



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

VÝCHOVA DĚTÍ S ADHD Z POHLEDU PŘEDŠKOLNÍHO PEDAGOGA

Vypracovala: Kateřina Vušková
Vedoucí práce: PaedDr. Helena Havlisová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích, 17. dubna 2018

.....

Kateřina Vušková

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří PaedDr. Heleně Havlisové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala. Dále bych ráda poděkovala předškolním pedagogům z běžných mateřských škol a především své rodině a manželovi, kteří mě podporovali a pomáhali s hlídáním mé dcery při psaní této práce.

ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem *Výchova dětí s ADHD z pohledu předškolního pedagoga* je ve své teoretické části rozdělena na tři hlavní kapitoly. První kapitola shrnuje charakteristiku syndromu ADHD, vymezuje pojem tohoto onemocnění, popisuje jeho projevy, příčiny vzniku a terapii. Druhá kapitola se zaměřuje na charakteristiku celkového vývoje předškolního dítěte. Poslední třetí kapitola teoretické části popisuje vzdělávání v mateřských školách. Praktická část zobrazuje výsledky výzkumného šetření. Snažila jsem se zjistit, jaké zkušenosti mají předškolní pedagogové s dětmi s diagnózou ADHD. Pro praktickou část jsem zvolila kvalitativní šetření. Pro sběr dat byly zvoleny polostrukturované rozhovory.

KLÍČOVÁ SLOVA

ADHD, dítě v předškolního věku, předškolní pedagog, běžná mateřská škola

ABSTRACT

The theoretical part of this bachelor thesis with the name The Education of Children with ADHD From the Perspective of a Pre-school Teacher is divided to three main chapters. The first chapter summarizes the characteristics of ADHD syndrome, the definition of ADHD, its appearances, the causes of this disease and its therapy. Second chapter focuses on the characteristics of overall development of a pre-school child. The last, third chapter of the theoretical part of this bachelor thesis, describes the education in kindergartens. The practical part presents the results of my research. I tried to find out what experiences have the pre-school pedagogues with children with the ADHD diagnosis. I chose a qualitative survey for the practical part. For data collection were selected semi-structured interviews.

KEY WORDS

ADHD, child in pre-school age, pre-school teacher, ordinary kindergarten

OBSAH

ÚVOD	8
I. Teoretická část.....	9
1. CHARAKTERISTIKA ADHD.....	10
1.1 Vymezení pojmu ADHD	10
1.2 Projevy ADHD	11
1.3 Výskyt a příčiny ADHD	12
1.4 Vyšetření dětí s ADHD	14
1.5 Terapie	14
2. CHARAKTERISTIKA DÍTĚTE V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU	17
2.1 Rozvoj motoriky	18
2.2 Tělesný vývoj a růst.....	18
2.3 Percepční a kognitivní vývoj.....	19
2.4 Vývoj řeči a jazyka	20
2.5 Emoční vývoj a socializace	21
2.6 Nástup dítěte do MŠ	21
3. VZDĚLÁNÍ V MATEŘSKÉ ŠKOLE	23
3.1 Rámcový vzdělávací program.....	24
3.1.1 Cíle předškolního vzdělávání	24
3.1.2 Školní vzdělávací program	26
3.1.3 Vzdělávací obsah	27
3.2 Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.....	28
II. Praktická část.....	30
4. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
4.1 Cíl práce.....	31
4.2 Výzkumné otázky	31

5. METODOLOGIE	32
5.1 Organizace a průběh výzkumného šetření	33
6. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	35
6.1 Interpretace rozhovoru s předškolními pedagogy.....	35
6.2 Identifikační údaje pedagogů zpracovány do tabulek	44
7. DISKUZE	46
ZÁVĚR.....	51
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	53
SEZNAM TABULEK.....	55
SEZNAM PŘÍLOH	56

ÚVOD

Při psaní své bakalářské práce jsem vycházela ze svých vlastních zkušeností, které jsem nasbírala jednak v průběhu celého studia, jednak při odborné praxi, kterou jsem měla možnost vykonávat v rámci běžných i speciálních mateřských škol. Zde jsem se setkala s celou řadou dětí s různými diagnózami. Nejvíce mě oslovila práce s dětmi s diagnózou ADHD v prostředí běžné mateřské školy. Právě zde jsem si uvědomila obtížnost práce s těmito dětmi. Na základě této zkušenosti jsem se rozhodla věnovat právě problematice výchovy dětí s ADHD z pohledu předškolního pedagoga.

O problematice syndromu ADHD v dnešní době existuje celá řada publikací, které se tomuto pojmu věnují z různých úhlů pohledů. Dle mého názoru již z množství odborné i laické literatury vyplývá, že se čím dál více setkáváme s diagnózou ADHD. Nejen odborníci jsou schopni rozeznávat abnormální projevy chování, které jsou spojeny s výskytem syndromu ADHD, ale ani široké veřejnosti není tento pojem cizí. Otázkou zůstává, jakým způsobem se k této problematice staví samotní rodiče dětí, a zda nepřevládá snaha připisovat dané příznaky jen zvýšené aktivitě, což souvisí s vyhnutím se přímé diagnostice syndromu ADHD.

Hlavním cílem této práce bylo popsat zkušenosti předškolních pedagogů s dítětem s diagnózou ADHD. K tomuto cíli bylo stanoveno šest výzkumných otázek, jež se staly podkladem pro realizaci polostrukturovaného rozhovoru, který byl využit jako metoda kvalitativního výzkumného šetření této bakalářské práce.

V teoretické části, rozdělené do tří základních kapitol, jsem se zaměřila na charakteristiku ADHD a vymezení pojmu tohoto onemocnění. Je zde také popsána diagnostika s možnou prevencí a medikací, které s sebou postižení přináší. V druhé kapitole se věnuji celkovému vývoji předškolního dítěte. Vývoj je dále rozdělen do tří oblastí podle věkových skupin. Poslední část popisuje vzdělávání dětí v mateřské škole. Na konci teoretické části představuji rámcový vzdělávací program, jeho náležitosti a možnosti vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.

I. Teoretická část

1. CHARAKTERISTIKA ADHD

1.1 Vymezení pojmu ADHD

ADHD (Attention deficit hyperaktivity disorder) je označení pro osoby s poruchou pozornosti doprovázenou hyperaktivitou. Označení ADHD vzniklo z původní zkratky ADD (Attention deficit disorder), která označovala osoby pouze s poruchou pozornosti (Škvorová, Škvor, 2003).

ADHD je poměrně novodobý termín. Dříve vymezovala tento pojem zkratka LDM (lehká mozková dysfunkce) nebo starší LDE (lehká dětská encefalopatie). Děti s diagnózou LMD byly označovány jako psychomotoricky instabilní. Podle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, verze 10), se porucha ADHD řadí mezi hyperkinetické poruchy (F90).

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je neurobiologická porucha, která se vyznačuje především poruchou pozornosti, impulzivním chováním a zvýšenou fyzickou aktivitou, a to způsobem častějším a intenzivnějším než u jiných dětí stejného věku nebo podobné vývojové úrovně.

Hyperkinetické poruchy zahrnují hyperaktivní poruchu pozornosti a impulzivitou. K určení diagnózy je nezbytná přítomnost hyperaktivity i poruchy pozornosti. Dle MKN-10 se hyperkinetické poruchy rozlišují na dva typy: 1. Hyperkinetickou poruchu chování, 2. Poruchu aktivity a pozornosti.

Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (DSM) uvádí zkratku ADHD, která plně nahradila diagnózu LMD i hyperkinetickou poruchu. Hlavním rozdílem mezi hyperkinetickou poruchou a ADHD jsou mírnější kritéria při stanovování diagnózy ADHD. Statistiky výskytu ADHD za posledních pár let uvádí zvýšený počet dětí s touto diagnózou. Pro diagnostiku dítěte stačí, aby trpělo pouze poruchami pozornosti bez hyperaktivity a impulzivity, anebo hyperaktivitou a impulzivitou bez poruchy pozornosti (Drtílková, 2007).

