

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Helena Klasová

**Vztah speciálního pedagoga s rodinou s dítětem s SPU či
ADHD**

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Jana Tomanová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2013-2015

THE DIPLOMA THESIS

Helena Klasova

**The Relation between the Special Pedagogue and the
SLD/ADHD Children's Family**

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Mgr. Jana Tomanová, Ph.D.

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí diplomové práce Mgr. Janě Tomanové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost a osobní přístup při zpracování této práce.

Anotace

Tématem předkládané diplomové práce jsou specifické poruchy učení (SPU) a syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) z pohledu speciálního pedagoga. Cílem práce je na základě analýzy dat z provedeného dotazníkového šetření posoudit subjektivně vnímanou kvalitu vztahu mezi speciálním pedagogem a rodiči dětí se SPU či ADHD. V první kapitole se práce zaměří na deskripci specifických poruch učení, jejich jednotlivých forem, diagnostiky a reedukace. Obsahem druhé kapitoly je syndrom ADHD, jeho jednotlivé podtypy, diagnostika a terapie. Třetí kapitola se věnuje nápravám SPU a ADHD v systému speciálně-pedagogické péče. V závěrečné kapitole jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření zaměřeného na vztah rodičů dětí s SPU či ADHD se speciálním pedagogem a jejich kritické zhodnocení.

Klíčová slova

ADHD, dotazníkové šetření, individuální vzdělávací plán, speciální pedagog, specifické poruchy učení, vztah speciálního pedagoga s rodiči.

Annotation

The topic is the specific learning disorder (SLD) and the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) from the point of view a special pedagogue. The thesis target is to assess the subject perception of the quality of the relation between the special pedagogue and the parents of SLD or ADHD children based on the analysis of the questionnaire research data. There are the specific learning disorders, its particular forms, the diagnosis and the reeducation described in the first chapter. ADHD syndrome, its particular subtypes, the diagnosis and the therapy are the content of the second chapter. The third chapter deals with SLD and ADHD corrections in the special education system. The results and the critical evaluation of the research of the relation between the parents of SLD/ADHD children and the special pedagogue are described in the last chapter.

Keywords

ADHD, the individual education plan, the questionnaire, the relation between the special pedagogue and the parents, the special pedagogue, the specific learning disorders,

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ.....	12
1.1 Etiologie specifických poruch učení	13
1.2 Klasifikace specifických poruch učení	15
1.2.1 Specifická porucha čtení	16
1.2.2 Specifická porucha psaní	17
1.2.3 Specifická porucha počítání	20
1.2.4 Specifická vývojová porucha motorické funkce	21
1.3 Speciálně – pedagogická diagnostika specifických poruch učení.....	23
1.4 Reedukace specifických poruch učení	24
2 ADHD V DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ.....	27
2.1 Příčiny vzniku ADHD	28
2.2 Symptomatologie ADHD	29
2.3 Klasifikace a diagnostika ADHD.....	32
2.3.1 Diagnostická kritéria hyperkinetické poruchy podle Mezinárodní Klasifikace Nemocí, 10. revize.....	32
2.3.2 Klasifikace ADHD podle Diagnosticko Statistického Manuálu IV // (Diagnostic and statistical manual of mental disorders).....	34
2.4 Reedukace ADHD	36
3 SYSTÉM ŠKOLSKÝCH PORADENSKÝCH PRACOVÍŠŤ	39
3.1 Školská poradenská pracoviště	40
3.1.1 Pedagogicko-psychologické poradny.....	41
3.1.2 Speciálně-pedagogická centra	42
3.1.3 Střediska výchovné péče	43
4 SPECIÁLNÍ PEDAGOG	45
4.1 Etika speciálního pedagoga	45
4.2 Speciální pedagog ve škole.....	46
4.2.1 Individuální vzdělávací plán	51
4.3 Komunikace s rodiči	52
4.4 Rodina.....	55
PRAKTICKÁ ČÁST	57
5 POPIS VÝZKUMU.....	57

5.1	Cíl práce.....	57
5.2	Dotazníkové šetření	57
5.3	Charakteristika zkoumaného souboru.....	58
5.4	Formulace hypotéz.....	59
5.5	Vlastní výzkumná činnost.....	59
5.5.1	Výsledky dotazníkového šetření rodičů	59
5.5.2	Výsledky dotazníkového šetření speciálních pedagogů, kteří mají v péči dítě se SPU či ADHD	78
5.6	Závěry výzkumného šetření s vyhodnocením hypotéz	94
	ZÁVĚR	99
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	103
	SEZNAM ZKRATEK	107
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	108
	SEZNAM PŘÍLOH.....	111

ÚVOD

Předkládaná diplomové práce se věnuje problematice specifických poruch učení (SPU) a syndromu poruchy pozornosti s hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) z pohledu speciálního pedagoga. Cílem práce je na základě analýzy dat z provedeného dotazníkového šetření posoudit, jakým způsobem vnímají rodiče dětí s SPU či ADHD kvalitu vztahů se speciálním pedagogem a naopak, jak vztahy s rodiči hodnotí speciální pedagogové.

V aktuálním znění zákona 563/2004 Sb. o pedagogických pracovních (platný k 1. 1. 2015) je v § 2 speciální pedagog zařazen do kategorie pedagogických pracovníků, kteří vykonávají přímou pedagogickou činnost.¹ V § 18 uvedeného zákona jsou stanoveny kvalifikační podmínky k výkonu povolání speciálního pedagoga. Tyto podmínky splňuje, pokud získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním v magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd zaměřeném na: a) speciální pedagogiku, nebo b) na pedagogiku předškolního věku, na přípravu učitelů základní školy, na přípravu učitelů všeobecně-vzdělávacích předmětů střední školy nebo na přípravu vychovatelů spolu s doplňujícím studiem rozšiřující odbornou kvalifikaci.²

Vyhláška č. 412/2006 o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků pak specifikuje pět kariérních stupňů speciálního pedagoga v závislosti na typu vykonávané práce a délce praxe. Nerozlišuje přitom mezi školním speciálním pedagogem a

¹ § 2 zákona č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovních ve znění pozdějších předpisů [online]. MŠMT [cit. 2014-27-10]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/aktualni-zneni-zakona-o-pedagogickych-pracovnicich-k-1-lednu>

² § 18 zákona č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovních ve znění pozdějších předpisů [online]. MŠMT [cit. 2014-27-10]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/aktualni-zneni-zakona-o-pedagogickych-pracovnicich-k-1-lednu>

pedagogem pracujícím v pedagogicko-psychologické poradně nebo speciálně-pedagogickém centru.³

Speciální pedagog se tedy dostává do kontaktu s dítětem se SPU či ADHD a jeho rodiči buď v roli školního speciálního pedagoga, nebo jako poradenský pracovník v některém z poradenských pracovišť. Jak uvádí Kucharská se spolupracovníky, vztah speciálního pedagoga k dítěti, jakkoli může být naplněn podporou, empatií a vřelostí, musí být vždy vystaven na profesionální bázi. Speciální pedagog by si měl být vědom skutečnosti, že kontakt s dítětem je vymezen rámcem jeho profese – není ani rodič, ani kamarád a na své působení má vymezený časový i vztahový prostor. (Kucharská et al., 2013)

Kvalitu speciálně pedagogických intervencí ovlivňuje do značné míry i spolupráce speciálního pedagoga s rodinou dítěte, nejčastěji zpravidla s jeho rodiči. Rodiče patří mezi klienty speciálního pedagoga. Mrázková ve své práci prezentuje možný rámec vztahu sociálního pedagoga s rodiči na základě kvalitativní sondy do práce školního speciálního pedagoga. *„Vztah speciální pedagog-rodiče lze hodnotit jako oboustranně kladný, rodič hledá oporu, pomoc, alternativu, potřebuje důvěru. Může se vyskytovat tlak ve smyslu negativních kompetencí, speciální pedagog pak vyjasňuje očekávání, možnosti práce s dítětem, a to srozumitelnou formou. Často působí v roli mediátora mezi učitelem a rodičem.... V menšině případů rodiče pociťují nejistotu až ohrožení, kontakt se speciálním pedagogem berou jako potvrzení přítomnosti problému u dítěte. Při kontaktu s rodiči je kladen důraz na vztah, kterým je podmíněn výkon.“* (Mrázková, 2007, s. 72)

Subjektivně percipovaná kvalita vztah rodič-speciální pedagog je hlavním cílem výzkumného šetření diplomové práce. Práce je rozdělena do pěti kapitol. V první kapitole jsou popsány jednotlivé druhy specifických poruch v učení, jednak v intencích Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, jednak z pohledu speciální pedagogiky včetně reedukačních postupů speciálního pedagoga. Podobný model bude využit i

³ Vyhláška č. 412/2006 Sb. o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků. [online] MŠMT [cit. 2014-27-10] Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-412-2006-sb-kerou-se-meni-vyhlaska-c-317-2005-sb>

v případě ADHD. Zde navíc zmíníme diagnostická kritéria syndromu ADHD v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické společnosti. Obsahem třetí a čtvrté kapitoly jsou možnosti systému speciálně-pedagogické péče v nápravě poruch SPU či ADHD. Kapitoly se zaměří na možnosti intervence školního speciálního pedagoga a speciálního pedagoga jakožto odborníka v některém z poradenských pracovišť. V závěrečné kapitole budou prezentovány a kriticky zhodnoceny výsledky dotazníkového šetření. Výzkum bude veden ve dvou rovinách, za využití dvou výzkumných dotazníkových nástrojů. První výzkum bude cílit na rodiče dětí s SPU či ADHD. Hlavním cílem této části je zjistit, jak rodiče vnímají a hodnotí spolupráci se speciálním pedagogem. Druhá část výzkumného šetření se zaměří na speciální pedagogy (kteří mají v péči dítě se SPU či ADHD) a jejich hodnocení spolupráce s rodiči.

Z metodologického hlediska lze práci typově zařadit jako výzkumné šetření. V práci budou využity metody sběru dat (analýza odborných zdrojů, dotazníkové šetření) a metoda analýzy dat (kvalitativní analýza).

TEORETICKÁ ČÁST

1 SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ

Zelinková uvádí, že definice specifických poruch učení prošly v průběhu vývoje změnami, které odrážejí vývoj vědních oborů i přístup k problematice u autorů, kteří tyto definice formulují. (Zelinková, 2009). V současné době specifické vývojové poruchy učení (SPU) bývají definovány jako „*neschopnost naučit se číst, psát a počítat pomocí běžných výukových metod za průměrné inteligence a přiměřené sociokulturní příležitosti.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2014, s. 9). SPU tedy nejsou podmíněny jinými poruchami, jak např. mentální retardace, smyslové vady nebo neurologická onemocnění. (Raboch, Zvolský et al., 2001)

Tvůrci diagnostického manuálu MKN 10. revize uvádějí nový pojem specifické vývojové poruchy školních dovedností SVPŠD, pro který se hodí stejné definice jako pro specifické poruchy učení SPU. Při diagnostikování specifických poruch učení vyvstává pět základních druhů obtíží: 1) diferenciaci poruch od normálních odchylek ve školním výkonu; 2) průběh vývoje poruchy, neboť zpoždění např. ve čtení či psaní má jiný význam ve smyslu závažnosti poruchy v 7 letech než ve 14 letech; 3) obtíže nemusí být jen původu biologického, ale může na nich podílet i vyučovací metoda nebo sociokulturní prostředí dítěte; 4) i přes obecnou podporu hypotézy, že základem SPU jsou abnormality v kognitivních procesech, není jednoduché diferencovat ty, které jsou příčinou obtíží ve čtení od těch, které souvisejí se sníženou schopností číst či jsou od ní odvozeny; 5) trvá nejistota ohledně členění specifických vývojových poruch školních dovedností do jednotlivých podskupin. (MKN, 10. revize, 2000)

Přes výše uvedené je nezpochybnitelným faktem, že SPU představují vývojové obtíže, které se u dětí projevují zejména v oblasti vzdělávacího procesu, neboť negativně ovlivňují tento proces i osobnostní rozvoj jedince a nepříznivě působí na rozvoj kognitivních a intelektových funkcí. (Šauerová et al., 2012). „*Jde se o specifické poruchy, u nichž je postiženo normální osvojování školních dovedností v oblasti čtení, psaní a počítání. Výkon dítěte v těchto dovednostech je podstatně nižší, než odpovídá věku, inteligenci a vzdělávacím možnostem dítěte. Porucha není důsledkem nedostatku*

příležitostí k učení ani ji nelze přičíst získanému poškození nebo onemocnění mozku.“
(Malá, 2000, s. 129)

V současnosti se děti se specifickými poruchami učení označují jako žáci se speciálními vzdělávacími potřebami. Podle Jucovičové a Žáčkové tento termín nejlépe vystihuje podstatu problému, neboť kromě reedukace poruch je nutno často použít i jiných výukových metod, speciálních pomůcek a způsobů hodnocení. (Jucovičová, Žáčková, 2014). V souvislosti s užitím výukových metod lze vzpomenout Bloomovu psycho-didaktickou teorii Mastery learning, podle níž ovládnutí nějaké vědomosti či dovednosti ve škole je teoreticky možné u všech žáků, mají-li k tomu příhodné podmínky, což v praxi znamená, že způsob vyučování a množství času ke zvládnutí dané dovednosti je optimálně přizpůsobeno žákovi. (Průcha, 1997)

Jak uvádí Pipeková, ve vzdělávání dětí s SPU pedagogové často naráží na problém týkající se jejich řeči, tj. osvojování si mateřského jazyka. Děti s SPU mají omezenou slovní zásobu, mnohým výrazům nerozumějí, vyjadřují se s obtížemi, chybí jim jazykový cit, obtížně chápou strukturu mateřského jazyka i jeho gramatická pravidla. (Pipeková, 1998). Z výzkumu zaměřených na neuroanatomický podklad vyplývá, že porucha jazyka může stát v pozadí i jiných vývojových poruch, např. dyskalkulie. (viz níže, Koukolík)

1.1 ETIOLOGIE SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ

Šauerová se spolupracovníky „didakticky“ rozčleňuje příčiny vzniku SPU do čtyř kategorií: 1) Encefalopatická příčina (drobné poškození mozku v prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním období); 2) biologické příčiny (strukturální a funkční odlišnosti mozku); 3) hereditární příčiny a 4) kombinované příčiny. (Šauerová et al., 2012)

Zjednodušeně lze tedy konstatovat, že specifické vývojové poruchy učení jsou tedy vrozené, nebo získané určitým poškozením v prenatálním, perinatálním či postnatálním období. Svou roli může tedy hrát dědičnost, kombinace dědičnosti a získání poruch v raném dětství. Etiologie je někdy neznámá nebo nepříliš jasná. Jucovičová

s Žáčkovou uvádí, souvislost mezi SPU a lateralitou, poruchou konektivity hemisfér nebo i s neurobiologickou činností mozku. (Jucovičová, Žáčková, 2014). Podle Malé se předpokládá, že příčiny poruch pocházejí z abnormalit v oblasti kognitivních procesů a zpracování informací, které mohou být odvozeny z nějakého typu biologické dysfunkce, která může být ovlivněna nebiologickými faktory, jako jsou například nepříznivé sociální prostředí. (Malá, 2000)

Raboch se Zvolským a spolupracovníky uvádějí, že etiologie poruch školních dovedností není přesně známá, předpokládají, že primární roli hrají biologické faktory. Autoři upozorňují, že ačkoli tyto poruchy mohou souviset s biologickým zráním, nelze učinit závěr, že tyto děti svůj deficit v průběhu dozrávání mozku doženou. V mnoha případech mohou obtíže pokračovat přes adolescenci až do dospělosti. (Raboch, Zvolský, et al., 2001)

Pokorná uvádí posun ve vnímání etiologie specifických poruch učení. V počátcích šlo o deskriptivní výčet specifických chyb těchto dětí. Další práce postihují funkční etiologii v kognitivní i mimokognitivní rovině a jiné práce spatřují příčiny v drobném poškození mozku. Nejnovější výzkum se specializuje na specifickou funkci mozkových hemisfér a jejich vzájemné propojení. (Pokorná, 2001)

Koukolík (2002) ve své práci prezentuje výsledky neuroanatomických studií u dětí s vývojovými poruchami učení. Shaywitz (1989) se spolupracovníky prokázali vyšetřením dyslektických jedinců metodou funkční magnetické rezonance v průběhu zátěže čtením nižší míru aktivace Wernickeovy oblasti (sluchová kůra), gyrus angularis (oblast parietálního kortexu) a primární zrakové kůry a zároveň vyšší míru aktivace dolního čelního závitu, než je tomu u zdravých lidí. Větší prokrvení v další oblasti mozku, vypovídá o větším vynaložení úsilí těchto osob. Z výzkumů vyplývá, že vývojová dyslexie je heterogenní syndrom, v němž se za těžiště poškození považují změny korových oblastí na hranici temporálního a parietálního kortexu. Co se týče vývojové dyskalkulie, aritmetické počítání (kupecké počty), které se uplatňuje v počátcích matematického vzdělávání, je závislé na jazykových funkcích. Vývojová dyskalkulie může být projevem poškození levého čelního laloku, nikoli kůry parietální, která se podílí na obecném matematickém uvažování. Gross se spolupracovníky ve své studii zjistil, že v souboru dyskalkulických dětí mělo 17 % zároveň vývojovou dyslexii

a 42 % dětí s dyskalkulií mělo příbuzného, jenž byl rovněž postižen vývojovou poruchou učení, což svědčí o velkém vlivu hereditární zátěže u SPU. (Koukolík, 2002)

1.2 KLASIFIKACE SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ

Specifické vývojové poruchy školních dovedností jsou v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize uvedeny pod kódem F 81, které se dále člení na specifickou poruchu čtení (dyslexie, F81.0), specifickou poruchu psaní (dysgrafie; dysortografie, F81.1), specifickou poruchu počítání (dyskalkulie, F81.2) a specifickou vývojovou poruchu motorické funkce (dyspraxie, F82). (MKN, 10. revize, 2000)

Toto členění je v podstatě akceptováno i v rámci speciální pedagogiky. Zelinková (2009) se ve své práci zaměřuje na dyslexii, dysgrafii, dysortografii, dyskalkulii, dyspraxii (a ADHD). Jucovičová se Žáčkovou (2014) prezentují ve své knize reedukace dyslexie, dysgrafie a dysortografie. Šauerová se spolupracovnicemi uvádí, že v současné době se v ČR diagnostikuje dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dyskalkulie. Mezi méně časté patří dyspinxie (porucha kreslení), dysmúzie (porucha hudebních schopností) a dyspraxie (porucha motorické obratnosti). (Šauerová et al., 2012). Pokorná uvádí, že pojmy dysmúzie, dyspinxie a dyspraxie jsou českým specifikem, s kterým se v zahraniční literatuře nesetkáme, i když mají své oprávnění v celkové diagnostice. (Pokorná, 2001)

Školní výkon a prospívání ve škole ovlivňují vedle specifických poruch učení či ADHD rovněž vývojové poruchy řeči, z nichž nejčastěji se objevuje vývojová dysfázie. Jedná se o specificky narušený vývoj řeči, který vzniká difuzním poškozením centrální nervové soustavy v raném stadiu vývoje. Projevuje se sníženou schopností verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. U vývojové dysfázie dochází k narušení komunikační schopnosti při centrálním zpracování řečového signálu. To znamená, že dítě nemá poruchu sluchu, či zraku, ovšem jeho centrální nervová soustava a mozek nejsou schopny dostatečně správně zpracovat sluchové a zrakové signály, které dítě přijímá z okolí. K hlavním příznakům, které ovlivňují školní výsledky i postavení dítěte v třídním kolektivu, patří opožděný vývoj řeči, kdy slovní

zásoba neodpovídá věku. Dítě buď věty vůbec netvoří, nebo tvoří věty krátké, jednoduché, s gramatickými chybami. Typické je vynechávání předložek a komolení slov, špatné časování a skloňování, slovní zásoba je velmi redukována, nerozeznává klíčová slova k pochopení smyslu vět. Při vypravování činí obtíže udržování dějové linie a výbavnost slov. Dochází k nerovnoměrnému vývoji celé osobnosti jedince, časté jsou deficity v jemné motorice, paměti a pozornosti. Často je narušena i sféra motivační, emocionální i zájmová. Tato porucha vyžaduje maximální pozornost odborníků. (Klenková, 2006)

1.2.1 SPECIFICKÁ PORUCHA ČTENÍ

Zelinková uvádí následující definici vývojové poruchy čtení, kterou v roce 1995 formulovala Ortonova dyslektická společnost: *„Dyslexie je neurologicky podmíněná, často dědičně ovlivněná porucha, která postihuje osvojování jazyka a jazykové procesy. Projevuje se v různých stupních závažnosti při osvojování receptivního a expresivního jazyka, včetně fonologických procesů, při osvojování čtení a psaní, někdy též aritmetice.“* (Zelinková, 2009, s. 17)

Podle MKN 10. revize je hlavním rysem specifické poruchy čtení výrazné narušení vývoje dovedností ve čtení, které není možno přičítat mentálnímu věku, zrakové ostrosti nebo neadekvátnímu způsobu vyučování. Může se vyskytnout deficit v chápání čteného textu, schopnosti poznávat čtená slova, při čtení nahlas a při úkolech vyžadujících čtení nahlas. K diagnostickým kritériím se řadí následující: a) výkon dítěte ve čtení je pod očekávanou úrovní všeobecné inteligence, zařazení ve škole a pro daný věk; b) vynechávání, nahrazování, záměny, přidávání slov nebo jeho částí; c) pomalé čtení; d) chybování v začátcích, dlouhé pomlky, ztrácení se v textu, nepřesné slovní obraty; e) převrácení slov ve větách nebo i písmen ve slovech; f) nepochopení čteného textu, které se projevuje např. neschopností vzpomenout si na čtená fakta nebo neschopností učinit závěry či dedukce čteného materiálu. (MKN, 10. revize, 2000)

Dyslexie tedy postihuje základní znaky čtenářského výkonu, a to rychlost, správnost, techniku čtení a porozumění čtenému textu. Postižení v rychlosti se projevuje

tak, že dítě s námahou čte písmena a hláskuje, neúměrně dlouho slabikuje, nebo naopak čte zbrkle, domýšlí slova. Pomalé, namáhavé a neplynulé čtení s menším výskytem chyb se označuje jako tzv. pravohemisférové čtení (pravohemisférová dyslexie), naopak rychlé, překotné čtení se zvýšenou chybovostí se označuje tzv. levohemisférové čtení (levohemisférová dyslexie). (Jucovičová, Žáčková, 2014)

Chybovost se nejčastěji projevuje záměny písmen tvarově podobných (b-d-p), zvukově podobných (t-d) nebo zcela nepodobných. Technika čtení podle Zelinkové je při výuce metodou analyticko-syntetickou prohrěškem proti správné technice čtení tzv. dvojí čtení. Dítě si nejprve přečte slovo po hláskách potichu a pak vysloví nahlas. Pokud se učí metodou genetickou, jde o zcela běžný postup. Problém je v tom, že v některých případech neumí spojovat písmena do slov a neprovede hláskovou syntézu. Porozumění závisí na rychlém a hbitém dekodování, syntéze písmen ve slovo a pochopení obsahu slova. Čtenářský výkon může být postižen různou kombinací a intenzitou těchto znaků. Vyšetření čtení je jen jedním z bodů při diagnostice dyslexie. (Zelinková, 2009)

Dyslexie může být charakterizována jako: a) deficit fonologických reprezentací (fonologické uvědomění, verbální slovní paměť, slovní jmenování); b) jako zrakový deficit (záměny tvarově podobných písmen, špatná prostorová orientace); c) deficit ve funkci mozkových hemisfér (P-typ dyslexie, L-typ dyslexie); d) obtíže v motorické oblasti (motorika mluvidel i očních pohybů); e) porucha dynamiky základních psychických procesů (hyperaktivita, hypoaktivita, impulzivita). (Šauerová et al., 2012)

Školské důsledky dyslexie se odrážejí v osobnosti žáka, přináší často napětí nejen při výuce jazyka, ale i ostatních předmětů, což může vést k riziku neurotického vývoje dítěte. Obvykle dochází k výkyvům celkového školního výkonu dítěte. (Pipeková, 2010)

1.2.2 SPECIFICKÁ PORUCHA PSANÍ

MKN 10. revize vymezuje specifickou poruchu psaní jako výrazné narušení vývoje dovednosti psát. Je narušena schopnost ústního vyjadřování i správného psaní slov. Nepatří sem děti, jejichž jedinou poruchou je neobratnost při psaní. Problém

s motorikou psaní může být přítomen, ale problémy jazyka jsou primární. Na rozdíl od dyslexie bývají chyby v hláskování převážně foneticky správné. Diagnostická vodítka dle MKN 10. revize jsou tato: a) výkon dítěte při psaní by měl být pod očekávanou úrovní výkonu dítěte daného věku, pod jeho celkovou inteligencí a zapojením se ve škole; b) dovednost číst by měla být v normě; c) potíže by neměly být přímým důsledkem nevhodného vyučování, ani přímým důsledkem poškození zrakové, sluchové nebo nervové funkce. (MKN 10. revize, 2000)

