projevující se nezájmem, zanedbáváním a v závažnějších případech i týráním a zneužíváním



dítěte. Hosák, Hrdlička, Libiger a kol. (2015) v takto závažných situacích prosazují radikální řešení, tj. odebrání dítěte z rodiny a jeho umístění k příbuzným, do NRP nebo NVP. Avšak ne u všech týraných a zanedbávaných dětí se musí reaktivní porucha přichylnosti vyvinout.

Porucha desinbihovaných vztahů u dětí se objevuje v prvních pěti letech života dítěte, resp. je možné ji diagnostikovat až od devíti měsíců věku, kdy je dítě z vývojového hlediska schopno vytvářet selektivní vazby. Chování dítěte je charakterizováno difuzní neselektivně zaměřenou náklonností vyžadující permanentní pozornost a nediferenciované přátelské chování. Dítě neselektivně navazuje povrchní přátelské vztahy k cizím lidem a neustále vyžaduje jejich pozornost. Po odchodu dané osoby snadno přesune neselektivně svou pozornost na někoho dalšího, kdo se momentálně nachází v blízkosti dítěte (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015; MKN-10). Příčina této poruchy je spatřována v nevytvoření láskyplného pouta, tedy potřebné citové vazby s matkou nebo jinou pečující osobou, což vede k selhání ve vývojovém úkolu – k separaci. Výsledkem je vztahová rozptýlenost s absencí zaměřené náklonnosti, minimální sociální interakce, nedostatečné situačně specifické projevy, neschopnost navázání důvěrného vztahu nejen k rodičům či pečovatelům, ale později i k vrstevníkům. Přidružují se opožděný vývoj řeči, poruchy chování a v dospělosti poruchy osobnosti. Typickým představitelem desinhibované poruchy jsou děti v NVP, které se doslova věší na každého, koho vidí. (Hort, Hrdlička, Koucourková, Malá et al., 2008; Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

V některých případech mají u výše zmíněných poruch abnormální emoční i sociální projevy tendenci přetrvávat i po umístění dítěte do vhodného stimulujícího prostředí, a to i v situacích, kdy se dítě po sociální a intelektové stránce relativně dobře stabilizovalo a adaptovalo (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015; Matějček, 2011). Na druhé straně však není indikace zanedbávání, zneužívání a týrání dítěte nebo pobyt v ústavním prostředí již od narození podmínkou, která musí ve všech případech vést k rozvinutí některé z výše uvedených poruch. I přesto však poslední výzkumy (Ptáček et al., 2011) srovnávající děti v NVP a NRP dokládají, že děti v NVP vykazují nižší výkon v rozeznávání emočních projevů a častěji selhávají v sociálně kompetentním chování, ale naopak dokáží lépe porozumět sociální situacím a lépe regulovat vlastní emoční reakce, což může být odrazem celkového zkvalitnění psychologické péče v zařízeních NVP.

V sociální oblasti u dětí v NVP nacházíme na rozdíl od dětí vyrůstajících v běžné rodině jistá specifika. Tyto děti více preferují vztahy k dospělým než k vrstevníkům, interakce s vrstevníky je často konfliktní a problematická a celkově děti méně diferencují vztahy (Hodges, Tizard, 1989).

### 3 Děti se speciálními vzdělávacími potřebami v NVP

Podle školského zákona č. 561/2004 Sb. popř. dle vyhlášky 147/2011 Sb. považujeme za osoby se speciálními vzdělávacími potřebami děti, žáky a studenty **se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním**. Za sociální znevýhodnění se dle školského zákona považuje rodinné prostředí s nízkým sociokulturním postavením, kde jsou děti ohroženy sociálně patologickými jevy, **nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova** nebo postavení azylanta. Z tohoto pohledu tedy v zařízeních NVP nenacházíme intaktní děti. Bez ohledu na přítomnost zdravotního postižení či znevýhodnění považujeme všechny děti v NVP za sociálně znevýhodněné, které mají speciální vzdělávací potřeby.

Zatímco v předchozí kapitole jsem přiblížil specifický vývoj deprivovaného dítěte v NVP, v této kapitole se zaměřím na vybrané druhy zdravotního postižení a znevýhodnění, které jsou u dětí v NVP nejčastěji zastoupeny. Z hlediska specifického vývoje dítěte v NVP je vedle deprivativního syndromu přítomnost zdravotního postižení významným faktorem. V tomto ohledu se tedy obě kapitoly vzájemně doplňují a částečně prolínají. Ve školských zařízeních NVP se děti se zdravotním postižením umísťují zejména do dětských domovů, děti s poruchami chování pak do dětských domovů se školou a výchovných ústavů, viz vyhláška č. 438/2006 Sb. Nyní je v těchto školských zařízeních NVP celkem 3127 dětí se zdravotním postižením, z toho 1233 dětí s mentálním postižením, 29 dětí se sluchovým postižením, 91 dětí se zrakovým postižením, 202 dětí s narušenou komunikační schopností, 17 dětí s tělesným postižením, 221 dětí s kombinovaným postižením a z toho 7 dětí postižených hluchoslepotou, dále 429 dětí se specifickými vývojovými poruchami učení, 47 dětí s poruchou autistického spektra a 739 dětí se závažnou poruchou chování, z toho 119 dětí s extrémní poruchou chování (MŠMT, 2016a).

Takto podrobné statistické údaje nejsou k dispozici pro zařízení NVP v gesci MPSV a ani MZ. Nicméně na základě žádosti dle § 2 odst. 1 zákona č. 106/1999 Sb. o svobodném přístupu k informacím poskytlo MPSV tyto statistické údaje: V roce 2014 se nacházelo v domovech pro osoby se zdravotním postižením a týdenních stacionářích dohromady 772 dětí z toho 394 dětí s mentálním postižením, 30 dětí s tělesným postižením, 261 dětí s kombinovaným postižením, 75 dětí s nespecifikovaným zdravotním postižením a 12 dětí s rizikovým způsobem života nebo ohrožené tímto způsobem života. U zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc takovéto statistické údaje MPSV nevede (MPSV, 2016).

### 3.1 Fetální alkoholový syndrom

V rodinné anamnéze biologických rodičů dětí v NVP se velmi často vyskytuje abúzus alkoholu, méně často, avšak s narůstající tendencí potom abúzus drog, které společně s dalšími sekundárními faktory (neschopnost plnit rodičovské povinnosti, nízká socioekonomická úroveň aj.) patří mezi zásadní důvody pro odebrání dětí z biologické rodiny a jejich umístění do NRP nebo NVP. Zvláště závažný je alkoholismus matky v době těhotenství, kdy má alkohol po celou dobu gravidity teratogenní účinky na plod a způsobuje v různé míře jeho ireverzibilní poškození, které označujeme jako **fetální alkoholový syndrom (FAS)**.

Zcela rozvinutý syndrom FAS je spíše výsledkem pravidelné konzumace velkých dávek alkoholu, občasné či nárazové pití byt' větších dávek alkoholu vede spíše k poškození plodu v některé dílčí oblasti. Spektrum vrozených alkoholových poruch označujeme FASD (fetal alcohol spectrum disorders) a zahrnuje tyto poruchy (Novotný J., Novotný Z., 2009):

- FAS s potvrzenou či nepotvrzenou expozicí alkoholu – plně rozvinutý syndrom
- FAE / pFAS (fetal alcohol effect / partial FAS) – poškození plodu v dílčí oblasti
- ARBD (alcohol related birth defects) – podobně jako u FAE dílčí poškození
- ARND (alcohol related neurodevelopmental disorders) – poškození nervového systému

Při intrauterinní expozici plodu alkoholem, prochází alkohol volně bariérou placenty a jeho koncentrace v krevním oběhu plodu je identická jako v oběhu matky. Vzhledem k přímému poměru alkoholu k obsahu vody jsou jeho toxicitou zvláště ohroženy orgány s vysokým podílem vody, např. mozek plodu. V porovnání s matkou je u plodu až o 50% nižší schopnost vylučování alkoholu (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014). Zima (1994) uvádí v klinickém obrazu FAS tyto příznaky:

- **Dysfunkce CNS**
- **Poruchy růstu**
- **Kraniofaciální abnormality**

Poškození CNS se projevuje lehkou až střední mentální retardací, Mattson a Riley (1998) udávají ve svých výzkumech FAS průměrnou hodnotu IQ 72,3 s rozptylem 47 – 98, starší studie (Streissguth et al., 1991) udávají rozptyl IQ dokonce 20 – 105. Vyskytují se i specifické poruchy učení (Howell, Lynch, Platzman et al., 2006), poruchy chování a ADD/ADHD (syndrom poruchy pozornosti / syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou). Z neurologického hlediska se objevuje psychomotorická retardace, která bývá často spojena

s tělesným postižením a poruchou koordinace, především jemné motoriky, a narušením vývoje řeči (Hamanová, Csémy, 2010; Zima, 1994).

U jedinců s FAS také nacházíme zpomalení růstu v prenatálním i postnatálním období. Nápadné jsou změny v obličeji dítěte, který je ve středu zploštělý, oční štěrby jsou zmenšené, hřbet nosu je plochý a sedlovitý, nosní křídla mají antevertovaný (obrácený) tvar, svislá středová vkleslina mezi nosem a rtem (philtrum) je plochá a protáhlá, horní ret je viditelně ztenčený. Anomálie nacházíme také na horní části ušního boltce, jehož horní část je hypoplastická a záhyby svým tvarem připomínají železniční koleje (Wattendorf, Muenke, 2005). Kromě výše uvedených základních znaků se často vyskytují vrozené srdeční vady, anomálie urogenitálního systému, orgánové a skeletové abnormality, imunodeficience aj. (Zima, 1994).

Diagnóza FAS je poměrně komplikovaná a v mnoha případech zůstává nepoznaná. Zatímco v zahraničí již existuje několik komplexních diagnostických nástrojů, jako např. Diagnostická kritéria FAS vydaná Institute of Medicine (IOM), Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum – čtyřmístný diagnostický kód (4DDC), Fetal Alcohol Syndrome: Guideline for Referral and Diagnosis amerického Centra kontroly a prevence nemocí (CDC) a další, v ČR zatím neexistuje žádný jednotný metodický postup, který by umožnil komplexní diagnózu FAS, a to nejen na základě viditelných faciálních abnormalit, ale i např. určení míry poškození CNS (Novotný J., Novotný Z., 2009).

Výskyt FAS se pohybuje počtu 0,29 – 0,48 na 1000 živě narozených dětí, FAE, ARBD a ARND asi u 3 na 1000 živě narozených dětí (Mattson a Riley, 1998). U alkoholiček je incidence FAS až 25 a podle některých autorů dokonce až 90 na 1000 živě narozených dětí (Zima, 1994). Prevence FAS je možná vyloučením nebo minimálním požíváním alkoholu před a v průběhu těhotenství, přičemž u matek závislých na alkoholu je nezbytné zahájení odvykací léčby nejlépe před početím. Protože není možné jednoznačně stanovit bezpečnou hranici matkou požívaného alkoholu, je vhodné se během těhotenství zcela zdržet konzumací alkoholu (Hájek et al., 2014). Dle doporučení britské Královské koleje porodníků a gynekologů (RCOG) by neměla konzumace alkoholu přesáhnout jednu až dvě jednotky, což je 8 – 16g alkoholu jednou až dvakrát týdně. Ani tyto hodnoty však nelze považovat vzhledem k nejednoznačnosti zkoumaných výzkumů za bezpečnou dávku (Henderson, Gray, Brocklwhurst, 2007).

Důležitá je cílená podpora dětem a jejich rodinám, která spočívá v sanaci rodiny, volbě vhodného vzdělávacího programu a zabránění následné traumatizace dítěte. Předpokladem je však včasná a komplexní diagnostika (Velemínský, Žižková, 2008).

### 3.2 Děti s mentálním postižením

V předchozí kapitole jsem popsal fetální alkoholový syndrom, který bývá ať už v plně rozvinuté podobě nebo v lehčích formách častou diagnózou dětí v NVP. V následujícím textu si přiblížíme specifika mentálního postižení, jehož etiologie mimo jiné zahrnuje i intoxikaci plodu v důsledku abúzu alkoholu matky v době těhotenství právě u dětí v NVP. Zatímco v dětských domovech či dětských domovech se školou nacházíme značný počet dětí s mentálním postižením v hraničním pásmu a dále s lehkou až středně těžkou mentální retardací, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, či týdenních stacionářích spíše děti se středně těžkou, těžkou až hlubokou mentální retardací.

Termíny **mentální postižení** i **mentální retardace** mohou být buď chápány jako synonymum (Černá et al., 2015), nebo pojem mentální postižení představuje obecné, souhrnné označení jedinců s IQ pod 85, tedy zahrnuje nejen jedince v pásmu mentální retardace (IQ pod 70), ale i jedince v tzv. hraničním pásmu (IQ 70 – 85) (Valenta et al., 2015). Pojem mentální retardace potom představuje samostatnou kategorii (Krejčířová, Kozáková, Müller, 2013).

V důsledku humanizace speciálně pedagogického oboru psychopedie již na prvním místě nehovoříme o postižení či diagnóze, ale zaměřujeme se na člověka jako osobnost se svými individualitami, potřebami i právy. Tento přístup se promítá i do současné terminologie, kde již nehovoříme o mentálně postiženém nýbrž o **osobě s mentálním postižením** (Černá et al., 2015; Valenta, Müller et al., 2013).

Přestože desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) nadále užívá termín mentální retardace, v anglické odborné literatuře byl již nahrazen termíny „*intellectual disability – ID*“ (AAIDD, 2010) „*intellectual development disorder – IDD*“ nebo „*general learning disability – LD*“ (Wilmshurst, 2013).

MKN -10 definuje mentální retardaci jako „*stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.*“

Dle American Association on Intellectual and Developmental Disabilities - AAIDD (2010, s. 5) „*je mentální retardace resp. intelektová disabilita charakterizována výraznými omezeními v intelektových funkcích a zároveň v adaptačním chování, což se projevuje*

*v oblasti pojmového myšlení a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech. Tato porucha musí mít svůj počátek před 18. rokem života.“* Následujících pět předpokladů je nezbytných pro aplikaci výše uvedené definice:

1. Omezení v aktuálním fungování musí být posuzováno v rámci kontextu společenského prostředí typickým pro věk a kulturu daného jedince.
2. Posuzuje se kulturní a jazyková rozmanitost a zároveň rozdíly v komunikačních, sensorických, motorických možnostech a v chování.
3. U jedince vedle sebe často koexistují slabé i silné stránky.
4. Podstatným záměrem zjišťování jednotlivých omezení je rozvoj systému potřebné podpory.
5. S vhodnou individuální podporou dochází v průběhu podpůrného období k celkovému zlepšení kvality života osoby s intelektuální disabilitou.

V současné době existuje několik modelů klasifikace mentální retardace. Rozlišujeme klasifikace dle stupně postižení (MKN-10), dle etiologie (AAIDD, 2010), dále např. dle klinických symptomů (typ eterický a torpidní), dle vývojových období atd. Světová zdravotnická organizace (WHO) se ve své klasifikaci mentální retardace opírá o závažnost (hloubku a stupeň) postižení intelektových schopností jedince vyjádřenou IQ. Mentální retardace je v MKN-10 označena kódy F70 – F79:

- F70 – lehká mentální retardace – IQ 50 – 69
- F71 – středně těžká mentální retardace – IQ 35 – 49
- F72 – těžká mentální retardace – IQ 20 – 34
- F73 – hluboká mentální retardace – IQ 19 a méně
- F78 – jiná mentální retardace – v důsledku těžkého kombinovaného postižení (senzorické, somatické) není možné stanovit stupeň mentální retardace
- F79 – nespecifikovaná mentální retardace – pro nedostatek informací není možné stanovit stupeň mentální retardace

Vedle stupně mentálního postižení se v MKN-10 rozlišuje rozsah přidružených poruch chování, a to přidáním čtvrtého znaku k základnímu kódu:

- 0 – žádná nebo minimální porucha chování
- 1 – významná porucha chování vyžadující pozornost anebo léčbu
- 8 – jiné poruchy chování
- 9 bez zmínky poruchy chování

Etiologie mentální retardace je multifaktoriální, tzn. že příčinou vzniku mentální retardace může být více faktorů, které se vzájemně podmiňují, kombinují a spolupůsobí. V praxi se neseťkáme se dvěma jedinci, kteří by měli naprosto identickou symptomatologii a stejně tak nenalezneme ani dva jedince se shodným počátkem intelektové subnormality. Etiologie mentální retardace je tedy stejně tak rozmanitá a komplikovaná jako její symptomatologie. I přes značné pokroky biologických věd a mnohem přesnější diagnostiku stále nejsme schopni u přibližně třetiny osob dopátrat příčiny vzniku mentálního postižení (Valenta, Michalík, Lečbých et al., 2012; Valenta, Müller, 2013).

Faktory podílející se na vzniku mentální retardace můžeme rozdělit na **endogenní** (vnitřní) a **exogenní** (vnější), nebo na **genetické** a **environmetální** a z hlediska časové posloupnosti potom na faktory **prenatální**, **perinatální** a **postnatální**. Kysučan a Kuja, (1996) řadí mezi endogenní faktory zejména genové mutace a chromozomové aberace (numerické a strukturální). Např. nejznámější Downův syndrom způsobuje trizomie 21. chromozomu nebo Klinefelterův syndrom je nejčastěji způsobený karotypem 47, XXY aj. Dědičnost se významnou měrou podílí na vzniku mentální retardace. Matulay (1986) hovoří o 80 – 85 % podílu dědičnosti u lehčích forem mentální retardace a 25 % podílu u těžších forem mentální retardace. Mezi endogenní faktory zařazujeme i dědičné nemoci, např. metabolické poruchy, které postupně vedou ke vzniku mentálního postižení, vrozené vady lebky (mikrocefalie, hydrocefalie). Patří sem i nižší intelektový potenciál, který děti zdědily po svých biologických rodičích nacházejících se ve spodní části Gaussovy distribuční křivky inteligence v populaci (Zvolský, 2005).

Exogenní faktory souvisí s environmentálními vlivy. Kysučan a Kuja (1996) rozlišují:

- **anorganické příčiny fyzikální** – mechanické poškození mozku dítěte při porodu, hypoxie, asfyxie (nedostatek kyslíku), rentgenové ozáření plodu, úrazy hlavy v postnatálním období
- **anorganické příčiny chemické** – negativní působení chemických látek, léčiv, jedů např. abúzus alkoholu nebo drog u matky v době těhotenství, otrava olovem v prenatálním období (FAS, kokainový syndrom)
- **biologické příčiny** – působení bakterií, virů a plísní vedoucí intrauterinním infekcím v prenatálním období (zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplazmóza), dále Rh inkompatibilita, onemocnění dítěte v postnatálním období (klíšťová encefalitida, meningitida, nádorová onemocnění mozku) a v neposlední řadě i nedostatečná nebo nevhodná výživa matky v době těhotenství

- **psychosociální příčiny** – negativní výchovné působení v rodině, škole či v zařízeních NVP (psychická a sociální deprivace).

Významnou roli hraje i časový faktor, tzn. kdy a v jakých souvislostech mentální retardace nastala (Černá, 2015). Právě na časovém faktoru etiologie mentální retardace je založena aktuální klasifikace AAIDD (2010, s. 60) přehledně znázorňující rizikové faktory vedoucí k mentální retardaci (intelektuální disabilitě).

Tab. 3.2 AAID rizikové faktory intelektuální disability

<b>OBDOBÍ</b>	<b>BIOMEDICÍNSKÉ FAKTORY</b>	<b>SOCIÁLNÍ FAKTORY</b>	<b>PROJEVY CHOVÁNÍ</b>	<b>VZDĚLÁVÁNÍ</b>
<b>Prenatální</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chromozomální aberace</li> <li>2. Poruchy jednoho genu</li> <li>2. Syndromy</li> <li>3. Metabolické poruchy</li> <li>4. Poruchy vývoje mozku</li> <li>5. Onemocnění matky</li> <li>6. Věk rodičky</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chudoba</li> <li>2. Nedostatečná výživa matky</li> <li>4. Domácí násilí</li> <li>7. Chybějící přístup k prenatální péči</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abúzus drog matkou</li> <li>3. Abúzus alkoholu matkou</li> <li>3. Kouření matky</li> <li>4. Nezralost matky</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kognitivní disability matky bez podpory</li> <li>2. Nedostatečná příprava na rodičovství</li> </ol>
<b>Perinatální</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Předčasný porod</li> <li>2. Porodní úraz</li> <li>2. Neonatální komplikace</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chybějící přístup k prenatální péči</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Odmítání péče o dítě</li> <li>2. Opuštění dítěte</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nedostatečná lékařská doporučení pro zahájení včasné intervence při propuštění domů</li> </ol>
<b>Postnatální</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traumata mozku</li> <li>2. Podvýživa</li> <li>2. Meningoencefalitida</li> <li>3. Záchvatovité poruchy</li> <li>4. Degenerativní onemocnění</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Narušená interakce mezi dítětem a pečovatelem</li> <li>3. Nedostatek adekvátní podnětové stimulace</li> <li>4. Chudoba v rodině</li> <li>5. Chronická onemocnění v rodině</li> <li>4. Institucionalizace – ústavní péče</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě - CAN</li> <li>2. Domácí násilí</li> <li>3. Nedostatečné zajištění bezpečí dítěte</li> <li>5. Sociální deprivace</li> <li>5. Obtíže v chování dítěte</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Narušené rodičovství</li> <li>2. Opožděná diagnóza</li> <li>3. Nedostatečná včasná intervence</li> <li>4. Nedostatečné služby speciálního vzdělávání</li> <li>5. Nedostatečná podpora rodiny</li> </ol>



### 3.3 Poruchy chování a emocí v dětství

Poruchy chování a emocí jsou vedle mentálního postižení velmi často diagnostikovány právě u dětské klientely v NVP. Vždyť právě dětské domovy se školou a výchovné ústavy jsou dle zákona 109/2002 Sb. určeny pro děti se závažnými poruchami chování. Jánský (2014, s. 131) shrnuje na základě výzkumu realizovaného z podnětu MŠMT Institutem pro kriminologii a sociální prevenci v roce 1998 charakteristiky dětí umístěných ve výchovných a diagnostických ústavech a jejich rodin:

- současné děti mají výrazně vyšší materiální standard, patrná je vyšší inklinace k materiálním hodnotám a s tím související orientace na značkové zboží.
- zdravotní stav dětí má setrvalou úroveň, zvyšuje se výskyt venerických (pohlavních) chorob
- klesá úroveň školních znalostí, nižší je i motivace a zájem o vzdělání a také kázeň ve výuce
- méně preferují pozitivní aktivity volného času včetně sportu
- výrazný je nárůst závislostního chování, tj. alkohol, drogy, kouření, hrací automaty, které se objevují u stále větší části problémové dětské populace
- u osobnostních charakteristik začíná dominovat agresivní jednání, nižší odpovědnost a ovladatelnost dětí.

Přestože se jedná o výzkum na konci devadesátých let dvacátého století, jsou tyto charakteristiky i nyní s ohledem na současnou praxi aktuální a platné. Totéž platí i o stále narůstajícím výskytu závažných poruch chování u ohrožené a rizikové dětské populace, kam děti v NVP nepochybně patří.

K poruchám chování a emocí dle MKN-10 řadíme *Hyperkinetické poruchy* (F90), *Poruchy chování* (F91), *Směšené poruchy chování a emocí* (F92), *Emoční poruchy chování se začátkem specifickým pro dětství* (F93), *Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání* (F94), *Tiky* (F95) a *Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání* (F98). Nebudu se samozřejmě věnovat všem okruhům poruch chování a emocí, což není ani předmětem této práce, ale zaměřím se na ty poruchy chování a emocí, které se u dětí v NVP objevují nejčastěji. Některým konkrétním poruchám chování, tj. *Reaktivní porucha přichylnosti* (F94.1) nebo *Porucha desinhibovaných vztahů u dětí* (F94.2) jsem se detailně zabýval v kapitole 2.4. v souvislosti s narušením emočního a sociálního vývojem dětí v NVP.

### 3.3.1 Poruchy chování

**Poruchy chování** můžeme definovat jako „*odchylky v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností.*“ (Vágnerová, 2014, s. 115). MKN-10 charakterizuje poruchy chování jako „*opakovaný a po dobu nejméně šesti měsíců přetrvávající vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které výrazným způsobem porušuje sociální normy a očekávání odpovídající danému věku dítěte.*“ V tomto ohledu je nutné od poruch chování odlišit **delikventní** či **antisociální chování**, které je závažnější, neboť se neomezuje pouze na porušování sociálních norem, ale porušuje právní normy a jedná se o vědomé protispoločenské jednání dané trestním řádem společnosti (Hartl, Hartlová, 2015). V každém případě můžeme o poruše chování hovořit pouze v případě, že si dítě existenci norem uvědomuje a chápe je, ale přesto je nerespektuje nebo není schopné se jim podřídít. DSM-5 uvádí následující diagnostická kritéria poruch chování:

#### **Agrese vůči lidem a zvířatům**

1. Často šikanuje, vyhrožuje a zastrašuje druhé.
2. Často iniciuje rvačky.
3. Použil zbraň, která může způsobit vážné ublížení na zdraví (např. pálku, cihlu, rozbitou láhev, nůž, pistoli).
4. Projevil fyzickou krutost vůči lidem.
5. Projevil fyzickou krutost vůči zvířatům.
6. Kradl způsobem, ve kterém došlo ke střetu s obětí (např. loupežné přepadení, vytrhnutí peněženky, vydírání, ozbrojená loupež).
7. Vynucoval si na druhém sexuální aktivitu.

#### **Ničení majetku**

8. Zakládal ohně se záměrem vážného poškození.
9. Záměrně ničil majetek (jinak než zakládáním ohňů).

#### **Podvodné chování nebo krádeže**

10. Vloupal se do domu, budovy nebo auta.
11. Často lže, aby získal výhodu nebo prospěch, nebo aby se vyhnul povinností.
12. Ukradl věc nemalé hodnoty bez konfrontace s obětí (např. krádeže v obchodě, ale bez vloupání, padělání).

## **Vážné porušení pravidel**

13. Před třináctým rokem věku často zůstává venku pozdě do noci navzdory zákazu rodičů.
14. Nejméně dvakrát utekl přes noc z domu, ačkoli žije s rodiči nebo náhradními rodiči, anebo utekl jednou a nevrátil se po dlouhou dobu.
15. Časté záškoláctví před třináctým rokem věku.

Aby mohla být diagnostikována porucha chování, musí být dle DSM-5 přítomny nejméně tři z výše uvedených patnácti kritérií v uplynulých dvanácti měsících a nejméně jedno kritérium trvale přítomné v posledních šesti měsících. DSM-5 tedy chápe pod pojmem porucha chování porušování jak sociálních norem, tak i právních norem. Jsou-li poruchy chování doprovázeny projevem jiné psychiatrické poruchy např. afektivní poruchy nálady, pervazivní vývojové poruchy nebo schizofrenie, je při diagnostice preferována tato příslušná porucha.

Poruchy chování se projevují v běžné populaci u 10 – 15 % dětí a adolescentů (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008), Vágnerová (2014) udává 5 – 10%. U klientely v NVP se poruchy chování objevují ve více jak 27 % (MŠMT, 2016a). Z etiologického hlediska se na vzniku poruch chování podílí celá řada rizikových faktorů. Do popředí vystupují zejména rizikové faktory z rodinného, sociálního a školního prostředí. Jedná se zejména o nízkou socioekonomickou úroveň a celkovou disharmonii rodinného prostředí, kde se u jednoho nebo obou rodičů vyskytují poruchy chování, antisociální a delikventní chování, jiná psychiatrická porucha, nezaměstnanost, abúzus návykových látek, dále to jsou rozvod rodičů, konflikty mezi rodičem a dítětem, nevhodný výchovný styl (tvrdá autoritativní výchova s nadměrnou kontrolou nebo naopak zcela liberální výchova bez jasně definovaných pravidel a s nedostatečným dohledem nad dítětem), celkové zanedbávání dítěte, zneužívání a týrání dítěte. Mezi rizikové rodinné faktory též řadíme např. nízký věk matky nebo velký počet členů v rodině (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015; Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008). V neposlední řadě je nutné v souvislosti s rizikovým rodinným prostředím také zmínit ranou deprivaci zkušenost dítěte, které jsem se podrobně věnoval v předchozích kapitolách.

Poruchy chování se však mohou vyskytovat i u dětí s relativně stabilním a funkčním rodinným prostředím. Zde často hraje roli neschopnost dítěte smysluplně naplnit svůj volný čas, nudí se, postrádá ve svém životě cíle, ke kterým by směřovalo a tak nenachází ani potřebný dostatek životního smyslu (Matoušek, 1996). V poslední době také narůstá vliv

medií, kde mohou být děti intenzivně vystaveny scénám obsahujícím násilí či sexuální obsah, což představuje další nezanedbatelný rizikový faktor.

S narůstajícím věkem klesá vliv rodiny a naopak narůstá vliv jiných sociálních skupin, zejména vrstevníků. Právě vrstevnická skupina, zvláště když se jedná o asociálně orientovanou partu se specifickými hodnotami a normami, nebo jiná subkultura či sociální skupina, mohou negativně působit na dospívajícího a posilovat tak u něj nežádoucí projevy chování. Mezi rizikové sociální faktory též patří nevhodný sociální styl a životní prostředí (Vágnerová, 2014). Schmeidler (2000a; 2000b) v této spojitosti zmiňuje deprimující prostředí velkých urbanistických celků – velkoměstských sídlišť, kde je přibližně pětikrát větší kriminalita než v menších městech a venkovských oblastech. Kumulace značného množství obyvatel spojená s typickou anonymitou a sociální izolací, nedostatečná kapacita poskytovaných služeb, veřejné plochy, které nikomu nepatří, a tak se o ně nikdo nestará, nepřehlednost nebo monotónnost životního prostředí atd., to jsou všechno podmínky, které vytváří podhoubí vzniku kriminality.

Mezi rizikové faktory můžeme zařadit i školní prostředí, kde se nejen může projevit negativní působení vrstevnické skupiny, ale i odmítnutí ze strany vrstevníků, či projevy šikany. V některých případech může i sama oběť šikany nebo trestného činu inklinovat k podobně závadnému jednání. Také ve špatně fungujících nebo organizovaných školách je vyšší riziko výskytu projevů poruch chování (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

Z biologických faktorů to mohou být geneticky podmíněné predispozice (osobnostní a temperamentové charakteristiky jako např. nízké průměrné IQ, agresivita, impulzivita, hyperaktivita, poruchy pozornosti, narušená komunikační schopnost aj.), nízká porodní hmotnost, komplikace v prenatálním a perinatálním období nebo organické poškození mozku a CNS vlivem úrazu či onemocnění (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015; Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008). Významným rizikovým biologickým faktorem je i mužské pohlaví, kde se poruchy chování vyskytují 4 : 1 až 10 : 1 (Vágnerová, 2014) a u školních dětí dokonce 4 – 12 : 1 (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008).

MKN-10 rozlišuje v rámci okruhu poruch chování (F91) další diagnostické kategorie: *Porucha chování vázaná na vztahy v rodině* (F91.0), *Nesocializovaná porucha chování* (F91.1), *Socializovaná porucha chování* (F91.2.), *Opoziční vzdorovité chování* (F91.3.), *Jiné poruchy chování* (F91.8.) a *Porucha chování nespecifikovaná* (F91.9). Z hlediska předškolního věku nás bude zajímat především Opoziční vzdorovité chování, v DSM-5 též označovaná jako Porucha opozičního vzdoru (313.81)

**Porucha opozičního vzdoru** se objevuje v druhé polovině předškolního období a v mladším školním věku do deseti let (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008; Vágnerová, 2014). DSM-5 však připouští výskyt i v období adolescence. Šustr (2007) udává přibližný výskyt 6 – 10% a DSM-5 udává prevalenci 1 – 11%. Převažuje u chlapců, nicméně mužská predominance (1, 4 :1) je častější před nástupem adolescence, poté již není zaznamenána (DSM-5). Velmi často, v 40 – 60%, bývá spojena s hyperkinetickou poruchou (Michalová, 2012). Porucha opozičního vzdoru zahrnuje široké spektrum projevů v chování dítěte. Primárně je charakterizována narušeným vztahem k autoritě a k vrstevníkům a neschopností jednat způsobem přiměřeným věku. Ve vztahu k autoritě dominuje opakované vzdorovité chování. Nejedná se tedy jen o pouhé zlobení, byť výrazné, které je zvládnutelné běžnými výchovnými prostředky, ale dítě se projevuje patologickou vzdorovitostí, negativismem, neposlušností, provokacemi a je obtížně zvladatelné. K vrstevníkům se chová nepřátelsky, necitlivě až agresivně, často obviňuje druhé, při společných aktivitách je nekooperativní. Typická je snížená frustrační tolerance a s tím spojená impulzivita a emoční labilita (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008; Vágnerová, 2014). Při diferenciální diagnostice je nutné odlišit závažné projevy agresivity a antisociálního chování, které se u poruchy opozičního vzdoru nevyskytují (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015; Train, 2001). DSM-5 definuje následující diagnostická kritéria:

#### **Zlostná a podrážděná nálada**

1. Často je rozladěný.
2. Často se uráží.
3. Má často vztek a je roztrpčený.

#### **Oponující/vzdorovité chování**

4. Často se hádá s autoritami nebo, jedná-li se o dítě či adolescenta, obecně s dospělými.
5. Často aktivně vzdoruje nebo odmítá splnit požadavky autorit nebo vyhovět pravidlům.
6. Často úmyslně obtěžuje ostatní.
7. Často obviňuje ostatní ze svých chyb nebo špatného chování.

#### **Pomstychtivost**

8. Byl zlomyslný nebo pomstychtivý nejméně dvakrát za uplynulých šest měsíců.

V rodinné anamnéze těchto dětí se často objevuje rozvrácená a dysfunkční rodina, nepodnětné, nestimulující prostředí, nevhodná výchova, kdy si dítě osvojuje nežádoucí vzorce chování. Rizikovým faktorem, který zvyšuje možnost rozvinutí opozičního vzdoru je

negenetická biologická zátěž v prenatalním období, tj. nedostatečná a špatná výživa či abúzus návykových látek (Vágnerová, 2014).

Konkrétní léčba poruchy opozičního vzdorů není podle Michalové (2012) dosud známa. Šustr (2007) doporučuje techniky zaměřené na posílení žádoucího chování dítěte, což v praxi mohou být odměňující aktivity, postavení do zodpovědné role, ve které má dítě výsadu pomáhat učitelům (obstarání pomůcek, rozdání sešitů apod.), u menších dětí je vhodné pohlázení, posazení na klín či objetí, kterým projevujeme dítěti náklonnost a zájem.

Terapie poruch chování je obecně založena nejen na farmakologické léčbě (psychofarmakoterapie), kterou je možné ovlivnit jen určité specifické symptomy jako např. agresivita, impulzivita a zvýšená dráždivost, ale zejména na psychologické intervenci, zaměřené na dítě a zároveň také na jeho rodinu a sociální prostředí. Existuje celá řada terapeutických technik, přístupů a programů (individuální a skupinová terapie, kognitivně-behaviorální terapie, rodinná terapie, socioterapie zahrnující změnu prostředí, multisystemická terapie aj.). V některých závažných případech je nutný zásah státu, který prostřednictvím orgánu sociálně-právní ochrany dětí a justice nařizuje ústavní nebo ukládá ochrannou výchovu a dítě je umístěno do některého zařízení NVP. V každém případě je terapie poruch chování interdisciplinární záležitostí (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008; Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

### 3.3.2 Hyperkinetická porucha

Není mnoho psychiatrických diagnóz, které v průběhu času tak mnohokrát změnily název, jako je hyperkinetická porucha. V minulosti byla tato porucha označována jako lehká mozková encefalopatie – LME (Kučera, 1961) nebo lehká mozková dysfunkce – LMD (Třesohlavá, 1986) – tento termín používala i předchozí devátá revize MKN. Dalšími již neužívanými označeními, se kterými jsme se mohli setkat v naší i zahraniční literatuře jsou minimální poškození mozku nebo minimální mozková dysfunkce – MMD (Barkley, 1997, 2006; Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008).

V současné době nacházíme rozdílné terminologické pojetí dle MKN-10 a DSM-5. Zatímco MKN-10 rozlišuje pod *Hyperkinetickými poruchami* – HKP dva podtypy, tj. *Poruchu aktivity a pozornosti* (F90.0) a *Hyperkinetickou poruchu chování* (F90.1.), diagnostický manuál DSM-5 definuje v rámci *ADHD* (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder) tři podtypy, a to *Kombinovanou poruchu* (314.01), *Poruchu s převahou hyperaktivity a*

*impulzivita* (314.01) a *Porucha s převahou nepozornosti* (314.0), někdy též známou pod zkratkou *ADD* (Attention Deficit Disorder). Termíny hyperkinetická porucha a ADHD nejsou synonymem a nelze je zaměňovat, byť navzájem obsahově korespondují. Koncepce HKP v MKN-10 je v porovnání s poněkud širším pojetím ADHD v DSM-5 užší a vztahuje se pouze na ty nejzávažnější formy (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Tomu odpovídá i odlišná prevalence, která je u ADHD přibližně 5% u dětí a 2,5% u dospělé populace, u HKP, je výskyt nižší, tj. 1 – 3%. HKP a ADHD jsou častěji diagnostikovány u chlapců než u dívek, udávaný poměr se pohybuje od 10:1 až po 2,5:1 (Drtlíková, Šerý, 2007)

DSM-5 (s. 32) definuje ADHD jako neurovývojovou poruchu, která je charakterizována „*přetrvávající nepozorností a/nebo hyperaktivitou a impulzivitou, které narušují úroveň psychických funkcí nebo vývoje.*“

HKP a ADHD se netýká pouze dětí, jak se někteří milně domnívají, ale může být diagnostikována ve všech věkových kategoriích. U většiny případů diagnostikovaných v dětství přetrvávají symptomy až do dospělosti (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Nejčastěji se objevuje ve věku šesti až devíti let, přičemž ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivita bývá diagnostikována o tři až čtyři roky dříve než ostatní podtypy (Drtlíková, Šerý et al., 2007).

ADHD se podle Barkleyho (2006, s. 77) projevuje chronickými obtížemi v oblasti *pozornosti* a / nebo *impulzivita – hyperaktivity*. Má se za to, že tyto obtíže nastupují v raném věku, svým stupněm jsou nepřiměřené věku a dosažené vývojové úrovni dítěte, a projevují se napříč rozmanitými situacemi, které přesahují schopnost dítěte udržet pozornost, omezit pohybovou aktivitu, potlačit svou impulzivitu a regulovat své chování. Vágnerová (2014) udává, že příznaky ADHD se projevují různě v závislosti na věku. Děti jsou nápadně neklidné a impulzivní, u dospívajících se objevují obtíže v sebeovládání.

V kojeneckém věku se objevují poruchy základního biorytmu (spánek a bdění), děti hůře usínají, v průběhu noci se budí, bez zdánlivě zjevné příčiny pláčou, a někdy se objevují problémy se sáním při kojení. V batolecím věku se začínají projevovat percepčně motorické poruchy, objevuje se porucha vizuomotorické koordinace a tím pádem se děti jeví neohrabané. Z důvodu nízké frustrační tolerance afektivně reagují i na menší podněty, kdy ničí hračky, jsou agresivní vůči jiným dětem nebo zvířatům, hůře koncentrují pozornost, proto je jejich soustředěnost při hře krátkodobá a dochází k opoždění ve vývoji řeči. Předškolní věk je poznamenán celkovým nerovnoměrným vývojem. Předchozí problémy jako např. hyperaktivita nebo hypoaktivita, obtížná koncentrace pozornosti, zvýšená afektivita a emocionalita aj. přetrvávají, nebo se dokonce umocňují. Proto se u těchto dětí doporučuje

odklad školní docházky. Ve školním věku jsou dominantní poruchy kognitivních funkcí, kam patří zejména porucha pozornosti, která se projevuje zejména v činnostech, které nejsou pro dítě motivující, dále porucha analýzy a syntézy, porucha exekutivních funkcí, kdy děti nejsou schopné adekvátně vyhodnotit své chování a nevytvářejí tak ani nové formy chování. Školní děti s HKP / ADHD mají problémy respektováním a dodržováním stanovených pravidel, obtížně spolupracují při kolektivní práci a zadané úkoly většinou nedokončí (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008; Jucovičová, Žáčková, 2010).

U dospělé formy HKP / ADHD ustupuje hyperaktivita, ale více se projevuje nepozornost. Příznačná je kombinace snížené pozornosti, vnitřního neklidu, emoční lability nebo hyperaktivity, špatného plánování a hyperaktivity (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., (2008) doplňují, že v období adolescence jsou v klinickém obraze HKP dominující poruchy chování, které mohou v pozdní adolescenci a časně dospělosti nabýt podobu sociální maladaptace často spojené s delikvencí.

DSM-5 uvádí odděleně diagnostická kritéria ADHD pro nepozornost a hyperaktivitu s impulzivitou:

- 1. Nepozornost:** Pro diagnostikování poruchy pozornosti musí být po dobu neméně šesti měsíců přítomno šest a více (u adolescentů a dospělých pět a více) z následujících příznaků, které svou intenzitou neodpovídají vývojové úrovni jedince, a mají přímý negativní dopad na sociální školní či pracovní aktivity:
  - a. Často nevěnuje plnou pozornost detailům nebo dělá chyby z nepozornosti při práci ve škole, zaměstnání nebo během jiných aktivit. (např. přehlédne detaily nebo si jich nevšimne, práce je nepřesná).
  - b. Často nedokáže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hře (např. má problémy udržet pozornost během vyučovací hodiny, konverzaci nebo při delším čtení).
  - c. Často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká (např. je myšlenkami jinde, dokonce i když jsou přítomny jasně rušivé podněty).
  - d. Často nesleduje instrukce a selhává v dokončení školní úlohy, domácí práce nebo úkolu v práci (např. daný úkol začne, ale rychle ztrácí pozornost a snadno se rozptýlí).
  - e. Často má problémy s organizováním úkolů a aktivit (např. obtížně zvládá na sebe navazující úkoly, má problémy udržet si své věci v pořádku, práce je nepořádná, špatně organizovaná, nedokáže si dobře rozvrhnout čas, není schopen dodržet termíny).



- f. Často se vyhýbá úkolům vyžadujícím trvalé duševní úsilí, nemá je rád nebo se mu je nechce dělat (např. úkoly ve škole nebo domácí úkoly; u starších adolescentů a dospělých např. příprava referátů, vyplňování formulářů, procházení dlouhých textů).
- g. Často ztrácí věci, které potřebuje pro určité úkoly nebo aktivity (např. školní pomůcky, tužky, knihy, nástroje, peněženky, klíče, dokumenty, brýle, mobilní telefony).
- h. Dá se snadno rozptýlit vnějšími podněty (u starších adolescentů a dospělých lze zahrnout i přítomnost vzájemně nesouvisejících myšlenek).
- i. Během denní aktivity je často zapomnětlivý (např. zapomíná na své úkoly, pochůzky; starší adolescenti a dospělí zapomínají na telefonáty, placení účtů a dojednané schůzky).

**2. Hyperaktivita a impulzivita:** Po dobu šesti a více měsíců musí přetrvávat šest a více následujících příznaků (u adolescentů a dospělých postačuje pět a více příznaků), které jsou takového stupně, který nekoresponduje s vývojovou úrovní jedince, a mají přímý negativní dopad na sociální, školní nebo pracovní aktivity:

- a. Často neklidně pohybuje nebo poklepává rukama či nohama nebo se vrtí na židli.
- b. Často odchází z místa v situacích, kdy se očekává, že by měl sedět (např. opouští své místo ve třídě, odchází z kanceláře nebo jiného pracovního místa, případně opouští místo v situacích, kdy se očekává, že by tam měl zůstat).
- c. Často pobíhá nebo není schopen klidně sedět v situacích, kdy to není vhodné (pozn.: u adolescentů nebo dospělých může být přítomen jen pocit neklidu).
- d. Často si nedokáže klidně hrát nebo se pokojně zapojit do volnočasových aktivit.
- e. Je stále „v pohybu“, jako by byl „poháněn motorem“ (např. nedokáže být v klidu nebo se necítí dobře, když má delší dobu vydržet v klidu, např. v restauracích, na poradách; může být vnímán ostatními jako neklidný, nebo je těžké s ním držet krok).
- f. Často nadměrně mluví.
- g. Často vyhrkne odpověď na otázku dřív, než byla otázka dokončena (např. dokončuje věty ostatním; není schopen počkat, až na něj přijde v konverzaci řada).
- h. Často není schopen počkat, než přijde na řadu (např. při čekání ve frontě).
- i. Často přerušuje nebo vyrušuje ostatní (např. skáče do řeči, plete se jiným do hry nebo aktivit; může si půjčovat věci ostatních, aniž by je požádal o dovolení nebo dovolení dostal; starší adolescenti a dospělí mohou zasahovat jiným do činnosti nebo převzít to, co jiní dělají).

DSM-5 dále upřesňuje další podmínky, za kterých může být diagnóza ADHD stanovena:

- Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity a impulzivity bylo přítomno před dvanáctým rokem věku dítěte.
- Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity a impulzivity se projevilo ve dvou a více prostředích (např. doma, ve škole, v práci; v kontaktu s přáteli, příbuznými nebo při jiných činnostech).
- Jsou přítomny jasné důkazy, že tyto příznaky přímo negativně ovlivňují nebo snižují roveň života v sociální, školní nebo pracovní oblasti.
- Tyto příznaky se nevyskytují výhradně v průběhu schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy a jejich přítomnost nelze vysvětlit jinou duševní poruchou (např. afektivní porucha, úzkostná porucha, disociativní porucha, porucha osobnosti, intoxikace látkou nebo její vysazení).

Terapie HKP a ADHD zahrnuje psychosociální intervenci a farmakoterapii. Psychosociální intervence je založena na třech pilířích. Jsou to edukce rodičů popř. pedagogů, režimová opatření a psychoterapie. Cílem edukace rodičů je náprava narušených vztahů mezi dítětem s HKP / ADHD a rodiči. Snahou je eliminovat vzájemnou averzi a negativní postoje a naopak usilovat o vytvoření nových pozitivních a podporujících vztahů v rodině. Klíčová je dobrá informovanost rodičů a pedagogů o HKP / ADHD, jejich projevech a symptomech, zásadách léčby, vč. detailních informacích o používaných medikamentech (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

Režimová opatření či výchovné zásady v obecné rovině spočívají ve vytvoření klidného, vyrovnaného, bezpečného a láskyplného rodinného prostředí, kde dítě může zažít pocit sounáležitosti. Důležitými aspekty jsou pravidelnost a pevná struktura dne, stanovení řádu, vytyčení konkrétních hranic a definování pravidel, které budou usměrňovat chování dítěte, přičemž je důležité, aby pravidla a hranice byly přiměřené individuálním schopnostem a vývojové úrovni dítěte a byly jasně a konkrétně formulované. Pro připomenutí je vhodná vizualizace formou kartiček s obrázky, napsaná pravidla, rozvrh dne po příchodu ze školy aj. Ze strany rodičů se očekává nejen důsledná kontrola prováděná pokud možno nenápadným a nedirektivním způsobem, ale také pochvala. (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015; Jucovičová, Žáčková, 2010).

Psychoterapie většinou vychází z kognitivně-behaviorální terapie a zaměřuje se opět nejen na děti a adolescenty, ale také rodiče a učitele nebo se může zaměřovat např. na problematiku

partnerství osob s HKP / ADHD. Paclt a kol. (2007) rozlišuje celkem pět kategorií, které zahrnují různé psychoterapeutické postupy modifikované s ohledem na cílovou skupinu:

- kognitivně behaviorální intervence zaměřená na dítě s HKP / ADHD;
- klinická behaviorální terapie určená rodičům a učitelům;
- přímý management jednotlivých případů HKP / ADHD reflektující individuální potřeby „reálných situacích“;
- komplexní intenzivní behaviorální léčba; letní terapeutický program pro děti a jejich rodiče;
- kombinovaná behaviorální a farmakologická léčba.

Farmakoterapie by měla být vždy součástí komplexního přístupu v léčbě HKP / ADHD. Právě kombinace behaviorální terapie a farmakoterapie se jeví v mnoha případech jako optimální. Ve farmakoterapii se na prvním místě uplatňují stimulantia, konkrétně methylfenidát (lék nese obchodní název Ritalin), který blokuje zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu na presynaptických neuronech, a tak zvyšuje míru uvolňování těchto neurotransmiterů do synaptické štěrbině (Paclt, et al. 2007). Efektivita stimulantů se pohybuje v průměru 70 – 90% (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Farmakoterapie bez užití stimulantů je aplikována v případech, kdy stimulantia vykazují nízkou účinnost nebo značné nežádoucí účinky. Patří zde preparát atomoxetin (pod obchodním názvem Stratera), který je velmi dobře snášen, chuť k jídlu na rozdíl od methylfenidátu ovlivňuje v menší míře, jeho indikace nezvyšuje riziko kardiovaskulárních obtíží aj. (Paclt, et al. 2007). Jako třetí volba v léčbě HKP / ADHD jsou užívána antidepresiva resp. tricyklická antidepresiva imipramin, nortriptylin a novější bupropion. Z hlediska kontraindikací těchto léků je nutné pravidelné kontrolní EKG vyšetření.

Jucovičová, Žáčková (2010) také zmiňují relaxační techniky, které se zaměřují na uvolnění svalového i fyzického napětí a regulaci dechové frekvence, což má za následek i psychické uvolnění. Patří sem dechová cvičení, techniky založené na imaginaci, kde koncentrace na určitou představu posiluje vnitřní duševní zklidnění. Relaxační cvičení jsou však náročná na pozornost a soustředěnost a vyžadují ze strany dětí značnou trpělivost.

### 3.4 Specifické poruchy školních dovedností

Vedle aktuálního pojmu *specifické vývojové poruchy školních dovedností* (F81), který používá MKN-10 se v české literatuře setkáme s dalšími označeními: *vývojové poruchy učení*, *specifické vývojové poruchy učení*, *specifické vývojové poruchy* nebo *specifické poruchy učení* (Pokorná, 2010). Podobnou terminologickou nesourodost nacházíme i v zahraniční literatuře, např. *learning disabilities* nebo *specific learning disorder*, což je termín, který používá DSM-5. Z terminologické nejednotnosti také vyplývá obtížné stanovení definice, což už na počátku devadesátých let potvrzuje Pavlidis (1990), kde v souvislosti s chybějícím konceptuálním modelem nebyla dosud formulována jednotná definice kritérií poruch učení.

Ve stejnou dobu však National Joint Committee for Learning Disabilities – NJCLD (1990) publikuje svou aktuálně stále přijímanou definici: „*Poruchy učení jsou obecným označením pro heterogenní skupinu poruch, které se projevují výraznými obtížemi při osvojování a užívání naslouchání, mluvení, čtení, psaní, uvažování nebo matematických schopností.*“

Valenta a kol. (2015, s. 144) definují specifické vývojové poruchy školních dovedností jako „*různorodou skupinu poruch projevujících se výraznými obtížemi při získávání a používání schopnosti naslouchat, mluvit, číst, psát a usuzovat nebo obtížemi při získávání matematických dovedností.*“

Specifické poruchy školních dovedností nepředstavují pouze obtíže při osvojování čtení, psaní a naslouchání, ale doprovází je množství dílčích obtíží, tzv. průvodních znaků, kterými mohou být různé typy narušené komunikační schopnosti, obtíže v soustředění, poruchy pravolevé a prostorové orientace, nedostatečná úroveň zrakové a sluchové percepce aj. (Bartoňová, 2012; Zelinková, 2015). Výkon dítěte v oblasti školních dovedností je vzhledem k věku, inteligenci a vzdělávacím možnostem dítěte výrazně nižší (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008). Poruchy v oblasti školních dovedností se také negativně odrážejí v celém sociálním prostředí, kde dané dítě žije. Opakované neúspěchy ve škole poznamenávají vztah žáka k sobě samému, ke spolužákům a k vyučujícím i ke škole jako takové.

Porucha školních dovedností nevzniká v důsledku absence nebo nedostatku příležitostí k učení a ani není způsobena mentální retardací nebo získaným poraněním či onemocněním mozku. Jedná se o vývojovou poruchu, kde je normální způsob získávání dovedností narušen již v rané fázi vývoje (MKN-10). Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol. (2008) předpokládají, že specifické poruchy školních dovedností vycházejí z abnormalit v oblasti

kognitivních procesů a zpracování informací, které je možné odvodit z nějakého typu biologické dysfunkce. V současném přístupu k etiologii specifických poruch školních dovedností rozlišujeme biologicko-medicínskou rovinu a kognitivní rovinu. Biologicko-medicínská rovina zahrnuje genetické pojetí a neurologické pojetí. V souvislosti s genetickými faktory četné výzkumy zejména dyslexie poukazují na abnormality 2., 3., 6., 7., 15., 18. a možná i dalších chromozomů, přičemž nejvýznamnější podíl patří pravděpodobně 6. páru chromozomů (Reid, 2016; Zelinková, 2015). Neurologické pojetí se opírá o nejnovější diagnostické nástroje v podobě magnetické rezonance a pozitronové emisní tomografie, které odhalily rozdíly ve fungování a struktuře mozku. Jedná se zejména o dysfunkci magnocelulárního systému a abnormality v sensorickém zpracování informací mající souvislost s výraznými anatomickými změnami v planum temporale (Bartoňová, 2012; Reid, 2016).

Kognitivní rovina zahrnuje poruchy v oblasti fonologických procesů, kdy nedostatečná schopnost fonologického zpracování je dávana do přímé souvislosti s obtížemi při nácviu čtení. Deficity v procesu automatizace taktéž negativně ovlivňují osvojování si čtenářských dovedností, kdy v důsledku neschopnosti zautomatizovat proces čtení musí dyslektik vynaložit enormní úsilí v rozpoznání a porozumění čtenému slovu, snižuje rychlost, přesnost a vytrvalost při čtení. Dále se jedná o deficity v oblasti dlouhodobé, krátkodobé resp. pracovní paměti. Oslabení se týká jak sekvenční, tak vizuální a verbální krátkodobé paměti. U dlouhodobé paměti se jedná o obtíže při uchovávání a vybavování si poznatků vč. vědomostí o grafickém tvaru písmen a číslic (Bartoňová, 2012).

Stanovení diagnózy specifických poruch školních dovedností se opírá o splnění následujících kritérií (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008):

- stupeň narušení specifické školní dovednosti musí být klinicky signifikantní;
- postižení musí být specifické, tzn. že není způsobeno mentální retardací nebo nižší úrovní intelektu;
- porucha musí být vývojová, Zelinková (2015) hovoří s ohledem na výskyt v rodině i o získané poruše, v každém případě musí být přítomna od počátku vzdělávání;
- nesmí být přítomny vnější faktory, např. nedostatečná úroveň vyučování, které by byly primárním důvodem pro školní obtíže;
- porucha nesmí být způsobena nekorigovanou zrakovou nebo sluchovou vadou.

MKN-10 rozlišuje dle charakteru a oblasti projevu *Specifickou poruchu čtení* (F81.0), *Specifickou poruchu psaní a výslovnosti* (F81.1), *Specifickou poruchu počítání* (F81.2),

*Smišenu poruchu školních dovedností (F81.3), Jinou vývojovou poruchu školních dovedností (F81.8) a Vývojovou poruchu školních dovedností nespecifikovanou (F81.9).* My si přiblížíme první tři specifické poruchy školních dovedností, které se týkají osvojování a užívání čtení, psaní a počítání. Tyto poruchy jsou známé jako **dyslexie** (porucha čtení), **dysgrafie** (porucha psaní), **dysortografie** (porucha v oblasti pravopisu) a **dyskalkulie** (porucha matematických schopností).

### 3.4.1 Dyslexie

Dyslexie je specifická vývojová porucha, která se dle obecně přijímané definice Světové federace neurologické z roku 1968, „*projevuje neschopností naučit se číst, přestože se dítěti dostává běžného výukového vedení, má přiměřenou inteligenci a sociokulturní příležitost.*“ (Matějček, 1995). Dyslexie představuje poruchu čtenářských schopností, která postihuje základní čtenářské znaky, kterými jsou rychlost, správnost, technika čtení a porozumění čtenému textu (Zelinková, 2015). Tyto obtíže dle Fischera a kol. (2014) souvisí narušeným vnímáním písmen a prostoru.

Rychlost čtení může být nápadně pomalá, ale nemusí. Jsou děti, které čtou přiměřeně rychle, a přesto mají diagnostikovanou dyslexii. Takové dítě je sice schopné převést tvar slova do zvukové podoby, ale uniká mu obsah. Nejčastěji však dítě luští písmena a hláskuje, nepřiměřeně dlouho slabikuje nebo naopak čte zbrkle či domýšlí slova (Zelinková, 2015).

Chybovost se projevuje tzv. inverzemi neboli záměnami písmen. Jedná se o záměny písmen tvarově podobných, tzv. statické inverze (b-d-p, s-z, t-j) nebo záměny podobných slov tzv. dynamické inverze (tašky-šátku, kus-suk). Záměny se projevují také u slov, která jsou si po zvukové stránce podobná (t-d) nebo také u písmen, která žádnou vzájemnou podobnost nemají (Matějček, 1995; Bartoňová, 2010; Zelinková, 2015).

Narušená je také technika čtení, která se při výuce analyticko-syntetickou metodou projevuje tzv. dvojím čtením, kdy si nejprve dítě přečte slovo potichu po hláskách a teprve potom je vysloví nahlas. U genetické metody čtení je však toto běžný postup. Problém může nastat v momentě, kdy dítě není schopno provést hláskovou syntézu, tj. spojení písmen do slov (Zelinková, 2015).

Schopnost porozumění čtenému textu je do značné míry závislá na úrovni předchozích obtíží, tj. schopnost rychlého fonologického dekodování, syntéza písmen ve slovo a rozpoznání obsahu slova (Zelinková, 2012, 2015).

Bartoňová (2010) uvádí možné důsledky dyslexie ve škole:

- vliv na osobnost žáka
- pocity napětí nejen ve výuce cizích jazyků, ale i v ostatních předmětech
- snížení celkového školního výkonu
- možné riziko neurotického vývoje dítěte
- narušení fonemické segmentace – proces rozložení neznámého slova na zvukové složky
- porucha slovní paměti nebo porucha vizuálního vnímání
- obtíže při rozlišování některých písmen
- nezvládnutí techniky rychlého či letmého čtení
- reprodukce obsahu je lepší než samotná technika čtení
- rytmus čtení je nerovnoměrný a přerušovaný

Dyslexie bývá ve většině případů kombinována s dysgrafií resp. dysortografií a naopak. Dyslexie je s dysortografií tak úzce spojena, že někteří autoři tyto specifické poruchy nerozlišují, ale zahrnují dysortografii pod širší pojem dyslexie (Fischer et al., 2014; Matějček, 1995).

### **3.4.2 Dysgrafie**

Dysgrafie je specifická porucha psaní, která postihuje grafickou podobu písemného projevu (čitelnost a úpravu), osvojování si jednotlivých písmen, napodobení tvaru, spojení hlásky s písmenem a řazení písmen (Bartoňová, 2010). Dysgrafie se u dítěte projevuje neschopností napodobit tvary písmen, dítě si je nepamatuje, zaměňuje je nebo zrcadlově obrací. Písemný projev je těžkopádný, toporný a křečovitý, což však není důsledkem nějaké pohybové vady (Matějček, 1995). Písmo je příliš velké nebo naopak příliš malé, může mít nesprávný sklon a celkově je obtížně čitelné. Písemný projev je neupravený, objevuje se časté škrtnutí a přepisování. Tempo psaní je neúměrně pomalé, takže dítě není schopné psát dle diktátu (Zelinková, 2012, 2015). Obtíže v písemném projevu vyžadují od dítěte mnohem více koncentrace pozornosti, které se potom nedostává pro zpětnou kontrolu obsahu a gramatiky (Bartoňová, 2010).

Dysgrafie negativně ovlivňuje nejen český jazyk, ale všechny další předměty, v nichž je žák nucen psát. Pokud si dítě stihne zapsat poznámky z výuky, jsou pro něj nepoužitelné, protože jsou nečitelné a plné různých chyb. Dysgrafie se projevuje i nesprávným zápisem

číslic. Čísla zaměňuje, zapisuje nečitelně, nedokáže je zapsat ani pod sebe, což vede k problémům při řešení matematických úloh. Obvykle se dysgrafie negativně promítá do geometrie, která je založena na přesnosti, které dítě s dysgrafií není schopno při rýsování dosáhnout (Zelinková, 2012).

Reedukace spočívá v rozvíjení jemné i hrubé motoriky. U jemné motoriky se jedná o procvičování pohybů prstů (dotýkání prstů s i bez zrakové kontroly, oddalování a přibližování prstů), sestavy z dlaní (dotyk špičkami prstů, dotyk palců nebo ukazováčků, hnízdo z dlaní) a cvičení pohybové paměti. Při procvičování hrubé motoriky se zaměřujeme na pohyby paží a dlaní. Dále jsou zařazovány uvolňovací cviky např. pomocí kříd, pastelů, měkkých tužek aj. nejprve na svislé, potom na šikmé a nakonec na vodorovné ploše, která se postupně zmenšuje. Nakonec se nacvičuje psaní písmen a spojů mezi nimi, což se děje nejprve na tabuli. Důležitý je nácvik tzv. kinestetické paměti, kdy žáci nacvičují tvary slov ve vzduchu se zavřenýma očima. Při psaní se využívají pomocné linky bez ohledu na věk. Kompenzace spočívá v psaní tiskacích písmen, která nejsou tolik tvarově náročná, a odpadá spojení mezi nimi. Dále dysgrafici hojně využívají textové editory v počítači pro psaní poznámek. Poznámky je také možné kopírovat, a dítě s dysgrafií tak může věnovat ušetřený čas kreslení náčrtů, práci s učebnicí nebo relaxačním cvičením. Přepisování sešitů, které dítě jen zbytečně vyčerpává a nevede ke zlepšení písemného projevu, rozhodně nepatří mezi správné postupy (Zelinková, 2015).

### **3.4.3 Dysortografie**

Dysortografie je specifická porucha pravopisu. Jak již bylo řečeno, je úzce spojena s dyslexií, neboť mechanismy vzniku obou specifických poruch jsou si podobné. Avšak spojitosti se specifickými poruchami řeči a poruchy sluchového vnímání jsou u dysortografie znatelnější (Matějček, 1995).

Dysortografie primárně postihuje osvojování gramatiky, kterou ale nepostihuje celou, nýbrž se týká tzv. dysortografických jevů. Patří sem vynechávání, přidávání nebo přesmykování písmen nebo slabik, tvarové záměny písmen, zkomoleniny, nerozlišování krátkých a dlouhých samohlásek, chyby v měkčení (slabiky dy-di, ty-ti, ny-ni), chyby související s artikulační neobratností, např. u sykavek, nedodržování hranic slov v písmu atd. Sekundárně potom dysortografie negativně ovlivňuje proces aplikace gramatických pravidel (Bartoňová, 2010; Zelinková, 2012, 2015).



Deficity ve vývoji kognitivních funkcí a časté spojení dysortografie s dyslexií a dysgrafií se negativně odráží v písemném projevu. Obtížnost písemného projevu se projevuje zejména při psaní diktátů a poznámek, kde intaktní žák zvládá celou řadu činností. Poslouchá diktovaná slova (sluchové vnímání), vnímá jejich obsah (slovní zásoba a porozumění řeči), rozkládá slovo na hlásky (sluchová analýza), vybavuje si tvary písmen (automatizace spojení hláska – písmeno), píše (grafomotorika), diktuje si po písmenech (sluchová syntéza), přemýšlí nad gramatickými pravidly (paměť a pracovní paměť) a aplikuje je. Žák s dyslexií, dysgrafií a dysortografií může mít obtíže v kterékoliv části tohoto procesu. Jedinci s dyslexií uvádějí, že nejsou schopni psát, aplikovat gramatická pravidla, a ještě přemýšlet o obsahu textu (Zelinková, 2012).