Symptomy ADHD jsou obvykle více evidentní u dětí školního věku. Častěji se vyskytují u chlapců než u dívek (poměr 3:1), a mají tendenci přetrvávat do dospělosti.

ADHD patří mezi tři nejčastější duševní poruchy u dětí a dospívajících (Gianluigi, 2017).

Pro dříve používaný pojem LMD uvádí Clements (1966) nejčastější znaky ADHD:

- 1) hyperaktivita
- 2) percepčně motorické oslabení
- 3) emoční labilita
- 4) poruchy pozornosti
- 5) impulzivita
- 6) porucha paměti a myšlení
- 7) specifické poruchy výukové (učení)
- 8) poruchy řeči
- 9) neurčité známky neurologické a nepravidelnosti na EEG

Existují posuzovací stupnice dle C. Connersové (1969), podle kterých hodnotí dítě jak pedagogové, tak rodiče. Vznikly tak dvě škály. První škála je určena pro rodiče a obsahuje čtyřicet osm položek. Druhá škála je určena pro učitele a obsahuje dvacet osm položek. Frekvenci příznaků a impulzivitu hodnotí rodiče či učitelé na stupnici od nuly do tří. Bezpříznakovost je hodnocena nulou. Nápadně častý výskyt příznaků je spojován se stupněm tři.

V další posuzovací škále (Černá, 1964) je posuzována motorická aktivita, slovní koprodukce, sociabilita, pozornost, náladovost, agresivita, vzhled a úprava, citová vzrušivost, postavení v kolektivu, sebehodnocení, sociální adaptabilita, kvalita jídla a spánku. Hodnocení je opět na stupnici od nuly do tří. V této škále můžeme pozorovat výkyvy v chování a reakci dítěte (Černá, 1999).

1.2 Projevy ADHD

Diagnóza LMD nejčastěji zahrnuje projevy jako je např. větší unavitelnost a únava, neadekvátní reagování, poruchy hrubé a jemné motoriky (problémy s motorickou nebo grafomotorickou neobratností), emoční poruchy (např. střídání nálad, sklon k afektivitě až k agresivitě, nižší schopnost empatie), poruchy pozornosti (netrpělivost, těkavost), problémy s myšlením (potíže s postoupností, chaotické uvažování) a krátkodobou pamětí (Žáčková, Jucovičová, 2003).

Mezi typické projevy dětí s ADHD, jež je provázené hyperaktivitou, patří impulzivita, sebeovládání, vysoká míra aktivity, agresivita, sociální nevyzrálость, malá sebeúcta a potíže s přechodem k jiné činnosti. Takovéto děti jsou často netrpělivé, vyrušují a skáčou do řeči. Nejprve jednájí, poté přemýšlí a v důsledku tohoto zbrklého jednání se často zraní (Černá, 1999).

Je důležité zdůraznit, že každé dítě je jedinečné. Malé dítě má nepředvídatelné chování, proto nelze vždy přesně určit a poukázat na nějaký problém (Riefová, 1999).

Nápadné je, pokud má dítě neadekvátní chování v porovnání se stejně starými dětmi. Děti s podezřením na diagnózu ADHD bývají ve školce většinou popisovány jako neukázněné, nadměrně divoké, agresivní, rychle střídající zájmy a hry. Často také kazí kamarádům společné hry a rády ničí hračky. Zásadní problém nastává v okamžiku nástupu dítěte do základní školy, kde musí dodržovat pravidla a podřizovat se školnímu režimu. Již v tomto období se často objevují příznaky typické pro hyperkinetické poruchy: poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity (Drtílková, 2007).

1.3 Výskyt a příčiny ADHD

Porucha pozornosti s hyperaktivitou postihuje větší procento chlapců než dívek. U dívek převažuje větší procento poruchy pozornosti bez hyperaktivity. V České republice je dle statistik několik desítek tisíc dětí školního věku s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (Škvorová, Škvor, 2003).

V současné době nejsou známy přesné příčiny ADHD. Nejčastěji jsou příčiny připisovány dědičnosti nebo jiným biologickým faktorům.

Mezi možné příčiny mohou spadat:

- **biologické/fyziologické příčiny**

Dle lékařů se jedná o neurologickou poruchu postihující část mozku, který zpracovává impulzy, třídí smyslové vjemy a schopnosti koncentrace. Odborníci se domnívají, že lidé s ADHD mají nedostatek přenašečů signálu mezi neurony, které umožňují soustředění se na jednu věc. S tím souvisí také upozadění ostatních podnětů.

- **genetické příčiny**

ADHD se často objevuje v celé rodině (dítě, rodič, sourozenec, prarodič či jiný člen rodiny).

- **komplikovaný porod a problémové těhotenství**

- **strava**

Jedná se o doposud nepotvrzenou příčinu.

- **užívání drog a alkoholu matky během těhotenství**

- **otrava olovem** (Riefová, 1999)

K ADHD mohou být přidružené i jiné poruchy, např. těžké dysfunkce, dětské mozkové obrny či epilepsie (Černá, 1999).

Dle statistik mají muži s hyperkinetickou poruchou pětkrát vyšší pravděpodobnost než ženy, že u jejich dětí bude stanovena stejná diagnóza jako u nich. Jednovaječná dvojčata mají vyšší pravděpodobnost vzniku hyperkinetické poruchy než dvojvaječná dvojčata. Studie potvrzují, že matky, které během těhotenství kouřily, nesou zvýšené riziko vzniku ADHD u svých dětí. Vznik ADHD může být způsoben i vlivem prostředí, ve kterém dítě vyrůstá (Drtílková, 2007).

Nejčastější příčiny této poruchy mohou zasáhnout v době před porodem a kolem porodu. V perinatálním období je dítě nejvíc ohroženo.

Z výzkumu Třesohlavové (1973) a Bernsteina (1974), kteří zkoumali děti školního věku, vyplývá, že u velkého procenta dětí s ADHD se vyskytovaly komplikace v době těhotenství a porodu.

Z. Matějček (1972) zjistil, že příčinou vzniku ADHD je poškození mozku v prenatálním a perinatálním období vývoje, a že mohou přispívat i genetické vlivy (Černá, 1999).

1.4 Vyšetření dětí s ADHD

Diagnózu by měl potvrdit dětský psychiatr spolu s dalšími specialisty, nikoliv pediatr. O podrobnější vyšetření dítěte mohou žádat pedagogové, školní psychologové i školy spolupracují s pedagogicko-psychologickými poradnami (Drtílková, 2007).

Stanovení diagnózy

Nejnápadnějším příznakem ADHD v raném dětství je impulzivita, agresivita a výrazné kolísání nálad. Častá je vývojová opožděnost a omezené mezilidské vztahy. Dalším typickým znakem bývá neklid.

Při vyšetření zkoumáme typické symptomy, kterými jsou neustálá potřeba k pohybu a nadměrné vynakládání síly (dítě křičí, běhá, poskakuje). Dále jsou výrazné sklony k stereotypům (škrábání, houpání, tiky), snížené schopnosti soustředění a vytrvalosti. Děti se nechají snadno podráždit, rozptýlit a mají velkou touhu po prožitku. Necítí strach z nebezpečí a nejsou schopny dodržovat pravidla soužití. Vyšetření probíhá pozorováním a kladením otázek. Např.:

- *Projevuje se neklid vždycky a při všech příležitostech? (Kdy se dokáže zklidnit?)*
- *Kdy se u dítěte neklid projevil? (předškolní, školní věk?)*
- *Bylo novorozeně plačtivé?*
- *Vydrží v poklidu sedět na klíně? (Nechá se vést za ruku?)* (Prekopová, Schweizerová, 1994)

1.5 Terapie

Nejlepší terapií je prevence. Hyperaktivita by se u dítěte nemusela objevit, kdyby bylo včas zakročeno. Nejdůležitější je podpora rodičů. Je nutné vzdělávat rodiče, aby při vyvstání problému uměli správně reagovat a s chladnou hlavou vychovávat. Dítě musí cítit autoritu a respekt k dospělé osobě. Výchova, která je založena na lásce a úctě k vyššímu řádu, je nejúčinnější prevencí všech psychosomatických a psychických onemocnění (Drtílková, 2007).