Ve speciální pedagogice se dysgrafie vymezuje jako specifická porucha grafického projevu, zejména psaní. Postihuje grafickou stránku písemného projevu, čitelnost, úpravu. Podkladem dysgrafie bývá nejčastěji porucha motoriky, zvláště jemné. Dále se podílí porucha automatizace pohybů, motorické a senzomotorické koordinace. V potaz je brán neukončený vývoj symetrického šíjového reflexu, který způsobuje nežádoucí svalové napětí (např. při sezení v lavici) a má negativní dopad na rytmicitu – psaní neplynulé, trhané; koordinaci pohybů, směrovou orientaci. Problémem jsou i nedostatky ve zrakovém vnímání, prostorové orientaci a paměti (zapamatování tvarů, správného směru, vybavování písmen). Často dochází k nesprávnému držení psacích potřeb, které bývá křečovitě, neuvolněné i chybné. Chybovost se zvyšuje při tlaku na rychlost psaní, vznikají tak specifické i nespecifické chyby (vynechání písmen, komolení slov, gramatické a diakritické chyby, psaní slov dohromady). Někdy se dysgrafie promítne i do geometrie, matematiky a kreslení. (Jucovičová, Žáčková, 2014)

Dítě s dysgrafií nestačí průměrnému tempu ostatních žáků, dopouští se velkého množství chyb a často nedokáže provést správný zápis čísel, což může mít negativní dopad na psychický vývoj, vedoucí ke sníženému sebepojetí. (Jucovičová, Žáčková, 2014)

Písmo dysgrafiků bývá obvykle neupravené, neuspořádané, nečitelné, neobratné. Dochází k nesprávnému navazování písmen, typický je silný přitlak, nesprávné držení tužky (pera), dítě bývá při psaní brzy unavené. Písmena u dysgrafiků jsou obvykle různě velká, jedinec nerozlišuje mezi velikosti malých, velkých písmen, nedodrжуje proporcionalitu písmen. Velkým problémem je čitelnost vlastních zápisů. (Šauerová et al., 2012)

Dysortografie je specifická porucha pravopisu, která se často vyskytuje ve spojení s dyslexií. Znemožňuje správné zapsání všech písmen ve správném pořadí včetně délek a měkkosti. V písemném projevu dítěte se vyskytuje velké množství tzv. dysortografických jevů. Jsou jimi vynechávky, zkomoleniny, záměny písmen, nesprávně umístěné nebo vynechané vyznačení délek samohlásek, absence měkčení. (Pipeková et al., 1998)

Podle typických znaků lze dysortografii rozlišit na:

- Auditivní (jde o narušení procesů sluchové analýzy a diferenciaci a oslabení bezprostřední sluchové paměti, problémem je zachycení jednotlivých hlásek ve slově, i když smysl slova chápou).
- Vizualní (je zde snižená kvalita zrakové paměti, obtíže činí vybavení tvarově a sluchově podobných písmen)
- Motorická (souvisí s motorickou neobratností). (Fischer, Škoda, 2008)

Kromě výše uvedených chyb se u některých dětí projevuje snížený jazykový cit, který se následně promítá u vyjmenovaných slov, při určování slovních druhů, použití pádových otázek a při aplikaci dalších mluvnických a gramatických pravidel. Pravidla pravopisu nedokážou adekvátně aplikovat v praxi. (Šauerová et al. 2012)

Kromě narušení sluchového rozlišování se mohou vyskytovat obtíže v dalších percepčních oblastech, například ve zrakovém vnímání, zrakové analýze, zrakové diferenciaci a paměti. Kvůli těmto potížím mají děti problémy zejména při psaní diktátu, kdy musí sluchem zachytit, analyzovat a reagovat na mluvené slovo a převést ho do písemné podoby. Dítě slyší diktovaná slova, ale nedokáže je správně graficky zachytit, píše je tak, jak je slyší. Nedostatky ve zrakovém vnímání způsobují obtíže i u opisu či přepisu. (Jucovičová, Žáčková, 2014)

Tyto děti nezvládají krátce limitované úkoly, kromě diktátů činí i obtíže desetiminutovky. Potíže jsou i ve výuce cizího jazyka. Což vede ke snížení celkového školního výkonu. (Pipeková, 2010)

1.2.3 SPECIFICKÁ PORUCHA POČÍTÁNÍ

Zelinková uvádí definici dyskalkulie, kterou v roce 1984 zformuloval Košč: „*Vývojová dyskalkulie je vývojová strukturální porucha matematických schopností, která má svůj původ v genově nebo perinatálními noxami podmíněném narušení těch partií mozku, které jsou přímým anatomicko-fyziologickým substrátem věku přiměřeného vyzrávání matematických funkcí, které ale nemají za následek současně i poruchy všeobecných mentálních schopností.*“ (In Zelinková, 2009, s. 17). Tato definice tedy předpokládá určité narušení mozkových funkcí bez konkrétních neuroanatomicko-neurobiologických patofyziologických důkazů, což je do jisté míry poplatné době, v níž byla populární konstrukce vývojových poruch jako lehkých mozkových dysfunkcí. Moderní zobrazovací metody výzkumu mozku však zatím jednoznačné důkazy nepřinesly (srov. podk.1., výsledky prezentované Koukolíkem).

MKN 10 charakterizuje specifickou poruchu počítání jako specifické postižení dovednosti počítat, kterou nelze vysvětlit mentální retardací. Problémy se týkají základních početních úkonů (sčítání, odčítání, násobení a dělení), spíše než abstraktnějších matematických dovedností (algebra, geometrie ad.). Oproti dětem s poruchami čtení, mají děti s poruchou počítání sluchově percepční a verbální dovednosti v normě, ale vizuálně prostorové a vizuálně percepční dovednosti bývají narušeny. MKN 10 stanovuje následující diagnostická vodítka:

a) výkon dítěte v počítání je pod úrovní očekávanou pro výkon dítěte daného věku, pod celkovou inteligencí a jeho zapojením ve škole

b) obtíže v počítání by neměly být přímým důsledkem nevhodného vyučování, ani přímým důsledkem poškození zrakové, sluchové nebo nervové funkce

c) potíže s početním výkonem mohou zahrnovat:

- potíže v pochopení matematických pojmů, termínů nebo znaků;
- neschopnost rozpoznat numerické symboly a jejich pochopení;
- potíže při početních úkonech;
- potíže v číselných řadách a při dosazování desetinných čárek;
- špatná prostorová organizace aritmetických výpočtů. (MKN, 10. revize, 2000)

Speciálně-pedagogická teorie rozlišuje podle charakteru obtíží dyskalkulii na několik základních typů:

- Praktognostická dyskalkulie – porucha matematické manipulace s předměty (ubírání, přidávání, porovnávání počtu kostek, apod.) nebo jejich symboly (číslice, operační znaménka, apod.);
- Verbální dyskalkulie – porucha slovního označování počtu či množství předmětů, názvů číslic, číslovek, operačních znaků a matematických úkonů;
- Lexická dyskalkulie – porucha čtení matematických symbolů (čísel, číslic, operačních znaků);
- Grafická dyskalkulie – porucha schopnosti psát číslice, operační znaky, kreslit geometrické tvary;
- Ideognostická dyskalkulie – se projevuje poruchou v chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi;
- Operacionální dyskalkulie – porucha schopnosti uskutečňovat matematické operace, sčítat, odčítat, násobit, dělit. (Slowík, 2007)

K důsledkům ve škole patří, že dítě má potíže s aritmetickými výpočty, slovními úlohami. Často tito žáci jsou schopni řešit logickou úvahu, ale selhávají v detailech, nemají ucelené chápání v oblasti numerických představ. Špatná úprava způsobuje chyby ve výpočtech a znemožňuje hledanou chybu najít. Při řešení aritmetického problému mohou zažívat intenzivní úzkost. Lépe řeší úlohu u tabule, než v sešitu. (Pipeková, 2010)

1.2.4 SPECIFICKÁ VÝVOJOVÁ PORUCHA MOTORICKÉ FUNKCE

Hlavním rysem poruchy je vážné postižení pohybové koordinace, které nelze vysvětlit retardací intelektu ani jinou získanou či vrozenou poruchou nervového systému. Při motorické neobratnosti obvykle dochází k určitému stupni poškození výkonu při vizuálně prostorových kognitivních úkolech. K diagnostickým kritériím dle MKN patří:

a) pohybová koordinace je u dítěte při jemných nebo hrubých motorických činnostech pod úrovní, která je očekávána u dítěte tohoto věku;

b) malé dítě s poruchou motorické funkce bývá celkově neobratné (pomalu se učí chodit do schodů a ze schodů, běhat, skákat);

c) bude se obtížně učit zavazovat tkaničky, zapínat a rozepínat knoflíky, házet a chytat míč;

d) dítě bývá celkově nešikovné při jemných nebo hrubých pohybech;

e) obvyklá je slabá schopnost kreslit;

f) dítě s touto poruchou se špatně uplatňuje ve hře, kde dominují skládačky, konstrukční hračky, při stavbě modelů i při míčových hrách;

g) občas jsou přidruženy problémy sociální, emoční, též problémy chování. (MKN 10. revize, 2000)

Dítě s dyspraxií má potíže při zvládnutí komplexních pohybových dovedností, vyžadujících sekvenční pohyb a v nápodobě pohybů, které vidí. Obtíže činí míčové hry, jízda na kole, stolní hry, chůze, běh, lezení, atd. Je zde patrná souvislost mezi artikulační neobratností, špatnou koordinací jemné motoriky při psaní, neobratností v mikromotorice očí a dyslexií. Problémy jsou patrné v oblasti řeči a jazyka (artikulace, koordinace mluvení a dýchání), u malých dětí při krmení a jídle (sací reflex je oslabený, špatná koordinace ruka – ústa). U starších při psaní a kreslení, oblékání, pohybových hrách. Deficity jsou v prostorové orientaci, ve vnímání tělového schématu, nižší koncentraci a slabší vizuální a auditivní percepci. (Zelinková, 2009)

Speciální pedagogika vymezuje dyspraxii jako specifickou poruchu obratnosti nebo motorické funkce, která zasahuje do běžných činností. Dyspraktické děti jsou pomalé, nezručné, neobratné. (Šauerová et al., 2012)

V důsledku své neobratnosti mohou ve škole zažívat pocity úzkosti, často bývají citlivé na kritiku, mohou vykazovat snížený práh frustrační tolerance. Tyto děti jsou většinou nesamostatné, mívají potíže s organizací pracovních činností i volného času. (Pipeková, 2010)

1.3 SPECIÁLNĚ – PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ

Garantem diagnostiky specifických poruch učení jsou v současné době pedagogicko-psychologické poradny (viz kap. 3). Komplexní diagnostika zahrnuje testování inteligence, vyšetření zraku, sluchu, odebrání rodinné anamnézy a další vyšetření. „Jejím cílem je stanovení úrovně vědomostí a dovedností, poznávacích procesů, sociálních vztahů, osobnostních charakteristik a dalších faktorů, které se podílí na úspěchu či neúspěchu dítěte.“ (Zelinková, 2009, s. 50)

Při diagnostice specifických poruch učení je nutné se opírat o poznatky o vývoji a poruchách percepčních a kognitivních funkcí. Jedná se především o:

- a) Vnímání:
 - smyslové vnímání (zrakové, sluchové);
 - vnímání časové posloupnosti;
 - vnímání prostoru.
- b) Psychomotorický vývoj
- c) Vnímání tělesného schématu
- d) Proces paměti, koncentrace pozornosti. (Pipeková, 1998)

Speciálně-pedagogická diagnostika nejčastější poruchy, tedy dyslexie, zahrnuje čtenářský test, lateralitu, percepčně kognitivní zkoušky, sluchové a zrakové vnímání atd. (Šauerová et al., 2013). V diagnostice dyslexie jsou používány standardizované testy čtení. Existuje počítačový program Písmohrátky – diagnostika. Zkouška je určena k diagnostice čtení s porozuměním na základních i speciálních školách a na odborných pracovištích. Používá se i k hodnocení reedukace. Pro děti předškolního věku existuje obrázková verze. Program obsahuje texty pro 1. až 8. ročník. Zkouška probíhá tak, že dítě čte text a z nabídky slov doplňuje vhodné výrazy do vět. Měřeny jsou dvě veličiny, jednak počet správně doplněných slov a jednak množství času, za kterou dítě přečetlo text. (Zelinková, 2009)

V dalších standardizovaných testech čtení se používá kvantitativní i kvalitativního hodnocení. Kvantitativní hodnocení se zaměřuje na počet přečtených slov v průměru za

minutu, počet správně a chybně čtených slov. Kromě kvantitativních ukazatelů se sleduje i kvalitativní hodnocení, tj. způsob čtení (hláskování, slabikování, zarážky před čtením obtížnějších slov ad.), frekvence chyb v závislosti na čase, porozumění čtenému textu a tempo čtení. (Jucovičová, Žáčková, 2014)

V oblasti psaní sleduje speciální pedagog při diagnostice dítěte dosahování kvality v písemném projevu, tj. zvládnutí tvarů písmen, respektování diakritiky, respektování hranic slov a vět. Dále se hodnotí opis, přepis písmen z tiskacích do psacích a diktát.

Při diagnostice je nutné posouzení specifických chyb. Psaní dítěte je velmi pomalé, má nesprávný úchop psacího náčiní, projevuje se brzký nástup únavy, písmo je neúhledné, nečitelné, dochází k záměně tvarově či sluchově podobných písmen. (Šauerová et al., 2012)

V oblasti matematických dovedností si speciální pedagog při vyšetření všímá orientace na číselné ose, chápání matematických pojmů, sleduje schopnost dítěte pracovat s matematickými operacemi, manipulovat s čísly. Součástí vyšetření je i zkouška orientace v prostoru. (Šauerová et al., 2012)

Předpokladem úspěšného vzdělávacího procesu je dobře provedená pedagogická diagnostika. Podává informace o vědomostech a dovednostech dítěte, komunikativních schopnostech, přizpůsobivosti, sociabilitě atd. Zaměřuje se na pozitivní stránky vývoje, které aplikuje v integračním procesu. (Zelinková, 2007)

1.4 REEDUKACE SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ

Jak uvádí Zelinková, při reedukaci specifických poruch učení je nutné respektovat určité zásady. Reedukace by měla vycházet z diagnostiky, měla by navazovat na dosaženou úroveň dítěte bez ohledu na věk a učební osnovy. Důležitá je motivace se zvolením lehkých úkolů na počátku reedukace tak, aby dítě nezažilo hned na počátku negativní zkušenost. Vhodné je zvolit metody, které preferují multisenzoriální přístup. Důležitý je individuální přístup s reálným hodnocením výsledků reedukace. Od počátku je rovněž žádoucí vést dítě k uvědomění si své spoluzodpovědnosti za výsledky reedukace. (Zelinková, 2009)

Reedukace specifických poruch učení probíhá především ve specializovaných třídách nebo individuální či skupinovou formou v poradenském pracovišti (viz kap. 3, 4). Při školách nebo samostatně vznikají DYSCENTRA, dále se organizují kroužky a nápravné skupiny. (Pipeková, 1998)

V reedukaci dyslexie se využívá obecné reedukace percepčně-kognitivních funkcí. Do těchto postupů se řadí nácvik orientace v prostoru, nácvik pravolevé orientace, orientace v textu, nácvik levo-pravého pohybu očí, nácvik zrakového rozlišování (rozlišování barev, velikosti a tvaru), nácvik rozlišování figury a pozadí, nácvik zrakové analýzy a syntézy, nácvik zrakové paměti, nácvik sluchového vnímání a rozlišování. (Jucovičová, Žáčková, 2014). Jednotlivá cvičení, která se využívají u všech vývojových poruch učení, jsou velmi dobře zpracována v práci Jucovičové a Žáčkové.

Zelinková rozlišuje u reedukace dyslexie dvě hlavní oblasti: 1) Technika čtení, dekodování, kam se zařazuje a) zraková identifikace tvarů písmen; b) spojení hláskapísmeno; c) spojování písmen do slabik; d) čtení slov (spojení zvuků ve správné pořadí) - po dekodování následuje spojení obrazu slova s odpovídajícím významem. 2) Porozumění čtenému textu, kam patří a) porozumění izolovaným výrazům; b) mechanické porozumění na základě paměti (základem jsou asociace) c) porozumění na základě pochopení souvislostí. (Zelinková, 2009)

V reedukaci dysgrafie se uplatňují cvičení rozvíjející jemnou motoriku a senzomotorickou koordinaci, jejichž cílem je zpevnit potřebné svalstvo ruky, uvolnit nežádoucí svalové napětí, zdokonalit pohybové dovednosti a souhrn jednotlivých pohybů. K dalším metodám patří grafomotorický nácvik (různá uvolňovací cvičení včetně nácviku správného sezení), dále cvičení na osvojování a zapamatování písmen, cvičení na psaní slabik, nácvik přepisu, nácvik diktátu ad. (Jucovičová, Žáčková, 2014)

Při reedukaci dysortografie se využívá nácvik sluchového rozlišení tvarů s využitím multisenzoriálního postupu (bzučák, tvrdé a měkké kostky, hudba ad), osvojení jevu ústně (na kartičkách), speciální písemná cvičení, cvičení na osvojování gramatických pravidel. Vynechat nelze aplikaci nacvičených postupů v diktátech. (Zelinková, 2009)

V reedukaci dyskalkulie se speciální pedagog nejprve soustředí na předčíselné představy, které jsou základem pro utváření matematických představ. V jednotlivých cvičeních se matematické jevy rozloží dílčími kroky na elementární úroveň. Nacvičuje

se odhad vzdálenosti. Při utváření číselných představ a pojmu číslo doporučuje Zelinková zachovat následující postup:

1. Manipulaci s předměty spojenou s verbalizací – dítě pracuje s předměty a počítá.
2. Počítání s názornými pomůckami jen se zrkovou oporou, bez manipulace s předměty.
3. Pamětné počítání.

Soustavným opakováním si dítě automatizuje tento postup. V následujících krocích se reedukace zaměřuje na matematické operace a slovní úlohy. (Zelinková, 2009)

2 ADHD V DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ

Na syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorder ADHD) se nahlíží jako na chronické postižení se silným biologickým a hereditárním zatížením. (Šauerová et al., 2012)

„ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.“ (Zelinková, 2009, s. 196)

U dětí s ADHD jsou příznaky často patrné již od kojeneckého věku. Kojenci jsou neklidní, hodně plačtiví, mívají převrácené biorytmy. U batolat bývá delší období vzdoru, více se projevuje hyperaktivita a impulzivita, problémy ve vrstevnickém vztahu a problémy s výchovnými autoritami. Porucha pozornosti se naplno projeví ve školním věku, kde zásadně ovlivňuje výkon ve škole. Dítě, ačkoli inteligenčně v normě, selhává, má ve škole horší hodnocení vzhledem ke svým předpokladům. K tomu se přidávají problémy chování způsobené hyperaktivitou a impulzivitou (vykřikování, neklid, zapomínání pomůcek). Děti se cítí neúspěšné, jsou pro své zátěžové chování často odmítány okolím, což se negativně projevuje na jejich sebehodnocení. (Kašpárek et al., 2013)

Porucha pozornosti s hyperaktivitou se řadí k nejčastějším příčinám psychiatrické léčby v mladším školním věku. V různé intenzitě postihuje až 10 % dětí. Hyperkinetické poruchy jsou 10 krát častější u chlapců než u dívek. (Raboch, Zvolský et al., 2001). Studie, které se zabývají dětmi s ADHD v průběhu delší doby ukazují, že symptomy poruchy přetrvávají ve značném množství případů až do dospělosti. Podle Dencklovoy vypracované studie je patrné, že u 31 až 66 % dospělých, kteří trpěli ADHD

v dětství, se tato porucha vyskytuje i nadále. Z toho vyplývá, že 1 až 2 % dospělé populace splňují diagnostická kritéria ADHD. (In: Munden, Arcelus, 2002)

2.1 PŘÍČINY VZNIKU ADHD

Na ADHD je nutno pohlížet jako na neurobiologické onemocnění, jehož vznik je spojen s opožděnou maturací mozku, a to jak subkortikálních struktur, tak i kortexu. (Kašpárek, 2013)

V případě molekulárního genetického výzkumu se pozornost upřela na dopaminové receptory zejména na polymorfismus genu DRD4, který je považován za primární gen ADHD a který je oproti normě (tedy populaci bez ADHD) vícekrát vyjádřen. Jak uvádí Šauerová se spolupracovníky, tento gen je spojován s tendencí člověka hledat nové (novelty-seeking behavior), jenž mohl hrát klíčovou úlohu u svých nositelů např. při stěhování národů, což se mohlo projevit jako evoluční výhoda. DRD4 má vliv na postsynaptickou citlivost v oblasti frontálních a prefrontálních laloků, které jsou spojeny s tzv. exekutivním funkcemi a pozorností. (Šauerová, 2012). Dopaminergní systém (DRD2, DRD4, DRD3, DRD5, MAO, DAT 1) řídí soustředěnou pozornost, přijímání či nepřijímání informací a činnost. (Paclt, 2007). Vědomé exekutivní funkce jako je rozhodování a vážení rizika a zisku (cost-benefit analysis) je navázáno na činnost mediálního nefrontálního kortexu. (Koukolík, 2000)

Paclt ve své práci uvádí výsledky mnoha studií, že heritabilita ADHD kolísá mezi 0,75 a 0,98%, což je vysoce signifikantní pro genetickou etiologii. Vedle výše uvedeného genu pro DRD4 je v současnosti je popsána existence více než 40 genů dopaminového, noradrenergního, serotinového a GABA systému, které se mohou podílet na vznik hyperkinetické poruchy. Neuroanatomické studie u dětí a dospělých s ADHD prokázaly změny metabolismu ve frontálním laloku. Redukce glukosového metabolismu byla nejvýraznější v premotorickém vertexu, frontálním superiorním kortexu, coprus striatum a thalamu. Neurobiologické studie prokázaly u dětí s ADHD abnormálně nízkou hladinu HVA (homovanilová kyselina - metabolit dopaminu)

v cerebrospinálním moku, což ukazuje na poruchu dopaminergního systému. (Paclt, 2007)

Podobně jako SPU mohou projevy i ADHD vznikat sekundárně, např. vlivem rodinného prostředí. Rodiče, kteří v anamnéze vykazují symptomy podobné ADHD, svým chováním ukazují dětem vzor, který si může dítě v průběhu vývoje internalizovat jako dominující vzor chování. Rodiče ukazují dítěti určitý způsob chování, například nesoustředěnost, chaotičnost, špatnou práci s časem, citovou labilitu, nedokončování práce apod. (Šauerová et al., 2012)

2.2 SYMPTOMATOLOGIE ADHD

Hlavními příznaky ADHD v dětském věku jsou narušená pozornost, impulzivita a hyperaktivita. Poruchy pozornosti se projevují obtížným soustředěním, roztěkaností, tendencí odbíhat od zadaného úkolu a úkol nedokončit, malou schopností systematické práce a chybami v plnění zadaných úkolů vyplývajících z nepozornosti a špatné organizace času. Impulzivita se u jedinců projevuje rychlými, ukvapenými a neadekvátními reakcemi, neporozumění vlastním pocitům, neschopnost své pocity popsat a tendencí ke vztahovačnosti a nízkému sebehodnocení. Hyperaktivita se projevuje jako puzení k neustálému pohybu, k neúčelné činnosti. Děti mají potíže zůstat v klidu, přičemž vykonávají neúčelné pohyby. Dále jsou pohyby často doprovázeny výrazným řečovým projevem (křik, různé zvuky, velmi hlasitá mluva). Takto postižené děti často podávají horší výkon ve škole, než odpovídá jejich intelektu. (Fischer, Škoda, 2008). Hyperaktivní, impulzivní a neuvážené chování nese riziko úrazů. Děti s ADHD bývají často hlučné, upovídané, nerady a neochotně se podřizují autoritám, často se dostávají do konfliktu s vrstevníky. (Malá, 2000)

V raném dětském věku se objevují indicie jako nepravidelnost biologických pochodů (příjem potravy, cirkadiánní rytmy spánku a bdění), vysoká úroveň aktivity a živost, snížený práh pro podněty, nápadné kolísání nálad, asymetrie otáčení hlavy a asymetrie úchopu (tj. preference otáčení hlavy na jednu stranu či preference jedné ruky při uchopování předmětů), přetrvávání asymetrického tonického šíjového reflexu, mírné

odchylky v motorickém vývoji ve smyslu opoždění, nemotornost, nešikovnost v oblasti jemné i hrubé motoriky, opožděný vývoj řečových projevů, častější poruchy oromotoriky jako špatná artikulace či chybná výslovnost. (Pavlíková In: Plaňava, 2002)

Již od útlého věku se u dětí s později rozvinutým ADHD projevuje různé intenzitě zvýšená iritabilita, která se intenzivněji projeví s příchodem školní docházky, kde jsou nároky na systematičnost, kázeň a soustředění mnohem větší než v mateřské škole. Z důvodu školního selhávání se může u dětí s ADHD rozvinout pocit neúspěšnosti a selhávání, který může stát v pozadí různých neurotických obtíží nebo přispět k rozvoji více vyjádřených poruch chování typu opozičního vzdoru. (Raboch, Zvolský et al., 2001)

Malá (2000) kategorizuje symptomy ADHD v dětském věku následovně:

1) Poruchy kognitivních funkcí:

- porucha pozornosti v aspektu zrakovém i sluchovém;
- neschopnost selekce podnětů, které na dítě působí;
- porucha analýza i syntézy informací;
- snížená schopnost strukturovat a organizovat práci (vůle, plánování, účelné jednání, úspěšný výkon);
- porucha pracovní a slovní paměti;
- snížená schopnost prostorové představivosti.