Žlab (1988) rozlišuje dle projevů tyto typy dysortografie:

- **auditivní** – primárně je narušen proces sluchové diferenciacce a analýzy, dále je oslabena bezprostřední auditivní paměť. Žáci tak obtížně zachycují pořadí jednotlivých hlásek ve slově, ale jeho význam chápou.
- **vizuální** – charakteristickým znakem je snížení kvality vizuální paměti. Žák si není schopen dokonale vybavit jednotlivé grafémy (písmena), které jsou si tvarově i sluchově podobné. Žák tak nedokáže opravit napsané chyby, a to ani při poskytnutí času navíc, kdy některé chyby sice nalezne, ale zároveň často udělá chyby tam, kde bylo slovo napsáno správně.
- **motorická** – jak z názvu vyplývá, tak je zde přímá souvislost s narušením jemné motoriky ve smyslu vývojové dyspraxie (specifická vývojová porucha motorických funkcí). Žák neúměrně koncentruje pozornost ke zvládnutí grafického projevu, které se poté nedostává pro zpětnou kontrolu obsahu a gramatických pravidel.

#### 3.4.4 Dyskalkulie

Dyskalkulie je specifická vývojová porucha matematických schopností. Dítě se není schopno naučit počítat, přestože není nijak zvláště snížena jeho intelektová úroveň a má normální příležitost k učení (Matějček, 1995). Simon (2006) uvádí, že aby mohla být dyskalkulie diagnostikována, musí změřená úroveň rozumových schopností dosáhnout 70 bodů, zatímco výsledky v matematické části testu se pohybují ve spodních 10% stejné věkové skupiny. Výsledek v matematické části testu tak musí být výrazně horší než výsledek inteligenčního testu (1,5 standardních odchylek).

Dyskalkulie postihuje manipulaci s čísly, číselné operace, matematické představy a geometrii. Dítě s dyskalkulií má obtíže při osvojování matematických pojmů, chápání a provádění operací (Zelinková, 2015).

Problematikou dyskalkulie se podrobně zabýval Ladislav Košč (1972, s. 196 -204), který rozlišuje tyto základní druhy dyskalkulie:

- **Verbální dyskalkulie** představuje poruchu, která se týká narušené schopnosti verbálně označit množství a počet předmětů, názvy číslic, číslovek, operačních znaků a matematických úkonů vůbec. Jedinci nejsou schopni určit počet, který se jim diktuje ve formě číslovky a nedokážou slovně označit počet ukázaných předmětů nebo hodnotu napsaného čísla.
- **Praktognostická dyskalkulie** je porucha matematické manipulace s konkrétními nebo nakreslenými předměty. Matematickou manipulací se zde rozumí jednak počítání po jedné, srovnávání počtu předmětů nebo odhadování počtu bez sčítání. V geometrii se tato forma dyskalkulie projevuje neschopností seřadit různě dlouhé tyčinky nebo různě velké předměty a ani určit, který ze dvou předkládaných předmětů je větší nebo delší.
- **Lexická dyskalkulie** souvisí s neschopností jedince přečíst matematické znaky (číslice, čísla, operační znaky a napsané matematické operace). U nejtěžší formy lexické dyskalkulie není jedinec schopný číst izolované číslice (2, 5, 9 apod.) nebo základní operační znaky (+, -, x, :, = atd.). Při lehké formě nejsou jedinci schopni přečíst víceciferné číslo s jednou nebo více nulami uprostřed, číslo, které není napsané vodorovně, ale svisle, číst zlomky, mocniny, odmocniny, desetinná čísla atd. Objevují se záměny tvarově si podobných čísel (3 – 8, 6 – 9) případně římských číslic (VI – IV, XI – IX). Dvojciferná čísla může číst opačně (12 – 21) nebo může číst jen izolované číslice (238 jako 2, 3, 8). Příčinou bývá porucha zrakového vnímání nebo porucha orientace v prostoru, zejména pravolevá orientace.
- **Grafická dyskalkulie** se projevuje neschopností jedince psát matematické znaky a je analogická k lexické dyskalkulii. Často se může vyskytovat s dysgrafií nebo s dyslexií. Při nejtěžších formách grafické dyskalkulie dítě nedokáže napsat izolované číslice formou diktátu nebo přepisu. V lehčích případech jedinec není schopný napsat víceciferné číslo, píše ho v opačném pořadí nebo jako izolované číslice, případně vynechává nuly. Jedinec pochopitelně nedokáže zapsat kterýkoliv z matematických znaků. Lexickou a grafickou dyskalkulii je možné souhrnně nazývat numerická dyslexie a numerická dysgrafie.

- **Ideognostická dyskalkulie** představuje poruchu, která souvisí s neschopností jedince manipulovat s abstraktními matematickými pojmy a chápat vztahy mezi nimi. Při těžších formách nedokáže jedinec z paměti počítat po jedné nebo spočítat celkem jednoduché příklady. V lepším případě je jedinec schopný z paměti uskutečnit i poměrně složité matematické operace, což ale závisí na celkové úrovni jeho matematických schopností před nástupem poruchy. Člověk s touto formou dyskalkulie dokáže sice číslo napsat i přečíst, ale nechápe ho jako pojem, např. ví, že 9 se čte jako devět, ale už nechápe, že 9 je také  $10 - 1$  nebo  $3 \times 3$ , polovina z 18 apod. Ve slovních úlohách se porucha projevuje neschopností převést slovní vyjádření do číselného zápisu.
- **Operační dyskalkulie** je narušení schopnosti přímo realizovat matematické operace, tj. sčítání, odčítání, násobení, dělení, příp. další. Z projevů jsou typické záměny matematických operací, např. sčítání namísto násobení nebo odčítání namísto dělení atp. Patří sem i písemné počítání úloh, které by se vzhledem ke své jednoduchosti daly spočítat z paměti, nebo pomáhání si při počítání sčítáním čísel na prstech.

### 3.5 Narušená komunikační schopnost

Opoždění ve vývoji řeči patří mezi nejnápadnější projevy psychické deprivace u dětí v NVP, neboť komunikačně chudé prostředí kojeneckého ústavu, dětského centra nebo i dysfunkční rodiny neposkytuje dítěti dostatečné množství verbálních i neverbálních podnětů. Nejčastějšími okruhy narušené komunikační schopnosti u dětí v NVP jsou **opožděný vývoj řeči a dyslalie** (Langmeier a Matějček, 2011; Ptáček et al., 2011).

#### 3.5.1 Opožděný vývoj řeči

Opožděný či narušený vývoj řeči může být dominujícím příznakem, nebo se může vyskytovat jako součást jiných vývojových poruch. O opožděném vývoji řeči hovoříme tehdy, pokud se jedná o samostatnou nozologickou jednotku, tzn., že je hlavním příznakem poruch, které dítě má (Škodová, Jedlička et al., 2007). Lechta, (2003, s. 61) definuje opožděný vývoj řeči jako „*strukturální a systémové narušení jedné či většího počtu, příp. i všech oblastí vývoje řeči (osvojování mateřského jazyka) vzhledem k chronologickému věku dítěte. Deficity*

*se pak mohou projevovat v rovině morfologicko-syntaktické, lexikálně- sémantické, foneticko-fonologické a pragmatické.“*

Z etiologického hlediska může mít opožděný vývoj řeči celou řadu příčin. Sovák (1978b) rozlišuje tyto faktory:

- **biologické** – dědičnost, individuální (rodový) nedostatek určité schopnosti, různá lehká, nikoliv však ložisková perinatální poškození CNS, příp. změny mozkového biochemismu, a především opožděné vyžívání CNS
- **sociální** – patologie výchovného prostředí (nedostatek komunikačních podnětů a mluvních vzorů).

V případě dětí v NVP vystupují do popředí zejména faktory sociální. Dysfunkční rodina neposkytuje dítěti dostatek výchovných vlivů, dítěti se nedostává dostatek podnětů k mluvení a vzorů k napodobování řeči. Langmeier, Matějček (2011) dávají opožděný vývoj řeči do přímé souvislosti s psychickou deprivací, která je typická pro děti časně umístěné do NVP.

Typickým obrazem opožděného vývoje řeči u deprivovaného dítěte jsou kromě výrazné patlavosti také omezené vyjadřovací schopnosti a nedostatečná slovní zásoba.

Ve foneticko-fonologické rovině, která se týká zvukové stránky řeči, se opoždění projevuje delší dobu i u lehčích případů. Ve vážnějších případech se projeví narušená artikulace hlásek – dyslalie (Klenková, 2006; Škodová, Jedlička et al., 2007) Právě u dětí v NVP se podle Matějčka objevuje v klinickém obraze opožděného vývoje řeči těžká dyslalie, proto bude této kategorii narušené komunikační schopnosti věnována samostatná kapitola.

V lexikálně-sémantické rovině je tedy nápadně chudá slovní zásoba, kde převažuje pasivní slovník nad aktivním. Nedostatečná slovní zásoba u dětí vzbuzuje dojem, že děti byly „nacvičeny“ v užívání určitého počtu slov, a nikoliv, že se „naučily“ mluvit. Děti dovedou pojmenovat druhé děti, ale osobní zájmena užívají až mnohem později. Objekty na obrázcích dokážou pojmenovat relativně správně, avšak schopnost vyjádřit smysl a děj na obrázku nastupuje opožděně. Tato neschopnost pochopení vztahu mezi skutečným objektem a jeho grafickým znázorněním zapříčiňuje opožděné pochopení symbolické povahy grafického znaku. To je hlavní příčinou možných obtíží ve čtení a psaní. Tyto obtíže zdánlivě nabývají obraz vývojové poruchy čtení (dyslexie). Nejedná se však o poruchu percepce a názorové orientace, ale spíše o nedostatečnou pohotovost přiřadit vnímanému znaku odpovídající obsah, což je ve srovnání s vývojovou dyslexií porucha lehčího charakteru, u níž může dojít ke spontánní autokorekci v pozdějším věku (Langmeier a Matějček, 2011). Ptáček a kol.

(2011) upozorňuje, že děti, které mají obtíže s porozuměním a vyjadřováním, jsou více náchylné k frustraci a riziku vývoje poruch chování.

Morfologicko-syntaktická rovina je obecně jedním z nejpřesnějších ukazatelů narušené komunikační schopnosti. Pro děti s opožděným vývojem řeči je typická preference používání podstatných jmen nad ostatními slovními druhy, které dítě do slovníku přibírá jen pozvolna. Tvary podstatných jmen však často tvoří chybně, zaměňuje rody, čísla a pády. Tvořené věty, pokud se dítě nevyjadřuje pouze jednoslovně, jsou jednoduché, často nekompletní a s chybným slovosledem (Škodová, Jedlička et al., 2007).

V pragmatické rovině, kde se jedná o sociální užití komunikačních schopností, jsou u dětí v NVP určité zvláštnosti. V období „věčného otazníku“ se u těchto dětí neobjevují otázky typu „proč?“. Řečový projev se omezuje na popis aktuálně probíhajících událostí a na projevy upozorňovací a přací. Sdělování vlastních zážitků a zejména konverzace směřující k budoucnosti (přání, naděje, očekávání) jsou poměrně chudé. Z kvantitativního hlediska řečové produkce nacházíme u typů osobnosti deprivovaných dětí podstatné rozdíly. Zatímco děti „sociálně hyperaktivní“ mluví hodně a často, děti spadající do „útlumového typu“ hovoří jen velmi málo (Langmeier, Matějček, 2011).

Při hledání příčin opožděného vývoje řeči jako samostatné nozologické jednotky, hraje důležitou roli diferenciální diagnostika. Jejím úkolem je dle Klenkové (2006) vyloučit tyto jiné dominantní poruchy:

- Sluchovou vadu, která může vést k opožděnému vývoji řeči.
- Zrakovou vadu, kde porucha zrakové percepce může postihnout vývoj řeči.
- Porucha intelektu, např. v důsledku mentální retardace, kde je v závislosti na stupni mentálního postižení také narušen vývoj řeči.
- Vady mluvních orgánů, orofaciální rozštěpy též mohou v některých případech ovlivnit vývoj řeči.
- Poruchy autistického spektra mají mimo jiné za následek opoždění ve vývoji řeči, objevuje se neschopnost komunikovat.

### **3.5.2 Dyslalie**

Dyslalii je možné definovat jako neschopnost používat některé hlásky anebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem (Lechta, 1990).

Dyslalie je charakterizována **fonetickou úrovní**, která se týká užívání jednotlivých hlásek a představuje analytickou stránku řeči, a **fonologickou úrovní**, která se vztahuje na používání elementárních řečových zvuků ve spojení do slabik, slov, popř. vět, které jsou základem další jazykové roviny řeči – morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické a pragmatické. Dyslalie se na fonetické úrovni řeči projevuje vynecháváním hlásek (delecí, resp. eliminací), zaměňováním nebo nahrazováním hlásek (substitucí), až nepřesným vyslovováním v místě artikulace (distorzí). Na fonologické úrovni se poruchy projevují zejména narušením plynulosti řeči, když jsou jednotlivé hlásky ovlivňovány předcházejícími nebo následujícími hláskami (např. na začátku, uprostřed nebo na konci slova), nebo v důsledku pauzy, důrazu, přízvuku, melodie a rytmu ve větách nebo v tempu řeči (Lechta, 2003).

Dyslalie je nejčastější poruchou komunikační schopnosti u dětí, u chlapců je vyšší prevalence (až dvě třetiny) než u děvčat. Z hlediska etiologie hovoříme o multifaktoriálních příčinách. Patří sem **vlivy dědičnosti**, resp. se jedná spíše o nespecifickou dědičnost, kdy dítě zdědí např. určitou artikulační neobratnost, sníženou schopnost fonematische diferenciace, či vrozenou řečovou slabost, která má za následek vadnou výslovnost (Lechta, 1990).

Významným faktorem zejména u dětí v NVP jsou **vlivy prostředí**, např. nesprávný nebo nepřiměřený řečový vzor, bilingvní prostředí, chyby ve výchovném přístupu (tresty, zesměšňování, citové strádání, zanedbávání) a samozřejmě s tím související psychická deprivace (Matějček, 2011, Škodová, Jedlička et al., 2007).

Patří sem i **poruchy senzorického aparátu**, kde porucha sluchového vnímání způsobuje, že dítě správně nerozlišuje sykavky a má také narušeny modulační faktory řeči, a porucha zrakového vnímání vede zvláště u dětí v raném věku k nepřesnému vnímání artikulačních pohybů. Dále se jedná o **poškození dostředivých a odstředivých drah**, kde poruchy v oblasti motoriky vedou k nepřesné koordinaci pohybu mluvidel. **Poškození centrální části reflexního okruhu** vede k závažným postižením, kde dyslalie představuje jeden ze symptomů. V neposlední řadě se potom jedná o **anatomické vady řečových orgánů** (Lechta, 1990; Škodová, Jedlička et al., 2007).

Dyslalie (patlavost) se projevuje poruchou výslovnosti, přičemž je narušena artikulace jedné hlásky nebo skupiny hlásek, zatímco výslovnost ostatních hlásek je správná a odpovídá příslušným jazykovým normám (Klenková, 2006). Zde je však nutné rozlišit skutečnou dyslalii, která spočívá ve vadné výslovnosti, tj. že se hlásky tvoří v nesprávném artikulačním okrsku, např. vadná výslovnost hlásky R – velární rotacismus (ráčkování) nebo ostrých sykavek S a Z – interdentalní sigmatismus, od tzv. *fyziologické dyslalie*, kde se jedná o nesprávnou výslovnost jako přirozený jev vývoje řeči dítěte v daném věku. Typickými

obtížemi fyziologické dyslalie je výslovnost motoricky náročné hlásky L. Fyziologická dyslalie trvá zpravidla do pěti let věku, objevují-li se obtíže do sedmi let věku, potom hovoříme o tzv. *prodloužené fyziologické dyslalii* (Peutelschmiedová, 2005; Klenková 2006).

Při hláskové dyslalii může dítě hlásku vynechávat (tráva – táva), přičemž často namísto vynechané hlásky používá neurčitý, nehláskový zvuk. Tato forma dyslalie je označována jako **mogilalie**. Pokud dítě hlásku nahrazuje jinou (tráva – tláva), protože ji ještě nedokáže správně vyslovit, hovoříme o **paralalii**. Je-li hláska tvořena chybně, jde o dyslalii, kde se vadně tvořená hláska označuje řeckým názvem s příponou *ismus*: *K* – *kappacismus*, *L* – *lambdacismus*, *sykavky obou řad* – *sigmatismus*, *R* – *rotacismus*, *Ř* – *rotacismus bohemicus* (Klenková, 2006; Škodová, Jedlička et al., 2007).

## 4 Školní zralost a připravenost

Vstup dítěte do školy a zahájení povinné školní docházky je významným sociálním mezníkem v životě dítěte. Končí období předškolního věku a začíná školní věk, ve kterém dítě prostřednictvím instituce školy oficiálním způsobem vstupuje do společnosti a získává novou roli školáka. Doba vstupu dítěte do školy je přesně časově vymezena a jako společensky důležitá událost také ritualizována. Pro nástup dítěte do školy je stanovena věková hranice šesti až sedmi let, kdy dochází k různým vývojovým změnám, z nichž většina představuje důležitý faktor pro úspěšný start ve škole a zvládnutí školních požadavků (Vágnerová, 2012). Již J. A. Komenský se ve svém *Informatoriu školy mateřské* vyslovil pro věk šesti let jako nejvhodnějším obdobím vstupu dítěte do školy. Kořínek (1975, s. 45) dokonce na základě výzkumu vymezuje jako optimální období nástupu dítěte do školy věkové rozmezí od šesti let a šesti měsíců do šesti let a jedenácti měsíců. Je však nutné podotknout, že dosažení věkové hranice šesti let automaticky neznamená, že je dítě zralé pro zahájení povinné školní docházky. Školní zralost je individuální záležitostí každého dítěte a její dosažení je podmíněno celou řadou vnitřních i vnějších faktorů.

**Školní zralost** jako pojem má svůj původ zejména ve vývojové psychologii a jejich periodizačních schématech. V různé míře je zde kladen důraz na zrání, ale zároveň jsou akceptovány i environmentální vlivy, zejména výchovné působení rodiny a mateřské školy. Přestože byl dle původních koncepcí termín školní zralost chápán poněkud jednostranně, v dnešní době jeho užití vychází z komplexního pojetí psychického vývoje (Kolláriková, Pupala, 2010).

Školní zralost můžeme definovat „*jako takový stupeň vývoje tělesných i duševních schopností a dovedností dítěte, který je nutným předpokladem úspěšného zvládnutí školních požadavků.*“ (Šmelová, Petrová a Souralová, 2012, s. 73). Školní zralost tedy představuje dosažení určité vývojové úrovně organismu, která dítěti umožňuje zvládnutí role školáka a adaptaci na prostředí školy. Thorová (2015) nebo Vágnerová (2012) chápou pod pojmem školní zralost spíše předpoklady, které jsou determinovány biologickým zráním celého organismu, zejména centrální nervové soustavy. Z hlediska komplexního pojetí se spíše užívá pojem **školní připravenost**. Přestože oba pojmy konvergují, školní připravenost je možné chápat v širších souvislostech a může tak zahrnovat i školní zralost (Kolláriková, Pupala, 2010). Za školní připravenost jsou považovány ty charakteristiky dítěte, které se vztahují k sociálním činitelům a k procesu učení (Průcha, Valterová, Mareš, 2009; Vágnerová, 2012).



Dle Thorové (2015) se jedná o dovednosti získané výchovou (sebeobslužné činnosti, pracovní návyky, dodržování norem chování, vědomosti) a související s vlivy prostředí, které na dítě působí.

Dítě v předškolním věku nechápe smysl školního vzdělávání a nemá přesnou představu o škole a jejích nárocích. Pod vlivem různých informací a vlastní fantazie si dítě o škole vytváří do jisté míry idealizovanou představu a očekávání, které tak neodpovídají nadcházející realitě (Vágnerová, 2012). Skutečnost, že se dítě do školy těší, však není ani tak znamením jeho připravenosti a zralosti pro vstup do školy, jako spíše projevem jeho typické předškolní naivity (Matějček, Dytrych, 1994). Dítě se těší do školy podobně jako např. na výlet a ani v jednom z případů netuší, co jej tam čeká (Vágnerová, 2012).

Ve skutečnosti znamená vstup do školy poměrně zásadní změnu i pro děti, které chodily do mateřské školy. Pro většinu dětí představuje tento moment zátěžovou situaci, se kterou se musejí vyrovnat. Doposud byla hlavní činností dítěte předškolního věku hra. Nyní v roli školáka je již dítě nuceno k plnění školních povinností a disciplinované práci, kde musí odložit uspokojení svých aktuálních potřeb a naopak koncentrovat svou pozornost k dosažení žádaného výkonu, který je kontrolován autoritou učitele, pravidelně srovnáván a vyhodnocován s výkonem spolužáků a také sledován rodiči. Zvláště děti, které nenavštěvovaly mateřskou školu, mohou mít zpočátku problémy být krátkodobě se odloučit od rodičů a začlenit se do nového kolektivu spolužáků (Šmelová, Petrová a Souralová, 2012).

V praxi se v první třídě začíná s výukou poměrně brzy a pro úspěšné zvládnutí značných nároků je nutná dostatečná rozumová vyspělost, přiměřená pracovní motivace, zájem, schopnost zaměřit pozornost a další osobnostní charakteristiky. Z výše uvedených důvodů se můžeme u dětí nezdávka setkat s krátkodobými, ale i dlouhodobými projevy nepřizpůsobení. Takové děti mají obtíže přizpůsobit se kolektivnímu vedení, nedokážou zaměřit svou pozornost na vyučování, ale musí si neustále s něčím hrát nebo si čmárat, nedokážou chvíli sedět, opakovaně se otáčejí, mluví při výkladu učitelky apod. (Langmeier, Krejčířová, 2006). Někdy se nepřizpůsobení roli školáka může projevit doma, kdy dítě odmítá vstávat, nerado plní domácí úkoly, je unavené, podrážděné, má problémy se spánkem, méně jí, má zažívací obtíže, bolí ho hlava, je častěji nemocné a v některých případech dokonce může začít selhávat v již upevněných návycích nebo se mohou projevit doposud skryté vady. Mnozí se neúspěchy mají ve svém důsledku negativní dopad na sebehodnocení dítěte a brání jeho dalšímu úspěšnému postupu (Šmelová, Petrová a Souralová, 2012).

Děti v NVP, vykazují opoždění ve všech sledovaných oblastech vývoje. Proto je také značná část těchto dětí v šesti letech nezralá pro zahájení povinné školní docházky

(Langmeier, 1961; Langmeier, Matějček, 1963; Ptáček, 2011). Langmeier a Matějček (2011) zkoumali v letech 1960 až 1962 celkem 145 dětí z předškolních dětských domovů ve středočeském kraji, které měly nastoupit do školy a všechny tyto děti vykazovaly školskou nezralost. Ptáček a kol. (2011) zjistil na základě výzkumu realizovaného v letech 2010 až 2011, že největší obtíže se zvládáním školních povinností mají děti z dětských domovů (6% zvládá školní povinnosti špatně, 24% s obtížemi, 30% s pomocí, 19% dobře a 17% zcela bez obtíží). Děti z biologických úplných rodin dosahují mnohem lepších výsledků (žádné nezvládá školní povinnosti špatně, 4% s obtížemi, 15% s pomocí, 18% dobře a necelých 60% bez obtíží). Langmeier a Krejčířová zde poukazují na značný vliv prostředí a výchovy na úspěšný start ve škole. Z výzkumu provedeného Langmeierem v roce 1961 bylo z celkem 264 zkoumaných dětí označeno za nezralé pro školní docházku 33% ze zanedbávajícího a nepodnětného prostředí, 18,5% z „normálního“ prostředí a pouze 7% z prokazatelně podnětného prostředí.

#### **4.1 Tělesná (biologická) zralost**

Zkoumání tělesných proporcí dítěte zahrnuje zejména posuzování výšky a hmotnosti, dříve také např. obvodu hlavy či hrudníku. Tělesný vývoj dítěte je významnou měrou ovlivněn genetickou výbavou, dále výživou dítěte vč. výživy matky v období těhotenství, životním stylem rodiny, celkovým zdravotním stavem dítěte, jeho individuálním tempem vývoje apod. Zkoumání tělesné zralosti je nedílnou součástí zdravotních prohlídek v předškolním věku (Šmelová, Petrová a Souralová, 2012).

Škola, do které dítě vstupuje, totiž klade na dětský organismus specifické požadavky a nároky, které dítě musí zvládnout. Přiměřená fyzická zdatnost umožňuje dítěti lépe obstát v kolektivu vrstevníků a účastnit se nejrůznější pohybových her, které často mají soutěživý charakter a jejichž úspěšné zvládnutí podporuje vyšší sociální postavení dítěte v kolektivu (Thorová, 2015). Tělesně nevyzrálé děti mají slabou tělesnou konstituci, jsou tak snadněji unavitelné a mívají vyšší nemocnost. Také děti narozené s velmi nízkou porodní hmotností jsou ohrožené, neboť většina z nich nedosahuje tělesné a psychické zralosti před sedmým rokem (Langmeier, Krejčířová, 2006). Podle Langmeiera a Matějčka (1974) není tělesný vývoj na rozdíl od psychického vývoje natolik závislý na sociálním prostředí. Proto také děti v NVP mají příznivější tělesný vývoj než děti v dysfunkčních rodinách, které nejsou schopny

dostatečně zabezpečit biologické potřeby dítěte, zejména dostatek kvalitní stravy. Ptáček a kol. (2011) však na základě srovnání dětí v NVP, dětí z pěstounských rodin a dětí z biologických rodin dochází k závěru, že jak v tělesné výšce, tak v tělesné hmotnosti dosahují děti v NVP nejnižších hodnot, což dává do souvislosti s citovou deprivací. Přestože tělesný vývoj v porovnání s psychickým vývojem nepovažujeme u dětí v NVP za závažný problém, patří i tato skupina dětí mezi ohrožené, z nichž mnohé nedosahují v šesti letech potřebné tělesné zralosti pro vstup do školy.

Posuzování tělesných proporcí dítěte je tak sice nejčastějším a v podstatě nejjednodušším, avšak zároveň i nejméně průkazným znakem školní zralosti dítěte, neboť spíše souvisí se zdravotním hlediskem než s kritérii školní zralosti (Langmeier, Krejčířová, 2006; Šmelová, Petrová a Suralová, 2012).

Na konci předškolního věku před vstupem dítěte do školy dochází k nápadné proměně tělesných proporcí dítěte. Děti nabývají na váze a ještě výrazněji na výšce, končetiny se prodlužují, relativně se zmenšuje velikost hlavy, trup postupně ztrácí svou válcovou podobu, protahuje se a zplošťuje, a hrudník s břichem se začínají nápadně oddělovat (Říčan, 2004; Langmeier, Krejčířová, 2006). Šmelová, Petrová a Suralová (2012) nazývají toto období první vytáhlosti *první strukturální proměnou*.

Hodnoty tělesné výšky a hmotnosti šestiletých dětí se na základě výzkumů jednotlivých autorů realizovaných v různé době nepatrně liší. Celkově však můžeme říci, že v posledních desetiletích dochází k akceleraci vývoje dětí, což potvrzují i následující výzkumy. Prokopec a kol. (1973) uvádí u dítěte ve věku šesti let průměrnou výšku 116,7 cm (chlapci) a 116,4 cm (dívky) a průměrnou hmotnost 21,4 kg (chlapci) a 21,2 kg (dívky). Podle Lisé a Kňourkové (1986) se u dítěte v šesti letech pohybuje výška v rozmezí 110 – 115 cm a hmotnost 20 – 22 kg. Přesnější srovnání nám nabízí Bláha a kol. (2005), který prováděl v rozmezí deseti let celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže (CAV). U dětí ve věku šesti let byly naměřeny tyto hodnoty: tělesná výška u chlapců 122,3 cm (r. 1991) a 122,7 cm (r. 2001) a u dívek 121,4 cm (r. 1991) a 121,7 cm (r. 2001); tělesná hmotnost u chlapců 23,7 kg (r. 1991) a 24,2 kg (r. 2001) a u dívek 23,1 kg (r. 1991) a 23,6 kg (r. 2001). Ještě větší rozdíly nacházíme u Kopeckého (2006), který srovnává vlastní výzkum dětí v olomouckém regionu (r. 2001 – 2002) s měřeními Šmiřáka, která byla realizována v roce 1957. U dětí ve věku sedmi let nacházíme tyto statisticky významné rozdíly: tělesná výška u chlapců 122,7 cm (r. 1957) a 127,26 cm (r. 2002) a u dívek 121,1 cm (r. 1957) a 124,74 cm (r. 2002); tělesná hmotnost u chlapců 24,1 kg (r. 1957) a 25,91 kg (r. 2002) a u dívek 23,9 kg (r. 1957) a 24,04 kg (r. 2002).

Zjištěné rozdíly nepoukazují pouze na postupnou akceleraci vývoje dítěte, ale i na dětskou obezitu jakožto nastupující populační problém.

Důležitým aspektem biologické zralosti dítěte je přiměřený stupeň zralosti a funkční diferenciací CNS (Šmelová, Petrová a Souralová, 2012). Zrání CNS se projevuje změnou celkové reaktivity, zlepšením regulačních kompetencí, zvýšením celkové emoční stability a odolnosti vůči zátěži. Zralost CNS je nezbytná pro efektivní a úspěšné učení a tím dosažení požadovaného výkonu. Nedostatečně zralé děti bývají emočně labilnější a dráždivé, mají obtíže s koncentrací pozornosti a rychleji se unaví, což snižuje jejich celkový podávaný výkon a znesnadňuje adaptaci na školu (Vágnerová, 2012).

Zrání CNS má také pozitivní vliv na rozvoj motorické i senzorycké koordinace, manuální zručnost a lateralizaci. Právě úroveň motorického vývoje má podstatný vliv na úspěšnou adaptaci dítěte ve škole. Zjevná neobratnost dítěte výkonově i sociálně znevýhodňuje (Vágnerová, 2012). Zvláště u chlapců je důležitá jejich tělesná síla i obratnost, protože určuje jejich postavení v kolektivu (Říčan, 2004). Dostatečně vyvinutá jemná i hrubá motorika je předpokladem pro úspěšné zvládnutí psaní, rozvoj kreslení, pracovní i tělesnou výchovu. V souvislosti s psaním je také důležitý správný úchop tužky nebo pastelky. Vždyť kresba postavy je jedním z úkolů *Orientačního testu školní zralosti* (Jirásek, 1980). Se psaním souvisí i objektivní a komplexní určení správné laterality (Křišťanová, 1998; Šmelová, Petrová a Souralová, 2012, Thorová, 2015). Vyhraněná laterality pravé nebo levé ruky je celkem dobře rozeznatelná a jsou to často rodiče, kteří laterality subjektivně posuzují. Přesto však Drnková – Pavlíková a Syllabová (1991) navrhuji, aby se zkouška laterality stala nedílnou součástí diagnostiky školní zralosti, protože jen tak se dá účinně předejít negativním vlivům a nešetrným zásahům do přirozeného vývoje laterality. Praváctví a leváctví má v současné době více či méně rovnocenné postavení a aktuální jsou spíše skryté formy, které znevýhodňují levostranně orientované jedince (Šmelová, Petrová a Souralová, 2012). V praxi je nejpoužívanější *Zkouška laterality* dle Matějčka a Žlaba (1972).

Zrání CNS je také předpokladem k rozvoji zrakové a sluchové percepce. Zraková percepce na konci předškolního věku dozrává do takové míry, která umožňuje dítěti čtení a psaní. Dítě je schopné vnímat komplexní tvar a zároveň si všímá i detailů. Dokáže tak rozpoznat tvarově podobná písmena např. F, E, T nebo p, b, d a popř. m, n (Thorová, 2015). Předškolní děti vidí více do dálky než do blízka, proto je součástí školní zralosti i rozvoj vidění do blízka a schopnosti vizuální diferenciací, kde dítě dokáže vnímat detaily a rozlišovat drobné obrázky, které záhy nahradí písmena (Vágnerová, 2000).

Sluchová percepce, která dozrává mezi pátým a sedmým rokem, souvisí s tzv. fonologickou senzitivitou, což je schopnost dítěte rozlišovat zvukovou podobu mluvené řeči (sluchová analýza a syntéza) v podobě slov, slabik, jejich začátek i konec a také jednotlivých fonémů (Vágnerová, 2012). Fonematická diferenciacce (fonematický sluch) je schopnost sluchem rozlišovat ve slovech hlásky s distinktivní funkcí (fonémy). Tato schopnost rozlišovat znění různých hlásek a slabik se zlepšuje na začátku školní docházky. Dítě ve věku šesti až sedmi let by mělo být schopné rozlišit délku samohlásek, ale rozeznání měkké a tvrdé slabiky resp. znělé a neznělé mu ještě činí potíže (Vágnerová, 2012).

## 4.2 Kognitivní zralost

Přibližně ve věku šesti let dochází k podstatným změnám v kognitivní činnosti dítěte. Chápání světa dostává realistickou podobu, dítě je také méně závislé na svých přáních a aktuálních potřebách. Typický je přechod od globálního (celistvého) vnímání k analytickému (pročleněnému). Tato nová schopnost umožňuje dítěti lépe rozlišit části a detaily obrazce, který předtím vnímalo jen jako nedělitelný celek, a zároveň z vnímaného celku vydělit jednotlivé části a z nich původní celek opět poskládat. Dítě je takto schopné diferenciovat jak vizuální, tak i akustické útvary, což je nezbytný předpoklad pro úspěšné zvládnutí čtení, psaní i počítání (Langmeier, Krejčířová, 2006; Šmelová, Petrová a Souralová, 2012).

Vývoj analytického vnímání je možné zachytit ve spontánní kresbě, která je co do počtu jednotlivých detailů mnohem podrobnější, než tomu bylo dříve, ale také při napodobování složitějších obrazců např. tvary písmen, odpočítávání malého množství předmětů apod. Tyto činnosti se také objevují v Kernově testu školní zralosti („test základního výkonu“ – *Grundleistungstest*), který pro naše podmínky modifikoval Jirásek (1980), viz Orientační test školní zralosti. Úspěšnost dítěte ve škole však závisí i na dalších schopnostech, zejména úrovni komunikačních dovedností, paměti i znalostech získaných v předškolním věku. Proto by mělo být součástí posuzování školní zralosti i psychologické vyšetření, které by zjistilo rozumovou úroveň dítěte a proporcionalitu mentálních schopností (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Zralé šestileté dítě začíná uplatňovat novou kvalitativně odlišnou strategii myšlení. Doposud bylo myšlení předškolního dítěte ovlivněno jeho pocity a okamžitými potřebami, egocentrismem a fantazií, nyní začíná dítě logicky myslet a ve svém uvažování respektuje

vlastnosti vnímané reality, buď v její aktuální podobě, nebo na základě zafixované zkušenosti (Vágnerová, 2012). Pro přesnost myšlení předškolního dítěte je nezbytné logické třídění, které také doznává důležité změny. Dítě např. dokáže seřadit hůlky podle délky, rozlišit na obrázku, kde je pět kosů a tři vrabci, převažující množství, a pokud se zmýlí, mělo by být schopné svou chybu napravit (Říčan, 2004). Piaget (1982, 1999) pojmenoval toto období trvající do jedenácti až dvanácti let *fází konkrétních logických operací*. Podle něj se konkrétní logické myšlení vyznačuje schopností *decentrace* tj. schopnost posuzovat skutečnost z více hledisek, souvislostí a vztahů, *konzervace*, což je uvědomění si trvalosti znaků a vlastností objektů a *reverzibility* neboli vratnosti různých proměn, resp. myšlenkových operací (Vágnerová, 2012).

Dalším podstatným kritériem školní zralosti je schopnost dítěte koncentrovat svou pozornost. Školní výuka vyžaduje po dítěti aktivní vnímání a soustředěnost, aby si osvojilo a vstúpilo do paměti nové vědomosti a rozvíjelo své myšlení. Na začátku školní docházky je pozornost dítěte ještě poměrně rozptýlená, dítě je schopné úmyslně zaměřit svou pozornost na přibližně deset minut. Systematická a podnětně bohatá výuka však dokáže podpořit rozvoj záměrné pozornosti (Lisá a Kňourková, 1986; Šimíčková-Čížková et al., 2010).

Zároveň s vývojem myšlení se obohacuje i řeč dítěte. Vývoj řeči dítěte v období nástupu do školy pokračuje plynulým tempem, avšak již není tak dynamický, jak tomu bylo dříve. Podstatným aspektem je, že dítě již disponuje praktickou znalostí gramatické stavby mateřského jazyka. Školní výuka potom začíná mít další specifický vliv na vývoj komunikačních dovedností dítěte (Vágnerová, 2012). Dítě, které dosáhlo školní zralosti, by mělo být natolik jazykově kompetentní, aby dokázalo porozumět výkladu učitele a zároveň umělo své znalosti a poznatky srozumitelně vyjádřit. Z hlediska artikulace by již měly být všechny hlásky vyvozovány správně, bez přítomné dětské patlavosti (dyslalie). Praxe však ukazuje, že 20% až 30% dětí má ještě v první třídě obtíže s výslovností některých hlásek. Správná artikulace souvisí s úrovní orofaciální motoriky, tj. připraveností mluvidel vykonávat jemné pohyby při artikulaci jednotlivých hlásek (Šimíčková-Čížková et al., 2010).

Údaje o aktivní slovní zásobě šestiletého dítěte se u jednotlivých autorů liší. Lechta (2003), Klenková (2006) nebo Bytešníková uvádějí 2500 – 3000 slov a Šimíčková-Čížková a kol. (2010) považují za nejčastější rozsah 3000 až 4000 slov. Pasivní slovní zásobu, tj. slova, kterým dítě rozumí, ale aktivně je nepoužívá, tvoří v závislosti na podnětnosti prostředí mnohonásobek aktivní slovní zásoby. Řeč školsky zralého dítěte je již bez zjevných agramatismů, dítě užívá celých vět a jednodušších souvětí (Šimíčková-Čížková et al., 2010).

Podle Říčana (2004) se na řečovém projevu dítěte projevuje i sociokulturní úroveň rodiny. Děti vzdělanějších rodičů používají více obecných pojmů, jejich věty jsou po gramatické stránce složitější a uplatňují i další prvky, které představují ve školní práci znatelný náskok. Naopak děti z podnětně chudého prostředí, vykazují výrazné opoždění v řeči po stránce skladebné i obsahové (Matějček, 2011).

Inteligenci můžeme chápat jako jeden z předpokladů úspěšnosti dítěte ve škole. Proto by nedílnou součástí diagnostiky školní zralosti mělo být vyšetření inteligence, které by orientačně zjistilo, do jaké míry bude dítě vyhovovat školním nárokům. V současné době se k měření inteligence u předškolních dětí používá celá řada standardizovaných testů, jako např. *Stanford-Binetova zkouška* (zkouška Terman-Merryllové), *WISC-III* a *Wechslerův inteligenční test pro předškolní děti*, *SON-R 2½-7 – Neverbální inteligenční test*, *Woodcock – Johnson – Testy kognitivních schopností*, *IDS – Inteligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5 -10 let*, *Ravenovy progresivní matice* aj. Šmelová, Petrová a Suralová (2012, s. 81) uvádějí, že v otázce školní úspěšnosti je predikční schopnost testů inteligence vyjádřená korelačním koeficientem 0,5 – 0,7 (míra úspěšnosti 50 – 70%) relativně uspokojivá. Inteligence je dána dědičností, ale na jejím vývoji se úzce podílí i prostředí. Děti vychovávané v nepodnětném prostředí i přes jinak přijatelné předpoklady nedosahují žádoucí úrovně. Nedostatek zkušeností, absence příležitostí k učení i dědičné dispozice jsou příčinou narušení vývoje rozumových schopností (Vágnerová, 1999). To ve svých výzkumech dětí z kojeneckých ústavů, dětských domovů i dysfunkčních rodin potvrdil např. Matějček (1963).

### **4.3 Emoční, motivační a sociální zralost**

*„Emoční zralost spočívá v kontrole a regulaci emocí, přiměřeném emočním vyjadřování a porozumění emocím druhých.“* (Thorová, 2015, s. 399). Langmeier, Krejčířová (2006) definují emoční zralost jako věku adekvátní kontrolu citů a impulzů.

Emočně zralé dítě by již mělo dokázat odložit splnění svých aktuálních přání, a ne se impulzivně dožadovat jejich okamžitého uspokojení. Mělo by být schopno usměrnit svou potřebu po pohybu, mělo by zvládnout odloučení od rodičů a pobyt mezi vrstevníky, aniž by pociťovalo úzkost, a mělo by být schopné podřídit se autoritě učitele i režimu školy. Zralé dítě by také mělo být schopno vyrovnat se s hodnocením vlastních výkonů ze strany učitele, což může u nezralých dětí vyvolávat pocity ohrožení sebecitu (Šimíčková-Čížková et al., 2010;

Thorová, 2015). Schopnost sebeovládání a sebeřízení je do jisté míry závislá na biologickém zrání jedince, proto se obtíže s adaptací na školní prostředí objevují nejen u dětí předčasně zařazených, ale i u dětí nadaných. Mimo biologické zrání souvisí schopnost sebeovládání i se schopností sociálního porozumění a s pochopením vlastní psychiky i psychiky druhých (Langmeier, Krejčířová, 2006). Tento aspekt popisují v rámci teorií emoční inteligence např. Salovey a Mayer (1990), Goleman (1997), Schulze a Roberts (2007) a další. Salovey a Mayer (in: Schulze, Roberts, 2007) definují emoční inteligenci jako podmnožinu sociální inteligence, která zahrnuje schopnost člověka kontrolovat své vlastní i cizí pocity a emoce, rozlišovat je mezi sebou, a výslednou informaci využít k ovládnutí vlastního myšlení a jednání. Salovey a Mayer (in: Schulze, Roberts, 2007) shrnují svou koncepci emoční inteligence ve čtyřech třídách schopností:

- **Vnímání, posuzování a vyjadřování emocí** zahrnuje schopnost rozpoznat emoce u sebe i druhých, rozlišovat mezi emocemi a také schopnost správně vyjadřovat emoce a s nimi související potřeby.
- **Emoční podpora myšlení** předkládá různé emoční události, které napomáhají rozumovému zpracování emocí. Týká se emocí, které usměrňují pozornost k podstatným informacím a různých typů nálad, které usnadňují různé formy usuzování (deduktivní vs. induktivní).
- **Porozumění emocím a jejich analýza** se vztahuje ke kognitivnímu zpracování emocí a zahrnuje např. schopnost interpretovat význam emocí, schopnost porozumět složitým pocitům (láska, nenávisť) atd.
- **Promyšlená regulace emocí** je schopnost, která zahrnuje značně pokročilé dovednosti s cílem zvládat vlastní i cizí emoce tak, aby docházelo k emočnímu a intelektovému zrání.

Současná koncepce emoční inteligence podle Schulze a Robertse (2007, s. 91) zahrnuje čtyři dimenze, mezi které patří např.: „*schopnost efektivně jednat v kontextu daných emocí a emočně nabytých myšlenek, používat emoce jako informace a účinná emoční orientace.*“ Emoční inteligence, která se rozvíjí v předškolním věku, má vliv na adaptaci, úspěšnost a výkon dítěte ve škole (Goleman, 1997; Shapiro, 2009).

Pro základní motivaci dítěte k učení ve škole je podstatné, aby dítě chápalo smysl a hodnotu školního vzdělávání. Protože dítě bezvýhradně přejímá postoj a hodnoty svých rodičů, závisí přístup dítěte ke škole na rodičích a jejich vnímání školní úspěšnosti jako významné hodnoty. Pokud se v otázce školního vzdělávání hodnoty rodiny a společnosti rozcházejí, dítě nenachází ve školním vzdělávání jasný smysl, a jestliže se s touto konfrontací



rozdílných hodnot nějakým způsobem nevyrovná, stává se pro něj škola pouze zbytečnou povinností, kterou respektuje jen po formální stránce. Postoj dítěte k učení je důležitým znakem školní připravenosti a projevuje se zejména vytrvalostí, motivací, iniciativou, flexibilitou a mírou pozornosti při výuce (Vágnerová, 2012).

V tomto ohledu je však nutné mít na paměti, že schopnost soustředit se a samostatně a vytrvale pracovat narůstá u dětí na počátku školní docházky jen pozvolným tempem, proto je důležité tyto školní začátečníky nepřetěžovat. Děti, na které jsou už od počátku kladeny nepřiměřené nároky, mohou rychle ztrácet motivaci a zájem o školu a mohou si vytvořit nevhodné pracovní návyky, které se projevují např. nesoustředěností, kdy svou pozorností odbíhají k jiným předmětům, nevyrovnaným výkonem, častým chybováním apod. Z hlediska obtížnosti by měly být domácí úkoly nejprve jednodušší a později postupně složitější. Délka výuky i domácí přípravy by měla být krátká s dostatečným prostorem pro odreakování a regeneraci. Pro motivaci dítěte ve škole má neocenitelný význam ocenění, pochvala a odměna, kterou by učitelé a rodiče neměli šetřit (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Sociální zralost Čačka (2000) označuje též jako „vychovatelnost ve skupině“. Sociálně zralé dítě přejímá novou roli školáka a musí být schopné překonat svůj egocentrismus, podřídit se autoritě učitele, zvyklostem a režimu školy a také začlenit se do skupiny spolužáků. Kolláriková, Pupala, (2010) v tomto ohledu považují za nezbytnou schopnost sociálně zralého dítěte přiměřeným způsobem komunikovat s učitelem, spolužáky, umět rozlišovat roli žáka a roli spolužáka i roli učitele jako authority. Očekává se od něj, že již bude dodržovat běžné normy chování, i když schopnost regulovat vlastní chování podle norem je ovlivněna úrovní motivace, která je v tomto věku ještě individuálně emocionální. Kamarádké vztahy nejsou v tomto období ještě příliš stálé a mění se dle aktuálních zájmů dětí. Langmeier, Krejčířová (2006) také poukazují na důležitou schopnost empatie a zapojení se do prosociálních aktivit. Dítě si ve skupině dětí musí najít své místo, avšak jeho postavení a přijetí značně závisí na jeho sociální obratnosti a úrovni sociálního porozumění. Předškolní vzdělávání by se tak mělo zaměřit i na rozvíjení sociálních kompetencí a posilování prosociálních projevů dětí předškolního věku.

## 5 Diagnostika školní zralosti

Speciálně-pedagogická diagnostika a psychodiagnostika, které se uplatňují při posuzování školní zralosti a připravenosti dítěte předškolního věku, využívají klinické metody a testové metody. Mezi klinické metody či prostředky patří zejména pozorování, rozhovor, anamnéza a specifická analýza činností a produktů. Testové metody zahrnují standardizované testy i nestandardizované testy jako např. didaktické testy, psychodiagnostické testy, sociometrické testy, vývojové a posuzovací škály atd. Standardizované testy na rozdíl od těch nestandardizovaných mají přesně definovaná pravidla a podmínky administrace, evaluace a interpretace (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015; Valenta, Müller, 2013).

V diagnostice školní zralosti a připravenosti se uplatňují všechny výše zmíněné klinické metody. Z testových metod to jsou konkrétně zaměřené standardizované testy jako Orientační test školní zralosti, Zkouška znalosti předškolních dětí, různé typy inteligenčních testů, Reverzní test, Zkouška lateralit ad. Je-li u dítěte podezření na možné obtíže, např. specifické poruchy učení, je možné zařadit další specializované testy, které jsou zaměřeny na diagnostiku konkrétní oblasti. Patří sem např. test Diagnostika specifických poruch učení.

Tradiční přístup v diagnostice školní zralosti se odkazuje především na testové metody. Mertin (2003) preferuje dynamičtější diagnostický přístup, který akcentuje více než na testové metody spíše na metody klinické, zejména dlouhodobé pozorování, rozhovor nebo analýza produktů činnosti. Diagnostiku v tomto případě neprovádějí pouze učitelky v mateřské škole, které by měly mít potřebnou odbornost a kompetence, ale částečně i rodiče. Důležitá je dlouhodobost sběru informací o dítěti nejen z prostředí mateřské školy, ale i z rodiny a cizího prostředí a z různých činností (hra, řízená aktivita, úkolové situace atd.).

### 5.1 Pozorování

Metoda pozorování patří k nejstarším a zároveň k nejdůležitějším diagnostickým metodám. V diagnostice školní zralosti představuje pozorování důležitý diferenciální diagnostický prostředek. Na rozdíl dalších od klinických metod jako jsou např. anamnéza či dotazník, má pozorování mnohem větší vypovídající hodnotu (Valenta, Müller, 2013).

Typy pozorování je možné klasifikovat dle celé řady kritérií. Dle délky rozlišujeme pozorování krátkodobé, které je většinou součástí každodenní praxe, a dlouhodobé neboli

longitudinální pozorování, které je důkladnější a může probíhat na stejném subjektu i řadu let. Podle toho, kdo pozorování realizuje, hovoříme o sebepozorování, tzv. introspekci, a pozorování druhých, tzv. extrospekci. Z hlediska prostředí, ve kterém se pozorování odehrává, rozlišujeme pozorování terénní, což může být přirozené prostředí dítěte (škola, domácí prostředí), a pozorování laboratorní, které je za specifických podmínek realizováno na pracovišti examinátora. Je-li při pozorování examinátor v přímém kontaktu s dítětem, hovoříme o pozorování přímém nebo jinak řečeno bezprostředním. O nepřímém či zprostředkovaném pozorování hovoříme např. v případě, kdy k pozorování subjektu využíváme audiovizuální techniku (Chráska, 2007).

Z hlediska participace examinátora dělíme pozorování na nezúčastněné – examinátor pozoruje daný subjekt, ale neangažuje se, a zúčastněné – examinátor je součástí zkoumaného prostředí (třída, skupina, komunita, rodina) a podílí se na společných aktivitách. V obou případech může mít pozorování ještě otevřenou a skrytou formu podle toho, zda si je sledovaný subjekt pozorování vědom či nikoliv (Miovský, 2006).

Záměrné, cílevědomé, systematické a formální je standardizované pozorování. Zaměřuje se na konkrétní sledovanou oblast a zjištěné skutečnosti se zaznamenávají do příslušných záznamových archů, např. v podobě škál. Má tak spíše povahu kvantitativního výzkumu. Nestandardizované či volné pozorování se spíše uplatňuje v průběhu celé diagnostiky. Většinou sleduje obecné jevy, není tolik vymezeno pravidly a nabývá spíše charakteru kvalitativního výzkumu (Vágnerová, Klégrová, 2008). V diagnostice školní zralosti realizuje volné pozorování nejčastěji učitelka v mateřské škole, ale i rodič.

Objektivnost a validitu pozorování mohou negativně ovlivňovat subjektivní faktory. Chráska (2007) uvádí nejdůležitější z nich:

- Haló efekt je tendence vnímat subjekt pod vlivem pozitivního nebo negativního dojmu, který si utvoříme hned při prvním kontaktu.
- Logická chyba nastává v situaci, kdy má pozorovatel sklon hodnotit jevy tak, jak se mu jeví logické, např. „logicky“ předpokládá určité chování.
- Předsudky jsou nepodložené představy nebo nekritické přejímání názorů o tom, že děti z určitých vrstev musí mít určité vlastnosti.
- Stereotypizace a analogie souvisí se sklonem pozorovatele vytvářet si určitá schémata a vzorce, které potom aplikujeme při pozorování.
- Tradice mají na hodnocení značný vliv. Může se jednat o rčení, přísloví nebo představy platné v dané kultuře, např. že člověk s brýlemi musí být inteligentní.

- Figura a pozadí souvisí s celostními zákonitostmi. Pozorovaný subjekt posuzujeme podle prostředí, např. na pozadí hlučné a nevhledně zařízené nebo špinavé místnosti vnímáme dítě více nepříznivě.
- Aktuální psychický stav pozorovatele má značný vliv na hodnocení pozorovaného dítěte.
- Tendence k průměru je častou chybou např. u škál. Jedná se o tendenci vyhýbat se krajním hodnocením a spíše se přiklánět ke středovým hodnotám.
- Kontrast je tendence podhodnocovat ty vlastnosti dítěte, o kterých se pozorovatel domnívá, že v nich sám vyniká a opačně.
- Shovívavost pozorovatele, tzv. lenienční chyba, je sklon pozorovatele posuzovat jevy celkově mírněji, než si zaslouží.

Při orientační diagnostice dítěte si pozorovatel všímá celé řady charakteristik, které ve spojení se standardizovanými metodami podávají vypovídající a objektivní obraz o jeho dosažené vývojové úrovni. Examinátor se ve vztahu k věku dítěte zaměřuje zejména tyto oblasti (Vágnerová, Klégrová, 2008, s. 25 – 28):

- **Tělesná konstituce** dítěte (výška, váha, tělesné nápadnosti), kde případné odchylky mohou signalizovat nestandardní průběh celkového vývoje.
- **Vzhled a úprava zevnějšku** bývají sociokulturně podmíněny a mohou napovědět k jaké společenské vrstvě dítě a jeho rodina přísluší.
- **Projevy chování** dítěte napovídají o aktuálním emočním ladění. Všímáme si zejména neverbální komunikace dítěte (držení těla, mimika, gestikulace, oční kontakt ad.).
- **Motorika**, tj. celková pohyblivost, manuální zručnost nebo senzomotorická koordinace. Úroveň jemné i hrubé motoriky se promítá do úspěšnosti při psaní, kreslení nebo v tělocviku.
- **Verbální projev** má podstatnou informační hodnotu zejména při diagnostice komunikačních schopností. Nepřesná artikulace může odrážet celkovou vývojovou úroveň dítěte. Nápadně tichá mluva zase může značit určitou nejistotu dítěte.
- **Osobní tempo**, koordinovanost a intenzita pohybů odráží bazální aktivační úroveň dítěte a jeho reaktivitu. Hypoaktivita či hyperaktivita jsou krajní varianty, které souvisí s dalšími nápadnostmi stejné etiologie. Důležité je zachycení změny aktivační úrovně dítěte v průběhu testování (Počáteční ostych a nejistotu postupně vystřídá větší otevřenost a aktivita. Dítě se rychle unaví, což se projeví zpomalením pracovního tempa.)
- **Emoční projevy** (nejistota, strach, úzkost, vztek, negativismus, apatie ad.) mají důležitou vypovídající hodnotu, protože mohou ovlivňovat výkon dítěte v průběhu testování.

- **Pracovní vlastnosti**, úkolové chování a způsob reagování dítěte na pokyny se nemusí projevit jen při testování, ale i např. při práci ve škole. Všimáme si rychlosti reakcí, projevů zájmu o úkol, míry vytrvalosti, sebejistoty a ctižádosti. Všechny tyto aspekty mohou pozorovateli napomoci porozumět dítěti a odhalit možné příčiny jeho školních neúspěchů.
- **Sociální chování při vyšetření**. Zaměřujeme se na dodržování obecně stanovených pravidel (schopnost dítěte pozdravit, poděkovat, slušně o něco požádat či rozloučit se), způsob navázání kontaktu s examínátorem (bezprostřednost, uvolněnost, odtažitost, opatrnost, předvádění se, snaha o upoutání pozornosti). Na míru socializace dítěte má primární vliv výchova v rodině.
- **Chování dítěte k rodičům**, pokud je rozdílné v přítomnosti a nepřítomnosti rodičů, může poukazovat na nestandardní rodinné vztahy (napjaté vztahy vedoucí k vytváření koalic), výchovné styly (autoritativní nebo naopak příliš liberální výchova) vývojově neadekvátní upnutí na některého z rodičů atd.

## 5.2 Rozhovor

Vašek (2007, s. 74) definuje diagnostický rozhovor jako cílevědomou verbální nebo neverbální komunikaci, jejímž cílem je získání podkladů pro stanovení diagnózy. Diagnostický rozhovor (interview) umožňuje získání poměrně širokého spektra informací, které není možné zjistit např. pozorováním, protože se prostě navenek neprojevují, ale mají význam při komplexním hodnocení dítěte. Získané informace však mohou být subjektivně zkreslené (Vágnerová, Klégrová, 2008). Diagnostický rozhovor neslouží pouze ke zjištění diagnostických informací, ale je také prostředkem k navázání kontaktu s dítětem, jehož úspěšnost má zásadní vliv na další průběh vyšetření. Důležitou podmínkou úspěšnosti je také vytvoření přátelsky laděné a otevřené atmosféry, která umožní navázání vzájemně příjemného a uvolněného vztahu mezi examínátorem a dítětem. Tento vztah označujeme pojmem raport (Chráška, 2007).

Rozhovor je vždy spojen s pozorováním, protože nevnímáme pouze verbálně sdělené informace, ale také způsob vyjadřování, chování, emoční projevy (strach, úzkost, napětí, vztek apod.), formální znaky řeči (tempo, hlasitost apod.). Při rozhovoru se také okamžitě projeví případné komunikační obtíže, např. v artikulaci, Svůj diagnostický význam má i

mlčení, např. pauzy mezi otázkou a odpovědí mohou svědčit o citlivosti probíraného tématu (Vágnerová, Klégrová, 2008).

Rozhovor s dítětem je jiný než rozhovor s dospělým. S malými dětmi hovoříme většinou v přítomnosti rodičů, u starších dětí jsou rodiče přítomni na začátku a po překonání počátečního ostychu a navázání vzájemného vztahu je možné s dětmi hovořit též o samotě. Menší děti ještě nemají takové vyjadřovací schopnosti jako děti mladšího školního věku. Starší děti se zase mohou nerady vyjadřovat o svých citech, zájmech, názorech či postojích. V období adolescence je odpor proti zasahování do soukromí ještě výraznější. Při rozhovoru by měl být examinátor trpělivý, taktní, přizpůsobivý a vynalézavý. Malým dětem tykáme, starším vykáme. Adolescentům můžeme nabídnout tykaní, což většinou ocení. V komunikaci je důležité přizpůsobit se komunikační úrovni dítěte, tzn. že používáme pro dítě srozumitelná slova, volíme adekvátní téma atd. U menších dětí si můžeme při rozhovoru pomáhat např. maňásky, loutkami, hračkami, obrázky a dalšími pomůckami, které dítěti pomohou lépe pochopit položenou otázku (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015). Valenta, Müller (2013) také připomínají motivaci, která je pro úspěšné vedení rozhovoru klíčová.

Důležitým aspektem rozhovoru je naslouchání, kterým dává examinátor dítěti najevo jeho zájem a soustředěnost na jeho sdělení. V tomto ohledu může být určitým dilematem zapisování poznámek, které může působit rušivě a v dané chvíli může i odvádět pozornost examinátora. Optimální je kombinace zapisování dílčích poznámek během rozhovoru a jejich doplnění těsně po jeho skončení. Odkládání zápisu na pozdější dobu může vést k opomenutí některých informací nebo jejich zkreslení. Zapisování poznámek mohou urychlit předtiskuté formuláře. Také je možné se souhlasem klienta pořizovat audio, popř. audiovizuální záznam. V tomto případě se může examinátor plně soustředit na klienta (Vágnerová, Klégrová, 2008).

V rozhovoru také záleží na volbě vhodného typu otázek. Vhodnější jsou více otevřené otázky, protože neomezují, ale naopak podněcují dítě k obsáhlejší odpovědi, než je vyjádření prostého souhlasu či nesouhlasu. Rozlišujeme také otázky přímé, které se týkají konkrétní věci, otázky nepřímé (nedirektivní), které jsou formulovány opisem a k jádru věci se blíží oklikou, a také otázky projektivní, jež jsou založené na principu identifikace dotazovaného s jinými lidmi, do nichž promítá své postoje, názory apod. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

Z hlediska míry řízení rozhovoru rozlišujeme tyto typy rozhovorů (Chráska, 2007):

- **Strukturovaný rozhovor** je realizován na základě předem připraveného textu, jsou zde přesně formulovány otázky i jejich pořadí. Svou povahou se strukturovaný rozhovor blíží

dotazníku. Tazatel nemůže ke sdělenému obsahu přidávat vlastní komentář, ale pouze doslovně zapisuje odpovědi respondenta. Strukturovaný rozhovor zaručuje všem dotazovaným rovnocenné podmínky a získané informace je možné dobře statisticky zpracovat.

- **Nestrukturovaný rozhovor** umožňuje tazateli libovolně formulovat otázky, volit jejich pořadí, podle potřeby se vracet k nejasným nebo zajímavým bodům sdělení respondenta. Svou povahou se více blíží běžné mezilidské komunikaci. Nestrukturovaný rozhovor také usnadňuje navázání kontaktu, neposkytuje však všem respondentům úplně stejné podmínky a je téměř nemožné jej kvantitativně zpracovat.
- **Polostrukturovaný rozhovor** představuje určitý kompromis mezi oběma předešlými typy. Tazatel nabízí k pokládaným otázkám několik alternativních odpovědí a je-li potřeba, požaduje doplnění, vysvětlení nebo zdůvodnění výpovědi.
- **Skupinový rozhovor** se používá např. u citlivých témat, kde respondenti nevnímají kladené otázky tolik osobně jako při individuálním rozhovoru. Doporučená velikost skupiny je šest až deset členů. Rozhovor by měl být realizován v přirozeném prostředí respondentů (třída, tělocvična, hřiště aj.). Skupinový rozhovor umožňuje bezprostřední kontrolu výpovědí dotazovaných, neboť ostatní účastníci mohou opravit případné chyby ve výpovědi druhých. Nevýhodou skupinového rozhovoru je nestejná míra intenzity účasti dotazovaných. Prosazují se zejména osoby, které jsou aktivnější, komunikativnější i agresivnější. Jejich výpovědi potom v celkovém sdělení převládají.

Rozhovor má celkem tři fáze. Na začátku je tzv. úvodní fáze, která slouží primárně k navázání kontaktu, vytvoření optimální atmosféry umožňující získání vzájemné důvěry. Tato fáze by vždy měla mít charakter nestandardizovaného rozhovoru. Na ni navazuje jádro rozhovoru, které slouží examinátorovi k získání potřebných diagnostických informací (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

Pro navázání a udržení kontaktu s klientem, získání jeho důvěry a správný průběh rozhovoru existují tzv. techniky vedení rozhovoru. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015):

- **Technika vedení otázek.** Tuto techniku jsem již zmínil výše. Examinátor by měl klást především otevřené otázky, které přinesou souvislejší odpovědi. Také by se měl vyvarovat otázek typu „proč?“, které navádí klienta k interpretaci. Hodnotnější jsou spíše otázky typu „jak“.
- **Technika jednoduché akceptace** připomíná examinátorovi důležitost dávat klientovi najevo, že mu nasloucháme a bereme jej na vědomí. Examinátor by měl svůj zájem o

klienta projevovat neverbálními prostředky (mimika, gestika, zrakový kontakt) i verbálně např. slovy „ano“, „jistě“, „hm“ apod.