Tato porucha je často pro rodinu velkým břemenem. Zvláštní chování dítěte rodina považuje často z nevědomosti za chyby ve výchově. K těžké roli výchovy dítěte s

ADHD se přidružuje i odmítavý postoj okolního světa, který může vést k psychickému tlaku na všechny členy rodiny (Čambalová, 2016).

Známý dětský psycholog profesor Matějček radí: *„Je třeba zařídit věci tak, aby je dítě udělalo dobře a my je za to mohli pochválit. Tresty, výčitky a vynucené sliby zde nepomohou, protože náprava není věcí jeho dobré vůle.“* (Drtílková, 2007, Praha, str. 65).

Prevence by se měla týkat včasného nastavení řádu, pravidel, zvolení dostatku aktivit pro jemnou a hrubou motoriku, dostatečné informovanosti a vzdělavatelnosti rodičů dítěte (Prekopová, Schweizerová, 1999).

Rodiče by měli spolu s terapeuty nastavit vhodný dlouhodobý režim, který budou dodržovat spolu s dítětem (Drtílková, 2007).

Pokud jsou projevy ADHD výrazné již v předškolním věku, je dobré zvážit odklad školní docházky o jeden školní rok. Předškolní pedagogové by měli podle Riefové (2007) jako první zaznamenat problémy u dítěte. *„V mateřské škole je nutné děti učit všemu – každému požadavku na chování u každé sociální dovednosti. Každý požadovaný vzorec chování je nutné vysvětlit, názorně předvést a procvičovat tak dlouho, dokud děti přesně nevědí, co se po nich požaduje.“* (Riefová, 2007, str. 164)

Psychologické a výchovné vedení může ovlivnit některé druhy poruch chování. Mezi léčebné postupy patří rodičovské poradenství, psychoterapeutická opatření a medikamentózní léčba. Úzká spolupráce rodičů, terapeutů, učitelů či odborných lékařů je nezbytná.

Farmakologická léčba je vhodná, pokud pedagogicko-psychologická opatření nejsou dostačující. Každé dítě je nutné vyšetřit a nastavit správnou léčbu individuálně. Při zahájení farmakoterapeutické léčby nastává zkušební období, při kterém se lékař snaží najít nejvhodnější lék a vhodné dávkování, které dítě potřebuje. Nutný je individuální přístup. Díky farmakologické léčbě dochází ke zklidnění dítěte, následkem čehož dochází k zlepšení vztahu mezi rodičem a dítětem. Dítě se dokáže lépe soustředit na školní práci a učitelé mohou s dítětem snáz pracovat.

Existují dvě hlavní kategorie léků, které jsou podávány při léčbě ADD/ADHD:

- 1) stimulancia – posilují přenašeče signálů mezi neurony v mozku

- 2) tricyklická antidepresiva – spočívají ve stejném principu jako stimulancia. Jsou předepisovány dětem s ADD/ADHD se sklonem ke klinické depresi (Riefová, 1999)

Psychostimulace tlumí hyperaktivitu a neklid. U zdravého jedince mají ale opačný efekt – podporují aktivitu a tlumí potřebu spánku. Kvůli právě popsanému efektu dochází ke zneužívání tohoto léčiva. Proto je vydáván pouze na lékařský předpis. Toto léčivo není návykové, pokud ho užívá jedinec s hyperkinetickou poruchou. Léčba psychostimulací bývá účinná u sedmdesáti až devadesáti procent, pokud má dítě přesně určenou diagnózu.

V České republice je předepisován Ritalin. Účinek tohoto léku trvá tři až čtyři hodiny, proto je doporučováno podávat jednu až dvě tablety dopoledne, aby bylo dítě soustředěné ve škole (Drtílková, 2007).

Ritalin zlepšuje koncentraci a tlumí neklid (Riefová F. Sandra, 1999).

Mezi vedlejší účinky Ritalinu patří nechutenství a poruchy vnímání. V USA je předepisován přípravek Strattera či Concerta.

Alternativní léčba spočívající ve vysazení různých druhů potravin a alergenů dosud nebyla potvrzená jako účinná (Drtílková, 2007).

Farmakoterapie je nejúčinnější, pokud dochází k propojení správné výchovy, zejména ze strany rodičů, a vhodného výběru léku ze strany lékaře (Riefová, 1999).

2. CHARAKTERISTIKA DÍTĚTE V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Předškolní období je období před nástupem na základní školu, tedy od narození dítěte do šesti let věku dítěte (Langmeier, Křejičřová, 1998).

Dítě v tomto věku prochází mnoha změnami, a to v oblasti psychické, sociální i fyzické. Lisá a Kňourková (1986) uvádí: *„Období předškolní je nejpozoruhodnější etapou vývoje lidského jedince, spojuje vše, co bylo u dítěte vrozeno s tím, co se výchovou a učením stane zlatým mostem k budoucí dospělé osobnosti. Je to doba, na kterou si v dospělosti vzpomínáme, ke které se vracíme, která zanechává v naší paměti mnohé stopy.“* (Lisá, Kňourková, 1986, str. 174).

Každé dítě, stejně jako každý dospělý jedinec, má tělesné a psychické potřeby. Tyto základní potřeby musí být naplňovány, aby děti prospívaly a vyvíjely se. Mezi základní tělesné potřeby patří čistota, teplo, ošacení, přístřeší, ochrana, výživa, preventivní zdravotní péče, přiměřená aktivita a odpočinek. Do základních psychických potřeb spadá důslednost, láska, výchova, pevné vztahy, bezpečí, důvěra a přijímání etnických vývojových či kulturních odlišností. Důležité je, aby se naplňovaly i další potřeby, a to zejména potřeba učit se (v předškolním věku se preferuje učení hrou) a potřeba úcty a sebevědomí.

Většina dětí postupuje typickým vývojem. Jsou ale i děti, které postupují atypickým vývojem. Jedná se o děti s vývojovými rozdíly, opožděným vývojem či vývojovými odchylkami. Vývoj u těchto dětí je nestálý a neúplný (Allen, Marotz, 2005).

Předškolní děti bývají zvědavé, nadšené, plné energie a mají své názory, které jsou podle nich pravdivé. Předškolní děti si rády hrají. Tříleté děti naslouchají rodičům a učitelům, jsou vytrvalé, klidné a poslušné. Čtyřleté dítě se často hádá s rodiči, klade neustále nějaké otázky, vyžaduje pohotovou odpověď, snaží se pomáhat rodičům i učitelům. Pětileté dítě se dokáže ovládat i zamyslet. Má velkou chuť se vše naučit, vše prozkoumat a vyzkoušet. Dává na sebe pozor a chápe, co se může stát, když na sebe nebude opatrný (Allen, Marotz, 2005).

2.1 Rozvoj motoriky

Motorický vývoj předškolního dítěte je označován za období neustálého zdokonalování rozvoje a pohybové koordinace (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Tento vývoj vypovídá o schopnosti dítěte ovládat různé části těla a pohybovat se. Závisí na příležitostech k procvičování motoriky, smyslovém vnímání, zralosti mozku, zdravém nervovém systému a množství svalových vláken.

Tříleté dítě je schopné vyjít i sejít schody bez pomoci dospělého, vydrží stát na jedné noze, poskakuje na místě, stravuje se samo, dokáže chytit velký míč, rádo se pomalu houpe na houpačce a je schopné držet pastelku ukazováčkem, prostředníčkem a palcem.

Čtyřleté dítě je schopné lézt po žebříku, zajímají ho dětské prolézačky, dokáže překreslit písmena a tvary, rádo maluje – výsledek někdy nevypadá dle představ dítěte, zdokonaluje se v běhu, hází míč horem, dokáže zamířit hod míčem a je schopné vymodelovat jednoduché objekty, zvířátka – například hada apod.