2) Poruchy motoricko-percepční:

- hyperaktivita s neschopností relaxace;
- drobné neurologické odchylky – koordinace pohybů;
- poruchy pravolevé orientace;
- motorická neobratnost;
- porucha vizuomotorické koordinace.

3) Porucha emocí a afektů:

- labilita, iritabilita a explozivita.

4) Porucha impulzivity:

- chaotické a nepředvídatelné chování.

5) Sociální maladaptace:

- familiární chování, neadekvátní sebekontrola, neschopnost se přizpůsobit se vrstevníkům;
- obtíže při respektování pravidel;
- extrémní výkyvy v emocionálních projevech;
- nedostatek empatie.

Dominujícími symptomy plně vyjádřeného ADHD jsou tedy porucha pozornosti, hyperaktivita spojená často s impulzivitou. Impulzivita jako součást klinického obrazu ADHD je součástí emočního systému, o jehož teoretickou deskripci se pokusil Gray (1982) v podobě hypotézy o třech emočních systémech. Dimenze impulzivity je funkcí behaviorálního aktivačního systému (BAS, approach system), který zprostředkovává reakce na podmíněné signály odměny a netrestání, včetně agrese a aktivního vyhnutí se ohrožení. Anatomickou strukturou je podle autora systém odměny (reward system) reprezentovaný septální oblastí, svazkem vláken laterálního hypotalamu (medial forebrain bundle) a laterálním hypotalamem. Osoby o vysoké impulzivitě jsou podle Graye (In: Irmiš, 2007) silně citlivé na signály odměny a netrestání a málo na signály trestu. V sociální interakci to pak znamená, že jedinci, kteří mají vrozený deficit behaviorálního inhibičního systému, u nichž tedy převládá behaviorální aktivační systém, netlumí určité chování ve stavech ohrožení. Impulzivní jedinci dokážou udržet pozornost jen krátce, rozhodují se rychle a zbrkle. Z indikátorů autonomní nervové soustavy se u lidí se sklonem k impulzivitě nachází zejména nižší „tonická“ sympatoadrenální aktivace. (Irmiš, 2007)

K poruchám pozornosti se řadí tradičně hypoprosexie, hyperprosexie a paraprosexie. Hypoprosexie označuje stav snížené pozornosti, ať už celkově nebo selektivně. Hyperprosexie, nadměrná pozornost, se může objevit u manického syndromu, kdy je zvýšená iritabilita a distribuce při jejím výrazném oscilování. Jako paraprosexie se označuje zaměření pozornosti nesprávným směrem, např. u schizofreniků, kteří se zabírají obsahem svých bludů a nevěnují se objektivně závažným skutečnostem. (Raboch, Zvolský et al., 2001)

2.3 KLASIFIKACE A DIAGNOSTIKA ADHD

Ve starší literatuře byla porucha pozornosti s hyperaktivitou diagnostikována v rámci lehké mozkové dysfunkce (LMD), což je označení pro projevy dítěte způsobené strukturálními změnami CNS. Tedy kromě hyperaktivity zahrnuje i hypoaktivitu, nerovnoměrný vývoj intelektových schopností, poruchu dynamiky psychických procesů, malou vytrvalost, poruchy vnímání, impulzivitu, výkyvy nálad i duševní výkonnosti apod. (Slowík, 2007)

Dnes se používají pro tyto poruchy názvy, které souvisejí více s projevy těchto poruch než s příčinami; setkáváme se proto častěji s označením se zkratkami ADD (Attention Deficit Disorders – syndrom poruchy pozornosti) nebo ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder – syndrom narušené pozornosti s hyperaktivitou). Tyto syndromy bývají spojeny se specifickými poruchami učení, díky narušené pozornosti a schopnosti se soustředit. (Slowík, 2007)

Barkley (In: Zelinková, 2009) kromě základního dělení ADHD na:

1. Prosté poruchy pozornosti (ADD)
2. Hyperaktivity a impulzivity
3. Poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou a impulzivitou

Dělí ještě kategorie na:

- a) ADHD s agresivitou nebo bez agresivity
- b) ODD (Oppositional Defiant Disorders) – opoziční chování.

2.3.1 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA HYPERKINETICKÉ PORUCHY PODLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 10. REVIZE

Klasifikace podle MKN rozlišuje v rámci F90 Hyperkinetické poruchy dvě hlavní diagnózy: 1) F90.0 Porucha aktivity a pozornosti - kóduje se, pokud jsou splněna všechna kritéria pro hyperkinetickou poruchu (F90.-), ale nejsou splněna kritéria pro poruchu chování (F91.-); 2) F90.1 Hyperkinetická porucha chování - toto kódování se užije v případě, že jsou splněna kritéria jak pro hyperkinetickou poruchu (F90.-), tak pro poruchu chování (F91.-). Zbývající kódování je vyhrazeno pro F90.8 Jiné

hyperkinetické poruchy a F90.9 Hyperkinetická porucha specifikovaná. (MKN, 10. revize, 2000)

Diagnostická kritéria dle MKN, 10. revize:

Hlavními rysy hyperkinetické poruchy v intencích MKN 10. revize (F90) jsou chybění vytrvalosti u činností vyžadujících kognitivní funkce a časté změny aktivit bez jejich dokončení. Tyto poruchy vznikají v raném stadiu vývoje, většinou v 5 letech a mohou přetrvávat do dospělosti.

Diagnostická kritéria zahrnují narušenou pozornost a hyperaktivitu – pro stanovení diagnózy se musí vyskytovat současně a ve více než jedné situaci (např. při pobytu doma, během školního vyučování, v průběhu her a volnočasových aktivit, při vyšetření lékařem). Hyperaktivita se u dětí projevuje pobíháním, poskakováním, nadměrným neklidem, hlučností, povídáním apod. v situacích kdy by mělo zachovávat klid. Narušená pozornost se prezentuje předčasně přerušenu prací na úkolu a zanechání činnosti, aniž by byla dokončena. Jedinec přechází od jedné činnosti k druhé, ztrácí pozornost v jednom úkolu, neboť jeho pozornost je upoutána úkolem jiným. Tyto nestálosti mohou být diagnostikovány pouze v případě, přesahují-li obvyklou míru pro věk a IQ dítěte.

K přidruženým rysům se řadí zejména impulzivita (např. v podobě impulzivního porušování společenských pravidel), dezinhibice v sociálních vztazích, nedbalost v nebezpečných situacích, poruchy učení a neohrabanost. Přidružené rysy nejsou dostačující ani nutné pro diagnózu.

Mezi druhotné komplikace patří disociální chování. Z tohoto důvodu se hyperkinetická porucha překrývá s lehčími poruchami chování. Příznaky poruchy chování nejsou pro hlavní diagnózu vylučujícím ani zařazujícím kritériem, avšak jejich přítomnost či nepřítomnost slouží k diferenciální diagnostice. Pokud je hyperkinetická porucha plně vyjádřena, měla by v diagnóze dostat přednost před poruchami chování. Pokud jsou přítomny výrazné rysy hyperkinetické poruchy a současně poruch chování, diagnostikuje se „hyperkinetická porucha chování“ (F90.1).

V diferenciální diagnostice je nutno vzít v potaz neklid, nadměrnou aktivitou a nepozornost, které se projevují u úzkostlivých poruch a poruch nálady. Pokud jsou

splněna kritéria pro jednu z úzkostlivých poruch (F40-, F41-, F43- nebo F93-) má být dána přednost úzkostné poruše před hyperkinetickou poruchou vyjma případů, kdy vedle neklidu spojeného s úzkostí jsou další klinické důkazy přítomnosti hyperkinetické poruchy. Podobně, jestliže jsou dána kritéria pro poruchy nálady (F30-39), nediagnostikuje se hyperkinetická porucha jako adjuvantní, pouze na základě symptomů narušené koncentrace pozornosti a psychomotorické agitovanosti. Dvojitá diagnóza má být využita pouze v případě zřetelného prokázání separátní hyperkinetické poruchy, tedy v případě, že jsou prokázány symptomy, které nelze klasifikovat jako části poruch nálady. (MKN, 10. revize, 2000)

2.3.2 KLASIFIKACE ADHD PODLE DIAGNOSTICKO STATISTICKÉHO MANUÁLU IV // (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS)

V diagnostickém a statickém manuálu DSM IV spadá ADHD pod kategorii poruch, které se obvykle poprvé objevují v dětství nebo v adolescenci. V současnosti je vydána již V. verze DSM, ale bohužel není k dispozici pro veřejnost. DSM IV rozlišuje tři základní podtypy poruchy:

„314.01 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Combined Type. This subtype should be used if six (or more) symptoms of inattention and six (or more) symptoms of hyperactivity-impulsivity have persisted for at least 6 months. Most children and adolescents with the disorder have the Combined Type. It is not known whether the same is true of adults with the disorder.“ (DSM IV, 1994, s. 80).

„314.00 Attention Deficit/Hyperactivity Disorder , Predominantly Inattentive Type. This subtype should be used if six (or more) symptoms of inattention (but fewer than six symptoms of hyperactivity-impulsivity) have persisted for at least 6 months.“ (DSM IV, 1994, s. 80).

„314.01 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Predominantly Hyperactive-Impulsive Type. This subtype should be used if six (or more) symptoms of hyperactivity-impulsivity (but fewer than six symptoms of inattention) have persisted for at least 6

month. Inattention may often still be a significant clinical feature in such cases.“ (DSM IV, 1994, s. 80).

Základní projevy poruchy pozornosti s hyperaktivitou podle DSM IV jsou věku neodpovídající stav pozornosti, impulzivity a zvýšené aktivity. U dítěte se projevuje nepozornost, impulzivita a hyperaktivita, které jsou vzhledem k mentálnímu i kalendářnímu roku neadekvátní. Porucha by se měla projevit do 7 roku věku dítěte a být pozorována na více než 2 místech (např. ve škole, v rodině). Musí být zřejmá souvislost s vývojem a nesmí být způsobena ostatními psychickými poruchami, mentální retardací, nízkým IQ či způsobena nepodnětným sociálním prostředím. Tyto příznaky musí být popsány dospělými v okolí dítěte, např. rodiči nebo učiteli.

Nepozornost:

- chyby z nepozornosti, nepromýšlí;
- nepřehledná práce, nedokončuje úkoly;
- nevnímá (jakoby neslyšel);
- mění často aktivity;
- nesleduje pokyny či instrukce;
- nedodrží povinnosti (i školní povinnosti);
- má problémy s organizací úkolů a aktivit;
- odmítá plnit úkoly s mentálním úsilím;
- pracovní návyky má chaotické (ztráta věcí);
- materiály na výuku v nepořádku, roztrhané;
- nechá se snadno vyrušit;
- zapomnětlivý;
- časté přeskokování v konverzaci;
- nerespektování pravidel.

Hyperaktivita:

- hraje si s rukama, vrtí se;
- odchází z místa;
- pobíhá v neobvyklých situacích;
- neumí si hrát potichu;
- často se nezastaví, jako na motor;

- mluví nahlas.

Impulzivita:

- vykřikne před dokončením otázky;
- netrpělivý (nečeká, až bude na řadě);
- vyrušuje ostatní (skáče jim do řeči). (DSM IV, 1994)

V DSM-IV se ADHD dělí do tří souvisejících kategorií: N-typ (převážně nesoustředivý); H-I typ (převážně hyperaktivně-impulzivní); K-typ (kombinovaný - dítě je nepozorné, hyperaktivní i impulzivní). (Šauerová et al., 2012)

Uvedená kategorizace odpovídá členění ADHD na ADD a ADHD s agresivitou. U prosté poruchy pozornosti bez hyperaktivity (ADD), kde se neobjevuje impulzivita a hyperaktivita, se objevuje více problémů v oblasti pozornosti. U těchto dětí se často vyskytuje tzv. denní snění, pomalost při provádění kognitivních operací a obtíže v navazování sociálních kontaktů. ADHD s agresivitou je charakterizována kromě poruch pozornosti také nesnášenlivostí, hádavostí, nedostatkem sebeovládání a antisociálním chováním. (Zelinková, 2009)

Pro určení diagnózy ADHD se ve psychologii a speciální pedagogice využívá specializovaných testů např. Škála poruch pozornosti a hyperaktivity. První projevy ADHD zachycují však rodiče a pedagogové. Pozorují reakce dítěte, všímají si i odlišností v chování a zejména zažívají nepříjemné výchovné obtíže, což je vede k žádostem o specializované vyšetření. (Šauerová et al., 2012).

2.4 REEDUKACE ADHD

Základem cílené reedukace dětí s ADHD je podle Zelinkové rozbor všech dosažitelných informací vyplývajících z diagnostiky dítěte, sledování rodičů, učitelů i dalších dospělých a dětí, s nimiž dítě s ADHD přichází do styku. Reedukaci nelze dle autorky zaměřit pouze na dítě, neboť jeho chování je výsledkem a jeho osobnostních charakteristik v interakci se sociálním prostředím. (Zelinková, 2009)

Základním prvkem v reedukaci ADHD je pozitivní posilování spolu s mírnými tresty. Důležitá je častá zpětná vazba v podobě pochval. Instrukce a pokyny musejí

obsahovat pouze několik kroků, úkoly by měly být přiměřené schopnostem dítěte. Dospělý musí dítěti stanovit jasné mantinely chování, jejichž překročení je spojeno s trestem. Okolí dítěte by mělo respektovat jeho styl učení. V neposlední řadě je velmi důležitý nácvik dovedností sebekontroly a sebehodnocení. (Zelinková, 2009)

Pokorná (2001) navrhuje následující kroky a opatření při práci s dítětem s ADHD.

Intervence v rodině:

- optimální je klidné a důsledné vedení; rodiče by si měli uvědomit, že hyperkinetická porucha není nemoc, ale vzorec problémů chování, proto je důležité akceptovat problém a snažit se ho postupně překonávat;
- netrestat dítě za to, co nedokáže nebo neudělalo vědomě špatně;
- důležitý je vstřícný přístup rodičů - pokud je dítě stále trestáno nedostává se mu pozitivního přijetí, bude se jeho projev pravděpodobně dále zhoršovat;
- nebojme se nejednotného přístupu - každý z vychovatelů má svou specifickou roli
- důležitá je důslednost;
- zlozvyky nebo nežádoucí chování je vhodné relativizovat - pokud neustále očekáváme nevhodné chování dítěte, pak se dítě musí našemu očekávání přizpůsobit;
- věnovat se i vztahům mezi sourozenci;
- pokud je určitá výchovná strategie neúspěšná, nelpět na ni rigidně a pokusit se změnit přístup.

Intervence ve škole:

- prostředí třídy by mělo působit útulným, harmonickým a klidným dojmem;
- dítě s hyperkinetickou poruchou by mělo mít v zorném poli pouze pomůcky, které potřebuje ke splnění úkolu;
- pozitivní hodnocení, pokud prokáže nějakou schopnost;
- nejsou vhodné činnosti, které jsou spojeny s rychlostí a závoděním;
- zadávat pouze úkoly přiměřené věku;
- musí rozumět zadání úkolu;
- i když má učitel dítě s ADHD přechodně nižší nároky, než na ostatní děti, měl by důsledně trvat na splnění úkolu;

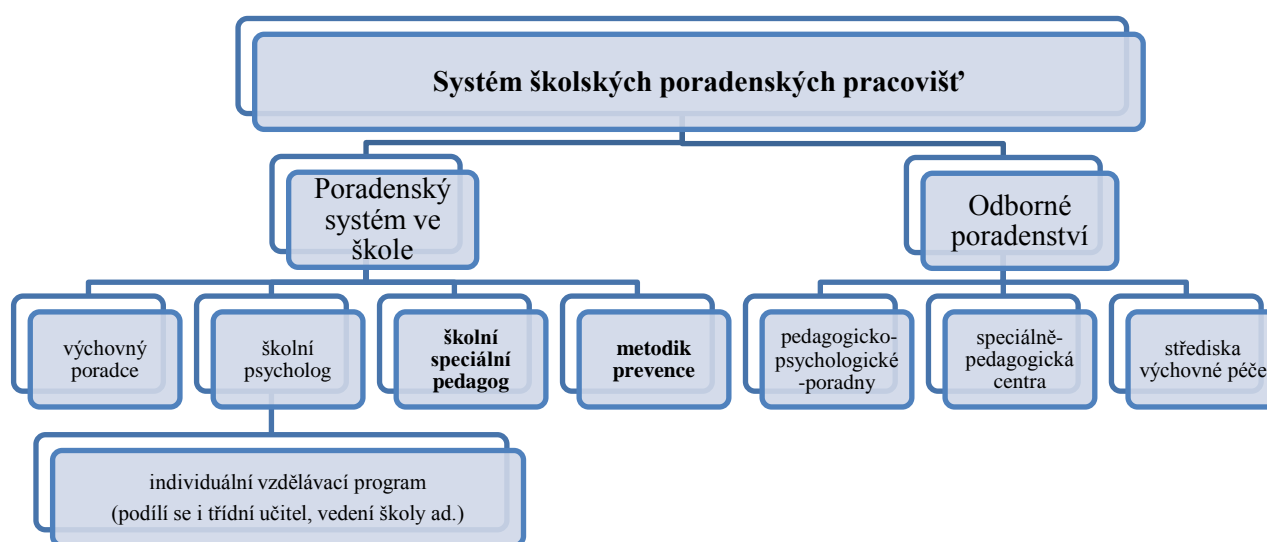
- řád a rituály při sestavování průběhu hodiny;
- nácvik sociálních dovedností;
- potřeba zažít dobré vztahy s vrstevníky (nebývají oblíbené). (Pokorná, 2001)

U dětí s ADHD je vhodné využití relaxačních technik. Relaxační metody vycházejí z poznatků o vzájemné souvislosti mezi třemi faktory: psychickým napětím, funkčním stavem vegetativní nervové soustavy a napětím svalstva. (Kratochvíl, 2006). Jak uvádí Šauerová, svaly dětí s ADHD jsou ztuhlé, což se projevuje obzvláště při pohybu. (Šauerová et al., 2012). Vedle odborné psychoterapie prováděné psychologem v podobě např. modifikovaného a pro dětský věk upraveného Schultzova autogenního tréninku (Šauerová et al., 2012) je např. ve školním prostředí dobrou cestou ke zmírnění obtíží vhodně zvolená aktivita s pečlivým dodržováním didaktických zásad. Proto je vhodné dětem umožnit vhodnou pohybovou aktivitu i v rámci vyučování.

3 SYSTÉM ŠKOLSKÝCH PORADENSKÝCH PRACOVÍŠŤ

Systém pomoci zaměřené na děti s SPU a ADHD se dá rozčlenit na dvě základní kategorie: 1) Základní model pomoci – poradenský systém ve škole; 2) Rozšířený model pomoci - odborné poradenství (pedagogicko-psychologické poradenství speciálně-pedagogická centra, střediska výchovné péče). Speciální pedagog se uplatňuje v obou typech systému pomoci. (Kucharská et al., 2013)

obr. 1 Systém školských poradenských pracovišť



zdroj: Současné trendy v edukaci žáků s ADHD syndromem na ZŠ a SŠ běžného typu, školení z 16. 1. 2014, Agentura Majestic, v.o.s.

Základní model pomoci

V základním modelu jsou poradenské služby zajištěny učiteli školy, kteří mají specializační průpravu pro následující funkce: školní výchovný poradce, školní metodik prevence. (Kucharská et al., 2013)

Rozšířený model pomoci

Rozšířený model pomoci zapojuje další odborníky: školního psychologa a školního speciálního pedagoga. (Kucharská et al., 2013)

Kompetence poradenských odborníků ve škole:

- **Školní metodik prevence**

Školní metodik prevence koordinuje aktivity v oblasti prevence sociálně patologických jevů. Nabízí žákům konzultace v oblastech sociálně nežádoucích jevů. (Kucharská et al., 2013)

- **Výchovný poradce**

Výchovný poradce se zabývá kariérovým poradenstvím, poradenstvím v oblasti výchovy a vzdělávání, poradenství v rámci integrace a inkluze cizinců, nadaných žáků a žáků s SVPŠD. Dále se zabývá pedagogickou diagnostikou a intervenčními postupy. (Kucharská et al., 2013)

- **Školní psycholog**

Školní psycholog vyhledává žáky s výukovými a výchovnými problémy s následným zaměřením na eliminaci těchto problémů ve škole i v rodině. Poskytuje žákům, rodičům žáků i pedagogům krizovou intervenci. Ve škole zajišťuje i diagnostiky školního a třídního klimatu s následným řešením v případě výskytu obtíží. (Kucharská et al., 2013)

- **Školní speciální pedagog**

Školní speciální pedagog provádí diagnostiky a reedukace SVPŠD včetně administrace a evidence těchto žáků. Podílí se na tvorbě IVP, metodicky vede asistenty pedagoga a vytváří podklady pro integraci žáků s SVPŠD do základních škol. (Kucharská et al., 2013)

3.1 ŠKOLSKÁ PORADENSKÁ PRACOVISŤE

Školská poradenská pracoviště jsou specializovaná pro řešení především školní neúspěšnosti žáků, integrací žáků s SVPŠD a žáků s poruchami chování. Ředitel školy ručí za program pedagogicko-psychologického poradenství na dané škole. (Kucharská et al., 2013)

„Standartní poradenské služby poskytují školy na žádost žáků, jejich zákonných zástupců, škol nebo školských zařízení bezplatně. Žáci a v případě nezletilých jejich zákonní zástupci mají být vždy předem informováni o povaze, rozsahu, trvání, cílech a postupech nabízených poradenských služeb, o všech předvídatelných rizicích a nevýhodách, které mohou vyplynout z poskytované poradenské služby, prospěchu, který je možné očekávat i možných následcích toho, když poradenská služba nebude poskytnuta.“ (Čáp et al., 2009, s. 3)

„Pedagogicko-psychologické poradenství je podpůrný systém, který zabezpečuje služby spojené s optimalizací vzdělávání a výchovy. Poskytuje služby dětem a mládeži od 3 let až po ukončení školního vzdělávání, jejich rodičům a školským pedagogickým pracovníkům.“ (Pipeková 1998, s. 31)

Do školských zařízení spadají: pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra a střediska výchovné péče.

3.1.1 PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ PORADNY

Jsou zřizovány jako samostatné subjekty, zajišťující psychologické a speciálně pedagogické služby pro daný region pro děti, mládež, rodiče a pedagogické pracovníky všech typů škol a školských zařízení. (Pipeková, 1998)

Pedagogicko-psychologická poradna poskytuje poradenství a následnou odbornou pomoc při výchově a vzdělávání žáků základních a středních škol. Služby poradny probíhají ambulantně na jejích pracovištích nebo formou návštěv jejich odborných pracovníků ve školách a školských zařízeních. (Opekarová, 2007)

Odborná pomoc je zajišťována psychology, pedagogy, speciálními pedagogy, sociálními pracovníky a dalšími odborníky, kteří s poradnou spolupracují. Odborná pomoc je uskutečňována jinak individuálně, tak skupinově. (Švarcová, 2011)

Mezi hlavní úkoly poradny patří:

- posouzení úrovně školní zralosti;
- psychologická a speciálně pedagogická diagnostika;

- doporučení rodičům o zařazení žáka do příslušné školy a třídy;
- vypracování odborných posudků a návrhů pro školy a školská zařízení;
- poradenství při přijímacím a výběrovém řízení žáků do škol;
- zjišťování příčin poruch chování;
- prevencí školní neúspěšnosti a negativních jevů;
- prevence sociálně patologických jevů. (Opekarová, 2007)

Hlavními funkcemi pedagogicko-psychologické poradny je psychologická a speciálně pedagogická diagnostika, psychologická a speciálně pedagogická intervence a informační a metodická činnost. (Opekarová, 2007)

Pro školy nabízí poradna programy zaměřené na diagnostiku vztahů ve třídě a jejich následné řešení v případě potřeby. Cílem je posílení empatie, tolerance, ohleduplnosti a zlepšení vztahů mezi žáky. Programy jsou často využívány při prevenci a výskytu šikany v kolektivu žáků. Dále poradna pořádá školení, kurzy, přednášky pro zvýšení pedagogicko-psychologických kompetencí učitelů. (Čáp et al., 2009)

Pracovníci PPP by měli představovat nejbližšího partnera pro školního speciálního pedagoga hned po škole. Obě instituce mají společný cíl v podobě nalezení optimální vzdělávací a výchovné podpory dítěte s SPU a ADHD v systému školy. (Kucharská et al., 2013)

3.1.2 SPECIÁLNĚ-PEDAGOGICKÁ CENTRA

„SPC jsou poradenská zařízení, která většinou vznikla při speciálních školách. Centra se zaměřují na poradenskou činnost pro děti a mládež s určitým druhem postižení. Personální obsazení tvoří psycholog, speciální pedagog a sociální pracovníce. SPC úzce spolupracují se školami, kde jsou integrováni žáci se zdravotním postižením.“ (Pipeková, 1998, s. 32)

Zaměřují se na komplexní péči o děti s jedním konkrétním druhem postižení:

- SPC pro smyslově postižené;
- SPC pro mentálně postižené;

- SPC pro tělesně postižené;
- SPC s poruchami řeči;
- SPC pro děti a mládež s více vadami. (Švarcová, 2011)

Mezi úkoly SPC patří mj. tyto úkoly:

- depistáž klientů;
- komplexní diagnostika (speciálně pedagogická a psychologická);
- přímá práce (individuální, skupinová) s klientem;
- prevence rizikového chování a negativních vlivů u dětí a mládeže;
- krizová intervence;
- sociálně právní poradenství;
- vedení evidence a příprava podkladů pro správní řízení;
- nabídka rehabilitačních a kompenzačních pomůcek k zapůjčení;
- poskytují poradenskou a metodickou činnost pro rodiče, zákonné zástupce i pedagogické pracovníky.