- **Technika zachycení a objasnění.** Examinátor se při rozhovoru snaží zachytit podtext, objasnit pocity respondenta, a to taktně a nepřímým způsobem. Příklad: Rodič si stěžuje: „*Ten náš Tonda je strašně neohrabaný.*“ Examinátor na to reaguje: „*Máte pocit, že je spíše studijní typ?*“
- **Technika parafrázování** spočívá v opakování části odpovědi klienta, což pomáhá udržovat rozhovor na živé a spontánní úrovni. Příklad: Dívka si stěžuje: „*Ten můj bratr pořád poslouchá nahlas hudbu!*“ Examinátor: „*To tě asi ruší při učení?*“
- **Technika interpretace.** Examinátor bezprostředně interpretuje výpovědi klienta. Po interpretaci může následovat objasnění. Příklad: Matka sděluje: „*Náš Tomáš si vůbec neuklízí v pokojíku. Jinak je hodný, ale v hračkách by měl mít pořádek.*“ Examinátor reaguje: „*Vidím, paní Dvořáková, že jste ráda, když je doma uklizeno.*“
- **Technika ujištění** slouží k eliminaci případné nejistoty u klienta, která může v určitých situacích vyvolat obranné mechanismy (např. agrese, apatie aj.) Příklad: Examinátor ujišťuje respondenta: „*Mrzí mne, že se to nepodařilo, ale rozhodně si to nedávejte za vinu. Popište mi raději, co se vlastně stalo.*“
- **Technika používání pomlky** dává v průběhu rozhovoru příležitost, aby si obě strany domysleli, zvážili a potichu rekapitulovali to, co bylo před chvílí vysloveno.

### 5.3 Anamnéza

Anamnéza je původně medicínská diagnostická metoda, která se snaží objasnit období před nástupem onemocnění. Pojem anamnéza vychází z řeckého slova *anamnēsis*, což znamená rozpomínání. V současné době našla tato klinická metoda široké využití v psychologii, pedagogice, speciální pedagogice nebo sociální práci. Cílem této metody je získat od klienta, rodičů, dalších blízkých osob, odborníků (lékař, učitel, sociální pracovník ad.) údaje, které je nutné dále kategorizovat. Anamnestické údaje se nejčastěji získávají rozhovorem nebo dotazníkem (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015). Anamnéza popisuje nejen osobnost klienta, ale i jeho nukleární rodinu (rodiče, sourozence), širší rodinu (prarodiče a další příbuzní) a případně sociokulturní prostředí, ve kterém vyrůstá (Valenta, Müller, 2013).



V diagnostice školní zralosti to může být právě rozhovor s učitelkou v mateřské škole či s rodičem dítěte. Existují také strukturované dotazníky např. pro učitele mateřských škol, kde učitelé odpovídají na předem stanovené otázky pokrývající všechny podstatné informace o dítěti (chování, adaptace, komunikační schopnosti, motorika, kognitivní schopnosti, sociální chování, spolupráce rodičů ad.)

Ve speciální pedagogice a psychologii se můžeme setkat s těmito typy anamnéz (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015; Valenta, Müller, 2013):

- **Osobní anamnéza** se týká především jedince, který je předmětem diagnostiky. Podle zdroje získaných informací dále rozlišujeme:
  - **Autoanamnézu** – jedná se o subjektivní anamnézu, kde zdrojem informací je sám klient.
  - **Heteroanamnézu** – objektivní anamnéza, kde informace pochází od druhých lidí (rodiče, učitelé, lékaři ad.).
- **Rodinná anamnéza** zahrnuje informace o ekonomické a kulturní úrovni rodiny, hodnotové orientaci, úplnosti či neúplnosti rodiny, vzdělání rodičů, atd.
- **Rodová anamnéza** (hereditální) zjišťuje, zda se podobné obtíže neobjevily u jiných členů rodiny nebo předků.
- **Medicínská anamnéza** (zdravotní) shromažďuje údaje o prodělaných chorobách nejen u klienta, ale i u širšího příbuzenstva, soustředí se na patologické projevy a vývojové odchylky.
- **Perinatální anamnéza** popisuje způsob a případné komplikace během porodu a bezprostředně po něm.
- **Výchovná a vývojová anamnéza** se zaměřuje na zjištění dosažené úrovně vědomostí, dovedností, postojů, zájmů, návyků a obecně motivů nebo hodnot, které odpovídají věku dítěte. Patří sem i dosažená úroveň vzdělání rodičů, výchovné styly nebo vývojové charakteristiky dítěte.
- **Psychologická anamnéza** se zaměřuje především na tyto oblasti:
  - **Rodinné anamnestické údaje** – Informace o chorobách, pobytech na psychiatrii, kriminalitě pokrevních příbuzných z obou stran klienta.
  - **Nukleární rodina** – úplnost nebo neúplnost rodiny, vztahy v rodině, výchovné a emocionální klima, výchovné metody, systém odměn a trestů, ekonomická a materiální úroveň, bydlení atd.
  - **Sourozenci** – počet a pořadí sourozenců, vzájemné vztahy, individuální rozdíly.

- **Prenatální období a porod** – informace o průběhu těhotenství a porodu, stav matky během těhotenství, postoj matky k dítěti (chtěné, nechtěné), porod v termínu, předčasný, pozdní, spontánní, vyvolávaný, porodní a poporodní komplikace.
- **Raný vývoj** – kojení a jeho délka, vývoj psychomotoriky, osvojení hygienických a stravovacích návyků.
- **Další vývoj** – navštěvování jeslí a mateřské školy, vč. adaptace, období vzdoru, vztahy k rodičům, příbuzným, sourozencům a dalším osobám, poslušnost.
- **Scholarita** – postoj dítěte ke škole, adaptace ve škole, začlenění do kolektivu, školní úspěšnost, výukové a kázeňské problémy.
- **Somatické zdraví** – prodělaná běžná dětská onemocnění, úrazy, hospitalizace, stravování, spánek.
- **Emocionální vývoj** – podnětnost prostředí v dětství, projevy emocí, reaktivita, reakce na stres, strach, úzkost, citové odpoutání od rodiny.
- **Vývoj postojů k hodnotám** – hodnotová orientace, hierarchie hodnot, motivace chování, vztah k povinnostem, smysl pro odpovědnost, lhavost, tresty a postoj k nim.
- **Vývoj sociálních vztahů** – vztahy ke spolužákům a vrstevníkům, vztahy k autoritám a vztahy ke členům rodiny.
- **Návyky** – žádoucí i nežádoucí, jídlo, spánek, práce, hra, zlozvyky.
- **Zájmy a aktivity** – zájmy, záliby a jejich šíře a stabilita, trávení volného času.
- **Výchovné potíže a poruchy chování** – vývoj poruch chování, záškoláctví, útěky, krádeže, kriminalita, abúzus návykových látek.
- **Vývoj abnormálních, hraničních a patologických jevů** – etiologie, počátky a průběh abnormálních projevů.

## 5.4 Analýza produktů a činností

Z hlediska diagnostiky dítěte se analýza produktů a činností zaměřuje na tři oblasti: Analýzu produktů činnosti nebo jinak řečeno analýzu spontánních produktů, dále analýzu písma a analýzu hry (Valenta, Müller, 2013). Vágnerová, Klégrová (2008) ještě zmiňují analýzu způsobu úpravy osobního teritoria.

**Analýza produktů činnosti** poskytuje významné diagnostické informace, které často nelze získat jinou cestou, a jako doplněk k dalším diagnostickým metodám mohou přispět ke

komplexnímu posouzení klienta. Za produkty můžeme považovat spontánní kresby nebo malby, básně, jiná literární díla, amatérské výrobky z jiných oblastí. Cennou hodnotu mají také dopisy, deníky a další osobní dokumenty. V diagnostice dítěte se jedná zejména o spontánní kresby (nevznikly pod vedením učitele), nebo různé výrobky vzniklé v rámci zájmové činnosti (stavby ze stavebnice či písku, modely, figurky z hlíny či moduritu atd.) nebo v rámci arteterapie (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015). U kresby sledujeme zvolená témata, obsah kreseb, proměnu kreseb nebo jejich dlouhodobé přetrvávání (opakují se stejná témata, např. agrese). Examinátor se také zaměřuje na způsob provedení kresby, zda odpovídá věku dítěte (Vágnerová, Klégrová, 2008).

Podle Svobody, Krejčířové, Vágnerové (2015) se do kresby promítají různé psychické a další jevy, jako např. kognitivní přístup ke ztvárnění tématu, dosažená úroveň jemné motoriky a vizuomotorické koordinace, temperament a emoční prožívání nebo způsob nazírání a postoj k určité skutečnosti (rodinné vztahy, sebepojetí aj.). Kresba umožňuje odhad celkové úrovně rozumových schopností dítěte. Kresba je také prostředkem pro celkové uvolnění, snížení napětí, překonání počáteční nedůvěry a nejistoty. Proto se často kresebné testy zařazují na začátek sezení, kde doplňují úvodní metody navázání kontaktu. Výhodou kresby je jejich nenáročnost a snadnost jejich administrace.

V diagnostice školní zralosti je kresba součástí Orientačního testu školní zralosti, kde se jedná o kresbu mužské postavy (Jirásek, 1980). V psychodiagnostice existuje celá řada testů založených na kresbě, např. Zkouška kresby lidské postavy (Goodenough-Harris Drawing Test), Kresba postavy (Draw-A-Person – DAP), Tes hvězd a vln (Der Sterne-Wellen-Test), Test stromu (Der Baumtest), Kresba rodiny, Kresba začarované rodiny ad. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

**Analýza písemných projevů** se u dítěte nejčastěji zkoumá z jeho domácích a školních sešitů. Zkoumáním písma z hlediska diagnostiky se zabývá grafologie a patografie. Grafologie se zaměřuje spíše na diagnostiku osobnosti, patografie zkoumá patologické jevy v písemném projevu a jejich etiologii, které mohou predikovat nástup určité poruchy či onemocnění (Valenta, Müller, 2013). Při analýze písma si všímáme rozdílu ve výkonu v různých situacích (ve škole, doma) a v časovém horizontu (zlepšení, zhoršení nebo kolísání). Analýza se zaměřuje také na posouzení písemného projevu po formální stránce, např. úprava a charakter písma, ale i po obsahové stránce, tj. četnost a typy chyb (Vágnerová, Klégrová, 2008).

**Analýza hry** se uplatňuje zejména u dětí předškolního věku jako další z diagnostických prostředků k posouzení celkové vývojové úrovně. Jak již bylo v úvodu řečeno, předškolní věk

je věkem hry, která je hlavní a zároveň nejpřirozenější činností dítěte. Jak Říčan (2004, s. 127) trefně poznamenává: „*Předškolák si hraje intenzivně, s velkou vážností a vášnivostí. Dovede se do hry zabrat tak, že úplně zapomene jít včas na záchod, a dokonce se do ní vžije natolik, že se směje, vztekle křičí – i pláče.*“

Podle Vágnerové (2012, s. 189) má hra „**neverbální symbolickou funkci**“ Jinými slovy je to další způsob, kterým dítě vyjadřuje vlastní interpretaci reality, postoj k světu i k sobě samému. Vágnerová rozlišuje symbolickou hru a tematickou hru:

- **Symbolická hra** slouží dítěti předškolního věku jako prostředek, jímž se vyrovnává s realitou, která pro něj představuje určitou zátěž. Touto zatěžující realitou je svět se svými požadavky, kterým se dítě musí neustále přizpůsobovat. Symbolická hra jej osvobozuje, dovoluje mu chovat se podle svých představ. Symbolicky si prostřednictvím hry může splnit přání, která ve skutečnosti splnitelná nejsou.
- **Tematická hra** podle Vágnerové nabízí dítěti způsob procvičit si budoucí role, zvládnout a řešit určité situace nebo prožít různé sociální role, vč. těch negativních (např. role agresora), které jsou pro děti atraktivní a v jiné podobě by jim nebyly dovoleny. Příkladem může být hra na školu, na doktora, na maminku a tatínka, na policajty a zloděje atd. Role dítěte ve hře může být dobrá i zlá, dítě se tak naučí vnímat a rozlišovat své pozitivní i negativní vlastnosti.

Kuric (2001, s. 63) ve své klasifikaci z hlediska zaměření her a vývojové vyspělosti dítěte uvádí pro předškolní věk tyto dominující hry:

- **Úlohové hry** se objevují okolo tří let, ale naplno se rozvíjejí a získávají na významu až ve čtyřech a pěti letech věku dítěte. Dítě v nich fiktivně přebírá různé odpozorované úlohy ze života dospělých, se vši vážností se do nich vžívá a přitom uplatňuje celou řadu etických a fantazijních prvků.
- **Konstruktivní hry** už můžeme pozorovat v batolecím věku, ale opět jejich význam vzrůstá v průběhu předškolního věku až do období školní docházky. V konstruktivní hře jde zejména o její výsledek, jímž je vlastní výtvar dítěte. Patří sem celá řada stavebnicových her, modelování, kreslení, slepování, puzzle, hra na písku atd.
- **Didaktické hry** neboli hry s pravidly jsou organizované a v herní interakci je nutné dodržovat určitá pravidla, aby bylo dosaženo zamýšleného herního výsledku. Děti si při těchto hrách procvičují pozornost a nabývají nových poznatku a informací.

- **Receptivní hry** spočívají na přijímání podnětů z vnějšího okolí a méně se v nich uplatňuje motorika. Příkladem může být poslech pohádky nebo hudby, prohlížení obrázkové knížky nebo encyklopedie, sledování televizních, filmových a divadelních programů atd.

Při hře také můžeme pozorovat vývoj sociálních rolí dětí. Zatímco u dvouletých dětí, které si hrají v jedné místnosti, můžeme pozorovat tzv. **souběžnou (paralelní) hru** – děti po sobě pokukují, hrají si podobným způsobem, ale každé samo, u předškolních dětí začíná převládat **hra společná – asociativní**. Děti si hrají společně na sdílených projektech, navzájem si poskytují materiál. Později nastupuje **hra kooperativní**, která je organizovaná ve spolupráci, při níž jsou role ke společné hře rozděleny (Langmeier, Krejčířová, 2006).

**Způsob úpravy teritoria** se posuzuje zejména u starších dětí, které již mají určité představy a zájmy, které se odrážejí na charakteru výzdoby a uspořádání jejich pokoje. U menších dětí pokoj většinou upravuje matka. Všimáme si výzdoby pokoje (plakáty, vystavené věci), barevnosti pokoje a jeho vybavení a uspořádání pokoje. Protože se při diagnostice nesoustředíme pouze na zkoumanou osobu, ale i na rodinu, všimáme si také celkového uspořádání bytu nebo domu a vymezení osobního teritoria jednotlivých členů rodiny (Vágnerová, Klégrová, 2008).

## 5.5 Orientační test školní zralosti

Tento nejznámější a nejužívanější test vychází z Kernova testu *Grundleistungstest*, který ve své původní verzi obsahoval šest úloh – čmárání, obkreslování jednoduché věty, nakreslení dětské postavy, obkreslení skupiny bodů a dvě úlohy simultánního postihování množství (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

Autorem české verze je Jaroslav Jirásek, který z Kernova testu vybral tři úlohy, které dále modifikoval. Kernovu kresbu dětské postavy nahradil kresbou mužské postavy, grafickou reprodukcí krátké věty, jejíž první slovo bylo u Kerna křestní jméno, nahradil Jirásek tištěnou předlohou s psacími tvary písmen a u třetí úlohy mírně pozměnil uspořádání a počet skupiny bodů. Jirásek také zavedl namísto Kernovy třístupňové klasifikace pětistupňovou klasifikaci, která je obdobná jako klasifikace ve škole. Celkové hodnocení je však označováno slovně nadprůměrný, průměrný a podprůměrný. Test je možné realizovat jak individuálně, tak skupinově. Je také důležité podotknout, že test má význam především orientační a depistážní (Jirásek, 1980).

První úlohou je kresba mužské postavy, která musí pro získání nejlepšího hodnocení, tj. známky jedna, splňovat tato kritéria: Musí mít hlavu, trup a končetiny, přičemž hlava musí být s trupem spojena krkem a nesmí být větší než trup. Na hlavě jsou vlasy, popř. je zakrývá čepice nebo klobouk a uši. V obličeji jsou oči, nos a ústa. Paže jsou zakončeny rukou s pěti prsty. Postava je nakreslena tzv. syntetickým způsobem (odvozeno od slova syntéza, tj. spojení dvou nebo více částí v jeden celek). Chybění jednotlivých prvků a absence syntetického zobrazení postupně snižují hodnocení. Nejhorší známkou pět je hodnocena postava, kde chybí jasné zobrazení trupu, tzv. hlavonožec, nebo chybí oba páry končetin (Jirásek, 1980).

Druhá úloha představuje napodobení psacího písma obkreslením krátké věty „*Eva je tu.*“ a v dalších modifikacích testu podobně obtížné věty „*Ota jí moc. Sev pal li. Ci yl osn.*“ Nejlépe je hodnocena zcela dobře čitelně napodobená napsaná předloha. Písmena nesmí být dvakrát větší, než je předloha. Počáteční písmeno je výrazně patrné výškou velkého písmene, slova jsou dokonale spojena ve tři slova. Nesmí chybět tečka nad písmenem *j* nebo *i*. Opsaná věta není ve vodorovné linii odchýlená o více jak 30°. Průměrná známka tři odpovídá přepsané předloze, kde je patrné členění alespoň na dvě části a lze rozpoznat nejméně čtyři písmena předlohy. Známkou pět je hodnoceno čmárání (Jirásek, 1980).

Ve třetí úloze má dítě za úkol obkreslit skupinu deseti bodů. Pro nejlepší hodnocení je opět důležité téměř dokonalé napodobení předlohy. Tolerováno je pouze nepatrné vychýlení jednoho bodu z řádku nebo sloupce. Zmenšení i zvětšení předlohy je možné, ale zvětšení nesmí být více jak o polovinu. Hodnotí se též rovnoběžnost obrazce s předlohou. Vychýlení více bodů a následně i nedodržení počtu a sestavy skupiny bodů je hodnoceno sníženými známkami. Na známku čtyři stačí, že se obrazec skládá ještě z teček, známkou pět je hodnoceno stejně jako u předchozí úlohy čmárání (Jirásek, 1980).

Zatímco první úloha vychází z představy vývoje kresby dítěte, následující dvě úlohy mají opravdu charakter zkoušky. Ke splnění daných úloh dítě potřebuje vyvinout jisté volní úsilí, musí být schopné po určitou dobu vyvíjet konkrétní činnost (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015). V každém případě je pro splnění všech tří úloh nezbytná určitá úroveň vyspělosti jemné motoriky, koordinace vidění a pohybů ruky (Jirásek, 1980).

## 5.6 Zkouška znalosti předškolních dětí

Autory této zkoušky jsou Zdeněk Jirásek a Marie Vágnerová. Zkouška znalosti předškolních dětí je v diagnostice školní zralosti vhodným doplněním Jiráskova orientačního testu školní zralosti. Zkouška byla sestavena na základě dlouhodobého psychologického vyšetřování dětí z dětských domovů, kde sociální a věcná informovanost těchto dětí neodpovídala jejich rozumovým schopnostem. Bylo vypořazováno, že nedostatky se týkají určitých okruhů znalostí a celkový obraz informovanosti dítěte z dětského domova je kvalitativně odlišný než u dítěte z běžné rodiny. V první verzi zkouška obsahovala celkem deset subtestů, každý po deseti položkách, což však činilo test příliš časově náročným. V následné revizi byl tedy počet položek v každém oddílu snížen na čtyři položky (Matějček, Vágnerová, 1992).

Zkouška znalosti předškolních dětí není primárně testem inteligence, byť zjišťuje úroveň rozumových schopností dítěte a dosažené skóre je možné převést na hodnotu IQ prostřednictvím normativních tabulek (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015). Test si klade za cíl být především určitým měřítkem znalostí, které dítě při své úrovni intelektu získalo ve svém dosavadním životním prostředí. Při získávání informací se však právě uplatňují intelektové činnosti jako např. třídění, zařazování a ukládání informací do paměti, vybavování poznatků ve vhodných situacích atd. Dá se tedy říci, že zkouška znalostí předškolních dětí významně koreluje s dalšími testy inteligence (Matějček, Vágnerová, 1992).

Zkouška znalosti předškolních dětí je zadávána individuálně a je určena pro děti ve věku od čtyř do sedmi let nebo pro děti, jejichž intelektové schopnosti dosahují alespoň spodní hranice tohoto věkového pásma. Zkoušku je možné využít i u dětí s mentálním postižením, zde je ale opět podmínka, aby jejich mentální věk dosahoval tohoto věkového rozpětí. Test je možné použít u dětí s postižením hybnosti a u dětí se zrakovým postižením, v těchto případech je však nutný kvalitativní rozbor výsledků a individuální hodnocení s ohledem na vnější i vnitřní faktory. Zkouška naopak není vhodná pro děti s narušenou komunikační schopností nebo sluchovou vadou (Matějček, Vágnerová, 1992).

Celkem deset oddílů zahrnuje postupně tyto okruhy znalostí: společné zařazení, počet, čas, hry a sport, pohádky, zvířata, rostliny, domácnost, nástroje a v závěru testu zaměstnání. Správná odpověď je ohodnocena jedním bodem, u špatných odpovědí body neodečítáme. Některé otázky mají více správných odpovědí. Kladně je hodnocena i odpověď opisem, tzn. že dítě si nemůže vzpomenout na správný výraz, ale danou odpověď dokáže správně popsat

více slovy. Součet bodů, jejichž maximum je čtyřicet, dává celkové hrubé skóre. Dosažené hrubé skóre je možné pomocí norem založených na 600 dětech ve věku od čtyř do sedmi let převést na odpovídající hodnotu IQ (Matějček, Vágnerová, 1992).

## 5.7 Inteligenční testy

Úroveň intelektových schopností je možné u dětí měřit přibližně od tří let věku, nicméně však musíme reflektovat skutečnost, že struktura inteligence je zvláště v první polovině předškolního věku podstatně odlišná od struktury inteligence školního dítěte nebo inteligence dospělých. V předškolním věku je výkon dítěte ještě ovlivňován emočními a osobnostními faktory, které jsou v tomto období ještě značně proměnlivé. Při vyšetření je tedy nutné reflektovat momentální rozpoložení dítěte, aktuální zájem a zaměření dítěte. Většina inteligenčních testů má však poměrně striktní pravidla administrace, a tak je schopnost examinátora flexibilně reagovat na potřeby dítěte a zároveň vyhovět daným pravidlům důležitým klinickým uměním (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

Rozumové schopnosti jsou jen jednou z oblastí, které společně určují míru školní zralosti a připravenosti. Proto by měl být při diagnostice školní zralosti zařazen inteligenční test jako součást širší testové baterie. V této souvislosti odkazuje Thorová (2015) na výzkumy LaPara a Pianta, které dokládají, že úroveň rozumových schopností dítěte před vstupem do školy není možné dávat do přímé souvislosti s budoucí školní úspěšností či neúspěšností.

V diagnostice rozumových schopností předškolních dětí se v současné praxi využívá celá řada individuálně i skupinově administrovaných inteligenčních testů. V následujících kapitolách přiblížím některé z nich: Stanford-Binetova zkouška (S-B) nebo její druhá revize, tj. zkouška Terman-Merrillové (T-M) nyní používaná zejména ve čtvrté revizi (S-B IV), ale existuje již i pátá revize (S-B V). Dále třetí revizi Wechslerovy zkoušky inteligence (WISC-III) a, Weschlerův inteligenční test pro předškolní děti (WPPSI-R), mezinárodní edice testu Woodcock-Johnson II (WJ IE II COG), neverbální SON – R 2½-7, poměrně nový test IDS – Inteligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5 – 10 let a jednodimenzionální skupinově využitelný test Ravenovy progresivní matice (CPM).



### 5.7.1 Stanford-Binetova zkouška

Stanford-Binetova zkouška byla poprvé publikována v roce 1905 a jejími autory jsou Alfréd Binet a Théodore Simon. Původně sloužila k posuzování stupně intelektového vývoje dětí s mentální retardací. II. revize publikovaná v roce 1937 je podle autorů Lewise Termana a Maud Merrill označována jako Zkouška Terman-Merrillové. III. revize vydaná v roce 1960 je výběrem nejvhodnějších úloh z paralelních forem L a M testu z roku 1937 (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

Současná IV. revize S-B testu byla publikována v roce 1986, české vydání potom v roce 1995. Jedná se o přepracované vydání S-B inteligenčního testu L-M formy z roku 1960, které přináší oproti původní verzi podstatné změny. Test zahrnuje rozmanitou škálu různých úkolů, jež jsou dle charakteru sdruženy do celkem patnácti subtestů, z nichž každý vyžaduje poněkud odlišné poznávací schopnosti a zásobu informací nutných k jejich úspěšnému splnění. Úkoly jsou v subtestech uspořádány do úrovní značených písmeny A – Y. Obtížnost jednotlivých úloh se postupně zvyšuje a na každé úrovni se nacházejí dvě podobně obtížné úlohy. Různý počet úrovní v jednotlivých subtestech odráží rozpětí chronologického věku. V prvních šesti subtestech je dvacet i více úrovní, a proto jsou určeny pro širší věkové rozpětí než zbývající subtesty, které obsahují od sedmi do šestnácti úrovní (Thorndike, Hagen, Satter, 1995).

Při administraci testu je bezpodmínečně nutná dobrá znalost testu a schopnost citlivě reagovat na testovaného. Aby byl test úspěšný a bylo dosaženo požadovaných výsledků, je nutné zachovávat standardní postupy, vytvořit adekvátní vztah (spojení) mezi testovaným a examinátorem a správně skórovat odpovědi zkoušeného (Thorndike, Hagenová, Satter, 1995).

Na začátku testu je třeba stanovit bazální úroveň testovaného platnou pro další subtesty. Ta je stanovena pomocí převodní tabulky, a to na základě chronologického věku testovaného a dosaženého hrubého skóre v subtestu „slovník“, který určen pro tento účel. Toto pravidlo však komplikuje standardní využití testu u dětí s narušenou komunikační schopností, smyslovými vadami, u zvýšeně úzkostných dětí a obecně u osob, u kterých lze předpokládat značný rozptyl výkonu. Dodržení přesné administrace a skórování přináší problémy při testování neklidných nebo negativistických dětí, kdy nelze postupy předkládání úkolu pozměňovat. Možné je však řešení subtest přerušit a pokračovat v něm později, kdy je vhodnější chvíle. Kompletní test trvá v závislosti na věku testovaného od šedesáti do devadesáti minut, zkrácená verze potom třicet až čtyřicet minut (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

Následující tabulka přináší přehled a věkové rozpětí jednotlivých subtestů (Thorndike, Hagen, Satter, 1995):

Tab. 5.7.1 Přehled a věkové rozpětí subtestů S-B IV testu

	Věk	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18+
	<b>Krystalizované schopnosti</b>																		
1.	Verbální myšlení	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.	Porozumění	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.	Absurdity	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	.	.	.	.	.
4.	Verbální vztahy										.	.	X	X	X	X	X	X	X
	<b>Kvantitativní myšlení</b>																		
5.	Počty	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6.	Číselné řady				.	.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7.	Tvoření rovnic										.	.	X	X	X	X	X	X	X
8.	Technicko-analytické schopnosti																		
	<b>Abstraktně-vizuální myšlení</b>																		
9.	Analýza vzorů	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10.	Napodobování	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11.	Malice				.	.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12.	Skládání a stříhání papíru										.	.	X	X	X	X	X	X	X
	<b>Krátkodobá paměť</b>																		
13.	Paměť na korálky	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14.	Paměť na věty	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15.	Paměť na čísla				.	.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16.	Paměť na předměty				.	.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

### 5.7.2 WISC-III a Wechslerův inteligenční test pro předškolní děti

WISC-III je revize Wechslerovy zkoušky inteligence (WISC-R) poprvé publikovaná v USA v roce 1991. Revize se týká zejména obsahu textu, který byl již poměrně zastaralý, a modernizace obrazového materiálu, který je nově zvětšený a v barevném provedení. Přestože zůstala oproti původní verzi WISC-R zachována základní struktura testu, byly některé subtesty rozšířeny o položky na krajních bodech škály, tj. nejjednodušší a nejobtížnější. Tato modifikace si klade za cíl zlepšení diferenciacní schopnosti testu zejména u menších dětí a dětí mimořádně nadaných. Přesto však u nejnižších věkových kategorií zvláště v oblasti podprůměru test ještě dostatečně nediferencuje. Zásadní změnou je také zavedení indexových skóre založených na celkem čtyřech faktorových analýzách, čímž umožňují komplexnější neuropsychologické analýzy výsledků především v diagnostice dětí se specifickými poruchami učení. Přidán je také nový nepovinný subtest (Hledání symbolů), který slouží k výpočtu indexových skóre (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

WISC-III je určen pro děti ve věku šest až šestnáct let a jedenáct měsíců. Běžná administrace baterie deseti subtestů trvá v závislosti na výkonu dítěte přibližně padesát až sedmdesát minut a s dvěma doplňkovými a jedním nepovinným subtestem ještě o deset až patnáct minut déle. Test by měl být realizovaný celý najednou během jednoho sezení, proto je vhodné při nedostatečné motivaci dítěte nebo jeho únavě testování přerušit a odložit na jiný termín. Je vhodné, aby náhradní sezení proběhlo v termínu kratším než jeden týden (Wechsler, 2002).

WISC-III je sestaven z celkem dvanácti subtestů převzatých z předchozí verze WISC-R a z nového subtestu Hledání symbolů. Subtesty jsou opět rozděleny do dvou škál – verbální a performační. Popis jednotlivých testů a jejich příslušnost k jednotlivým škálám a faktorům přináší následující tabulka:

Tab. 5.7.2 Popis subtestů WISC-III

Subtest	Škála	Faktor	Popis
<b>Doplňování obrázků</b>	perf.	II	Sada barevných obrázků běžných předmětů a jevů. Na každém z obrázků chybí důležitá část, kterou dítě identifikuje
<b>Vědomosti</b>	verb.	I	Série ústně předkládaných otázek, které prověřují znalost dítěte o běžných událostech, předmětech, místech a lidech.
<b>Kódování</b>	perf.	IV	Série jednoduchých tvarů (A) nebo čísel (B), ke každému z nich je přiřazen jednoduchý symbol. Dítě zakresluje tyto symboly do odpovídajícího tvaru (A) nebo pod odpovídající číslo (B) podle klíče. Kódování A i B jsou vytištěna na samostatném perforovaném archu záznamového listu.
<b>Podobnosti</b>	verb.	I	Skupina ústně předávaných párů slov, u nichž dítě vysvětluje podobnost mezi běžnými předměty či pojmy, které představují.
<b>Řazení obrázků</b>	perf.	II	sada barevných obrázků, předkládaných v promíchaném pořadí, které dítě skládá do logické příběhové souslednosti.
<b>Počty</b>	verb.	III	Skupina aritmetických úkolů, které dítě řeší z hlavy a odpovídá ústně.
<b>Kostky</b>	perf.	II	Sada dvojrozměrných geometrických vzorů, které dítě sestavuje pomocí dvoubarevných kostek.
<b>Slovník</b>	verb.	I	Série ústně prezentovaných slov, která dítě definuje.
<b>Skládanky</b>	perf.	II	Sada skládanek běžných věcí, z nichž každá je předložena ve standardním uspořádání a dítě ji skládá do smysluplného celku.
<b>Porozumění</b>	verb.	I	Série ústně zadávaných otázek, které vyžadují, aby dítě řešilo každodenní problémy nebo projevilo pochopení sociálních pravidel nebo pojmů.
<b>Hledání symbolů</b>	perf.	IV	Série dvou skupin symbolů, každá dvojice se skládá z referenční a vyhledávací skupiny. Dítě si prohlíží obě skupiny a označuje, zda se cílový symbol vyskytuje nebo nevyskytuje ve skupině vyhledávací. Obě úrovně testu jsou natištěny v samostatném pracovním sešitě.
<b>Opakování čísel</b>	verb.	III	Série ústně předkládaných řad čísel, které dítě opakuje doslovně v části opakování dopředu a v obráceném pořadí v části opakování čísel pozpátku.
<b>Bludiště</b>	perf.	-	Sada bludišť se vzrůstající obtížností vytištěných v pracovním sešitě, které dítě řeší tužkou.

**Wechslerův inteligenční test pro předškolní děti** byl původně určen pro čtyř až šestileté děti, nová revize z roku 1989 rozšiřuje věkové rozpětí od tří do sedmi let. Celá řada modifikací činí test pro děti více přitažlivý a motivační. Test je opět rozdělen na verbální a neverbální část, z nichž každá obsahuje šest subtestů. Ve verbální části se jedná o subtesty Informace, Slovník, Porozumění, Podobnosti, Aritmetika a nově je přidán subtest Paměť pro věty. V neverbální části jsou obsaženy subtesty Doplnování, Kostky, Bludiště, Kódování (Domky zvířat), což je jednodušší varianta subtestu Hledání symbolů, dále subtest Geometrie, který u dítěte předpokládá schopnost rozpoznávat a reprodukovat geometrické obrazce. Nově je zařazen subtest Skládanky (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

### **5.7.3 SON-R 2½-7 – neverbální inteligenční test**

Test SON-R 2½-7 představuje revidovanou verzi testu SON 2½-7 a představuje standardizovanou testovou baterii pro vyšetření inteligence. Test je určen malým dětem ve věku od dvou let a šesti měsíců do sedmi let, nicméně normy testu zahrnují širší věkové rozpětí od dvou let a čtyř měsíců do sedmi let a sedmi měsíců. Průměrná doba administrace testu je padesát minut. Jedná se o neverbální test, tzn. že examinátor ani dítě nemusí mluvit nebo psát a testové materiály nezahrnují jazykovou složku. To však neznamená, že administrátor a dítě spolu nekomunikují. Způsob komunikace se primárně odvíjí od komunikačních schopností na straně dítěte. Instrukce je možné sdělit jak verbálně, tak neverbálně pomocí gest nebo kombinací obojího (Tellegen, Laros, Heider, 2008).

Test se skládá z šesti různých subtestů, kde skóry hodnoceného dítěte spojují do jednoho inteligenčního skóru, který odráží schopnosti dítěte v závislosti na jeho věkové skupině. Jednotlivé subtesty obsahují různé množství položek, které jsou seřazeny dle vzrůstající obtížnosti. Na začátku každého subtestu je nutné určit bazální úroveň dítěte. Na základě věku a dle možností, též na základě odhadu kognitivní úrovně dítěte, se u každého subtestu začíná u první, třetí a páté položky. Tímto pravidlem se předchází zbytečné demotivaci dítěte, které by jinak muselo řešit přílišné množství položek, které jsou pod jeho úroveň schopností. Pokud examinátor zjistí, že je zvolená úroveň pro dítě příliš obtížná, má možnost přejít na nižší úroveň. Subtest je ukončen v momentě, že v něm dítě udělá tři chyby, které nutně nemusí následovat po sobě. Subtesty zaměřené na performaci jsou ukončeny v situaci, kdy dítě udělá ve druhé části subtestu dvě za sebou jdoucí chyby (Tellegen, Laros, Heider, 2008).

Jednotlivé subtesty je možné rozdělit do dvou skupin, a to performační testy, které jsou založené na manipulaci s testovým materiálem, a testy usuzování, které vyžadují výběr

správného řešení z určitého počtu alternativ. Do skupiny performačních testů patří tyto subtesty (Tellegen, Laros, Heider, 2008, s. 12 - 14):

- **Mozaiky** (Moz) jsou subtest, který obsahuje celkem patnáct položek. V první části má dítě za úkol pomocí červených čtverečků napodobit jednoduché mozaikové vzory v rámečku. Obtížnost se zvyšuje s počtem použitých čtverečků. Ve druhé části dítě dělá totéž, ovšem vzorce jsou již složitější a k jejich napodobení již využívá vedle červených čtverečků, též žluté a červenožluté čtverečky. Nejméně obtížné položky jsou vytištěny v reálné velikosti a dítě k jejich napodobení využívá pouze červené a žluté čtverečky. U nejobtížnějších položek používá všechny typy čtverečků a předloha je navíc zmenšená.
- **Kategorie** (Kat) se také skládá z patnácti položek. V první části je nutné roztrždit čtyři až šest karet do dvou skupin podle příslušné kategorie. První, nejjednodušší položky obsahují kresby, které náleží do stejné kategorie nebo jsou si podobné, např. je znázorněna květina nebo bota v různých polohách. Obtížnější položky už zahrnují kresby, u kterých musí dítě samo rozpoznat, do které kategorie patří. Druhá část subtestu Kategorie nabízí dítěti vícečetný výběr. Dítěti jsou nejprve předloženy tři obrázky předmětů, které mají něco společného a dítě pak musí vybrat z dalšího sloupce pěti obrázků dva obrázky, které mají s obrázky z prvního sloupce nějakou společnou vlastnost. Obtížnost je dána mírou abstrakce obrázků.
- **Skládky** (Skl) zahrnují čtrnáct položek. V první části dítě skládá třídílné skládky do rámečku dle prezentovaných vzorců. Prvních několik skládanek demonstruje examinátor, další dítě řeší již samostatně. Ve druhé části dítě vytváří celek složený ze tří až šesti samostatných dílů skládky. Dítěti není nijak naznačeno, co by měly skládky znázorňovat. Obtížnost položek částečně odpovídá počtu užitých dílů skládky.

Mezi usuzovací testy patří tyto subtesty (Tellegen, Laros, Heider, 2008, s. 14 – 17):

- **Analogie** (Ana) je subtest obsahující sedmnáct položek. V první části dítě třídí tři, čtyři nebo pět tvarů do různých přihrádek podle tvaru, barvy nebo velikosti. Dítě musí samo dle příkladu zjistit princip třídění. První jednodušší položky představují tvary, které jsou stejné, jako ty zobrazené v testové příručce. U závěrečných položek první části je již na dítěti, aby objevilo princip roztrždění např. velké tvary versus malé tvary. Druhá část je již založena na vícečetném výběru, kde se každá položka skládá z příkladu (analogie), ve kterém se geometrický obrazec mění v jednom nebo více aspektech a vytváří jiný geometrický obrazec. Na začátku je opět demonstrace, na základě které dítě musí použít

stejný princip změny pro samostatné vyřešení další analogie. Obtížnost položek je určována počtem a komplexností změn.

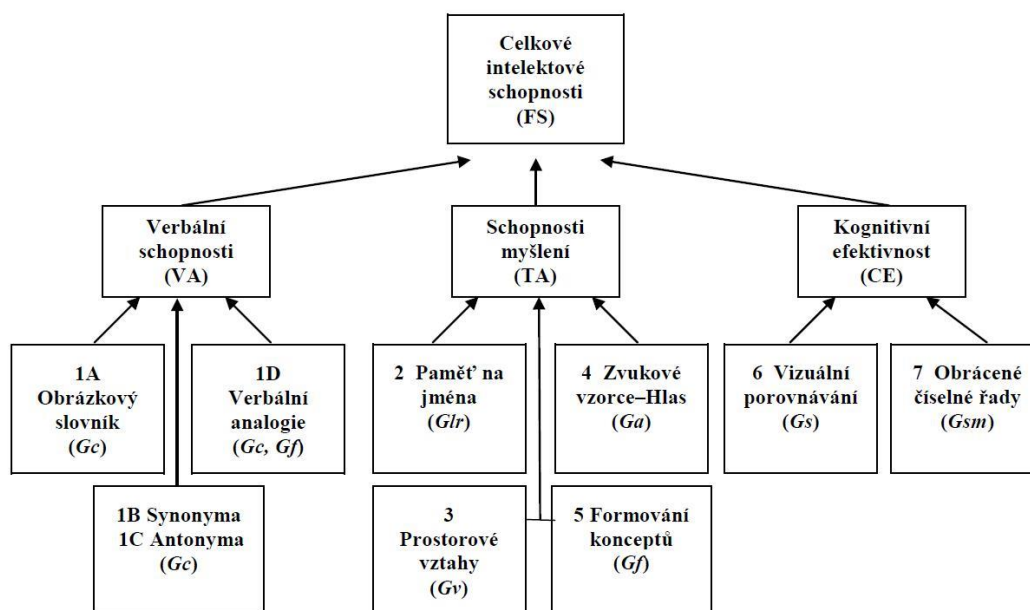
- **Situace** (Sit) je subtest, který se skládá ze čtrnácti položek. V první části dítě přiřazuje u každé položky chybějící poloviny ke čtyřem nekompletním obrázkům. První položka je natištěna barevně, aby byl zdůrazněn daný princip. Úroveň obtížnosti je determinována podobnostmi mezi jednotlivými polovinami, které patří do jedné položky. Druhá část je test s vícečetným výběrem. Ke každé položce je přiřazen nákres situace, ve kterém však chybí jeden nebo dva díly. Správný chybějící díl nebo díly dítě vybírá z řady alternativ. Počet chybějících dílů určuje obtížnost úkolu.
- **Vzory** (Vzo) je subtest složený z šestnácti položek. Dítě v tomto úkolu spojováním teček obkresluje prezentovaný vzor. První část obsahuje jednoduché vzory složené maximálně z pěti teček. Úvodní položky demonstruje examinátor. Druhá část již zahrnuje vzory z pěti, devíti, ale i šestnácti teček, které již dítě obkresluje bez dopomoci. Počet teček ovlivňuje úroveň obtížnosti.

#### 5.7.4 Woodcock – Johnson: Testy kognitivních schopností

Mezinárodní edice Woodcock – Johnson II: (WJ IE COG II) je individuálně administrovaná testová baterie zaměřená na diagnostiku kognitivních schopností. Test představuje výběr ze dvou rozsáhlejších baterií *Woodcock – Johnson-Revised* (WJ-R) a *Woodcock-Johnson III*. Mezinárodní edice vznikla v průběhu kolokvia Mezinárodní asociace školní psychologie (ISPA) v roce 1989 v Lotyšsku, kde byl v důsledku nedostatku spolehlivých nástrojů na měření kognitivních schopností v mnoha zemích vznesen požadavek na adaptaci testu WJ-R do lotyšského jazyka. Ve finále byl test přeložen a publikován v lotyšské, slovenské, české a maďarské verzi (Ruef, Furman, 2010).

Test má velmi široký věkový rozsah, dle testovaných reprezentativních souborů od dvou let až do devadesáti, takže je použitelný prakticky celoživotně. Testová baterie zahrnuje celkem devět testů a subtestů, z nichž se dají vypočítat skóry čtyř trsů neboli složených skóre. Subtestem jsou označovány ty míry, ze kterých není možné vypočítat odvozené druhy skóre. Každý test nebo trs umožňuje examinátorovi použít celou škálu skóre odvozených z hrubých skóre. Následující schéma přibližuje strukturu a složení testové baterie WJ IE COG II (Ruef, Furman, 2010 s. 1).

Obr. 5.7.3 Mezinárodní edice Woodcock-Johnson: Testy kognitivních schopností



Níže následuje stručný přehled a popis jednotlivých testů a trsů, které tvoří testovou baterii WJ IE COG II. V závorkách uvádím i v testu standardně používané zkratky různých kognitivních faktorů (Ruef, Furman, 2010, s. 2 – 3).

**Verbální schopnosti** kladou značné nároky na jazykové schopnosti testovaného. Verbální schopnosti představují významný ukazatel kognitivních školních výkonů. Test verbálních schopností, resp. trs verbálního porozumění (Gc), se sestává ze čtyř subtestů, které dohromady vytvářejí Test 1. Jsou to:

- 1A. Obrázkový slovník měří určité aspekty lexikálních poznatků. Úkolem testovaného je pojmenovat známé a neznámé objekty na obrázcích. U počátečních položek testovaný rozpoznává a ukazuje všeobecné známé obrázky, další položky pojmenovává pouze verbálně. Obtížnost prezentovaných objektů postupně vzrůstá.
- 1B. Synonyma měří jazykové znalosti. Testovaná osoba musí říci slovo s podobným významem jako slovo prezentované.
- 1C. Antonyma představují doplnění slovní zásoby. Testovaný hledá k prezentovanému slovu slovo opačného významu.
- 1D. Verbální analogie je subtest, který měří schopnost testovaného vytvářet pomocí jazyka vazby. Testovaná osoba doplňuje ke třem prezentovaným slovům čtvrté slovo, které dotváří správnou analogii k sérii slov.

**Schopnosti myšlení** naopak kladou na testovaného minimální lingvistické nároky. Zaměřují se na ty procesy myšlení, které se uplatňují v situacích, kdy informace nemohou být automaticky zpracovány v krátkodobé paměti. Jedná se o tyto schopnosti myšlení: vybavování z dlouhodobé paměti (Glr), zrakově-prostorové vidění (Gv), sluchové procesy (Ga) a fluidní „inteligence“ (Gf). V rámci trsu reprezentují tyto schopnosti myšlení celkem čtyři testy:

4. Paměť pro jména je subtest zaměřený na vybavování z dlouhodobé paměti (Glr). Jedná se o audiovizuální úlohu, kde má testovaná osoba za úkol naučit se jména dvanácti bytostí „z vesmíru“, které následně ukazuje, tak jak je examinátor pojmenovává.
5. Prostorové vztahy je úloha měřící schopnost vizuálně-prostorového myšlení (Gv). Testovaný vybírá ze souboru šesti tvarů dva nebo tři tvary, jejichž složením vytvoří zadaný obrázek.
6. Zvukové vzorce je subtest, kde testovaná osoba porovnává prezentované páry komplexních zvuků. „Zvukové vzorce“ se podobají zvukům lidské řeči a v jednotlivých párech se mohou odlišovat výškou, rytmem nebo obsahem. Test měří sluchové procesy (Ga).
7. Formování konceptů je test zaměřený na fluidní inteligenci (Gf). Úloha zahrnuje uvažování v kategoriích založených na principech induktivní logiky.

**Kognitivní efektivnost** znamená kapacitu kognitivního systému automaticky zpracovávat informace. Obsahuje jeden test zaměřený na krátkodobou paměť a jeden test zaměřený na procesuální rychlost:

8. Vizuální porovnávání je třiminutový subtest sledující procesuální rychlost (Gs). Úkolem testované osoby je rychle nalézt a zakroužkovat dvě shodná čísla v řadě šesti čísel. Obtížnost úlohy se opět stupňuje od jednociferných až po trojciferná čísla.
9. Obrácené řady čísel je úloha zaměřená na krátkodobou resp. pracovní paměť (Gsm), což vyžaduje od testované osoby schopnost vědomě podržet informaci a zároveň její použití ke splnění úlohy. Testovaná osoba má za úkol zopakovat sérii čísel v obráceném pořadí.

V počítačovém vyhodnocení Compuscore je obsažen ještě doplňkový subtest Kvantitativní vyvozování, který testuje schopnost vyvozovat závěry v řešených úlohách, ve kterých je nutné používat čísla nebo kvantitativní koncepty. Subtest tak měří částečně fluidní inteligenci (Gf) a částečně kvantitativní schopnosti (Gq).



### 5.7.5 IDS – Inteligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5 -10 let

IDS - Inteligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5 -10 let vychází z inteligenčního testu Kramerové, publikovaném v roce 1972, který má své kořeny v testu Bineta a Simona z roku 1905. Byl sestaven týmem spolupracovníků z fakulty psychologie Univerzity v Basileji. Nově koncipovaný test přináší možnost komplexně zhodnotit dovednosti dítěte. Nehodnotí tedy pouze kognitivní schopnosti v oblastech vnímání, pozornosti, paměti a myšlení, ale zaměřuje se též na sociálně-emoční kompetence a výkonovou motivaci. Pokrývá tedy i vývojové oblasti, které se významnou měrou podílí na chování dítěte ve školním prostředí a ovlivňují i školní výkonnost dítěte. Cílem testu je tedy komplexní diagnostika dítěte a vzhledem k věkovému rozpětí test pokrývá fázi přechodu mezi předškolním věkem a mladším školním věkem (Grob, Meyer, Hagman-von Arx, 2013).

IDS je individuálně administrovaný test, jehož celková administrace zabere mezi devadesáti až sto dvaceti minutami. Pokud je to možné, měl by být celý test proveden během jednoho sezení. Tet je poměrně časově náročný, nicméně lze dítěti umožnit po dokončení subtestu krátkou přestávku. Je-li nutné test z různých důvodů přerušit, měl by být dokončen do jednoho týdne. První úkol v každém subtestu je povinný pro všechny děti, nicméně některé subtesty mají po vyřešení prvního úkolu pravidlo tzv. *vstupního bodu*, které zajišťuje, že starší děti nemusí provádět příliš snadné úkoly. Většina těchto testů se vstupním bodem zároveň zachovává tzv. *pravidlo návratu*, které dává dítěti, kterému se nepodařilo vyřešit první povinný úkol, možnost řešit další snazší úkoly, aby si examinátor opravdu ověřil schopnost dítěte tyto úkoly vyřešit. U některých subtestů je aplikováno *pravidlo ukončení*. Jedná se o situace, kdy dítě nevyřeší více úkolů za sebou a opakovaný neúspěch by jen dítě demotivoval a zvyšoval jeho frustraci. Přerušovaný subtest má bez ohledu na počet vyřešených úkolů nulové hodnocení (Grob, Meyer, Hagman-von Arx, 2013).

ISD zahrnuje celkem devatenáct subtestů rozdělených do několika kategorií a subkategorií. Každý subtest potom obsahuje další konkrétní úkoly. Vzhledem k tomu, že se jedná o poměrně rozsáhlou testovou baterii, není možné podrobněji popsat všechny subtesty. Představím pouze funkční schéma testu (převedené do tabulky), které uvádějí Grob, Meyer, Hagman-von Arx (2013, s. 46), doplněné o stručný popis k jednotlivým subtestům.

Tab. 5.7.5 Schéma funkčního pořadí a rozdělení subtestů v IDS

Kategorie	Subtest	Popis
<b>Kognitivní funkce</b>	1. Zrakové vnímání	Seřadit obrázky čar různé délky dle velikosti.
	2a. Sluchová paměť	Vybavit si smysluplný příběh při volné reprodukci a při odpovědích na otázky. 1. část – poslouchat příběh.
	3. Selektivní pozornost	V řadě různých kachen co nejrychleji a správně škrknout kachny s určenými znaky.
	4. Fonologická paměť	Bezprostředně a ve stejném pořadí opakovat střídavě řady čísel a písmen.
	5. Vizuálně-prostorová paměť	Znovupoznat geometrické tvary výběrem ze skupiny podobných tvarů.
	6. Konstruktivní myšlení	Pomocí trojúhelníkových a obdélníkových destiček skládat geometrické tvary.
	7. Pojmové myšlení	Na třech obrázcích rozpoznat, co mají společného (pojem), a na základě toho z pěti dalších obrázků vybrat dva, které se ke vzorovým hodí.
	2a. Sluchová paměť	Vybavit si smysluplný příběh při volné reprodukci a při odpovědích na otázky. 2. část – reprodukovat příběh.
<b>Psychomotorika</b>	8. Hrubá motorika	Balancovat na šňůře, chytat a házet míč, přeskakovat přes šňůru z jedné strany na druhou.
	9. Jemná motorika	Rychle navléknout korálky (kuličky a kostičky) podle obrázkové předlohy).
	10. Vizuomotorika	Obkreslovat geometrické tvary.
<b>Sociálně-emoční kompetence</b>	11. Rozpoznávání emocí	Z fotografií dětí na základě výrazu obličeje rozpoznat a pojmenovat jejich emoce.
	12. Regulace emocí	Uvést strategie pocitů zlosti, strachu a smutku
	13. Porozumění sociálním situacím	Porozumět sociálním situacím na dvou obrázcích a vysvětlit je.
	14. Sociálně-kompetentní jednání	Popsat sociálně kompetentní jednání v sociální situaci znázorněné na obrázkové předloze.
<b>Matematika</b>	15. Logicko-matematické myšlení	Řešit logicko-matematické úlohy.
<b>Řeč</b>	16. Expresivní řeč	Vytvořit z daných slov (podstatných jmen) významově smysluplné a gramaticky správné věty.
	17. Receptivní řeč	Přečíst s dřevěnými figurkami věty vyslovené examínátorem.
<b>Výkonová motivace</b>	18. Vytrvalost úsilí	Posouzení examínátora, jak vytrvale dítě na úkolech pracovalo nebo zda dávalo najevo radost ze svých výkonů. Posouzení se provádí až po dokončení celého testu do dotazníku v záznamovém listu. Je třeba zohlednit vlastní poznámky a všechny nápadnosti, které se examínátorovi z pozorování verbálního i neverbálního chování dítěte vybavují.
	19. Radost z výkonu	
<b>Verbální myšlení</b> (doplněk k české verzi)	20. Informovanost	Vybrat z nabízených alternativ správnou odpověď na danou otázku.
	21. Verbální konceptualizace	Pochopit, co mají tři slova společného (pojem) a vyloučit slovo, které k nim nepatří.

### 5.7.6 Ravenovy barevné progresivní matice

Tento jednodimenzionální test poprvé vyšel v roce 1949 a od té doby prošel několika revizemi. U nás je k dispozici příručka k testu standardizovaná na slovenské populaci (Ferjenčík, 1984). Zkouška je primárně určena pro děti ve věku od pěti let do jedenácti let, ale test je možné využít i pro osoby vyššího věku (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015). Jakmile je vyvinutá intelektuální kapacita umožňující analogické uvažování, je vhodné použít standardní progresivní matice (SPM), které jsou určeny pro děti a dospívající od deseti do osmnácti let (Raven J. C., Court, Raven J., 1991).

Barevné progresivní matice obsahují celkem tři sety po dvanácti položkách. Ze standardního testu je zachován set A a částečně i položky ze setu B. Mezi ně je vložen nový set AB. Set A vyžaduje od dětí schopnost pochopit změny nejprve v jednom a potom i v obou směrech. Set AB již klade na dítě nárok být schopno vnímat jednotlivé obrazce jako prostorově příbuzné celky a identifikovat chybějící část tohoto celku. Set B vyžaduje schopnost analogického (abstraktního) uvažování. U dětí se tato schopnost začíná objevovat okolo osmi až devíti let. Obrazce jsou na rozdíl od standardní verze testu vytištěné barevně, aby byly pro děti přitažlivější a srozumitelnější. Černobílé jsou pouze poslední položky setu B, které svou náročností odpovídají prvním položkám setů C, D a E standardní verze (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

Test je k dispozici ve dvou formách, a to v sešitové a kartičkové. Kartičková forma testu umožňuje examinátorovi demonstrovat prezentovaný problém formou kartiček, které jsou v jednom místě vybrané tak, aby do otvoru přesně zapadla posuvná část. Dítě tak může vidět, že každý z posuvných dílů přesně zapadá do otvoru, ale už nedoplňuje či nenavazuje na vzor obrazce. Test je možné administrovat individuálně i skupinově. Při skupinové administraci by mělo být naráz testovaných maximálně osm nebo devět dětí. Při skupinové formě by měly být děti schopné vydržet sedět okolo hodiny a půl, většina dětí však test dokončí ještě v první polovině této doby (Raven J. C., Court, Raven J., 1991).

Ravenovy barevné progresivní matice poskytují orientační odhad úrovně intelektových schopností dítěte. Test není příliš vhodný pro děti s vážnějším zrakovým postižením a pro děti s poruchou koncentrace pozornosti. Neúspěšnost a selhání dítěte v Ravenově testu však automaticky neznamená sníženou úroveň intelektu. V tomto případě je nutné doplnit test dalšími komplexněji pojatými testy inteligence a nejlépe i testy zaměřenými na zrakovou percepci a pozornost. Významným faktorem, který může snížit validitu testu, jsou zkušenosti dítěte s obrázky a zejména s počítačovými hrami včetně nelegálních počítačových forem

Ravenova testu. Z těchto důvodů by měly být barevné progresivní matice využívány jako součást širší baterie testů, kde pro srovnání mohou mít potřebnou diferenciální diagnostickou hodnotu (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

## 5.8 Reverzní test

Autorem reverzního testu je Ake W. Edfeldt. V české úpravě byl poprvé publikován v roce 1968 Miriam Malotínovou. Prostřednictvím Edfeldtova reverzního testu se zjišťuje připravenost dítěte osvojit si čtení. Test umožňuje zjistit vývojovou úroveň zrakového vnímání dítěte, jeho schopnost rozlišovat obrácené a otočené tvary, které se liší polohou nahoře-dole a vpravo-vlevo, a nepatrné tvarové odlišnosti detailů obrazce. Test je určen pro děti ve věku od pěti do osmi let (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

Test je založen na výzkumu tendence menších dětí měnit slovosled. Jedná se o tzv. transpoziční tendenci, která je však přirozeným stupněm percepčního vývoje dítěte. Na základě měření reverzní tendence je možné odhadnout úspěšnost čtení a psaní v první třídě při využití běžných výukových postupů (Edfeldt, 1992).

Reverzní test obsahuje záznamový arch s celkem osmdesáti čtyřmi dvojicemi různých černobílých obrazců. Úkolem dítěte je označit přeškrtnutím ty dvojice obrazců, které nejsou stejné. Na úvodní straně záznamového archu je šest obrazců k zácvičku a pochopení principu testu. Při testování je možné měřit čas, za který dítě test vyřeší. Výsledný čas se zapisuje do příslušné kolonky v záznamovém archu. Edfeldt (1992) udává patnáct minut jako limit pro administraci testu. Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2015) naopak k reverznímu testu poznamenávají, že délka administrace není nijak limitována, ale je nutné si uvědomit, že počet testových položek je poněkud rozsáhlý. Děti předškolního věku ještě nejsou schopné delší dobu koncentrovat pozornost, a proto nemusí být případný neúspěch ani tak důsledkem nedostatku v oblasti vnímání, jako spíše v souvislosti s výkyvy pozornosti. Z těchto důvodů je možné použít pouze polovinu testu. Test je možné použít jak individuálně, tak skupinově. U menších dětí je vhodnější individuální administrace.

Při hodnocení testu se za každou správnou odpověď započítává jeden bod. Celkové skóre určuje, na jaké vývojové úrovni je zraková percepce testovaného dítěte. Pro vyhodnocení se používá čtyřstupňová škála. Do kategorie I spadá dítě, které dosáhlo 51 a méně bodů. Toto dítě ještě není připraveno na čtení. Kategorie II odpovídá bodovému hodnocení 52 – 56 bodů,

což je hraniční případ, který vyžaduje další doplňující vyšetření. Kategorii III odpovídají děti s bodovým ziskem v rozmezí 56 – 76 bodů. Dítě je v tomto případě přiměřeně připravené na čtení. Poslední IV kategorie představuje nejlepší výsledek a odpovídá bodovému hodnocení 77 a více bodů. Dítě s tímto celkovým skórem je více než přiměřeně připraveno na čtení (Edfeldt, 1992).

Reverzní test je vhodný v kombinaci s dalšími testy zejména v diagnostice školní zralosti, dále je vhodný pro diferenciální diagnostiku u dětí se specifickými poruchami učení, dětí s hyperkinetickou poruchou nebo jakýmkoliv organickým postižením mozku, neboť porucha zrakové percepce ani tak nesouvisí s poruchou zrakového aparátu jako spíše s narušením funkce daných oblastí CNS (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

## **5.9 Zkouška lateralit**

Lateralizace znamená přednostní užívání jednoho z párových orgánů. Lateralita se potom týká vztahu mezi pravou a levou stranou organismu neboli odlišností mezi pravým a levým párovým orgánem. Drnková-Pavlíková a Syllabová (1991) uvádějí, že ke zřetelnému projevu lateralit a vyhranění horních končetin dochází v rozmezí pátého až sedmého roku a k plnému ustálení v deseti až jedenácti letech věku dítěte. Proto jen málokdy můžeme hovořit v období předškolního věku o zřetelně dokonalém leváctví a praváctví u jednotlivých dětí (Matějček, Žlab, 1972). Pozornost je věnována nejen lateralizaci končetin, v souvislosti s vývojem grafomotoriky zejména horních končetin, ale také lateralizaci oka, které hraje důležitou roli při osvojování psaní a čtení. Vyšetření lateralit by mělo být nedílnou součástí diagnostiky školní zralosti. Přecvičování leváků je dnes již dávno překonáno a rozhodně se nedoporučuje, neboť může narušit spolupráci obou mozkových hemisfér a strukturalizaci mozku, což může vést ke zbytečným komplikacím v celkovém vývoji dítěte. V otázce školní zralosti tak představuje dosažení určitého stupně lateralizace důležitý milník ve vývoji dítěte.

V české klinické i poradenské praxi je nejvíce využívána zkouška lateralit Zdeňka Matějčka a Zdeňka Žlaba z roku 1972. Jedná se o komplexní testovou baterii, která posuzuje lateralitu horních končetin, očí, dolních končetin a uší. Pro hodnocení horních končetin je k dispozici dvanáct položek, z nichž deset je standardních a dvě náhradní. Pro posouzení lateralit očí slouží dvě položky, lateralit dolních končetin čtyři položky a k určení dominantního ucha postačuje jedna položka (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015). Následující přehled přináší stručný popis jednotlivých zkoušek (Matějček, Žlab, 1972):

## Horní končetiny

1. Korálky do lahvičky – Úkolem dítěte je jednotlivě vkládat korálky do lahvičky. Sledujeme, kterou rukou dítě pracuje, jestli ruce střídá nebo začne jednou rukou a potom pokračuje druhou.
2. Zasouvání kolíčků – Dítě jednotlivě zasouvá kolíčky do otvorů. Všímáme si stejných projevů, jako v předchozí úloze.
3. Klíč do zámku – Dítě nejprve vyndá klíček ze zámku a následně jej zasouvá zpět do zámku a otáčí jím. Dominantní je ta ruka, která držela klíč a otáčela jím.
4. Míček do krabičky – Dítě vhazuje míček do krabičky. Zdánlivě se může zdát, že je tento úkol zaměřen na přesnost, ale ve skutečnosti opět sledujeme preferenci ruky a jejich případné střídání. Dítě se většinou do krabičky netrefí.
5. Jakou máš sílu – Do jedné ruky si dítě spontánně vezme krabičku a druhou rukou, která je dominantní a tudíž i silnější krabičku zmáčkne.
6. Stlač mi ruce k zemi – Examinátor si sedne ke stolu, aby byl vůči dítěti na stejné výškové úrovni, spojí a natáhne ruce před sebe. Dítě má za úkol jednou rukou stlačit ruce examinátora k zemi.
7. Sáhni si na ucho, na nos atd. – Dítě stojí vzpřímeně s připaženými rukama k tělu a na výzvu si ukazuje postupně nos, ústa, ucho, bradu, koleno atd. Zkoušku opakujeme čtyřikrát a dominantní je ta ruka, která byla ve všech čtyřech zkouškách aktivní. Dítě může ruce střídát nebo výjimečně může např. při ukazování některého z párových částí těla použít obě ruce.
8. Jak nejvýš dosáhneš – Dítě stojí těsně čelem ke zdi a předvádí, jak nejvýše dosáhne. Hodnotíme, která ruka byla aktivní, někdy dítě použije obě ruce.
9. Tleskání – Dítě předvádí tleskání. Dominantní je ta ruka, která je aktivní, druhá slouží jako podložka. V praxi jsem se však setkal s celou řadou dětí, které neuměly tleskat jednou rukou do druhé a při tleskání používaly obě ruce. V tomto případě je vhodné využít náhradní zkoušku.
10. Jehla a nit – Dítě navléká nit do oka jehly. Dominantní je ta ruka, která vykonává pohyb, což může být jak ruka, která drží nit, tak ruka, která drží jehlu. Zde je nutná důkladná pozornost examinátora.

11. Mnutí rukou – Náhradní zkouška, při které si dítě mne ruce, jako by se umývalo mýdlem. Někdy je obtížné postřehnout, kterou ruku dítě při mnutí preferuje, proto jej může examinátor vyzvat, aby si „umylo“ palec, kde je již dominance patrná.
12. Strouhání mrkvičky – Druhá náhradní zkouška. Dítě předvádí strouhání mrkvičky a za dominantní považujeme tu tuku, jejíž ukazováček „strouhá“ ukazováček druhé ruky. Pokud dítě neví, jak se „strouhá“ mrkvička, může examinátor tuto činnost dítěti demonstrovat.