Pětileté dítě je schopné přejít přes kladinu, udělat kotrmelec, správně přešlapuje – přes patu ke špičce, dovede jít pozpátku, vydrží stát déle na jedné noze, umí vymalovávat omalovánky, dítěti je již známá stranová vyhraněnost (lateralita), může umět skákat přes švihadlo, zdokonaluje se ve stavbě z kostek, některé děti jsou schopné jezdit na malém kole.

2.2 Tělesný vývoj a růst

Jedná se o specifické tělesné změny, přírůstky váhy, výšky, apod. U předškolních dětí je tempo růstu zpomalené.

U tříletého dítěte se tělesný růst zpomaluje – průměrně je to o pět až sedm centimetrů za rok. Dítě v tomto věku má již všechny první (tzv. mléčné) zuby, obvod hlavy a obvod hrudníku se shoduje, tělesná teplota je v rozmezí 35,5 až 37,4 °C, průměrná váha je 13 až 17 kilogramů, tepová frekvence bývá v rozmezí 90 až 110 tepů za minutu, dětské břicho bývá ploché, vzpřímený postoj, zraková ostrost – 20/40 dle Snellových optotypů.

Čtyřleté dítě měří průměrně 101 až 114 centimetrů, váží průměrně 14 až 18 kilogramů, tepová frekvence bývá 90 až 110 tepů za minutu. Od čtvrtého roku věku dítěte se již obvod hlavy neměří, zraková ostrost bývá 20/30 dle Snellových optotypů.

Pětileté dítě měří průměrně 107 až 117 centimetrů, váží průměrně 17 až 20 kilogramů. Velikost hlavy dítěte bývá shodná s velikostí dospělého jedince. U některých pětiletých dětí již dochází k výměně zubů – vypadávají mléčné zuby. Dítě má v tomto věku výbornou prostorovou orientaci, vlivem binokulárního vidění (obě oči přijímají stejné informace a posílají do mozku jeden obraz) (Allen, Marotz, 2005).

2.3 Percepční a kognitivní vývoj

Jde o schopnost dítěte využívat informací získaných prostřednictvím základních lidských smyslů: hmatu, čichu, zraku, chuti, sluchu a vnímání pozice těla. Při narození jsou každému dány základy percepčního systému (Allen, Marotz, 2005).

Piaget a Szemiňská uvádí, že předškolní dítě neumí rozpoznat stejné množství materiálu v různých tvarech nádob (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Předškolní dítě vnímá svět globálně, vše zobecňuje a nezabývá se hlubší analýzou (Svobodová, 2010).

Tříleté dítě si rádo prohlíží knížky, „čte si“ (povídá si na základě předchozí znalosti knížky, příp. podle obrázků si samo vymýšlí příběh), ukazuje na obrázky. Dítě v tomto věku umí rozeznat základní barvy, vnímá různé tvary či velikosti, zvládne samo uklidit hračky, poslouchá pohádky – dokáže vést diskuzi na dané téma. Rozvíjí se v kreslení – snaží se napodobit jednoduché tvary (čtverce, kruhy). Dokáže roztřídit předměty podle velikosti, tvarů a barvy. Umí si hrát realisticky – jezdí s autíčkem (nápodoba zvuku motoru), stará se o panenku (Allen, Marotz, 2005).

U čtyřletého dítěte se kognitivní vývoj posouvá z úrovně předpojmové na úroveň názorového myšlení (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Chápe režim dne (vstávání, hygiena, snídaně, školka, svačina, oběd, spánek, domov, večeře, hygiena, spánek). Dítě v tomto věku je velmi zvědavé, zajímá se o funkčnost různých věcí, zvládne napočítat do dvaceti i více, má rádo různé hádanky, vtipy a stolní

hry (pexeso, puzzle). Rozeznává podobně znějící slova – růže/kůže, květ/svět a chápe rozdíly - méně/více, největší/nejvyšší, nejmenší/nejnižší. Děti jsou schopné stavět z kostek různé pyramidy, domy, garáže, hrady – dokážou si samy dlouho hrát.

Pětileté dítě umí třídít předměty dle tvarů, velikosti a barvy. Dokáže složit dohromady rozstříhaný trojúhelník, obdélník či čtverec, rozděluje věci dle stejných rysů. Zná rozdíl mezi zeleninou a ovocem, dokáže pojmenovat různá zvířata, dopravní prostředky, zaměstnání, atd. Zvládne rozpoznat písmena a číslice – může je umět už i používat. Vystřihávání není dokonalé, ale jednoduché tvary dítě vystřihnout dokáže (Allen, Marotz, 2005).

2.4 Vývoj řeči a jazyka

Děti si postupně osvojují gramatická pravidla, slovní zásobu a schopnost vyjádření svých názorů a myšlenek (Allen, Marotz, 2005).

„Zatímco tříleté dítě má slovní zásobu okolo sedmi set až devíti set slov, pětileté už bezpečně ovládá i dva tisíce slov.“ (Lisá, Kňourková, 1986, str. 184)

Tříleté děti často vyprávějí, co jejich nejbližší v posledních dnech dělali (například: maminka pekla koláč). Často kladou otázky, projevují zájem se dozvědět více informací o něčem nebo o někom, a rády vyžadují pozornost. Tříleté dítě používá tři sta až tisíc slov. Zpívá písničky a dokáže si rychle zapamatovat novou básničku. Dítě v tomto věku často používá ve větě několik přívlastků, například: „Viděl jsem velkého černého psa.“

Čtyřleté dítě již užívá předložky, přívlastňovací zájmena a vytváří složitá souvětí. Dokáže se představit celým jménem, vypráví o svých zájmech a rádo povídá o své rodině, plně používá minulý čas. Zvládá změnit svůj hlas dle přání posluchače, zpívá rádo písničky.

Pětileté dítě je schopno podle obrázků převyprávět známou pohádku, ovládá tisíc pět set slov a více. Dítě v tomto věku zná své datum narození, adresu svého bydliště i jména svých rodičů a prarodičů. Umí použít ve větě podmiňovací způsob (Allen, Marotz, 2005).

2.5 Emoční vývoj a socializace

Tempo vývoje u jednotlivých dětí se značně liší. Rozdíly jsou podmíněny kulturním pozadím, zdravotním stavem, odlišným genetickým vybavením a dalšími faktory spojenými s vlivem prostředí (Allen, Marotz, 2005).

Rodina je pro předškolní období dítěte nejdůležitějším prostředím, kde vzniká primární socializace (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Tříleté dítě je velmi usměvavé a přátelské. Rádo pozoruje stejně staré děti, jak si hrají a snaží se k nim přidat. Vystačí si ale samo, dokáže si hrát s čímkoliv, co má na dosah. Hlídá si své hračky, schovává je před ostatními dětmi, může mít násilnické slony – vytrhává hračky z rukou jiných dětí. Dítě v tomto věku preferuje námětové hry a často u sebe nosí svého „mazlíčka“ (plyšové zvířátko, polštářek, oblíbenou hračku).

Čtyřleté dítě je přátelské, společenské a náladové. Při hraní má imaginární kamarády, se kterými si povídá. Velmi často má tendence překrucovat pravdu, má sklony se vychloubat, vymýšlí si různé příběhy, aby na sebe strhlo pozornost. V tomto věku se děti často posmívají jiným dětem, žalují na druhé, mají problém se střídat v nějaké aktivitě, nadávají jiným dětem a „nejlepší kamarády“ si vybírají podle toho, s kým si nejvíce hrají. Čím dál více si hrají s ostatními dětmi, vyžadují pozornost rodičů a pedagogů, a jsou schopny se řídit stanovenými pravidly.