Hlavním úkolem centra je pravidelná a dlouhodobá spolupráce s postiženým dítětem a jeho rodinou od nejranějšího věku do ukončení školní docházky. Tato péče se realizuje ambulantně v SPC nebo ve školách, školských zařízeních, v rodinách dětí a mladistvých. (Švarcová, 2011)

3.1.3 STŘEDISKA VÝCHOVNÉ PÉČE

„SVP zajišťují prevenci a terapii sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. Mohou být zřízena při speciálních školách a zařízeních nebo samostatně. Těžištěm práce je psychoterapie a depistáž problémových jedinců.“ (Pipeková, 1998, s. 32)

Tato střediska patří ke školským poradenským zařízením, spadajícím pod diagnostické ústavy, zajišťujícím ochrannou výchovu. Jejich činnost se soustředí na všestrannou, preventivně výchovnou péči jedinců s rizikem či projevy poruch chování. Terapeutická práce, která probíhá ve středisku je dlouhodobá a dobrovolná. (Kucharská et al., 2013)

Práce s klienty probíhá individuálně i skupinově a jejím cílem je odstranění či zmírnění příčin a důsledků negativních vlivů způsobujících problémové chování. Je poskytována krátkodobě i dlouhodobě, dobrovolně a bezplatně. Klienty mohou být děti, žáci, studenti od 3 let do 26 let, rodiče či zákonní zástupci, školy, soudy a další odborníci. (Čáp et al., 2009)

Klienty školských a odborných poradenských pracovišť jsou velmi často děti s SPU nebo s ADHD.

4 SPECIÁLNÍ PEDAGOG

4.1 ETIKA SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA

„Ne každý, kdo chce být např. učitelem, má předpoklady k tomu, aby se stal opravdu dobrým pedagogem. Jistě právem se traduje, že se kantorem člověk nejenom stává (vzděláním, zkušenostmi, praxí), ale že se jim především rodí (nutné osobnostní dispozice).“ (Jankovský, 2003, s. 157)

Speciální pedagog se řadí mezi pomáhající pracovníky, stejně jako sociální pracovníci, lékaři, zdravotní sestry, psychologové, hasiči, duchovní i mnoho jiných. K hlavním rysům pomáhající profese patří vztah ke klientovi, ale i využití pracovníkovi osobnosti při jednání s klienty. (Géringová, 2011) Speciální pedagogika má stejně jako jiné pomáhající profese svá etická pravidla. Při své práci speciální pedagog uplatňuje morální a etické zásady, vlastní vzdělání a osobnostní vlastnosti. (Jankovský, 2003)

Je třeba odlišit profesionální a neprofesionální jednání s ohledem na normy dané profese (např. etický kodex). Do profesní etiky také patří schopnost dbát na požadavky profesní organizace, která zároveň dohlíží na dodržování morálních norem profese. (Géringová, 2011)

Nejdůležitějším prvkem mezi pedagogem a dítětem je lidský vztah. K jeho vytvoření jsou nutné tyto důležité předpoklady (K. Kopřiva, 2011):

- náklonnost (vlídnost, ochota, láska)
- trpělivost (klid, vyrovnanost)
- vcítění (porozumění, empatie)
- odbornost (znalosti)

Vzhledem k tomu, že školní speciální pedagogové nemají u nás stanoven etický kodex, tak etikou rozumíme dodržování obecných morálních zásad pracovníků pomáhajících profesí. Vždy se myslí především na prospěch klienta, než na prospěch instituce ve které pracuje. Důležitá je profesní odpovědnost, uchovávání důvěrných informací v tajnosti a poskytování těchto informací jen se souhlasem klienta, resp. zákonného zástupce. Při sdělování informací dbá na srozumitelnost, zvláště při

objasňování podstaty a cílů intervence. Měl by si uvědomovat svůj vliv na rodiče a nikdy jejich důvěry nezneužívat. (Kucharská, 2013)

4.2 SPECIÁLNÍ PEDAGOG VE ŠKOLE

Speciální pedagog, který je přímo zaměstnanec školy, přináší tomuto zařízení výhodu zejména při práci se žáky v některém směru znevýhodněnými. Pro školu se tak tyto intervence stávají dostupnějšími než při běžné spolupráci s pedagogicko-psychologickou poradnou.

Ředitelé škol pochopili, že je speciální pedagog pro ně velkým přínosem. Jednak významně napomáhá s podporou žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, s metodickým vedením učitelů, kteří mají tyto žáky ve třídě, dále napomáhají v komunikaci s rodiči a s odbornými pracovišti mimo školu a v neposlední řadě se podílí na vytváření koncepčních materiálů školy (např. školní vzdělávací program). (Kucharská, 2013)

S nepochopením se může speciální pedagog setkat i ze strany učitelů, zejména v oblasti individuální práce s žákem. Speciální pedagog musí mnohdy vysvětlovat rozdíl mezi doučováním a reedukací coby cílenou stimulací funkcí zodpovědných za rozvoj čtenářských, psacích, jazykových dovedností nebo matematických představ. Reedukaci zkrátka nelze dělat s 30 žáky. (Kucharská, 2013)

Základním předpokladem úspěšné činnosti školního speciálního pedagoga je funkční školní poradenské pracoviště. Za jeho činnost zodpovídá ředitel školy, který deleguje kompetence na jeho členy. Mělo by mít odpovídající prostory, nástroje (např. diagnostické), pomůcky a danou časovou dostupnost, dostatečnou informovanost o poskytovaných službách a zajištěnou práci s informacemi a důvěrnými daty. (Kucharská, 2013)

Osobnost školního speciálního pedagoga

Typ osobnosti školního speciálního pedagoga rovněž významně ovlivní celkovou úspěšnost práce. Mezi hlavní komponenty patří empatie, spolupráce, schopnost naslouchat, týmovost. Důležitou osobnostní vlastností je rovněž přiměřené sebepojetí a schopnost odpovídající sebereflexe. Speciální pedagog se na rozdíl od učitele zamýšlí, co se v dítěti děje při učení, a co mu v učení brání, proto je nutno, aby byl tvořivý a pružný. V praxi bývá velkým problémem nucení do kompetencí, které mu nenáleží (přijímání ředitelových kompetencí) a také dodržování časových hranic. (Kucharská, 2013)

Formy kontaktování školního speciálního pedagoga rodiči

Jako přirozený kontakt vnímáme situaci, kdy je rodič sám motivován k návštěvě školního speciálního pedagoga a má kontakt k objednání. V tomto případě jde o službu, kterou mohou rodiče využít, ale nemusí. Pokud podnět ke kontaktu dá učitel, někdy i samotný speciální pedagog je třeba v prvotním kontaktu naznačit, že jde o možnost případné spolupráce, nikoli o povinnost. Tento typ kontaktu je vhodný, pokud mezi zúčastněnými panují dobré vztahy. V opačném případě je výsledek nejistý. (Kucharská, 2013)

Formálnější druh kontaktu je pak dopisem, e-mailem, vzkazem v žákovské knížce či notýsku, dává prostor pro reakci, včetně možnosti nereagovat. Telefonický kontakt svou přímostí není vhodný pro počátek spolupráce. Někdy bývá kontakt uskutečněn vedením školy, jinými učiteli nebo například výchovným poradcem. Zde může docházet k určitému tlaku na spolupráci třetí osobou, pak je obtížnější, aby byla akceptována. (Kucharská, 2013)

Z hlediska profesionality i psychohygieny je třeba si uvědomit vlastní hranice profesního kontaktu. Komunikace nemá být překážkou běžnému výkonu pracovních činností ani narušovat osobní sféru. (Kucharská, 2013)

Charakter práce školního speciálního pedagoga

„Školní speciální pedagog se při organizaci péče o žáky se SVP a žáky s přechodnými problémy řídí žákovskou populací, ale také specifickými zakázkami v prostředí konkrétní školy. Je velmi důležité, aby se v rámci školních poradenských služeb vymezila role i odborné činnosti jeho jednotlivých pracovníků a aby toto vymezení bylo veřejně dostupné (web školy, nástěnka apod.).“ (Kucharská, 2013, s. 101)

Hlavní kompetencí školního speciálního pedagoga je analýza potřeb a vytvoření forem práce se žáky. Měl by znát dokumentaci a zmapovat situaci ve třídách – zjistit potřeby pedagogů, možnosti spolupráce, apod. Následně si pak utřídit priority tak, aby bylo jasné, jakými formami, jakou intenzitou a v jakém pořadí se bude jednotlivým žákům věnovat. Musí také pamatovat na určitou časovou rezervu na řešení náhle vzniklých problémů.

„Odborné činnosti školního speciálního pedagoga vycházejí ze standardních služeb poskytovaných školou podle Vyhlášky č. 72/2005 Sb. ve znění návazných předpisů. Jsou členěny na základní okruhy - činnosti depistážní, diagnostické, intervenční, metodické a koordinační.“⁴

V oblasti prevence primární, kde jde o ozdravení prostředí, vztahů či posílení individuality žáka nemá činnost speciálního pedagoga, tak zásadní význam jako v prevenci sekundární či terciární. V sekundární prevenci jde o včasné řešení problémů v jejich počátku. Zejména vyhledávání žáků s rizikem vzniku SPU či ohrožených školní neúspěšností, případně práce se třídou, kde hrozí problémy mezi spolužáky. V terciální prevenci jde o minimalizaci či odstranění samotného problému, ale i podporu žáka.

Důležité informace získá speciální pedagog různými prostředky diagnostiky (anamnézou, vedením kvalitativního rozhovoru, pozorováním, analýzou produktů činnosti), ale i kvantitativní testovou diagnostikou, pokud ji má k dispozici. Vzhledem

⁴ Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. [online] MŠMT [cit. 2015-05-01] Dostupné z <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>

k potřebám postižení postiženého žáka a jeho individuality si vytváří svůj vlastní diagnostický potenciál. Pro žáka 1. stupně ZŠ se určují předpoklady čtení, psaní, počítání, riziko SPU, diagnostika postupu nápravy, diagnostika školního výkonu a diagnostika třídy.

V diagnostice může využít následujících testů:

1) Diagnostika dílčích funkcí

- Edfeldtův reverzní test (Psychodiagnostika, 1968);
- Test rizika poruch čtení a psaní (Švancarová, Kuchařská, Scientia, 2001);
- Prediktivní baterie čtení A. Inizana (Lazarová, IPPP ČR, 1999);
- Test laterality (Žlab, Matějček, Psychodiagnostika, 1972);
- Test obkreslování (Matějček, Vágnerová, Psychodiagnostika, 1974);
- Orientační test dynamické praxe (Mika, Psychodiagnostika, 1982);
- Vývojový test zrakového vnímání (Frostigová, Psychodiagnostika, 1972);
- Rey-Osterriethova komplexní figura (Košč, Novák, Psychodiagnostika, 1997);
- Test kresby lidské postavy, (Šturma, Vágnerová, Psychodiagnostika, 1982).

2) Didaktické testy

- Baterie diagnostických testů gramotnostních dovedností pro žáky 2.-5. ročníku (Caravolas, Volín, IPPP, 2005);
- Zkouška čtení (Matějček a kol., Psychodiagnostika, 1987);
- Diagnostika SPU - I., II. vydání (Novák, 1994, 1997);
- Vyšetření matematických schopností u dětí (Novák, Psychodiagnostika, 1997);
- Kalkulie III, Barevná kalkulie (Novák, Psychodiagnostika, 1998 a 2001).

3) Skupinová diagnostika

- SO-RA-D sociometricko-ratingový test vztahů ve třídě a dotazník specifických sociálních rolí;
- Dotazník sociálního klimatu školní třídy (Mareš, 1998). (Kucharská, 2013)

Tato diagnostická činnost je pro školního speciálního pedagoga nezbytně nutná, avšak diferenciální diagnóza s určováním diagnóz vyžaduje komplexní přístup více odborníků (např. lékař, psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník aj.). (Vašek, 2006)

V intervenční činnosti pro žáky 1. stupně ZŠ vytváří podpůrné skupiny s rizikem vzniku školních obtíží, zajišťuje integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a pomáhá při vytváření IVP, reedukaci, účastní se konzultací s rodiči a učiteli o specifických potřebách žáků, vyhodnocuje podpůrná opatření ve prospěch problémových žáků. Výhodou je jeho přehled o nabízených intervenčních a stimulačních programech (KUPOZ, KUMOT, KUPREV apod.). (Kucharská, 2013)

Metodickou podporu poskytuje žákům se SVP i žákům s přechodnými vzdělávacími potřebami, často se podílí i na vzdělávání učitelů v odborných okruzích. Základem pro vzdělávání žáků se SVP je IVP. Žádost o jeho vypracování podává rodič řediteli školy. Úkolem školního speciálního pedagoga je být k dispozici učiteli, který IVP vytváří, předávat mu vstupní diagnostické informace, náměty vyrovnávacích opatření a doporučuje odborné postupy a pomůcky vzhledem k postižení. Sám pak vytváří plán pedagogické terapie (reedukace, nápravy, doučování,...) a zároveň se podílí na průběžném sledování žáka a na vyhodnocení IVP. Podává i metodickou pomoci učitelům, kteří řeší některý z výchovných problémů žáka a to i na úrovni spolupráce s PPP či SVP, popřípadě zdravotnickým zařízením.

Samozřejmostí je důkladná evidence všech těchto aktivit. Jde o zakládání žákových portfolií, včetně zápisů z každodenních setkávání, zápisů domácích úkolů z terapeutických sezení.

Klienti školního speciálního pedagoga jsou v ideálním případě žáci se SPU či ADHD, ale i žáci s přechodnými problémy. V některých školách situaci ztěžuje vysoké

procento žáků s těmito problémy, tudíž nezbývá prostor pro další žáky, kteří potřebují zvýšenou podporu. Počet klientů speciálního pedagoga by neměl být příliš vysoký, aby nevzniklo riziko neefektivní péče. (Kucharská, 2013)

4.2.1 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN

Pro děti s SPU i s ADHD může škola ve spolupráci se speciálním pedagogem vypracovat individuální vzdělávací plán. Podle směrnice k integraci jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami je individuální vzdělávací plán pracovní materiál sloužící všem, kteří se podílí jí na výchově a vzdělávání integrovaného žáka. Vzniká na základě spolupráce mezi učitelem, pracovníkem provádějícím reedukaci, vedením školy, žákem a jeho rodinou (zákonnými zástupci), pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně-pedagogického centra. Za tvorbu a realizaci IVP zodpovídá ředitel školy.

„Individuální vzdělávací plán vychází z posouzení dosažené úrovně vědomostí a dovedností žáka v dané oblasti, stanoví jednotlivé cíle, jichž má být dosaženo v různém časovém horizontu, konkretizuje výchovně vzdělávací opatření včetně služeb souvisejících se vzdělávacím procesem a způsob hodnocení plánu.“ (Černá et al., 2009, s. 169)

Zelinková (2007) uvádí význam individuálních vzdělávacích programů v následujících oblastech:

- Přínosem IVP pro samotného žáka je, že pracuje podle svých individuálních schopností, svým tempem bez stresujícího srovnávání se spolužáky. Není překážkou k dalšímu vzdělávání, ale naopak vede k využití žákových předpokladů. Má rovněž výhodu motivační, jelikož dítě pracující bez stresu často podává mnohem lepší výsledky. Cílem je zajištění optimální úrovně a obsahu vzdělávání, podle které může integrovaný žák pracovat.
- IVP umožňuje učiteli pracovat s dítětem na úrovni, kterou ono dosahuje, bez obavy z neplnění požadavků učebního plánu. Je vodítkem pro individuální vyučování a hodnocení. Podle údajů získaných v průběhu vyučování, sloužících

jako zpětná vazba, je IVP aktuálně upravován.

- Na přípravě se podílí i rodiče, kteří jsou pak spoluodpovědnými za výsledky práce svého dítěte. Jejich spolupráce se školou a pedagogy je nezbytná a má vždy pozitivní výsledky. Rovněž i samotný žák přebírá odpovědnost za výsledky reedukace.

Dá se říci, že koncepčně se individuální vzdělávací plán opírá o výše uvedenou Bloomovu psychodidaktickou teorii Mastery learning, která vychází z předpokladu, že ovládnutí nějaké vědomost ve škole je teoreticky možné u všech žáků, pokud k tomu mají příhodné podmínky; způsob vyučování je optimálně přizpůsobený žákovi stejně jako množství času, které žák k učení potřebuje. (Průcha, 1997)

4.3 KOMUNIKACE S RODIČI

Velmi důležitou oblastí školního speciálního pedagoga je spolupráce s rodiči. Šauerová se spolupracovnicemi poukazuje na proměnu role rodiče ve vztahu ke škole oproti minulosti. Rodiče dnes již nejsou pasivními příjemci zpráv na třídních schůzkách, naopak, v mnoha případech aktivně vystupují v několika vzájemně se prolínajících se rolích:

- roli přirozeného edukátora - v oblasti předávání hodnotových systémů, vzorů a sociálních postojů apod;
- v roli klienta vzdělávacích institucí - škola by měla projevovat vůči rodičům svou odpovědnost tím, že zkvalitňuje práci a výstupy svého působení;
- v roli participanta v ovlivňování vzdělávacích institucí - možnost spolupodílet se na tvorbě lokální i státní školské politiky. (Šauerová et al., 2012)

Pro spolupráci speciálního pedagoga a rodiny dítěte s SPU či ADHD má zásadní význam interpersonální komunikace. Tato komunikace je realizována verbálními i neverbálními prostředky. (Zacharová et al., 2011). Interpersonální komunikace je charakteristická pro komunikaci mezi dvěma jednotlivci, tváří v tvář a vyžaduje přijetí druhého člověka, jako komunikačního partnera. Forma i obsah komunikace vyjadřují charakteristiky zúčastněných jedinců, jejich sociální role i jejich vzájemný vztah. (Slowík, 2010)

Speciální pedagog by si měl být těchto skutečností při komunikaci s rodiči žáků s SPU či ADHD vědom a brát rodiče jako rovnocenné partnery. Jedním z dílčích cílů jeho aktivit je podpora rozvoje komunikačních dovedností v rámci rodiny. Zvláště u dětí se specifickými vývojovými poruchami či poruchami pozornosti nebo sebekontroly je nutné věnovat rozvoji komunikačních dovedností zvýšenou pozornost.

Komunikace s rodiči by se měla odehrávat na úrovni suplementární komunikace, tj. komunikace dvou rovnocenných partnerů. Jedná se o neustálé vzájemné vyrovnávání informační, emocionální a prožitkové úrovně vyměňovaných sdělení. Suplementární komunikace je založena na symetrickém vztahu, v němž je zdůrazněna rovnost. (Kratochvíl, 2006)

Speciální pedagog by měl ovládat techniky komunikace a aplikovat je i vzhledem k osobnostnímu založení rodičů. Někteří rodiče preferují jasná, stručná a návodná sdělení, jiní vyžadují obšírný výklad o potížích svého dítěte a metodách nápravy. V komunikaci se submisivními rodiči využije speciální pedagog spíše prvky komplementární komunikace, při níž je jedna osoba v dominantním postavení vůči druhé. Na některé rodiče může platit technika metakomplementární komunikace – při ní osoba, která je v dominantním postavení, tuto možnost úmyslně přenechává druhé osobě. Projevuje se zde umění naslouchat druhému, lépe vníknout do problému a společně pak nalézt řešení. (Kratochvíl, 2006)

Spolupráce školního speciálního pedagoga s rodiči je dána i přístupem školy k rodičům, zda počítá s participací při řešení obtíží žáků a zapojením do aktivit školy. Ideálním stavem mezi školou a rodiči je partnerství, při kterém společně hledají vhodnou pomoc pro žáka, na základě schopnosti spolupráce a ochoty zúčastněných.

Speciální pedagog by se měl umět přizpůsobit potřebám svých klientů, na základě svého profesionálního přístupu. (Kucharská, 2013)

V obecné rovině by měl v komunikaci s rodiči speciální pedagog uplatňovat evalvační způsoby chování, tj. vstřícný přístup, projevy úcty, vzájemnou vážnost, povzbuzení rodičů, nebát se pochválit za jejich práci s dítětem, poukázat na pokroky dítěte. Na rodiče by si měl udělat dostatečný časový prostor, v komunikaci neprojevoval spěch. Vystříhat se speciální pedagog naopak musí devalvačních způsobů komunikačního jednání, jako jsou kupř. podceňování rodičů, projevoování nedůvěry, zlehčování jejich schopnosti s dítětem efektivně pracovat, tímto dochází ke snižování mezilidského vztahu. (Zacharová et al., 2011)

Pro vytváření pozitivního vztahu je potřeba hodně empatie, kdy vzájemné porozumění a sympatie tvoří lepší prostředí pro vyrovnání se s případnou kritikou, či snadnějším zvládnutím změn. Tento vztah posiluje ochota naslouchat, porozumět a vcítit se do problému. (Mikuláščík, 2010)

Velmi důležitý je i neverbální projev. Vhodné je dodržovat přiměřenou vzdálenost v komunikaci (cca 120 cm). Jako efektivní výraz tváře se považuje „zrcadlení“ vlastních pocitů i pocitů druhého a přiměřený úsměv. Naopak neefektivní je přísný výraz tváře, zamračenost, naprostá absence projevu citů. Držení těla má být uvolněné, při sezení lehký náklon dopředu. Nedobře působí ztuhlý či shrbený postoj, při sezení odklonění od klienta dozadu, apod. (Zacharová et al., 2011)

Postup při plánovaném setkání s rodiči může být následovný:

- rozhovor si naplánovat, naladit se na nadcházející rozhovor - prolistovat spis, připomenout si o čem jsme mluvili;
- připravit si vhodný prostor (např. kancelář, třída), připravit stolec, křesílka (vzdálenost cca 80 cm);
- připravit si otázky a návrhy řešení, ujasnit si smysl a cíl rozhovoru;
- čas rozhovoru, by měl být časem chráněným;

- využít techniku narušení bariéry, např. nabídnout rodičům pití, odtemnit místnost, rozsvítit, zeptat se, jakou měli cestu, pomoci se sundáním kabátu – cílem je snaha o přerušování toku negativních myšlenek;
- rozhovor začít pochvalou dítěte;
- na závěr rozhovoru mít připraveny návrhy řešení (připravit si 3 až 5 návrhů řešení), zeptat se rodiče na jeho návrhy, určit časový plán na realizaci návrhů a nabídnout opakování schůzky či jinou formu komunikace k vyhodnocení, zda se navrhované řešení osvědčilo či nikoli. (Kopřiva, 2011)

4.4 RODINA

„Rodina je považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije. V rodině dochází k uspokojování jeho potřeb, rodina poskytuje zázemí potřebné ke společenské seberealizaci, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, které nemůže získat v jiném prostředí. Každá rodina je zdrojem specifického systému hodnot a jejich preference, ty ovlivňují chování členů rodiny v interakci se společenským okolím. Rodina formuje jedince v průběhu jeho vývoje, je významným nositelem jeho budoucích společenských rolí a identity obecně.“ (Fisher, Škoda, 2008, s. 187)

Přestože rodina není jedinou výchovnou institucí, která formuje osobnost dítěte, má jedinečné a výsadní postavení v uspokojování jeho základních psychických potřeb. (Matějček, 1992)

Základní funkce rodiny ze společenského hlediska:

- biologická (reprodukční);
- ekonomická (materiální);
- sociální (výchovná);
- psychologická (emocionální).

Pokud je některá z těchto funkcí narušena, pak vzniká afunkční či dysfunkční rodina, která se může stát pro jednotlivé členy rodiny zdrojem negativního vývoje, poruch chování či jiných sociálně patologických jevů. (Fischer, Škoda, 2008)

Z tohoto důvodu se poradenství mj. zabývá výchovnými postoji rodičů (zákonných zástupců), které mohou být značně problematické (Matějček, 1992):

- výchova zavrhuje (nechtěné děti, děti nesplňující očekávání rodičů);
- výchova zanedbávající (nízká sociokulturní úroveň rodiny);
- výchova rozmazluje (zbožňované dítě, rodiče se mu podřizují, posluhují mu);
- výchova úzkostná a příliš protektivní (neurotizují ho přílišným strachem o ně);
- perfekcionistická výchova (prostřednictvím dětí si plní své neuskutečněné sny);
- výchova protekční (chtějí, aby dítě dosáhlo těch hodnot, které sami uznávají, jakoukoliv cestou).