### **Oko**

1. Manoskop – Manoskop představuje kornout, který si dítě oběma rukama přikládá širším otvorem k oku. Dívá se na examinátora, který mu prezentuje jednoduché obrázky, které dítě pojmenovává. Hodnotíme oko, které se na nás dívá, dítě se může dívat jen jedním okem. Pokus se opakuje třikrát.
2. Kukátko – Dítě se třikrát dívá kukátkem na obrázek. Kukátko přikládá k tomu oku, které nevědomě považuje za dominantní.

### **Dolní končetiny**

1. Vystoupit na stoličku – Dítě je vyzváno, aby vystoupilo na nižší židli nebo stoličku. Za dominantní hodnotíme tu nohu, kterou dítě zvedlo na židli a vytáhlo se na ní.
2. Posunovat kostku po čáře – Dítě posunuje, nikoliv kope, kostku po čáře nohou, která je dominantní.
3. (Vsedě) zvedni nohu, jak nejvýš dosáhneš! – Dítě sedí na židli a zvedá tu nohu, která je dominantní.
4. Skákat po jedné noze – Dítě skáče po té noze, která je dominantní.

### **Uši**

1. Poslechni si hodinky – Examinátor položí na stůl hodinky a vyzve dítě, aby si poslechlo jejich tikot. Dominantní je to ucho, které dítě přikládá k hodinkám. Zde se však uplatňuje také laterální motoriky, která může tuto zkoušku zkreslit.

## 5.10 Diagnostický materiál Bednářové, Šmardové

Diagnostika dítěte předškolního věku autorek Jiřiny Bednářové a Vlasty Šmardové (2011) není standardizovaná testová baterie. Nicméně tato autorka společně s týmem dalších odborníků Pedagogicko-psychologické poradny Brno připravuje v rámci projektu č. CZ.1.07/1.2.17/01.0027 – *Diagnosticko-intervenční nástroje jako prevence školní neúspěšnosti a podpora žáků se speciálními vzdělávacími potřebami* (2012) standardizovanou komplexní diagnostickou baterii pro MŠ a ZŠ.

Nestandardizovaná testová baterie Bednářové, Šmardové (2011) představuje praktický, komplexně pojatý a pro děti přitažlivý diagnostický materiál, který nachází uplatnění v praxi mezi pedagogy mateřských škol, kteří připravují předškolní děti k nástupu do školy, mezi pedagogy základních škol, kde je možné materiál nebo jeho část využít při posouzení školní zralosti při zápisu do první třídy. Využít jej mohou také speciální pedagogové, logopedi a psychologové. Materiál mohou využít i rodiče dětí.

Protože se nejedná o standardizovaný nástroj, jsou i pravidla pro jeho používání volná. Při diagnostice může dítě začít s úkolem, který odpovídá jeho věku. Pokud je pro něj úkol příliš obtížný, je pro něj vhodné pokračovat s úkoly na nižší věkové kategorii. Při práci s diagnostickým materiálem je nutné zachovávat posloupnost, tzn. postupovat od jednoduššího ke složitějšímu. Diagnostický materiál není určen k realizaci v rámci jednoho sezení, což by vzhledem k jeho rozsahu ani nebylo možné, ale je určen k použití v delším časovém horizontu (Bednářová, Šmardová, 2011).

Diagnostický materiál je rozdělen do deseti oblastí, z nichž každá je dále rozdělena do jednotlivých položek. Položky jsou rozděleny dle věku, ve kterém daná schopnost či dovednost obvykle dozrává a dá se tedy předpokládat, že by ji dítě mělo zvládat. Diagnostický materiál pokrývá věkové rozpětí od tří do šesti let. Stupeň rozvoje jednotlivých schopností a dovedností je posuzován na třístupňové škále: nezvládá, zvládá s dopomocí a zvládá samostatně. Hodnocení stupněm „nezvládá“ znamená, že dítě není schopno splnit daný úkol ani s dopomocí a podporou, a je zatím nad jeho možnosti. Jedná-li s o chování, tak toto hodnocení znamená, že se požadované projevy chování u dítěte zatím nevyskytují. Stupeň „zvládá s dopomocí“ znamená, že dítě potřebuje opakovaně pomoc a podporu např. další vysvětlení, delší zácvik atd. Je-li dítě ohodnoceno stupněm „zvládá samostatně“, dokáže po vysvětlení správně vyřešit úkol, vykonává požadovanou činnost a požadované chování se u něj běžně vyskytuje (Bednářová, Šmardová, 2011).



Diagnostika dítěte předškolního věku sleduje rozvoj dítěte v následujících oblastech (Bednářová, Šmardová, 2011):

- **motorika a grafomotorika** (hrubá a jemná motorika, hmatové vnímání, vizuomotorika, lateralita ad.);
- **zrakové vnímání a paměť** (vnímání barev, figura a pozadí, zraková diferenciacce, zraková paměť ad.);
- **vnímání prostoru, prostorové představy a pravolevá orientace;**
- **vnímání času;**
- **řeč** (lexikálně-sémantická rovina, morfologicko-syntaktická rovina, pragmatická rovina, neverbální komunikace, foneticko-fonologická rovina);
- **sluchové vnímání a paměť** (naslouchání, sluchová diferenciacce, sluchová paměť, sluchová analýza a syntéza ad.);
- **základní matematické představy** (porovnávání, třídění, řazení, množství, vč. pojmů a vztahů ad.);
- **sociální dovednosti** (verbální a neverbální komunikace, schopnost reagovat na situace, adaptace, porozumění vlastním emocím i emocím druhých ad.);
- **hra** (charakter a obsah hry, komunikace, sociální dovednosti);
- **sebeobsluha a samostatnost** (hygiena, oblékání, stolování).

## 6 Systém náhradní výchovné péče

Systém náhradní výchovné péče je v současné době v gesci celkem tří ministerstev, a to **Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT)**, **Ministerstva zdravotnictví (MZ)** a **Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV)**. V širším slova smyslu se však problematikou sociálně-právní ochrany dětí zabývají vedle již zmíněných ministerstev také **Ministerstvo spravedlnosti (MS)** a **Ministerstvo vnitra (MV)**.

Zařízení NVP jsou nejčastěji zřizovány kraji, v menší míře potom ministerstvy a obcemi. Z nestátních subjektů jsou zřizovateli zařízení NVP též církve a neziskové organizace např. Fond ohrožených dětí.

Roztříštěnost péče o ohrožené děti se odráží i v platné legislativě. Dlouhodobě se objevují snahy o sjednocení stávajícího systému nebo vytvoření funkčního systému, který by zabezpečil adekvátní sociálně-právní ochranu a péči o ohrožené děti, viz *Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti a na období 2009 – 2011* (MPSV, 2009a) a *Národní strategie ochrany práv dětí*, která vzešla z usnesení vlády č. 4. ze 4. ledna 2012. Podrobněji se budu otázkami transformace a sjednocení systému péče o ohrožené děti zabývat v samostatných kapitolách vztahujících se obecně k transformaci péče o ohrožené děti i transformaci zařízení NVP v resortu školství a zdravotnictví.

### 6.1 Vymezení pojmů

Ve snaze nalézt vhodný termín, který by výstižně obsáhl a definoval naši problematiku, můžeme na jedné straně narazit na pojmy **náhradní výchova** nebo **ústavní výchova**, které je možné chápat též jako synonymum, a na druhé straně na pojmy **náhradní péče** či **ústavní péče**. Škoviera (2007) v této souvislosti řeší dilema, zda je vhodnější termín *péče* nebo spíše *výchova*. Péče může v širším slova smyslu zahrnovat výchovu, avšak stejně tak výchova může zahrnovat péči. Pečovat však lze i bez výchovné složky. Péče je dlouhodobá, často celoživotní, může mít oproti výchově neosobní, pouze obslužný charakter a můžeme ji vztáhnout na všechny klienty, kdežto výchova se týká zejména dětí. V péči jde především o základní materiální a sociální zabezpečení klienta. Komářík (1998, s. 102) definuje péči jako „*uspokojování základních životních potřeb, potavy, oděvu, obydlí, vzdělání apod.*“

Termínem výchova označujeme proces založený na záměrném působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jeho vývoji (Průcha, 2009). Jedná se tedy

o „*záměrné, více či méně systematické rozvíjení citových a rozumových schopností člověka, utváření jeho postojů, způsobů chování, v souladu s cíli dané skupiny, kultury apod.*“ (Hartl, 2015, s. 680).

V dětských centrech, dětských domovech, výchovných ústavech, domovech pro osoby se zdravotním postižením atd. se realizuje jak péče, tak výchova, přičemž jejich vzájemný poměr je dán typem zařízení a jeho cílovou skupinou klientů. Proto se jako nevhodnější jeví termín **náhradní výchovná péče (NVP)**, který budu používat i v této práci.

Náhradní výchovná péče je terminologickým spojením, které zdůrazňuje poskytování péče a zároveň neopomíjí výchovné působení. Je tak určitou odpovědí na dilema, o kterém polemizuje Škoviera (2007), viz výše. MPSV (2006) rozumí pod pojmem náhradní výchovná péče ústavní výchovu, ochrannou výchovu a péči o děti v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Poskytování náhradní výchovné péče upravuje zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních. V odborné literatuře tento termín užívá např. Běhounková (2012), Jánský (2014), Pilař (2012, 2015) nebo Smolík, Svoboda a kol. (2012). Matoušek (2008) zahrnuje do náhradní výchovné péče též **náhradní rodinnou péči (NRP)**, resp. rozlišuje náhradní výchovnou péči ústavní a rodinnou.

Náhradní rodinná péče je souhrnný pojem, který zahrnuje pěstounskou péči (vč. pěstounské péče na přechodnou dobu), osvojení, osobní poručenskou péči a výchovu dítěte jinou fyzickou osobou. Jednotlivé formy náhradní rodinné péče upravuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a dále též zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

Dalším aktuálně užívaným pojmem je **institucionální výchova**, kde je patrný důraz na poskytování výchovy nějakou institucí. Pro mezinárodně užívané slovo instituce (anglicky a francouzsky *institution*, německy *die Institution*, španělsky a italsky *istituto*) je v češtině synonymem slovo ústav, které má však v dnešní době poněkud pejorativní nádech. Termínu institucionální výchova se užívá zejména v resortu školství, kde se jedná o výchovu poskytovanou školskými zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy (Dvořák, 2007).

**Ústavní výchova (ÚV)** je legislativní pojem, který je vymezen v § 971 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Soud může ústavní výchovu nařídít jako nezbytné opatření: „*Jsou-li výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit.*“ Podle Průchy, Walterové a Mareše (2009, s. 333) se jedná o situaci, „*kdy rodina z některých důvodů v péči o dítě naprosto selhává a není možné vhodně zvolit osvojení nebo pěstounskou péči, je potřeba*

*zajistit dítěti jiné výchovné prostředí.*“ Ústavní výchova se dle výše uvedeného zákona nařizuje nejdéle na dobu tří let, ale je ji možné před uplynutím této lhůty opakovaně prodlužovat, samozřejmě za předpokladu, že důvody jejího nařízení dále trvají. Trvá do osmnácti let.

**Náhradní výchova** je dle Škoviery (2007) synonymem pojmu ústavní výchova. Náhradní výchova představuje podle Dvořáka (2007) výchovu dítěte umístěného mimo vlastní rodinu, nikoliv však v náhradní rodině, a to nejen na základě rozhodnutí soudu, ale i na vlastní žádost zákonných zástupců dítěte. V legislativě se s tímto pojmem setkáme např. v zákoně č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky.

**Ústavní péče** je termín, od jehož užívání se v současné době upouští. Jedná se o péči poskytovanou klientům v některém ústavním zařízení, např. domov pro osoby se zdravotním postižením, dětský domov aj. (Matoušek, 2008). V této souvislosti je nutné zmínit též pojmy **rezidenční** či **rezidenciální výchova (péče)**, které vycházejí z anglického *residential care*. Mají širší význam a charakterizují dlouhodobou péči poskytovanou nejen v dětských domovech nebo domovech pro osoby se zdravotním postižením, ale i např. v domovech důchodců, zařízeních pro osoby ve výkonu trestu či resocializačních komunitách drogově závislých. (Matoušek, 2008; Svobodová, Vrtbovská, Bártová, 2002). V české odborné terminologii se tyto pojmy zatím příliš neujaly.

**Ochranná výchova (OV)** je dalším legislativním pojmem. Dle § 22, odst. 1 zákona č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže se jedná o ochranné opatření, které může soud uložit mladistvému, pokud se prokáže, „že o výchovu mladistvého není náležitě postaráno a nedostatek řádné výchovy nelze odstranit v jeho vlastní rodině nebo v rodině, v níž žije, dosavadní výchova mladistvého byla zanedbána, nebo prostředí, v němž mladistvý žije, neposkytuje záruku jeho náležité výchovy, a nepostačuje uložení výchovných opatření.“ Ochranná výchova trvá po dobu, dokud to vyžaduje její účel, nejdéle však do osmnácti let s možností prodloužení do devatenáctého roku, vyžaduje-li to zájem dítěte. Ochranná výchova může být uložena i dítěti mladšímu patnácti let v případě, že se dopustilo trestného činu, za který trestní zákoník dovoluje uložení výjimečného trestu, nebo spáchalo čin jinak trestný a povaha trestného činu uložení ochranné výchovy odůvodňuje (Smolík, Svoboda, 2012). Ochrannou výchovu je možné dle § 23 výše citovaného zákona změnit na ústavní výchovu, a to v momentě, kdy převýchova mladistvého pokročila do takové míry, že je možné očekávat, že se bude řádně chovat a pracovat, a to i bez omezení, která vyplývala z výkonu ochranné výchovy. Zároveň však nepominuly všechny okolnosti, pro něž byla ochranná výchova uložena.

V neposlední řadě považuji za podstatné zmínit pojem **předběžné opatření**. Jedná se o legislativní nástroj, který umožňuje soudu řešit případy, ve kterých hrozí nebezpečí z prodlení nebo při řešení nenadálé a akutní situace, kdy se např. dítě ocitne bez jakékoliv péče nebo je vážně ohrožen či narušen jeho vývoj nebo je dokonce ohroženo na životě (Slomek, 2010). Předběžné opatření je zakotveno v zákoně č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, avšak u předběžných opatření nezletilých dětí se legislativa odkazuje na zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, kde dle § 452 odst. 1 předběžné opatření upravuje poměry dítěte v případě, „že se nezletilé dítě ocitlo ve stavu nedostatku řádné péče bez ohledu na to, zda tu je či není osoba, která má právo o dítě pečovat, nebo je-li život dítěte, jeho normální vývoj nebo jiný důležitý zájem vážně ohrožen nebo byl-li narušen, soud předběžným opatřením upraví poměry dítěte na nezbytně nutnou dobu tak, že nařídí, aby dítě bylo umístěno ve vhodném prostředí, které v usnesení označí.“ Podnět k nařízení předběžného opatření vždy vychází ze strany orgánu sociálně-právní ochrany dětí a soud musí o návrhu rozhodnout do 24 hodin od jeho podání. Předběžné opatření trvá jeden měsíc od jeho vykonatelnosti, v případě umístění dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu potom tři měsíce. Předběžné opatření je možné opakovaně prodlužovat až na dobu šesti měsíců, ve výjimečných případech i déle.

## 6.2 Složky systému péče o ohrožené dítě

Mezi rozhodující složky systému péče o ohrožené dítě patří na prvním místě orgány sociálně-právní ochrany dětí, dále soudy, státní zastupitelství, policie či veřejný ochránce práv. Klíčovými legislativními normami jsou zejména zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, jeho provádějící vyhláška č. 473/2012 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí a zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Z mezinárodních úmluv je zásadní především Úmluva o právech dítěte, tj. zákon č. 104/1991 Sb. Z dalších souvisejících legislativních dokumentů je třeba zmínit zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev (tzv. kompetenční zákon), zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení) a zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení) a zákon č. 500/2004 Sb., správní řád.

**Orgány sociálně-právní ochrany** (dále OSPOD) mají dle zákona č. 359/1999 Sb. povinnost zabezpečit ochranu práva dítěte na příznivý rozvoj, ochranu oprávněných zájmů

dítěte, vč. jeho jmění a vyvíjet takové aktivity, které povedou k obnovení narušených funkcí rodiny dítěte, a v případech, kdy dítě nemůže být dočasně nebo trvale vychováváno ve vlastní rodině, mu zabezpečit náhradní rodinné prostředí. Sociálně-právní ochranu zajišťují příslušné orgány státní správy a samosprávy. Jsou to dle citovaného zákona zejména krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, obecní a újezdní úřady, ministerstvo (zejména MPSV, MS a MV), úřady práce a dále např. komise pro sociálně-právní ochranu dětí a další fyzické či právnické osoby, které jsou touto funkcí pověřeny. OSPOD má důležitou preventivní funkci zaměřenou na řešení a odstranění příčin vedoucích k selhávání rodiny, pomoc a podporu v komplikovaných a rizikových rodinných situacích a snahu udržet rodinu pospolu (Pilař, 2015).

V poslední době se v této souvislosti objevil pojem **sanace rodiny**. Jedná se o formu sociální práce s dysfunkční rodinou zahrnující postupy, které podporují fungování rodiny a představují opak postupů, které směřují k vyčlenění některého člena rodiny, protože někoho ohrožuje nebo je naopak sám ohrožen. Sanace rodiny by měla být metodou první volby (Matoušek, 2003). Měla by být tedy prioritní před odebráním dítěte z rodiny, pokud samozřejmě není vážně ohrožen jeho vývoj, zdraví nebo dokonce život. Na druhé straně však sanace rodiny nekončí odebráním dítěte, ale pokračuje i v průběhu předběžného opatření či umístění dítěte do některé z forem náhradní péče (NVP, NRP) tak, aby byly vytvořeny podmínky pro jeho návrat a jeho zdárný vývoj. Na sanaci rodiny se podílí multidisciplinární tým, jehož členy jsou pracovník OSPOD, pracovník centra pro sanaci rodiny (CSR), popř. pracovník některého zařízení NVP. Dalšími odborníky mohou být psycholog, praktický lékař, speciální pedagog ad. Naplnění stanovených cílů sanace rodiny souvisí s celou řadou faktorů, které se v zásadě dělí na rizikové faktory rodiny a rizikové faktory prostředí. Tyto faktory se společně s aktuální situací v rodině vzájemně ovlivňují a determinují míru ohrožení dítěte v rodině i pravděpodobnost úspěšnosti posílení či znovuoobnovení zdravých funkcí v rodině (Bechyňová, Konvičková, 2011).

**Soudy** plní v sociálně-právní ochraně dětí rozhodovací funkci a úzce spolupracují s OSPOD. Mezi výlučné kompetence soudu v oblasti sociálně-právní ochrany dětí patří zejména:

- rozhodování o umístění dítěte do některé formy NRP (osvojení, pěstounství a poručenství) nebo o svěřeni do péče jiné fyzické osoby než je rodič (zákon č. 89/2012 Sb.);
- nařízení předběžného opatření upravující poměry dítěte (zákon č. 292/2013 Sb.) a nařízení ústavní výchovy (zákon č. 89/2012 Sb.);

- u dětí se závažnými poruchami chování dle zákona č. 218/2003Sb. uložení výchovného opatření (dohled probačního úředníka, probační program, výchovné povinnosti, výchovné omezení a napomenutí s výstrahou) nebo uložení ochranného opatření (ochranná výchova, ochranné léčení, zabezpečovací detence a zabránění věci)
- omezení, pozastavení nebo zbavení rodiče dítěte rodičovské odpovědnosti (zákon č. 89/2012 Sb.)
- jmenování opatrovníka při omezení rodičovské odpovědnosti, při střetu zájmů dítěte s jinou osobou nebo pro spravování jmění dítěte (zákon č. 89/2012 Sb.).

Soudy mohou zahájit řízení ve věcech sociálně-právní ochrany dětí buď z vlastního podnětu, nebo na základě vnějšího podnětu či návrhu, v tomto případě ze strany OSPOD, zejména ze strany obecních úřadů obcí s rozšířenou působností. Pilař (2015) v této souvislosti upozorňuje na značnou pomalost soudů umocněnou délkou odvolacích termínů. Změna legislativy posílila rozhodovací kompetence soudů v otázkách sociálně-právní ochrany dětí, avšak nedošlo k navýšení personální kapacity, což má za následek přehlcení soudů. Někteří soudci pak formálně rozhodují o umístění dítěte do některého ze zařízení NVP, aniž by měli představu o dítěti nebo o zařízení, do kterého je svým rozhodnutím posílají.

**Státní zastupitelství** vykonává dle zákona č. 109/2002 Sb. dozor nad dodržováním právních předpisů při výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy. Státní zástupce je v tomto ohledu oprávněn:

- kdykoliv vstupovat do zařízení, nahlížet do povinné dokumentace;
- hovořit s dětmi bez přítomnosti jiných osob;
- žádat od zaměstnanců a osob, které se podílejí na péči o děti potřebná vysvětlení;
- podávat návrh soudu na zrušení ústavní výchovy nebo ochranné výchovy, popř. návrh na změnu ústavní výchovy na ochrannou výchovu;
- prověřovat zda jsou rozhodnutí a postupy ředitele zařízení v souladu s platnou legislativou;
- vydávat příkazy k přijetí opatření vedoucích k odstranění stavu, který je v rozporu s platnou legislativou;
- nařídit, aby dítě, které je v zařízení nezákonně, bylo po oznámení OSPOD bezodkladně propuštěno.

Dle zákona č. č. 218/2003 Sb. může státní zastupitelství v přípravném řízení a soud pro mládež v průběhu trestního řízení, tj. před meritorním rozhodnutím uložit osobě, proti které je

řízení vedeno, výchovné opatření, avšak se souhlasem této osoby. Jedná se o efektivní prostředek individualizace přístupu k řešení různých případů. Snahou je mladistvého motivovat, stabilizovat jeho psychický stav, reagovat na jeho aktuální životní situaci a eliminovat rizikové faktory podporující páchaní trestné činnosti. V praxi se může jednat o dobrovolný nástup na léčbu, absolvování kurzu s cílem získat nebo rozšířit si pracovní kvalifikaci, účast na terapeutickém programu psychologického poradenství atd. Takto samostatně uložené výchovné opatření však nesmí být spojeno s ukončením trestního řízení. (Sotolář, 2004).

**Policie**, popř. městská policie, poskytuje součinnost v sociálně-právní ochraně dětí zejména v situacích, kdy je nutné zajistit ochranu dítěti, které se ocitlo bez řádné péče nebo je vážně ohrožen jeho vývoj, zdraví nebo dokonce život. Jedná se zejména o asistenci při odebírání dítěte z dysfunkční rodiny na základě předběžného opatření. Policie neposkytuje ochranu pouze dítěti, ale také sociálním pracovníkům OSPOD, kteří jsou pověřeni vykonáním soudního rozhodnutí o odebrání dítěte. Jsou to situace, kdy je možné ze strany rodičů, příbuzných nebo jiných zúčastněných osob očekávat bránění předání dítěte, které může přerůst až v otevřenou agresi, nebo rodina bydlí v nedostupné, odloučené či nebezpečné lokalitě, rodiče jsou závislí na alkoholu nebo drogách, existuje riziko nákazy infekční chorobou, v rodině je přítomno nebezpečné zvíře atd.

Policie také pátrá po dětech, které utekly z některého ze zařízení NVP. Pilař (2015) upozorňuje na nejednotnost v přístupu k zadrženým dětem na útěku, která v praxi panuje. Někdy policie vyvíjí potřebné úsilí k zadržení dětí na útěku, a jsou-li finanční prostředky na benzin, je i dopraví zpět do zařízení, popř. nejbližšího zařízení, které je oprávněno dítě přijmout. Jindy si musí pracovníci zařízení dítě osobně vyzvednout. V některých případech však policie dítě vyslechne, ale dříve než si pracovníci zařízení po vyrozumění dítě vyzvednou, jej pouští zpět na ulici. Toto se děje zejména u dětí s nařízenou ústavní výchovou. U dětí s uloženou ochrannou výchovou, ochranným léčením nebo zabezpečovací detencí má policie povinnost je zadržet.

Působnost **veřejného ochránce práv** neboli ombudsmana dle zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv se mimo jiné vztahuje na zařízení sociálně-právní ochrany dětí. Veřejný ochránce práv např. reaguje a prošetřuje postupy a rozhodnutí OSPOD, nejčastěji na základě podnětu rodičů dětí. Dále prověřuje péči a zacházení s dětmi v zařízeních NVP, kde mezi řešená témata patří např. ochrana soukromí, koedukované skupiny, péče o zletilé klienty při uzavření zařízení v době letních prázdnin, možnost zájmových aktivit atd.



### 6.3 Transformace systému péče o ohrožené děti

Problematika péče o ohrožené děti je celospolečenský problém a je do značné míry determinována celkovým sociálním klimatem ve společnosti. Současnou péči o ohrožené dítě je možné považovat za „přechodovou“, kdy sice byly schváleny závazné dokumenty a zákonné normy definující směr a cíle transformačních snah, ale zároveň je stále celý transformační proces velmi variabilní, otevřený a závislý na více proměnných (Jánský, 2014).

Potřeba zajistit dítěti zvláštní péči byla již zakotvena v Ženevské deklaraci práv dítěte (1924), Všeobecné deklaraci lidských práv (1948), Deklaraci práv dítěte (1959), Mezinárodním paktu o občanských a politických právech (1966), Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (1966) a dále pak v Úmluvě o právech dítěte (1989), která u nás nabyla platnosti 6. února 1991 (Vávrová, Kroutilová Nováková, 2015).

Národními dokumenty, které reagují na problematiku péče o ohrožené děti, jsou především *Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 – 2011* (NAP; MPSV, 2009a), *Národní strategie ochrany práv dětí* (MPSV, 2012a), která vzešla z usnesení vlády č. 4. ze 4. ledna 2012 a navazující *Akční plán k naplnění Národní strategie ochrany práv dětí 2012 – 2015* (MPSV, 2012b), který schválila vláda 11. dubna 2012. Přičemž koordinačním orgánem transformace péče o dítě je MPSV.

NAP si klade tyto cíle transformace systému práce s ohroženými dětmi a jejich rodinami:

- zvýšení kvality práce a dostupnosti služeb pro ohrožené rodiny a děti,
- sjednocení postupu pracovníků při řešení konkrétní situace ohrožení dítěte,
- snížení počtu dětí dlouhodobě umístěných ve všech typech ústavní péče,
- zvýšení životních šancí dětí, podpora rozvoje osobnosti dítěte, jeho nadání a rozumových i fyzických schopností v co nejširším objemu a zachování životní úrovně nezbytné pro jejich tělesný, duševní, duchovní, mravní a sociální vývoj.

Národní strategie ochrany práv dětí považuje za svůj hlavní cíl „*funkční systém zajišťující důslednou ochranu všech práv dětí a naplňování jejich potřeb.*“ Mezi základní priority patří participace dítěte, eliminace diskriminace nerovného přístupu k dětem, právo na rodinnou péči a zajištění kvality života pro děti a rodiny. Následující tabulka přináší přehled jednotlivých principů, na jejichž základě je formulován hlavní cíl, a dílčí cíle, které odrážejí výše uvedené priority:

Tab. 6.3.6.1 NAP základní principy a cíle

Základní principy	Dílčí cíle
Plné zaměření na dítě.	1. Zjišťování potřeb dětí.
Respektování potřeb a vývoje dítěte.	2. Zvyšování všeobecného povědomí o otázce práv dětí u dospělých i dětí.
Sledování dlouhodobého zájmu dítěte, podporování jeho jedinečnosti a vývoje.	3. Vytváření příležitostí pro děti a mladé lidi účastnit se rozhodování o záležitostech, které se jich týkají a které je ovlivňují.
Umožnění rovných příležitostí pro všechny děti bez ohledu na jejich pohlaví, schopnosti, rasu, etnikum, zdravotní postižení, okolnosti nebo věk.	4. Vyrovnání příležitostí pro děti a mladé lidi ze znevýhodněného sociálního prostředí.
Zahrnování dětí a rodiny, i celého jejich sociálního okolí, do řešení situace.	5. Vyrovnání příležitostí pro děti a mladé lidi se zdravotním postižením.
Stavění na silných stránkách dětí a rodin a identifikování problémových míst.	6. Podpora pozitivního rodičovství.
Fungování integrovaně a ve spolupráci všech zúčastněných subjektů.	7. Prevence chudoby.
Být trvalým a interaktivním procesem.	8. Vytvoření a zpřístupnění služeb a podpory rodinám a dětem.
Poskytování a revidování opatření a poskytované služby.	9. Podpora náhradní rodinné péče.
Založení na objektivně zjištěných skutečnostech a důkazech.	10. Rozvinutí alternativ péče o ohrožené děti a deinstitucionalizace péče.
	11. Procesy ochrany a podpory prosperity dětí.
	12. Sjednocení systému péče o děti.
	13. Nastavení legislativních podmínek k zabezpečení pozitivních přínosů a zajištění potřeb dětí a mladých lidí.
	14. Transparentní financování systému.
	15. Sběr dat a jednotný informační systém.
	16. Kvalita práce, vzdělávání a standardy.

Z hlediska transformace zařízení NVP nás zajímají zejména cíle 10. (rozvinutí alternativ péče o ohrožené děti a deinstitucionalizace péče) a 12. (sjednocení systému péče o děti). Akční plán k naplnění Národní strategie ochrany práv dětí 2012 – 2015, ve kterém se vláda ČR zavázala vytvořit do roku 2018 funkční systém zajišťující důslednou ochranu všech práv dětí a naplňování jejich potřeb rozpracovává tyto cíle do několika kroků:

Tab. 6.3.6.2 NAP Dílčí cíle 10 a 12 a jejich kroky

Cíl 10. Rozvinutí alternativ péče o ohrožené děti a deinstitucionalizace péče	Cíl 12. Sjednocení systému péče o děti
<b>1. Vytvoření systému služeb.</b>	<b>1. Legislativní úpravy vedoucí ke sjednocení systému.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zpracování analýzy institucionálních a návazných služeb pro děti.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zpracování návrhu optimalizace řízení a financování systému ochrany práv dětí a péče o ohrožené děti.</li> </ul>
<b>2. Transformace pobytových zařízení.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislativní úpravy vedoucí ke sjednocení systému ochrany práv dětí a služeb pro rodiny a děti.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zpracování komplexní metodiky vzniku a realizace transformačních plánů institucí.</li> </ul>	<b>2. Legislativní vymezení role obcí a krajů.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zpracování transformačních plánů institucí.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislativní vymezení role krajů a obcí v souvislosti s realizací zpracování nového zákona o podpoře rodin, náhradní rodinné péči a systému ochrany práv dětí a novelizací souvisejících právních předpisů (změnový zákon).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizace transformačních plánů institucí.</li> </ul>	<b>3. Posílení vertikální struktury orgánů sociálně-právní ochrany dětí.</b>
<b>3. Ukotvení věkové hranice.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislativní úpravy navazující na návrh optimalizace řízení a financování systému péče o ohrožené děti.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislativní ukotvení věkové hranice, pod níž nelze děti umísťovat do ústavní péče.</li> </ul>	<b>4. Posílení mechanismů spolupráce (MPSV, MS, MV).</b>
<b>4. Specializace péče, snižování maximálních kapacit, omezení doby ústavní péče.</b>	

Jak již bylo v úvodu šesté kapitoly poznamenáno, současný systém NVP je horizontálně roztržštěný. Proto také postrádá jednotné principy a cíle, kterými by se řídily jednotlivé zainteresované resorty, tj. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), Ministerstvo zdravotnictví (MZ) a Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). Ministerstvo spravedlnosti (MS) a Ministerstvo vnitra (MV). Přestože tyto resorty pracují dle platné legislativy, jejich metody i dílčí cíle se odlišují ve své vnitřní filosofii, a proto je péče o ohrožené děti v některých případech nehomogenní, neefektivní a diskontinuitní (MPSV, 2009b).

Neefektivnost systému NVP potvrzuje i studie autorek Vávrové a Krutilové Novákové (2015), která prezentuje hodnocení procesu transformace z pohledu ředitelů a ředitelky vybraných dětských domovů. Z jejich reakcí na aktuální proces transformace vyplývá, že klíčovým ukazatelem každé zamýšlené systémové změny by měla být efektivita nastaveného systému, která je založená na kvalitě poskytovaných služeb a odráží individuální potřeby a zájem dítěte. Efektivita systému je ovlivněna především stávající legislativou, s níž souvisí i mezirezortní spolupráce všech zainteresovaných stran. Podstatným

aspektem nastartování a realizace zamýšlených systémových změn transformačního procesu je z pohledu ředitelů dětských domovů jasné legislativní ukotvení nového systému a přechodových změn. V tomto ohledu je však nezbytnou podmínkou dosažení meziresortní spolupráce. Legislativa má vliv na úroveň spolupráce mezi jednotlivými subjekty péče, s čímž souvisí i kvalita přímé práce v terénu. Důležitým aspektem přímé práce v terénu je i podpora lidských zdrojů zejména v oblasti rozvoje tzv. soft skills (kompetence a dovednosti v oblasti chování). Vávrová a Kroutilová Nováková (2015) tak docházejí k závěru, že přání a cíle ředitelů dětských domovů se v mnohém překrývají s dílčími cíli Národní strategie ochrany práv dětí.

V otázce řešení problematiky sjednocení systému péče o ohrožené dítě MPSV (2015) předložilo dokument *Návrh optimalizace řízení systému ochrany práv dětí a péče o ohrožené děti*. Jedná se o souhrn výstupů jednotlivých aktivit v rámci rozsáhlejšího individuálního projektu MPSV *Systémová podpora procesů transformace péče o ohrožené děti* (MPSV, 2012c), který realizuje aktivity Akčního plánu k naplnění Národní strategie ochrany práv dětí 2012 – 2015. Návrh optimalizace přináší různé varianty sjednocení systému péče o ohrožené děti, včetně vymezení role a kompetencí jednotlivých úrovní veřejné správy. Návrh optimalizace nabízí v otázce postavení a role veřejných orgánů v péči o dítě několik variant a jejich hodnocení:

- Zachování stávajícího systému – Meziresortní roztržitost a nevyjasněné kompetence představují zásadní systémovou překážku, a to i přesto, že došlo v posledních letech k řešení některých dílčích problémů v rámci sociálně-právní ochrany.
- Optimalizace systému posílením úlohy územních samospráv – Jedná se o posílení kompetencí zejména na úrovni obcí s rozšířenou působností, které by odstranilo roztržitost systému a stanovilo jednoznačné zodpovědnosti směřující k efektivnější ochraně dětí. Jedná se o variantu s nízkou obtížností realizovatelnosti.
- Optimalizace systému posílením úlohy státu – Gesční odpovědnost za systém ochrany a péče o ohrožené děti by v tomto případě přešla pod MPSV, které by stálo v čele buď nově zřízeného Úřadu ochrany dětí a na něj navazující nové soustavy orgánů ochrany dětí, nebo by zodpovědnost za péči o dítě převzal Úřad práce s již existující soustavou krajských poboček a kontaktních míst. V případě zřízení Úřadu ochrany dětí by se struktura poboček kryla s obvody okresních (obvodních soudů) a krajských soudů, popř. s obvody obcí s rozšířenou působností. Tato varianta má nejvyšší míru obtížnosti realizace a z ekonomického hlediska je nejnákladnější.

V souvislosti s poslední zmíněnou variantou zejména v poslední době zintenzivnily snahy sloučit zařízení poskytující péči ohroženým dětem bez závažných poruch chování pod jedno ministerstvo, z povahy věcí konkrétně pod MPSV. Jedná se o dětské domovy (MŠMT) a dětské domovy pro děti do 3 let nebo dětská centra (MZ). Sjednotila by se tak do určité míry nyní odlišná pravidla financování, kontroly kvality i různý přístup k potřebám a zájmům dítěte (Rada vlády pro lidská práva, 2015). Otázkou je, zda dosáhnou zmíněná ministerstva takové politické shody a naleznou dostatek vůle a síly, aby tak organizačně a ekonomicky náročný úkol mohl být realizován.

V závěru této kapitoly chci ještě objasnit důležitý pojem v transformaci péče o ohrožené děti, a tím je **deinstitucionalizace**. Matoušek (2008) hovoří o deinstitucionalizaci jako o prosazování neústavní formy péče, která nevytrhuje klienta z jeho rodinného prostředí. U ohrožených dětí je však v některých případech rodinné prostředí natolik patologické, že je nezbytné dítě z rodiny odebrat a umístit jej do některé z forem náhradní péče. V souvislosti s NVP, která je realizována v různých zařízeních (ústavech, institucích), pojem deinstitucionalizace představuje proces postupné kvalitativní proměny těchto zařízení ve smyslu struktury, formálních pravidel a řádu, filosofie poskytovaných služeb či sídla (umístění v objektu a komunitě), což má v konečném důsledku vést k tomu, že zařízení bude primárně orientováno na potřeby svých klientů (MPSV, 2009c). Cílem není plošné rušení zařízení NVP, ale jejich proměna nebo rozdělení na menší jednotky, které mají podobu bytu, rodinného domu nebo terapeutické komunity s mnohem menší kapacitou. Obecně je tedy snahou deinstitucionalizace přiblížit „ústavní“ prostředí rodinnému.

## 6.4 Systém náhradní výchovné péče v resortu školství

Systém náhradní výchovné péče v resortu MŠMT je legislativně upraven zákonem č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních a prováděcí vyhláškou č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních. Do systému NVP v resortu školství patří tato školská zařízení: **diagnostické ústavy (DÚ)**, **dětské domovy (DD)**, **dětské domovy se školou (DDŠ)** a **výchovné ústavy (VÚ)**. Samostatně jsou potom vymezena **střediska výchovné péče**, která představují školská zařízení pro preventivně výchovnou péči.

Ve školských zařízeních NVP se můžeme setkat s dvěma typy dětí předškolního věku. Tou první a početně převažující skupinou jsou předškolní děti, které byly do dětského domova, ojedinelé do diagnostického ústavu nebo do dětského domova se školou, umístěny na základě předběžného opatření nebo s nařízenou ústavní výchovou. Druhou podstatně méně početnou skupinu potom tvoří nezletilé matky, které mohou být společně se svými dětmi ve vybraných diagnostických ústavech, dětských domovech, dětských domovech se školou a dokonce i výchovných ústavech.

V první polovině roku 2015/2016 se v ČR nacházelo celkem 213 školských výchovných zařízení s celkovou kapacitou 7687 lůžek. Celkem v těchto zařízeních pobývalo 6482 dětí, z toho 497 dětí před zahájením povinné školní docházky, z nichž 107 bylo mladší 3 let a 390 starších 3 let. Dále tato zařízení poskytovala péči 52 nezletilým matkám se 46 dětmi (do statistiky jsou započítány též nezletilé těhotné dívky). Nařízenou ústavní výchovu mělo 4813 dětí, uloženou ochrannou výchovu mělo 73 dětí, 986 dětí bylo přijato na základě předběžného opatření, 51 dětí na základě žádosti rodičů a 551 dětí zde pobývalo na základě dobrovolně prodlouženém pobytu. Děti cizinců bylo v těchto zařízeních celkem 148 z toho 63 ze zemí EU. Celkem 315 dětí bylo na útěku (MŠMT, 2016a).

Srovnáme-li vývoj počtu školských výchovných zařízení a počtu dětí v nich umístěných za uplynulých deset let, v obou případech je zde patrný pokles, který však není nijak výrazný. Ve školním roce 2005/2006 se v ČR nacházelo 225 školských zařízení se 7621 dětmi, ve školním roce 2009/2010 se počet zařízení zvýšil na 229 a počet dětí na 7878, poté již nastává postupný pokles, kdy ve školním roce 2012/2013 bylo v ČR 220 školských zařízení s 6941 dětmi a v minulém školním roce 2014/2015 214 školských zařízení s 6495 dětmi (MŠMT, 2006, 2010, 2012, 2015).

#### **6.4.1 Diagnostický ústav (DÚ)**

Přestože zákon č. 109/2002 Sb. dnes hovoří pouze o diagnostickém ústavu, v praxi se můžeme setkat ještě s označeními dětský diagnostický ústav (DDÚ) a diagnostický ústav pro mládež (DÚM). Tyto názvy dle již neplatné vyhlášky MŠMT č. 64/1981 původně odpovídaly rozdělení diagnostických ústavů dle cílových věkových skupin. V současné době jsou menší děti rozhodnutím soudu ve většině případů přijímány do dětského domova bez předchozího pobytu v diagnostickém ústavu. Potřebná komplexní diagnostika je potom u dítěte realizována přímo v dětském domově. Specifickou skupinou klientů diagnostického ústavu tvoří nezletilé matky s dětmi včetně dívek v pokročilém stádiu těhotenství. Délka pobytu může být různá,

většinou se jedná o krátkodobé pobyty, tj. po dobu šestinedělí, a závisí zejména na schopnosti nezletilé matky poskytnout dítěti potřebnou péči a na aktuální situaci v rodině.

Diagnostický ústav plní podle § 5, odst. 2 zákona č. 109/2002 Sb. tyto úkoly:

- **diagnostické**, spočívající ve vyšetření úrovně dítěte formou pedagogických a psychologických činností,
- **vzdělávací**, v jejímž rámci se zjišťuje úroveň dosažených znalostí a dovedností, stanovují a realizují specifické vzdělávací potřeby v zájmu rozvoje osobnosti dítěte přiměřeně jeho věku, individuálním předpokladům a možnostem,
- **terapeutické**, které prostřednictvím pedagogických a psychologických činností směřují k nápravě poruch v sociálních vztazích a v chování dítěte,
- **výchovné a sociální**, vztahující se k osobnosti dítěte, k jeho rodinné situaci a nezbytné sociálně-právní ochraně dětí; podle potřeby zprostředkovává zdravotní vyšetření dítěte,
- **organizační**, související s umístováním dětí do zařízení v územním obvodu diagnostického ústavu vymezeném ministerstvem, popř. i mimo územní obvod, dále zahrnuje spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí při přípravě jeho návrhu na nařízení předběžného opatření, které bude vykonáváno v diagnostickém ústavu nebo v jiném zařízení a při přípravě vyjádření pro soud ohledně určení zařízení pro výkon ústavní výchovy, do kterého má být dítě s nařízenou ústavní výchovou umístěno,
- **koordinační**, směřující k prohloubení a sjednocení odborných postupů ostatních zařízení v rámci územního obvodu diagnostického ústavu, k ověřování jejich účelnosti a ke sjednocení součinností s orgány státní správy a dalšími osobami, zabývajícími se péčí o děti.

V původním znění měl diagnostický ústav v rámci organizačního úkolu výhradní pravomoc při rozhodování o umístění dítěte do daného školského zařízení. S nabytím platnosti nového občanského zákoníku č. 89/2012 Sb. dle § 971 odst. 4 přechází tato kompetence výlučně na soud a diagnostický ústav zde zastává roli poradenského zařízení. Diagnostický ústav spolupracuje s OSPOD při přípravě návrhu či vyjádření pro soud k přemístění dítěte do jiného školského zařízení v rámci svého územního obvodu, a to v situacích, kdy se během pobytu dítěte vyskytnou důvody, které mohou k potřebě přemístění vést. V kompetenci diagnostického ústavu je též možnost vyslání odborného pracovníka do zařízení ve svém územním obvodu (Pilař, 2015)

Dle zákona č. 109/2002 Sb. je v diagnostickém ústavu základní organizační jednotkou pro práci s dětmi výchovná skupina tvořená nejméně 4 a nejvíce 8 dětmi. Diagnostické ústavy

a výchovné skupiny mohou být členěny dle pohlaví nebo věku dítěte. Pro účely komplexního vyšetření se zřizují nejméně 3 výchovné skupiny. Pouze se souhlasem ministerstva (MŠMT) mohou být v diagnostickém ústavu zřízeny výchovné skupiny, které zabezpečují péči o děti, u kterých je nutné zajistit dokončení studia, poskytování psychologických nebo speciálně pedagogických služeb nebo jsou známy jiné okolnosti, pro něž není děti vhodné přemístit. Diagnostický ústav se vnitřně dále dělí na pracoviště diagnostické, výchovně vzdělávací, sociální práce a záchytné (Pilař, 2015). Délka pobytu dítěte v diagnostickém ústavu by neměla přesáhnout dobu 8 týdnů, které by dle Smolíka (2012) měly dostačovat pro realizaci komplexního vyšetření dítěte. Pilař (2015) naopak uvádí, že v souvislosti s platnou legislativou není možné tuto dobu dodržet.

V první polovině školního roku 2015/2016 bylo v ČR dle periodické statistiky MŠMT celkem 13 diagnostických ústavů s celkovou kapacitou 504 lůžek. V polovině školního roku 2015/2016 zde bylo umístěno celkem 392 dětí, z nichž pouze 5 dětí je předškolního věku (MŠMT, 2016a).

V porovnání s předchozími roky se počet diagnostických ústavů prakticky nezměnil, mírně poklesl počet dětí, kdy ve školním roce 2005/2006 to bylo 537 dětí, z toho 16 dětí v předškolním věku, v roce 2011/2012 to bylo dokonce 543 dětí, z toho 24 v předškolním věku, a poté již klesající tendence v roce 2013/2014 453 dětí, z toho 8 předškolních dětí, a v uplynulém školním roce 2014/2015 427 dětí a z toho 4 děti před zahájením povinné školní docházky (MŠMT, 2006, 2012, 2014, 2015).

#### **6.4.2 Dětský domov (DD)**

Dětský domov poskytuje péči dětem s nařízenou ústavní výchovou bez indikovaných závažných poruch chování. Podle Jánského (2014) se jedná především o děti, které z různých důvodů nemohou být vychovávány ve vlastní rodině a ani v některé z forem náhradní rodinné péče (tzv. *causus socialis*). Dle zákona č. 109/2002 Sb. je péče zajišťována se zřetelem na individuální potřeby dítěte. Ve vztahu k dětem tak plní dětský domov zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

Do dětského domova jsou dle zákona č. 109/2002 Sb. přijímány děti zpravidla od 3 do nejvýše 18 let. Zákonná formulace „zpravidla“ dává prostor přijmout ve výjimečných a odůvodněných případech i dítě mladší 3 let, např. v rámci sourozenecké skupiny. Do dětského domova mohou být rovněž přijímány nezletilé matky společně s jejich dětmi. Dětský domov také může poskytovat přímé zaopatření zletilé nezaopatřené osobě po ukončení výkonu



ústavní výchovy (dovršením zletilosti končí ústavní výchova), která se soustavně připravuje na své budoucí povolání, nejdéle však do dovršení 26 let. V tomto případě je mezi nezaopatřenou osobou a dětským domovem uzavřena smlouva. Smolík (2012) poukazuje na málo známou skutečnost, že obdobnou možnost mají i klienti výchovných ústavů.

Základní organizační jednotkou dětského domova je dle zákona č. 109/2002 Sb. rodinná skupina, kterou tvoří nejméně 6 a nejvíce 8 dětí. Jedná se zpravidla o heterogenní a koedukované skupiny dětí, tj. různého věku a pohlaví. V jednom dětském domově v jedné budově nebo více budovách v jednom areálu mohou být zřízeny nejméně 2 a nevíce 6 rodinných skupin. Děti jsou do rodinných skupin zařazovány s ohledem na jejich výchovné, vzdělávací a zdravotní potřeby. Pokud se jedná o děti se zdravotním postižením, mohou je dětské domovy dle vyhlášky 438/2006 Sb. přijímat jednotlivě nebo pro ně zřizovat samostatné rodinné skupiny, ovšem za předpokladu, že jim mohou zajistit denní docházku do odpovídající školy. Sourozenecká skupina se s ohledem na zachování vzájemných vazeb a možnosti uplatnění modelu rodinné výchovy zpravidla zařazuje do jedné rodinné skupiny. Pouze výjimečně ji lze především z výchovných důvodů rozdělit do více rodinných skupin. Dětské domovy přijímají i nezletilé matky společně s jejich dětmi. Děti v dětských domovech se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova.

V první polovině školního roku 2015/2016 bylo v ČR celkem 144 dětských domovů, kde u 132 dětských domovů byl zřizovatelem kraj, což je naprostá většina. Zbývající dětské domovy byly privátní (6), církevní (3) nebo bylo jejich zřizovatelem přímo MŠMT (3). Celková kapacita byla 4987 lůžek v 1328 ložnicích a 286 skupinových bytech. V celkem 608 rodinných skupinách bylo umístěno 4260 dětí, z toho 458 před zahájením povinné školní docházky, a 12 nezletilých matek (MŠMT, 2016a). Záměrně hovořím v souladu se zákonem o dětech před zahájením školní docházky, protože se může jednat nejen o předškolní děti, ale také o děti nezletilých matek, které se také do statistiky započítávají. Tyto děti jsou potom nejčastěji novorozeneckého nebo kojeneckého věku.

V uplynulých deseti letech počty dětí v dětských domovech pozvolně klesaly. Ve školním roce 2005/2006 to bylo 4869 dětí, ve školním roce 2008/2009 4739 dětí, ve školním roce 2011/2012 4451 dětí a ve školním roce 2014/2015 4314 dětí (MŠMT, 2006, 2009a, 2012, 2015).

### 6.4.3 Dětský domov se školou (DDŠ)

Dětský domov se školou je dle zákona č. 109/2002 Sb. určen pro:

- děti s nařízenou ústavní výchovou, které mají závažné poruchy chování,
- děti s nařízenou ústavní výchovou, které pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně léčebnou péči,
- děti s uloženou ochrannou výchovou,
- nezletilé matky s dětmi, splňují-li podmínky některé z výše uvedené kategorie.

Do dětského domova se školou jsou zpravidla přijímány děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky, které se dle výše uvedených důvodů nemohou vzdělávat ve škole, která není součástí dětského domova se školou. Dle Smolíka (2012) jsou však v praxi do DDŠ většinou přijímány děti až od 10 let věku, neboť v nižším věku je diagnostika poruchy chování poměrně problematická. Statistika MŠMT naopak potvrzuje, že ve výjimečných případech jsou přijímány i děti před zahájením povinné školní docházky. Dítě je do rodinné skupiny zařazováno na základě jeho výchovných, vzdělávacích a zdravotních potřeb. Dítě, které se po ukončení povinné školní docházky nemůže pro pokračující závažné poruchy chování vzdělávat na střední škole mimo DDŠ a neuzavře pracovněprávní vztah, je přemístěno do výchovného ústavu.

Dle výše uvedených kategorií dětí je možné odděleně zřizovat jak dětské domovy se školou, tak v nich zřizované rodinné skupiny. Základní organizační jednotkou dětského domova se školou je rodinná skupina, která může mít nejméně 5 a nejvíce 8 dětí zpravidla různého věku a pohlaví. V rámci jedné budovy DDŠ nebo ve více budovách v jednom areálu je možné zřizovat nejméně 2 a nejvíce 6 rodinných skupin.

V první polovině školního roku 2015/2016 bylo v ČR celkem 28 dětských domovů se školou s celkovou kapacitou 959 lůžek. V dětských domovech se školou bylo ve 128 rodinných skupinách umístěno celkem 741 dětí, z toho 5 dětí před zahájením povinné školní docházky a 106 dětí po ukončení povinné školní docházky, a dále 2 nezletilé matky (MŠMT, 2016a)

Vývoj počtů dětí za uplynulých deset let je podobně jako u jiných zařízení NVP poměrně zanedbatelný. Ve školním roce 2005/2006 bylo ve 29 dětských domovech se školou umístěno celkem 815 dětí, v roce 2009/2010 se počet dětských domovů se školou zvýšil na 30 a bylo v nich umístěno 787 dětí. V uplynulých letech byly počty dětí v dětských domovech se školou

dokonce nižší než v současnosti, ve školním roce 2012/2013 713 dětí a v minulém školním roce 2014/2015 dokonce pouze 679 dětí (MŠMT, 2006, 2010, 2013, 2015).

#### **6.4.4 Výchovný ústav (VÚ)**

Výchovný ústav zajišťuje dle zákona č. 109/2002 Sb. péči dětem starším patnácti let se závažnými poruchami chování a případně dětem od 12 let, které vykazují tak závažné poruchy chování, že nemohou být umístěny v dětském domově se školou. Jedná se o tak závažné poruchy chování, které často svou povahou naplňují skutkovou podstatu trestných činů (Jánský, 2014). Výchovný ústav, popř. jeho výchovné skupiny, jsou odděleně zřizovány pro děti s nařízenou ústavní výchovou, uloženou ochrannou výchovou, nezletilé matky se svými dětmi a děti vyžadující výchovně léčebnou péči. Výchovný ústav plní ve vztahu k dětem výchovné, vzdělávací a sociální úkoly.

Ve výchovném ústavu je základní organizační jednotkou výchovná skupina tvořená nejméně 5 a nejvíce 8 dětmi. Ve výchovném ústavu je možné v jedné budově zřídit nejvýše 6 výchovných skupin. Vyhláška č. 438/2006 Sb. dále uvádí možné specifikace výchovných ústavů a oddělení, např. pro děti vyžadující výchovně léčebný režim v důsledku neurologického poškození a psychického onemocnění, pro děti s hyperkinetickou poruchou, které není možné zvládnout běžnými výchovnými postupy a metodami, dále děti s drogovou závislostí nebo pro nezletilé matky s dětmi.

Výchovné ústavy a dětské domovy se školou, tedy zařízení pro děti s uloženou ochrannou výchovou, mohou být dle zákona č. 109/2002 Sb. vybaveny audiovizuálními systémy, které monitorují okolí budovy či budov v rámci jednoho uzavřeného areálu, vnitřní prostory, kam nemají děti přístup, společné prostory, oddělené místnosti a prostory pro zaměstnance. Nezbytné jsou také stavebně technické úpravy, které mají zabránit dětem v útěku.

V první polovině školního roku 2015/2016 bylo na území ČR celkem 28 výchovných ústavů, jejichž zřizovatelem bylo až na jediný privátní výchovný ústav MŠMT. Celková lůžková kapacita byla 1237 lůžek. Na celkový počet 157 výchovných skupin připadlo dohromady 1089 dětí, z toho 33 nezletilých matek s 29 dětmi, které figurují ve statistice i jako děti před zahájením povinné školní docházky. 193 dětí bylo toho času na útěku (MŠMT, 2016a).

Za uplynulých deset let poklesl počet výchovných ústavů z 34 na současných 28. Také počet umístěných dětí mírně poklesl. V roce školním roce 2005/2006 bylo ve výchovných

ústavech 1400 dětí, ve školním roce 2009/2010 1534 dětí a poté již klesající tendence, kdy ve školním roce 2012/2013 bylo ve výchovných ústavech 1269 dětí a v loňském školním roce 2014/2015 1073 dětí (MŠMT, 2006, 2010, 2013, 2015).

#### 6.4.5 Středisko výchovné péče (SVP)

Středisko výchovné péče (dále jen středisko) se dle zákona č. 109/2002 Sb. zaměřuje na klienty s rizikem vzniku poruch chování nebo na klienty s již rozvinutými poruchami chování a negativními jevy v sociálním vývoji, na zletilé osoby do ukončení přípravy na budoucí povolání, nejdéle však do 26 let. Dále středisko poskytuje své služby osobám odpovědným za výchovu, pedagogickým pracovníkům a dětem, o jejichž zařazení do střediska rozhodl soud. Středisko poskytuje své služby formou ambulantní, terénní (především v rodinném nebo školním prostředí dítěte), dále celodenní a internátní, a to nejdéle po dobu 8 týdnů. Dle §16, odst. 2 zákona č. 109/2002 Sb. poskytují střediska tyto služby:

- **poradenské**, spočívající v konzultacích a poskytování odborných informací a pomoci klientům, orgánům sociálně-právní ochrany dětí, jiným orgánům a organizacím podílejícím se na práci s dítětem a rodinou, zejména školám a školským zařízením,
- **terapeutické**, za účelem urychlení integrace do původní rodiny,
- **diagnostické**, spočívající ve vyšetření úrovně klienta formou pedagogických a psychologických činností, na základě nichž vydává doporučení školám a školským zařízením,
- **vzdělávací**, v jejichž rámci se zjišťuje úroveň dosažených znalostí a dovedností, posuzují se specifické vzdělávací potřeby v zájmu rozvoje osobnosti klienta uvedené přiměřeně jeho věku, individuálním předpokladům a možnostem,
- **speciálně pedagogické a psychologické**, směřující k nápravě poruch v sociálních vztazích a v chování a směřující k integraci osobnosti klienta a rodiny,
- **výchovné a sociální**, vztahující se k osobnosti klienta, k jeho rodinné situaci a nezbytné sociálně-právní ochraně dětí,
- **informační**, spočívající ve zprostředkování kontaktů klientovi s jinými orgány a subjekty, které se podílejí na realizaci opatření sociálně-právní ochrany dítěte, nebo za účelem zajištění dalších poradenských nebo terapeutických služeb v zájmu klienta.

Podrobnosti a organizaci výchovně vzdělávací péče ve středisku dále upravuje vyhláška č. 458/2005 Sb. Středisko se dle poskytovaných služeb vnitřně člení na oddělení ambulantní a oddělení celodenní a internátní. Střediska dle zákona č. 109/2002 Sb. spolupracují s pedagogicko-psychologickými poradnami, se speciálně pedagogickými centry u klientů se zdravotním postižením, dále s OSPOD a s organizacemi, které se podílejí na prevenci sociálně patologických jevů a závislostí na návykových látkách. Základní organizační jednotkou střediska poskytující preventivně výchovné služby celodenní nebo internátní formou je výchovná skupina. Do výchovné skupiny, kterou může tvořit nejméně 6 a nejvíce 8 klientů, jsou klienti zařazováni s ohledem na jejich výchovné, vzdělávací a zdravotní potřeby.

Legislativní terminologie označuje cílovou skupinu středisek jako klienty a nikoliv jako děti, jak je tomu u ostatních zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy. Důvodem je rozlišení těchto dvou cílových skupin (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013).

V polovině tohoto školního roku 2015/2016 bylo na území ČR celkem 29 středisek výchovné péče, z nichž 12 středisek poskytovalo pobytové (internátní) služby. Střediska celkem evidovala 12066 klientů, z nichž 370 byly děti z mateřských škol a 16 školsky nezařazených dětí v předškolním věku. Celkem 975 klientům byla poskytována internátní péče a 152 klientům celodenní péče (MŠMT, 2016a).

Na rozdíl od školských výchovných zařízení, kde je patrná byť nepatrně klesající tendence jak v počtu klientů, tak v počtu zařízení, u středisek výchovné péče je za posledních deset let opačný trend. Zatímco ve školním roce 2005/2006 bylo na území ČR činných pouze 19 středisek, které dohromady evidovaly 9454 klientů, ve školním roce 2009/2010 jich bylo ještě méně, pouze 17 s celkem 8340 evidovanými klienty, tak v uplynulém školním roce 2014/2015 jejich počet stoupl na 21 s celkem 10874 evidovanými klienty (MŠMT, 2006, 2010, 2015).

#### **6.4.6 Transformace systému NVP v resortu školství**

Prvotním, do jisté míry zásadním, avšak z dlouhodobého pohledu dílčím krokem v transformaci NVP v resortu školství bylo přijetí zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních, který nahradil dosavadní vyhlášku č. 64/1981 Sb., o školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy. Ty nejzásadnější změny se týkaly těchto oblastí

- **soustava školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy** – Dochází ke zjednodušení typologie jednotlivých zařízení. Dětské domovy internátního

typu a rodinného typu nahrazují dětské domovy, kde základní organizační jednotkou již není výchovná skupina nebo rodinná buňka, ale rodinná skupina. Zvláštní výchovná zařízení, která zahrnovala dětské výchovné ústavy, dětské výchovné ústavy se zvýšenou výchovnou péčí, výchovné ústavy pro mládež, výchovné ústavy pro mládež se zvýšenou výchovnou péčí, výchovné ústavy pro mládež s ochranným režimem, výchovné ústavy pro děti a mládež, ústavy a oddělení s léčebně výchovným režimem nahrazují dětské domovy se školou a výchovné ústavy.

- **snížení kapacity zařízení** – V závislosti na typu daného zařízení se původní počet výchovných skupin v rámci jednoho zařízení pohyboval od 3 do 8 a počet rodinných buněk dokonce od 2 až 10. Výchovná skupina čítala dle typu zařízení od 10 do 15 členů. Rodinné buňky mohly být osmičlenné až desetičlenné. V jednom zařízení tak mohlo být umístěno až sto dětí. V souladu s trendem transformovat zařízení NVP na malá zařízení rodinného nebo komunitního typu se zákonem č. 109/2002 Sb. snížil počet organizačních jednotek v rámci jednoho zařízení na 2 až 6 čítajících od 4 do 8 dětí dle typu zařízení.
- **práva a povinnosti** – Zákon č. 109/2002 Sb. zpřesňuje, rozšiřuje a aktualizuje práva a povinnosti dětí a ředitelů zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy. V případě dětí je patrné výrazné posílení jejich práv, kdy původní vyhláška vymezovala pouze pět základních práv, zatímco nový zákon celkem vymezuje sedmnáct práv, která se odráží i v nově formulovaných opatřeních ve výchově. Posíleny jsou též pravomoci a kompetence ředitele zařízení. Nově jsou definována i práva a povinnosti osob zodpovědných za výchovu dítěte, a to zejména ve vztahu k zařízení.
- **středisko výchovné péče** - Nově byla také v zákoně č. 109/2002 Sb. zakotvena střediska výchovné péče, jejichž vznik umožnil zákon č. 395/1991 Sb., o školských zařízeních (doté doby existovalo pouze Středisko pro mládež v Praze 9 na Klíčově). Výchovně vzdělávací činnost středisek dále upravuje vyhláška č. 458/2005 Sb.

Následné novely zákona přinesly již jen dílčí úpravy, kde např. zákon č. 352/2011 ruší k radosti pedagogických pracovníků povinnost obnovovat psychickou způsobilost psychologickým vyšetřením po uplynutí sedmi let a ponechává tuto pravomoc řediteli zařízení. Důležitou novelou bylo také přijetí zákona č. 333/2012 Sb., který nově umožnil školským zařízením pro výkon ústavní a ochranné výchovy poskytovat speciálně pedagogické a psychologické služby ambulantní formou. Tato změna vytváří podmínky pro práci s rodinou dítěte tak, aby se mohlo vrátit do přirozeného rodinného prostředí a následně využívalo služby zařízení NVP pouze ambulantní formou. Vítanou změnou korespondující se zájmy dítěte bylo

umožnění přijímání dětí do dětského domova bez předchozího pobytu v diagnostickém ústavu. Jedná se zejména o děti mladší šesti let, děti bez poruch chování nebo děti, u nichž již byla provedena potřebná komplexní diagnostika např. střediskem výchovné péče.

Přestože přináší zákon č. 109/2002 celou řadu změn, řeší pouze situaci v zařízeních v resortu školství a nikoliv koncepční změnu péče o ohrožené děti. Současná transformace dětských domovů se zaměřuje zejména na zkvalitnění a rozšíření poskytovaných služeb ohroženým dětem a implementaci péče rodinného typu.

Nový občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.) odebral diagnostickým ústavům kompetenci, která jim umožňovala na základě komplexní diagnostiky rozhodnout o umístění dítěte do vhodného zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy. Jánský (2014) v této souvislosti poznamenává, že touto legislativní úpravou došlo ke zrušení jejich koordinační, propojující i sjednocující funkce a ztrátě jejich operativnosti, což je v rozporu s transformačními principy. Rozhodování ve věci ohrožených dětí je v praxi nepružné a zdlouhavé, proto je nezbytná úprava související legislativy.