Pětileté dítě více komunikuje s jinými dětmi, s ostatními dětmi si navzájem půjčují hračky. Děti v tomto věku jsou velmi přátelské, mají tendenci chránit mladší a zranitelnější děti, rády vymýšlí vtipy a baví tak své kamarády. V tomto věku se dítě rádo chlubí svými úspěchy a vyžaduje pozornost. Plní úkoly, které mu byly uloženy pedagogem či rodičem, vykonává domácí práce a upevňuje si vztahy s rodiči (Allen, Marotz, 2005).

2.6 Nástup dítěte do MŠ

Nástup dítěte do mateřské školy je zásadní socializační úsek života. Společně s ostatními dětmi tráví téměř každé dopoledne. Je to období, kdy je dítě poprvé odpoutáno od matky a učí se samostatnosti. Podporou mu jsou noví kamarádi a zkušenosti pedagogové. Pro dítě je to velmi náročné období, musí si získat pocit jistoty

a bezpečí. Adaptace dětí je individuální. Některé děti se adaptují rychle, některým to trvá déle. Proto je velmi důležité na dítě nechvátat, naopak mu umožnit dostatečný čas na to, aby si samo našlo cestu k důvěře a jistotě v prostředí mateřské školy. Dítě v mateřské škole si osvojí pravidla soužití v kolektivu, kterými se řídí všichni.

První týden docházky do mateřské školy je z pohledu pedagoga pro dítě náročné období. Malý návštěvník se nezapojuje do činností, nehraje si s ostatními, nemá chuť k jídlu. Dítě pozoruje aktivity, zvyky a vnímá režim v mateřské škole. Pravidelný režim je pro předškolní děti vhodný z toho důvodu, že děti se snáze přizpůsobují režimu, který znají a který je téměř neměnný. V prvním týdnu se může u dítěte projevit únava a nevyrovnanost. Druhý týden bývá dítě aktivnější. Snaží se zapojovat do kolektivu a vybírá si první kamarády. Paní učitelka by měla být tolerantní, ohleduplná, milá a přátelská.

Je dobré připravit dítě na nástup do mateřské školy. Před nástupem do mateřské školy bývá doporučováno pobývat více času mezi dětmi i vyzkoušet chvilkové odloučení matky a dítěte. Mateřské školy organizují den otevřených dveří. Tato událost je také příležitostí seznámit dítě se školou. Učitelé jsou součástí výchovy dítěte spolu s rodiči. Od rodičů se očekává spolupráce s pedagogem. Musí akceptovat, že jejich dítě je součástí větší skupiny. Měli by respektovat a tolerovat potřeby nejen svého dítěte, ale i ostatních dětí (Niesel, Gabriel, 2005).

3. VZDĚLÁNÍ V MATEŘSKÉ ŠKOLE

Dítě v mateřské škole se vzdělává dle zákona č. 561/2004 Sb. v platném znění, od tří do šesti let (zákon č. 561/2004 Sb., O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ((školský zákon)), v platném znění).

Přijímat dítě mladší tří let není v současné době povinností mateřské školy. Některé školy mohou přijímat děti mladší tří let, ale musí vytvořit vhodné podmínky, uzpůsobit výuku a vzdělávání pro věkové rozpětí dětí dvou až pěti let. Od roku 2020 se bude posouvat hranice pro možný nástup do mateřské školy, a to již od dvou let. Školy tak budou mít povinnost tyto děti přijmout a přizpůsobit jim výuku.

Od září 2017 dle novelizace školního zákona je poslední rok vzdělávání v mateřské škole povinný. Z toho důvodu jsou přednostně přijímány pětileté děti. Povinné předškolní vzdělávání je bezplatné. Zákon umožňuje další tři způsoby alternativy, jak naplnit povinné předškolní vzdělávání. Zákonný zástupce si může zvolit i jinou alternativu vzdělávání. Jako možné alternativy jsou uvedené: individuální vzdělávání, vzdělávání v přípravné třídě (popřípadě v přípravném stupni základní školy speciální) nebo v zahraniční škole.

Písemné oznámení o individuálním vzdělávání podává rodič řediteli mateřské školy. Oznámení musí obsahovat identifikační údaje dítěte, období, na které bude individuální vzdělávání schváleno, a důvod výběru této alternativy. Po přijetí oznámení o individuálním vzdělávání doporučí ředitel školy zákonnému zástupci oblasti z rámcového vzdělávacího plánu pro předškolní vzdělávání, ve kterém by mělo být dítě rozvíjeno. V domluveném termínu pak mateřská škola ověřuje, jak si dítě osvojuje schopnosti a dovednosti v doporučených oblastech.

Od roku 2016 je zavedeno povinné snižování nejvyššího povoleného počtu dětí ve třídě. Nejvyšší povolený počet ve třídě je dvacet čtyři dětí. Pokud škola přijme dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, které má čtvrtý až pátý stupeň podpůrného opatření (dítě s těžkým a kombinovaným zdravotním postižením), nebo třetí stupeň podpůrného opatření dítěte s mentálním postižením, snižuje se počet dětí ve třídě o dva. Stejně tomu bude i při přijetí dítěte mladšího tří let. Pokud škola přijme dítě

s podpůrným opatřením třetího stupně bez mentálního postižení, snižuje se počet dětí ve třídě o jedno (Vyhláška č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání, v platném znění).

3.1 Rámcový vzdělávací program

Rámcové vzdělávací programy vymezují rámce vzdělávání pro jednotlivé etapy – předškolní, základní a střední vzdělávání. Rámcový vzdělávací program (dále jen RVP) spolu s Národním programem vzdělávání jsou obsahem kurikulárních dokumentů státní úrovně. RVP pro předškolní vzdělávání (dále jen RVP PV) vymezuje pravidla pro institucionální vzdělávání dětí předškolního věku, hlavní požadavky a podmínky. Je otevřeným dokumentem, který neslouží pouze pedagogům, ale i zřizovatelům vzdělávacích institucí. RVP PV akceptuje přirozená vývojová specifika dětí předškolního věku, umožňuje vzdělání a rozvoj každého dítěte dle jeho individuálních potřeb a možností.

Program definuje kvalitu předškolního vzdělávání z hlediska podmínek, obsahu, výsledků a cílů vzdělávání. Zajišťuje srovnatelnou pedagogickou účinnost vzdělávacích programů a umožňuje mateřským školám využívat metody i formy vzdělávání (RVP PV, 2017).

3.1.1 Cíle předškolního vzdělávání

Cílem pedagoga je, aby vzdělávání dětí bylo cílevědomou činností. Pedagog by se měl orientovat v cílových kategoriích a měl by s nimi umět vhodně pracovat (RVP PV, 2017).

„RVP PV pracuje se čtyřmi cílovými kategoriemi: stanovuje cíle v podobě záměrů a cíle v podobě výstupů, a to nejprve v úrovni obecné a následně v úrovni oblastní.“ (RVP PV, 2017, str. 9).

Úroveň obecná obsahuje rámcové cíle, které vyjadřují univerzální záměry předškolního vzdělávání. Pedagogové či různé instituce sledují tyto tři rámcové cíle /záměry:

- rozvoj dítěte, jeho učení a poznání
- osvojení základů hodnot, na nichž je založena naše společnost

- získání pocitu svobodné možnosti vyjádření, a to jako samostatná osobnost působící na své okolí.

Pod obecnou úroveň spadají i klíčové kompetence, které představují výstupy. Klíčové kompetence představují souhrn vědomostí, schopností, dovedností, hodnot a postojů důležitých pro osobní rozvoj. Aby došlo k naplnění klíčových kompetencí, je třeba k tomuto cílovému stavu směřovat veškeré vzdělávání.