„Dnes víme, že výchovné postoje k dítěti se tvoří ve složitém vývojovém procesu, souvisejícím s celým vývojem osobnosti vychovatele. V jejich utváření spolupůsobí vlastní zkušenost z dětství, vztah k vlastním rodičům a ostatním vychovatelům, dosavadní citový a psychosociální vývoj, inteligence a vzdělání, osobní systém hodnot a ideálů, ale i všechny konflikty, napětí, úzkosti, jimiž ve svém vztahu k dítěti vychovatel prochází.“ (Matějček, 1992, s. 60)

V rodinách dochází ke změnám, které jsou kontinuální (pozdvolné, přirozené, dané vývojem či postupem času) či diskontinuální (náhlé či kritické události). Rodina jako lidské společenství má však schopnosti tyto změny akceptovat, řešit, případně napravovat. V mnoha případech můžeme považovat i diskontinuální změny za nositele pozitivních hodnot a rodina se díky nim více semkne či stabilizuje. (Matějček, 1992)

Rodina nejvíce ze všech činitelů působí na vývoj dítěte. Jednou ze zásad reedukační péče o děti s diagnostikovaným SPU je systematická a pravidelná práce s rodiči. Při hledání příčin je nutný systémový přístup, který nás nutí pohlížet na žáka se specifickými poruchami učení jako na celého člověka, musíme se soustředit na jeho vývoj před narozením i po narození a na rodinu, v níž se nachází.

Pokud se v rodině objeví obtíže, stresové situace či napětí apod. je důležité, aby v těchto situacích byla rodina odolná. Za pozitivní rysy, které zvyšují odolnost rodiny, se považují: pozitivní emoční vztahy, soudružnost a opora rodiny, vzájemný respekt, jasná a otevřená komunikace členů rodiny, ochota řešit a překonávat zátěžové situace a konflikty. (Plaňava, 2002)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 POPIS VÝZKUMU

Ve výzkumném šetření jsme se zaměřili především na vztah speciálních pedagogů s rodiči dětí, které jsou v péči těchto odborníků pro specifickou vývojovou poruchu učení nebo ADHD. Výzkum byl veden ve dvou rovinách, za využití dvou výzkumných dotazníkových nástrojů. První část výzkumu cílila na rodiče dětí s SPU či ADHD. Hlavním cílem této části je zjistit, jak rodiče vnímají a hodnotí spolupráci se speciálním pedagogem. Druhá část výzkumného šetření se zaměří na speciální pedagogy (kteří mají v péči dítě se SPU či ADHD) a jejich hodnocení spolupráce s rodiči.

5.1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem výzkumného šetření je zhodnotit kvalitu spolupráce speciálních pedagogů s rodiči. Jako dílčí cíl jsme stanovili zmapování 1) názorů rodičů na činnost speciálních pedagogů při péči o jejich dítě; 2) názorů speciálních pedagogů na dodržování jejich doporučení ze strany rodičů; 3) zmapování vybraných oblastí souvisejících se vzděláváním dětí s SPU či ADHD.

5.2 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Pro zpracování výzkumu v praktické části byla využita metoda dotazníků. „*Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“ (Chrástka, 2007, s. 163)

„Dotazníkové metodě bývá často oprávněně vytykáno, že nezjišťuje to, jací respondenti (pedagogická realita) skutečně jsou, ale jen to, jak sami sebe (pedagogickou realitu) vidí, nebo chtějí, aby byli viděni.“ (Chrátka, 2007, s. 163 – 164)

K získání dat byly použity dva dotazníky, které byly vytvořeny na podkladě studia odborné literatury v teoretické části práce. Dotazníky jsou zaměřeny především na zachycení názorů a postojů rodičů na spolupráci se speciálním pedagogem a naopak, na zjištění názorů speciálních pedagogů na spolupráci s rodiči. První výzkumný nástroj obsahuje 18, druhý dotazník zahrnuje 14 položek uzavřených, polouzavřených i otevřených.

Dotazníky byly předávány v tištěné podobě při osobním setkání autora diplomové práce nebo přes druhou osobu, kterou byl respondent doporučen. Kontaktování základních škol probíhalo na základě telefonické či emailové komunikace. Na základě souhlasu ředitelů základních škol, byly dotazníky rozdány respondentům.

▪ **Vyhodnocení dat**

Data byla vyhodnocena zvlášť za oba soubory. Statistické vyhodnocení a grafické znázornění dat bylo provedeno v softwaru Microsoft Excel 2007.

5.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor byl složen z rodičů, které mají své dítě v péči speciálního pedagoga a speciálních pedagogů. Výzkumný vzorek (N= 57) zahrnoval 31 rodičů (54,4 %) a 26 speciálních pedagogů (45,6 %). Průměrný věk souboru činil 35,4 roků, průměrný věk souboru rodičů 36,8 roků, průměrný věk soboru speciálních pedagogů 33,9 let.

Účast na výzkumu byla dobrovolná. Respondenti byli poučeni o způsobu práce s dotazníky, cílech výzkumu i následném zpracování a využití získaných dat. Informace uvedené v dotaznících výzkumu jsou anonymní.

5.4 FORMULACE HYPOTÉZ

Ve výzkumném šetření jsme stanovili následující hypotézy:

H₁ Více než 50 % respondentů souboru rodičů považuje speciálního pedagoga pečujícího o jejich dítě za kompetentního odborníka.

H₂ Více než 50 % respondentů souboru rodičů se podílí na sestavování individuálního vzdělávacího plánu svého dítěte.

H₃ Nejčastější formou komunikace mezi rodiči a speciálními pedagogy je osobní kontakt.

H₄ Více než 50 % respondentů souboru speciálních pedagogů přistupuje k rodičům z pozice suplementární komunikace, nikoli z nadřazené pozice odborníka k laikovi.

5.5 Vlastní výzkumná činnost

5.5.1 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ RODIČŮ

▪ *Položka 1: Věková struktura souboru rodičů*

V úvodních položkách jsme zjišťovali základní informace o souboru rodičů. Z prezentovaných dat je patrné, že v souboru rodičů bylo vyšší zastoupení žen (N=25; 80,6 %) než mužů (N=6).

Největší počet respondentů byl zastoupen ve věkové skupině 36 až 45 let (N=16), resp. 27 až 35 let (N = 12). Tento údaj kopíruje jednu z nejmarkantnějších demografických změn v České republice po roce 1989, kdy o roku 1990 stoupá průměrný věk matek. Z nejmladší věkové skupiny 18 až 26 let byly v souboru rodičů zastoupeny 2 respondentky.

Tabulka 1: Věková struktura souboru rodičů

Věková struktura rodičů	Muž N = 6	žena N = 25	celkem N = 31
18 – 26 let	0	2	2
27 – 35 let	2	10	12
36 – 45 let	3	13	16
46 a více	1	0	1

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání v souboru rodičů***

Nejvyšší zastoupení dle dosaženého vzdělání měli vysokoškoláci (N =12), podíl respondentů s absolvovaným středoškolským vzděláním zakončeným závěrečnou zkouškou, resp. maturitou byl téměř shodný (viz. tab. 3). Dva respondenti souboru dosáhli jako nejvyššího základní vzdělání.

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání v souboru rodičů

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání	Muž N = 6	žena N = 25	celkem N = 31
základní	1	1	2
středoškolské s výučním listem	2	7	9
středoškolské s maturitou	1	7	8

vysokoškolské	2	10	12
----------------------	----------	-----------	-----------

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 3: Diagnostikovaná SPU či ADHD dítěte respondentů***

Ve třetí položce jsme zjišťovali druh specifické poruchy učení a přítomnost ADHD u dětí respondentů. Z dat uvedených v tabulce 4 je patrné, že u dvou dětí jsou diagnostikovány komorbidně dvě poruchy.

Tabulka 3: Členění souboru rodičů dle diagnostikované SPU či ADHD jejich dítěte

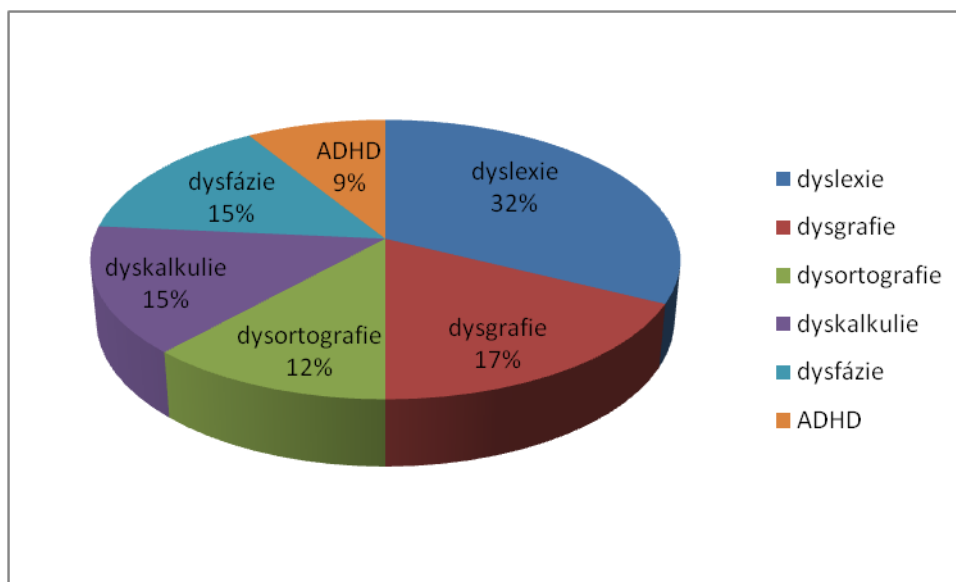
Diagnostikovaná SPU či ADHD dítěte	Počet N = 31
dyslexie	11
dysgrafie	6
dysortografie	4
dyskalkulie	5
dyspraxie	0
dysmuzie	0
dysfazie	5
ADHD	3

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Největší zastoupení mají rodiče dětí s vývojovou poruchou čtení (N = 11), kteří tvoří necelou třetinu souboru. Rodiče dětí s vývojovou poruchou psaní jsou reprezentováni ze 17 % v případě dysgrafie, resp. 15 % v případě dysortografie. Rodiče potomka v péči speciálního pedagoga z důvodu vývojové poruchy počítání jsou zastoupeni 15 %. Stejný podíl tvoří rodiče s dysfázií. Jak jsme uvedli v teoretické části

práce, nejedná se o vývojovou poruchu učení, nýbrž o vývojovou poruchu řeči. Rodiče dětí s diagnostikovaným ADHD tvoří 9 % z celkového počtu respondentů souboru rodičů.

Graf 1: Členění souboru rodičů dle diagnostikované SPU či ADHD jejich dítěte



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 4: Druh školy, které navštěvuje dítě respondentů***

Tabulka 4: Členění souboru rodičů dle typu navštěvované školy jejich dítěte

Druh navštěvované školy dítěte	počet N = 31
běžná ZŠ	31
speciální ZŠ	0
alternativní ZŠ	0
jiná škola	0

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Jak je patrné z tabulky 4, děti rodičů, na něž se zaměřuje výzkumné šetření, navštěvují 100 % běžnou základní školu.

▪ ***Položka 5: Individuální vzdělávací plán (IVP) dítěte***

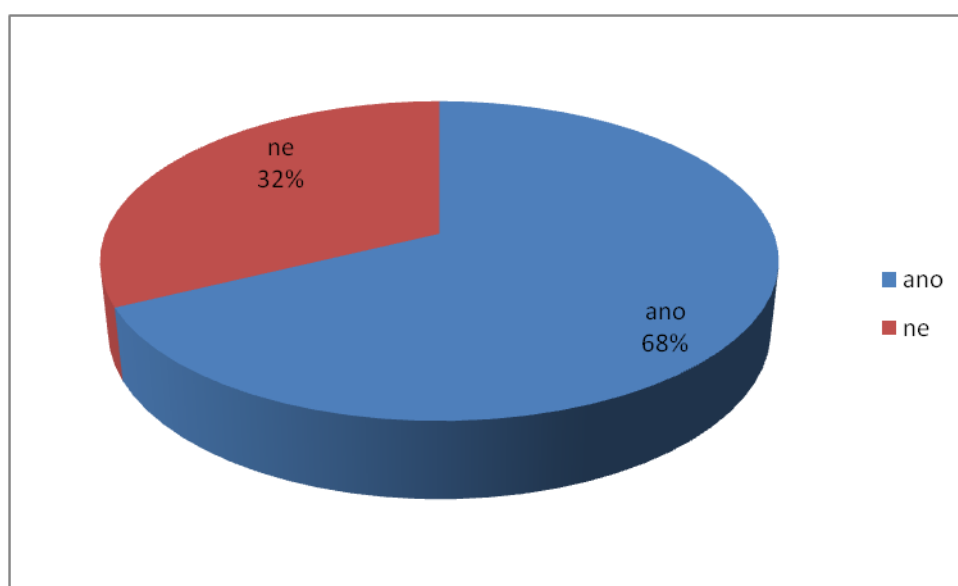
Individuální vzdělávací plán mají má vytvořeno 68 % dětí (N=21) ze sledovaného souboru rodičů, třetina dětí dosud absolvuje základní vzdělávání bez individuálního vzdělávacího plánu.

Tabulka 5: Individuální vzdělávací plán dítěte

Je pro vaše dítě ve škole sestaven individuální vzdělávací plán?	počet N = 31
ano	21
ne	10

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 2: Individuální vzdělávací plán dítěte



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 6: Participace rodičů na tvorbě IVP***

Tabulka 6: Účast rodičů na sestavování individuálního vzdělávacího plánu jejich dítěte

Podílíte se na sestavení IVP Vašeho dítěte?	počet N = 31
ano	21
ne	10

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Počty rodičů aktivně se podílejících na vytváření individuálního vzdělávacího plánu kopíruje počet dětí, které se podle IVP vzdělávají. Jinými slovy, rodiče všech dětí, které mají IVP stanoven, se na jeho tvorbě podílejí. To hovoří o dobrém zapojení rodičů do školního vzdělávacího procesu.

▪ ***Položka 7: Má Vaše dítě osobního asistenta?***

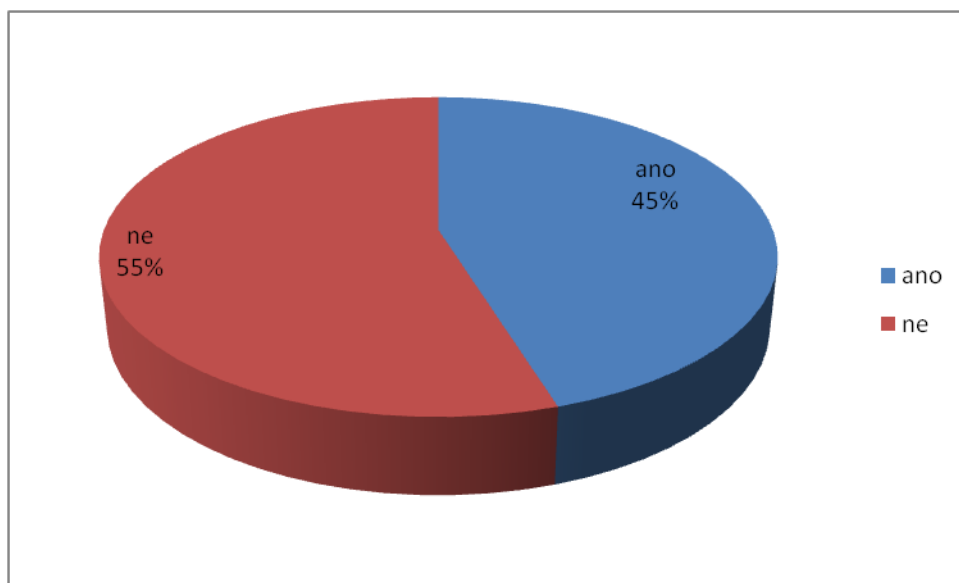
V doplňující otázce, jejímž účelem je plastičtější obraz o vzdělávání dětí s SPU či ADHD, jsme se rodičů zeptali, zda jejich dítě má ve škole osobního asistenta. Z doplňujících informací vyplynulo, že z celkového počtu 14 kladných odpovědí mají 4 děti osobního asistenta, v třídě 10 dětí působí asistent pedagoga.

Tabulka 7: Osobní asistent ve škole

Má Vaše dítě osobního asistenta?	počet N = 31
ano	14
ne	17

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 3: Osobní asistent/ asistent pedagoga ve třídě u dětí s SPU, dysfázií či ADHD



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 8: Konzultování výsledků vzdělávání dítěte se speciálním pedagogem***

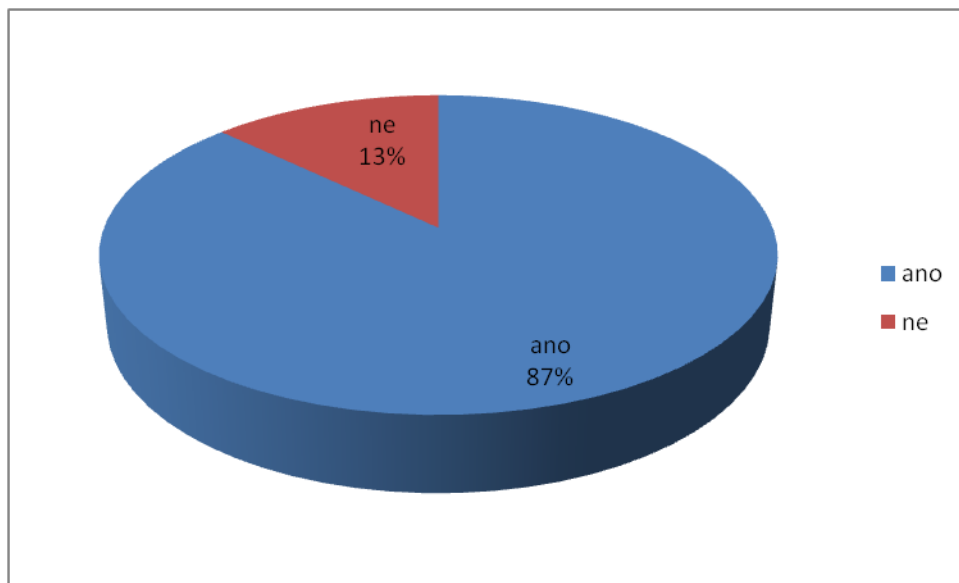
Osmá otázka se již přímo zaměřila na spolupráci rodičů se speciálním pedagogem. Chtěli jsme se dozvědět, zda rodiče hovoří se speciálním pedagogem o edukaci svého dítěte a jeho školních výsledcích.

Tabulka 8: Konzultování výsledků vzdělávání dítěte se speciálním pedagogem

Konzultujete výsledky vzdělávání Vašeho dítěte se speciálním pedagogem	počet N = 31
ano	27
ne	4

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 4: Konzultování výsledků vzdělávání dítěte se speciálním pedagogem



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Z tabulky 9 společně s grafem 4 vyplývá, že 87 % dotázaných rodičů výsledky školního vzdělávání se speciálním pedagogem konzultuje. 4 rodiče (13 %) naopak o výsledcích svého dítěte ve škole se speciálním pedagogem podle jejich vyjádření v dotazníku nehovoří.

▪ ***Položka 9: Frekvence kontaktu rodiče se speciálním pedagogem***

V deváté otázce jsme se rodičů zeptali, jak často jsou se speciálním pedagogem v kontaktu. Výsledky jsou prezentovány v tabulce č. 10. Nejčastěji uváděnou variantou byla časová frekvence jedno setkání za 3 měsíce, kterou označilo 11 rodičů (36 %). To nehovoří o příliš intenzivním kontaktu. Lze předpokládat, že se jedná ponejvíce o rodiče, kteří s dítětem navštěvují pedagogicko-psychologickou poradnu. Druhou nejvíce označenou variantou byla perioda 1 x měsíčně (N=7; 23 %). Šest rodičů (19 %) uvedlo frekvenci setkávání jednou za týden. Zde předpokládáme, že jedná o kontakty se školním speciálním pedagogem. Stejný počet šesti rodičů uvedl možnost „jiná frekvence“ s doplněním „podle potřeby.“ Jedná se patrně o případy, kdy dojde u dítěte ke zhoršení problematické školní dovednosti v případě SPU, případně k „exacerbaci“ projevů poruch pozornosti, hyperaktivity či impulzivity v případě ADHD. Jeden rodič uvedl frekvenci setkávání jednou za dva měsíce.

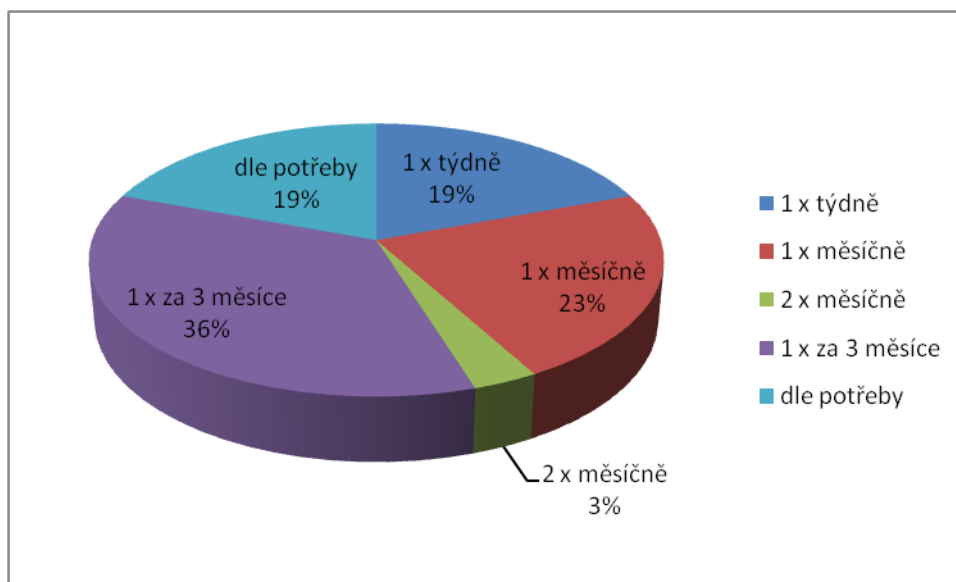
Tabulka 9: Frekvence kontaktu rodiče se speciálním pedagogem

Jak často jste v kontaktu se speciálním pedagogem?	Počet N = 31
1 x týdně	6
1 x měsíčně	7
2 x měsíčně	1
1 x za 3 měsíce	11
jiná frekvence	6
nikdy	0

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

V doplňujících odpovědích se objevilo dle potřeby.

Graf 5: Frekvence kontaktu rodiče se speciálním pedagogem



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 10: Forma komunikace rodiče se speciálním pedagogem***

Zde nás zajímalo, jakou formu komunikace rodiči se speciálním pedagogem používají. Někteří respondenti uvedli více než jednu možnost. Výsledné zjištění přináší tabulka 11.

Tabulka 10: Forma komunikace rodiče se speciálním pedagogem

Vaše komunikace se speciálním pedagogem, který má v péči Vaše dítě, probíhá formou:	Počet N = 31
e – mailu	21
sms	1
telefonicky	4
zápisníku	4
osobního kontaktu	31

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Všichni rodiče označili možnost osobní kontakt - i v době masového rozšíření nejrůznějších elektronických forem komunikace je osobní kontakt nenahraditelný. Z výsledků však vyplývá, že doba pokročila a klasická forma telefonování je vytlačována komunikací prostřednictvím elektronické pošty. Informování prostřednictvím krátkých textových zpráv využívá v komunikaci se speciálním pedagogem jeden rodič, telefonování 4 rodiče. Čtyři rodiče používají k vzájemnému předávání zpráv zápisníku, upřednostňují tedy klasickou písemnou formu komunikace.

▪ ***Položka 11: Motivace rodiče k pokračování spolupráce se speciálním pedagogem***

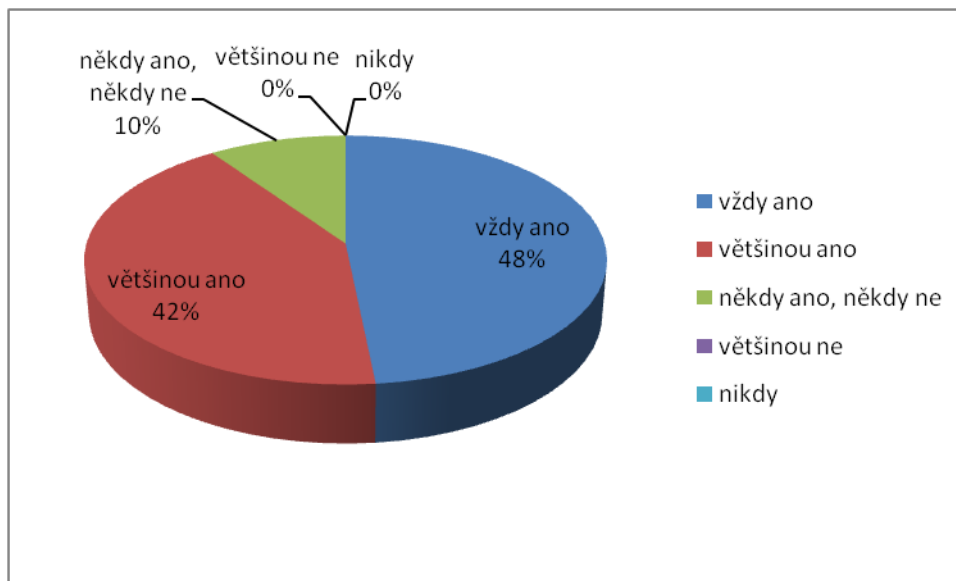
Jedna z klíčových otázek „rodičovské“ části výzkumu se skrývala v položce 11. Chtěli jsme se od rodičů dozvědět, zda po skončení konzultace se speciálním pedagogem mají chuť pokračovat v další spolupráci. Odpovědi přináší tabulka č. 12 společně s grafem č. 6.