V návaznosti na Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti a na období 2009 – 2011 (MPSV, 2009a) připravilo MŠMT *Rámcovou koncepci MŠMT ČR v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči*. Transformace je dle této rámcové koncepce (MŠMT, 2009b) postavena na třech základních pilířích, kterými jsou analýza celého systému péče o ohrožené děti a rodiny (analýza kapacit lidských zdrojů, počtu klientů, hmotných zdrojů, kvality života klientů), změna kvality péče jednotlivých složek systému (vytvoření standardů kvality práce v zařízeních, vypracování dílčích metodik práce dle specializací jednotlivých zařízení, provázání kontrolních mechanismů v návaznosti na finanční zdroje) a zavádění efektivních a inovativních postupů do systému, které budou zvyšovat profesionalitu péče (vzdělávání, psychoterapeutické sebezkušenostní výcviky, komunitní systém péče, psychoterapeutické postupy a nové diagnostické metody, supervize).

Přípravné kroky rámcové koncepce MŠMT stanovily jako jeden z dílčích úkolů vypracování standardů kvality práce v zařízeních. V roce 2015 vydalo MŠMT ve spolupráci s Národním ústavem pro vzdělávání (NÚV) finální verzi *Standardů kvality péče o děti v zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy a preventivní péče*. Ve své koncepci vycházely ze standardů sociálních služeb, viz vyhláška č. 505/2006 Sb. Snahou tvorby standardů péče o dítě bylo reflektovat hodnoty, které jsou pro dítě v kontextu jeho

situace, rodiny a vývoje v rámci života v školském zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy a preventivní péče zásadní (Pacnerová et al., 2015).

Dle výnosu ministryně školství č. 5/2016 (MŠMT, 2016b) jsou standardy kvality péče souborem kritérií, která stanovují úroveň kvality péče v oblasti výchovné, vzdělávací, personální, materiální a organizační. Jejich úkolem je nastavit, udržet a postupně zvyšovat úroveň kvality poskytované péče v zařízeních. Standardy kvality péče jsou členěny do pěti tematických oblastí (Pacnerová et al., 2015):

- **vymezení činností a informovanost** (účel a záměr činnosti, informovanost, kvalita a efektivita péče)
- **průběh péče a návazné služby** (umístování a přijímání dítěte, výkon péče a ukončování péče)
- **personální agenda** (kvalifikační nároky, způsoby zaškolení, způsoby podpory osobnostního a profesního rozvoje pracovníků, postupy pravidelného hodnocení a kontroly pracovníků a týmu ad.)
- **organizační aspekty** (systém dokumentace, funkční systém řízení, spolupráce s jinými subjekty, postupy při mimořádných situacích ad.)
- **prostředí výkonu péče** (materiální, technické, hygienické, prostorové podmínky podobající se fungování běžné domácnosti)

Pro každý standard platí celkem osm zásad:

1. Péče je realizována v souladu s nejlepším zájmem dítěte, s ohledem na jeho věk, rozumové schopnosti, duševní a tělesný zdravotní stav a rodinný kontext.
2. Péče je realizována v souladu s individuálními potřebami dítěte.
3. Péče směřuje k rozvoji samostatnosti, aktivní účasti dítěte ve společnosti, k posilování sebedůvěry, identity dítěte a k rozvoji tělesných, duševních, citových a sociálních dovedností dítěte.
4. Péče splňuje požadavky na poskytování péče podle zákona č. 109/2002 Sb.
5. Péče je v souladu s principem rovného přístupu k dětem, zejména bez ohledu na rasu, barvu pleti, pohlaví, jazyk, náboženství, politické nebo jiné přesvědčení, národnostní, etnický nebo sociální původ, právní či společenské postavení, socioekonomické možnosti, zdravotní postižení, sexuální orientaci atd.
6. Péče zajišťuje naplňování práv dětí.
7. Péče vychází z aktuálních odborných poznatků.
8. Zařízením deklarované postupy jsou naplňovány v praxi



Bez ohledu na skutečnost, že zveřejněním standardů pouhým výnosem ministryně školství a nikoliv vyhláškou je činní oficiálně závaznými pouze pro zařízení zřizovaná přímo MŠMT, je aplikují i zařízení zřizovaná kraji a dalšími subjekty. V současné době se připravují Standardy kvality pro ambulantní střediska výchovné péče, které navazují na proces nastavování a zvyšování kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a preventivně výchovné péče formulovaném v již vytvořených Standardech kvality péče o děti v těchto zařízeních.

#### **6.4.7 Výchova a vzdělávání ve školských zařízeních NVP**

Dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, diagnostické ústavy a střediska výchovné péče musí dle §1 odst. 1 zákona č. 109/2002 Sb. zajistit každému dítěti právo na výchovu a vzdělání. V tomto ohledu je nutné rozlišit předškolní, základní a střední vzdělávání a organizaci specifické výchovně vzdělávací činnosti.

V dětských domovech je **předškolní, základní a střední vzdělávání** realizováno ve školách mimo dětský domov. Při některých dětských domovech je však zřízena mateřská a základní škola, ve kterých se vzdělávají děti se specifickými vzdělávacími potřebami.

Při dětských domovech se školou a diagnostických ústavech je možné dle vyhlášky č. 438/2006 Sb. zřídit mateřskou a základní školu. V praxi se jedná zejména o zřizování základní školy, protože tato zařízení zpravidla nepřijímají děti mladší šesti let.

Dětské domovy se školou zajišťují péči dětem se závažnými poruchami chování, a proto si tyto děti plní povinnou školní docházku ve škole, která je součástí zařízení. Pominou-li důvody pro zařazení dítěte do školy, která je součástí zařízení, může být na základě žádosti ředitele zařazeno do školy, která není součástí zařízení. Po ukončení povinné školní docházky se mohou děti bez závažných poruch chování vzdělávat ve střední škole mimo dětský domov se školou. Děti s pokračujícími závažnými poruchami chování jsou přemístěny do výchovného ústavu.

V diagnostických ústavech je plnění povinné školní docházky realizováno ve třídě nebo škole zřízené při diagnostickém ústavu, a to zejména z důvodů provádění komplexní diagnostiky dítěte, jejíž součástí je i zjišťování dosažené úrovně znalostí a dovedností a stanovení specifických vzdělávacích potřeb.

Výchovné ústavy většinou poskytují základní a střední vzdělání ve školách, které jsou součástí zařízení. Povinnou školní docházku zde plní děti starší dvanácti let se závažnými až extrémními poruchami chování.

Ve střediscích výchovné péče mohou děti užívající služeb celodenního a internátního oddělení plnit povinnou školní docházku v základní škole mimo středisko. Některá střediska mají pro tyto účely zřízenou třídu nebo školu.

Předškolní, základní a střední vzdělávání je ve školách, které jsou součástí školského zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy, popř. středisek výchovné péče, uskutečňováno na základě školního vzdělávacího programu, který je v souladu s příslušným rámcovým vzdělávacím programem.

**Specifická výchovně vzdělávací činnost** je dle § 2 odst. 10 zákona č. 109/2002 Sb. zajišťována s ohledem na individuální výchovně vzdělávací potřeby dětí v odstupňovaném rozsahu:

- samostatné přiměřeně věku,
- samostatné vyžadující občasnou kontrolu,
- vyžadující občasné vedení a stálou kontrolu,
- nesamostatné vyžadující stálé vedení i kontrolu,
- vyžadující soustavnou intenzivní individuální péči.

Posouzení dítěte dle těchto kategorií se provádí v součinnosti s odborným pracovníkem (speciálním pedagogem nebo sociálním pedagogem) nejméně jednou ročně. Tato kategorizace se promítá do charakteru poskytované komplexní péče a programu rozvoje osobnosti dítěte nebo individuálního plánu výchovy.

**Program rozvoje osobnosti dítěte (PROD)** zpracovávají dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy a diagnostické ústavy. Jedná se o individuální plán výchovně vzdělávací činnosti konkrétního dítěte, který je vypracovaný v zájmu optimálního rozvoje osobnosti dítěte, zahrnuje reflexi aktuálního stavu, diagnostické poznatky, cíl péče a jednotlivé postupy v různých oblastech života dítěte (Pacnerová et al., 2015). PROD se zpracovává na jeden školní rok. Průběžně se provádí jeho aktualizace a evaluace, jejíž písemné zpracování slouží jako podklad pro tvorbu nového PROD na další školní rok. Nejčastěji jej vypracovává pedagogický pracovník, který o konkrétní dítě pravidelně pečuje, ve spolupráci s dalšími pedagogickými pracovníky, psychologem, sociálním pracovníkem, metodikem prevence, výchovným poradcem aj. Je vhodné a žádoucí, aby se na tvorbě PROD do určité míry podílelo i samotné dítě, pro které je vytvářen. Míra spolupráce a zapojení dítěte do tvorby PROD se odvíjí od jeho věku a rozumových schopností. Součástí programu rozvoje osobnosti mohou být pracovní listy, které reprezentují jednotlivá průřezová témata a obsahují konkrétní a praktické výstupy v podobě úkolů, které by měly děti v dané věkové kategorii

zvládnout. Dovolují-li to okolnosti, může pedagogický pracovník na tvorbě PROD spolupracovat i s rodinou dítěte.

V příloze standardů kvality péče (Pacnerová et al., 2015) je šablona pro tvorbu PROD, podle které by měl PROD obsahovat základní osobní údaje dítěte, ročník a rok školní docházky a cíle, plány a postupy pro optimální rozvoj dítěte v těchto oblastech:

- osobní charakteristika dítěte ovlivňující edukační proces (např. emoční stabilita, temperament, charakter, osobní tempo, samostatnost, adaptace na změny atd.);
- vztah k lidem (např. postavení v kolektivu, vztah k vrstevníkům, k opačnému pohlaví, k dospělým autoritám – ženy, muži; vztah k sobě, sociální zdatnost);
- kontakt a vztahy s rodinou nebo jinými blízkými osobami (např. četnost, forma, emoční ladění, iniciativa, spolupráce atd.);
- sebeobslužné dovednosti (např. hygiena, stolování, vzhled, úprava zevnějšku);
- vztah k povinnostem v zařízení;
- školní dovednosti a vzdělávací potřeby (např. vztah ke škole, vypracovávání domácích úkolů);
- zájmy, kroužky a profesní orientace;
- další nebo jiná významná oblast.

Ke každé z těchto oblastí se uvádí popis aktuálního stavu a zhodnocení z uplynulého období, na základě kterých se formulují krátkodobé a střednědobé cíle. Pro jejich dosažení je nutné stanovit plány a postupy. Důležitou součástí je i vlastní vyjádření dítěte, které se může na tvorbě PROD podílet nebo by s ním minimálně mělo být seznámeno.

**Individuální plán výchovy (IPV)** je plán výchovně vzdělávací činnosti konkrétního klienta ve středisku výchovné péče. Je vytvářen na základě potřeb daného klienta a jsou v něm vymezeny cíle spolupráce, podmínky a postupy směřující k jejich dosažení v různých oblastech života (Pacnerová et al., 2015). Dle vyhlášky č. 458/2005 Sb. se zaměřuje na nápravu poruch chování, na prevenci negativních jevů v sociálním vývoji a zdravý rozvoj osobnosti. Musí být zpracován ve spolupráci s klientem a to nejpozději do čtrnácti dnů ode dne jeho přijetí. Jeho podobu a obsah upravuje Metodický pokyn upravující činnost středisek výchovné péče (MŠMT, 2007) a jeho šablona je přílohou standardů kvality péče o děti (Pacnerová et al., 2015). Dle metodického pokynu (MŠMT, 2007) by měl individuální plán výchovy obsahovat tyto náležitosti:

- osobní údaje klienta (jméno, příjmení, datum a místo narození, místo trvalého pobytu, popřípadě bydliště, nebyl-li trvalý pobyt udělen);
- důvod žádosti klienta (zákonného zástupce nezletilého klienta) o přijetí do péče střediska;
- vymezení cílů, kterých chce klient dosáhnout (tzv. zakázka klienta);
- vymezení podmínek spolupráce mezi střediskem, klientem a zákonným zástupcem nezletilého klienta (tzv. kontrakt) včetně volby postupů a metod, kterých chce klient využít z nabízených služeb a z návrhu na zaměření péče střediska v oblastech:
  - situace a soužití v rodině,
  - vzdělávání ve škole, případně vhodné volby další vzdělávací dráhy a přípravy na povolání,
  - ostatních sociálních vztahů a vazeb;
- plán osobního rozvoje klienta;
- vyjádření souhlasu klienta a zákonného zástupce nezletilého klienta se spoluprací ve smyslu ustanovení § 3 odst. 5 vyhlášky č. 458/2005 Sb.

V oblasti výchovně vzdělávací činnosti patří mezi povinnou dokumentaci zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy roční plán výchovně vzdělávací činnosti a týdenní programy výchovně vzdělávací činnosti.

**Roční plán výchovně vzdělávací činnosti** je klíčovým dokumentem určujícím podobu výchovy a vzdělávání dětí v zařízení. Nejčastěji je zpracováván ředitelem zařízení ve spolupráci s pedagogickým sborem. Bohužel doposud neexistuje žádný manuál, metodický pokyn a už vůbec rámcový vzdělávací program, který by ujednotil podobu, cíle a obsah plánu výchovně vzdělávací činnosti ve školských zařízeních NVP. Jedním z možných důvodů absence ucelené metodiky nebo rámcového vzdělávacího programu může být i značná rozmanitost kolektivu dětí v zařízeních NVP z hlediska věku, osobnosti a charakterových vlastností, výskytu nejrůznějších psychických poruch, např. poruch chování a emocí nebo deprivace, dále somatických, mentálních nebo senzorických postižení, narušení komunikační schopnosti, specifických poruch učení atd., a z toho vyplývající celková komplikovanost výchovně vzdělávacího procesu.

Proto zařízení začala vypracovávat vlastní **školní vzdělávací programy** (ŠVP), které se s ohledem na specifika NVP částečně inspirují v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání (RVP ZV) vč. přílohy upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní školy speciální (RVP ZŠS), popř. v Rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání (RVP PV).

V souvislosti se vzděláváním dětí se speciálními vzdělávacími potřebami se připravují důležité legislativní změny. Od 1. září 2016 vstoupí v platnost vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, která ručí předchozí vyhlášku č. 73/2005 Sb. a navazuje na novelu školského zákona č. 82/2015 Sb. Na základě této vyhlášky budou žáci se speciálními vzdělávacími potřebami vzdělávání na základě tzv. podpůrných opatření, která v pětistupňové škále stanoví míru úpravy, metod, organizace, podmínek a hodnocení vzdělávání. Touto legislativní změnou se také ruší příloha Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělání upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením.

ŠVP vytvářené jednotlivými zařízeními NVP pracují s klíčovými kompetencemi, tj. *klíčové kompetence k učení, k řešení problémů, komunikativní, sociální a personální, občanské a pracovní*, a popř. i s průřezovými tématy, tj. *osobnostní a sociální výchova, výchova v demokratického občana, výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech, multikulturní výchova, environmentální výchova a mediální výchova* (MŠMT, 2016c). Vzdělávací cíle, vzdělávací oblasti či tematické okruhy si zařízení většinou definují samy. ŠVP nejčastěji vypracovává ředitel ve spolupráci s pedagogickými pracovníky.

**Týdenní programy výchovně** vzdělávací činnosti jsou vytvářeny pedagogickými pracovníky pro jednotlivé rodinné či výchovné skupiny a mají spíše organizačně informativní charakter. Nejčastěji obsahují přehled pravidelných a mimořádných aktivit dané rodinné nebo výchovné skupiny a jejich dětí jako např. zájmové kroužky, doučování, akce preventivního programu, různé kulturní, sportovní či volnočasové akce, návštěvy lékařů atd.

**Preventivní program** je základním nástrojem prevence sociálně patologických jevů v resortu školství. Prevence se zaměřuje na tyto sociálně patologické jevy a projevy rizikového a problémového chování: drogové závislosti, alkoholismus, kouření, kriminalita a delikvence, šikana, vandalismus, xenofobie, rasismus, netolismus (závislost na tzv. virtuálních drogách – počítače a počítačové hry, mobilní telefony, internet, televize atd.), gambling (patologické hráčství), kyberšikana (šikana využívající elektronické prostředky – internet, e-mail, mobilní telefony, internetové blogy atd.), kybergrooming (manipulace s obětí pomocí elektronických prostředků za účelem dosažení osobní schůzky), záškoláctví atd. Preventivní programy nejčastěji vypracovává metodik prevence ve spolupráci s ředitelem a dalšími pedagogickými pracovníky.

## 6.5 Systém náhradní výchovné péče v resortu zdravotnictví

Do systému náhradní výchovné péče v resortu Ministerstva zdravotnictví (MZ) původně patřily kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti tří let. V současné době se však většina z nich transformovala na tzv. **dětská centra**, která poskytují širší a komplexnější portfolio služeb. Paradoxem je, že dlouho očekávaný zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách pojem dětské centrum nezná. Používá výhradně termín dětské domovy pro děti do 3 let, který nahradil pojem kojenecké ústavy a dětské domovy (v resortu zdravotnictví). Přitom již v roce 2010 bylo dle Schneiberga (2011a) v ČR jedenáct dětských center. Schneiberg dále uvádí, že věcný záměr zákona o dětských centrech měl být hotov do roku 2009. Byl téměř před dokončením, avšak padl s koncem vlády. Proto byla snaha zakotvit dětská centra v již zmíněném zákoně č. 372/2011 Sb. Připravené paragrafové znění však bylo legislativci Ministerstva zdravotnictví odmítnuto s doporučením řešit danou problematiku samostatným zákonem, který je však v nedohlednu. Pojem dětská centra není zakotven ani v dalším stěžejním zákoně č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí. Zmiňuje se o nich pouze metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví č. 24039/2005, o činnosti kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku.

V praxi se u zařízení NVP v resortu zdravotnictví můžeme kromě převažujícího označení dětské centrum, setkat i s názvem **dětský stacionář** (nejčastěji jako součást dětského centra), **kojenecký ústav** (např. Kojenecké ústavy Ústeckého kraje) nebo **dětský domov pro děti do 3 let** (např. Krajský dětský domov pro děti do 3 let Karlovy Vary). Z výše uvedeného je zřetelně patrná terminologická roztržitost, kterou nesjednotila ani platná legislativa.

V roce 2012 bylo v ČR dle podrobné statistiky (*Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let a dalších zařízení pro děti v roce 2012*) Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) celkem 33 kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let s celkovou kapacitou 1700 lůžek (UZIS, 2013). Pro další roky již samostatná podrobná statistika není k dispozici. Zdravotnická ročenka České republiky 2013 (UZIS, 2014) a Statistická ročenka České republiky 2014 (ČSÚ, 2014) shodně uvádějí 31 kojeneckých ústavů a dětských domovů do 3 let s celkovou kapacitou 1396 lůžek a v samostatné kategorii 30 dětských stacionářů a dětských center s celkovou kapacitou 1293 míst. Vzhledem k terminologické nejednotnosti a rozdílnému chápání významu, však není jasné, o jaká zařízení se ve skutečnosti jedná. Vždyť v ČR podle názvu až na výjimky

kojenecké ústavy neexistují a zařízení s označením dětský domov pro děti do 3 let je také málo.

Nejvíce vypovídající je v tomto ohledu již zmíněná podrobná statistika z roku 2012, dle které bylo v průběhu roku do zmíněných zařízení NVP přijato celkem 1932 dětí a propuštěno 1940 dětí. Děti byly do těchto zařízení přijímány se zdravotních důvodů (45,5 %), ze sociálně zdravotních důvodů (17,6%) a ze sociálních důvodů (36,5%). Nejvíce dětí bylo v roce 2012 propuštěno zpět do vlastní rodiny (50,7%), do osvojení (22,9%), méně dětí již do jiné formy náhradní rodinné péče, zejména pěstounské péče (11,6 %), nejméně do dětských domovů v resortu školství (6,3%) a zbývající část dětí do domovů pro osoby se zdravotním postižením nebo jinam (8,5%). Nejkratší doba (0-2 měsíce) převládala pouze u dětí, které se vrátily do vlastní rodiny (60,7%). Krátkodobý pobyt převládá také u dětí, které byly osvojeny se souhlasem biologických rodičů (46,6% 0 – 2 měsíce, 33,8% 3-5 měsíců). Naopak dlouhodobý pobyt, tj. 1 rok a více, převládá u ostatních kategorií dětí, kde nejvíce (97,4%) jsou zastoupeny děti později umístěné do domovů pro osoby se zdravotním postižením nebo do dětských stacionářů (ÚZIS, 2013).

### **6.5.1 Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let**

Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let byly, dle již neplatného zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a dle dnes již bez náhrady zrušené vyhlášky č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, souhrnně označovány jako zvláštní dětská zařízení. Výše zmíněný zákon byl nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a s tím dochází k nahrazení termínů zvláštní dětské zařízení, kojenecký ústav a dětský domov jednotným pojmem dětský domov pro děti do 3 let. Komplexní úpravu poskytování péče, zakládající konkrétní práva a povinnosti při péči o děti a vymezující organizační rámec kojeneckých ústavů upravuje metodický pokyn MZ ČR č.24039/2005 pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku.

Dětské domovy pro děti do 3 let dle zákona č. 372/2011 poskytují zdravotní služby a zaopatření (ubytování, stravování, ošacení a výchovnou činnost) dětem zpravidla do 3 let věku, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí. Jedná se zejména o děti týrané, zanedbávané, zneužívané a ohrožené ve vývoji nevhodným sociálním prostředím a o děti se zdravotním postižením. Mohou také přijímat ženy v průběhu těhotenství, které se ocitly v nepříznivé životní situaci, která ohrožuje jejich zdraví. Metodický pokyn č. 24039 /2005

umožňuje zařízením též přijímat matky s dětmi z diagnostických důvodů (např. závislost na návykových látkách, CAN, psychiatrická diagnóza), z výchovných důvodů (matka nezvládá péči o dítě) a z důvodů zácvičku (péče o dítě, péče o dítě se zdravotním postižením, rehabilitace). Dále je možné přijímat těhotné ženy z důvodů utajeného (diskrétního porodu) a z důvodů okamžité pomoci (jako azylové zařízení).

Legislativní formulace „*zpravidla*“ obdobně jako v zákoně č. 109/2002 Sb. dovoluje poskytovat služby i dětem starším tří let. V praxi běžně zůstávají děti v dětských domovech pro děti do 3 let i po dovršení tohoto věku. Nejdéle však do zahájení povinné školní docházky. Jsou to děti, které se např. pro zdravotní postižení, příslušnost k minoritnímu etniku, nebo protože mají v zařízení další sourozence a z dalších důvodů nepodaří umístit do některé z forem náhradní rodinné péče. Tyto děti potom většinou přecházejí do školského dětského domova. V případě, že je při dětském domově pro děti do 3 let zřízeno i zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (dále ZDVOP), tak mohou přijímat i děti školního věku.

Důvody přijetí dítěte do dětského domova do 3 let se dělí na zdravotní, sociálně zdravotní a sociální. Mezi zdravotní důvody patří u dítěte potřeba trvalé nebo dlouhodobé zdravotní a ošetrovatelské péče, nebo je příčina na straně rodičů, např. hospitalizace, pobyt v léčebně, infekce v rodině atd. Sociálně zdravotní důvody zahrnují veškeré situace, kdy dítě pro své zdravotní postižení nemůže vyrůstat v rodině. Může se jednat i o děti, které přímo nevyžadují ošetrovatelskou péči, ale rodiče je „odložili“ právě pro jejich postižení. Sociální důvody zahrnují děti, o kterých hovoří i zmiňovaný zákon č. 372/2011 Sb., tj. děti týrané, zanedbávané, zneužívané a ohrožené (Bruthansová, Červenková, Pechanová, 2005).

Děti mohou být přijímány do zařízení mimo jiné dle zákona č. 359/1999 na základě žádosti rodičů, nejdéle však na dobu 6 měsíců, dále z rozhodnutí soudu o předběžném opatření nebo z rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy.

Dle metodického pokynu č. 24039/2005 poskytují dětem dětské domovy pro děti do 3 let komplexní interdisciplinární péči (zdravotní, ošetrovatelská, rehabilitační, výchovná, sociálně-právní atd.), která je realizována ve skupinách s optimálním počtem 4 děti na 1 pečující osobu, která využívá při ošetrovatelské a výchovné péči některou z dostupných metodik, např. v souvislosti s deprivací zmiňované rituály dle Damborské. Personální obsazení je v souladu se zákony č. 95/2004 Sb. a 96/2004 Sb. a dle příslušného personálního klíče se o děti starají lékaři (pediatři), psychologové, dětské sestry (všeobecné sestry se specializací na pediatrii), ošetrovatelky, popř. speciální pedagogové. Součástí týmu jsou i sociální pracovníci a rehabilitační sestry, popř. další terapeutický personál.



### 6.5.2 Dětská centra (DC)

Transformace kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let se inspirovala sociálně pediatrickými centry v Německu. První takové centrum bylo založeno počátkem sedmdesátých let Theodorem Hellbrüggen v Mnichově, který mimo jiné vycházel z poznatků o psychické deprivaci a významu rodiny českých odborníků Matějčka a Langmeiera (Schneiberg, 2011b).

V České republice je propagátorem myšlenky dětských center **František Schneiberg**, lékař a předseda Společnosti sociální pediatrie (ČLS JEP), která se mimo jiné zabývá podporou vznikajících, resp. transformujících se a existujících dětských center. První dětské centrum u nás vzniklo již v roce 1990.

Schneiberg (2009, s. 56) definuje dětské centrum jako „zařízení poskytující komplexní interdisciplinární péči dětem, jakkoliv ohrožených ve svém vývoji, včetně pomoci jejich rodinám.“ Úkoly dětského centra by se měly týkat diferenciatní diagnostiky, zdravotně-sociální prognózy, terapie, poradenství, sociálně-právní ochrany a pregraduálního a postgraduálního vzdělávání. Lůžková kapacita dětských center by se měla minimalizovat ve prospěch většího rozsahu nabízených služeb ambulantní formou. Z pobytových služeb by měla být zachována zejména tzv. krizová lůžka ZDVOP, jež by měla být součástí dětského centra a dále by měla být k dispozici kapacita pro pobyt matek nebo rodin s dětmi (Schneiberg, 2011b).

Současná dětská centra v různé míře sdružují široké spektrum zařízení poskytujících rozsáhlé spektrum služeb. Patří sem kojenecký ústav a dětský domov pro děti do 3 let, jejichž kapacita se však snižuje ve prospěch ZDVOP a poskytování ambulantních popř. terénních služeb, dále denní i pobytový rehabilitační stacionář pro děti se zdravotním postižením, informační a poradenské centrum pro rodiče a jejich děti, pediatrickou, neurologickou, rehabilitační, logopedickou, psychologickou ambulanci, oddělení pro těhotné matky nebo matky s dětmi, mateřskou školu, popř. speciální mateřskou školu, jesle, laktační poradnu atd. Dětská centra poskytují sociální, nebo sociálně-právní služby, zprostředkovávají mediaci v konfliktních situacích např. mezi rodiči nebo rodiči a dětmi. Některá dětská centra také umožňují těhotným ženám a dívkám v tíživé situaci tzv. diskrétní porody, vč. možnosti pobytu před a po porodu. Schneiberg (2011b) dělí dětské centrum na obligatorní část (lůžková část, ambulance, zařízení pro denní pobyt) a fakultativní část (poradenská pracoviště, vzdělávací a vědecko-výzkumný institut).

Klíčovým principem DC je multidisciplinární týmová spolupráce, kde koordinátorem týmu je dětský lékař – sociální pediatr a dalšími základními členy jsou pedagog (speciální pedagog), psycholog a terapeut. Personálně jsou zastoupeni v klíči 1:1:1: 2-3. Terapeutů je vždy více, neboť se počítá s jejich činností během celého dne, tedy pravděpodobně ve dvojsměnném provozu (Schneiberg, 2011b). Závazná vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, kterou se současná dětská centra řídí, vyžaduje obsazení zejména zdravotnických profesí, tj. dětský nebo praktický lékař pro děti a dorost, dětské a všeobecné sestry, ošetřovatelky, klinický psycholog, fyzioterapeut a zdravotně – sociální pracovník. Pozice speciálního pedagoga se dle metodického pokynu č. 24039/2005 obsazuje na základě věkového složení dětí.

### 6.5.3 Transformace zařízení náhradní výchovné péče v resortu zdravotnictví

Transformace zařízení NVP v resortu zdravotnictví vycházela podobně jako transformace zařízení NVP v resortu školství z národních dokumentů: *Národní akční plánu k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 – 2011* (NAP; MPSV, 2009a), *Národní strategie ochrany práv dětí*, která vzešla z usnesení vlády č. 4. ze 4. ledna 2012 (MPSV, 2012a) a *Akční plán k naplnění Národní strategie ochrany práv dětí 2012 – 2015*, který schválila vláda 11. dubna 2012 (MPSV, 2012b).

Klíčovým cílem transformace péče o ohrožené děti směřujícím ke stávajícím zařízením NVP je dle NAP *rozšíření poskytovaných služeb směrem k poskytování komplexní, ucelené péče o dítě, podpora péče rodinného typu a podpora práce s rodinou dítěte umístěného v zařízení*“ (MPSV, 2009a, s. 14). Tento podnět nastartoval proces transformace stávajících kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let v multifunkční zařízení s ambulancí složkou a péčí rodinného typu, dnes převážně označovaná jako dětská centra.

Schneiberg (2009) poukazuje na nutnost transformace stávajících zařízení v resortu zdravotnictví, jejichž struktura nevyhovuje potřebám ohrožených dětí. Uvádí tyto důvody a principy transformace zařízení NVP:

- stále větší počet ohrožených dětí,
- nutnost preventivního zaměření,
- nutnost zahrnout do pomoci dítěti i péči o jeho nejbližší sociální prostředí – rodinu,
- nutnost mezioborové spolupráce,
- nutnost zahrnout do přístupu všechny možnosti diagnostické i terapeutické.

Legislativní ukotvení kojeneckých ústavů, dětských domovů pro děti do 3 let a dětských center je v porovnání s legislativou vymezující působení zařízení NVP v resortu MŠMT a MPSV nedostatečné. V praxi se již většina zařízení transformovala v dětská centra, a to nejen změnou názvu, ale zejména strukturou a rozsahem poskytovaných služeb. Tato transformace se však nikterak neprojevila v legislativních změnách. Jak již bylo výše uvedeno, věcný záměr zákona o dětských centrech měl být hotov do roku 2009, avšak těsně před dokončením padl s koncem vlády. Dětská centra se bohužel nepodařilo zakotvit ani v novém zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který v kontextu transformace přináší pouze dílčí změny. Absence jakéhokoliv legislativního dokumentu, který by alespoň obecně formuloval postavení a působnost dětských center přináší nepřesné a zkrácené představy o tomto typu zařízení.

Před přijetím zákona č. 372/2011 Sb. bylo postavení stávajících kojeneckých ústavů a dětských domovů zakotveno v § 38 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a v § 20 vyhlášky č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení. Tato zařízení byla společně s jeslemi souhrnně označována jako zvláštní dětská zařízení. Zákon č. 372/2011 Sb. mění kojenecké ústavy a dětské domovy na dětské domovy pro děti do 3 let. Nově mohou dětské domovy pro děti do 3 let poskytovat pobytové služby i těhotným matkám, jejichž zdraví je v důsledku nepříznivé životní situace ohroženo. Dále již zmíněný zákon pouze stanovuje povinnost přispívat poskytovateli na zaopatření dítěte a určuje výpočet výšky tohoto příspěvku na zaopatření dítěte. Podrobnosti k činnosti zdravotnických zařízení NVP tak nadále upravuje metodický pokyn MZ ČR č. 24039 /2005 (Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku).

Tento metodický pokyn vymezuje doporučené důvody pro přijetí dítěte do zařízení, definuje podmínky a zásady pro přijímání dítěte do zařízení a jeho propouštění zpět do vlastní rodiny nebo do jiné formy péče, dále upravuje podrobnosti k pobytu a poskytované péči v zařízení. V souladu se záměry NAP (MPSV, 2009a) a Národní strategie ochrany práv dětí (MPSV, 2012a) poskytují dle tohoto metodického pokynu zdravotnická zařízení NVP komplexní interdisciplinární služby a vytváří podmínky pro optimální vývoj dítěte. Důraz je kladen též na individuální zaměření poskytované péče, kde metodický pokyn stanovuje optimální počet 4 dětí na 1 pečující osobu. Důležitým aspektem je zakotvení možnosti poskytovat zdravotní, psychologické, rehabilitační, poradenské aj. služby též ambulantní formou. Zařízení se nově dělí na ambulantní a pobytovou (lůžkovou) část, což částečně odpovídá i vnitřnímu členění dětských center. Metodický pokyn na rozdíl od zákona 372/2011 Sb. rozšiřuje cílovou skupinu zdravotnických zařízení NVP i o matky s dětmi (diagnostické a

výchovné důvody, zácvik péče o dítě atd.). Matka pečuje o dítě systémem rooming-in, tzn. že s dítětem na jednom pokoji, což představuje významný posun v celkovém přístupu v poskytované péči. Bohužel metodický pokyn nepostihuje všechny aspekty péče o dítě ve zdravotnických zařízeních NVP a navíc má pouze doporučující charakter. Proto je nutné činnost těchto zařízení podrobněji rozpracovat v legislativně závaznějším dokumentu, tj. minimálně v prováděcí vyhlášce.

V souvislosti novelizací zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (zákon č. 401/2012 Sb.) se objevily spekulace týkající se plošného rušení zařízení NVP pro děti do 3 let ve prospěch pěstounské péče na přechodnou dobu. Zde je vhodné citovat vyjádření tehdejšího ministra zdravotnictví Leoše Hegera z jednání na půdě Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR ze dne 17. Listopadu 2012: *„Zákon neobsahuje a v žádné z verzí neobsahoval žádná ustanovení o rušení kojeneckých ústavů a dětských center. Je logické, že čím více dětí bude moci zůstat bezpečně ve své rodině či nalezne odpovídající péči v náhradním rodinném prostředí, tím méně bude potřeba zařízení ústavní péče. Zákon neobsahuje rušení kojeneckých ústavů z jednoho prostého důvodu. Je nesporné, že děti se zdravotním postižením, jejichž péči nelze zajistit v domácím prostředí, budou i nadále služeb kojeneckých ústavů využívat.“* (Parlament ČR, 2012).

V zákoně č. 359/1999 Sb. jsou zdravotnická zařízení NVP označována souhrnně jako zařízení poskytovatele zdravotních služeb. Do zařízení poskytovatele zdravotních služeb či zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (často zřizována při dětských centrech) a dalších zařízení mohou být děti umístěny na základě rozhodnutí soudu v případech, kdy to vyžaduje zájem dítěte a dříve udělená výchovná opatření OSPOD nevedla k nápravě. V souvislosti se sledováním výkonu ústavní výchovy jsou v zákoně č. 359/1999 Sb. mimo jiné jmenovány i dětské domovy pro děti do 3 let. Z toho vyplývá, že kojenecké ústavy, dětské domovy pro děti do 3 let i dětská centra zůstávají součástí systému péče o ohrožené děti. Nedochozí k jejich rušení, ale k transformaci na interdisciplinární ambulantně pobytová zařízení poskytující komplexní služby např. dětem se zdravotním postižením, nebo na zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP).

#### **6.5.4 Psychologicko-výchovná péče ve zdravotnických zařízeních NVP**

Poskytování psychologicko-výchovné péče vymezuje pro kojenecké ústavy, dětské domovy pro děti do 3 let a dětská centra metodický pokyn č. 24039/2005., dle kterého je

psychologickou výchovná péče poskytována v rámci individuálně vypracovaných výchovných plánů, které se průběžně minimálně jednou měsíčně kontrolují. Metodický pokyn se však blíže nevyjadřuje a neupřesňuje podobu a obsah výchovného plánu. Proto jsou ve zpracování výchovných plánů mezi jednotlivými zařízeními značné rozdíly.

Některá zařízení stále ještě vycházejí z Programu výchovné práce pro jesle a MŠ z roku 1984, resp. jeho části určené pro jesle. Na základě tohoto programu je obsah výchovné péče rozčleněn do tzv. výchovných složek, kterými jsou především rozumová výchova, výtvarná výchova, pracovní výchova, hudební výchova a tělesná výchova. Mravní výchova se v pojetí těchto osnov neuskutečňuje. Jednotlivé výchovné složky by měly být navzájem propojeny a měly by se doplňovat.

Předškolní vzdělávání je uskutečňováno buď ve spolupráci s externí mateřskou školou nebo má dětský domov do 3 let nebo dětské centrum vlastní interní mateřskou školu, která může sloužit výhradně vlastním dětem nebo i široké veřejnosti. Děti se zdravotním postižením docházejí do speciální mateřské školy nebo do denního rehabilitačního stacionáře. Jednotlivé mateřské školy potom dle školského zákona č. 561/2004 vytvářejí vlastní ŠVP, který by měl být v souladu s RVP PV. Některá zařízení mají zřízené dětské skupiny, které mají sice dle zákona č. 247/2014 Sb., o poskytování služby péče o dítě v dětské skupině, povinnost zpracovávat a dodržovat plán výchovy a péče, ten však již nemusí vůbec vycházet z RVP PV.

Individuální výchovné plány nejčastěji zpracovávají ve vzájemné spolupráci psycholog, pediatr, speciální pedagog a výchovná sestra. S dětmi je potom naplňuje speciální pedagog nebo výchovná sestra společně s dětskými sestrami nebo všeobecnými sestrami. Jednotlivé činnosti jsou realizovány individuálně nebo skupinově. Individuální výchovný plán by měl vycházet z aktuální úrovně psychomotorického vývoje daného dítěte. Obecným cílem každého individuálního výchovného plánu by měl být komplexní rozvoj osobnosti dítěte, tj. po stránce biologické, psychické i sociální s ohledem na jeho individuální zvláštnosti. Jedná se zejména o rozvíjení kognitivních a senzomotorických schopností, emoční a sociální inteligence, dále praktických dovedností v oblasti sebeobsluhy a hygieny atd.

V souvislosti s výchovně vzdělávací činností nejen v kojeneckých ústavech, dětských domovech pro děti do 3 let, dětských centrech, ale i jeslích je nutné zmínit pozici výchovné sestry. Ještě v nedávné době to byly výhradně výchovné sestry, které ve spolupráci s psychologem a pediatrem realizovaly psychologicko-výchovnou péči v těchto zařízeních. Výchovná sestra byla většinou dětská nebo všeobecná sestra, která si např. formou pomaturitního studia doplnila kvalifikaci o obor výchovná péče. Dnes se jedná o všeobecné sestry, které si doplnily kvalifikaci studiem např. pedagogiky volného času nebo speciální

pedagogiky. Alternativou je také certifikovaný kurz Výchovná péče pro děti do tří let, který nabízí Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. V současné době se však na výchovné péči s ohledem na nejrůznější typy a stupně postižení a znevýhodnění přijímaných dětí stále více podílí také speciální pedagog, který se stává platným členem interdisciplinárního týmu.

## **6.6 Systém náhradní výchovné péče v resortu práce a sociální věci**

Náhradní výchovná péče v resortu Ministerstva práce a sociální věci (dále MPSV) je zajišťována zejména v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP), dále v dětských domovech pro osoby se zdravotním postižením a v týdenních stacionářích. MPSV je klíčovým orgánem sociálně-právní ochrany dětí.

Z legislativních dokumentů je podstatný zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, který upravuje činnost zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, dále zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách společně s prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. vymezuje mimo jiné činnost domovů pro osoby se zdravotním postižením a v týdenních stacionářích.

### **6.6.1 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc**

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (dále ZDVOP) patří dle zákona č. 359/1999 Sb. společně se zařízením odborného poradenství pro péči o děti, se zařízením sociálně výchovné činnosti a s výchovně rekreačními tábory pro děti mezi zařízení zajišťující sociálně-právní ochranu dětí.

ZDVOP vznikly jako alternativa k nařízení ústavní výchovy. Občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.) v § 971 odst. 2 ukládá soudu povinnost svěřit dítě do péče ZDVOP v případě, že rodiče nemohou z vážných důvodů na přechodnou dobu zabezpečit výchovu dítěte.

ZDVOP poskytují dle § 42 odst. 1 zákona č. 359/1999 Sb.: *„ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy anebo ocitlo-li se dítě bez péče přiměřené jeho věku, jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané anebo o dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva. Ochrana a pomoc takovému dítěti spočívá v uspokojování*

*základních životních potřeb, včetně ubytování, v zajištění zdravotních služeb a v psychologické a jiné obdobné nutné péči.“*

Dítě může být do ZDVOP přijato na základě rozhodnutí soudu, což se děje zejména v situacích, kdy to vyžaduje zájem dítěte a předchozí výchovná opatření udělená dle § 13 odst. 1 zákona č. 359/1999 Sb. nevedla k nápravě, je soud oprávněn odejmou dočasně dítě z péče rodičů a umístit je mimo jiné i do ZDVOP. Dále může být dítě do ZDVOP umístěno na základě žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností (OSPOD), na základě žádosti rodičů nebo žádosti dítěte samého.

Délka pobytu dítěte je dle zákona č. 359/1999 Sb. 3 měsíce, je-li přijato na žádost rodičů. Tuto dobu je možné na základě opakované žádosti rodičů a se souhlasem obecního úřadu obce s rozšířenou působností prodloužit o další tři měsíce. Na dobu 6 měsíců na základě rozhodnutí soudu dle § 971 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb. nebo na OSPOD a žádosti dítěte dle § 42 odst. 5 zákona č. 359/1999 Sb. V případě, že si rodiče prokazatelně upravují poměry, je možné výjimečně tuto dobu prodloužit až na 12 měsíců.

ZDVOP dle § 42a odst. 1 výše uvedeného zákona zabezpečuje přímé zaopatření dítěte, tj. ubytování, strava a ošacení, dále poskytuje dítěti výchovnou péči, vytváří podmínky pro jeho zájmovou činnost, zajišťuje poskytování zdravotních služeb, poskytuje dítěti prostřednictvím sociálního pracovníka a psychologa odbornou péči, dítěti i jeho rodičům poskytuje poradenské služby, spolupracuje s rodinou dítěte atd.

Počet dětí nesmí bez ohledu, zda jsou umístěny v jedné či více budovách, přesáhnout 28 dětí. Tato kapacita může být překročena pouze v případě přijetí sourozenecké skupiny nebo na základě výjimky MPSV.

Novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí – zákon č. 401/2012 Sb. zavádí tzv. **individuální plán ochrany dítěte (IPOD)**, jehož zpracováním jsou pověřeny obecní úřady obcí s rozšířenou působností. IPODem se řídí zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy i ZDVOP. Individuální plán ochrany je zpracováván s důrazem na setrvání dítěte v péči rodičů nebo jiných osob zodpovědných za jeho výchovu. Obsahuje dle vyhlášky č. 473/2012 Sb. zejména popis příčin ohrožení dítěte, vč. důvodů pro zahájení sociálně-právní ochrany, stanovuje opatření (cíle, rozsah a způsob naplňování navržených opatření), upřesňuje metody práce s rodinou (rozsah intervence a spolupráce s rodinou), časový plán pro provádění jednotlivých opatření, způsob hodnocení a ověřování plnění daných opatření, plán vzdělávání dítěte a jeho přípravy na budoucí povolání, plán blížícího se výstupu z náhradní péče a plán způsobu monitorování fungování rodiny po ukončení spolupráce. Individuální plán ochrany dítěte je zpracováván ve spolupráci s rodinou dítěte a na jeho zpracování se podílejí odborníci

(např. sociální pracovník, psycholog, speciální pedagog, lékař atd.), kteří řeší problém dítěte. Nezbytná je aktualizace tohoto plánu zejména v situacích, kdy je dítěti nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova, kdy je umístěno do ZDVOP nebo některé z forem NRP.

ZDVOP v současné době nejčastěji fungují při dětských centrech, zařízeních Klokánek Fondu ohrožených dětí nebo při dětských domovech. Méně často fungují ZDVOP jako samostatný subjekt. Dle Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2014 (MPSV, 2015) bylo na území ČR celkem 88 ZDVOP, která přijala v roce 2014 celkem 1750 dětí z toho 642 dětí na základě rozhodnutí soudu a 1108 dětí na základě žádosti zákonných zástupců (rodičů), žádosti dítěte a žádosti OSPOD.

### **6.6.2 Domovy pro osoby se zdravotním postižením a týdenní stacionáře**

V domovech pro osoby zdravotním postižením (dále DOZP) může být dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách vykonávána ústavní výchova, výchovné opatření nebo předběžné opatření. V tomto ohledu se péče o nezletilé osoby přiměřeně řídí ustanoveními zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních. Jedná se zejména o práva a povinnosti dětí umístěných ve školských zařízeních NVP aj. Do DOZP i týdenních stacionářů mohou být tedy přijímány děti včetně dětí předškolních.

DOZP i týdenní stacionáře poskytují dle zákona č. 108/2006 Sb. pobytové služby osobám, které mají z důvodu zdravotního postižení sníženou soběstačnost a potřebují tak pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. DOZP poskytují své služby celoročně, týdenní stacionáře v pracovní dny, víkendy tráví uživatelé většinou doma. Kapacita a struktura DOZP a týdenních stacionářů není omezena, proto se běžně hlavně v případě DOZP setkáváme s kapacitou přesahující sto lůžek. Ubytování může být individuální, kdy má každý uživatel svůj pokoj, nebo skupinové, kdy sdílí pokoj dva, tři více klientů.

Poskytované služby dle výše uvedeného zákona zahrnují tyto činnosti:

- poskytování ubytování,
- poskytování stravy,
- pomoc při osobní hygieně popř. poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- výchovné, vzdělávací a akviziční činnosti,



- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Jednotlivé činnosti v rámci poskytovaných služeb dále přibližuje vyhláška č. 505/2006 Sb. Z hlediska péče o děti nás zajímají především výchovné, vzdělávací a akviziční služby. Ty dle zmíněné vyhlášky zahrnují pracovně výchovnou činnost, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, vytvoření podmínek pro zajištění přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění a volnočasové a zájmové aktivity. Zajištění přiměřeného vzdělávání je realizováno v souladu se školským zákonem č. 561/2004 Sb. Předškolní vzdělávání i plnění školní docházky je realizováno interně nebo externě.

Poskytování sociálních služeb se mimo jiné řídí i standardy kvality sociálních služeb, které jsou pro poskytovatele sociálních služeb závazné. Standardy byly sestavovány v spolupráci s poskytovateli i uživateli sociálních služeb, a tak se dá předpokládat, že odrážejí všeobecně přijímanou představu o kvalitě služeb. Standardy kvality zahrnují celkem patnáct standardů, které je možné rozdělit do tří základních kategorií: Procesuální standardy upravují podobu a způsob poskytování sociální služby. Personální standardy se týkají personálního zajištění poskytování sociálních služeb. Provozní standardy definují podmínky poskytování sociálních služeb (Čámský et al., 2008).

Dle Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2014 (MPSV, 2015) poskytovalo v roce 2014 pobytové sociální služby celkem 210 DOZP s celkovou kapacitou 12 926 lůžek a 63 týdenních stacionářů s celkem 845 lůžky. DOZP celkem disponovaly 1912 jednolůžkovými pokoji, 3298 dvoulůžkovými pokoji a 1748 tří a více lůžkovými pokoji. Týdenní stacionáře měly k dispozici celkem 85 jednolůžkových pokojů, 223 dvoulůžkových pokojů a 117 tří a více lůžkových pokojů.

V minulosti se objevovaly nepravdivé počty o 20 tis. dětech umístěných do zařízení NVP, a to i v oficiálních dokumentech, např. zpráva Ligy lidských práv *Péče o děti odebírané z biologické rodiny* (2007). V reakci na tyto zkreslené statistické údaje se objevily reakce, viz např. článek *Mýty o ústavní výchově*, zveřejněný v *Učitelských novinách* v roce 2011 (Opravil, 2011). Opravil zde argumentuje, že přibližně polovinu těchto dětí tvoří děti v ústavech sociální péče, dnes DOZP. Statistická ročenka MPSV pro rok 2007 (MPSV, 2008) však uvádí, že celkem 205 DOZP s kapacitou 16 638 lůžek poskytovalo pobytové služby celkem 1004 osobám mladším 18 let a celkem 40 týdenních stacionářů s celkovou kapacitou

70 lůžek poskytovalo pobytové služby celkem 181 osobám mladším 18 let. Celkem se tedy jedná o 1185 dětí. V roce 2014 době pobývalo v DOZP 577 dětí a v týdenních stacionářích 99 dětí, tj. celkem 676 dětí (MPSV, 2015).

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 7 Výzkumná část obecná

### 7.1 Výzkumný záměr

Záměrem mého výzkumu je zkoumání úrovně školní zralosti a připravenosti dětí v současných podmínkách NVP. Tato rigorózní práce v teoretické i empirické části navazuje, reviduje a rozšiřuje mou diplomovou práci *Připravenost dětí k povinné školní docházce v podmínkách náhradní výchovné péče* (Němec, 2014). V empirické části se jedná zejména o rozšíření výzkumných metod a sledovaných proměnných.

Empirická část zároveň částečně doplňuje a srovnává výzkumný soubor dětí z NVP s výzkumným souborem dětí z běžné populace výzkumného projektu *Výzkum základních proměnných školní zralosti v ČR a v některých zemích EU* realizovaný Katedrou primární a preprimární pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci v letech 2009 – 2011 (Šmelová, Petrová, Souralová et al., 2012).

Hlavním cílem mé práce je zjištění úrovně školní zralosti a připravenosti dětí v NVP a komparace zjištěných výsledků s dětmi z běžné populace výzkumného projektu *Výzkum základních proměnných školní zralosti v ČR a v některých zemích EU* (Šmelová, Petrová, Souralová et al., 2012). Základní diagnostické metody mého výzkumu jsou totožné s výzkumnými metodami výše uvedeného výzkumného projektu Univerzity Palackého v Olomouci.

Základní otázka, kterou si zde pokládám, zní: „*Do jaké míry se odlišuje úroveň školní zralosti a připravenosti dětí vyrůstajících v prostředí zařízení NVP od dětí z běžné populace, u kterých se předpokládá, že vyrůstají ve funkčním rodinném prostředí?*“

Můj výzkumný soubor tvoří děti v dětských domovech a dětských centrech Olomouckého, Moravskoslezského, Jihomoravského a Zlínského kraje. Prvotní data byla získána ve spolupráci s Pedagogicko-psychologickou poradnou Olomouckého kraje. Sběr většiny dat byl realizován terénní formou přímo v zařízeních NVP.

V závěru výzkumu chci definovat případné problematické oblasti, které mají přímý vliv na zjištěnou úroveň školní zralosti a připravenosti a navrhnout vhodná opatření, která mají tyto negativní faktory eliminovat a povedou ke zkvalitnění výchovné a vzdělávací péče v NVP.

## 7.2 Organizace a etapy výzkumného šetření

Výzkum dosažené úrovně školní zralosti a připravenosti k zahájení povinné školní docházky dětí vyrůstajících v podmínkách zařízení NVP byl realizován ve spolupráci s Pedagogicko-psychologickou poradnou Olomouckého kraje a jejími detašovanými pracovišti, s dětskými domovy a dětskými centry v regionu Olomouckého, Moravskoslezského, Jihomoravského a Zlínského kraje v letech 2009 – 2016 a probíhal v těchto etapách:

### První etapa – výzkumný záměr:

- Stanovení výzkumného záměru, provedení předběžné teoretické analýzy.
- Formulace hlavního cíle výzkumu.
- Formulace základních hypotéz výzkumu.

### Druhá etapa – navázání kontaktu a vytipování dětí do výzkumného souboru:

- **Navázání spolupráce s Pedagogicko-psychologickou poradnou Olomouckého kraje:** Oslovení a seznámení ředitele Pedagogicko-psychologické poradny Olomouckého kraje (PPP OL) s výzkumným záměrem mé práce. Po vyslovení souhlasu se spoluprací byly dohodnuty konkrétní podmínky sběru dat v jednotlivých pracovištích PPP OL.
- **Navázání spolupráce se zařízeními NVP:** Kontaktování ředitelů jednotlivých dětských domovů a dětských center v Olomouckém, Moravskoslezském, Jihomoravském a Zlínském kraji s žádostí o spolupráci při realizaci výzkumu. Souhlas vyjádřily všechny oslovené dětské domovy a dětská centra.
- **Vytipování vhodných dětí do výzkumného souboru:** Zaslání dotazníků a kritérií pro výběr vhodných dětí do výzkumného souboru. Všechny dotazníky se vrátily nazpět kompletní. Některé dětské domovy musely být vyřazeny z výzkumu, protože se v nich nenacházely děti, které by splňovaly stanovená kritéria.

### Třetí etapa – sběr dat:

- **Vyhledání spisů jednotlivých dětí v PPP OL:** Zaslání seznamů vytipovaných dětí z dětských domovů v Olomouckém kraji do jednotlivých pracovišť PPP OL, které na základě identifikačních údajů (jméno, rok narození a bydliště) dohledala spisy dětí, které byly v PPP OL diagnostikovány. Dohledány byly spisy jen některých dětí.
- **Sběr dat PPP OL:** Osobní návštěva jednotlivých pracovišť PPP OL a pořízení fotokopií vybrané spisové dokumentace (testy: Orientační test školní zralosti, Zkouška znalosti

předškolních dětí, inteligenční testy, Reverzní test, Zkouška laterality a jiné testové baterie, dále diagnostické zprávy, anamnézy, dotazníky aj.). Většina spisů dohledaných dětí neobsahovala potřebná kompletní výzkumná data.

- **Sběr dat v zařízeních NVP:** Osobní návštěva vybraných dětských domovů a dětských center v daných regionech a testování vybraných dětí stanovenými výzkumnými metodami za účelem získání kompletních výzkumných dat nebo za účelem doplnění dat nekompletních výzkumných vzorků z předchozí etapy sběru dat v PPP OL.

#### **Čtvrtá etapa – dokumentace a vyhodnocení dat:**

- **Dokumentace dat PPP OL:** Identifikace (přiřazení unikátního kódu nahrazujícího osobní údaje každého dítěte z výzkumného souboru), dokumentace a kompletace dat ze spisů dětí dohledaných v PPP OL za účelem vytvoření kompletních výzkumných vzorků a zjištění chybějících výzkumných dat.
- **Dokumentace dat zařízení NVP:** Identifikace (přiřazení unikátního kódu nahrazujícího osobní údaje každého dítěte z výzkumného souboru), dokumentace a kompletace dat získaných z testování vybraných dětí v dětských domovech a dětských centrech v daných regionech za účelem vytvoření kompletních výzkumných vzorků a doplnění chybějících dat nekompletních výzkumných vzorků.
- **Vyhodnocení výzkumných dat:** Vyhodnocení použitých testových baterií (Orientační test školní zralosti, Zkouška znalosti předškolních dětí, Ravenovy barevné progresivní matice, Reverzní test, Zkouška laterality) na základě instrukcí a převodních tabulek příslušných testových příruček. Vyhodnocení dotazníků a anamnéz, tj. výpočet chronologického věku dítěte, výpočet celkové délky pobytu dítěte v zařízeních NVP, zaznamenání pohlaví, odkladu školní docházky a vzdělání rodičů.
- **Selekce výzkumných dat dle kritérií:** Vyřazení výzkumných vzorků, které nesplňovaly stanovená výzkumná kritéria, např. chronologický věk nebo neobsahovaly kompletní či validní výzkumná data, která již nebylo možné doplnit. Výzkumný soubor zahrnoval celkem 111 vzorků, z nichž 78 vzorků bylo kompletních a validních.

#### **Pátá etapa – statistické zpracování:**

- **Formulace hypotéz:** Formulace a upřesnění všech hypotéz výzkumu vč. stanovení nulových a alternativních hypotéz.
- **Příprava dat pro statistické zpracování:** Zpracování získaných a vyhodnocených dat výzkumného souboru dětí v NVP a zpracování dat komparačního výzkumného souboru

děti z běžné populace ČR (Šmelová, Petrová, Souralová et al., 2012) do přehledných tabulek Microsoft Office 2010.

- **Statistické zpracování:** Statistické zpracování dat provedl prof. PhDr. Miroslav Chráska, CSc. Statistické zpracování zahrnovalo komparaci dat v rámci výzkumného souboru dětí v NVP a komparaci dat výzkumného souboru dětí v NVP s výzkumným souborem dětí z běžné populace ČR (Šmelová, Petrová, Souralová et al., 2012), a to z hlediska věku, odkladu školní docházky, vzdělání rodičů, délky pobytu v NVP a laterality.

#### **Šestá etapa – Analýza, vyhodnocení a interpretace výsledků:**

- **Analýza:** Provedení detailní analýzy získaných výsledků ze statisticky zpracovaných dat z hlediska realizace výchovně vzdělávací činnosti u dětí předškolního věku v podmínkách NVP a vlivu těchto podmínek na optimální a harmonický vývoj.
- **Vyhodnocení a interpretace:** Vyhodnocení stanovených výzkumných hypotéz na základě analýzy zjištěných výsledků a formulace jednotlivých zjištění a závěrů.

### **7.3 Použité metody**

Použité výzkumné metody byly stanoveny v souladu s výzkumným projektem *Výzkum základních proměnných školní zralosti v ČR a v některých zemích EU* (Šmelová, Petrová, Souralová et al., 2012), aby mohlo dojít ke komparaci výsledků obou výzkumů. Použité výzkumné metody korespondují s hlavním cílem výzkumu, reflektují věkové charakteristiky zkoumaných dětí a praktickou využitelnost v podmínkách NVP.

K posouzení úrovně školní zralosti a připravenosti byla sestavena baterie standardizovaných testů:

1. Ravenovy barevné progresivní matice (Raven J. C., Court, Raven J., 1991)
2. Orientační test školní zralosti (Jirásek, 1980)
3. Zkouška znalosti předškolních dětí (Matějček, Vágnerová, 1992)
4. Reverzní test (Edfeldt, 1992)
5. Zkouška laterality (Matějček, Žlab, 1972)

Detailním popisem těchto standardizovaných testů se zabývá pátá kapitola, která také popisuje další klinické a testové metody používané v diagnostice školní zralosti a připravenosti dětí k zahájení povinné školní docházky.

Vyšetření dětí probíhalo přímo v dětských domovech a dětských centrech, tedy v jejich přirozeném prostředí. Veškerá vyšetření probíhala bez přítomnosti pedagogických pracovníků těchto zařízení NVP. Samotné vyšetření trvalo v průměru okolo 50 minut a bylo rozděleno do dvou etap s menší přestávkou (10 – 20 minut) dle potřeby konkrétního dítěte. V první etapě byly realizovány Ravenovy barevné progresivní matice (Raven J. C., Court, Raven J., 1991) a Orientační test školní zralosti (Jirásek, 1980). V druhé etapě potom Zkouška znalosti předškolních dětí (Matějček, Vágnerová, 1992), Reverzní test (Edfeldt, 1992) a Zkouška laterality (Matějček, Žlab, 1972).

## 7.4 Přehled sledovaných proměnných

Ve výzkumu bylo sledováno celkem **šest nezávisle proměnných**:

- **pohlaví dětí** – chlapci a dívky
- **odklad školní docházky** – děti bez odkladu školní docházky a děti s odkladem školní docházky
- **věk dětí s odkladem školní docházky** – mladší děti s aktuálním odkladem školní docházky ve věku od 5 let a 5 měsíců do 6 let a 6 měsíců a starší děti s odkladem školní docházky z minulého roku od 6 let a 6 měsíců do 7 let a 10 měsíců.
- **vzdělání rodičů** – oba rodiče bez maturity, jeden rodič s maturitou nebo vyšším vzděláním, oba rodiče s maturitou nebo vyšším vzděláním. V našem výzkumném souboru se vyskytovali pouze rodiče bez maturity.
- **doba pobytu dítěte v zařízení NVP**: krátkodobě umístěné děti do 2,5 roku a dlouhodobě umístěné děti nad 2,5 roku.
- **laterální preference** – pravoruké děti, levoruké děti, děti se zkříženou lateralitou, děti se souhlasnou lateralitou.

Vliv těchto nezávisle proměnných byl sledován na **sedmi závisle proměnných**:

- **RHS** – celkové skóre testu Ravenovy barevné progresivní matice
- **JAZ** – výsledná známka úlohy A (kresba mužské postavy) Jiráskova orientačního testu školní zralosti
- **JBZ** – výsledná známka úlohy B (napodobení psacího písma) Jiráskova orientačního testu školní zralosti

- **JCZ - výsledná známka úlohy C** (obkreslení skupiny bodů) Jiráskova orientačního testu školní zralosti
- **JCLZ – celková průměrná známka ze všech úloh** Jiráskova orientačního testu školní zralosti.
- **ZPDHS – celkové skóre** testu Zkouška znalosti předškolních dětí
- **EHS – hrubé skóre** Edfeldtova reverzního testu

Podrobný přehled všech proměnných a jejich zkratk se nachází v příloze č. 1.

## 7.5 Statistické postupy

Jak už jsem zmínil, statistické zpracování mého výzkumu provedl prof. PhDr. Miroslav Chráska, CSc. Ve výzkumu byly zvoleny dvě hladiny významnosti 0,01 (1%) a 0,05 (5%). Tato hodnota udává míru pravděpodobnosti neoprávněného odmítnutí nulové hypotézy a tím pádem nesprávné přijetí alternativní hypotézy (Chráska, 2007).

Jednotlivé statistické výpočty byly provedeny pomocí Studentova t-testu, který umožňuje rozhodnout, zda mají výsledná data dvou výzkumných souborů, v našem případě dětí z NVP a dětí z běžné populace ČR, shodný nebo odlišný aritmetický průměr (Chráska, 2007).

Pro výpočet testového kritéria  $t$  Studentova t-testu platí vztah

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s} \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}}$$

kde  $\bar{x}_1$  je dosažený průměr v jedné skupině dětí (dětí z NVP),  $\bar{x}_2$  průměr v druhé skupině (dětí z běžné populace ČR),  $n_1$ ,  $n_2$  četnosti obou skupin a  $s$  je směrodatná odchylka.

Výzkumný projekt *Výzkum základních proměnných školní zralosti v ČR a v některých zemích EU* (Šmelová, Petrová, Souralová et al., 2012), se kterým byl můj výzkum srovnáván, neposkytoval kompletní data jednotlivých dětí, a proto bylo nutné vypočítat směrodatnou odchylku  $s$  ze směrodatných odchylek obou srovnávaných výzkumných souborů pomocí tzv. nestranného odhadu rozptylu  $s^2$  dle vzorců

$$s_{\text{nestr}}^2 = \frac{1}{n_1 + n_2 - 2} \left[ \sum (x_{1i} - \bar{x}_1)^2 + \sum (x_{2j} - \bar{x}_2)^2 \right]$$

kde  $x_{1i}$  a  $x_{2j}$  jsou jednotlivé naměřené hodnoty v obou skupinách a význam ostatních symbolů je jako v předchozím vzorci.



## 7.6 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor dětí z NVP tvořilo celkem 78 dětí z dětských domovů a dětských center z Olomouckého, Moravskoslezského, Jihomoravského a Zlínského kraje ve věku od 5 let a 5 měsíců do věku 7 let a 10 měsíců. Původně zahrnoval výzkumný soubor celkem 111 dětí, z nichž však u 33 dětí nebyla k dispozici kompletní a validní data, která nebylo možné již doplnit, a proto musely být z tohoto výzkumu vyřazení. Průměrný věk výzkumného souboru dětí z NVP byl 78,38 měsíce (6,53 roků).