Klíčové kompetence se rozdělují do pěti oblastí: kompetence k učení, kompetence k řešení problémů, kompetence komunikativní, kompetence sociální a personální, kompetence činnostní a občanská (RVP PV, 2017).

a) Kompetence k učení

Dítě na konci předškolního vzdělávání experimentuje, zkoumá, objevuje, všímá si souvislostí, soustředěně pozoruje a s oblibou klade otázky, na které vyhledává a vyžaduje odpovědi. Vykazuje elementární poznatky o lidstvu, přírodě, technice, kultuře a světě. Dokáže se soustředit na činnosti a záměrně si umí zapamatovávat. Zvládá vykonávat činnosti dle pokynů pedagoga, snaží se ohodnotit své úspěchy či pokroky.

b) Kompetence k řešení problémů

Dítě se snaží řešit problémy, na které stačí. Vnímá dění v bezprostředním okolí a ke své úvaze užívá logických, empirických a matematických postupů. Dokáže spontánně vymyslet nová řešení problémů a situací.

c) Kompetence komunikativní

Dítě zvládá samostatně vyjádřit své myšlenky a vede smysluplný dialog. Vyjadřuje své prožitky, nálady a pocity různými prostředky (hudebními, dramatickými, řečovými i výtvarnými). Reaguje na otázky a odpovědi, neustále si rozšiřuje slovní zásobu a aktivně ji používá při komunikaci s ostatními.

d) Kompetence sociální a personální

Dítě dokáže vnímat nespravedlivost, lhostejnost, ubližování a agresivitu. Má potřebu pomáhat druhým a rozpozná nevhodné chování. Nemá jistotu

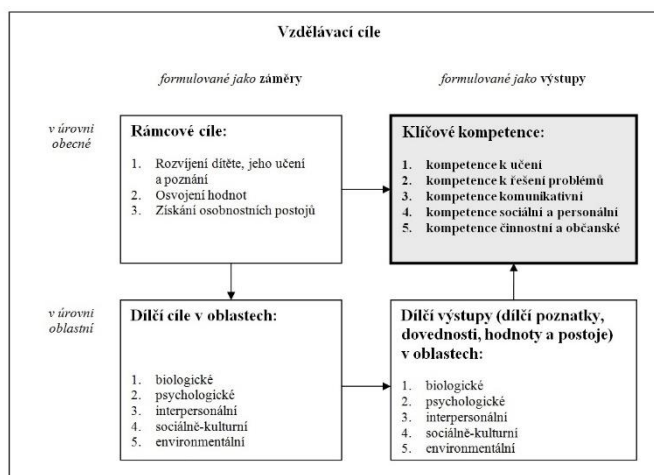
bezpečí s neznámými lidmi, chová se vůči nim obezřetně. Dodržuje pravidla, která jsou stanovena, osvojuje si prvky prosociálního chování.

e) Kompetence činnosti a občanské

Dítě se učí své činnosti a hry organizovat, plánovat, vyhodnocovat a řídit. Zvládne říct, jaké jsou jeho silné a slabé stránky. Uvědomuje si svá práva a práva ostatních, snaží se je respektovat. Je schopné se svobodně rozhodovat a nést plnou zodpovědnost za své činy.

Úroveň oblastní obsahuje dílčí cíle, které udávají pedagogovi, co by měl v průběhu předškolního vzdělávání sledovat a co by měl u dítěte podporovat. Jedná se o konkrétní záměry příslušné dané vzdělávací oblasti. Pod oblastní úroveň spadají i dílčí výstupy (hodnoty, dovednosti, poznatky a postoje), které odpovídají dílčím cílům. Těmito výstupy můžeme sledovat, co dítě na konci předškolního období dokáže (RVP PV, 2017).

Obrázek č. 1



Zdroj: (RVP PV, 2017, str. 9)

3.1.2 Školní vzdělávací program

Školní vzdělávací program (dále jen ŠVP) zpracovává mateřská škola na základě RVP PV a jiných dokumentů. Školní zákon uvádí, že ŠVP musí být povinnou součástí dokumentace mateřské školy. Jedná se o veřejný dokument. ŠVP je dokument, podle kterého se uskutečňuje vzdělávání dětí v určité mateřské škole. Je přehledný, stručný a jasný. Obsahem jsou informace, které se týkají identifikačních údajů o

mateřské škole, charakteristiky školy i vzdělávacího programu, organizace vzdělávání, vzdělávacího obsahu, podmínek vzdělávání, evaluačního systému a pedagogické diagnostiky. Tvorbu ŠVP má v kompetenci pedagogický sbor, příp. další zaměstnanci mateřské školy. Plnou zodpovědnost nese ředitel školy. Na základě ŠVP se tvoří třídní vzdělávací program, který je chápán jako učební plán pro pedagogy. Učitelé si rozpracovávají tematické celky určené ŠVP.

Mezi povinnosti učitele mateřské školy patří příprava individuálních a skupinových vzdělávacích činností směřujících k rozvoji dětí, provádění pedagogické diagnostiky, zajišťování výchovy a vzdělávání dětí. Předškolní pedagog vede vzdělávání tak, aby děti byly v psychické, fyzické i sociální pohodě, aby měly dostatečný prostor se individuálně rozvíjet (RVP PV, 2017).

3.1.3 Vzdělávací obsah

„Vzdělávací obsah představuje kompaktní, vnitřně propojený celek.“ (RVP, 2017, str. 13)

Vzdělávací obsah je v RVP PV rozdělen do pěti vzdělávacích oblastí.

- Oblast biologická – dítě a jeho tělo
- Psychologická – dítě a jeho psychika
- Interpersonální – dítě a ten druhý
- Sociálně-kulturní – dítě a společnost
- Environmentální - dítě a svět (RVP PV, 2017).

Každá vzdělávací oblast zahrnuje dílčí vzdělávací cíle (co učitel u dítěte podporuje), vzdělávací nabídku (co učitel dítěti nabízí), očekávané výstupy (co dítě na konci předškolního vzdělání dokáže) a rizika (co by mohlo ohrozit vzdělávací záměr učitele). Vzdělávací oblasti jsou psané srozumitelně a jasně, aby s nimi mohli pedagogové snadno pracovat (RVP PV, 2017)

- **Biologická oblast** se zabývá stimulací a podporou růstu neurosvalového vývoje dítěte. Dále se zabývá snahou o rozvoj pohybových i manipulačních dovedností, zlepšováním tělesné zdatnosti a směřováním výchovy ke zdravým životním návykům.

- **Psychologická oblast** zajišťuje duševní pohodu dítěte, rozvoj jeho kreativity i sebevyjádření, rozvoj intelektu, jazyka a řeči.
- **Interpersonální oblast** se zabývá obohacováním, posilováním a vytvářením vztahů mezi dětmi a zajišťuje harmonii a pohodu mezi vztahy.
- **Sociálně-kulturní oblast** má za úkol pomoci dětem se začleněním do společnosti, postavením pravidel společného soužití, uvedením dítě do světa umění a kultury, poukázáním na duchovní hodnoty.
- **Environmentální oblast** se věnuje učení o životním prostředí, sledováním, co se děje ve světě i v nejbližším okolí jedince (RVP PV, 2017).

3.2 Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Školská poradenská zařízení zajišťují speciální vzdělávací potřeby dítěte. Mezi školská poradenská zařízení patří pedagogicko-psychologické poradny (výchovný poradce, školní metodik prevence, školní speciální pedagog či školní psycholog) a speciální pedagogická centra. Poradenskou službu zajišťují zejména poradenští pracovníci školy. Ve třídě se může vzdělávat nejvýše pět dětí s přiznanými podpůrnými opatřeními (RVP PV, 2017).

„Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami je takové dítě, které k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.“ (RVP PV, 2017, str. 35)

Podpůrná opatření lze rozdělit do pěti stupňů. Každý stupeň se zabývá různými nápravami, které mají pomoci dětem se speciálními potřebami. U prvního stupně je potřeba úpravy prostředí či organizace vzdělávání dítěte. Podporu poskytuje škola. U druhého stupně je zapotřebí doporučení žáka do školského poradenského zařízení a souhlas zákonného zástupce. Doporučují se zde speciální pomůcky, jednou týdně návštěva speciálního pedagoga, též je nutná úprava obsahu vzdělávání. U třetího stupně je nezbytná pomoc speciálního pedagoga nebo asistenta pedagoga, který pomáhá při vzdělávací a výchovné činnosti, je nápomocný při komunikaci s dětmi a rodiči. Podporuje adaptaci žáků do kolektivu či školního prostředí

(vyhláška č. 27/2016 Sb., O vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění).