Tabulka 11: Motivace rodiče k pokračování spolupráce se speciálním pedagogem

Máte po konzultaci se speciálním pedagogem chuť k další práci s Vaším dítětem?	Počet N = 31
vždy ano	15
většinou ano	13
někdy ano někdy ne	3
většinou ne	0
nikdy	0

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 6: Motivace rodiče k pokračování spolupráce se speciálním pedagogem



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Téměř polovina respondentů (N= 15; 48 %) uvedla, že po skončení každé konzultace jsou motivováni k pokračování spolupráce. Variantu „většinou ano“ označilo 13 rodičů (42 %). Možnost „někdy ano, někdy ne“ zvolili tři rodiče. Odpovědi lze interpretovat tím způsobem, že dominantní většina respondentů souboru rodičů je výkony speciálního pedagoga při práci s jejich dítětem spokojena.

- ***Položka 12: Hodnocení kvality prostředí, v němž se konzultace rodičů se speciálním pedagogem odehrává.***

Tabulka 12: Hodnocení kvality prostředí, v němž se konzultace rodičů se speciálním pedagogem odehrává

Probíhají konzultace se speciálním pedagogem v příjemném a klidném prostředí?	Počet N = 31
vždy ano	11
většinou ano	18

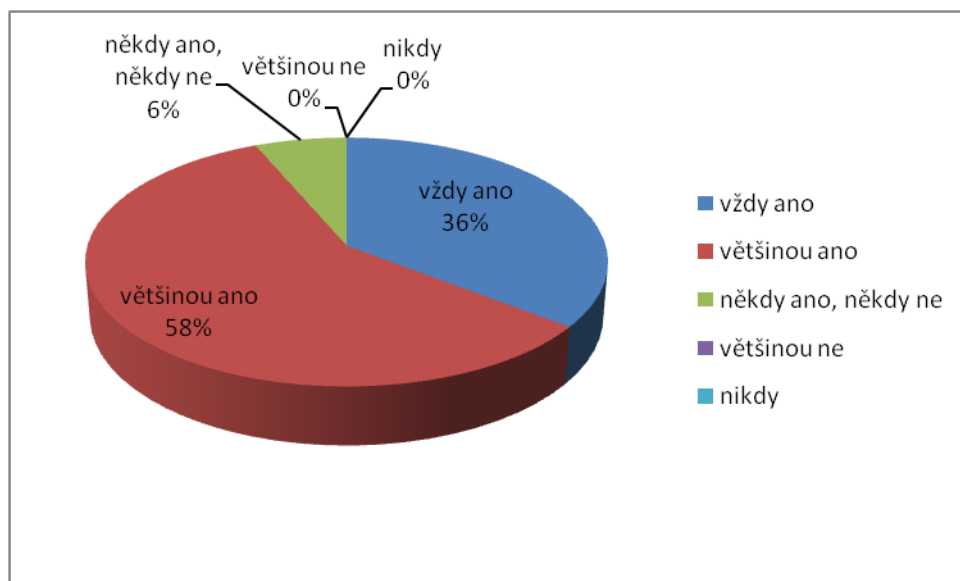
Někdy ano někdy ne	2
většinou ne	0
nikdy	0

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Tato otázka se týkala oblasti tzv. pedagogizace prostředí. Tento pojem známý například i ze sociální pedagogiky vystihuje skutečnost, že samotná úprava prostředí může být jedním výchovných činitelů. Může se jednat o rozestavění nábytku, vymalování místnosti pastelovými barvami, vybavení místnosti hračkami, obrázkovými knížkami, tedy vším tím, co na dítě pozitivně zapůsobí, tedy včetně toho, že v „edukační místnosti“ není rušivý hluk. Mimo pedagogická zařízení se tohoto fenoménu využívá např. na dětských odděleních v nemocnicích.

Více než třetina (N= 11; 36 %) rodičů uvedla, že konzultace speciálního pedagoga s jejich dítětem se odehrává vždy v příjemném a klidném prostředí. „Většinou“ probíhají konzultace v příjemném prostředí podle vyjádření nadpoloviční většiny respondentů (N= 18; 58 %). Dva respondenti uvedli variantu „někdy ano, někdy ne.“

Graf 7: Hodnocení kvality prostředí, v němž se konzultace rodičů se speciálním pedagogem odehrává



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 13: Hodnocení kvality práce speciálního pedagoga od rodičů***

Další z klíčových otázek výzkumného šetření zněla, zda se podle mínění rodičů speciální pedagog věnuje jejich dítěti s dostatečným zájmem. Výsledky jsou prezentovány v tabulce 14 společně s grafem č. 8.

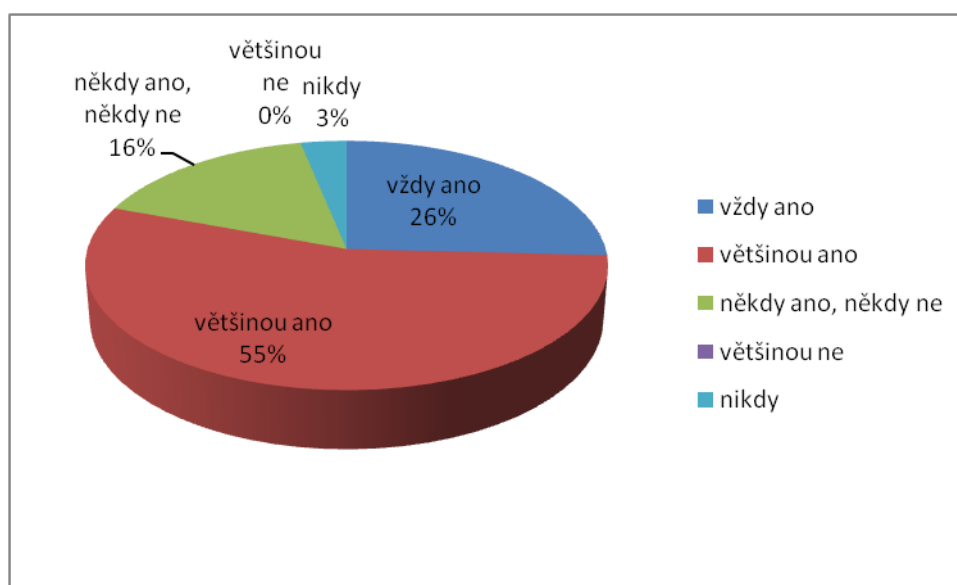
Tabulka 13: Hodnocení kvality práce speciálního pedagoga od rodičů

Myslíte si, že se speciální pedagog dostatečně věnuje Vašemu dítěti?	Počet N = 31
vždy ano	8
většinou ano	17
Někdy ano někdy	5

ne	
většinou ne	0
nikdy	1

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 8: Hodnocení kvality práce speciálního pedagoga od rodičů



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Odpovědi zcela nekorrespondují s údaji uvedenými v položce 8. Zatímco na otázku, zda mají po proběhnuté konzultaci motivaci k další spolupráci se speciálním pedagogem, zvolilo variantu „vždy ano“ 15 respondentů (48 %), na otázku, zda se speciální pedagog se věnuje jejich dítěti dostatečně, zvolilo variantu „vždy ano“ téměř o polovinu méně účastníků výzkumného šetření souboru rodičů (N = 8; 26 %). „Většinou“ je s péčí speciálního pedagoga spokojeno 17 rodičů (55 %). Střídavou, „nestabilní“ spokojenost vyjádřilo prostřednictvím odpovědi „někdy ano, někdy ne“ 5 (16 %) rodičů. Jeden rodič uvedl, že podle jeho názoru se jeho dítěti speciální pedagog dostatečně nevěnuje nikdy.

▪ ***Položka 14: Akceptace doporučení speciálního pedagoga***

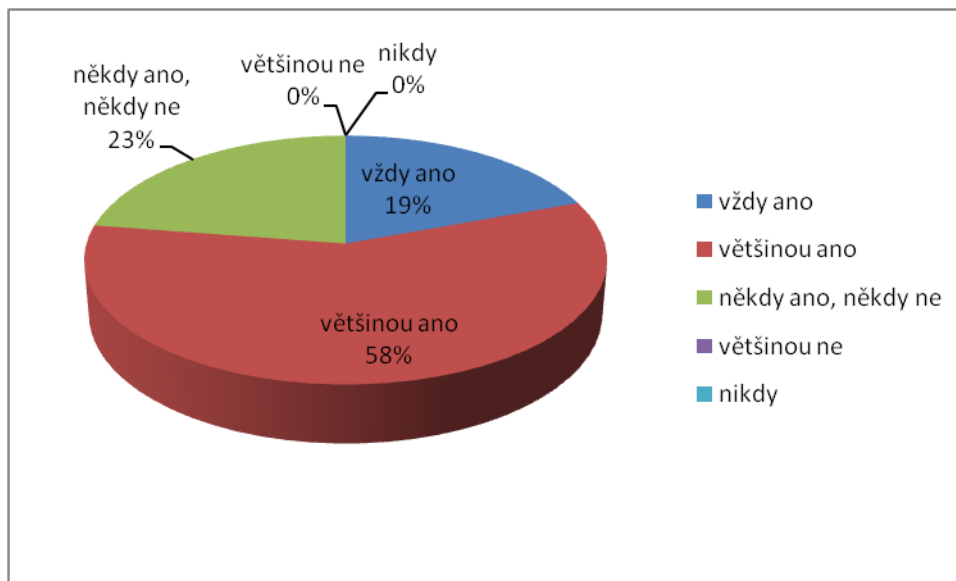
Důležitou informací vypovídající o důvěře rodiče v kompetentnost speciálního pedagoga, je ztotožnění se s jeho radami. Tedy, zda rodič akceptuje rady speciálního pedagoga zaměřené zpravidla na intervence směřující ke zlepšení stavu diagnostikované vývojové poruchy dítěte.

Tabulka 13: Akceptace doporučení speciálního pedagoga

Ztotožňujete se s radami (doporučeními) speciálního pedagoga ?	Počet N = 31
vždy ano	6
většinou ano	18
Někdy ano někdy ne	7
většinou ne	0
nikdy	0

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 9: Akceptace doporučení speciálního pedagoga



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Z tabulky č. 15 a grafu č. 9 vyplývá, že absolutní „ztotožnění“ se s radami udává 6 (19 %) rodičů. „Většinou“ se s radami speciálního pedagoga ztotožní 58 % dotázaných. V určitých případech rady akceptuje a v určitých nikoli 7 (18 %) rodičů.

▪ ***Položka 15: Hodnocení kvality speciálně-pedagogických zařízení***

Položka 15 směřovala k názoru rodičů o vývoji kvality zařízení, které poskytují speciálně-pedagogickou péči.

Tabulka 14: Hodnocení kvality speciálně-pedagogických zařízení

Myslíte si, dle osobní zkušenosti, že se péče ve speciálně pedagogických zařízeních v posledních letech zlepšuje?	Počet N = 31
ano	20
ne	0

nevím	11
--------------	----

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Dvacet respondentů na základě osobní zkušenosti soudí na zlepšování péče v zařízeních, v nichž působí speciální pedagogové. Žádný z respondentů neuvedl opačný názor, 11 dotázaných nedokáže zlepšení či zhoršení posoudit.

▪ ***Položka 16: Hodnocení odbornosti speciálního pedagoga***

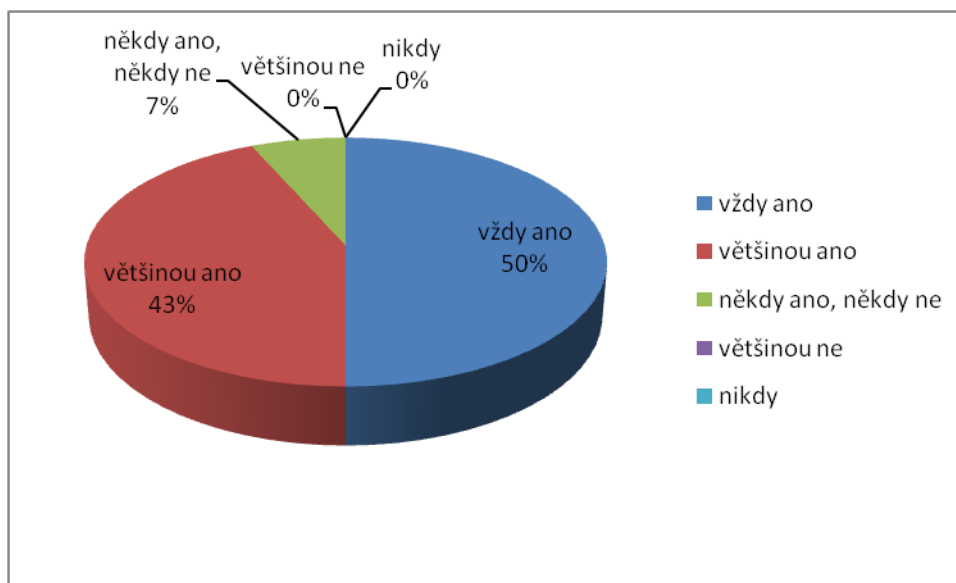
Relativně „citlivou“ otázku jsme rodičům položili v položce č. 16. Rodiče měli vyslovit názor na odbornou kompetenci speciálního pedagoga, který má v péči jejich dítě.

Tabulka 15: Hodnocení odbornosti speciálního pedagoga

Myslíte si, že speciální pedagog, ke kterému chodíte, je odborník ve své profesi?	Počet N = 31
vždy ano	15
většinou ano	13
někdy ano někdy ne	2
většinou ne	0
nikdy	0

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 10: Akceptace doporučení speciálního pedagoga



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Polovina respondentů vyslovila názor, že speciální pedagog se ke svěřenému dítěti chová profesionálně vždy. Podle 13 dotázaných rodičů (43 %) vystupuje „většinou „ speciální pedagog ve své profesi jako odborník. Dva rodičové zvolili variantu „někdy ano, někdy ne.“

▪ ***Položka 17: Návrhy na další možnosti komunikace se speciálním pedagogem***

Položka 17 byla formulována následovně: „Navrhněte další možnosti komunikace se speciálním pedagogem.“ Ani jeden z 31 respondentů návrh na další možnosti komunikace neuvedl.

▪ ***Položka 18: Hodnocení rodičů, jak jejich dítě vnímá atmosféru spolupráce se speciálním pedagogem***

V závěrečné otázce jsme pátrali po informaci, jakým způsobem podle názoru či zkušenosti rodičů vnímá jejich potomek vztah rodiče ke speciálnímu pedagogovi. 29 rodičů, tedy absolutní většina respondentů, vyslovilo přesvědčení, že tento vztah je dítětem vnímáno pozitivně. Pouze dva rodiče si myslí, že jejich dítě hodnotí vztah rodiče ke speciálnímu pedagogovi negativním způsobem. Odpovědi lze interpretovat

v tom smyslu, že podle rodičů vnímají jejich děti spolupráci s odborníkem pozitivním způsobem, což se může bezesporu pozitivně promítnout i do vztahu dítěte ke speciálnímu pedagogovi.

Tabulka 16: Hodnocení rodičů, jak jejich dítě vnímá atmosféru spolupráce se speciálním pedagogem

Atmosféra Vašeho vztahu se speciálním pedagogem je vnímána Vaším dítětem?	Počet N = 31
pozitivně	29
negativně	2
jinak	0

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

5.5.2 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ SPECIÁLNÍCH PEDAGOGŮ, KTERÍ MAJÍ V PÉČI DÍTĚ SE SPU ČI ADHD

V následující části prezentujeme výsledky dotazníkového šetření mezi speciálními pedagogy. Soubor tvořilo 26 respondentů, podobně jako v případě souboru rodičů i zde převažovaly ženy.

▪ Položka 1: Věková struktura souboru speciálních pedagogů

Soubor speciálních pedagogů byl, co se týče věkové struktur, rozložen rovnovážně, což bylo naším záměrem. Chtěli jsme postihnout názory odborníků napříč věkovými skupinami. Největší počet respondentů se rekrutoval z nejmladší věkové skupiny 18 až 26 let (N= 8). Věková skupina 36 až 45 let byla zastoupena 7 respondenty. 6 speciálních pedagogů přesáhlo věk 46 let. Nejmenším počtem 5 účastníků výzkumu se vyznačovala

věková skupina 27 až 35 let. Z analýzy věkové struktury vyplývá, že nejvíce byla zastoupena skupina na začátku profesní kariéry.

Tabulka 17: Věková struktura souboru speciálních pedagogů

Věková struktura rodičů	muž N = 5	žena N = 19	celkem N = 26
18 – 26 let	2	6	8
27 – 35 let	1	4	5
36 – 45 let	1	6	7
46 a více	1	5	6

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání v souboru speciálních pedagogů***

S výjimkou jediné respondentky, která v současné době dokončuje studium speciální pedagogiky v kombinované formě při zaměstnání, všichni ostatní účastníci výzkumného šetření jsou absolventi magisterského oboru speciální pedagogika.

Tabulka 18: Nejvyšší dosažené vzdělání v souboru speciálních pedagogů

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání	muž N = 5	žena N = 19	celkem N = 26
středoškolské	0	1	1
vysokoškolské	5	18	25

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 3: Typ školského poradenského zařízení, v němž speciální pedagog působí***

V položce tři jsme zjišťovali, v jakém typu školského zařízení respondenti pracují. Největší zastoupení mají speciální pedagogové působící přímo ve škole (N = 14), 5 respondentů pracuje v pedagogicko-psychologické poradně, 4 ve speciálně pedagogickém centru, 3 ve středisku výchovné péče. Vysoký počet respondentů pracujících přímo ve škole umožňuje získat podle našeho názoru plastický obraz o spolupráci speciálních pedagogů s rodiči, neboť se dá předpokládat, že tyto pracovníci přicházejí s rodiči často do styku.

Tabulka 19: Typ školského poradenského zařízení, v němž speciální pedagog působí

Ve kterém typu školního poradenského zařízení pracujete?	muž N = 5	žena N = 19	celkem N = 26
Speciálně-pedagogické centrum	1	3	4
Pedagogicko-psychologická poradna	2	3	5
Středisko výchovné péče	1	2	3
Škola (ZŠ, speciální škola)	1	13	14

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ **Položka 4: Forma komunikace speciálního pedagoga s rodiči**

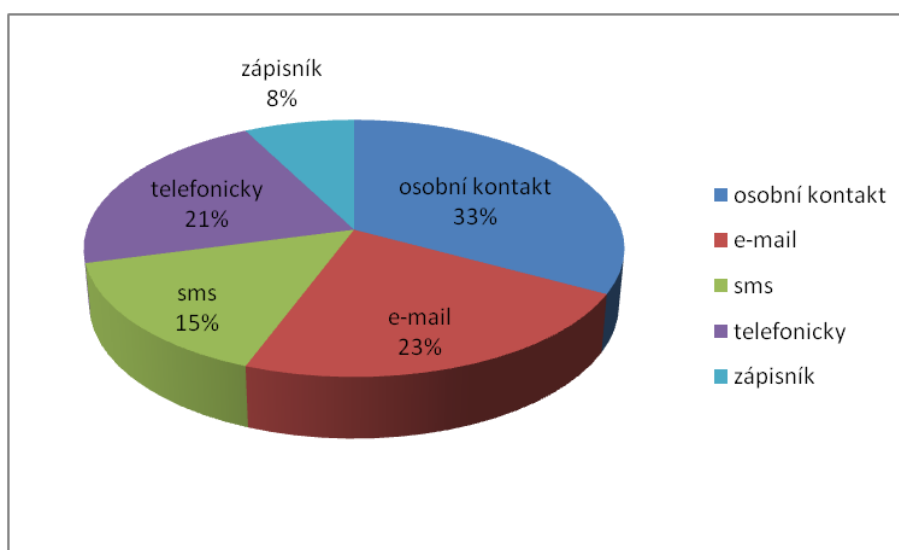
Čtvrtá otázka mířila na formu komunikace speciálních pedagogů s rodiči. Totožně se souborem rodičů někteří respondenti označili více možností. Stejně jako rodiče, všichni speciální pedagogové uvedli formu osobního kontaktu.

Tabulka 20: Forma komunikace speciálního pedagoga s rodiči

Jakou formou a komunikujete s rodiči?	N = 26
osobní kontakt	26
e-mail	18
sms	12
telefonicky	17
zápisníku	6
jinak	0

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 11: Forma komunikace speciálního pedagoga s rodiči



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Z tabulky 22 a grafu vyplývá, že podobně jako v souboru rodičů, je i v souboru speciálních pedagogů vedle osobního kontaktu nejrozšířenější forma komunikace prostřednictvím elektronické komunikace. Telefonický kontakt uvedlo 17 respondentů, komunikaci formou zápisníku 6. Rozdíl mezi oběma soubory se vykázal v komunikaci prostřednictvím sms – zatímco v souboru rodičů byla tato forma označena pouze jedním rodičem, v souboru speciálních pedagogů využívá ke komunikaci krátkých textových zpráv 12 z nich.

▪ ***Položka 5: Iniciování kontaktu speciálního pedagoga s rodičem***

Z odpovědí na pátou položku jsme se chtěli dozvědět, zda konzultaci se speciálním pedagogem iniciuje nejčastěji odborník, rodič nebo škola.

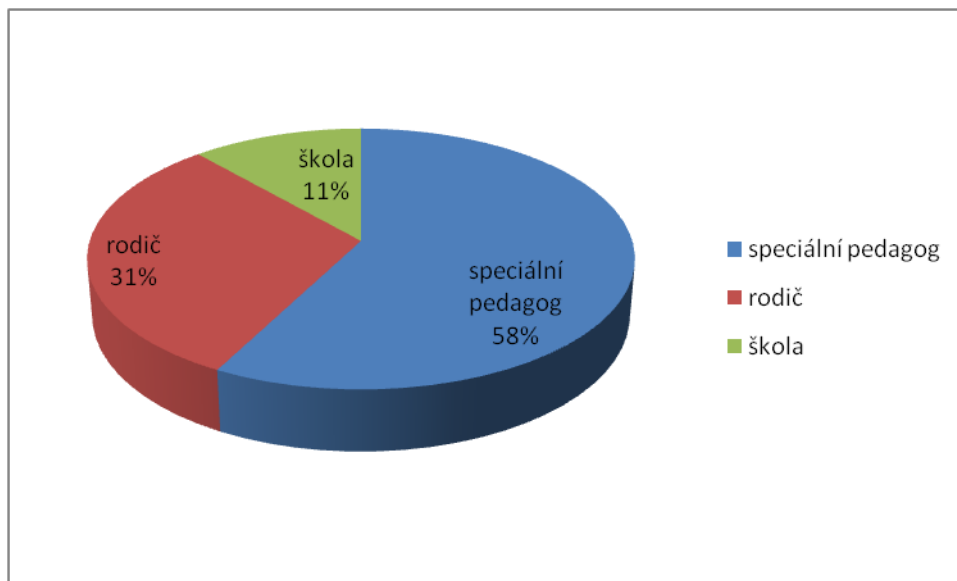
Tabulka 21: Iniciování kontaktu speciálního pedagoga s rodičem

Kdo je nejčastěji iniciátor Vašeho kontaktu?	N = 26
Vy (speciální pedagog)	15
rodič	8
škola	3

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Z výsledků uvedených v tabulce 23 společně s grafem 12 vyplývá, že kontakt je iniciován nejčastěji speciálním pedagogem (N=15; 58 %). 8 respondentů (31 %) uvedlo jako původce jednání rodiče, pouze 3 respondenti označili za nejčastějšího iniciátora kontaktu školu. Odpovědi „rodiče“ a „školu“ označili převážně respondenti pracující v pedagogicko-psychologické poradně, speciálně-pedagogickém centru či středisku výchovné péče.

Graf 12: Iniciování kontaktu speciálního pedagoga s rodičem



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 6: Postup při nespolupráci***

Položka 6 byla uvozena otázkou: „Jaký je Váš obvyklý postup, pokud rodiče klienta nereagují na Vaše pokusy o kontakt?“ Zde jsme respondentům nenabídli varianty odpovědí. Postupy, které speciální pedagogové uvedli, zobrazuje tabulka 24.