Výzkumný soubor zahrnoval celkem 40 (51,3%) chlapců průměrného věku 79,52 měsíce a 38 (48,7%) děvčat o průměrném věku 76,86 měsíce. Bez odkladu školní docházky bylo pouze 5 (6,4%) dětí (2 chlapci a 3 dívky), s odkladem školní docházky bylo 73 (93,6%) dětí (38 chlapců a 35 dívek). Ze souboru dětí s odkladem školní docházky bylo 40 (54,8%) starších dětí s odkladem školní docházky z minulého roku a 33 (45,2%) mladších dětí s aktuálním odkladem školní docházky. Rodiče všech sledovaných dětí z výzkumného souboru NVP dosáhli pouze základního vzdělání nebo středního vzdělání bez maturity. Ve výzkumném souboru NVP bylo 43 (55,1%) dětí dlouhodobě umístěných v zařízení NVP (více jak 2,5 roku) a 35 (44,9%) dětí krátkodobě umístěných v zařízení NVP (méně jak 2,5 roku). Z hlediska laterální preference obsahoval výzkumný soubor NVP 61 (78,2%) pravorukých dětí, 8 (10,3%) levorukých dětí a 9 (11,5%) dětí s ještě nevyhraněnou lateralitou, dále 55 (70,5%) dětí se souhlasnou lateralitou a 23 (29,5%) dětí se zkrříženou lateralitou.

Komparační výzkumný soubor dětí z běžné populace ČR (Šmelová, Petrová, Souralová et al., 2012) zahrnoval celkem 931 dětí taktéž ve věkovém rozpětí od 5 let a 5 měsíců do 7 let a 10 měsíců. Průměrný věk celého výzkumného souboru byl 73,31 měsíce. Ve výzkumném souboru dětí z běžné populace ČR bylo zastoupeno 477 (51,2%) chlapců a 454 (48,8%) dívek. Bez odkladu školní docházky bylo 781 (83,9%) dětí (374 chlapců a 405 dívek), s odkladem školní docházky bylo 150 (16,1%) dětí (101 chlapců a 49 dívek). Na rozdíl od výzkumného souboru dětí z NVP zde bylo vzdělání rodičů zastoupeno ve všech kategoriích. Děti, které měly oba rodiče se základním vzděláním nebo středním vzděláním bez maturity, bylo 155 (18,7%). Děti, které měly jednoho rodiče s maturitou, bylo 213 (25,7%). Děti, které měly oba rodiče s maturitou nebo vyšším vzděláním, bylo celkem 461 (56,6%). Z hlediska laterální preference bylo v tomto výzkumném souboru dětí z běžné populace ČR zastoupeno 823 (88,4%) pravorukých dětí a 108 (11,6%) levorukých dětí.

## 8 Výzkumná část speciální

### 8.1 Celkové srovnání dětí s odkladem školní docházky

V této výzkumné části srovnávám výsledky standardizovaných testů dvou výzkumných souborů, tj. výzkumného souboru dětí s odkladem školní docházky z NVP a výzkumného souboru dětí s odkladem školní docházky z běžné populace ČR. Předkládám celkem čtyři základní tři dílčí hypotézy. Záměrně srovnávám pouze děti s odkladem školní docházky, neboť ve výzkumném souboru dětí z NVP je jich podstatná většina (93,6%).

**Hypotéza H1: Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti horšího průměrného hodnocení než děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

**Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti stejného průměrného hodnocení jako děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti horšího průměrného hodnocení než děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.1.1: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy H1

Srovnávané soubory	Počet odkladů	Prům. JCLZ	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	150	2,78	0,84	0,70	105
NVP O	73	3,36	0,74	0,55	40,2
	$\Sigma$ 223				$\Sigma$ 145,2

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{223} \cdot 145,2 = 0,651$$

$$s_{nestr} = 0,81$$

$$t = \frac{3,36 - 2,78}{0,81} \cdot \sqrt{\frac{150 \cdot 73}{150 + 73}} = 0,72 \cdot 7,007 = 5,045$$

### Výsledek verifikace hypotézy H1:

Vypočítanou hodnotu  $t = 5,045$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,01}(221) = 2,598$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je větší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,01, a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Byl prokázán statisticky významný rozdíl** mezi průměrnými výsledky v Orientačním testu školní zralosti u dětí s odkladem školní docházky z NVP a průměrnými výsledky dětí s odkladem školní docházky z běžné populace ČR. **Děti z NVP dosahují horších průměrných výsledků**, přičemž zjištěný rozdíl je **signifikantní na hladině významnosti 0,01**.

Pro jednotlivé úkoly Jiráskova orientačního testu školní zralosti jsou stanoveny tři dílčí hypotézy  $H_{1JAZ}$ ,  $H_{1JBZ}$ ,  $H_{1JCZ}$ :

**Dílčí hypotéza  $H_{1JAZ}$ : Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu A „kresba mužské postavy“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti horších výsledků než děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

#### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu A Jiráskova orientačního testu školní zralosti „kresba mužské postavy“ stejné průměrné výsledky jako děti z běžné populace ČR.

$H_A$ : Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu A Jiráskova orientačního testu školní zralosti „kresba mužské postavy“ horších výsledků než děti z běžné populace ČR.

Tab. 8.1.2: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H_{1JAZ}$

Srovnávané soubory	Počet odkladů	Prům. JAZ	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	150	3,03	0,93	0,86	129
NVP O	73	3,60	0,75	0,56	40,9
	$\Sigma$ 223				$\Sigma$ 169,9

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{223} \cdot 169,9 = 0,762$$

$$s_{nestr} = 0,87$$

$$t = \frac{3,60 - 3,03}{0,873} \cdot \sqrt{\frac{150 \cdot 73}{150 + 73}} = 0,653 \cdot 7,007 = 4,575$$

### Výsledek verifikace dílčí hypotézy H1<sub>JAZ</sub>:

Vypočítanou hodnotu  $t = 4,575$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,01}(221) = 2,598$ . Ze srovnání vyplývá, že vypočítaná hodnota  $t$  je větší, a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Byl prokázán statisticky významný rozdíl** mezi výsledky dětí s odkladem školní docházky z NVP a dětí s odkladem školní docházky z běžné populace ČR v úkolu A „kresba mužské postavy“, kde **děti z NVP s odkladem školní docházky dosahují horších výsledků**.

**Dílčí hypotéza H1<sub>JBZ</sub>: Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu B „napodobení psacího písma“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti horších výsledků než děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu B „napodobení psacího písma“ stejné výsledky jako děti z běžné populace ČR.

$H_A$ : Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu B „napodobení psacího písma“ horších výsledků než děti z běžné populace ČR.

Tab. 8.1.3: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy H1<sub>JBZ</sub>

Srovnávané soubory	Počet odkladů	Prům. JBZ	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	150	2,96	1,16	1,34	201
NVP O	73	3,77	1,13	1,28	93,4
	$\Sigma$ 223				$\Sigma$ 294,4

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{223} \cdot 294,4 = 1,32$$

$$s_{nestr} = 1,15$$

$$t = \frac{3,77 - 2,96}{1,15} \cdot \sqrt{\frac{150 \cdot 73}{150 + 73}} = 0,704 \cdot 7,007 = 4,93$$

### Výsledek verifikace dílčí hypotézy H1<sub>JBZ</sub>:

Vypočítanou hodnotu  $t = 4,93$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,01}(221) = 2,598$ . Vypočítaná hodnota  $t$  je větší než hodnota kritická, a proto odmítáme nulovou hypotézu na hladině významnosti 0, 01. **Byl prokázán statisticky významný rozdíl** mezi výsledky dětí s odkladem školní docházky z NVP a mezi výsledky dětí s odkladem školní docházky z běžné

populace ČR v úkolu B „napodobení psacího písma“, kde **děti z NVP s odkladem školní docházky dosahují horších výsledků.**

**Dílčí Hypotéza H<sub>1JCZ</sub>: Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu C „obkreslování skupiny bodů“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti horších výsledků než děti s odkladem školní docházky z běžné populace.**

**Statistické hypotézy:**

*H<sub>0</sub>*: Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu C Jiráskova orientačního testu školní zralosti „obkreslení skupiny bodů“ stejné průměrné výsledky jako děti z běžné populace ČR.

*H<sub>A</sub>*: Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu C Jiráskova orientačního testu školní zralosti „obkreslení skupiny bodů“ horších výsledků než děti z běžné populace ČR.

Tab. 8.1.4: Hodnoty k výpočtu testového kritéria *t* pro verifikaci hypotézy H<sub>1JCZ</sub>

Srovnávané soubory	Počet odkladů	Prům. JCZ	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	150	2,37	0,96	0,92	138
NVP O	73	2,76	0,98	0,96	70,1
	Σ 223				Σ 208,1

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{223} \cdot 208,1 = 0,933$$

$$s_{nestr} = 0,96$$

$$t = \frac{2,76 - 2,37}{0,96} \cdot \sqrt{\frac{150 \cdot 73}{150 + 73}} = 0,406 \cdot 7,007 = 2,85$$

**Výsledek verifikace dílčí hypotézy H<sub>1JCZ</sub>:**

Vypočítanou hodnotu  $t = 2,85$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,01}(221) = 2,598$ . Vypočítaná hodnota  $t$  je větší než hodnota kritická, a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Byl prokázán statisticky významný rozdíl** mezi výsledky dětí s odkladem školní docházky z NVP a dětí s odkladem školní docházky z běžné populace ČR v úkolu C „obkreslování skupiny bodů“, kde **děti z NVP s odkladem školní docházky dosahují horších výsledků.**

**Hypotéza H2: Děti s odkladem školní docházky z NVP vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí menší rozsah znalostí než děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

**Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Děti s odkladem školní docházky z NVP vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí stejného průměrného skóre jako děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Děti s odkladem školní docházky z NVP vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí horšího průměrného skóre než děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.1.5: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy H2

Srovnávané soubory	Počet odkladů	Prům. ZPDHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	150	20,39	11,72	137,36	20604
NVP O	73	17,53	7,81	61,00	4453
	$\Sigma$ 223				$\Sigma$ 25057

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{223} \cdot 25057 = 112,36$$

$$s_{nestr} = 10,6$$

$$t = \frac{20,39 - 17,53}{10,6} \cdot \sqrt{\frac{150 \cdot 73}{150 + 73}} = 0,27 \cdot 7,007 = 1,89$$

**Výsledek verifikace hypotézy H2:**

Vypočítanou hodnotu  $t = 1,89$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(221) = 1,971$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je menší než hodnota kritická pro hladinu významnosti 0,05, a **proto přijímáme nulovou hypotézu. Věcná hypotéza H2 tedy nebyla prokázána, tzn. že nebylo prokázáno, že by děti s odkladem školní docházky z NVP vykazovaly menší rozsah znalostí než děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

**Hypotéza H3: Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově inteligenčním testu nižšího skóre než děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

**Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově inteligenčním testu stejného skóre než děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově inteligenčním testu nižšího skóre než děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.1.6: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy H3

Srovnávané soubory	Počet odkladů	Prům. RHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	150	17,89	5,53	30,58	4587
NVP O	73	15,54	4,43	19,62	1433
	$\Sigma$ 223				$\Sigma$ 6020

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{223} \cdot 6020 = 27$$

$$s_{nestr} = 5,20$$

$$t = \frac{17,89 - 15,54}{5,2} \cdot \sqrt{\frac{150 \cdot 73}{150 + 73}} = 0,45 \cdot 7,007 = 3,153$$

**Výsledek verifikace hypotézy H3:**

Vypočítanou hodnotu  $t = 3,153$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(221) = 1,971$ . Hodnota vypočítaného testového kritéria  $t$  je větší než hodnota kritická, a proto odmítáme na hladině významnosti 0,05 nulovou hypotézu. **Byla prokázána platnost věcné hypotézy H3. Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově inteligenčním testu nižšího průměrného skóre než děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

**Hypotéza H4: Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižší úroveň připravenosti pro nácvik čtení než děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

**Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu stejné úroveň připravenosti pro nácvik čtení jako děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižší úroveň připravenosti pro nácvik čtení než děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.1.7: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy H4

Srovnávané soubory	Počet odkladů	Prům. EHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	150	59,42	22,34	499,07	74860
NVP O	73	64,89	11,07	122,54	8945
	$\Sigma$ 223				$\Sigma$ 83805

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{223} \cdot 83805 = 375,81$$

$$s_{nestr} = 19,38$$

$$t = \frac{64,89 - 59,42}{19,38} \cdot \sqrt{\frac{150 \cdot 73}{150 + 73}} = 0,28 \cdot 7,007 = 1,96$$

**Výsledek verifikace hypotézy H4:**

Vypočítanou hodnotu  $t = 1,96$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(221) = 1,971$ . Hodnota testového kritéria  $t$  je poněkud menší než hodnota kritická, **a proto musíme přijmout nulovou hypotézu. Nebyla prokázána hypotéza, že děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižší úroveň připravenosti pro nácvik čtení než děti s odkladem školní docházky z běžné populace.** Mezi hodnotami dosaženého skóre v Edfeldtově reverzním testu u obou srovnávaných skupin dětí sice nebyly prokázány statisticky významné rozdíly, přesto ovšem stojí za povšimnutí, že skupina dětí z NVP dosáhla v Edfeldtově reverzním testu poněkud vyššího skóre než skupina dětí z běžné populace.



## 8.2 Pohlaví dětí

Obecně se předpokládá, že vývoj u chlapců je více nerovnoměrný, chlapci dozrávají později a vykazují nižší úroveň školní zralosti a připravenosti na požadavky školy než dívky (Thorová, 2015). Mertin, Gillernová (2015) považují současný systém vzdělávání za spíše příhodný pro dívky než pro chlapce, mužské pohlaví tak představuje svým způsobem „rizikový“ faktor. Je to dáno zejména absencí mužského vzoru chování v zařízeních NVP, což negativně postihuje především chlapce (Matějček, Bubleová, Kovařík, 1995)

V případě dětí v NVP nebyla míra vlivu pohlaví na úroveň školní zralosti a připravenosti podrobněji zkoumána. Obecně bývá laiky i odborníky preferován názor, že dívky jsou v otázce vývoje v období od narození až po dospělost poněkud napřed před chlapci. Např. při pokusném ověřování Jiráskova orientačního testu školní zralosti v letech 1963 – 1964 na souboru 793 dětí (384 chlapců a 409 dívek) dosáhly dívky oproti chlapcům statisticky lepších výsledků (Jirásek, Tichá, 1968).

Langmeier a Matějček (2011, s. 110 - 114) uvádějí, že podmínkám v prostředí zařízení NVP se dokázaly lépe přizpůsobit dívky (27%) než chlapci (17%). Naopak chlapci po změně prostředí v souvislosti s deprivací zkušeností reagovali útlumem jako převažující formou projevu až čtyřikrát častěji než dívky.

V tomto ohledu tedy chceme ověřit vliv pohlaví dětí s odkladem školní docházky z NVP na úroveň dosažené školní zralosti a připravenosti na výkon v jednotlivých standardizovaných testech (hypotézy H5, H6, H7, H8) a provést tomto ohledu komparaci s výzkumným souborem dětí z běžné populace ČR (hypotézy H9, H10) výzkumného projektu *Výzkum základních proměnných školní zralosti v ČR a v některých zemích EU* (Šmelová, Petrová, Suralová et al., 2012).

**Hypotéza H5: Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu A „kresba mužské postavy“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyššího skóre než chlapci s odkladem školní docházky z náhradní výchovné péče.**

### **Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu A „kresba mužské postavy“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti stejného skóre jako chlapci s odkladem školní docházky z NVP.

$H_A$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu A „kresba mužské postavy“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyššího skóre než chlapci s odkladem školní docházky z NVP.

#### **Výsledek verifikace hypotézy H5:**

Chlapci dosáhli průměrného hodnocení 3,75, dívky 3,45. Testové kritérium  $t = 1,685$ , vypočítaná hodnota signifikance  $p = 0,0963$ . Na základě těchto výsledků **přijímáme na hladině významnosti 0,05 nulovou hypotézu. Věcnou hypotézu H5 je proto nutno odmítnout. Mezi zjištěnými skóry u chlapců a dívek nebyly prokázány statisticky významné rozdíly.**

**Hypotéza H6: Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu B „napodobení psacího písma“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyššího skóre než chlapci s odkladem školní docházky z NVP.**

#### **Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu B „napodobení psacího písma“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti stejného skóre jako chlapci s odkladem školní docházky z NVP.

$H_A$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu B „napodobení psacího písma“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyššího skóre než chlapci s odkladem školní docházky z NVP.

#### **Výsledek verifikace hypotézy H6:**

Chlapci dosáhli průměrného hodnocení 3,64, dívky 3,91. Testové kritérium  $t = - 1,010$ , vypočítaná hodnota signifikance  $p = 0,3161$ . **Přijímáme proto nulovou hypotézu na hladině významnosti 0,05 a věcnou hypotézu H6 je nutno odmítnout – nebyly prokázány statisticky významné rozdíly mezi zjištěnými výsledky u chlapců a dívek.**

**Hypotéza H7: Chlapci s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu C „obkreslení skupiny bodů“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyššího skóre než dívky s odkladem školní docházky z NVP.**

### **Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Chlapci s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu B „napodobení psacího písma“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti stejného skóre jako dívky s odkladem školní docházky z NVP.

$H_A$ : Chlapci s odkladem školní docházky z NVP dosahují v úkolu B „napodobení psacího písma“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyššího skóre než dívky s odkladem školní docházky z NVP.

### **Výsledek verifikace hypotézy H7:**

Chlapci dosáhli průměrného hodnocení 2,60, dívky 2,94. Testové kritérium  $t = -1,467$ , vypočítaná hodnota signifikance  $p = 0,1467$ . **Přijímáme proto nulovou hypotézu na hladině významnosti 0,05 a věcnou hypotézu H7 odmítáme – nebyly prokázány statisticky významné rozdíly mezi zjištěnými výsledky u chlapců a dívek.**

**Hypotéza H8: Dívky s odkladem školní docházky z NVP vykazují v Zkoušce znalostí předškolních dětí větší rozsah znalostí než chlapci s odkladem školní docházky z NVP.**

### **Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí stejný rozsah znalostí jako chlapci s odkladem školní docházky z NVP.

$H_A$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí větší rozsah znalostí než chlapci s odkladem školní docházky z NVP.

### **Výsledek verifikace hypotézy H8:**

Chlapci dosáhli ve Zkoušce znalostí předškolních dětí průměrného skóre 18,05, dívky 16,97. Testové kritérium  $t = 0,581$ , vypočítaná hodnota signifikance  $p = 0,5580$ . **Přijímáme proto nulovou hypotézu na hladině významnosti 0,05 a věcnou hypotézu H8 odmítáme – nebyly prokázány statisticky významné rozdíly mezi zjištěnými výsledky u chlapců a dívek.**

## Verifikace hypotéz H5, H6, H7 a H8:

Tab. 8.2.1: Studentův t-test (pro nezávislé vzorky) pro hypotézy H5, H6, H7 a H8

Hypotéza	Proměnná	t-test skupiny chlapeci vs. dívky								
		CH	D	t	sv	Sign. p	Poč. plat. CH	Poč. plat. D	Sm. odch. CH	Sm. odch. D
H5	JAZ	3,75	3,45	1,685	71	0,0963	38	35	0,73	3,45
H6	JBZ	3,64	3,91	-1,010	71	0,3161	38	35	1,29	3,91
H7	JCZ	2,60	2,94	-1,467	71	0,1467	38	35	1,02	2,94
H8	ZPDHS	18,05	16,97	0,581	71	0,5580	38	35	7,85	7,83

**Hypotéza H9: Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují ve sledovaných proměnných nižšího skóre než dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

Pro jednotlivé sledované proměnné jsou stanoveny dílčí hypotézy  $H_{9JCLZ}$ ,  $H_{9ZPDHS}$ ,  $H_{9RHS}$ ,  $H_{9EHS}$ :

**Dílčí hypotéza  $H_{9JCLZ}$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti nižšího průměrného hodnocení než dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti stejného průměrného hodnocení jako dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti nižšího průměrného hodnocení než dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.2.2: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H9_{JCLZ}$

Srovnávané soubory	Četnost dívek s odkl.	Prům. JCLZ	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	49	2,67	0,75	0,56	27,4
NVP O	35	3,43	0,65	0,42	14,7
	$\Sigma$ 84				$\Sigma$ 42,1

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{84} \cdot 42,1 = 0,50$$

$$s_{nestr} = 0,71$$

$$t = \frac{3,43 - 2,67}{0,71} \cdot \sqrt{\frac{49 \cdot 35}{49 + 35}} = 1,07 \cdot 4,52 = 4,836$$

#### Výsledek verifikace hypotézy $H8$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 4,836$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,01}(82) = 2,637$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je větší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,01, a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Byl prokázán statisticky významný rozdíl** mezi celkovými průměrnými výsledky v Orientačním testu školní zralosti u dívek s odkladem školní docházky z NVP a průměrnými výsledky dívek s odkladem školní docházky z běžné populace ČR. **Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují horších průměrných výsledků než dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR. Rozdíl je signifikantní na hladině významnosti 0,01.**

**Dílčí hypotéza  $H9_{ZPDHS}$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí menší rozsah znalostí než dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

#### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí stejný rozsah znalostí jako dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí menší rozsah znalostí než dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.2.3: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H9_{ZPDHS}$

Srovnávané soubory	Četnost dívek s odkl.	Prům. ZPDHS	Směr.odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	49	20,39	11,00	121	5929
NVP O	35	16,97	7,83	61,31	3759
	$\Sigma$ 84				$\Sigma$ 9688

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{84} \cdot 9688 = 115,33$$

$$s_{nestr} = 10,74$$

$$t = \frac{20,39 - 16,97}{10,74} \cdot \sqrt{\frac{49 \cdot 35}{49 + 35}} = 0,318 \cdot 4,52 = 1,437$$

#### Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H9_{ZPDHS}$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 1,437$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(82) = 1,989$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je menší než hodnota kritická pro hladinu významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu. **Věcná hypotéza  $H9_{ZPDHS}$  tedy nebyla prokázána, tzn. že nebylo prokázáno, že by dívky s odkladem školní docházky z NVP vykazovaly menší rozsah znalostí než dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

**Dílčí hypotéza  $H9_{RHS}$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově inteligenčním testu nižšího skóre než dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

#### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově inteligenčním testu stejných výsledků jako dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Dívky s odkladem školní docházky NVP dosahují v Ravenově inteligenčním testu nižšího skóre než dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.2.4: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H_{9_{RHS}}$

Srovnávané soubory	Četnost dívek s odkl.	Průměr RHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	49	16,59	5,49	30,14	1477
NVP O	35	15,31	3,92	15,37	538
	$\Sigma$ 84				$\Sigma$ 2015

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{84} \cdot 2015 = 24$$

$$s_{nestr} = 4,90$$

$$t = \frac{16,59 - 15,31}{4,90} \cdot \sqrt{\frac{49 \cdot 35}{49 + 35}} = 0,26 \cdot 4,52 = 1,175$$

### Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H_{9_{RHS}}$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 1,175$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(82) = 1,989$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je menší než hodnota kritická, a proto přijímáme na hladině významnosti 0,05 nulovou hypotézu.

**Nebyla prokázána platnost věcné hypotézy  $H_{9_{RHS}}$ . Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově inteligenčním testu zhruba stejného skóre jako dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.** Rozdíly, které byly zjištěny, nejsou statisticky významné – je možné je připsat na vrub náhody.

**Dílčí hypotéza  $H_{9_{EHS}}$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižší úroveň připravenosti pro nácvik čtení než dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu stejnou úroveň připravenosti pro nácvik čtení jako dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Dívky s odkladem školní docházky NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižší úroveň připravenosti pro nácvik čtení než dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.2.5: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H_{9_{EHS}}$

Srovnávané soubory	Četnost dívek s odkl.	Průměr EHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	49	56,90	22,57	509,40	24960
NVP O	35	62,97	9,404	88,43	3095
	$\Sigma$ 84				$\Sigma$ 28055

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{84} \cdot 28055 = 333,99$$

$$s_{nestr} = 18,27$$

$$t = \frac{62,97 - 56,90}{18,27} \cdot \sqrt{\frac{49 \cdot 35}{49 + 35}} = 0,33 \cdot 4,52 = 1,49$$

#### Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H_{9_{EHS}}$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 1,49$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(82) = 1,989$ . Hodnota testového kritéria  $t$  je menší než hodnota kritická, a proto přijímáme nulovou hypotézu. **Nebyla prokázána platnost hypotézy  $H_{9_{EHS}}$ . Dívky s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu stejné úrovně připravenosti pro nácvik čtení, jako dívky s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.** Mezi hodnotami skóre dosaženými v Edfeldtově reverzním testu u obou srovnávaných skupin dívek nebyly prokázány statisticky významné rozdíly.

**Hypotéza  $H_{10}$ : Chlapci s odkladem školní docházky z NVP dosahují ve sledovaných proměnných nižšího průměrného skóre než chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

Pro jednotlivé sledované proměnné jsou stanoveny dílčí hypotézy  $H_{10_{JCLZ}}$ ,  $H_{10_{ZPDHS}}$ ,  $H_{10_{RHS}}$ ,  $H_{10_{EHS}}$ :

**Dílčí hypotéza  $H_{10_{JCLZ}}$ : Chlapci s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti nižšího průměrného hodnocení než chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**



### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Chlapci s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti stejného průměrného hodnocení jako chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Chlapci s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti nižšího průměrného hodnocení než chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.2.6: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H_{10_{JCLZ}}$

Srovnávané skupiny	Počet Ch s odkl.	Prům. JCLZ	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	101	2,84	0,87	0,76	76,8
NVP O	38	3,30	0,82	0,67	25,5
	$\Sigma$ 139				$\Sigma$ 102,3

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{139} \cdot 102,3 = 0,736$$

$$s_{nestr} = 0,85$$

$$t = \frac{3,30 - 2,84}{0,85} \cdot \sqrt{\frac{101 \cdot 38}{101 + 38}} = 0,54 \cdot 5,25 = 2,835$$

### Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H_{10_{JCLZ}}$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 2,835$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,01}(137) = 2,612$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je větší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,01, a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Byl prokázán statisticky významný rozdíl** mezi celkovými průměrnými výsledky v Orientačním testu školní zralosti u chlapců s odkladem školní docházky z NVP a průměrnými výsledky chlapců s odkladem školní docházky z běžné populace ČR. **Horších průměrných výsledků dosahují chlapci s odkladem školní docházky z NVP.** Rozdíl je signifikantní na hladině významnosti 0,01.

**Dílčí hypotéza  $H_{10_{ZPDHS}}$ : Chlapci s odkladem školní docházky z NVP vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí menší rozsah znalostí než chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Chlapci s odkladem školní docházky z NVP vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí stejný rozsah znalostí jako chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Chlapci s odkladem školní docházky z NVP vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí menší rozsah znalostí než chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.2.7: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H_{10_{ZPDHS}}$

Srovnávané soubory	Počet Ch s odkl.	Prům. ZPDHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	101	20,39	12,11	146,65	14811
NVP O	38	18,05	7,85	61,62	2341
	$\Sigma$ 139				$\Sigma$ 17152

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{139} \cdot 17152 = 123,39$$

$$s_{nestr} = 11,1$$

$$t = \frac{20,39 - 18,05}{11,1} \cdot \sqrt{\frac{101 \cdot 38}{101 + 38}} = 0,21 \cdot 5,25 = 1,103$$

### Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H_{10_{ZPDHS}}$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 1,103$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(137) = 1,977$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je menší než hodnota kritická pro hladinu významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu. **Věcná hypotéza  $H_{10_{ZPDHS}}$  tedy nebyla prokázána, tzn. že nebylo prokázáno, že by chlapci s odkladem školní docházky z NVP vykazovali menší rozsah znalostí než chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

**Dílčí hypotéza  $H_{10_{RHS}}$ : Chlapci s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově inteligenčním testu nižšího skóre než chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Chlapci s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu stejnou úroveň připravenosti pro nácvik čtení jako chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Chlapci s odkladem školní docházky NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižší úroveň připravenosti pro nácvik čtení než chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.2.8: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H_{10_{RHS}}$

Srovnávané soubory	Počet Ch s odkl.	Průměr RHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	101	18,51	5,46	29,81	3011
NVP O	38	17,84	14,66	214,9	8166

$\Sigma 139$

$\Sigma 11177$

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{139} \cdot 11177 = 80,41$$

$$s_{nestr} = 8,97$$

$$t = \frac{18,51 - 17,84}{8,97} \cdot \sqrt{\frac{101 \cdot 38}{101 + 38}} = 0,07 \cdot 5,25 = 0,367$$

#### Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H_{10_{RHS}}$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 0,367$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(137) = 1,977$ . Hodnota testového kritéria  $t$  je menší než hodnota kritická, a proto přijímáme na hladině významnosti 0,05 nulovou hypotézu. **Nebyla tedy prokázána platnost věcné hypotézy  $H_{10_{RHS}}$ . Chlapci s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově inteligenčním testu stejného skóre jako chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.** Rozdíly, které byly zjištěny, nejsou statisticky významné – je možné je připsat na vrub náhody.

**Dílčí hypotéza  $H_{10_{EHS}}$ : Chlapci s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižší úroveň připravenosti pro nácvik čtení než chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

#### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Chlapci s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu stejné úrovně připravenosti pro nácvik čtení jako chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Chlapci s odkladem školní docházky NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižší úroveň připravenosti pro nácvik čtení než chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.2.9: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H_{10_{EHS}}$

Srovnávané soubory	Počet Ch s odkl.	Prům. EHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	101	60,64	22,24	494,6	49954
NVP O	38	66,66	12,27	150,5	5719
	$\Sigma$ 139				$\Sigma$ 55673

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{139} \cdot 55673 = 400,5$$

$$s_{nestr} = 20,01$$

$$t = \frac{66,66 - 60,64}{20,01} \cdot \sqrt{\frac{101 \cdot 38}{101 + 38}} = 0,30 \cdot 5,25 = 1,575$$

### Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H_{10_{RHS}}$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 1,575$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(137) = 1,977$ . Hodnota testového kritéria  $t$  je menší než hodnota kritická, a proto přijímáme nulovou hypotézu. **Nebyla prokázána věcná hypotéza, že chlapci s odkladem školní docházky z náhradní výchovné péče dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižší úroveň připravenosti pro nácvik čtení než chlapci s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.** Mezi hodnotami skóre dosaženými v Edfeldtově reverzním testu u obou srovnávaných skupin chlapců nebyly prokázány statisticky významné rozdíly.

## 8.3 Odklad školní docházky a věk dětí

Dle statistiky MŠMT (2016d) bylo v tomto školním roce 2015/2016 u zápisu do první třídy celkem 150 100 dětí, přičemž u 17 013 (11,3%) dětí byla podána žádost o odklad školní docházky. V uplynulých letech byl udělen odklad školní docházky u 14,4% dětí (2010/2011 a 2011/2012), 12,3 % dětí (2012/2013), 12,8% dětí (2013/2014) a 11,2% dětí (2014/2015).

Odklad školní docházky představuje určitou formu intervence, která umožňuje dětem dosáhnout požadované úrovně školní zralosti a připravenosti, aby byly schopny zvládnout

požadavky školního vzdělávání. Dle Ležalové, 2010 bývá jedním z nejčastějších důvodů pro odklad školní docházky mimo jiné také věk dítěte, jedná se zejména o děti, hlavně chlapce, narozené v posledním trimestru (červen, červenec, srpen). Thorová (2015) uvádí, že ustálenou praxí je, že při posuzování úrovně školní zralosti a připravenosti se klade větší důraz na chlapce narozené od března do srpna a dívky narozené v červenci a srpnu. Hulík, Tesárková (2010) poukazují ve své studii na zásadní vliv pohlaví a věku na odklad školní docházky. Do první třídy nastupuje okolo 85% dívek ve věku 6 let, odklad školní docházky je uložen 12 – 13% z nich. Chlapců ve věku 6 let přichází k zápisu okolo 77%, odklad je udělen asi 23% z nich. Podíl chlapců ve věku 7 let je u zápisu asi čtvrtinový, 7letých dívek je 13,5%.

V mém výzkumu chci tedy ověřit rozdíly ve výkonu v jednotlivých standardizovaných testech u dětí s odkladem školní docházky z hlediska věku a provést komparaci s výzkumným souborem dětí s odkladem školní docházky z běžné populace ČR (Šmelová, Petrová, Suralová et al., 2012).

**Hypotéza H11: Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují ve sledovaných proměnných horších výsledků, než starší děti s odkladem školní docházky z NVP.**

Tab. 8.3.1: Studentův t-test pro nezávislé vzorky,  $H11_{JCLZ}$ ,  $H11_{ZPDHS}$ ,  $H11_{RHS}$ ,  $H11_{EHS}$

Dílčí hypotéza	Proměnná	t-testy						
		Průměr st.	Průměr ml	<i>t</i>	sv	Sign. <i>p</i>	Poč. plat st.	Poč. plat ml.
$H11_{JCLZ}$	JCLZ	3,23	3,52	-1,6778	71	0,0978	40	33
$H11_{ZPDHS}$	ZPDHS	20,10	14,42	3,2966	71	0,0015	40	33
$H11_{RHS}$	RHS	16,02	14,97	1,0113	71	0,3152	40	33
$H11_{EHS}$	EHS	65,60	63,63	0,7525	71	0,4542	40	33

Pro jednotlivé sledované proměnné jsou stanoveny dílčí hypotézy  $H11_{JCLZ}$ ,  $H11_{ZPDHS}$ ,  $H11_{RHS}$ ,  $H11_{EHS}$ :

**Dílčí hypotéza  $H11_{JCLZ}$ : Mladší děti s odkladem školní docházky NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti horšího hodnocení než starší děti s odkladem školní docházky z NVP.**

### **Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti stejného průměrného hodnocení jako starší děti s odkladem školní docházky z NVP.

$H_A$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti horšího průměrného hodnocení než starší děti s odkladem školní docházky z NVP.

### **Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H_{11_{JCLZ}}$ :**

Mladší děti dosáhly průměrného hodnocení 3,52, děti starší dosáhly hodnocení 3,23. Testové kritérium  $t = 1,677$ , vypočítaná hodnota signifikance  $p = 0,0979$ . **Na základě těchto výsledků přijímáme na hladině významnosti 0,05 nulovou hypotézu a odmítáme věcnou hypotézu  $H_{11_{JCLZ}}$ . Mezi průměrným hodnocením obou skupin dětí nebyly prokázány statisticky významné rozdíly.**

**Dílčí hypotéza  $H_{11_{ZPDHS}}$ : Mladší děti s odkladem školní docházky NVP dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí nižšího skóre než starší děti s odkladem školní docházky z NVP.**

### **Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí stejného průměrného skóre jako starší děti s odkladem školní docházky z NVP.

$H_A$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí nižšího průměrného skóre než starší děti s odkladem školní docházky z NVP.

### **Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H_{11_{ZPDHS}}$ :**

Mladší děti dosáhly ve Zkoušce znalostí předškolních dětí průměrného skóre 14,42, starší děti dosáhly skóre 20,10. Testové kritérium  $t = 3,296$ , vypočítaná hodnota signifikance  $p = 0,0015$ . Na základě těchto výsledků odmítáme nulovou hypotézu. **Mezi dosaženými průměry u obou skupin dětí byly prokázány statisticky významné rozdíly a věcnou hypotézu  $H_{11_{ZPDHS}}$  na hladině významnosti 0,01 přijímáme. Mladší děti s odkladem**

**školní docházky z NVP dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí nižšího skóre než starší děti s odkladem školní docházky z NVP.**

**Dílčí hypotéza  $H_{11_{RHS}}$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově testu progresivních matic nižšího skóre než starší děti s odkladem školní docházky z NVP.**

**Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově testu progresivních matic stejného průměrného skóre jako starší děti s odkladem školní docházky NVP.

$H_A$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově testu progresivních matic nižšího průměrného skóre než starší děti s odkladem školní docházky z NVP.

**Výsledek verifikace dílčí hypotézy  $H_{11_{RHS}}$ :**

Mladší děti dosáhly v Ravenově testu progresivních matic průměrného skóre 14,97, starší děti dosáhly skóre 16,02. Testové kritérium  $t = 1,0113$ , vypočítaná hodnota signifikance  $p = 0,3152$ . **Na základě těchto výsledků přijímáme nulovou hypotézu. Mezi dosaženými průměry u obou skupin dětí nebyly prokázány statisticky významné rozdíly a věcnou hypotézu  $H_{11_{RHS}}$  na hladině významnosti 0,05 odmítáme.**

**Dílčí hypotéza  $H_{11_{EHS}}$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižšího skóre než starší děti s odkladem školní docházky z NVP.**

**Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu stejného průměrného skóre jako starší děti s odkladem školní docházky NVP.

$H_A$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižšího průměrného skóre než starší děti s odkladem školní docházky z NVP.

**Výsledek verifikace dílčí hypotézy  $H_{11_{EHS}}$ :**

Mladší děti dosáhly v Edfeldtově reverzním testu průměrného skóre 63,64, starší děti dosáhly skóre 65,60. Testové kritérium  $t = 0,752$ , vypočítaná hodnota signifikance  $p = 0,4542$ . **Na základě těchto výsledků přijímáme nulovou hypotézu. Mezi dosaženými**

průměry u obou skupin dětí nebyly prokázány statisticky významné rozdíly a věcnou hypotézu  $H_{11_{EHS}}$  na hladině významnosti 0,05 odmítáme.

**Hypotéza H12:** Starší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují ve sledovaných proměnných nižšího skóre než starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Pro jednotlivé sledované proměnné jsou stanoveny dílčí hypotézy  $H_{12_{JCLZ}}$ ,  $H_{12_{ZPDHS}}$ ,  $H_{12_{RHS}}$ ,  $H_{12_{EHS}}$ :

**Dílčí hypotéza  $H_{12_{JCLZ}}$ :** Starší děti s odkladem školní docházky NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti nižšího průměrného hodnocení než starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

**Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Starší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralost stejného průměrného hodnocení jako starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Starší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti horšího průměrného hodnocení než starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.3.2: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H_{12_{JCLZ}}$

Srovnávané soubory	Četnost odkl. st.	Prům. JCLZ	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	66	2,51	0,77	0,59	38,9
NVP O	40	3,23	0,77	0,59	23,6

$\Sigma 106$

$\Sigma 62,5$

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{106} \cdot 62,5 = 0,589$$

$$s_{nestr} = 0,77$$

$$t = \frac{3,23 - 2,51}{0,77} \cdot \sqrt{\frac{66 \cdot 40}{66 + 40}} = 0,93 \cdot 4,99 = 4,640$$



### Výsledek verifikace dílčí hypotézy H12<sub>JCLZ</sub>:

Vypočítanou hodnotu  $t = 4,640$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,01}(104) = 2,624$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je výrazně větší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,01, a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Mezi srovnávanými skupinami dětí byl prokázán statisticky významný rozdíl v celkových dosahovaných výsledcích v Jiráskově orientačním testu školní zralosti. Skupina starších dětí z NVP dosahuje v celkovém hodnocení horších výsledků než skupina starších dětí z běžné populace. Rozdíly jsou statisticky významné na hladině významnosti 0,01. Věcnou hypotézu H12<sub>JCLZ</sub> přijímáme.**

**Dílčí hypotéza H12<sub>ZPDHS</sub>: Starší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí nižšího průměrného skóre než starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Starší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí stejného průměrného skóre jako starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Starší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí nižšího průměrného skóre než starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.3.3: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy H12<sub>ZPDHS</sub>

Srovnávané soubory	Četnost odkl. st.	Prům. ZPDHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	66	22,44	11,17	124,76	8234
NVP O	40	20,1	8,65	74,82	2993
	$\Sigma$ 106				$\Sigma$ 11227

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{106} \cdot 11227 = 105,9$$

$$s_{nestr} = 10,29$$

$$t = \frac{22,44 - 20,1}{10,29} \cdot \sqrt{\frac{66 \cdot 40}{66 + 40}} = 0,227 \cdot 4,99 = 1,132$$

### Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H_{12_{ZPDHS}}$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 1,132$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(104) = 1,983$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je menší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu. **Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi výsledky, kterých dosáhly obě srovnávané skupiny dětí. Skupina starších dětí s odkladem školní docházky z NVP dosahuje ve Zkoušce znalostí předškolních dětí zhruba stejné výsledky jako skupina starších dětí z běžné populace ČR. Věcnou hypotézu  $H_{12_{ZPDHS}}$  odmítáme.**

**Dílčí hypotéza  $H_{12_{RHS}}$ : Starší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově testu progresivních matic nižšího průměrného skóre než starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Starší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově testu progresivních matic stejného průměrného skóre jako starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Starší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově testu progresivních matic nižšího průměrného skóre než starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.3.4: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H_{12_{RHS}}$

Srovnávané soubory	Četnost odkl. st.	Prům. RHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	66	19,12	5,30	28,09	1854
NVP O	40	16,02	4,97	24,70	988
	$\Sigma$ 106				$\Sigma$ 2842

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{106} \cdot 2842 = 26,81$$

$$s_{nestr} = 5,17$$

$$t = \frac{19,12 - 16,02}{5,17} \cdot \sqrt{\frac{66 \cdot 40}{66 + 40}} = 0,6 \cdot 4,99 = 2,994$$

### Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H_{12_{RHS}}$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 2,994$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(104) = 1,983$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je výrazně větší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05, a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi výsledky, kterých dosáhly obě srovnávané skupiny dětí. Skupina starších dětí s odkladem školní docházky z NVP dosahuje v Ravenově testu progresivních matic výrazně horší výsledky než skupina starších dětí z běžné populace. Věcnou hypotézu  $H_{12_{RHS}}$  přijímáme.**

**Dílčí hypotéza  $H_{12_{EHS}}$ : Starší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižšího průměrného skóre než starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Starší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu stejného průměrného skóre jako starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Starší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižšího průměrného skóre než starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.3.5: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H_{12_{EHS}}$

Srovnávané soubory	Četnost odkl. st.	Prům. EHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	66	64,94	19,39	376	24816
NVP O	40	65,05	10,81	117	4680
	$\Sigma 106$				$\Sigma 29496$

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{106} \cdot 29496 = 278,26$$

$$s_{nestr} = 16,7$$

$$t = \frac{65,05 - 64,94}{16,7} \cdot \sqrt{\frac{66 \cdot 40}{66 + 40}} = 0,006 \cdot 4,99 = 0,03$$

### Výsledek verifikace dílčí hypotézy H12<sub>EHS</sub>:

Vypočítanou hodnotu  $t = 0,03$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05} (104) = 1,983$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je výrazně menší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu. **Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi výsledky, kterých dosáhly obě srovnávané skupiny dětí. Skupina starších dětí s odkladem školní docházky z NVP dosahuje v Edfeldtově reverzním testu stejné výsledky jako skupina starších dětí z běžné populace ČR. Věcnou hypotézu H12<sub>EHS</sub> odmítáme.**

**Hypotéza H13: Starší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují ve sledovaných proměnných nižšího skóre než starší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

Pro jednotlivé sledované proměnné jsou stanoveny dílčí hypotézy H13<sub>JCLZ</sub>, H13<sub>ZPDHS</sub>, H13<sub>RHS</sub>, H13<sub>EHS</sub>:

**Dílčí hypotéza H13<sub>JCLZ</sub>: Mladší děti s odkladem školní docházky NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti nižšího průměrného hodnocení než mladší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti stejného průměrného hodnocení jako mladší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti horšího průměrného hodnocení než mladší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.3.6: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy H13<sub>JCLZ</sub>

Srovnávané soubory	Četnost odkl. ml.	Prům. JCLZ	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	84	2,99	0,83	0,69	57,9
NVP O	33	3,52	0,69	0,47	15,5
	$\Sigma$ 117				$\Sigma$ 73,4

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{117} \cdot 73,4 = 0,627$$

$$s_{nestr} = 0,79$$

$$t = \frac{3,52 - 2,99}{0,79} \cdot \sqrt{\frac{84 \cdot 33}{84 + 33}} = 0,67 \cdot 4,87 = 3,262$$

### Výsledek verifikace dílčí hypotézy H13<sub>JCLZ</sub>:

Vypočítanou hodnotu  $t = 3,262$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,01}(115) = 2,619$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je větší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,01, a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Mezi srovnávanými skupinami dětí byl prokázán statisticky významný rozdíl v celkových dosahovaných výsledcích v Jiráskově orientačním testu školní zralosti. Skupina mladších dětí z NVP dosahuje v celkovém hodnocení horších výsledků než skupina mladších dětí z běžné populace ČR. Rozdíly jsou statisticky významné na hladině významnosti 0,01. Věcnou hypotézu H13<sub>JCLZ</sub> přijímáme.**

**Dílčí hypotéza H13<sub>ZPDHS</sub>: Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí nižšího průměrného skóre než mladší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí stejného průměrného skóre jako mladší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí nižšího průměrného skóre než mladší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.3.7: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy H13<sub>ZPDHS</sub>

Srovnávané soubory	Četnost odkl. ml.	Prům. ZPDHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	84	18,77	11,95	142,8	11995
NVP O	33	14,42	5,27	27,8	917
	$\Sigma$ 117				$\Sigma$ 12912

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{117} \cdot 12912 = 110,4$$

$$s_{nestr} = 10,50$$

$$t = \frac{18,77 - 14,42}{10,50} \cdot \sqrt{\frac{84 \cdot 33}{84 + 33}} = 0,41 \cdot 4,87 = 1,996$$

### Výsledek verifikace dílčí hypotézy H13<sub>ZPDHS</sub>:

Vypočítanou hodnotu  $t = 1,996$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(115) = 1,981$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je větší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05, a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi výsledky, kterých dosáhly obě srovnávané skupiny dětí. Skupina mladších dětí s odkladem školní docházky z NVP dosahuje ve Zkoušce znalostí předškolních dětí horší výsledky než skupina mladších dětí z běžné populace ČR. Věcná hypotéza H13<sub>ZPDHS</sub> byla potvrzena.**

**Dílčí hypotéza H13<sub>RHS</sub>: Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově testu progresivních matic nižšího průměrného skóre než mladší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově testu progresivních matic stejného průměrného skóre jako mladší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Ravenově testu progresivních matic nižšího průměrného skóre než mladší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.3.8: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy H13<sub>RHS</sub>

Srovnávané soubory	Četnost odkl. ml.	Prům. RHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	84	16,92	5,54	30,69	2577
NVP O	33	14,97	3,67	13,46	444
	$\Sigma$ 117				$\Sigma$ 3021

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{117} \cdot 3021 = 25,82$$

$$s_{nestr} = 5,08$$

$$t = \frac{16,92 - 14,97}{5,08} \cdot \sqrt{\frac{84 \cdot 33}{84 + 33}} = 0,38 \cdot 4,87 = 1,850$$

### Výsledek verifikace dílčí hypotézy H13<sub>RHS</sub>:

Vypočítanou hodnotu  $t = 1,850$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(115) = 1,981$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je poněkud menší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu. **Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi výsledky, kterých dosáhly obě srovnávané skupiny dětí. Skupina mladších dětí s odkladem školní docházky z NVP dosahuje v Ravenově testu progresivních matic zhruba stejného skóre jako skupina mladších dětí z běžné populace ČR. Věcnou hypotézu H13<sub>RHS</sub> na hladině významnosti 0,05 odmítáme. Zjištěné rozdíly je možné připsat na vrub náhody.**

**Dílčí hypotéza H13<sub>EHS</sub>: Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižšího průměrného skóre než mladší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.**

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu stejného průměrného skóre jako mladší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

$H_A$ : Mladší děti s odkladem školní docházky z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižšího průměrného skóre než mladší děti s odkladem školní docházky z běžné populace ČR.

Tab. 8.3.9: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy H13<sub>EHS</sub>

Srovnávané soubory	Četnost odkl. ml.	Prům. EHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR O	84	55,08	23,63	558,3	46897
NVP O	33	64,69	11,55	133,4	4402
	$\Sigma 117$				$\Sigma 51299$

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{117} \cdot 51299 = 438,4$$

$$s_{nestr} = 20,9$$

$$t = \frac{64,69 - 55,08}{20,9} \cdot \sqrt{\frac{84 \cdot 33}{84 + 33}} = 0,46 \cdot 4,87 = 2,240$$

### Výsledek verifikace dílčí hypotézy H13<sub>EHS</sub>:

Vypočítanou hodnotu  $t = 2,240$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05} (115) = 1,981$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je větší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05, a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi výsledky, kterých dosáhly obě srovnávané skupiny dětí. Skupina mladších dětí s odkladem školní docházky z NVP dosahuje v Edfeldtově reverzním testu vyššího skóre než skupina mladších dětí s odkladem školní docházky z běžné populace ČR. Zároveň tak odmítáme i věcnou hypotézu H13<sub>EHS</sub>, která předpokládala opačný výsledek.**

## 8.4 Vzdělání rodičů

Mezi vývojovými psychology se dlouhodobě vedou diskuze o míře vlivu rodiny na vývoj a utváření osobnosti dítěte, jeho úroveň rozumových schopností a socializaci. Objevují se vyhraněné názory, které hovoří výhradně ve prospěch genetických faktorů nebo naopak názory, které považují výchovu a vliv sociálního prostředí za zásadní determinující faktor ve vývoji dítěte. Abychom se vyhnuli těmto vyhraněným názorům, můžeme obecně konstatovat, že oba faktory se na vývoji dítěte a formování jeho osobnosti podílejí různě významnou měrou. Podstatný vliv dědičnosti na intelekt je na základě celé řady studií nezpochybnitelný (Thorová, 2015). Z hlediska socializace zase představuje rodina primární socializační činitel. Rodina modifikuje základní postoj dítěte ke světu a významnou měrou ovlivňuje rozvoj dětské sebejistoty a sebedůvěry. Rodiče představují pro dítě určitý vzor, jednotliví členové rodiny se často nevědomě vzájemnou interakcí ovlivňují a přizpůsobují (Michalová, 2012). Normy a hodnoty, které jsou dítěti v rodině prezentovány, mohou, ale nemusí být v souladu s majoritní společností.

Thorová (2015) uvádí celou řadu studií, které prokázaly přímou souvislost mezi vzděláním rodičů a výchovou jejich dětí. Děti rodičů s vyšším vzděláním dosahují také vyššího vzdělání. Úroveň dosaženého vzdělání se promítá i do socioekonomické úrovně rodiny nebo zdraví rodiny. Michalová (2012) uvádí, vzdělání a výchova představuje významnou hodnotu zejména pro rodiče s vyšší sociokulturní úrovní.



Rodiče zkoumaných dětí dosáhli pouze základního vzdělání či středního vzdělání bez maturity. Jedná se o dysfunkční rodiny s nízkým sociálním, kulturním a ekonomickým statusem. Dalo by se tedy očekávat, že vzdělání a výchova nemá v jejich hodnotové orientaci zásadní postavení. Do případného vlivu rodičů na vývoj a utváření osobnosti dítěte významnou měrou vstupuje délka pobytu dítěte v rodině a míra interakce dítěte s rodinou v průběhu pobytu dítěte v zařízení NVP. Přestože v souladu s výzkumem dětí z běžné populace ČR (Šmelová, Petrová, Suralová et al., 2012) srovnávám mimo jiné vliv rodičů na úroveň školní zralosti a připravenosti, stálo by v případě dětí z NVP za úvahu i srovnání vlivu pedagogických pracovníků, kteří o dítě pravidelně a intenzivně pečují, vychovávají a vzdělávají jej, a kteří na rozdíl od rodičů dosáhli vyššího vzdělání, jež je nezbytným předpokladem pro výkon vychovatelské profese.

Vzhledem k tomu, že výzkum školní zralosti a připravenosti dětí z běžné populace (Šmelová, Petrová, Suralová et al., 2012) srovnává z hlediska vlivu dosažené úrovně vzdělání rodičů všechny děti, tj. s OŠD i bez OŠD, zahrnul jsem do této vzájemné komparace také všechny zkoumané děti z NVP.

**Hypotéza H14: Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují ve sledovaných proměnných horších výsledků než děti rodičů s nižším vzděláním z běžné populace ČR.**

Pro jednotlivé sledované proměnné jsou stanoveny dílčí hypotézy H14<sub>JCLZ</sub>, H14<sub>ZPDHS</sub>, H14<sub>RHS</sub>, H14<sub>EHS</sub>:

**Dílčí hypotéza H14<sub>JCLZ</sub>: Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti horšího průměrného hodnocení než děti rodičů s nižším vzděláním z běžné populace ČR.**

**Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti stejného průměrného hodnocení jako děti rodičů s nižším vzděláním z běžné populace ČR.

$H_A$ : Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti horšího průměrného hodnocení než děti rodičů s nižším vzděláním z běžné populace ČR.

Tab. 8.4.1: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H_{14_{JCLZ}}$

Srovnávané soubory	Četnost VZ1	Prům. JCLZ	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR	122	2,63	0,82	0,67	81,7
NVP	78	3,33	0,75	0,56	43,7
	$\Sigma$ 200				$\Sigma$ 125,4

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{200} \cdot 125,4 = 0,627$$

$$s_{nestr} = 0,79$$

$$t = \frac{3,33 - 2,63}{0,79} \sqrt{\frac{122 \cdot 78}{122 + 78}} = 0,886 \cdot 6,90 = 6,113$$

#### Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H_{14_{JCLZ}}$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 6,113$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,01}(198) = 2,601$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je větší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,01 a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Mezi srovnávanými skupinami dětí byl prokázán statisticky významný rozdíl v celkových výsledcích v Jiráskově orientačním testu školní zralosti. Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují v celkovém hodnocení Jiráskova orientačního testu školní zralosti horších výsledků než děti z běžné populace ČR, jejichž rodiče mají nižší vzdělání.** Rozdíly jsou statisticky významné na hladině významnosti 0,01. Věcnou hypotézu  $H_{14_{JCLZ}}$  přijímáme.

**Dílčí hypotéza  $H_{14_{ZPDHS}}$ : Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí horšího skóre než děti rodičů s nižším vzděláním z běžné populace ČR.**

#### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí stejného skóre jako děti rodičů s nižším vzděláním z běžné populace ČR.

$H_A$ : Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí horšího skóre než děti rodičů s nižším vzděláním z běžné populace ČR.

Tab. 8.4.2: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H_{14_{ZPDHS}}$

Srovnávané soubory	Četnost VZ1	Prům. ZPDHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR	122	19,01	13,35	178,22	21743
NVP	78	17,57	7,64	58,37	4553
	$\Sigma$ 200				$\Sigma$ 26296

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{200} \cdot 26296 = 131,48$$

$$s_{nestr} = 11,5$$

$$t = \frac{19,01 - 17,57}{11,5} \cdot \sqrt{\frac{122 \cdot 78}{122 + 78}} = 0,12 \cdot 6,90 = 0,828$$

#### Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H_{14_{ZPDHS}}$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 0,828$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(198) = 1,972$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je menší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05 a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi výsledky, kterých dosáhly obě srovnávané skupiny dětí. Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí horší výsledky než děti z běžné populace ČR, jejichž rodiče mají nižší vzdělání.** Věcná hypotéza  $H_{14_{ZPDHS}}$  nebyla potvrzena.

**Dílčí hypotéza  $H_{14_{RHS}}$ : Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují v Ravenově testu progresivních matic horšího skóre než děti rodičů s nižším vzděláním z běžné populace ČR.**

#### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují v Ravenově testu progresivních matic stejného skóre jako děti rodičů s nižším vzděláním z běžné populace ČR.

$H_A$ : Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují v Ravenově testu progresivních matic horšího skóre než děti rodičů s nižším vzděláním z běžné populace ČR.

Tab. 8.4.3: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H14_{RHS}$

Srovnávané soubory	Četnost VZ1	Prům. RHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR	122	18,05	5,40	29,16	3557
NVP	78	15,75	4,37	19,10	1490
	$\Sigma$ 200				$\Sigma$ 5047

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{200} \cdot 5047 = 25,23$$

$$s_{nestr} = 5,02$$

$$t = \frac{18,05 - 15,75}{5,02} \cdot \sqrt{\frac{122 \cdot 78}{122 + 78}} = 0,46 \cdot 6,90 = 3,174$$

#### Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H14_{RHS}$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 3,174$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(198) = 1,972$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je výrazně větší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05 a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi výsledky**, kterých dosáhly obě srovnávané skupiny dětí. **Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší stupeň vzdělání, dosahují v Ravenově testu progresivních matic výrazně nižšího skóre než děti z běžné populace ČR, jejichž rodiče mají nižší vzdělání.** Věcná hypotéza  $H14_{RHS}$  byla potvrzena.

**Dílčí hypotéza  $H14_{EHS}$ : Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují v Edfeldtově reverzním testu horšího skóre než děti rodičů s nižším vzděláním z běžné populace ČR.**

#### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují v Edfeldtově reverzním testu stejného skóre jako děti rodičů s nižším vzděláním z běžné populace ČR.

$H_A$ : Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují Edfeldtově reverzním testu horšího skóre než děti rodičů s nižším vzděláním z běžné populace ČR.

Tab. 8.4.4: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H14_{EHS}$

Srovnávané soubory	Četnost VZ1	Prům. EHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR	122	61,32	16,09	258,9	31584
NVP	78	65,04	10,82	117,1	9118
	$\Sigma$ 200				$\Sigma$ 40702

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{200} \cdot 40702 = 203,5$$

$$s_{nestr} = 14,26$$

$$t = \frac{65,04 - 61,32}{14,26} \cdot \sqrt{\frac{122 \cdot 78}{122 + 78}} = 0,26 \cdot 6,90 = 1,794$$

#### Výsledek verifikace dílčí hypotézy $H14_{EHS}$ :

Vypočítanou hodnotu  $t = 1,794$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(198) = 1,972$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $t$  je menší než kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05 a proto odmítáme nulovou hypotézu. **Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi výsledky, kterých dosáhly obě srovnávané skupiny dětí. Děti z NVP, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dosahují v Edfeldtově reverzním testu zhruba stejného skóre jako děti z běžné populace ČR, jejichž rodiče mají nižší vzdělání.** Věcná hypotéza  $H14_{EHS}$  nebyla potvrzena.

## 8.5 Délka pobytu dítěte v zařízení NVP

Tato výzkumná část se dotýká dilematu, zda je vhodnější, aby dítě zůstalo v nepodnětném a zanedbávajícím prostředí dysfunkční rodiny, která ale plní alespoň ty základní biologické potřeby dítěte a neohrožuje tak přímo jeho zdraví či život a samozřejmě dítě netýrá a nezneužívá, nebo je pro dítě vhodnější umístění do zařízení NVP (pokud se jej samozřejmě nepodaří umístit do NRP), kde mu bude poskytnuta náležitá péče. Otázka, zda mohou být v zařízení NVP alespoň částečně naplněny psychické potřeby dítěte, je značně individuální. Jsou zařízení NVP, která svým charakterem a podmínkami toto umožňují a jsou zařízení NVP, která se neliší příliš od kolektivních zařízení minulého století.

Zejména rané období věku dítěte, které bývá vymezováno do tří let věku dítěte, je kritické z hlediska rozvoje jednotlivých psychických vlastností a funkcí, v tomto období se vytváří

citová vazba mezi dítětem a matkou, popř. jinou pečující osobou (Vágnerová, 2012). V tomto období se přímo určují veškeré kvality budoucího života v podobě somatických charakteristik (vzrůst, zdraví atd.) až po psychické komponenty (inteligence, emoce, adaptabilita aj.). Zásadní vliv na všechny oblasti vývoje má prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, a forma péče, která je mu poskytována (Ptáček et al., 2011).

V teoretické části jsem se zmínil o celé řadě studií (Matějček, Langmeier, 1963, 1974; O'Connor et al., 2000; Ptáček et al, 2011; Rutter, 1981, 1981 ad.) poukazujících na negativní vliv ústavního prostředí na vývoj dítěte, což se odráží i na úrovni školní zralosti a připravenosti. Cílem této výzkumné části je zjistit, jaký vliv má délka pobytu dítěte v zařízení NVP na jeho zralost a připravenost k zahájení povinné školní docházky, a to zejména v pozitivním slova smyslu. Tím se pojetí mého výzkumu odlišuje od výše jmenovaných, které vycházely z kritického hodnocení NVP. S ohledem na předpokládanou změnu podmínek v těchto zařízeních v důsledku transformace péče o ohrožené děti chci zjistit, zda se tyto kroky odrazily na úrovni školní zralosti a připravenosti. Srovnávám dvě skupiny dětí z NVP, a to děti, které pobývaly v zařízení méně jak 2,5 roku a děti, které byly v zařízení NVP 2,5 roku a déle.

**Hypotéza H15: Děti dlouhodobě umístěné v NVP vykazují ve všech třech úlohách Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyšší skóre než děti umístěné krátkodobě v NVP.**

Tab. 8.5.1: Studentův t-test (pro nezávislé vzorky) hypotézy H15<sub>JAZ</sub>, H15<sub>JBZ</sub>, H15<sub>JCZ</sub>, H15<sub>JCLZ</sub>

Dílčí hypotéza	Proměnná	t-testy						
		Průměr DPK	Průměr DPD	<i>t</i>	<i>sv</i>	Sign. <i>p</i>	Poč. plat DPK	Poč. plat DPD
H15 <sub>JAZ</sub>	JAZ	3,74	3,46	1,596	76	0,1145	35	43
H15 <sub>JBZ</sub>	JBZ	3,84	3,61	0,857	76	0,3936	35	43
H15 <sub>JCZ</sub>	JCZ	2,68	2,79	-0,473	76	0,6373	35	43
H11 <sub>JCLZ</sub>	JCLZ	3,38	3,28	0,595	76	0,5533	35	43

Pro jednotlivé úkoly Jiráskova orientačního testu školní zralosti a celkové skóre jsou stanoveny dílčí hypotézy H15<sub>JAZ</sub>, H15<sub>JBZ</sub>, H15<sub>JCZ</sub> H15<sub>JCLZ</sub>:

**Dílčí hypotéza H15<sub>JAZ</sub>: Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují v úloze A „kresba mužské postavy“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyššího hodnocení než děti umístěné v NVP krátkodobě.**

**Statistické hypotézy:**

*H<sub>0</sub>*: Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují v úloze A „kresba mužské postavy“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti stejné hodnocení jako děti umístěné v NVP krátkodobě.

*H<sub>A</sub>*: Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují v úloze A „kresba mužské postavy“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyšší hodnocení než děti umístěné v NVP krátkodobě.

**Výsledek verifikace dílčí hypotézy H15<sub>JAC</sub>:**

Děti, které byly umístěny v NVP dlouhodobě, dosáhly v úloze A „kresba mužské postavy“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti hodnocení 3,46, děti, které byly v náhradní výchovné péči umístěny krátkodobě, dosáhly hodnocení 3,74. Testové kritérium  $t = 1,596$  a signifikance  $p = 0,1145$ . **Hodnota signifikance je větší než obvykle požadovaná hladina významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní. Hypotéza H15<sub>JAZ</sub> nebyla ve výzkumu prokázána.**

**Dílčí hypotéza H15<sub>JBZ</sub>: Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují v úloze B „napodobení psacího písma“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyšší hodnocení než děti umístěné v NVP krátkodobě.**

**Statistické hypotézy:**

*H<sub>0</sub>*: Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují v úloze B „napodobení psacího písma“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti stejné hodnocení jako děti umístěné v NVP krátkodobě.

*H<sub>A</sub>*: Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují v úloze B „napodobení psacího písma“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyšší hodnocení než děti umístěné v NVP krátkodobě.

**Výsledek verifikace dílčí hypotézy H15<sub>JBC</sub>:**

Děti, které byly umístěny v NVP dlouhodobě, dosáhly v úloze B „napodobení psacího písma“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti hodnocení 3,61, děti, které byly v NVP umístěny krátkodobě, dosáhly hodnocení 3,84. Testové kritérium  $t = 0,857$  a signifikance  $p =$

0,3936. Hodnota signifikance je větší než hladina významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní. Hypotéza H15<sub>JBZ</sub> nebyla ve výzkumu prokázána.

**Dílčí hypotéza H15<sub>JCZ</sub>:** Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují v úloze C „obkreslování skupiny bodů“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyššího hodnocení než děti umístěné v NVP krátkodobě.

**Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují v úloze C „obkreslování skupiny bodů“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti stejné hodnocení jako děti umístěné v NVP krátkodobě.