Tabulka 22: Postup při nespolupráci

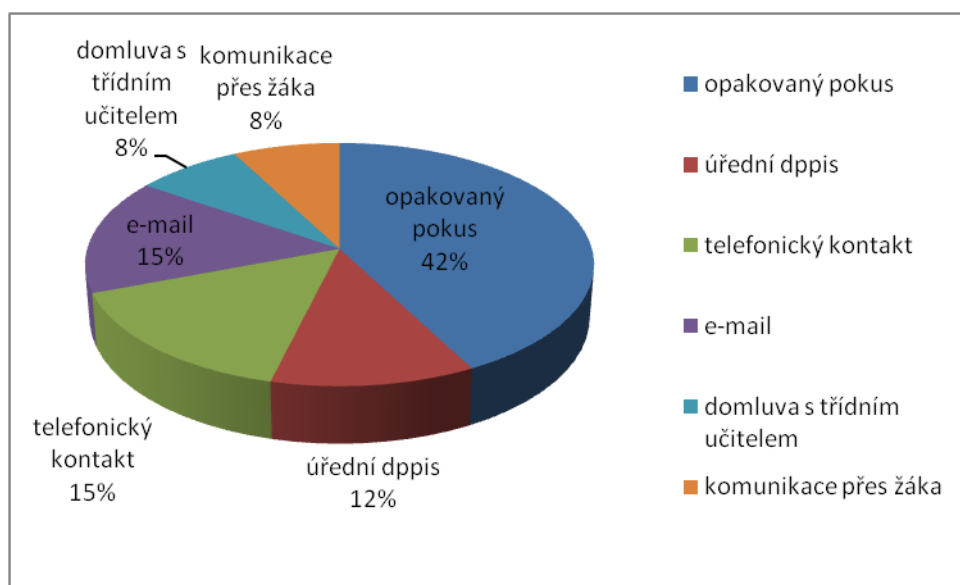
Jaký je Váš obvyklý postup, pokud rodiče klienta nereagují na Vaše pokusy o kontakt?	N = 26
opakovaný pokus	11
úřední dopis	3
telefonický kontakt	4
kontakt e-mailem	4

domluva s třídním učitelem	2
komunikace přes žáka	2

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Největší počet dotázaných (N = 11; 42 %) uvedl opakovaný pokus kontaktovat rodiče.

Graf 13: Postup při nespolupráci



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Pokus o telefonické spojení a kontakt prostřednictvím elektronické pošty uvedli shodně 4 dotázaní. V odpovědích se dále objevila varianta úředního dopisu (N=3; 12%), domluva přes třídního učitele (N=2) či komunikace přes žáka (N=2).

▪ ***Položka 7: Motivace k výcviku/tréninku komunikace s rodiči***

V sedmé otázce nás zajímalo, zda by respondenti uvítali výcvik či trénink v komunikaci s rodiči. Z výsledků uvedených v tabulce 25 jednoznačně vyplývá ochota speciálních pedagogů se takového výcviku zúčastnit. Pouze 3 respondenti si nejsou jisti smysluplností uvedeného výcviku, což lze odvodit od jimi zvolené varianty odpovědi „nevím.“

Tabulka 23: Motivace k výcviku/tréninku komunikace s rodiči

Uvítali byste nějaký typ tréninku či výcviku v komunikaci s rodiči dětí?	N = 26
ano	23
ne	0
nevím	3

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 8: Názor na akceptaci doporučení a rad ze strany rodičů***

Položka 8 umožňuje zajímavé srovnání názoru speciálních pedagogů na akceptaci jejich doporučení ze strany rodičů s odpověďmi rodičů v položce 14 (akceptace doporučení speciálního pedagoga).

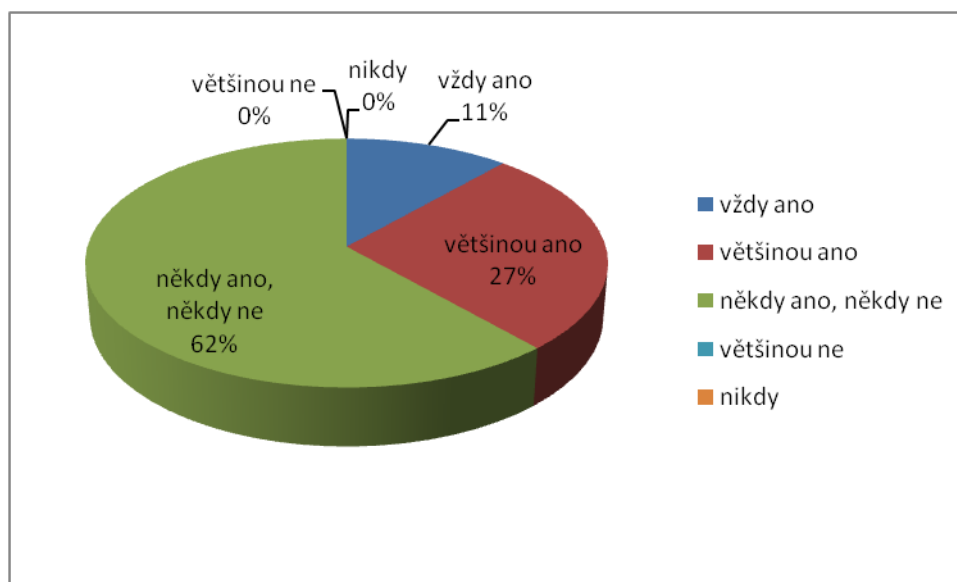
Tabulka 24: Názor na akceptaci doporučení a rad speciálních pedagogů ze strany rodičů

Myslíte si, že rodiče dbají na Vaše rady?	N = 26
vždy ano	3
většinou ano	7

někdy ano	16
někdy ne	
většinou ne	0
nikdy	0

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 14: Názor na akceptaci doporučení a rad speciálních pedagogů ze strany rodičů



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Pouze tři respondenti (11 %) ze souboru speciálních pedagogů jsou přesvědčeni, že rodiče jejich doporučení respektují vždy. Tuto variantu, tedy že se vždy řídí doporučeními odborníků, uvedlo 19 % rodičů. Necelá třetina (N= 7; 27%) speciálních pedagogů označila variantu „většinou ano.“ Zde se soubory v odpovědích rozcházejí, rodiče uvedli možnost „většinou ano“ v mnohem větším počtu (N=58%). Variantu „někdy ano, někdy ne“, tedy že rodiče v určitých případech jejich doporučení respektují a v jiných ne, uvedl největší počet speciálních pedagogů (N = 16; 62 %), zatímco podíl rodičů, kteří označili možnost „někdy ano, někdy ne“ činil 23 %.

Odpovědi speciálních pedagogů lze interpelovat buď jako ne právě vysokou míru sebedůvěry ve vlastní schopnost, nebo jak určitou nedůvěru a ostražitost k hodnotícím soudům rodičů o vlastní kompetentnosti.

▪ ***Položka 9: Motivování rodičů k další spolupráci***

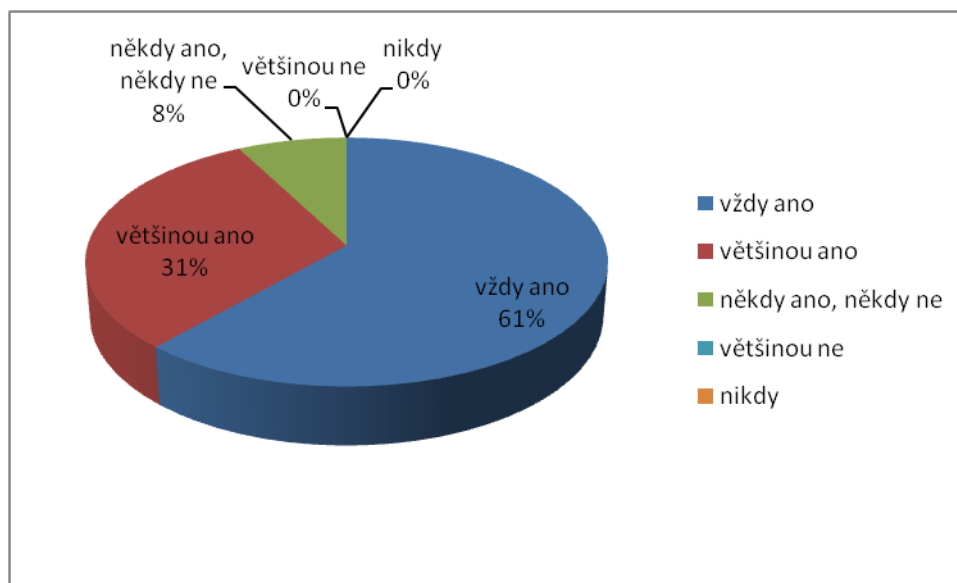
Z deváté položky jsme chtěli zjistit, zda se speciální pedagogové snaží motivovat rodiče k další spolupráci. Nadpoloviční většina respondentů (N= 16; 6 %) tak činí při každé konzultaci. „Většinou“ se ke spolupráci snaží rodiče motivovat 8 speciálních pedagogů (31 %), příležitostně 2. Ani jeden z respondentů nevedl, že by se o motivaci rodičů k další či kvalitnější spolupráci většinou nebo vůbec nesnažil.

Tabulka 25: Motivování rodičů k další spolupráci

Snažíte se při konzultaci rodiče namotivovat ho k další spolupráci?	N = 26
vždy ano	16
většinou ano	8
Někdy ano někdy ne	2
většinou ne	0
nikdy	0

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 15: Motivování rodičů k další spolupráci



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 10: Čas věnovaný práci s klientem (dítětem)***

Desátá, doplňující otázka směřovala ke zjištění časové dotace, kterou speciální pedagogové průměrně věnují přímé pedagogické práci s dítětem. Respondenti zde neměli předepsaný výběr možností, jejich odpovědi jsou uvedeny v tabulce 28.

Nejvíce respondentů uvedlo údaj 4 hodiny denně (N = 8). Podobný počet dotázaných (N = 7) se věnuje dětem v rámci přímé speciálně-pedagogické péče 5 hodin denně – 3 dotázaní totiž uvedli odpověď 5 hodin denně, 4 respondenti napsali ekvivalentní časovou dotaci 25 hodin týdně. 5 respondentů uvedlo „celé vyučování.“ Jedná o převážně o speciální pedagogy pracující ve škole. Odborníci působící v jiném typu zařízení speciálně-pedagogické péče uvedli časovou dotaci 9, resp., 10. hodin týdně.

Tabulka 26: Čas věnovaný práci s klientem (dítětem)

Jak velkou časovou dotaci věnujete práci s dítětem /odhadněte průměrně/?	N = 26
4 hod. denně	8
5 hod. denně	3
9 hod. týdně	3
10 hod. týdně	3
25 hod. týdně	4
Celé vyučování + příprava	5

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 11: Počet dětí v péči***

Za doplňující otázku, která však podobně jako předchozí položka umožňuje lepší vhled do praxe speciálních pedagogů, a je tedy pro naše výzkumné šetření přínosná, lze označit dotaz ohledně počtu dětí, které mají respondenti v péči. Počty se v podstatě u všech respondentů liší, pohybují se od počtu čtyř dětí až po udaný počet 50 dětí. Průměr počtu dětí nemá vypovídací hodnotu. Počet 4, 16, 20 a 22 dětí udali vždy dva respondenti. Mediánem dělicím soubor na dvě poloviny je počet 16 dětí.

▪ ***Položka 12: Konzultace výsledků vzdělávání či výsledků diagnostiky s rodiči klientů***

Ve 12 položce jsme se od speciálních pedagogů chtěli dozvědět, jestli s rodiči konzultují výsledky vzdělávání nebo výsledky diagnostiky. Výsledky uvádí tabulka č. 29 a graf č. 16.

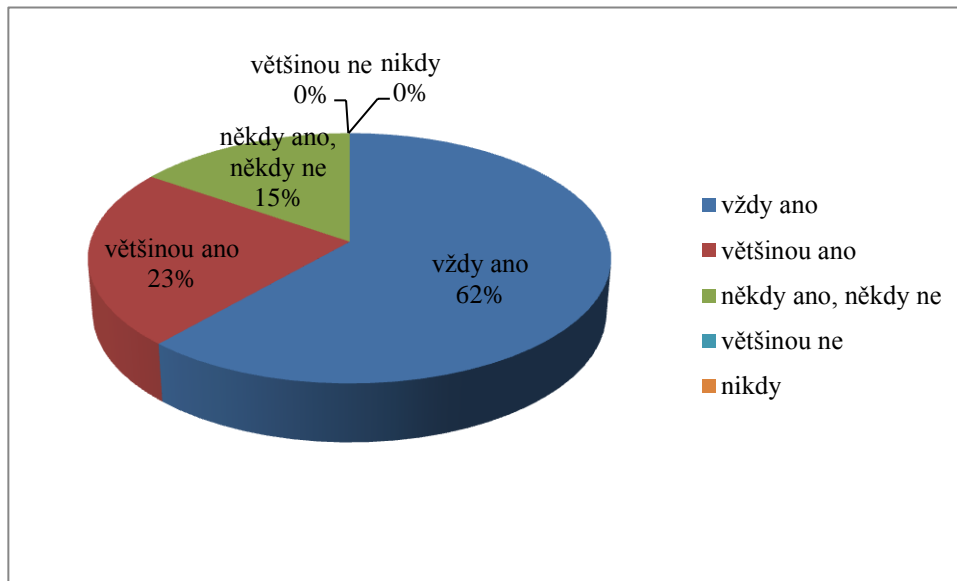
Nadpoloviční většina (N = 16; 62%) speciálních pedagogů konzultuje výsledky speciálně-pedagogických intervencí s rodiči vždy, tedy se všemi rodiči a při všech konzultacích. Ve většině případů hovoří s rodiči o své práci s jejich dítětem 6 odborníků (23 %). 4 respondenti podle jejich vyjádření konzultují výsledky své práce s dítětem nepravidelně.

Tabulka 27: Konzultace výsledků vzdělávání či výsledků diagnostiky s rodiči klientů

Konzultujete výsledky vzdělávání /diagnostiky/ s rodiči klientů?	N = 26
vždy ano	16
většinou ano	6
Někdy ano někdy ne	4
většinou ne	0
nikdy	0

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 16: Konzultace výsledků vzdělávání či výsledků diagnostiky s rodiči klientů



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

▪ ***Položka 13: Frekvence setkání s rodiči klientů (děti)***

Položka č. 13 byla formulována následovně. Jak často máte osobní schůzku s rodiči klientů? Četnost setkávání je uvedena v tabulce č. 30 a graficky zachycena v grafu č. 17.

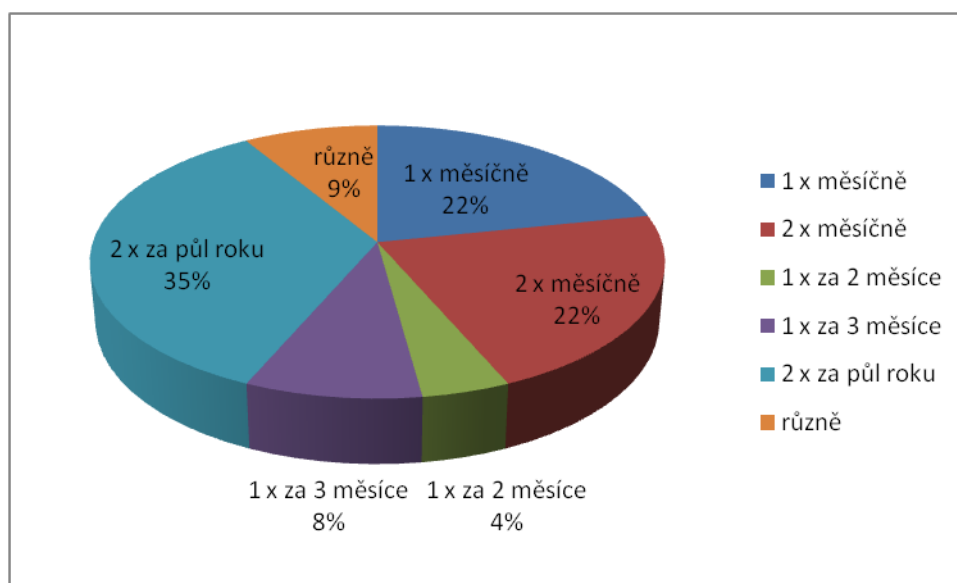
Tabulka 28: Frekvence setkání s rodiči klientů (děti)

Jak často máte osobní schůzku s rodiči klientů?	N = 26
1 x týdně	2
1 x za 2 týdny	1
1 x měsíčně	5
2 x měsíčně	5
1 x za 2 měsíce	1

1 x za 3 měsíc	2
2 x za půl roku	8
Různě	2

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 17: Frekvence setkání s rodiči klientů (děti)



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Jak bylo uvedeno v odpovědích na položku č. 4 (tab. 22), všichni respondenti výzkumu využívají osobního kontaktu s rodiči během sociálně-pedagogické péče o jejich dítě. Největší počet respondentů, více než třetina souboru (N=8; 35 %) frekvenci dvou osobních setkávání za 6 měsíců. Jedná se převážně o respondenty působící v PPP, SPC či SPV. Shodně 5 účastníků výzkumného šetření v souboru speciálních pedagogů se s rodiči osobně setkává jednou za měsíc, resp. dvakrát za měsíc. Jedno osobní setkání za týden napsali 2 respondenti. Stejný počet uvedl četnost jedenkrát za tři měsíce, resp. „různou“, tj. nepravidelnou frekvenci osobního setkání s rodiči. 1 respondent konzultuje s rodiči jednou za týdny, stejně tak 1 jednou za dva měsíce.

▪ ***Položka 14: Návrh dalších možností komunikace s rodiči***

V závěrečné otázce jsme speciální pedagogy podobně jako rodiče vybídli, aby navrhli své představy o dalších formách komunikace s rodiči. Na rozdíl od souboru rodičů někteří speciální pedagogové návrhy uvedli.

Úkolu se zhostilo 15 respondentů, tedy více než polovina souboru. 4 speciální pedagogové uvedli jako doplňující formu komunikace on-line poradnu prostřednictvím např. chatu. I dalších šest respondentů orientovalo svůj návrh směrem k elektronické komunikaci, ať již prostřednictvím facebooku či aplikace skype. Návrhy směřované k osobnímu setkávání navrhlo 5 respondentů, a to v podobě společných akcí s rodiči (N=3) nebo častějších návštěv (N = 2).

Tabulka 29: Návrh dalších možností komunikace s rodiči

Navrhnete další možnosti komunikace s rodiči klientů ?	N = 26
on-line poradna (chat)	4
skype	3
společná akce	3
facebook	3
častější návštěvy	2

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

5.6 ZÁVĚRY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ S VYHODNOCENÍM HYPOTÉZ

Výzkumného šetření zjišťovalo především názor rodičů a speciálních pedagogů na jejich vzájemnou spolupráci. Z položek, které se netýkaly přímo vzájemného hodnocení respondentů obou souborů, jsme se chtěli dozvědět některé podstatné informace o vzdělávání dětí s SPU či ADHD a také o podmínkách práce speciálních pedagogů.

Ve výzkumném souboru byla značná převaha žen. Z celkového počtu 57 respondentů se do výzkumného šetření zapojilo 11 mužů (19, 2 %) a 46 žen (80,7 %). Je zřejmé, že výsledky výzkumu jsou co výpovědní hodnoty z generového hlediska značně „feminizované“.

Z demografických údajů vyplynulo: dominantní většina respondentů souboru rodičů patří do věkové kategorie 27 až 45 let, jedná se tedy o období tzv. středního věku. Více než třetina dotazovaných ze souboru rodičů absolvovala vysokoškolské studium. Soubor speciálních pedagogů byl co věkové struktury rozložen rovnoměrněji než soubor rodičů, nejvíce zastoupená zde byla věková kategorie 18 až 26 let, počet v ostatních věkových kategoriích se však příliš nelišil. S výjimkou jedné respondentky všichni speciální pedagogové ukončili vysokoškolské studium.

V souboru rodičů byli zastoupeni tři respondenti, jejichž děti jsou diagnostikovány pro ADHD. Pět rodičů má svého potomka ve speciálně-pedagogické péči z důvodu vývojové poruchy řeči (dysfázie). Zbýlých 23 rodičů se se speciálním pedagogem setkává kvůli specifické poruše učení svého dítěte – nejvíce byla zastoupena dyslexie (11 dětí), dále dysgrafie (6 dětí), dysortografie (4 děti) a dyskalkulie (5 dětí). Rodiče se vzácnějšími vývojovými poruchami jako např. dyspraxie či dysmuzie v souboru zastoupeni nebyli. Všechny děti respondentů ze souboru rodičů navštěvují běžnou základní školu. 45 % dětí má osobního asistenta nebo jim při výuce pomáhá asistent pedagoga.

Největší počet speciálních pedagogů (14) zapojených do výzkumného šetření, působí přímo ve škole. V souboru byli zastoupeni pracovníci pedagogicko-psychologické poradny (5), speciálně-pedagogického centra (4) střediska výchovné péče (3). Počet dětí, které mají respondenti ve speciálně-pedagogické péči, se značně

liší. Počty se pohybují se od čtyř dětí až po 50 dětí. Mediánem dělicím soubor speciálních pedagogů na dvě poloviny je počet 16 dětí.

Nadpoloviční část speciálních pedagogů (58 %) označila sebe sama jako nejčastějšího iniciátora kontaktu s rodičem. To ukazuje na aktivitu a zájem speciálních pedagogů o konzultování svého působení s rodiči. Podle vyjádření necelé třetiny respondentů ani rodiče nejsou v iniciování kontaktu pasivní. Tři respondenti označili za nejčastějšího „mediátora“ kontaktu školu.

Největší počet speciálních pedagogů uvedl jako průměrný čas přímé pedagogické činnosti s dítětem 4 hodiny denně (N = 8). Druhou velkou skupinu tvoří respondenti věnující se dětem denně 5 hodin. Respondenti pracující mimo školu uvedli časovou dotaci práce s dětmi s SPU či ADHD 9, resp., 10. hodin týdně.

Z porovnání informací o frekvenci vzájemných osobních kontaktů mezi rodiči a speciálními pedagogy nevyplýnul zásadní rozdíl. Nejčastěji uváděnou variantou v souboru rodičů byla časová frekvence jedno setkání za 3 měsíce, kterou označilo 36 % dotázaných. Největší počet respondentů v souboru speciálních pedagogů (35 %) uvedlo frekvenci dvou osobních setkávání za 6 měsíců. Druhou nejčastěji uvedenou variantou jak v souboru rodičů, tak v souboru speciálních pedagogů byla perioda 1 x měsíčně. 19 % uvedlo rodičů frekvenci setkávání jednou za týden. Tuto frekvenci a navíc frekvenci 1 x za dva týdny označili 3 speciální pedagogové. 19 % rodičů uvedl možnost „jiná frekvence“ s doplněním „podle potřeby.“ Jedná se patrně o případy, kde dojde u dítěte ke zhoršení problematické školní dovednost v případě SPU případně k „exacerbaci“ projevů poruch pozornosti, hyperaktivity či impulzivity v případě ADHD. Jeden rodič uvedl frekvenci setkávání jednou za dva měsíce.

Z výsledku vyplynulo, že četnost setkávání není úplně ideální. V této souvislosti je zajímavé vyjádření dvou speciálních pedagogů, kteří jako návrh v položce zaměřené na uvedení dalších forem komunikace uvedli právě častější konzultace s rodiči. Avšak většina ze speciálních pedagogů, která využila možnosti napsat svůj návrh, cílila na různé formy elektronické komunikace. Ani jeden z rodičů možnosti sdělit svůj návrh ohledně využití dalších forem komunikace se speciálním pedagogem nevyužil.

▪ Vyhodnocení hypotéz

H₁ Více než 50 % respondentů souboru rodičů považuje speciálního pedagoga pečujícího o jejich dítě za kompetentního odborníka.

Hypotéza byla testována na položkách 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 18 dotazníku pro rodiče.

Z odpovědí na položku 8 vyplývá, že 87 % respondentů ze souboru rodičů konzultuje vzdělávání svého dítěte se speciálním pedagogem, což podle našeho názoru svědčí o skutečnosti, že tito rodiče považují názory, rady a doporučení ohledně výuky svého dítěte za relevantní názory odborně kompetentního pedagoga.

V položce 11 uvedlo 48 % respondentů, že po každé konzultaci dítěte u speciálního pedagoga jsou motivováni k pokračování spolupráce. Dalších 42 % respondentů je motivováno nikoli po všech, ale po většině konzultací. Z výsledků je zřejmé, že dominantní většina rodičů má po setkání se speciálním pedagogem chuť k další spolupráci, což ukazuje na spokojenost s jeho činností a odborným přístupem.

S kvalitou prostředí, v němž se speciálně-pedagogická péče dítěte odehrává, je vždy spokojeno 36 % rodičů, většinou spokojeno 58 % rodičů. Úprava prostředí, v němž se speciálně-pedagogické intervence konají, může - jak bylo nastíněno již v komentáři k položce 12 - hrát sama o sobě roli ve výchovně-vzdělávacím procesu. Odborník by úpravu prostředí nejen po stránce estetické, ale i po stránce celkového působení na dítě, včetně vhodného rozmístění podnětných pomůcek či odhlučnění místnosti, neměl podceňovat. Dominantní většina rodičů uvedla, že i po této stránce vykazují speciální pedagogové profesionální přístup.

Více než 50 % respondentů je přesvědčeno, že speciální pedagog se jeho dítěti věnuje dostatečnou péčí. Při každé konzultaci či při každém setkání s dítětem tak činí podle 26 % rodičů. 55 % rodičů uvedlo, že speciální pedagog se věnuje dítěti dostatečně při většině konzultací či setkání. Data svědčí o většinovém názoru rodičů ohledně dostačující, tj. kvalitní péči, kterou speciální pedagog věnuje dítěti.