$H_A$ : Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují v úloze C „obkreslování skupiny bodů“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyšší hodnocení než děti umístěné v NVP krátkodobě.

**Výsledek verifikace dílčí hypotézy H15<sub>JCZ</sub>:**

Děti, které byly dlouhodobě umístěny v NVP, dosáhly v úloze C „obkreslování skupiny bodů“ Jiráskova orientačního testu školní zralosti hodnocení 2,79, děti, které byly NVP umístěny krátkodobě, dosáhly hodnocení 2,68. Testové kritérium  $t = -0,473$  a signifikance  $p = 0,6373$ . **Hodnota signifikance je větší než hladina významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní. Věcná hypotéza H15<sub>JCZ</sub> nebyla prokázána.**

**Dílčí hypotéza H15<sub>JCLZ</sub>:** Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují v celkovém hodnocení všech úloh Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyššího hodnocení než děti umístěné v NVP krátkodobě.

**Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti stejné hodnocení jako děti umístěné v NVP krátkodobě.

$H_A$ : Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují v celkovém hodnocení všech úkolů Jiráskova orientačního testu školní zralosti vyšší hodnocení než děti umístěné v NVP krátkodobě.



### **Výsledek verifikace dílčí hypotézy H15<sub>JCLZ</sub>:**

Děti, které byly umístěny v NVP dlouhodobě, vykazují v celkovém hodnocení všech úloh Jiráskova orientačního testu školní zralosti hodnocení 3,28, děti, které byly v NVP umístěny krátkodobě, dosáhly hodnocení 3,38. Testové kritérium  $t = 0,595$  a signifikance  $p = 0,5533$ . **Hodnota signifikance je větší než hladina významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní. Věcná hypotéza H15<sub>JCLZ</sub> nebyla ani v tomto případě prokázána.**

**Hypotéza H16: Děti dlouhodobě umístěné v NVP vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí větší rozsah znalostí než děti umístěné v NVP krátkodobě.**

#### **Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí stejný rozsah znalostí jako děti umístěné v NVP krátkodobě.

$H_A$ : Děti umístěné v NVP dlouhodobě vykazují ve Zkoušce znalostí předškolních dětí větší rozsah znalostí než děti umístěné v NVP krátkodobě.

### **Výsledek verifikace hypotézy H16:**

Děti, které byly umístěny v NVP dlouhodobě, dosáhly ve Zkoušce znalostí předškolních dětí skóre 18,37, děti, které byly v náhradní výchovné péči umístěny krátkodobě, dosáhly skóre 16,60. Testové kritérium  $t = -1,018$  a signifikance je  $p = 0,3120$ . **Vypočítaná hodnota signifikance je větší než zvolená hladina významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní. Hypotéza H16 nebyla prokázána.**

**Hypotéza H17: Děti dlouhodobě umístěné v NVP dosahují v Ravenově testu progresivních matic vyššího skóre než děti umístěné v NVP krátkodobě.**

#### **Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Děti dlouhodobě umístěné v NVP dosahují v Ravenově testu progresivních matic stejného skóre jako děti umístěné v NVP krátkodobě.

$H_A$ : Děti dlouhodobě umístěné v NVP dosahují v Ravenově testu progresivních matic vyššího skóre než děti umístěné v NVP krátkodobě.

### Výsledek verifikace hypotézy H17:

Děti, které byly umístěny v NVP dlouhodobě, dosáhly v Ravenově testu progresivních matic skóre 15,74, děti, které byly v náhradní výchovné péči umístěny krátkodobě, dosáhly skóre 15,77. Testové kritérium  $t = 0,027$  a signifikance je  $p = 0,9783$ . **Vypočítaná hodnota signifikance je větší než zvolená hladina významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu. Věcná hypotéza H17 nebyla prokázána.**

**Hypotéza H18: Děti dlouhodobě umístěné v NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu vyšší úrovně připravenosti pro nácvik čtení než děti umístěné v NVP krátkodobě.**

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Děti dlouhodobě umístěné v NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu stejné úrovně připravenosti pro nácvik čtení jako děti umístěné v NVP krátkodobě.

$H_A$ : Děti dlouhodobě umístěné v NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu vyšší úrovně připravenosti pro nácvik čtení než děti umístěné v NVP krátkodobě.

### Výsledek verifikace hypotézy H18:

Děti, které byly umístěny v NVP dlouhodobě, dosáhly Edfeldtově reverzním testu skóre 63,91, děti, které byly v NVP umístěny krátkodobě dosáhly skóre 66,06. Testové kritérium  $t = 0,872$  a signifikance  $p = 0,3858$ . **Hodnota signifikance je větší než obvykle zvolená hladina významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní. Věcná hypotéza H18 nebyla prokázána.**

### Verifikace hypotéz H16, H17, H18:

Tab. 8.5.2: Studentův t-test pro nezávislé vzorky (hypotézy H16, H17, H18)

Dílčí hypotéza	Proměnná	t-testy						
		Skup. 1: DPK		Skup. 2: DPD.		sv	Sign. $p$	Poč. plat DPK
Průměr DPK	Průměr DPD	$t$						
H16	ZPDHS	16,60	18,37	- 1,018	76	0,3120	35	43
H17	RHS	15,77	15,74	0,027	76	0,9783	35	43
H18	EHS	66,06	63,91	0,872	76	0,3858	35	43

## 8.6 Laterální preference

Lateralita je primárně podmíněna geneticky, hovoříme o tzv. genotypu. Průběh lateralizace, která má svůj počátek už v prenatálním období je ovlivněn prostředím, zejména výchovou a učením. Tímto vzájemným působením dědičnosti a prostředí se utváří fenotyp, který může, ale nemusí být shodný s genotypem laterality. Nehovoříme zde pouze o lateralitě horních a dolních končetin či oka a ucha, ale i o lateralitě řeči. Lateralita řeči se ustaluje mezi desátým a jedenáctým rokem věku a děje se tak již pod značným vlivem čtení a psaní. Lateralizace řeči je tak ovlivňována i vývojem laterality horních končetin, popř. očí (Drnková-Pavlíková, Syllabová, 1991).

Vzájemný vztahem laterality, dominance a čtení se zabývala celá řada studií, např. Orton (1879 – 1948), který předpokládal souvislost mezi poruchami čtení a dominancí jedné mozkové hemisféry nad druhou. Výzkumy Žlaba (1988) nedochází k závěrům, že by mezi leváky bylo více dětí s dyslexií a naopak dokládá, že pro počáteční výuku čtení je výhodnější nevyhraněná lateralita. Zatím též nebyla prokázána souvislost mezi zkříženou lateralitou oka a ruky a obtížemi se čtením. Synek (1991) v souvislosti s řízením řeči předpokládá, že u vrozených praváků se systém řízení řeči a jazykových funkcí může v pravorukém prostředí ustálit poměrně brzy bez vážnějších komplikací. U vrozených leváků, je však podle něj situace složitější a různorodější. Složitost a různorodost vývoje laterální preference dokládá dvěma kazuistikami levorukých dívek v sourozeneckém poměru. První prvorozená dívka se od narození projevovala jako všestranná levačka, měla brzký nástup řeči, avšak od dvou let se bez vnějšího působení začala projevovat jako pravačka a tato nenásilná, ale masivní změna vedla k celé řadě obtíží, zejména v motorice. Druhá dívka se v prvních dvou letech jevila jako pravačka, její vývoj řeči byl však opožděný a v důsledku postupné na prostředí nezávislé přeměny na levačku se dokonce dočasně zastavil.

Dílčím cílem mého výzkumu je zjistit vzájemnou souvislost mezi lateralitou a školní zralostí a připraveností, zejména z hlediska předpokladů pro zvládnutí čtení a psaní. Posuzuji míru úspěšnosti mezi leváky a praváky z NVP v Edfeldtově reverzním testu, který posuzuje úroveň připravenosti dítěte pro nácvik čtení a psaní. Zjištěné výsledky potom opět srovnávám s výzkumem školní zralosti a připravenosti dětí z běžné populace ČR (Šmelová, Petrová, Suralová et al., 2012).

V této výzkumné části opět zahrnuji v souladu s výzkumem Šmelové, Petrové, Suralové a kol. (2012) do komparace vlivu laterální preference všechny děti z NVP bez ohledu na OŠD.

**Hypotéza H19: Pravoruké děti z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu vyšší úrovně připravenosti pro nácvik čtení a psaní než levoruké děti z NVP.**

**Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Pravoruké děti z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu stejné úrovně připravenosti pro nácvik čtení jako levoruké z NVP.

$H_A$ : Pravoruké děti z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu vyšší úrovně připravenosti pro nácvik čtení a psaní než levoruké děti z NVP.

Tab. 8.6.1: Studentův t-test (nezávislé vzorky) - Hypotéza H19

Proměnná	t-testy							
	Skup. 1: P		Skup. 2: L		$t$	sv	Sign. $p$	Poč. plat. LAT P
	Průměr LAT P	Průměr LAT L						
EHS	64,90	71,005	-1,482	67	0,1428	61	8	

**Výsledek verifikace hypotézy H19:**

Pravoruké děti z NVP dosáhly v Edfeldtově reverzním testu skóre 64,90, levoruké děti z NVP skóre 71,00. Testové kritérium  $t = -1,482$  a signifikance  $p = 0,1428$ . **Vypočítaná hodnota signifikance je větší než zvolená hladina významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu. Věcná hypotéza H19 nebyla prokázána. Zjištěný rozdíl je možno připsat na vrub náhody.**

**Hypotéza H20: Děti se zkříženou lateralitou z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižší úrovně připravenosti pro nácvik čtení a psaní než děti se souhlasnou lateralitou z NVP.**

**Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Děti se zkříženou lateralitou z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu stejné úrovně připravenosti pro nácvik čtení jako děti se souhlasnou lateralitou z NVP.

$H_A$ : Děti se zkříženou lateralitou z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižší úrovně připravenosti pro nácvik čtení a psaní než děti se souhlasnou lateralitou z NVP.

Tab. 8.6.2: Studentův t-test pro nezávislé vzorky - Hypotéza H20

Proměnná	t-testy						
	Průměr SL	Průměr ZL	$t$	sv	Sign. $p$	Poč. plat. SL	Poč. plat. ZL
EHS	64,20	67,04	-1,059	76	0,2928	55	23

**Výsledek verifikace hypotézy H20:**

Děti se zkrříženou lateralitou z NVP dosáhly v Edfeldtově reverzním testu skóre 67,04, děti se souhlasnou lateralitou z NVP skóre 64,20. Testové kritérium  $t = -1,059$  a signifikance  $p = 0,2928$ . **Vypočítaná hodnota signifikance je větší než zvolená hladina významnosti 0,05, a proto přijímáme nulovou hypotézu. Věcná hypotéza H20 nebyla prokázána.**

**Hypotéza H21: Pravoruké děti z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižší úrovně připravenosti pro nácvik čtení a psaní než pravoruké děti z běžné populace ČR.**

**Statistické hypotézy:**

$H_0$ : Pravoruké děti z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu stejné úrovně připravenosti pro nácvik čtení a psaní jako pravoruké děti z běžné populace ČR.

$H_A$ : Pravoruké děti z NVP dosahují v Edfeldtově reverzním testu nižší úrovně připravenosti pro nácvik čtení a psaní než pravoruké děti z běžné populace ČR.

Tab. 8.6.3: Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy H21

Srovnávané soubory	Četnost LAT P	Prům. EHS	Směr. odch.	Rozptyl	SČ
ČR	823	60,83	18,77	352,3	289943
NVP	61	64,90	10,97	120,3	7338
	$\Sigma$ 884				$\Sigma$ 297281

$$s_{nestr}^2 = \frac{1}{884} \cdot 297281 = 336,3$$

$$s_{nestr} = 18,3$$

$$t = \frac{64,90 - 60,83}{18,3} \cdot \sqrt{\frac{823 \cdot 61}{823 + 61}} = 0,22 \cdot 7,53 = 1,657$$

### **Výsledek verifikace hypotézy H21:**

Vypočítanou hodnotu  $t = 1,657$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $t_{0,05} (882) = 1,962$ . Hodnota testového kritéria  $t$  je menší než hodnota kritická, a proto přijímáme nulovou hypotézu. **Nebyla prokázána hypotéza, že by pravoruké děti z NVP dosáhly v Edfeldtově reverzním testu nižší úrovně připravenosti pro nácvik čtení než pravoruké děti z běžné populace ČR. Mezi hodnotami skóre dosaženými v Edfeldtově reverzním testu u obou srovnávaných skupin dětí nebyly prokázány statisticky významné rozdíly. Věcná hypotéza H21 nebyla prokázána.**

## 9 Diskuse a závěry k jednotlivým sledovaným oblastem

### 9.1 Celkové srovnání dětí s odkladem školní docházky

Na základě předchozích výzkumů (Langmeier, Matějček, 1963, 1974; Ptáček, 2011; Smržová, 1957) jsem předpokládal, že i přes prokazatelné zkvalitnění péče o ohrožené děti v posledních letech, budou tyto děti vykazovat ve všech sledovaných oblastech výrazné vývojové opoždění, které se mimo jiné projeví i nedostatečnou zralostí a připraveností na zahájení povinné školní docházky. Ve srovnání obou výzkumných souborů, tj. dětí z NVP a dětí z běžné populace ČR (Šmelová, Petrová, Souralová et al., 2012), jsem předpokládal, že děti z NVP dosáhnou ve všech sledovaných nezávislých proměnných horších výsledků než děti z běžné populace ČR.

Nedostatečná úroveň školní zralosti a připravenosti dětí z NVP se projevila už při výběru výzkumného souboru dětí z NVP, kde se vyskytovalo 93,6 % dětí s odkladem školní docházky (dále OŠD) a pouze 6,4% dětí, které zahájily povinnou školní docházku v řádném termínu, což je pro statistické porovnání nedostatečný počet. Pro srovnání ve výzkumném souboru dětí z běžné populace bylo 83,9% dětí bez OŠD a 16,1% dětí s OŠD. Proto v této celkové komparaci srovnávám pouze výzkumné soubory dětí s OŠD. Je tedy škoda, že se nepodařilo najít v zařízeních NVP statisticky významný počet dětí bez OŠD, jejichž srovnání s dětmi bez OŠD z běžné populace v ČR by jistě poskytlo komplexnější pohled na celkovou úroveň školní zralosti a připravenosti dětí v podmínkách zařízení NVP.

Základním standardizovaným testem pro orientační posouzení školní zralosti a připravenosti dětí je Jiráskův orientační test školní zralosti (Jirásek, 1980), který se sestává ze tří úloh (kresba mužské postavy, napodobení psacího písma a obkreslení skupiny bodů). Proto jsem pro hlavní hypotézu H1 zvolil dílčí hypotézy H1<sub>JAZ</sub>, H1<sub>JBZ</sub>, a H1<sub>JCZ</sub>. Ve všech hypotézách jsem u dětí z NVP předpokládal dosažení nižšího průměrného hodnocení než u dětí z běžné populace ČR, což se potvrdilo jak v celkovém skóre celého testu, tak v dílčím hodnocení jednotlivých úloh. V celkovém hodnocení Orientačního testu školní zralosti získaly děti s OŠD z NVP průměrnou známku 3,36 a děti s OŠD z běžné populace ČR 2,78. Při srovnání testového kritéria  $t = 5,045$  s kritickou hodnotou  $t_{0,01}(221) = 2,598$  zjišťujeme statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,01. Podobně výrazný rozdíl nacházíme i u úloh A a B (kresba mužské postavy, napodobení psacího písma). Protože se úloha C (obkreslení skupiny bodů) jeví dětem jako nejméně obtížná, což potvrzuje u obou

sledovaných skupin lepší hodnocení než u prvních dvou úloh, je zde zjištěný rozdíl mezi oběma výzkumnými soubory nejmenší, avšak stále statisticky významný. Zjištěné výsledky mezi oběma výzkumnými soubory dětí z NVP a běžné populace ČR odpovídají výsledkům výzkumu v mé diplomové práci (Němec, 2014), kde děti z běžné populace ČR dosáhly vyššího průměrného hodnocení ve všech třech úlohách i celkovém hodnocení Jiráskova testu. Ve srovnání průměrných skóre se však rozdíl mezi oběma skupinami zmenšil.

Ve Zkoušce znalostí předškolních dětí (Matějček, Vágnerová, 1992), kde jsem v hypotéze H2 předpokládal taktéž výsledek v neprospěch dětí z NVP, se tato domněnka nepotvrdila. Srovnáním vypočítané hodnoty testového kritéria  $t = 1,89$  s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(221) = 1,971$  jsem musel přijmout nulovou hypotézu. Přestože děti s OŠD z běžné populace ČR dosáhly ve Zkoušce znalostí předškolních dětí vyššího skóre (20,39) než děti s OŠD z NVP (17,53), nejedná se o statisticky významný rozdíl, a proto jsou výsledky obou výzkumných souborů shodné. Domnívám se, že zjištěná srovnatelná úroveň znalostí obou sledovaných skupin, odráží zkvalitnění výchovně vzdělávací činnosti v zařízeních NVP. Individuálně zaměřené programy rozvoje osobnosti rozvíjí nejen praktické dovednosti dítěte, ale i jeho informovanost a všeobecný přehled.

Psychická deprivace či subdeprivace je jedním z klíčových faktorů narušeného či opožděného vývoje dětí v NVP (Langmeier, Matějček, 1963, 1974, Ptáček et al., 2011). V souvislosti s deprivací zkušeností dítěte v raném věku nejvíce vystupují do popředí deficity v oblasti kognitivního vývoje (IJzendoorn, Juffer, 2006; O'Connor et al., 2000; Rutter et al., 1998, Wynick, 1975). Proto jsem u dětí s OŠD z NVP předpokládal v hypotéze H3 výrazně nižší úroveň intelektu než u dětí s OŠD z běžné populace ČR. K posouzení rozumových schopností jsem v souladu s výzkumem dětí z běžné populace ČR (Šmelová, Petrová, Suralová et al., 2012) využil jednodimenzionální inteligenční test Ravenovy barevné progresivní matice (Raven J. C., Court, Raven J., 1991). Je pravdou, že tento test nepostihuje komplexní úroveň rozumových schopností dítěte, na druhé straně byly u celé řady dětí z NVP provedeny vícedimenzionální inteligenční testy, jako např. Stanford-Binetova zkouška (S-B), Wechslerovy zkoušky inteligence (WISC-III), mezinárodní edice testu Woodcock-Johnson II (WJ IE II COG), neverbální SON – R 2½-7 ad., které docházejí k podobným, avšak přesnějším závěrům. Hypotéza H3 se srovnáním vypočítané hodnoty testového kritéria  $t = 3,153$  s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(221) = 1,971$  potvrdila. Děti s OŠD dosahují v Ravenově inteligenčním testu nižšího průměrného skóre než děti s OŠD z běžné populace v ČR.



Intelligence je z podstatné části determinována dědičností, takže zde existuje předpoklad, že inteligence dětí bude podobná inteligenci jejich biologických rodičů. V této souvislosti je nutné poznamenat, že nezanedbatelné části biologických rodičů dětí z NVP se inteligence pohybuje ve spodním popř. hraničním pásmu normy. Oproti tomu Langmeier, Matějček (1963, 1974) poukazuje, že do zvláštních škol přicházely děti z ústavní péče s inteligencí významně vyšší než děti z běžných „dobrých“ či „špatných“ rodin. Příčinu jejich školního selhání oba autoři spatřují v neschopnosti efektivně využít svůj intelektový potenciál ve školní práci. Langmeier a Matějček (1963, 1974) spatřují příčiny školního selhání dětí z NVP v nepodnětnosti ústavního prostředí, kde se nedostává těmto dětem potřebné vývojové stimulace, která by jim umožnila osvojit si takové pracovní návyky a povahově vyžrát do takové míry, aby vyhověly školním nárokům.

Výše uvedené závěry Langmeiera a Matějčka jsou však platné tehdejšími poměry v dětských domovech a kojeneckých ústavech, které se od té doby přeci jen změnily. Již delší dobu je napříč společnostmi skloňován fenomén krize současné rodiny. Vedle zvýšené rozvodovosti se hovoří i o nedostatečné rodičovské kompetenci či nárůstu sociálně patologických jevů v rodině. Je třeba si uvědomit, z jakého rodinného prostředí často děti umístěné do zařízení NVP pocházejí. Jsou to většinou dysfunkční až afunkční rodiny s výskytem např. alkoholové či drogové závislosti, zanedbávání, týrání nebo zneužívání aj. V tomto ohledu tedy nemůžeme jednostranně dávat nízkou úroveň rozumových schopností těchto dětí pouze do souvislosti s nestimulujícím prostředím NVP.

V mém výzkumu jsem také zkoumal úroveň připravenosti dětí pro nácvik čtení a psaní, jakožto nezbytného předpokladu školní zralosti a připravenosti. K tomuto účelu slouží Edfeldtův reverzní test (Edfeldt, 1992). V hypotéze H4 jsem v souladu s výzkumy Langmeiera, Matějčka (1963, 1974) a Ptáčka a kol. (2011) předpokládal nižší úroveň připravenosti pro osvojení čtení a psaní u dětí s OŠD z NVP. Srovnáním vypočítané hodnoty testového kritéria  $t = 1,96$  s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(221) = 1,971$  se však tento předpoklad nepotvrdil. Statisticky oba výzkumné soubory dětí dosáhly srovnatelných výsledků, přesto stojí za povšimnutí, že děti s OŠD z NVP dosáhly poněkud vyššího skóre (64,89) oproti dětem s OŠD z běžné populace ČR (59,42). Výsledné průměrné hodnoty je možné dle testové příručky Edfeldtova reverzního testu (Edfeldt, 1992) interpretovat jako přiměřenou připravenost dětí obou výzkumných souborů pro nácvik čtení a psaní.

V překvapivě dobrém výsledku dětí s OŠD z NVP může hrát určitou roli odlišný způsob administrace. Instrukce testové příručky hovoří pouze o skupinové administraci, která byla pravděpodobně realizována u většiny dětí z běžné populace ČR, kdežto u výzkumného

souboru dětí z NVP byl tento test administrován výhradně individuálně. Individuální administrace je zcela běžná při diagnostice školní zralosti v PPP či SPC. Realizace testu ve skupině, klade na dítě větší nároky z hlediska samostatnosti a koncentrace pozornosti. Individuální administrace při dodržení daných instrukcí umožňuje dítěti lépe pochopit zadání testu, může se lépe soustředit. Dá se tedy předpokládat, že je v tomto případě menší riziko chyb z nepozornosti.

Přestože je patrné, že děti z NVP nadále vykazují nízkou úroveň školní zralosti a připravenosti, což potvrzuje i vysoká míra odkladů školní docházky, je na druhé straně patrné, že výsledky výzkumu poskytují určitý optimistický výhled. Domnívám se, že srovnatelné výsledky v úrovni znalostí předškolních dětí a připravenosti na čtení a psaní mohou předznamenávat první ovoce transformačních snah péče o ohrožené děti v NVP, kde došlo prokazatelně ke zkvalitnění a zlepšení poskytované péče. Zlepšily se nejen materiální, ale i psychosociální, výchovné, vzdělávací, personální, ekonomické aj. podmínky v těchto zařízeních, které podporují optimální vývoj dítěte. Péče o ohrožené dítě se více individualizovala, což může být jeden z klíčových pozitivních faktorů.

## 9.2 Pohlaví

V první části výzkumu zabývající se vlivem pohlaví na školní zralost jsem provedl srovnání chlapců a dívek výzkumného souboru dětí s OŠD z NVP na základě dosažených výsledků v jednotlivých úlohách Jiráskova orientačního testu školní zralosti (Jirásek, 1980) – hypotézy H5, H6, H7 a ve Zkoušce znalosti předškolních dětí (Matějček, Vágnerová, 1992) – hypotéza H8. V druhé části pak provádím komparaci obou výzkumných souborů (dětí s OŠD z NVP a dětí s OŠD z běžné populace ČR) ve všech sledovaných nezávislých proměnných. Předpokládané rozdíly mezi dívkami obou výzkumných souborů jsou formulovány v hypotéze H9 a dílčích hypotézách H9<sub>JCLZ</sub>, H9<sub>ZPDHS</sub>, H9<sub>RHS</sub> a H9<sub>EHS</sub>, rozdíly mezi chlapci obou výzkumných souborů potom v hypotéze H10 a dílčích hypotézách H10<sub>JCLZ</sub>, H10<sub>ZPDHS</sub>, H10<sub>RHS</sub> a H10<sub>EHS</sub>,

Při formulaci hypotéz H5, H6 (úloha A – kresba mužské postavy a úloha B – napodobení psacího písma) jsem vycházel z výzkumu Jiráska a Tiché (1968), kde dívky dosáhly v celkovém hodnocení Jiráskova orientačního testu školní zralosti statisticky významně lepších výsledků než chlapci. Při formulaci hypotézy H7 jsem vycházel z předpokladu

výzkumu dětí z běžné populace ČR (Šmelová, Petrová, Souralová et al., 2012), kde úloha C – obkreslení skupiny bodů by mohla být svým charakterem vhodnější pro chlapce a tudíž by v ní mohli dosáhnout lepších výsledků. Zatímco výzkum Šmelové, Petrové, Souralové a kol. (2012) potvrdil u prvních dvou úloh A, B statisticky významně lepší výsledky dívek, v mém výzkumu se hypotézy H5 a H6 nepotvrdily. V případě úlohy C nenachází žádný z těchto dvou výzkumů statisticky významné rozdíly mezi chlapci a dívkami. Při srovnání průměrného hodnocení jednotlivých úloh Jiráskova orientačního testu školní zralosti dosahují chlapci lepšího průměrného hodnocení u úloh B a C (3,64 – úloha B, 2,60 úloha B) než dívky (3,91 úloha B, 2,94 – úloha C). Úlohu A zase zvládly lépe dívky (3,45) než chlapci (3,75). Tyto rozdíly však nejsou statisticky významné, a proto považujeme dosažené průměrné hodnocení ve všech třech úlohách Jiráskova orientačního testu školní zralosti mezi chlapci a dívkami za shodné. Věcná hypotéza H7 tedy nebyla přijata. Z průměrného hodnocení dvou skupin vyplývá zjištění, že úlohy A i B jsou pro chlapce i dívky těžší než úloha C, ve které byly obě skupiny úspěšnější.

Ve Zkoušce znalostí předškolních dětí (hypotéza H8) dosáhli sice chlapci lepšího průměrného hodnocení (18,05) než dívky (16,97), nejedná se však opět o statisticky významný rozdíl. Srovnáním testového kritéria  $t = 0,581$  a vypočítané signifikace  $p = 0,5580$  je odmítnuta hypotéza H8 a potvrzena nulová hypotéza, tzn., že chlapci i dívky dosáhli ve Zkoušce znalostí předškolních dětí stejného skóre.

Závislá proměnná pohlaví se u dětí z NVP neprojevila jako významný faktor určující úroveň školní zralosti a připravenosti. Jiráskův orientační test školní zralosti zjišťuje úroveň jemné motoriky, grafomotoriky, vizuomotorické koordinace či schopnost analýzy a syntézy (Jirásek, Tichá, 1968). Tyto schopnosti však bývají u dětí z NVP často narušeny, a proto se v této souvislosti zdá vliv pohlaví na dosaženou úroveň školní zralosti a připravenosti jako nepodstatný.

Podobně jako v celkovém srovnání dětí s OŠD z NVP a dětí s OŠD z běžné populace ČR jsem i v komparaci sledovaných proměnných vycházel z předpokladu, že dívky i chlapci s OŠD z NVP dosáhnou horších výsledků než děti z běžné populace ČR. Tyto předpoklady se shodně potvrdily u dívek a chlapců s OŠD z NVP v Jiráskově orientačním testu školní zralosti (hypotézy H9<sub>JCLZ</sub>, H10<sub>JCLZ</sub>), kde oproti dívkám i chlapcům s OŠD z běžné populace ČR dosáhli nižšího průměrného hodnocení. Ve Zkoušce znalostí předškolních dětí (hypotézy H9<sub>ZPDHS</sub>, H10<sub>ZPDHS</sub>), Ravenově testu progresivních matic (hypotézy H9<sub>RHS</sub>, H10<sub>RHS</sub>) a Edfeldtově reverzním testu (hypotézy H9<sub>EHS</sub>, H10<sub>EHS</sub>) dosáhli chlapci i dívky z obou výzkumných souborů shodných výsledků.

Genderové rozdíly se v kontextu úrovně školní zralosti a připravenosti ukázaly jako nevýznamné. Přestože děti z NVP představují specifickou skupinu, kde bychom takovéto závěry mohli očekávat, nepotvrdily se ani u dětí z běžné populace. Zdá se, že ani absence mužského vzoru chování v zařízeních NVP, o které hovoří např. Matějček, Bubleová a Kovařík (1995), napředstavuje tak zásadní negativní faktor, jak tomu bylo v minulosti. Domnívám se, že je to dáno proměnou personálního obsazení pedagogických i nepedagogických profesí v systému NVP, zejména v zařízeních v resortu školství, kde je možné spatřit mnohem větší zasoupení mužů, než tomu bylo v minulosti.

### 9.3 Odklad školní docházky a věk

V této výzkumné části jsem se zaměřil na porovnání dosažené úrovně školní zralosti a připravenosti z hlediska věku. Jak již bylo řečeno, věk dítěte představuje jeden z nejčastějších důvodů pro rozhodnutí o OŠD. V rámci výzkumného souboru dětí z NVP jsem opět srovnával děti s OŠD, které jsem rozdělil do dvou skupin. Mladší děti s aktuálním odkladem (5 let a 5 měsíců – 6 let a 6 měsíců) a starší děti s odkladem z minulého roku (6 let a 6 měsíců – 7 let a 10 měsíců). V první části jsem srovnával dosažené výsledky těchto dvou skupin dětí s OŠD z NVP v jednotlivých standardizovaných testech (hypotéza H11 a dílčí hypotézy H11<sub>JCLZ</sub>, H11<sub>ZPDHS</sub>, H11<sub>RHS</sub> a H11<sub>EHS</sub>). V druhé části opět provádím komparaci s výzkumem dětí s OŠD z běžné populace ČR (Šmelová, Petrová, Suralová et al., 2012) z hlediska věku. Předpokládané rozdíly u starších dětí s OŠD z minulého roku jsou formulovány v hypotéze H12 a dílčích hypotézách H12<sub>JCLZ</sub>, H12<sub>ZPDHS</sub>, H12<sub>RHS</sub> a H12<sub>EHS</sub> a očekávané rozdíly u mladších dětí s aktuálním OŠD potom v hypotéze H13 a dílčích hypotézách H13<sub>JCLZ</sub>, H13<sub>ZPDHS</sub>, H13<sub>RHS</sub> a H13<sub>EHS</sub>.

Při stanovení jednotlivých hypotéz jsem obecně vycházel z předpokladu, že základním smyslem odkladu školní docházky je umožnit dítěti dozrát v těch oblastech, ve kterých bylo při diagnostice shledáno nezralé a nepřipravené pro zahájení povinné školní docházky. Vzhledem k tomu, že tento výzkumný soubor je tvořen výhradně dětmi s OŠD, se dá očekávat, že mladší děti s aktuálním odkladem dosáhnou ve všech sledovaných proměnných nižšího skóre, než starší děti s odkladem z minulého roku (hypotéza H11).

Tento předpoklad byl potvrzen pouze ve Zkoušce znalosti předškolních dětí (Matějček, Vágnerová, 1992), ve které mladší děti s aktuálním odkladem dosáhly průměrného skóre

14,42 a starší děti s odkladem z minulého roku 20,10. Srovnáním testového kritéria  $t = 3,296$  a vypočítané hodnoty signifikace  $p = 0,0015$  přijímáme dílčí hypotézu  $H11_{ZPDHS}$ . Mladší s OŠD z NVP dosáhly ve Zkoušce znalostí předškolních dětí nižšího skóre než starší děti s OŠD z NVP. V Jiráskově orientačním testu školní zralosti, Ravenově testu progresivních matic a Edfeldtově reverzním testu se daná očekávání nepotvrdila. Přestože dosáhly starší děti s OŠD z NVP v těchto standardizovaných testech vyššího průměrného skóre než mladší děti s OŠD z NVP, nejedná se o statisticky významné rozdíly, a proto dílčí hypotézy  $H11_{JCLZ}$ ,  $H11_{RHS}$  a  $H11_{EHS}$  nebyly přijaty.

Obdobné srovnání dětí s OŠD z běžné populace v ČR, které provedly Šmelová, Petrová, Souralová a kol. (2012) ukázalo statisticky významně lepší výsledky starší dětí s OŠD z běžné populace jak v Jiráskově orientačním testu školní zralosti, tak Ravenově inteligenčním testu barevných progresivních matic a Edfeldtově reverzním testu.

Tyto zjištěné rozdíly ve vlivu věku dítěte na úroveň školní zralosti a připravenosti mezi oběma výzkumnými soubory (NVP a ČR) je opět možné interpretovat v kontextu výrazného vývojového opoždění, které ve většině oblastí (jemná, hrubá motorika, vizuomotorika, tělesný a biologický vývoj, kognitivní schopnosti, komunikační schopnosti atd.) děti z NVP vykazují. Závislost věku na dosažené úrovni školní zralosti a připravenosti je u dětí z NVP menší než u dětí z běžné populace ČR.

Zajímavé závěry přináší srovnání obou výzkumných souborů (NVP, ČR) z hlediska věku. U starších dětí s OŠD z minulého roku i u mladších dětí s aktuálním OŠD jsem předpokládal, že dosáhnou ve všech sledovaných proměnných horšího skóre než starší a mladší děti s OŠD z běžné populace ČR. Tato domněnka se současně potvrdila u starších i mladších dětí s OŠD z NVP pouze v Jiráskově orientačním testu, kde obě věkové skupiny dětí s OŠD z NVP dosáhly horšího skóre než starší a mladší děti s OŠD z NVP. Dílčí hypotézy  $H12_{JCLZ}$ ,  $H13_{JCLZ}$  byly přijaty.

Výsledky Zkoušky znalosti předškolních dětí se již u obou věkových skupin dětí s OŠD z NVP rozcházejí. Zatímco starší děti s OŠD z NVP dosáhly v tomto testu nižšího skóre než mladší děti s OŠD z běžné populace ČR, dílčí hypotéza  $H13_{ZPDHS}$  byla tedy přijata, starší děti s OŠD z NVP dosáhly v tomto testu shodných výsledků jako starší děti s OŠD z běžné populace ČR.

Při posuzování úrovně rozumových schopností prostřednictvím Ravenových barevných progresivních matic je na místě předpokládat u starších i mladších dětí s OŠD z NVP nižší úroveň intelektových schopností vyjádřenou celkovým skóre než u obdobných věkových skupin dětí s OŠD z běžné populace ČR. Opoždění kognitivního vývoje patří

k nejvýraznějším deficitům dětí v NVP. Tento předpoklad se potvrdil pouze u starších dětí s OŠD z NVP, které na základě srovnání testového kritéria  $t = 2,994$  s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(104) = 1,983$  dosáhly statisticky nižšího průměrného skóre než starší děti s OŠD z běžné populace ČR. Dílčí hypotéza  $H_{12_{RHS}}$  byla přijata. Oproti tomu mladší děti s OŠD z NVP dosáhli v Ravenově testu stejného skóre jako děti s OŠD z běžné populace ČR, dílčí hypotéza  $H_{13_{RHS}}$  byla odmítnuta. Zde je však nutné poznamenat, že mezi hodnotou testového kritéria  $t = 1,850$  a kritickou hodnotou  $t_{0,05}(115) = 1,981$  je poměrně malý rozdíl. Není tedy možné z tohoto těsně statisticky významného výsledku vyvozovat jednoznačný závěr potvrzující prokazatelné zlepšení rozumových schopností dětí z NVP. To potvrzuje i srovnání hodnot průměrného skóre obou skupin. Děti s OŠD z NVP dosáhly v Ravenově testu průměrného skóre 14,97, děti s OŠD z běžné populace vyššího průměrného skóre 16,92.

Prekvapivých výsledků dosáhly obě věkové skupiny dětí z NVP v Edfeldtově reverzním testu, kde jsem opět ve srovnání s výzkumným souborem dětí s OŠD z běžné populace ČR přepokládal nižší úroveň připravenosti na výuku čtení psaní na straně dětí s OŠD z NVP. Mladší děti s OŠD z NVP však ve srovnání s mladšími dětmi s OŠD z běžné populace nedosáhli nižšího skóre, ale naopak vyššího skóre. Což statisticky potvrzuje srovnání testového kritéria  $t = 2,240$  s kritickou hodnotou  $t_{0,05}(115) = 1,981$ . Je tedy odmítnuta dílčí hypotéza  $H_{13_{EHS}}$  i její nulová hypotéza. Podobně starší děti s OŠD z NVP dosáhly v Edfeldtově reverzním testu stejného skóre jako děti s OŠD z běžné populace. Dílčí hypotéza  $H_{12_{EHS}}$  je tedy odmítnuta ve prospěch nulové hypotézy. I zde je nutné poznamenat, že ačkoliv se nejedná o statisticky významný rozdíl, dosáhly starší děti s OŠD z NVP vyššího průměrného skóre (65,05) než děti s OŠD z běžné populace ČR (64,94).

Tyto specifické a nevyrovnané výsledky si dovoluji interpretovat v kontextu kvalitativní proměny péče o ohrožené děti, kde se uniformita a kolektivní přístup stávají minulostí a naopak nastupuje heterogenost a individuální přístup. Tyto proměny mají přímý vliv na dětskou klientelu zařízení NVP a tím pádem vedou i k proměnám vývojových a osobnostních charakteristik těchto dětí. Podobně je tomu i u rodiny, kde tradiční pojetí rodiny ustupuje ve prospěch moderní rodiny, což má opět dopad na děti. Nehodnotím zde primárně, zda se jedná o vlivy pozitivní či negativní (projevují se oba typy), ale snažím se poukázat na fakt, že nemůžeme v takto proměnlivé a variabilní společnosti očekávat pouze jednoznačné závěry.

Byť jsem při posuzování úrovně školní zralosti dětí z NVP z hlediska věku zaznamenal určitá zlepšení, k jejich přesnějším a prokazatelnějším potvrzení by bylo vhodné využít další testové baterie.

## 9.4 Délka pobytu dítěte v zařízení NVP

Cílem této výzkumné části bylo zkoumat vliv výchovně vzdělávací péče zařízení NVP na úroveň školní zralosti a připravenosti. Při definování výzkumných souborů jsem nevycházel přímo z rozdělení dětí dle Langmeiera, Matějčka (1963, 1974) na děti ze špatných, primitivních asociálních rodin, na děti z obdobně dysfunkčních rodin, které nastoupily do ústavní péče od 3 let a na děti, které nastoupily do ústavní péče do 3 let, přestože to získaná data umožňují. Ve svém výzkumném záměru se primárně neopírám o kritický předpoklad negativního vlivu NVP na vývoj dítěte, jak je tomu u výzkumů Langmeiera, Matějčka (1963, 1974) či Ptáčka a kol. (2011), ale naopak je mým cílem zkoumat pozitivní vliv zejména výchovně vzdělávací péče, ale i psychologické zdravotní a sociální péče na dosaženou úroveň zralosti a připravenosti k zahájení povinné školní docházky. Vycházím z předpokladu, že systém péče o ohrožené dítě doznal významných změn, které by se úrovni školní zralosti a připravenosti mohly pozitivně odrazit. Z těchto důvodů jsem zvolil rozdělení na dvě skupiny dětí, a to děti, které celkově pobývaly v NVP méně jak 2,5 roku a děti, které strávily v NVP 2,5 roku a více. Hranici věku 2,5 roku jsem zvolil ze dvou důvodů. Jednak se jedná o dostatečně dlouhou dobu, ve které se již může projevit pozitivní i negativní působení prostředí zařízení NVP a jednak tato hranice odpovídá relativně rovnoměrnému početnímu zastoupení obou zkoumaných skupin (55,1% dlouhodobě umístěných dětí a 44,9% krátkodobě umístěných dětí). Děti, krátkodobě umístěné v NVP pocházejí dle dostupných záznamů (rodinné a sociální anamnézy, psychologické a speciálně pedagogické zprávy) z dysfunkčních rodin. V obou výzkumných souborech se nevyskytují pouze děti, které by byly trvale umístěny v NVP, ale i děti, které byly opakovaně většinou na žádost rodičů umístěny do NVP, tedy střídavě pobývaly v rodině a zařízení NVP.

Vliv délky pobytu v zařízení NVP jsem zkoumal z hlediska všech sledovaných proměnných (hypotéza H15 a dílčí hypotézy H15<sub>JAZ</sub>, H15<sub>JBZ</sub> a H15<sub>JCZ</sub>, hypotézy H16, H17 a H18). Ve všech hypotézách jsem předpokládal, že děti dlouhodobě umístěné v NVP dosáhnou ve sledovaných nezávislých proměnných vyššího skóre, než děti krátkodobě umístěné.

V hypotéze H15 jsem sledoval hodnocení úrovně školní zralosti a připravenosti dle Jiráskova orientačního testu školní zralosti. V celkovém hodnocení (H15<sub>JCLZ</sub>) i v hodnocení jednotlivých úloh A, B, C (H15<sub>JAZ</sub>, H15<sub>JBZ</sub> a H15<sub>JCZ</sub>) dosáhly děti dlouhodobě umístěné v NVP statisticky stejných výsledků, jako děti krátkodobě umístěné v NVP. Při pohledu na dosažená průměrná skóre mají v celkovém hodnocení a v hodnocení úloh A, B lepší výsledky

děti dlouhodobě umístěné, jedná se však o nepatrné statisticky nevýznamné rozdíly. Žádná z hypotéz H15 tedy nebyla přijata.

Očekával jsem, že působení výchovně vzdělávací péče se nejvíce promítne v hodnocení Zkoušky znalosti předškolních dětí (Matějček, Vágnerová, 1992), kde jsem předpokládal větší úspěšnost u dětí dlouhodobě umístěných v NVP (hypotéza H16). Děti dlouhodobě umístěné sice dosáhly lepšího průměrného skóre (18,37) než děti krátkodobě umístěné (16,60), avšak při porovnání testového kritéria  $t = 1,018$  a vypočítané hodnoty signifikace  $p = 0,3120$  je patrné, že zjištěné rozdíly nejsou statisticky významné, tzn., že obě skupiny dětí dosáhly shodných výsledků a hypotéza H16 tak musí být odmítnuta.

Ke stejnému závěru docházím i u Ravenova inteligenčního testu, kde jsou průměrná dosažená skóre 15,74 (děti dlouhodobě v NVP) a 15,77 (děti krátkodobě v NVP) téměř shodná, což potvrzuje i statistické srovnání testového kritéria  $t = -1,018$  a signifikace  $p = 0,3120$ , která je větší. Je tedy nutné odmítnout i hypotézu H17.

Edfeldtův reverzní test zkoumá úroveň připravenosti dítěte pro výuku čtení a psaní, což je další oblast, kde by se mohla více projevit výchovně vzdělávací péče v zařízeních NVP. Avšak i v tomto případě nebyla hypotéza H18 prokázána. Obě skupiny dětí dosáhly v Edfeldtově reverzním testu stejných výsledků. Při srovnání průměrných skóre dosáhly děti krátkodobě umístěné v NVP dokonce mírně vyššího skóre (66,06) než děti dlouhodobě umístěné v NVP (63,91), ale opět se nejedná o statisticky významné rozdíly.

Přestože děti dlouhodobě umístěné v NVP nedosáhly lepších výsledků než děti krátkodobě umístěných v NVP, není možné se zcela ztotožnit s výsledky a závěru obdobně zaměřených výzkumů v padesátých a šedesátých letech. Smržová (1957 s. 169) při srovnání dvou skupin dětí, tj. dětí, které přišly do školních dětských domovů z předškolních dětských domovů a dětí, které přišly do školních dětských domovů přímo z rodiny, dochází k závěru, „že výchova v předškolních dětských domovech zanechává u svých chovanců podstatné opoždění některých vývojových faktorů, které přenášejí i do let školních...“. Langmeier a Matějček (1963, 1974) dochází k podobnému závěru: „V ústavních podmínkách se tedy zatím nedostává dětem takové vývojové stimulace, která by jim umožnila osvojit si takové pracovní návyky a povahově vyzrát do takové míry, aby se dovedly vyrovnat se školními nároky.“

Zatímco v těchto výzkumech, které srovnávaly děti z NVP od raného dětství a děti, které přišly do zařízení NVP z dysfunkčních rodin později, hovořily zjištěné výsledky u většiny sledovaných oblastí v neprospěch dětí v NVP od raného dětství, v mém výzkumu již tak markantní rozdíly nejsou. Dosažení shodných výsledků mezi dětmi dlouhodobě umístěnými v NVP a dětmi krátkodobě umístěnými v NVP je možné vzhledem k závěrům obdobných



výzkumů Langmeiera, Matějčka (1963, 1974) a Smržové (1957) možné interpretovat jako důsledek celkového zlepšení podmínek a výchovně vzdělávací péče či psychologické péče v zařízeních NVP nebo jako důsledek prohloubení patologických jevů v prostředí současné rodiny.

Přestože můj výzkum přímo nepostihuje oblast sociální zralosti resp. vliv délky pobytu dítěte v NVP na úroveň jeho sociálních dovedností, považuji za důležité v této souvislosti zmínit kvalitativní výzkum Marciánové (2015), která dochází k závěru, že děti které do tří let vyrůstaly v biologické rodině, dosahují vyšší úrovně sociálních dovedností než děti umístěné do zařízení NVP v raném věku popř. od narození. Oproti tomu Ptáček (2011) zjišťuje, že děti z NVP dokáží lépe porozumět sociálním situacím a lépe regulovat své emoce než děti z NRP. V tomto ohledu se domnívám, že určitou pozitivní roli zde sehrává i dětský kolektiv, který od určitého věku napomáhá dítěti v rozvoji jeho sociálních dovedností.

## 9.5 Laterální preference

Při zkoumání vlivu laterální preference jsem stanovil tři hypotézy, které zkoumají vzájemnou souvislost mezi lateralitou a připraveností dětí pro osvojení čtení a psaní, jejíž úroveň hodnotí Edfeldtův reverzní test (Edfeldt, 1992). V první části srovnávám v rámci výzkumného souboru dětí z NVP skupinu pravorukých a levorukých dětí (hypotéza H19) a skupinu dětí se zkříženou lateralitou a souhlasnou lateralitou (hypotéza H20). Následně srovnávám dosažené skóre v Edfeldtově reverzním testu mezi pravorukými dětmi z výzkumných souborů dětí z běžné populace ČR (Šmelová, Petrová, Suralová et al., 2012) a dětí z NVP (hypotéza H21). Levoruké děti nesrovnávám v důsledku jejich nízkého počtu ve výzkumném souboru dětí z NVP.

Při formulaci hypotéz jsem vycházel z předpokladů výzkumů Žlaba (1988) nebo jištění Synka (1991). Ve srovnání pravorukých a levorukých dětí z NVP jsem v hypotéze H19 předpokládal dosažení vyššího skóre v Edfeldtově reverzním testu u pravorukých dětí. Srovnáním testového kritéria  $t = -1,482$  a signifikace  $p = 0,1428$ , jejíž hodnota je vyšší, je patrné že dosažené skóre v Edfeldtově reverzním testu je u obou skupin dětí z NVP statisticky stejné. Ve srovnání průměrných skóre dosáhly sice levoruké děti z NVP vyššího průměrného skóre (71,005) než pravoruké děti z NVP (64,90), jedná se však při pouhých 8 levorukých dětech a 61 pravorukých dětech o statisticky zcela nevýznamný rozdíl. Hypotéza H19 je tím pádem odmítnuta.

Ani v případě zkřížené laterality se neprokázal její jednoznačný vliv na úroveň připravenosti pro výuku čtení a psaní. Formulace hypotézy H20 vycházela na základě předpokladu možné komplikace zkřížené laterality na osvojení čtení a psaní. Edfeldtův reverzní test, kde děti se zkříženou lateralitou dosáhly dokonce nepatrně vyššího průměrného skóre (67,04) než děti se souhlasnou lateralitou (64,20), však platnost hypotézy H20 neprokázal. Testové kritérium  $t = -1,059$  je menší než signifikace  $p = 0,2928$ , tzn., že výsledky obou skupin dětí jsou shodné. Hypotéza H20 byla odmítnuta.

Ve srovnání pravorukých dětí z NVP a z běžné populace ČR z hlediska dosaženého skóre v Edfeldtově reverzním testu jsem opět předpokládal nižší skóre u pravorukých dětí z NVP. Obě skupiny pravorukých dětí však dosáhli stejných výsledků a statisticky nevýznamné rozdíly v průměrném skóre 64,90 u pravorukých dětí z NVP a 60,63 u pravorukých dětí z běžné populace ČR jsou spíše dílem náhody nebo jak již bylo výše řečeno v důsledku rozdílné administrace Edfeldtova testu skupinově a individuálně.

Vliv laterální preference na úroveň připravenosti na výuku čtení a psaní se u dětí v NVP nepotvrdily. Ke stejnému závěru dochází i výzkum Šmelové, Petrové, Souralové a kol. (2012), který taktéž neprokázal vliv laterality nejen na připravenost ke čtení a psaní, ale ani na další oblasti (Ravenův inteligenční test, Jiráskův orientační test školní zralosti, Zkouška znalosti předškolních dětí aj.). Laterální preference, ať už se jedná o levorukost, pravorukost či zkříženou lateralitu oko - ruka, má nepodstatný význam na jednotlivé ukazatele školní zralosti a připravenosti. Tento závěr je zcela v souladu s poznatky Matějčka, Žlaba (1972), kdy se v období celého předškolního věku dá jen stěží hovořit o zcela vyhraněném leváctví nebo praváctví. Přesto je zkouška laterality důležitou součástí diagnostiky školní zralosti, protože jasně stanovuje, kterou ruku dítě preferuje, což je důležitý výchozí ukazatel, při následné výuce psaní, čtení, ale i výtvarné, hudební, tělesné či pracovní výchově a dalších předmětech.

## Závěr

Přestože srovnání obou výzkumných souborů dětí z NVP a běžné populace ČR přináší v některých případech překvapivé a poměrně nevyrovnané výsledky, je nutné poznamenat, že stanovený cíl výzkumu byl splněn. Zjištěné výsledky ukazují nejen na aktuální úroveň školní zralosti a připravenosti dětí z NVP, ale přináší i srovnání z populací dětí z běžných rodin, ve kterém je možné pozorovat oproti dřívějším výzkumům viditelnou změnu. Zatímco výzkumné závěry Langmeiera a Matějčka (1963, 1974) či novější studie Ptáčka a kol. hovoří ve většině sledovaných oblastí vývoje v neprospěch dětí z NVP, v mém výzkumu již tak jednoznačné závěry nenacházím. Je pravdou, že některé použité testové metody poskytují pouze orientační posouzení vývojové úrovně dítěte a pro zpřesnění a verifikaci zjištěných výsledků by bylo vhodné využít další testové baterie, které umožňují komplexnější posouzení dané vývojové oblasti. Mám zde na mysli zejména inteligenční testy jako např. Stanford-Binetova zkouška, WISC-III, (S-B) Woodcock-Johnson II, SON – R 2½-7 či IDS. Pro potvrzení a komplexnější posouzení úrovně školní zralosti a připravenosti dětí z NVP i běžné populace ČR by byla vhodná připravovaná standardizovaná verze diagnostické baterie pro MŠ a ZŠ.

Na druhou stranu je třeba říci, že Langmeierovy a Matějčkovy (1963, 1974) jednoznačné závěry odrážejí tehdejší podobu kolektivních zařízení NVP s výrazně homogenním prostředím. Současným trendem v rámci probíhající transformace zařízení NVP je snaha o komplexní zlepšení podmínek NVP, je kladen důraz na individualizaci péče o ohrožené dítě, viz např. standardy kvality péče v NVP. S kolektivních zařízení NVP s velkou lůžkovou kapacitou se postupně staly a stávají malá koedukovaná zařízení rodinného či komunitního typu. Heterogenost a variabilita prostředí novodobých zařízení NVP se odráží na vlastní dětské klientele. V kontextu moderní pedagogiky představuje heterogenost žádoucí a nezbytný jev, kde norma a normalita začíná být spíše fikcí (Lechta, 2010). Současné děti z NVP tak představují specifickou skupinu rozličných individualit dětí, jejichž specifické kvality se promítají i do jednotlivých vývojových oblastí vč. školní zralosti a připravenosti. Proto možná docházím při posuzování dosažené úrovně školní zralosti a připravenosti k takto překvapivým závěrům.

Nehovořím zde o prokazatelném zlepšení vývojových charakteristik dětí z NVP, ale spíše poukazuji na skutečnost, že tyto vývojové charakteristiky nevyjímaje úroveň školní zralosti a připravenosti již není možné kategoricky interpretovat v určitých doposud předpokládaných

šablonách, ale také připustit, že postupně se zlepšující prostředí a podmínky zařízení NVP mohou mít i pozitivní vliv na dítě.

Pokud se někomu zdá, že jako vychovatel v dětském domově obhajují či dokonce snad preferují dětské domovy před náhradní rodinnou péčí, tak se mýlí. Sebelepší kvalitní péče v zařízeních NVP nemůže nikdy plnohodnotně nahradit péči ve stimulujícím prostředí funkční rodiny. Na druhé straně nemohu prohlásit, že pro každé dítě je vždy vhodná náhradní rodinná péče. V tomto ohledu by se jednalo o kategorické prohlášení uchylující se opět k určité šabloně, které navíc nerespektuje individuální potřeby dítěte, mezi které může kupodivu patřit i např. pobyt v citově neutrálním prostředí, individuální direktivně zaměřený přístup a režim, akutní potřeba krizové intervence, potřeba intenzivní terapie atd.

Zatímco v závěru své diplomové práce (Němec, 2014) jsem se vyjadřoval k poměrně propastným rozdílům v úrovni školní zralosti a připravenosti zjištěných na základě srovnání obou výzkumných souborů dětí z NVP a běžné populace v ČR v Jiráskově orientačním testu školní zralosti, nyní na základě komplexnějšího posouzení dané problematiky baterií standardizovaných testů již tak kritické závěry nemusím vyvozovat. Zjištěné výsledky již toliko nepoukazují na negativní vliv NVP na vývoj dítěte, ale nikterak také neukazují na znatelně pozitivní vliv, i když jisté zlepšení úrovně školní zralosti může být tou první vlašťovkou, tím prvním ovocem celkového zlepšení péče v NVP. Zároveň je však jasné, že transformační změny zdaleka nejsou u konce. Nadále zde existují velká zařízení NVP (max. kapacit školských zařízení NVP je 48 dětí), kde není problémem ani tak počet dětí, ale spíše celkový charakter a dispozice zařízení. Jinak vypadá dětský domov, kde je šest rodinných skupinek po osmi dětech v jedné budově, což je bohužel i případ dětského domova, kde pracuji a kde navíc vnitřní uspořádání budovy prakticky znemožňuje zásadnější stavební úpravy vedoucí k vytvoření stavebně oddělených bytových jednotek, a jinak vypadá dětský domov, který vlastně ani nemá svou budovu, ale jednotlivé rodinné skupinky, ať už jich je jakýkoliv počet, jsou roztroušeny po bytech či rodinných domcích po celém městě. Právě koncentrace nepřirozeného množství dětí (ve srovnání s běžnou rodinou) v jedné budově či více budovách v jednom areálu má zásadní vliv na celkovou podobu a kvalitu výchovně vzdělávací péče, psychologické péče nebo sociální péče. Nejen, že zde nemůžeme hovořit o tolik potřebném soukromí a intimitě, ale nelze zde efektivně realizovat individuálně zaměřenou péči a výchovně vzdělávací působení a zvýšený počet dětí, z nichž celá řada má vývojové obtíže, poruchy chování apod., představuje i zvýšený vliv na konkrétní dítě. Vzor dospělé autority zde ustupuje vlivu dětské skupiny.

V tomto ohledu by jistě bylo zajímavé srovnat úroveň vývoje a školní zralost a připravenost mezi výše zmíněnými modely zařízení NVP. Proto je i mým přáním, aby tato práce a závěry, které přináší, přispěla ke vzniku skutečně rodinně či komunitně zaměřených zařízení NVP, která budou poskytovat dětem, kterým se z různých důvodů nepodaří najít náhradní rodinu, tolik potřebnou individuální a co nejvíce funkční rodině podobnou péči, výchovu a vzdělání.

## Resumé

Situace dětí v náhradní výchovné péči (NVP) je v současné době živě diskutovaným tématem nejen mezi laickou veřejností, ale i mezi odborníky. Předmětem zájmu jsou zejména materiální, personální nebo psychosociální podmínky v zařízeních NVP. Probíhající transformace NVP přináší snahy o individualizaci péče, menší rodinné nebo komunitní zařízení s větší mírou soukromí namísto velkých a anonymních ústavů, je kladen důraz nejen na péči a výchovu, ale také na vzdělávání dětí atd. Podmínky v NVP se od padesátých let dvacátého století, kdy započaly první poválečné výzkumy těchto dětí, podstatně změnily k lepšímu. Přestože se NVP nemůže stát rovnocennou rodinné péči, je nutné poznamenat, že se rodinné péči přiblížila jako nikdy předtím.

Byly to prof. Zdeněk Matějček a prof. Josef Langmeier (1963; 1984), kteří byli nositeli prvních výzkumů dětí v různých formách náhradní péče, povětšinou v souvislosti s psychickou deprivací. Jejich výzkum srovnával vývoje dětí v NVP s dětmi z pěstounské péče a v běžných rodinách. Součástí tohoto výzkumu bylo i zkoumání úrovně školní zralosti.

Aktuálně (2010 – 2011) probíhal obdobně zaměřený výzkumný projekt *Vývoj dětí a jejich potřeb v náhradní rodinné a výchovné péči v kontextu současného společenského vývoje*“ (Ptáček et al., 2011), který byl realizován Psychiatrickou klinikou 1. LF UK a VFN v Praze. Podobně jako výzkumy Matějčka a Langmeiera srovnávat i tento výzkum skupiny dětí z NVP, pěstounských rodin a běžných rodin. Školní zralost nebyla v tomto případě součástí výzkumu.

Oba tyto výzkumy zkoumaly tyto děti především z psychologického či medicínského hlediska. Můj výzkum s respektem k těmto studiím si klade za cíl zkoumat tyto děti především z pedagogického hlediska, které hraje důležitou a nenahraditelnou roli v oblasti školní zralosti a připravenosti.

Proto je cílem mé práce zkoumání školní zralosti a školní připravenosti u dětí v zařízeních NVP v Olomouckém, Zlínském, Moravskoslezském a Jihomoravském kraji a srovnání mého výzkumu s dětmi z běžné populace ČR, který byl realizován Pedagogickou fakultou univerzity Palackého v Olomouci (Šmelová, Petrová, Suralová et al., 2012). Úroveň školní zralosti a připravenosti byla zkoumána prostřednictvím baterie standardizovaných testů zahrnující Jiráskův Orientační test školní zralosti (Jirásek, 1980), který je modifikací Kernova testu (Grundleistungstest) a obsahuje tři různé úlohy (kresba lidské postavy, napodobení psacího písma a obkreslení skupiny bodů), dále Zkoušku znalosti předškolních dětí (Matějček,

Vágnerová, 1992), Ravenovy barevné progresivní matice (Raven J. C., Court, Raven J., 1991), Reverzní test (Edfeldt, 1992) a Zkoušku laterality (Matějček, Žlab, 1972).

Teoretická část vychází a dále rozšiřuje a doplňuje teoretickou část mé diplomové práce *Připravenost dětí k povinné školní docházce v podmínkách náhradní výchovné péče* (Němec, 2014) nejprve popisuje základní aspekty optimálního vývoje dítěte předškolního věku (první kapitola), dále specifický vývoj dítěte v NVP (druhá kapitola) a vybrané charakteristiky dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (třetí kapitola). Čtvrtá a pátá kapitola se věnují školní zralosti a školní připravenosti po stránce fyzické, kognitivní, sociální, emocionální a motivační a jejich diagnostice. V šesté kapitole se věnují systému NVP a popisu vybraných zařízení NVP v ČR.

Empirická část, která představuje kompletně nový výzkum, v úvodu obsahuje popis základních informací k mému výzkumnému projektu zahrnující hlavní cíle a záměry, jednotlivé etapy výzkumu, metody výzkumu, popis výzkumných souborů atd. Poté se již věnují samotnému výzkumu školní zralosti a připravenosti dětí z NVP z hlediska pohlaví, věku, odkladu školní docházky, délky pobytu dítěte v zařízení NVP a laterality. Zjištěné výsledky srovnávám s již zmíněným výzkumem Šmelové, Petrové, Suralové a kol. (2012). Všechny výsledky jsou prezentovány v přehledných tabulkách. V závěru se věnují diskusi a interpretaci zjištěných výsledků a případným doporučením.

## Abstract

Situation of the children placed in institutional care is currently discussed among laic public as well as in professional circles. Raised concerns are mostly about material, personal or psychosocial conditions. Continuous transformation brings individualisation of care, smaller familial and community institutions with more privacy instead previous large and anonymous institutions, emphasis on education and not only on care and upbringing of children etc. Conditions have changed and improved since fifties of the twentieth century, when the first post-war researches of children in institutional care begun. Although the institutional care never cannot be the same as a family given care, it has become closer in many ways as never been before.

They were prof. Matějček and prof. Langmeier (1963; 1984) who were deeply involved in research of the children in various forms of alternative care, mostly in connection with psychical deprivation. Their research compared development of children in institutional care with development of children from foster care and normal families. Comparison of school maturity and readiness was also part of their research.

Recently (2010 – 2011) there was another similar research project called *Children's development and their needs in foster family care and institutional care in context of recent societal development* (Ptáček et al., 2011), which was carried by First Faculty of Medicine of the Charles University and by General University Hospital (VFN). Like in Matějček and Langmeier research, also this research project compared groups of children from institutional care, foster care and normal families. School maturity and readiness were not included but school success was evaluated.

Both of these researches examine children in institutional care mostly from the psychological or medical point of view. My research, with the respect to these views, would like to examine these children especially from the educational point of view which plays important and irreplaceable role in terms of school maturity and readiness.

So the aim of my thesis is research of children's school maturity and school readiness in institutional care in Olomouc, Zlín, Brno and Ostrava District region and comparison with research of children from common population in the Czech Republic which was carried by Pedagogical Faculty in 2009 – 2011 (Šmelová, Petrová, Souralová et al., 2012). Quality of school maturity was evaluated by battery of tests including Jirásek Orientation School Maturity Test (Jirásek, 1980) which is modification of Kern's test (Grundleistungstest) and it



has three different tasks (drawing of man figure, transcript of short sentence and redrawing of group of dots), Test of knowledge of preschool children (Matějček, Vágnerová, 1992), Raven Coloured Progressive Matrices (Raven J. C., Court, Raven J., 1991), Edfeldt Reversal Test (Edfeldt, 1992) and Test of Laterality from Matějček, Žlab, 1972)..

Theoretical part which comes, adds and expands theoretical part of my thesis Children's readiness for starting compulsory school education in institutional care conditions (Němec, 2014) first describes optimal child's development in preschool age (first chapter), followed by specific aspects of development of children in an institutional care (second chapter) and selected characteristics of children with special education needs (third chapter). Fourth and fifth chapters deal with school maturity and school readiness in terms of physical, cognitive, social, emotional and motivational maturity and their diagnostic. The sixth chapter describes system of institutional care and characteristics of some institutions in the Czech Republic..

Empirical part which is completely new provides basic information about my research including main goals, stages, methods, the research group etc. Then I examine school children's maturity in institutional care in context of sex, age, suspension of school attendance, length of stay at institutional care and laterality. Ensured results of an institutional care children based on above mentioned battery of five tests were compared with data of Šmelová, Petrová, Souralová et al. (2012) research of and children from normal families. Finally I present discussion, interpretation, conclusions, commentaries and recommendations of ensured data which can be found in comprehensible tables.