Důležitou informací vypovídající o důvěře rodiče v kompetentnost speciálního pedagoga, je ztotožnění se s jeho radami. 19 % rodičů akceptuje rady speciálního pedagoga po každém střetnutí s ním, 58 % rodičů se radami řídí po většině setkání. I

tyto údaje podle naší interpretace dokazují, že u nadpoloviční většiny souboru rodičů lze identifikovat postoj svědčící o jejich přesvědčení o kompetentnosti speciálního pedagoga ve speciálně-pedagogické péči o jejich dítě.

Nepřímo lze usuzovat na názor rodičů o kvalitě sociálně-pedagogické péče z odpovědí na otázku, zda se na základě jejich zkušenosti speciálně-pedagogická péče v posledních letech zlepšuje. Kladně odpovědělo 64, 5 % rodičů.

Klíčovou odpověď ve vztahu k přijetí či odmítnutí hypotézy H1 lze nalézt v položce 16, v níž měli rodiče sdělit mínění na odbornou kompetenci speciálního pedagoga, který má v péči jejich dítě. Polovina rodičů (50 %) vyslovila názor, že speciální pedagog se ke svěřenému dítěti chová profesionálně vždy. Podle 43 % tak vystupuje ve většině případů.

V závěrečné položce testované hypotézy vyslovilo 93, 5 % rodičů přesvědčení, že jejich vnímá atmosféru vztah svého rodiče se speciálním pedagogem jako pozitivní.

Na základě výše uvedených údajů z výsledků testovaných položek hypotézu H₁ přijímáme jako potvrzenou.

H₂ Více než 50 % respondentů souboru rodičů se podílí na sestavování individuálního vzdělávacího plánu svého dítěte.

Hypotézu týkající se účasti rodičů vzdělávání dětí s SPU či ADHD ve škole byla testována na položkách 5 a 6. Individuální vzdělávací plán mají má vytvořeno 68 % dětí (N=21) ze sledovaného souboru rodičů. Rodiče všech dětí, které mají IVP stanoven, se na jeho tvorbě podílejí.

Hypotézu H₂ na základě uvedených výsledků přijímáme.

H₃ Nejčastější formou komunikace mezi rodiči a speciálními pedagogy je osobní kontakt.

Hypotéza byla testována na položce 10 dotazníku pro rodiče a položce 4 dotazníku pro speciální pedagogy. Z uvedených odpovědí vyplynulo, že osobní kontakt jako formu komunikace označilo 100 % rodičů i 100 % speciálních pedagogů.

Hypotézu H₃ považujeme za potvrzenou.

H₄ Více než 50 % respondentů souboru speciálních pedagogů přistupuje k rodičům z pozice suplementární komunikace, nikoli z nadřazené pozice odborníka k laikovi.

Platnost hypotézy byla testována na položkách 6, 7, 8 a 9 dotazníku pro speciální pedagogy.

Z odpovědí na položku 6 vyplynulo, že 42 % speciálních pedagogů se při nespolupráci rodičů pokusí o opakovaný kontakt. 15 % uvedlo, že se pokusí rodiče opakovaně kontaktovat e-mailem, 15 % telefonicky, 8 % přes třídního učitele a 8% přes žáka. Pouze 12 % uvedlo, že by využilo strohého postupu prostřednictvím úředního dopisu. Tento postup lze interpretovat jako nepřímý důkaz, že nadpoloviční většina speciálních pedagogů se snaží i přes odmítání spolupráce ze strany rodičů aplikovat „lidský“ přístup, když vůči nespolupracujícím rodičům nepostupují stroze úřednický nadřazeným způsobem.

Téměř 90 % (88, 8 %) speciálních pedagogů by uvítalo výcvik v komunikaci s rodiči, což lze považovat za důkaz, že speciální pedagogové přistupují k jednání s rodiči vážně a s plnou odpovědností. Tím, že se chtějí v oblasti komunikace s rodiči vzdělávat, vyjadřují snahu o co nejprofesionálnější přístup v této oblasti.

V položce 9 odpovídali speciální pedagogové na otázku, zda si myslí, že rodiče dbají na jejich rady a doporučení. Nadpoloviční většina speciálních pedagogů v odpovědích uvedla, že podle jejich názoru rodiče v určitých případech jejich doporučení respektují a v jiných ne („někdy ano, někdy ne“). Tento postoj lze podle našeho názoru interpretovat jako určitým způsobem paternalistický vůči rodičům, „postoj vědouceho odborníka k nepoučenému laikovi“, jež svědčí o neúplné důvěře v jejich ochotu, schopnosti či dovednosti aplikovat jejich doporučení.

Jelikož hypotéza H₄ nebyla prokázána ve všech testovaných položkách, hypotézu nepřijímáme za prokázanou.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřila na problematiku dětí s diagnostikovanou vývojovou poruchou učení nebo s diagnostikovaným syndromem poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Práce se v užším vymezení zabývala rolí speciálního pedagoga v reedukaci uvedených poruch. Hlavním cílem práce bylo posoudit a zhodnotit vzájemný speciálních pedagogů a rodičů dětí s SPU či ADHD. Cíle práce byly splněny. Za určitý handicap lze považovat asymetrii respondentů výzkumného šetření podle pohlaví – převážná většina respondentů byly ženy.

Úvodní kapitola se zaměřila na problematiku dětí s vývojovou poruchou učení (SPU). Speciální pedagog se v praxi nejčastěji setká s vývojovými poruchami čtení (dyslexie) a psaní (dysgrafie, dysortografie). Méně často jsou v jeho péči děti s poruchou motorické funkce (dyspraxie - děti s nízkou manuální zručností) či děti s poruchou kreslení (dyspinxie) nebo poruchami v oblasti hudební (dysmuzie). Uvedené poruchy jsou v moderním pojetí speciální pedagogiky či psychologie vymezovány jako poruchy vývoje učení pomocí běžných výukových metod ve specifické oblasti při průměrné inteligenci a přiměřené sociokulturní příležitosti. SPU tedy nejsou determinovány jinými poruchami, organickým onemocněním mozku, smyslovými vadami, neurologickým onemocněním nebo mentální retardací.

Reedukace poruch učení realizuje speciální pedagog především ve specializovaných třídách nebo individuální či skupinovou formou v poradenském pracovišti jako jsou pedagogicko-psychologické poradny či speciálně pedagogická centra. Při školách nebo samostatně vznikají dyscentra a nestátní organizace zaměřené na pomoc dětem s SPU. Speciální pedagog vychází při aplikování jednotlivých speciálně-pedagogických intervencí z pečlivé diagnostiky. K důležitým úkolům speciálního pedagoga patří schopnost motivovat ke spolupráci nejen samotné dítě, ale i jeho rodiče. Rodiče by měli být aktivně zapojeni do speciálně-pedagogické péče, neboť jsou to zejména oni, kdo s dítětem doma plní jednotlivé zadané úkoly. Jak vyplynulo z výsledků dotazníkového šetření, školy dávají rodičům prostor například tím, že se rodiče aktivně podílejí na vytváření individuálního vzdělávacího plánu.

Ve druhé kapitole jsme se věnovali dětem s diagnózou syndromu poruch pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Porucha je charakterizována příznaky, které lze rozdělit do

tří základních klastrů: nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Do prvního patří neschopnost dítěte dokončit úkoly, řídit se pokyny, naslouchat, udržet pozornost, chyby z nedbalosti, potíže s organizováním věcí, nesoustředivost, ztrácení věcí či zapomínání denních záležitostí. Do druhého patří nervózní poklepávání rukama a nohama na bázi méně vyjádřených tiků, neschopnost v klidu sedět, pocit neklidu, potíže s relaxací, upovídánost. Do třetího například vyhrkávání odpovědí dřív než dozní otázka učitele, neschopnost počkat, až na dítě přijde řada a skákání do řeči. Ačkoli se uvedené příznaky mohou zmírňovat s dozráváním CNS, často přetrvávají do adolescence i dospělosti. Podle výsledků moderního neurobiologického a genetického výzkumu se ADHD vyznačuje vysokou genetickou zátěží. Heritabilita ADHD kolísá mezi 0,75 a 0,98, což je vysoce signifikantní pro genetickou etiologii. Velkou roli v etiologii ADHD hraje dopaminový neurotransmiterový systém, zejména dopaminový receptor DRD 4, jehož polymorfismus hraje pravděpodobně klíčovou úlohu ve vyjádření symptomů ADHD.

Východiskem cílené reedukace je pro speciálního pedagoga analýza všech dostupných informací vyplývajících z diagnostiky dítěte, pečlivé odebrání rodinné a osobní diagnózy a cílená spolupráce s pediatrem. Reedukaci by neměl speciální pedagog zaměřit pouze na dítě, neboť jeho chování je výsledkem jeho osobnostních charakteristik v interakci se sociálním prostředím. Podobně jako u SPU je i u dětí s ADHD kvalitní spolupráce podle našeho názoru *conditio sine qua non* (nezbytnou podmínkou) úspěchu speciálně-pedagogické intervence. Pro dítě s ADHD je důležité, aby prostředí, v němž se speciálně-pedagogická péče odehrává, působilo harmonickým a klidným dojmem. V provedeném výzkumném šetření se prokázalo, že podle hodnocení většiny rodičů speciální pedagogové takové prostředí při péči o jejich dítě vytvářejí.

Třetí kapitola se zabývala systémem speciálně-pedagogické péče v České republice pro děti s SPU či ADHD. Na žáky s SPU a ADHD cílí zejména činnost speciálního pedagoga působícího přímo ve škole a v pedagogicko-psychologické poradně, případně ve speciálně-pedagogickém centru, ve středisku výchovné péče pak spíše pro děti s ADHD. Speciální pedagog ve škole může působit přímo jako učitel nebo jako součást školního poradenského pracoviště. Školní speciální pedagog se společně s vyučujícími a rodiči podílí na výše uvedeném sestavování individuálního vzdělávacího plánu a řídí se

zakázkami v prostředí konkrétní školy. Aby jeho činnost byla účelná a jeho znalosti ve škole náležitě využity, měla by být jeho role ve škole řádně vymezena a specifikována tak, aby se jeho činnost nepřekrývala s kompetencemi jiných pracovníků. To se týká např. i komunikace a spolupráce s rodiči dítěte.

Vztah speciálního pedagoga s rodiči lze označit za hlavní oblast výzkumné části diplomové práce. Cílem výzkumného šetření bylo zhodnotit kvalitu spolupráce speciálních pedagogů s rodiči. Výzkumné šetření se zaměřilo na zmapování názorů rodičů na činnost speciálních pedagogů při péči o jejich dítě, dále na zjištění názorů speciálních pedagogů na dodržování jejich doporučení ze strany rodičů a rovněž na zmapování vybraných oblastí souvisejících se vzděláváním dětí s SPU či ADHD. V posledně jmenované oblasti šlo především individuální vzdělávací program, o němž jsme ve vztahu k výsledkům výzkumu referovali výše.

Z výsledků dotazníkového šetření souboru rodičů vyplynulo, že ve sledovaném souboru rodičů se vykytuje ve většině případů kladný názor na profesionalitu a kompletnost speciálních pedagogů při péči o jejich dítě. Uvedené tvrzení lze podpořit následujícími zjištěními. Téměř 90 % rodičů konzultuje vzdělávání svého dítěte se speciálním pedagogem, což podle našeho názoru svědčí o skutečnosti, že rodiče považují rady a doporučení ohledně výuky svého dítěte za relevantní názory kompetentního odborníka. 92 % respondentů ze souboru rodičů je po konzultaci speciálním pedagogem vždy nebo většinou motivováno k další spolupráci. 81 % rodičů je přesvědčeno, že speciální pedagog se jejich dítě vždy nebo většinou věnuje s dostatečnou péčí. 77 % rodičů akceptuje rady a doporučení speciálního pedagoga po každém nebo většině proběhnutých konzultací.

Z dotazníkového šetření speciálních pedagogů považujeme za nejdůležitější výstup konstatování, že většina odborníků přistupuje k rodičům z pozice suplementární komunikace, nikoli z nadřazené pozice odborníka k laikovi. Tento závěr platí i přes skutečnost, že jsme nepotvrdili stanovenou hypotézu. Uvedené tvrzení o profesionálním přístupu speciálních pedagogů ve vztahu k rodičům lze podpořit následujícími zjištěními. Většina respondentů ze souboru speciálních pedagogů se v případě, kdy rodiče odmítají spolupráci, snaží o opakovaný neformální kontakt, kterému dávají přednost před úředním postupem. 90 % speciálních pedagogů by uvítalo výcvik v komunikaci s rodiči,

což lze považovat za důkaz, že speciální pedagogové přistupují k jednání s rodiči vážně a s plnou odpovědností. Nejednoznačně o vztahu speciálních pedagogů k rodičům vypovídá názor většiny respondentů o akceptaci jejich doporučení a rad rodičům. Zde nadpoloviční většina uvedla přesvědčení, že rodiče jejich doporučení nesdílejí vždy, ani většinou, ale jen v určitých případech. Odpovědi speciálních pedagogů lze interpelovat buď jako nižší míru sebedůvěry ve vlastní schopnosti, nebo jako určitou nedůvěru k hodnotícím soudům rodičů o vlastní kompetentnosti. Třetím možné vysvětlení se nabízí v konstatování o nižší důvěře v ochotu, schopnosti či dovednosti rodičů aplikovat jejich doporučení.

Výzkumné šetření přineslo základní zjištění o oboustranně kladném vztahu rodičů a speciálních pedagogů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ČÁP, D., KOUTNÁ, P., KREJČOVÁ, L., MERTIN, V., SLUŠNÁ, K., ŠTĚTOVSKÁ, I., FÉROVÁ, J. *Výchovné poradenství*. 1. vyd. Praha: Meritum, 2009. ISBN 978-80-7357-498-5.

ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.

FISHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

GÉRINGOVÁ, J. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. 1.vyd. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-394-3.

CHRÁSTKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

IRMIŠ, F. *Temperament a autonomní nervový systém*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-475-1.

JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd., Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Reedukace specifických poruch učení u dětí*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0645-3.

KAŠPÁREK, T., THEINER, P., FILOVÁ, A. *Neurobiologie hyperkinetické poruchy pohledem z obrazovacích metod*. 2013, roč. 109, č. 2, s. 27-34. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=868>

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.

KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek*. 2.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-632-2.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 6. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-922-4.

- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.
- KUCHARSKÁ, A., MRÁZKOVÁ, J., WOLFOVÁ, R., TOMICKÁ V. *Školní speciální pedagog*. 1.vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0497-8.
- MALÁ, E., HORT, VI., HRDLIČKA, M. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. REVIZE. *Duševní poruchy a poruchy chování*. Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80-85121-44-1.
- MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1.vyd., Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 80-04-25236-2.
- MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-625-X.
- MRÁZKOVÁ, J. *Profese školního speciálního pedagoga*. Závěrečná práce specializačního studia „Školní pedagogicko-psychologické služby. Praha: PedF UK, 2007.
- OPEKAROVÁ, O. *Kapitoly z výchovného poradenství*. 1.vyd. Praha: UJAK, 2007. ISBN 978-80-86723-35-8.
- PACLT, I. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.
- PAVLÍKOVÁ, E. *Raný vývoj a lehké mozkové dysfunkce*. In: PLAŇAVA, I., PILÁT, M (eds) *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. Praha: Barrister & Principal, 2002. ISBN 80-86598-36-5.
- PIPEKOVÁ, J. *Speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.
- PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178 –170 –3.
- RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001 ISBN 80-7262-140-8.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E. *Speciální pedagogika v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4369-1.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 4.vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.

ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-326-0.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. 11 vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-514-1.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS – IV, Fourth Edition, Published by the American Psychiatric Association Washington, DC, 2000, ISBN 0-89042-062-9.

VAŠEK, Š. *Špeciálnopedagogická diagnostika*. 1.vyd. Praha: UJAK, 2006. ISBN 80-86723-21-6.

Seznam použitých internetových zdrojů

Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. [online] MŠMT [cit. 2015-05-01] Dostupné z:

<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>

Vyhláška č. 412/2006 Sb. o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků. [online] MŠMT [cit. 2014-27-10] Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-412-2006-sb-ktou-se-meni-vyhlaska-c-317-2005-sb>

Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovních ve znění pozdějších předpisů [online]. MŠMT [cit. 2014-27-10]. Dostupné z:

<http://www.msmt.cz/dokumenty/aktualni-zneni-zakona-o-pedagogickych-pracovnicich-k-1-lednu>

SEZNAM ZKRATEK

ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
IVP	Individuální vzdělávací plán
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
SVPŠD	Specifické vývojové poruchy školních dovedností
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SPU	Specifické poruchy učení
SVP	Středisko výchovné péče

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Organizační struktura	39
--	----

Seznam tabulek

Tabulka 1- Věková struktura souboru rodičů	60
Tabulka 2- Nejvyšší dosažené vzdělání v souboru rodičů.....	60
Tabulka 3- Členění souboru rodičů dle diagnostikované SPU či ADHD jejich dítěte	61
Tabulka 4- Členění souboru rodičů dle typu navštěvované školy jejich dítěte	62
Tabulka 5- Individuální vzdělávací plán dítěte.....	63
Tabulka 6- Účast rodičů na sestavování individuálního vzdělávacího plánu jejich dítěte.....	64
Tabulka 7- Osobní asistent ve škole	64
Tabulka 8- Konzultování výsledků vzdělávání dítěte se speciálním pedagogem.....	65
Tabulka 9- Frekvence kontaktu rodiče se speciálním pedagogem	67
Tabulka 10- Forma komunikace rodiče se speciálním pedagogem	68
Tabulka 11- Motivace rodiče k pokračování spolupráce se speciálním pedagogem	69
Tabulka 12- Hodnocení kvality prostředí, v němž se konzultace rodičů se speciálním pedagogem odehrává	70
Tabulka 13- Hodnocení kvality práce speciálního pedagoga od rodičů.....	72
Tabulka 14- Akceptace doporučení speciálního pedagoga.....	74
Tabulka 15- Hodnocení kvality speciálně-pedagogických zařízení	75
Tabulka 16- Hodnocení odbornosti speciálního pedagoga.....	76
Tabulka 17- Hodnocení rodičů, jak jejich dítě vnímá atmosféru spolupráce se speciálním pedagogem.....	78

Tabulka 18- Věková struktura souboru speciálních pedagogů	79
Tabulka 19- Nejvyšší dosažené vzdělání v souboru speciálních pedagogů	79
Tabulka 20- Typ školského poradenského zařízení, v němž speciální pedagog působí.....	80
Tabulka 21- Forma komunikace speciálního pedagoga s rodiči.....	81
Tabulka 22- Iniciování kontaktu speciálního pedagoga s rodičem.....	82
Tabulka 23-Postup při nespolupráci	83
Tabulka 24- Motivace k výcviku/tréninku komunikace s rodiči	85
Tabulka 25- Názor na akceptaci doporučení a rad speciálních pedagogů ze strany rodičů	85
Tabulka 26- Motivování rodičů k další spolupráci	87
Tabulka 27- Čas věnovaný práci s klientem (dítětem)	89
Tabulka 28- Konzultace výsledků vzdělávání či výsledků diagnostiky s rodiči klientů	90
Tabulka 29- Frekvence setkání s rodiči klientů (dětí)	91
Tabulka 30- Návrh dalších možností komunikace s rodiči.....	93

Seznam grafů

Graf 1- Členění souboru rodičů dle diagnostikované SPU či ADHD jejich dítěte...	62
Graf 2- Individuální vzdělávací plán dítěte	63
Graf 3- Osobní asistent/ asistent pedagoga ve třídě u dětí s SPU, dysfázií či ADHD	65
Graf 4- Konzultování výsledků vzdělávání dítěte se speciálním pedagogem	66
Graf 5- Frekvence kontaktu rodiče se speciálním pedagogem	67
Graf 6- Motivace rodiče k pokračování spolupráce se speciálním pedagogem.....	70

Graf 7- Hodnocení kvality prostředí, v němž se konzultace rodičů se speciálním pedagogem odehrává	72
Graf 8- Hodnocení kvality práce speciálního pedagoga od rodičů.....	73
Graf 9- Akceptace doporučení speciálního pedagoga	75
Graf 10- Akceptace doporučení speciálního pedagoga	77
Graf 11- Forma komunikace speciálního pedagoga s rodiči	81
Graf 12- Iniciování kontaktu speciálního pedagoga s rodičem	83
Graf 13- Postup při nespolupráci	84
Graf 14- Názor na akceptaci doporučení a rad speciálních pedagogů ze strany rodičů	86
Graf 15- Motivování rodičů k další spolupráci.....	88
Graf 16- Konzultace výsledků vzdělávání či výsledků diagnostiky s rodiči klientů	91
Graf 17- Frekvence setkání s rodiči klientů (dětí)	92

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A- Dotazník pro rodiče.....	I
Příloha B- Dotazník pro speciální pedagogy.....	VII

- c) dysortografie
- d) dyskalkulie
- e) dyspraxie
- f) dysmuzie
- g) dyspinxie
- h) jiný

6. Jaký typ základní školy Vaše dítě navštěvuje ?

- a) běžná ZŠ
- b) speciální ZŠ
- c) alternativní ZŠ
- d) jiná

7. Je pro Vaše dítě sestaven IVP ?

- a) ano
- b) ne

8. Podílíte se na sestavení IVP Vašeho dítěte ?

- a) ano
- b) ne

9. Má Vaše dítě osobního asistenta ?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Konzultujete výsledky vzdělávání Vašeho dítěte se speciálním pedagogem či osobním asistentem (pokud ho Vaše dítě má)?

- a) ano
- b) ne

11. Jak často jste v kontaktu se speciálním pedagogem / osobním asistentem/ Vašeho dítěte ?

- a) 1x týdně
- b) 1x měsíčně
- c) 2x měsíčně
- d) 1x za ¼ roku
- e) jinak
- f) nikdy

12. Vaše komunikace se speciálním pedagogem, který má v péči Vaše dítě, probíhá formou :

- a) e-mailu
- b) sms

- c) telefonicky
- d) zápisníku
- e) osobního kontaktu

13. Máte po konzultaci se speciálním pedagogem chuť k další práci s Vaším dítětem?

- a) vždy ano
- b) většinou ano
- c) někdy ano, někdy ne
- d) většinou ne
- e) nikdy

14. Probíhají konzultace se speciálním pedagogem v příjemném a klidném prostředí ?

- a) vždy ano
- b) většinou ano
- c) někdy ano, někdy ne
- d) většinou ne
- e) nikdy

15. Myslíte si, že se speciální pedagog dostatečně věnuje Vašemu dítěti ?

- a) vždy ano
- b) většinou ano

c) někdy ano, někdy ne

d) většinou ne

e) nikdy

16. Ztotožňujete se s radami (doporučeními) speciálního pedagoga ?

a) vždy ano

b) většinou ano

c) někdy ano, někdy ne

d) většinou ne

e) nikdy

17. Myslíte si, dle osobní zkušenosti, že se péče ve speciálně pedagogických zařízeních v posledních letech zlepšuje ?

a) ano

b) ne

a) nevím

18. Myslíte si, že speciální pedagog, ke kterému chodíte, je odborník ve své profesi ?

a) vždy ano

b) většinou ano

c) někdy ano, někdy ne

d) většinou ne

e) nikdy

19. Navrhněte další možnosti komunikace se speciálním pedagogem ?

.....

20. Atmosféra Vašeho vztahu se speciálním pedagogem je vnímána Vaším dítětem ?

a) pozitivně

b) negativně

c) jinak

d) telefonicky

e) zápisníku

f) jinak

6. Kdo je nejčastěji iniciátor Vašeho kontaktu ?

a) Vy

b) rodič

c) škola

7. Jaký je Váš obvyklý postup, pokud rodiče klienta nereagují na Vaše pokusy o kontakt ?

.....

8. Uvítali byste nějaký typ tréninku či výcviku v komunikaci s rodiči dětí ?

a) ano

b) ne

c) nevím

9. Myslíte si, že rodiče dbají na Vaše rady ?

a) vždy ano

b) většinou ano

c) někdy ano, někdy ne

d) většinou ne

e) nikdy

10. Snažíte se při konzultaci rodiče, ho namotivovat k další spolupráci ?

- a) vždy ano
- b) většinou ano
- c) někdy ano, někdy ne
- d) většinou ne
- e) nikdy

11. Jak velkou časovou dotaci věnujete práci s dítětem /odhadněte průměrně/?

.....

12. Kolik dětí máte v péči?

.....

13. Konzultujete výsledky vzdělávání /diagnostiky/ s rodiči klientů ?

- a) vždy ano
- b) většinou ano
- c) někdy ano, někdy ne
- d) většinou ne
- e) nikdy

14. Jak často máte osobní schůzku s rodiči klientů ?

.....

15. Navrhněte další možnosti komunikace s rodiči klientů ?

.....

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Ing. Helena Klasová

Obor: Speciální pedagogika - učitelství

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Vztah speciálního pedagoga s rodinou s dítětem s SPU či ADHD

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 111

Celkový počet stran příloh: 10

Počet titulů českých použitých zdrojů: 31

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: Mgr. Jana Tomanová, Ph.D.