## Seznam literatury

- AINSWORTH, M. D. et al. *Deprivation of Maternal Care: A Reassessment of its Effects*. Geneva: World Health Organisation, 1962.
- AINSWORTH, M. D., WITTIG, B. A. Attachment and Exploratory Behaviour of One-Years-Old in a Strange Situation. In: FOSS, B.(ed.). *Determinants of Infant Behaviour IV*. London: Methuen, 1969. s. 113 – 136.
- AINSWORTH, M. D. et al. Individual Differences in Strange-Situational Behaviour in One-Years-Old. In: SCHAFER. H. R. (ed.) *The Origins of Human Social Relations*. London: Academic, 1971.
- AINSWORTH, M. D. et al. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum, 1978. 391 s. ISBN 0-89859-461-8
- ALLEN, K. E., MAROTZ, L. R. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. 192 s. ISBN 978-80-7367-421-2.
- AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES (AAIDD). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Support*. 11. vyd. Washington: AAIDD, 2010. 259 s. ISBN 978-1-935304-04-3.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D. C.: APA, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D. C.: APA, 2013. ISBN 978-0-89042-555-8.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. ed. RABOCH, J., HRDLIČKA, M. et al. Praha: Hogrefe, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
- BARKLEY, R. A. *ADHD and the nature of self-control*. New York: The Guilford Press, 1997. ISBN 1-57230-250-X.
- BARKLEY, R. A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 3. vyd. New York: Guilford Press, 2006. 770 s. ISBN 978-1-59385-210-8.

- BARTOŇOVÁ, M. Specifické poruchy učení. In: PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- BARTOŇOVÁ, M. *Specifické poruchy učení: text k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido, 2012. 237 s. ISBN 978-80-7315-232-1.
- BEAUMATIN, A. Vztahy mezi dětmi (jejich místo v současném výzkumu a jejich přínos pro psychický vývoj dítěte). In: ŠULOVÁ, L., ZAUCHE-GAUDRON, C. *Předškolní dítě a jeho svět*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 471 s. ISBN 80-246-0752-2.
- BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V. *Diagnostika dítěte předškolního věku: Co by dítě mělo umět od 3 do 6 let*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2011. ISBN 978-80-251-1829-0.
- BĚHOUNKOVÁ, L. *Fenomén odchodu do samostatného života dítěte vyrůstajícího v náhradní výchovné péči: přehledová studie*. 1. vyd. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2012. ISBN 978-80-87652-87-9.
- BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. *Sanace rodiny: Sociální práce s dysfunkčními rodinami*. vyd. 2. Praha: Portál, 2011. 151 s. ISBN 978-80-262-0031-4.
- BLÁHA, P. et al. *6. celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2005. ISBN 80-7071-251-1.
- BLIZZARD, R. M., BULATOVIC, A. Syndromes of psychosocial short stature. In: LIFSHITZ, F. *Pediatric Endocrinology*. 3. vyd. New York: Marcel Dekker, 1996. 947 s. ISBN 0824793692.
- BOWLBY, J. *Maternal Care and Maternal Health*. 2. vyd. Geneva: World Health Organisation, 1952.
- BOWLBY, J. *Child Care and Growth of Love*. vyd. 2. Harmondsworth: Penguin Books, 1965.
- BOWLBY, J. *Attachment and Loss. Vol. 1. Attachment*. 2. vyd. New York: Basic Books, 1969, ISBN 0-465-00543-8
- BOWLBY, J. *Attachment and loss. Vol. 2. Separation, Anxiety and Anger*. New York: Basic Books, 1973, ISBN: 0-465-09716-2
- BRISCH, K. H. *Poruchy vztahové vazby: Od teorie k terapii*. přeložil PATOČKA, P. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 312 s. ISBN 978-80-7367-870-8.

- BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., PECHANOVÁ, M. *Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku*. Praha: VÚPSV, 2005.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Komunikace dětí předškolního věku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 236 s. ISBN 978-80-247-3008-0.
- ČAČKA, O. *Psychologie duševního dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Doplněk, 2000. 378 s. ISBN 80-7239-060-0.
- ČERMÁKOVÁ, K., JOHNNOVÁ, M. *Zavádění standardů poskytovaných služeb do praxe*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2002. 112 s. ISBN 80-86552-45-4.
- ČERNÁ, M. et al. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2015. 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.
- ČERNÝ, J. *Malé dějiny lingvistiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 240 s. ISBN 80-7178-908-9.
- DAMBORSKÁ, M. *Citový život a vývoj řeči kojenců v kolektivních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1963. 92 s.
- DAMBORSKÁ, M., ŠTĚPÁNOVÁ, P. *Problematika ústavních dětí kojeneckého věku*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 1984.
- DRNKOVÁ-PAVLÍKOVÁ, Z., SYLLABOVÁ, R. *Záhada leváctví a praváctví*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1991. 88 s. ISBN 80-201-0113-6
- DRTLÍKOVÁ, I., ŠERÝ, O. et al. *Hyperkinetická porucha / ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.
- DVOŘÁK, Jakub., *Systém náhradní výchovy*. Praha: Aspekty náhradní výchovy, 2007.
- DVOŘÁK, Jan. *Logopedický slovník*. 2. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.
- EDFELDT, A. W. *Reverzný test: příručka*. upravila JURČOVÁ, M. Bratislava: Psychodiagnostika, 1992.
- ERIKSON, E. H. *Child and Society*. London: Penguin Books, 1965. 431 s.
- ERIKSON, E. H. *Dětství a společnost*. přeložil J. VALEŠKA. 1. vyd. Praha: Argo, 2002. 387 s. ISBN 80-7203-380-8

- FISCHER, S. et al. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FREUD, S. *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. 5. vyd. Leipzig : Franz Deuticke, 1922. 104 s.
- FREUD, S. Die infantile Genitalorganisation. In: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, Leipzig : Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1923, roč. 9. sešit 2.
- GIDDENS, A. *Sociologie*. přeložila JIROUTOVÁ – KYNČLOVÁ, T. et al. 1. vyd. Praha: Argo, 2013. s. 1049. ISBN 978-80-257-0807-1.
- GOHLKE, B. C., FRAZER, F. L. a STANHOPE, R. Body mass index and segmental proportion in children with different subtypes of psychosocial short stature. *European Journal of Pediatrics*. 2002. č. 161. s. 205 – 254.
- GOLEMAN, D. *Emoční inteligence*. přeložila BÍLKOVÁ, M. Praha: Columbus, 1997. ISBN 80-85928-48-5.
- GORDON, E. F., VAZQUEZ, D. M. Failure to Thrive: an Expanded Conceptual Model. In: DROTAR, D. *New Directions in Failure to Thrive: Implications for Research and Practice*. 1. vyd. New York: Plenum Press, 1985. 384 s. ISBN 978-1-4684-5097-2
- GROB, A., MEYER, CH. S., HAGMANN-VON ARX, P. *IDS: Inteligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5 – 10 let*. Praha: Testcentrum Hogrefe, 2013.
- GROOME, L. J. et al. Behavioral state affects heart rate response to low-intensity sound in human fetuses. *Early Human Development*. 1999. č. 54, s. 39 – 54.
- HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K. et al. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada, 2014. 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HAMANOVÁ, J., CSÉMY, L. Prenatální účinky alkoholu. *Česko - slovenská pediatrie*. 2010. roč. 65, č. 10, s. 606 – 612, ISSN 0069-2328.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, 2015. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.

- HEATHER, N. et al. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*. Chichester: Wiley, 2001. 910 s. ISBN 978-0-471-98375-0.
- HODGES, J., TIZARD, B. Social and Family Relationships of Ex-Institutional Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1989. roč. 30, č. 2. s. 77 – 97.
- HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
- HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
- HOWELL, K. K., LYNCH, M. E., PLATZMAN, K. A. et al., Prenatal Alcohol Exposure and Ability Academic Achievement, and School Functioning in Adolescence: A Longitudinal Follow-Up. *Journal of Pediatric Psychology*. 2006, roč. 31, č. 1, s. 116 – 126.
- HUTYROVÁ, M., RŮŽIČKA, M., SPĚVÁČEK, J. *Úvod do speciální pedagogiky osob s psychosociálním ohrožením a narušením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3726-9.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- IJZENDOORN, M. H., KROONENBERG, P. M. Cross-Cultural Patterns of Attachment: A Meta-Analysis of the Strange Situation. *Child Development*. 1988. roč. 59, č. 1, s. 147 – 156.
- IJZENDOORN, M. H., JUFFER, M. The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socioemotional, and cognitive development. *Journal of Psychology and Psychiatry*. 2006. roč. 47, č. 12. s. 1228 – 1245.
- JÁNSKÝ, P. *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 292 s. ISBN 978-80-7435-534-9.
- JIRÁSEK, J. Diagnostika školní zralosti. In: ŠVANACARA, J. *Diagnostika psychického vývoje*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1980.

- JIRÁSEK, J., TICHÁ, V. *Psychologická hlediska předškolních prohlídek*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1968. 108s.
- JOHNSON, D. E. Long-Term Medical Issues in International Adoptees. *Pediatric Annals* 2000. roč. 29, č. 4, s. 234 – 241.
- JOHNSON, D. E. et al. Growth and Associations Between Auxology, Caregiving Environment, and Cognition in Socially Deprived Romanian Children Randomized to Foster vs Ongoing Institutional Care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2010. roč. 164, č. 6, s. 507 – 516.
- JOHNSON, D. E., GUNNAR, M. R. Growth Failure in Institutionalized Children. In: McCALL, R. B. *Children without Permanent Parents: Research, Practice and Policy*. Boston: Wiley-Blackwell, 2012, 316 s. ISBN: 978-1-118-30700-7.
- JOHNSON, R., BROWNE, K., HAMILTON-GIACHRITSIS. Young Children in Institutional Care at Risk of Harm. *Trauma, Violence & Abuse*. 2006. roč. 7, č. 1, s. 34 – 60.
- JUCKOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 208s. ISBN 978-80-247-2697-7.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 227 s. ISBN 80-247-1110-9.
- KOLLÁRIKOVÁ, Z., PUPALA, B. *Předškolní a primární pedagogika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 456 s. ISBN 978-80-7367-828-9.
- KOPECKÝ, M. *Somatický a motorický vývoj 7 až 15letých chlapců a dívek v olomouckém regionu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 192 s. ISBN 80-244-1281-0.
- KOMÁRIK, E. *Pedagogika emocionálne a sociálne narušených*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 1998. 191 s. ISBN 80-223-1289-4.
- KOŘÍNEK, M. *Dítě na počátku školní docházky*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1975.
- KOŠČ, L. *Psychológia matematických schopností*. 1. vyd. Bratislava: SPN, 1972.
- KREJČÍŘOVÁ, O., KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Teoretická východiska speciální pedagogiky u osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3715-6.

- KŘIŠŤANOVÁ, L. *Diagnostika laterality a metoda psaní levou rukou*. 4. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1998. ISBN 80-7041-914-8.
- KUBÍNEK, R. *Psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 145 s. ISBN 978-80-244-3057-7.
- KUČERA, O. et al. *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1961. 260 s.
- KULÍSEK, P. Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). *Československá psychologie*. 2000, roč. 44, č. 5, s. 404 – 423. ISSN 0009-062X.
- KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2001. 179 s. ISBN 80-214-1844-3.
- KYSUČAN, J., KUJA, J. *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1996. 99 s. ISBN 80-706-7677-9.
- LANGMEIER, J. Zralost dítěte pro školu. *Československá pediatrie*. 1961, č. 16, s. 865 - 876.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 368. ISBN 978-80-247-1284-0.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 1. vyd. Praha: SZN, 1963. 300 s.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1974. 397 s.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. dopl. Praha: Karolinum, 2011. 400 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
- LECHTA, V. et al. *Logopedické repetitorium*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. 278 s. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. vyd. 1. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. vyd. 3. Praha: Portál, 2011. 192 s. ISBN 978-80-7367-977-4.



- LECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 440 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
- LISÁ, L., KŇOURKOVÁ, M. *Vývoj dítěte a jeho úskalí*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986.
- MAIN, M., SOLOMON, J. Discovery of an Insecure Disorganized/Disoriented Attachment Pattern. In: BRAZELTON, T. B., YOGMAN, M. W. (eds.). *Affective Development in Infancy*. Wesport: Ablex, 1986. s. 95 – 124.
- MAIN, M., SOLOMON, J. Procedures for Identifying Infants as disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: GREENBERG, M. T., CICHETTI D., CUMMINGS M. E. (eds.) *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. Chicago: The University of Chicago, 1990. s. 121 – 137.
- MARCIÁNOVÁ, V. *Sociální dovednosti dětí předškolního věku umístěných v dětském zařízení v resortu zdravotnictví*. Olomouc: 2015. Dizertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Katedra primární a preprimární pedagogiky.
- MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1986. 336 s.
- MATĚJČEK, Z. *Dyslexie: Specifické poruchy učení*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 1995. ISBN 80-85787-27-X.
- MATĚJČEK, Z. Chvála přátelství. *Psychologie dnes*. Praha: Propsy, 1999, roč. 5, č. 6, s. 12 - 13. ISSN 12129607.
- MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 6. vyd. Praha: Portál, 2013. 144 s. ISBN 978-80-262-0519-7.
- MATĚJČEK, Z. et al. *Náhradní rodinná péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 184 s. ISBN 80-7178-304-8.
- MATĚJČEK, Z. et al. *Osvojení a pěstounská péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 152 s. ISBN 80-7178-637-3.
- MATĚJČEK, Z., BUBLEOVÁ, V., KOVAŘÍK, J. 1995. Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. I. část. Děti z dětských domovů ve svých čtyřiceti letech. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. 1995, roč. 39, č. 6, s. 481–495. ISSN 0009-062X
- MATĚJČEK, M., BUBLEOVÁ, V. KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. 70 s. ISBN 80-85121-89-1.

- MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 214 s. ISBN 80-85824-06-X.
- MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Radosti a strasti prarodičů, aneb když máme vnoučata*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 144 s. ISBN 80-7169-455-X.
- MATEJČEK, Z., VÁGNEROVÁ, M. *Zkouška znalosti předškolních dětí: příručka*. Bratislava: Psychodiagnostika, 1992.
- MATĚJČEK, Z., ŽLAB, Z. *Zkouška laterality*. Brno: Psychodiagnostika, 1972.
- MATOUŠEK, O. et al. *Práce s rizikovou mládeží: Projekt LATA a další alternativy věznění mládeže*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. 88 s. ISBN 80-7178-064-2.
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATTSON, S. N., RILEY, E. P. A Review of Neurobehavioral Deficits in Children with Fetal Alcohol Syndrome or Prenatal Exposure to Alcohol. *Alcoholism*. 1998, roč. 22, č. 2, s. 279 – 294.
- MATULAY, K. *Mentálna retardácia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1986.
- MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 3. vyd. Praha: Portál, 2015. 248 s. ISBN 978-80-262-0977-5.
- METRIN, V. Školní zralost. In: ŠULOVÁ, L. *Problémové dítě a hra*. Praha: Raabe, 2003. ISSN 1801-8351
- MICHALOVÁ, Z. *Předškolák s problémovým chováním: projevy, prevence a možnosti ovlivnění*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 168 s. ISBN 978-80-262-0182-3.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Počty dětí v zařízeních náhradní výchovné péče v roce 2014*. Praha: MPSV, 2016. na základě žádosti dle § 2 odst. 1 zákona č. 106/1999 Sb. o svobodném přístupu k informacím vydáno po č. j.: MPSV-2016/14967-193/2.
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Metodický pokyn upravující činnost středisek výchovné péče*. Praha: MŠMT, 2007.

- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: MŠMT, 2016c
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Výnos ministryně školství, mládeže a tělovýchovy č. 5/2016, kterým se stanoví standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči*. Praha: MŠMT, 2016b
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví č. 24039/2005 pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku*. Praha: MZ, 2005.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.
- NĚMEC, P. *Připravenost dětí k povinné školní docházce v podmínkách náhradní výchovné péče*. Olomouc: 2014. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Katedra primární a preprimární pedagogiky.
- NOVOTNÝ, J. B., NOVOTNÝ Z. *Současné trendy v diagnostice fetálního alkoholového syndromu. Česko - slovenská pediatrie*. 2009. roč. 64, č. 5, s. 251 – 256, ISSN 0069-2328.
- O'CONNOR, T. G., RUTTER, M. et al. *The Effects of Global Severe Privation on Cognitive Competence: Extension and Longitudinal Follow-up. Child Development*. 2000. roč. 71, č. 2, s. 376 – 390.
- OPRAVIL, M. *Mýty o ústavní výchově. Učitel'ské noviny*. Praha: Gnosis, 2011, roč. 114, č. 8. s. 16 – 17. ISSN: 0139-5718
- PACLT, I. et al. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4.
- PACNEROVÁ, H. et al. *Standardy kvality péče o děti v zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy a preventivní péče*. 1. vyd. Praha: Národní ústav pro vzdělání, 2015. ISBN 978-80-7481-138-8.
- PAVLIDIS, G. TH. *Perspectives on Dyslexia: Volume 1: Neurology, Neuropsychology and Genetics*. Chichester: John Wiley & Sons, 1990. ISBN 0-471-92204-8.

- PERRY, B. D. et al. Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and „Use-dependent“ Development of the Brain: How „States“ become „Traits“. *Infant Mental Health Journal*. 1995. roč. 16, č. 4, s. 271 – 291.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1233-0.
- PIAGET, J. *Psychologie inteligence*. Přeložil F. JIRÁNEK. 2. vyd. Praha: Portál, 1999. 168 s. ISBN 80-7178-309-9.
- PIAGET, J., INHELDER, B. *La psychologie de l'enfant*. 10. vyd. Paris: Presses Universitaires de France, 1982. 126 s. ISBN 2 13 037392 5.
- PILAŘ, J. Právní vymezení a systém ústavní péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. In: PACNEROVÁ, H., KUPCOVÁ Z. *Vybraná témata vychovatelské praxe: Inspirace pro vychovatele v zařízeních ústavní a ochranné výchovy*. 1. vyd. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2012. ISBN 978-80-87652-59-6.
- PILAŘ, J. Poradenský a preventivně výchovný systém ve školství. In: JEDLIČKA, R., et al. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: Prevence životních selhání a krizové intervence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80247-5981-5.
- POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. 333 s. ISBN 978-80-7367-817-3.
- *Program výchovné práce pro jesle a mateřské školy*. Praha: SPN, 1984
- PROKOPEC, M., SUCHÝ, J., TITLBACHOVÁ, S. Výsledky třetího celostátního výzkumu mládeže. *Československá pediatrie*. 1973, č. 28, s. 341 -346.
- PRŮCHA, J. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 200 s. ISBN 978-80-247-3181-0.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 6. vyd. Praha: Portál, 2009. 395 s. ISBN 978-80-7367-647-6.
- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky 1. díl: Vývoj člověka do patnácti let*. 4. vyd. Praha: SPN, 1977. 414 s.
- PTÁČEK, R. et al, *Vývoj dětí v náhradních formách péče*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2011. ISBN 978-80-7421-040-2.

- RAVEN, J. C., COURT, J. H., RAVEN, J. *Ravenove progresívne, matice farebné: príručka*. preložila LIMBEKOVÁ, K., zostavila VONKOMEROVÁ, K. Bratislava: Psychodiagnostika, 1991.
- REID, G. *Dyslexia: A Practitioner's Handbook*, 5. vyd. Chichester: John Wiley & Sons, 2016. ISBN 978-1-118-98010-1.
- RUEF, M., FURMAN, A. *Woodcock-Johnson – Mezinárodní edice II: uživatelská příručka*. preložily BUREŠOVÁ J., BUREŠOVÁ H. Riverside Publishing Company, 2010.
- RUTTER, M. *Maternal Deprivation Reassessed*. vyd. 2. Harmondsworth: Penguin Books, 1981.
- RUTTER, M., ERA (English and Romanian Adoptees) study team. Developmental Catch-up, and Deeficit, Following Adoption after Severe Global Early Privation. *Journal of Psychology and Psychiatry*. 1998. roč. 39, č. 4. s. 465 – 476.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 392 s. ISBN 80-7178-829-5.
- SHAPIRO, L. E. *Emoční inteligence a její rozvoj*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-648-3.
- SCHMEIDLER, K. Prostředí města, urbanistická tvorba a sociálnipatologie. *Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2000a. roč. 6, č. 9, s. 14 – 17. ISSN 1211-5886.
- SCHMEIDLER, K. Urbanismus a kriminalita. *Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2000b. roč. 6, č. 12, s. 12 – 13. ISSN 1211-5886.
- SCHNEIBERG, F. Dětská centra – moderní forma komplexní péče o ohrožené děti. *Pediatric pro praxi*, Olomouc: Solen, 2011b. roč. 12, č. 2, s. 136 – 137. ISSN 1213-0494.
- SCHULZE, R., ROBERTS, R. D., *Emoční inteligence*. preložila LE ROCH, P. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 368 s. ISBN 978-80-7367-229-4.
- SIMON, H. *Dyskalkulie: Jak pomáhat dětem, které mají potíže s početními úlohami*. preložila PIŠTOROVÁ, J. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 168 s. ISBN 80-7367-104-2.
- SLOMEK, Z. *Etopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-84-6.

- SMOLÍK, A., SVOBODA, Z. et al. *Etopedické propylaje I.: Aktuální otázky systému náhradní výchovné péče o jedince s poruchou chování*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2012. 136 s. ISBN 978-80-7414-529-2.
- SMRŽOVÁ, A. Výchova dětí v dětských domovech. In: *Problémy psychiatrie v praxi a ve výzkumu*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957.
- SOTOLÁŘ, A. K uplatnění výchovných opatření vůči mladistvým v průběhu trestního řízení a v rámci odklonů od standardního trestního řízení. *Trestněprávní revue*. roč. 2004, č. 9, s. 276 – 279.
- SOVÁK, M. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978b. 459 s.
- SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978a. 327 s.
- ST. PETERSBURG – USA ORPHANAGE RESEARCH TEAM. *The Effects of Early Social-Emotional and Relationship Experience on the Development of Young Orphanage Children*. Wiley-Blackwell, 2009. 300 s. ISBN: 978-1-4051-9599-7.
- STREISSGUTH, A. P., AASE, J. M., CLARREN, S. K. et al. Fetal Adolescent Syndrome in Adolescent and Adults. *Journal of the American Medical Association*. 1991, roč. 265, č. 15, s. 1961 – 1967.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 3. vyd. Praha: Portál, 2015. 792 s. ISBN 978-80-262-0899-0.
- SVOBODOVÁ, M., VRTBOVSKÁ, P., BÁRTOVÁ, D. *Zpráva o stávajícím stavu náhradní výchovné péče o děti a mládež bez rodinného zázemí v České republice*. Praha: DOM, 2002. 58 s.
- SYNEK, F. *Záhady levorukosti: Asymetrie u člověka*. 1. vyd. Praha: Horizont, 1991. 176 s. ISBN 80-7012-054-1.
- ŠÍMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. et al., *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠKOVIERA, A. *Dilemata náhradní výchovy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-318-5.

- ŠMELOVÁ, E., PETROVÁ, A., SOURALOVÁ, E et al. *Připravenost dětí k zahájení povinné školní docházky v kontextu současného kurikula*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 312 s. ISBN 978-80-244-3345-5.
- ŠUSTR, J. Jak vzdorovat opozičnímu vzdoru. *Rodina a škola*. Praha: Portál, 2007. roč. 54, č. 10, s. 18 - 19. ISSN 0035-7766.
- TELLEGEN, P. J., LAROS, J., HEIDER, D. *SON-R 2½-7: neverbální inteligenční test*. lektorovala KREJČÍŘOVÁ, D. Praha: Testcentrum Hogrefe, 2008.
- THOROVÁ, K. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
- THORNDIKE, R. L., HAGEN, E. P., SATTLER, J. M. *Stanforský Binetův inteligenční test IV revize: příručka pro administraci a skórování*. úprava SMÉKAL, V. Brno: Psychodiagnostika, 1995.
- TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování u dětí: Jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-503-2.
- TŘESOHLAVÁ, J. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 224s.
- VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie dětství a dospívání*. 2. dopl a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 538 s. ISBN 978-80-246-1538-7.
- VALENTA, M. et al. *Slovník speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. 320 s. ISBN 978-80-262-0937-9.
- VALENTA, M., MICHALÍK, J. LEČBYCH, M. et al. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

- VALENTA, M., MÜLLER, O. et al. *Psychopedie*. 5. vyd. Praha: Parta, 2013. 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.
- VALENTA, M., SVOBODA, P. *Speciálněpedagogická diagnostika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3694-4.
- VAŠEK, S. *Špeciálno pedagogická diagnostika*. 5. vyd. Bratislava: Sapientia, 2007. 978-80-89229-05-5.
- VAVROVÁ S., KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, R. Transformace systému péče o ohrožené děti očima ředitelů dětských domovů. *Sociální pedagogika*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2015, roč. 3, č. 3, s. 25 - 37. ISSN 1805-8825.
- VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 341 s. ISBN 978-80-7387-095-9.
- VRTBOVSKÁ, P. *O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí: Attachment, poruchy attachmentu a léčení*. vyd. 1. Tišnov: Scan 2010 a Natama, 2010. ISBN 80-86620-20-4.
- Vyhláška č. 64/1981 Sb., o školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy.
- Vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi.
- Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
- Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
- Vyhláška č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče.
- Vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.



- Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.
- Vyhláška č. 473/2012 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí.
- Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálním vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.
- VÝZKUMNÝ ÚSTAV PEDAGOGICKÝ V PRAZE. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*, Praha: VÚP, 2008.
- VÝZKUMNÝ ÚSTAV PEDAGOGICKÝ V PRAZE. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha: VÚP, 2006
- WATTENDORF, D. J., MUENKE M. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *American Family Physician*. 2005, roč. 72 č. 2, s. 279 – 285.
- WECHSLER, D. *WISC-III: Wechslerova inteligenční škála pro děti*. česká verze KREJČÍŘOVÁ, D., BOSCHEK, P., DAN, J. Praha: Testcentrum Hogrefe, 2002.
- WHITING, J. W. M., CHILD, I. L. *Child training and personality*. 2. vyd. New Heaven and London: Yale University Press, 1962. 353 s.
- WILMSHURST, L. *Clinical and Educational Child Psychology: An Ecological-Transactional Approach to Understanding Child Problems and Interventions*. 1. vyd. Hoboken, N.J. : John Wiley & Sons, 2013. 368 s. ISBN 978-1-119-95226-8.
- WIJK, K. L., LOMAN M. M. et al. Behavioral and Emotional Symptoms of Post-Institutionalized Children in Middle Childhood. 2011. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011. roč. 52, č. 1, s. 56 – 63.
- WINICK, M., MEYER, K. K., HARRIS, R. C. Malnutrition and environmental enrichment by early adoption: development of adopted Korean children differing greatly in early nutritional status is examined. *Science*. 1975. roč. 190, č. 4220, s. 1173 – 1175.
- Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád.

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky.
- Zákon č. 104/1991 Sb., sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí: Úmluva o právech dítěte.
- Zákon č. 395/1991 Sb., o školských zařízeních.
- Zákon č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv.
- Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.
- Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení).
- Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení).
- Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.
- Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže.
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.
- Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád.
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).
- Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.
- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

- Zákon 352/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
- Zákon č. 333/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 401/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.
- Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních.
- Zákon č. 247/2014 Sb., o poskytování služby péče o dítě v dětské skupině a o změně souvisejících zákonů.
- Zákon č. 82/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony
- ZELINKOVÁ, O. *Dyslexie v předškolním věku?*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. 200 s. ISBN 978-80-262-0194-6.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. 12. vyd. Praha: Portál, 2015. 263 s. ISBN 978-80-262-0875-4.
- ZIMA, T. Fetální alkoholový syndrom. *Protialkoholický obzor*. 1994, roč. 29, č. 1, s. 7 – 14.
- ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.
- ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.
- ŽLAB, Z. *Vývojové poruchy čtení a psaní*. Praha: Oddělení zdravotní výchovy – KÚNZ, 1988.

## Elektronické zdroje

- BEDNÁŘOVÁ, J. et al. Diagnosticko-intervenční nástroje jako prevence školní neúspěšnosti a podpora žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: projekt č. CZ.1.07/1.2.17/01.0027 [on-line]. Brno: Pedagogicko-psychologická poradna Brno, 2012 2008 [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: [www.op-vk.cz/filemanager/files/file.php?file=48618](http://www.op-vk.cz/filemanager/files/file.php?file=48618)
- ČÁMSKÝ, P. et al. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb* [on-line]. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008 [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: <http://www.csspraha.cz/wcd/users-data/file/manual-standardy-kvality.pdf>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚSTAV. *Statistická ročenka České republiky 2014: 24. Zdravotnictví* [on-line]. Praha: ČSÚ, 2014 [cit. 2016-05-24]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/320198-14-r\\_2014-24](https://www.czso.cz/csu/czso/320198-14-r_2014-24)
- HEGER, L. Zákon, kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony /sněmovní tisk 564/11/ - vrácený prezidentem republiky In: *Digitální depozitář Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky* [on-line]. 7. listopadu 2012 [cit. 2016-06-10]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/2010ps/stenprot/047schuz/s047175.htm>
- HENDERSON, J., GRAY, R., BLOCKLEHURST, P. *Systematic review of effects of low moderate prenatal alcohol exposure on prenatal outcome* [on-line]. © RCOG, 2007. [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2006.01163.x/epdf>.
- HULÍK V., TESÁRKOVÁ, K. *Analýza: Zápis dětí do 1. ročníku ZŠ v ČR z pohledu demografie* [on-line]. Demografie, 2010 [cit. 2016-06-22]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=715](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=715)
- LEŽALOVÁ, R. *Odklad povinné školní docházky* on-line]. RVP metodický portál, 2010 [cit. 2016-06-22]. Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/s/P/9883/ODKLADY-POVINNE-SKOLNI-DOCHAZKY.html/>
- LIGA LIDSKÝCH PRÁV. *Péče o děti odebírané z biologické rodiny: Systémové doporučení Ligy lidských práv č. 3* [on-line]. Brno: Liga lidských práv, 2007 [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: <http://llp.cz/publikace/pece-o-deti-odebirane-z-biologicke-rodiny/>

- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Akční plán k naplnění národní strategie ochrany práv dětí 2012 - 2015* [on-line]. Praha: MPSV, 2012b [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/14311/APN\\_NSOPD\\_2012-2015.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/14311/APN_NSOPD_2012-2015.pdf)
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče* [on-line]. Praha: MPSV, 2009c [cit. 2016-06-09]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny\\_postup\\_3\\_2009.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf)
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí pro poskytování dotací ze státního rozpočtu nestátním neziskovým subjektům v oblasti podpory rodiny pro rok 2007* [on-line]. Praha: MPSV, 2006 [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3012/Methodika\\_b.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3012/Methodika_b.pdf)
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 – 2011* [on-line]. Praha: MPSV, 2009a [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7440/NAP.pdf>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní strategie ochrany práv dětí* [on-line]. Praha: MPSV, 2012a [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/14309/NSOPD.pdf>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Návrh opatření k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti – základní principy* [on-line]. Praha: MPSV, 2009b [cit. 2016-06-09]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/9556/Navrh\\_opatreni\\_k\\_transformaci.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/9556/Navrh_opatreni_k_transformaci.pdf)
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Návrh optimalizace řízení systému ochrany práv dětí a péče o ohrožené děti* [on-line]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2016-06-09]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/21721/optimalizace\\_rizeni.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/21721/optimalizace_rizeni.pdf)
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007* [on-line]. Praha: MPSV, 2008 [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5942/Statisticka\\_rocenka\\_2007\\_oprava.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5942/Statisticka_rocenka_2007_oprava.pdf)
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Systémová podpora procesů transformace péče o ohrožené děti a rodiny* [on-line]. Praha: MPSV, 2012c [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13860/Systemova\\_podpora.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13860/Systemova_podpora.pdf)

- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2014* [on-line]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/22668/rocenka\\_prace\\_2014.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/22668/rocenka_prace_2014.pdf)
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Rámcovou koncepci MŠMT ČR v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči* [on-line]. Praha: MŠMT, 2009b [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/1564>
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Statistická ročenka školství: výkonové ukazatele* [on-line]. Praha: MŠMT, 2006, 2009a, 2010, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016a [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Zápisy do 1. ročníku základního vzdělání* [on-line]. Praha: MŠMT, 2016d [cit. 2016-06-22]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/statistika-skolstvi/zapisy-do-1-rocniku-zakladnich-skol>
- NATIONAL JOINT COMMITTEE FOR LEARNING DISABILITIES – NJCLD. *Definition of Learning Disabilities* [on-line]. Arlington: NJCLD, 1990 [cit. 2016-05-24]. Dostupné z: <http://www.ldonline.org/pdfs/njclld/NJCLDDefinitionofLD.pdf>
- RADA VLÁDY ČR PRO LIDSKÁ PRÁVA. *Záznam ze zasedání Rady vlády ČR pro lidská práva ze dne 15. prosince 2015* [on-line]. Praha: Vláda ČR, 2015 [cit. 2016-06-09]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/cinnost-rady/zasedani-rady/zasedani-rady-dne-15--prosince-2015-142203/>
- SCHNEIBERG, F. Dětská centra – moderní nástroj komplexní péče o ohrožené děti a jejich rodinu. In: *Rodina na prahu 21. Století: prezentace z V. konference o rodinné politice* [on-line]. MPSV: 2009 [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/9077/Sbornik\\_2010.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/9077/Sbornik_2010.pdf)
- SCHNEIBERG, F. Dětská centra – nové trendy v péči o ohrožené děti a jejich rodinu. In: *Zvláštní dětská zařízení na rozcestí – Jak dál?: prezentace ze semináře v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR* [on-line]. PSP: 2011a [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=76263>.

- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, *Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let a dalších zařízení pro děti v roce 2012*. [on-line]. Praha: MZ, 2013 [cit. 2016-05-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-kojeneckych-ustavu-detskych-domovu-pro-deti-do-tri-let-dalsich-zarizeni-pro-deti-roce-2012>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, *Zdravotnická ročenka České republiky 2013* [on-line]. Praha: MZ, 2014 [cit. 2016-05-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013>
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10 revize* [on-line]. ©2014 [cit. 2016-03-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>

## Přílohy

### Příloha č. 1: Přehled použitých zkratk a symbolů

#### Obecně použité zkratky

<b>CAN</b>	child abuse and neglect syndrome, syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte
<b>CNS</b>	centrální nervová soustava
<b>ČR</b>	výzkumný vzorek dětí z běžné populace realizovaný UP Pdf Kppv 2009-2011, (Šmelová, Petrová, Suralová et al, 2012)
<b>DC</b>	dětské centrum
<b>DD</b>	dětský domov
<b>DDŠ</b>	dětský domov se školou
<b>DÚ</b>	diagnostický ústav
<b>DOZP</b>	domov pro osoby se zdravotním postižením
<b>IPOD</b>	individuální plán ochrany dítěte
<b>MS</b>	Ministerstvo spravedlnosti
<b>MŠMT</b>	Ministerstvo školství a mládeže a tělovýchovy
<b>MPSV</b>	Ministerstvo práce a sociálních věcí
<b>MV</b>	Ministerstvo vnitra
<b>MZ</b>	Ministerstvo zdravotnictví
<b>NAP</b>	Národní akční plánu k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 – 2011
<b>NVP</b>	náhradní výchovná péče; výzkumný vzorek dětí z náhradní výchovné péče (dětské domovy a dětská centra) z Olomouckého, Jihomoravského, Moravskoslezského a Zlínského kraje
<b>NRP</b>	náhradní rodinná péče
<b>OSPOD</b>	orgán sociálně-právní ochrany dětí
<b>OŠD</b>	odklad školní docházky
<b>PPP</b>	pedagogicko-psychologická poradna
<b>PROD</b>	program rozvoje osobnosti dítěte



<b>RVP PV</b>	Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
<b>RVP ZŠS</b>	Rámcový vzdělávací program pro základní školy speciální
<b>RVP ZV</b>	Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání
<b>SPC</b>	speciálně pedagogické centrum
<b>ŠVP</b>	školní vzdělávací program
<b>VÚ</b>	výchovný ústav
<b>WHO</b>	World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace
<b>ZDVOP</b>	zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

### **Zkratky závisle proměnných**

<b>EHS</b>	hrubé skóre Edfeldtův reverzní test
<b>JAZ</b>	známka úkol A (kresba mužské postavy) Jiráskův orientační test školní zralosti
<b>JBZ</b>	známka úkol B (napodobení psacího písma) Jiráskův orientační test školní zralosti
<b>JCZ</b>	známka úkol C (obkreslení skupiny bodů) Jiráskův orientační test školní zralosti
<b>JCLZ</b>	celkové skóre ze všech tří úloh Jiráskova orientačního testu školní zralosti
<b>RHS</b>	hrubé skóre Ravenův test barevných progresivních matic
<b>ZPDHS</b>	celkové skóre Zkouška znalosti předškolních dětí

### **Zkratky nezávisle proměnných**

<b>D</b>	dívky
<b>DPK</b>	děti krátkodobě umístěné v NVP, méně jak 2,5 roku
<b>DPD</b>	děti dlouhodobě umístěné v NVP, 2,5 roku a déle
<b>CH</b>	chlapci
<b>L</b>	levoruké děti
<b>LAT</b>	lateralita
<b>O</b>	s odkladem školní docházky
<b>P</b>	pravoruké děti
<b>SL</b>	souhlasná lateralita
<b>ST</b>	starší děti s odkladem školní docházky z minulého roku od 6 let a 6 měsíců do 7 let a 10 měsíců.

<b>ML</b>	mladší děti s aktuálním odkladem školní docházky od 5 let a 5 měsíců do 6 let a 6 měsíců
<b>OST</b>	děti nad šest let s odkladem školní docházky
<b>OML</b>	děti do šesti let s odkladem školní docházky
<b>VZI</b>	vzdělání rodičů – oba rodiče se základním nebo středním vzděláním bez maturity
<b>ZL</b>	zkřížená lateralita

### Použité symboly

$H_0$	nulová hypotéza
$H_a$	alternativní hypotéza
$n$	četnost
$n_1 / n_2$	četnosti jednotlivých skupin
SČ	součet čtverců
$s$	standardní (směrodatná) odchylka
$s^2 / s^2_{\text{nestr}}$	nestranný odhad rozptylu
$sv$	stupeň volnosti
Sign $p$	signifikace, pravděpodobnost chyby při odmítnutí $H_0$ (nulové hypotézy)
$t$	testové kritérium Studentova t-testu
$x_{1i} / x_{2j}$	jednotlivé naměřené hodnoty v obou skupinách
$\bar{x}_1 / \bar{x}_2$	aritmetické průměry v jednotlivých skupinách

## Příloha č. 2: Přehled tabulek a obrázků

### Teoretická část

Tab. 3.2	AAID rizikové faktory intelektuální disability
Tab. 5.7.1	Přehled a věkové rozpětí subtestů S-B IV testu
Tab. 5.7.2	Popis subtestů WISC-III
Obr. 5.7.3	Mezinárodní edice Woodcock-Johnson: Testy kognitivních schopností
Tab. 5.7.5	Schéma funkčního pořadí a rozdělení subtestů v IDS
Tab. 6.3.6.1	NAP základní principy a cíle
Tab. 6.3.6.2	NAP Dílčí cíle 10 a 12 a jejich kroky

### Empirická část

Tab. 8.1.1	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H1
Tab. 8.1.2	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H1 <sub>JAZ</sub>
Tab. 8.1.3	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H1 <sub>JBZ</sub>
Tab. 8.1.4	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H1 <sub>JCZ</sub>
Tab. 8.1.5	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H2
Tab. 8.1.6	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H3
Tab. 8.1.7	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H4
Tab. 8.2.1	Studentův t-test (pro nezávislé vzorky) pro hypotézy H5, H6, H7 a H8
Tab. 8.2.2	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H9 <sub>JCLZ</sub>
Tab. 8.2.3	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H9 <sub>ZPDHS</sub>
Tab. 8.2.4	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H9 <sub>RHS</sub>
Tab. 8.2.5	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H9 <sub>EHS</sub>
Tab. 8.2.6	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H10 <sub>JCLZ</sub>
Tab. 8.2.7	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H10 <sub>ZPDHS</sub>
Tab. 8.2.8	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H10 <sub>RHS</sub>
Tab. 8.2.9	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H10 <sub>EHS</sub>
Tab. 8.3.1	Studentův t-test pro nezávislé vzorky, H11 <sub>JCLZ</sub> , H11 <sub>ZPDHS</sub> , H11 <sub>RHS</sub> , H11 <sub>EHS</sub>
Tab. 8.3.2	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H12 <sub>JCLZ</sub>
Tab. 8.3.3	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H12 <sub>ZPDHS</sub>
Tab. 8.3.4	Hodnoty k výpočtu testového kritéria $t$ pro verifikaci hypotézy H12 <sub>RHS</sub>

- Tab. 8.3.5 Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H12_{EHS}$
- Tab. 8.3.6 Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H13_{JCLZ}$
- Tab. 8.3.7 Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H13_{ZPDHS}$
- Tab. 8.3.8 Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H13_{RHS}$
- Tab. 8.3.9 Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H13_{EHS}$
- Tab. 8.4.1 Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H14_{JCLZ}$
- Tab. 8.4.2 Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H14_{ZPDHS}$
- Tab. 8.4.3 Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H14_{RHS}$
- Tab. 8.4.4 Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H14_{EHS}$
- Tab. 8.5.1 Studentův t-test (pro nezávislé vzorky) hypotézy  $H15_{JAZ}$ ,  $H15_{JBZ}$ ,  $H15_{JCZ}$ ,  
 $H15_{JCLZ}$
- Tab. 8.5.2 Studentův t-test pro nezávislé vzorky (hypotézy  $H16$ ,  $H17$ ,  $H18$ )
- Tab. 8.6.1 Studentův t-test (nezávislé vzorky) - Hypotéza  $H19$
- Tab. 8.6.2 Studentův t-test pro nezávislé vzorky - Hypotéza  $H20$
- Tab. 8.6.3 Hodnoty k výpočtu testového kritéria  $t$  pro verifikaci hypotézy  $H21$

**Příloha č. 3: Jiráskův orientační test školní zralosti, dívka 6 let s OŠD z NVP.**

T-33/69

TZ Forma A

**ORIENTAČNÍ TEST ŠKOLNÍ ZRALOSTI\***  
**ORIENTAČNÝ TEST ŠKOLSKEJ ZRELOSTI**

Příjmení a jméno dítěte:		
Přízvisko a meno dieťaťa: 00870L		
Datum narození:	Věk: r. m.	Datum vyšetření:
Dátum narodenia:	Vek: r. 6 m.	Dátum vyšetrenia: 19.3.2015
Adresa rodiča:		
Adresa rodičov:		

1. Tady nakresli nějakého pána tak, jak to umíš.

1. Sem nakresli nejakého pána tak, ako to vieš.



4

© PSYCHODIAGNOSTICKÉ A DIDAKTICKÉ TESTY, n. p., Bratislava

\* Instrukce viz v: Jirásek—Tichá, Psychologická hlediska předškolních prohlídek. SZdN, Praha 1968  
Instrukcie pozri v: Jirásek—Tichá, Psychologická hlediska předškolních prohlídek. SZdN, Praha 1968

2. Podívej se, tady je něco napsáno. Ty ses ještě psát neučil(a), ale zkus, jestli bys to taky uměl(a). Hezky se dívej, jak je to napsáno a tadyhle vedle na to prázdné místo to tak napiš.

*Lev pali.*

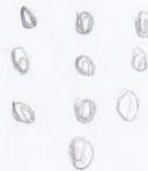
3. Tady jsou takové puntíky. Žkus to tadyhle vedle nakreslit zrovna tak.



2. Pozri sa, tu je niečo napísané. Ty si sa ešte neučil(a) písať, ale skús, či by si to tiež vedel(a). Dobre sa pozri, ako je to napísané, a tu vedľa, na to prázdné miesto, to tak napiš.

*Lev pali.* 2

3. Tu sú také bodky. Skús to tu vedľa nakresliť takisto.



1

## Příloha č. 4: Zkouška znalostí předškolních dětí, dívka 6 let s OŠD z NVP

T-138/čes.

### T e s t o v ý s e š i t

#### Zkouška znalostí předškolních dětí

Správná odpověď, t.j. každé plus (+), znamená jeden bod. Nesprávnou odpověď skórujeme mínus (-). Součet bodů ze všech deseti oddílů dává konečný bodový výsledek zkoušky.

Otázky jsou kladeny tak, aby odpověď byla pokud možno jednoznačná. Jestliže si dítě nemůže vzpomenout na správný výraz, ale dovede to, co má na mysli a co je správnou odpovědí, vyjádřit opisem nebo jinak naznačit, skórujeme jako plus. Jakoukoliv nesprávnou odpověď hodnotíme mínus - dítě neopravujeme, ne-snažíme se přivést je k správnému řešení, "nenapovídáme" mu atd.

Jméno dítěte: ..... *OO TAJA* ..... Dat. nar.: .....

Věk: ..... *6,00* ..... Dat. vyš.: ..... *1.4.2011* .....

Zkoušku uvedeme asi takto: "Budeme si říkat takové zajímavé věci ze života. Já se budu ptát - a ty mi vždycky řekneš, co o tom víš nebo na co si vzpomeneš".

Na to dáme první otázku, která ještě nepatří do zkoušky a kterou ovšem nehodnotíme: "Napřed mi řekni, jak se ty jmenuješ křestním jménem." (Říká-li dítě své příjmení, upozorníme je, že chceme znát "křestní jméno" - jako třeba Milan, Pavel, Dana apod.).

Pak už plynule navážeme první otázkou zkoušky.

I. Společenské zařazení

1. A jak se jmenuje křestním jménem tvoje maminka? (nemá-li dítě maminku, tedy tatínek, nebo ten u koho dítě bydlí). *Baron 1*
2. Jaké barvy má naše vlajka? *bílá, modrá, červená 1*
3. Které je největší město u nás - v naší republice? *-*
4. Jak se jmenuje náš pan prezident? *-*

Celkem bodů: *2*

II. Počet

1. Kolik kol má trojkolka? *tri 1*
2. Kolik prstů je na jedné ruce? *piť 1*
3. A kolik je jich na obou rukou? *deset 1*
4. Kolik dnů je v týdnu (od neděle do neděle) *osm*

Celkem bodů: *3*

III. Čas

1. Který den přijde po neděli? *úterý 1*
2. Který den přijde po sobotě? *středa*
3. V které roční době jsou vánoce? (neví-li dítě, co jsou čtyři roční období, vyjmenujeme mu je v tomto pořadí: podzim, zima, jaro, léto). *Zima 1*
4. Kolik je hodin v poledne? *osm hodin*

Celkem bodů: *1*

IV. Hry a sport

1. Co potřebujeme, když chceme šít na panenku? (stačí, když dítě vyjmenuje: jehlu a nit). *nit a jehla 1*
2. Co si vezmou děti na nohy, když chtějí hrát na ledě hokej? *brusle 1*
3. Jak se jmenuje při kopané ten, kdo hlídá, aby nedostali gól? *brankář, brankář 1*
4. Jak se jmenuje to, co vystřelujeme lukem? *šíp 1*

Celkem bodů: *4*



V. Pohádky

1. Jak se jmenovali ti tři v pohádce? Jeden byl Dlouhý, druhý Široký a ten třetí? ... —
2. U koho žil Smolíček Pacholíček? *u jelena* <sup>1</sup>
3. Jak se jmenují ty dvě loutky? Jeden je Hurvínek a ta druhá? ... —
4. Když začíná divadlo, co se musí rozhrnout nebo vytáhnout, abychom viděli na jevišti? *světlo*

Celkem bodů: *1*

VI. Zvířata

1. Proč lidé chovají včely? *med* <sup>1</sup>
2. Které zvíře nám dává vlnu? *ovčeka* <sup>1</sup>
3. Jak se říká tomu, co má jelen na hlavě? (Správná odpověď je "parohy") *Parohy* <sup>1</sup>
4. Čím se živí pavouci? (Co žerou, co chytají?) *muchy* <sup>1</sup>

Celkem bodů: *4*

VII. Rostliny

1. Co se musí zasít do země, aby nám vyrostly květiny? *domínka* <sup>1</sup>
2. Jak se jmenuje ta část stromu, která roste pod zemí? *kořeny* <sup>1</sup>
3. Jak se jmenují ty houby, kterými bychom se mohli otrávit? *muchařka* <sup>1</sup>
4. Která rostlina nás může popálit? *kapusta* <sup>1</sup>

Celkem bodů: *4*

VIII. Domácnost

1. Když oloupeme vajíčko, tak ve vnitřku je bílek - a co ještě? *žloutek* <sup>1</sup>
2. Z čeho se dělají knedlíky? (Ve výčtu nesmí chybět "mouka" nebo "brambory" - může chybět mléko, voda, tuk a pod.) *mléko, cukr, máslo* <sup>1</sup>
3. Co potřebuje maminka nebo babička, když plete svetr? ("Vlnu a jehlice" či jinak vyjádřeno, že potřebuje materiál a nástroj.) —
4. Co dáváme žrát králíkům? (trávu - nebo cokoli jiného, co se skutečně králíkům dává.) *mrkev* <sup>1</sup>

Celkem bodů: *3*

IX. Nástroje

1. Na co potřebujeme kosu? —
2. Dřevo se řeže pilou - a čím se štípe? *sekerou 1*
3. Čím se tatínek holí, aby neměl vousy? (Čím se muži holí?) (břitva, žiletka, strojek, elektrický strojek aj.) *strojke 1*
4. Čím chytají rybáři ryby? (na udici, do sítě apod.) *rybářský - strojek 1*

---

Celkem bodů: *3*

X. Zaměstnání

1. Ke komu si chodíme dát ostříhat vlasy? *ke ženě, kadeřník 1*
2. Kdo nosí dopisy do domu? *poštařka 1*
3. A kde se kupují cigarety? (U venkovských dětí se připouští "v krámě", "samoobsluže") *v obchodě 1*
4. Jak to musíme udělat, když chceme poslat peníze někomu, kdo bydlí hodně daleko - v nějakém jiném městě (jiné vesnici), kam mu to nemůžeme denést. (Správná odpověď vyjadřuje, že se na tom nějak účastní pošta - ale připouští se i "pošleme je složenkou" nebo jiné obdobné vyjádření.) *Pošta v balíku 1*

---

Celkem bodů: *4*

Celkový skóre ze všech 10 oddílů:

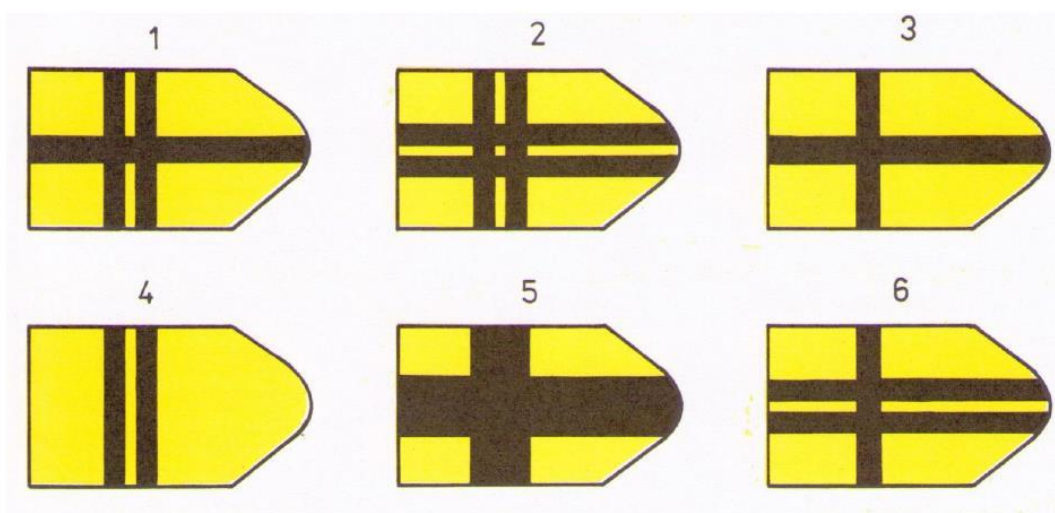
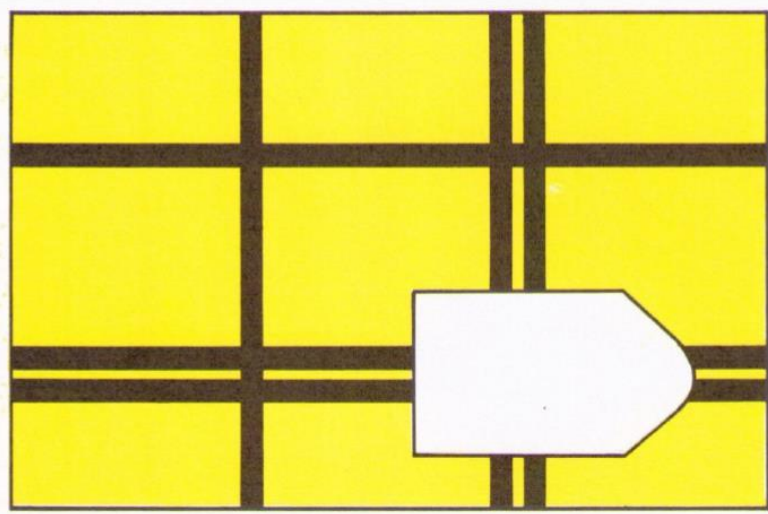
*29*  
..... bodů

*12 = 85*

Vyšetřil: .....  
podpis

**Příloha č. 5: Ravenovy barevné progresivní matice**

A 8



# Příloha č. 6: Ravenovy barevné progresivní matice, dívka 7 let s OŠD z NVP

T-64

## FAREBNÉ PROGRESÍVNE MATICE - CPM

### Odpoveďový hárok

Meno: <i>007802</i>	Dátum skúšky: <i>15.1.2015</i>
Dátum narodenia:	Vek: <i>7</i>
Bydlisko:	
Škola:	

A			Ab			B		
1	4	+	1	4	+	1	2	+
2	5	+	2	5	+	2	6	+
3	1	+	3	1	+	3	1	+
4	2	+	4	6	+	4	2	+
5	6	+	5	2	+	5	1	+
6	3	+	6	1	+	6	3	+
7	6	+	7	3	+	7	6	-
8	2	+	8	2	-	8	4	-
9	1	+	9	6	+	9	5	-
10	3	+	10	3	+	10	2	-
11	1	-	11	3	-	11	2	-
12	2	-	12	4	-	12	3	-
<i>10</i>			<i>9</i>			<i>6</i>		
<i>0</i>			<i>0</i>			<i>0</i>		

čas:

celkové skóre: *25*

súčet odchýlok: *0*

percentil:

IQ: *115*

Poznámky:

© PSYCHODIAGNOSTIKA, spoločnosť s r.o., Bratislava

© J.C. Raven Limited, 1984

**Příloha č. 7: Edfeldtův reverzní test, dívka 6 let s OŠD z NVP**

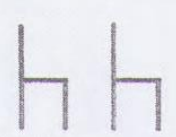

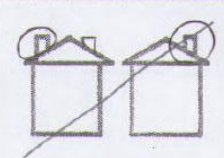
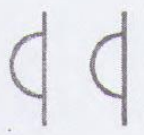
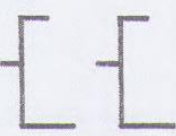
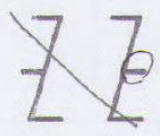
T-1  
T2

R E V E R Z N Ý   T E S T



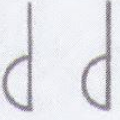
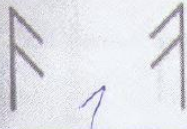
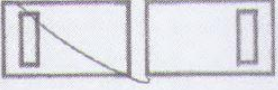
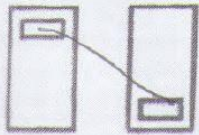
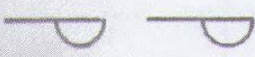
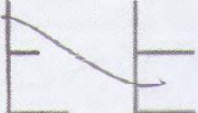


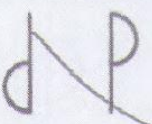
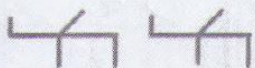
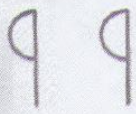
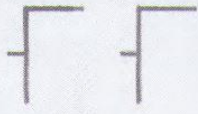
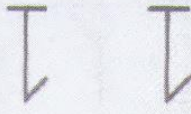

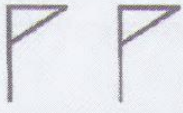
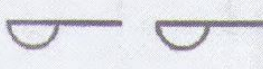

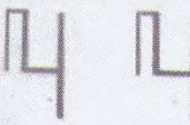
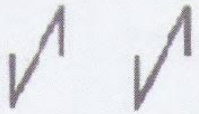
---

PRIEZVISKO A MENO PŘÍJMENÍ A JMÉNO <i>0099VL</i>		DÁTUM NAR. DÁTUM NAR.		VEK VEK	
BYDLIŠKO BYDLIŠTĚ		DÁTUM VYŠETR. DÁTUM VYŠETR. <i>16. 9. 2011</i>			
HS	CHYBY	ČAS	VS		
POZNÁMKY					



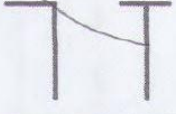


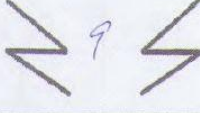
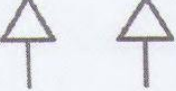


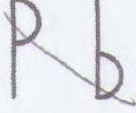

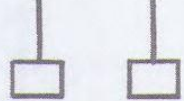

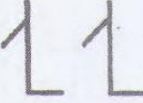


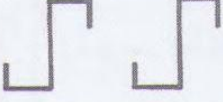
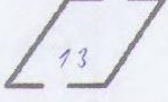
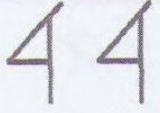
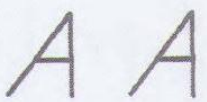
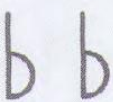
PŘÍKLADY - PŘÍKLADY

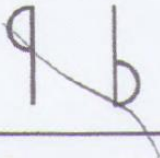
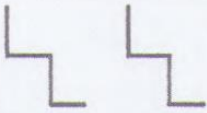
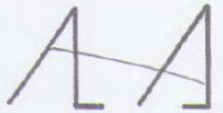
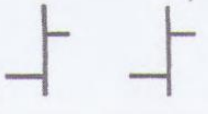
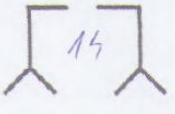
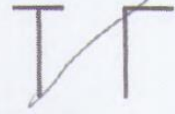

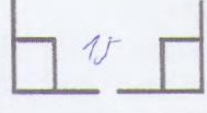
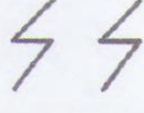

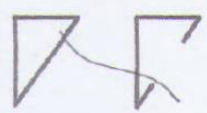
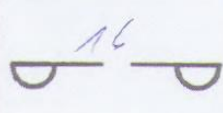

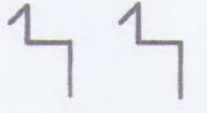
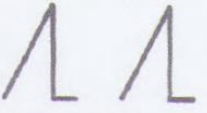
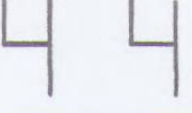
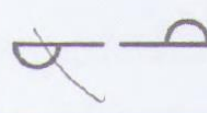
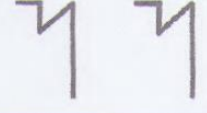

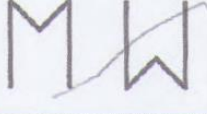
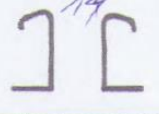
© PSYKOLOGIFÖRLAGET AB, SWEDEN, 1954  
© PSYCHODIAGNOSTIKA, spoločnosť s r.o., Bratislava, 1992

44	<del>N</del> N	d <sup>3</sup> b
<del>o</del> o	Y Y	h h
<del>q</del> q	d d	<del>o</del> o 4
I <sup>5</sup> 1	<del>P</del> P	N <sup>c</sup> N
P P	L <sup>7</sup> J	h h
t t	o o	<del>o</del> o
Z <sup>p</sup> Z	<del>N</del> N	7 7



Příloha č. 8 Zkouška laterality, dívka 6 let s OŠD z NVP

T-116

ZKOUŠKA LATERALITY MŽ  
Odpověďový arch

Jméno: <i>OMMOL</i>	Dátum narození:	Věk:
Horní končetiny: $DxQ = \frac{P+A}{2} \times 100 =$ <i>0</i>	Typ laterality /horní končetiny a oka/: <i>L/P</i>	
Datum vyšetření: <i>2. 11. 2015</i>	Vyšetřil:	

	P	L	A	Poznámka
<b>Horní končetiny</b>				
1. Korálky do lahvičky		X		
2. Zasouvání kuliček		X		
3. Klíč do zámku		X		
4. Míček do krabičky		X		
5. Jakou máš sílu!		X		
6. Stlač mi ruce k zemi!		X		
7. Sáhni si na ucho, na nos atd.!		X		
8. Jak nejvýš dosáhneš!		X		
9. Tleskání			X	
10. Jehla a nit		X		
<b>Náhradní zkoušky</b>				
11. Mnutí rukou <i>↓ hůlka</i>		X		
12. Strouhat mrkvičku		X		
<b>Oči</b>				
1. Manoptoskop	X			
2. Kukátko	X			

© Psychodiagnostika, Bratislava  
© Psychodiagnostika, Brno

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Petr Němec
<b>Katedra:</b>	Katedra primární a preprimární pedagogiky
<b>Rok obhajoby:</b>	2016/2017

<b>Název práce:</b>	Školní zralost a připravenost dětí k povinné školní docházce v podmínkách náhradní výchovné péče
<b>Název v angličtině:</b>	Children School Maturity and Readiness for Starting Compulsory School Education in Institutional Care Conditions
<b>Anotace práce:</b>	Hlavním cílem práce je zjištění úrovně školní zralosti a připravenosti u dětí umístěných v náhradní výchovné péči a komparace zjištěných výsledků s dětmi z běžné populace ČR, který realizovala Katedra primární a preprimární pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci v letech 2009 - 2011 (Šmelová, Petrová, Souralová et al., 2012). K posouzení školní zralosti byla využita baterie testů
<b>Klíčová slova:</b>	náhradní výchovná péče, školní zralost, školní připravenost, předškolní věk, předškolní vzdělávání, psychická deprivace a subdeprivace
<b>Anotace v angličtině:</b>	The aim of the thesis is research of school maturity and school readiness of children in institutional care from Olomouc District region and comparison with children from common population in Czech Republic. Quality of school maturity was evaluated by battery of standardised tests.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	school maturity, school readiness, preschool age, preschool education, psychic deprivation and sub deprivation
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1: Přehled použitých zkratk a symbolů Příloha č. 2: Přehled tabulek Příloha č. 3: Jiráskův orientační test školní zralosti, dívka 6 let s OŠD, z NVP Příloha č. 4: Zkouška znalosti předškolních dětí, dívka 6 let s OŠD z NVP Příloha č. 5: Ravenovy barevné progresivní matice Příloha č. 6: Ravenovy barevné progresivní matice, dívka 7 let s OŠD, z NVP Příloha č. 7: Edfeldtův reverzní test, dívka 6 let s OŠD, z NVP Příloha č. 8: Zkouška laterality, dívka 6 let s OŠD, z NVP
<b>Rozsah práce:</b>	267
<b>Jazyk práce:</b>	čeština