„Asistent pedagoga pracuje podle potřeby s žákem nebo s ostatními žáky ve třídě, odděleními nebo studijními skupinami podle pokynů jiného pedagogického pracovníka a ve spolupráci s ním.“ (Vyhláška č. 27/2016 Sb., O vzdělávání žáků se vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, str. 3, v platném znění).

Čtvrtý a pátý stupeň vyžadují nutné úpravy průběhu vzdělávání, snížení počtu dětí ve třídě a je potřeba zapojení osobního asistenta, příp. spolupráce pedagoga s jinými pedagogy. Na realizaci druhého až pátého stupně podpory jsou poskytovány mateřské škole finanční prostředky od kraje.

Pokud si pedagog všimne u dítěte nějakého problému, doporučí zákonným zástupcům návštěvu školního poradenského zařízení, kde odborník dítě vyšetří, určí stupeň podpůrného opatření a napíše zprávu s doporučenými podpůrnými opatřeními. Tato zpráva obsahuje mimo jiné identifikační údaje žáka a školského poradenského zařízení, výsledky vyšetření, popis speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, datum rozhodnutí školního poradenského zařízení, doporučené podpůrné opatření, stupeň podpůrného opatření. K vyšetření dítěte je nutný souhlas zákonného zástupce. Jakmile dostane mateřská škola zprávu o vyšetření dítěte, odešle toto vyjádření kraji a bude žádat o finanční podporu. Díky finanční podpoře může mateřská škola vyhlásit výběrové řízení na pozici asistenta pedagoga, může také vybavit třídu potřebnými pomůckami (vyhláška č. 27/2016 Sb., O vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, v platném znění).

II. Praktická část

4. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

4.1 Cíl práce

Na základě prostudované odborné literatury je stanoven výzkumný cíl následovně:

Cílem BP je popsat zkušenosti předškolních pedagogů s dítětem s diagnózou ADHD.

4.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly zformulovány na základě stanoveného cíle práce:

- 1) *Jaké jsou konkrétní problémy a obtíže související se vzděláváním dětí s diagnózou ADHD v mateřské škole?*
- 2) *Jak si tyto děti vedou ve stávajících podmínkách dané mateřské školy?*
- 3) *Jak hodnotí učitelky stávající podmínky ve své mateřské škole vzhledem ke zvláštnostem a k potřebám dítěte s ADHD?*
- 4) *Jak jsou podle učitelek děti s ADHD vnímány svými vrstevníky ve třídě?*
- 5) *Jaká je připravenost předškolních pedagogů na vzdělávání dětí s diagnózou ADHD?*
- 6) *Jaká je spolupráce s rodinou dítěte s ADHD?*

5. METODOLOGIE

Výzkumný soubor je malý, zahrnuje pouze šest respondentů. Z tohoto důvodu jsem zvolila výzkum kvalitativní, což je podle metodologa Creswella (1998) proces hledající porozumění zkoumáním určitého sociálního či lidského problému. Je založený na různých metodologických tradicích. Typickým postupem výzkumníka bývá volba tématu či problému, který bude zkoumat. K němu následně určí základní výzkumné otázky, které se dají během sběru a analýzy dat upravovat nebo doplňovat. K jejich osvětlení výzkumník vyhledává a zpracovává jakékoliv informace, z nich provádí deduktivní a induktivní závěry. Dalším důležitým bodem tohoto výzkumu je seznamování se s lidmi a prostředím. Obojí souvisí s daným výzkumným problémem a díky obojímu výzkumník sbírá a analyzuje data. Tento proces má longitudinální charakter, probíhá v delším časovém intervalu formou pravidelného kontaktu s prostředím nebo pozorovanými jedinci, přičemž analýza a sběr dat probíhají souběžně. Sbírají se data a provede se analýza, následně může výzkumník podle výsledků rozhodnout, která data využije v následném sběru dat. Poté může provést analýzu další. Cyklicky tak své domněnky a závěry přezkoumává. Ve zprávě o kvalitativním výzkumu je zahrnut podrobný popis místa zkoumání, citace z rozhovorů a poznámek, které si výzkumník vede během výzkumu. Metody takového výzkumu jsou většinou pozorování, rozbor textů a dokumentů, interview, audiozáznamy či videozáznamy (Hendl, 2008).

Důvodem pro volbu kvalitativního výzkumu byla možnost navázání kontaktů s lidmi, kteří se mohou podělit o své zkušenosti v dané problematice. Veškeré sebrané informace a hlavně kontakty mohou uplatnit či využít ve své budoucí profesi.

Metodou sběru dat této práce jsou rozhovory a jejich rozbor, který je v kvalitativním výzkumu nejpoužívanější. Definujeme jej jako nestandardizované dotazování se osob na určité skutečnosti, které chceme zkoumat, a to zpravidla jedním badatelem za pomoci otevřených otázek. Označuje se jako hloubkový (in-depth interview). Jedinci, kteří jsou zkoumáni, pocházejí z určitého prostředí a různorodých sociálních skupin a také disponují jistým chováním. Jednání v situacích, jakým daní členové skupiny disponují, má za cíl získat stejné pochopení. Badatel má připravené

otevřené otázky, za jejichž pomoci se snaží porozumět pohledu na danou problematiku jinými lidmi, zároveň tak jejich pohled nijak neomezuje výběrovými položkami v dotazníku. Veškeré odpovědi získané od respondentů jsou zachyceny přirozeně. Tento fakt je základní princip kvalitativního výzkumu. Polostrukturovaný rozhovor je jeden ze dvou typů hloubkového rozhovoru. Tento typ zahrnuje seznam témat a otázek, které si dotazující připraví předem. Rozhovor není pouze o přípravě rozhovoru a jeho přepisu. Sběr dat obsahuje mimo jiné i výběr metody, přípravy, průběh dotazování, přepis, reflexe rozhovorů, analýzy dat, sepsání a prezentaci zprávy z výzkumu (Švaříček, 2007).

Osobně shledávám polostrukturovaný rozhovor za užitečnou metodu získávání dat. Hlavní předností je komfort pro dotazujícího i respondenta. Má sice dílčí otázky, kterých je třeba se po celou dobu rozhovoru držet, ale zároveň se dovoluje mírně odklonit do uvolněnější roviny pouhého „povídání si“. Dotazovaný za těchto okolností může lépe vyprávět o svých zkušenostech a problematice, kterou zkoumáme. Díky tomu jsou lidé otevřenější a necítí se být svázáni prostým odpovídáním na otázky. V této lidské rovině získá pořizovatel velmi podnětné a efektivní informace.

Výsledky rozhovoru byly volně interpretovány a identifikační údaje respondentů byli uvedené do tabulek (Hendl, 2008).

5.1 Organizace a průběh výzkumného šetření

Jako techniku sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval předem připravené otázky, jež byly kladené při individuálním rozhovoru s předškolními pedagogy. Použila jsem formu *face to face*, tedy tváří tvář. Souhlas k rozhovoru předcházela pilotním rozhovorem, na základě kterého byla ověřována využitelnost otázek pro výzkumné šetření.

Rozhovor jsem zrealizovala s učitelkami pracujícími v mateřských školách. Kontakty na učitelky, které mají zkušenosti s dítětem s ADHD, jsem získala na doporučení své známé, která sama působí jako učitelka mateřské školy. Kritériem jejich účasti ve výzkumu byl informovaný souhlas s účastí. Všechny oslovené učitelky byly informovány o anonymitě své účasti (všechny podepsaly). Každá učitelka si sama

mohla zvolit čas a místo pro realizaci rozhovoru. Během rozhovoru jsem pořídila zvukový záznam, který jsem poté doslovně přepsala a prováděla analýzu dat. Průměrná délka rozhovoru byla 30 minut. Výsledky výzkumného šetření se týkají porovnání zkušeností jednotlivých předškolních pedagogů. Na základě těchto výsledků jsem mohla zodpovědět stanovené výzkumné otázky a určit, zda byl splněn cíl bakalářské práce.

6. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Interpretace rozhovoru s předškolními pedagogy

Rozhovor byl veden se šesti předškolními pedagogy a v jeho úvodu jsem se zaměřila na získání základních identifikačních údajů. Průměrný věk respondentů byl 44 let. Všichni dotazovaní se svému zaměstnání věnují několik let. Z celkového počtu dotazovaných se polovina respondentů setkala s diagnostikovanými dětmi. Před zrealizováním výzkumného šetření jsem očekávala, že počet diagnostikovaných dětí bude nižší, a to z důvodu nespolupracujících rodičů s mateřskou školou a jejich negativnímu postoji k poukazování pedagogů na možný problém. Na druhé straně zůstává druhá polovina pedagogů, která se sice setkala s dětmi s projevy syndromu ADHD, ale u těchto dětí nebyla provedena diagnostika. U nich vystává otázka, zda se jednalo o mírné projevy, které nevyžadovaly provedení oficiální diagnostiky, nebo se jednalo o již zmíněný negativní postoj rodičů. Respondenti s číslem 2, 4 a 6 uvedli, že právě oni se setkali se situací, kdy projevy byly zjevné, ale rodiče dětí projevíli jasnou neochotu spolupráce. Někteří dokonce zcela popírali existenci jakýchkoliv projevů u svých dětí. Možným řešením této situace by bylo získání důvěry rodičů, např. za pomoci psychoterapeuta, který by jim pomohl uvědomit si existenci problému a možné dopady neřešení problému na další vývoj dítěte.

Na čtvrtou otázku: „**Vzpomenete si, jaké měly tyto děti potíže a jak si vedly?**“ odpověděli všichni respondenti a všichni se ve svých odpovědích téměř shodli.

Respondenti s číslem 1, 2, 3 a 6 uvádí, že jednou z hlavních potíží je problém se spánkem. Dítě nedokáže v klidu odpočívat a ruší ostatní děti. Respondent číslo 1 dále uvádí: „*Nedokázal zachovat na chvíli klid.*“ Tuto zkušenost potvrzuje i respondent číslo 5, jehož vzdělávané dítě bylo odebráno rodičům sociální péčí a bylo zařazeno do dětského domova. Dítě s ADHD je typické svou nadbytečnou energií a aktivitou. Na tuto skutečnost poukazují respondenti s číslem 1, 2, 3 a 5. Respondent číslo 5 jako jediný uvádí, že dítě, se kterým se setkal, bylo šikovné a chytré. Toto tvrzení je v rozporu s ostatními respondenty, kteří naopak tvrdí, že děti byly nešikovné, zbrklé a nemotorné. Respondent číslo 2 uvádí, že dítě, které vzdělával, neustále vysypávalo hračky, korálky, nádobí z dětské kuchyňky a kostky z krabic. Těžce neslo i neúspěch.

Dále mne u tohoto respondenta zaujal postřeh, že si dítě rádo povídalo s dospělými, zatímco s ostatními dětmi nikoliv. Respondenti s číslem 3 a 4 uvádí, že mezi časté obtíže patří i neustálá potřeba být středem pozornosti. Dítě provádí aktivity, při kterých rádo zaujme jak pedagoga, tak i ostatní děti. Respondent číslo 5 se setkal s dítětem, které bylo pod vlivem zklidňujících léků: *„Dostával prášky (Ritalin) na utlumení, které měl naordinované. Teď nevím, zda přímo z poradny nebo od doktorky. Takže jsme mu po domluvě s naší ředitelkou podávali i my léky ve školce. Prášky na něj působily tak 2-3 hodiny, to byl utlumený. Podávali jsme mu je při příchodu do školky, tedy kolem osmé. Než začal prášek zabírat, trvalo to tak půl až tři čtvrtě hodiny, takže když jsme nejvíce potřebovali, aby s námi pracoval při řízené činnosti, nešlo to, protože byl utlumený, pasivní, ospalý. Nebylo to to autentické dítě, schovala se jeho osobnost.“* Ve skutečnosti se jednalo o aktivní, usměvavé a upovídané dítě.

Respondent číslo 6 poukazuje na několik obtíží, které dítě mělo. Mezi nejdůležitější patří nedodržování pravidel, rozptýlení způsobené vysokým počtem dětí ve třídě, neomalené zacházení s hračkami na úkor ostatních dětí. *„Lítala po třídě, nereagovala na výtky, křičela a byla hodně upovídaná a zvědavá. Měla problém na chvíli udržet pozornost, vydržela maximálně 5 minut, a to jen, když ji činnost zaujala.“*

U respondenta číslo 3 mě zaujala skutečnost, že dítě, které bylo vzděláváno, často plakalo. Trápila ho odmítavost ostatních dětí.

Všichni respondenti se shodli, že dítě, které měli v péči, zlobilo a bylo neustálým rušitelem. Respondent číslo 1 ale dodává: *„Zlobil, ale nemohl si pomoci.“*

Na pátou otázku **„Jak rodiče vnímají své dítě s tímto problémem a jaká byla jejich ochota ke spolupráci?“** reagovala většina respondentů jednoznačně. V této oblasti nastává velký problém. Pokud je dítě již diagnostikované, jak je tomu u respondentů s číslem 1 a 3, je komunikace s rodiči lepší než u dětí, které uvádí v odpovědích respondenti s číslem 2,4 a 6. Tito respondenti se bohužel setkali s takovými rodiči, kteří popírají jakýkoliv problém u dítěte. Respondent číslo 5 zažil zkušenost s dítětem z dětského domova. Popisuje: *„Důležité informace jsme museli sdělovat přímo řediteli dětského domova. Tohle jsou takové komplikace, které nejsou v rodině. Biologická matka se Robina zřekla, tím mu svým způsobem pomohla. Mohla si*

ho adoptovat jiná rodina.“ Dále dodává: „*On se během toho roku dostal do pěstounské rodiny.*“ Většina rodičů své dítě naopak vychvaluje a snaží se maskovat nějaké odchylky. Takto to vidí respondent číslo 6: „*Amálky rodiče popírají jakýkoliv problém. Amálka jim připadá pouze „živější“, vychvalují ji a nevidí důvod, proč s ní někam chodit.*“ Respondent číslo 1 se nacházel v bezvýhodné situaci do té doby, než rodiče začali spolupracovat se SPC a diagnóza byla dítěti potvrzena. „*Při přijetí ho rodiče jen vychvalovali, že je šikovný. Mně ale přišlo, že se snažili zamaskovat, že není úplně všechno v pořádku.*“

Respondent číslo 4 říká: „*Pokud nejsou rodiče ochotni si problém dítěte připustit, učitelka zůstává v obtížné situaci.*“ U respondenta číslo 3 byla spolupráce s rodiči vyhovující. „*Maminka se jí hodně věnuje, vymýšlí jí program, pracují spolu i dvě hodiny denně, hodně jí doma čtou.*“ Oproti tomu respondent číslo 5 shledává problém v komunikaci se zástupci dětského domova: „*Těžké to bylo s vychovatelkami z dětského domova. Když jsme jedné říkali, co je důležité, tak druhý den přišla druhá a vůbec nevěděla, o co jde. Vychovatelky pracovaly na směny.*“ Dále uvádí: „*Problémem je, že v dětském domově se mu nemohou věnovat individuálně.*“

Kvůli neúspěšné integraci řeší respondent číslo 3 s rodiči přesun z běžné mateřské školy do speciální mateřské školy. Respondent číslo 4 poukazuje na to, že pokud rodiče nespolupracují, není možné dítě diagnostikovat.

Stává se, že rodiče mají problém se samotnou výchovou dítěte, a tak například u respondenta číslo 1 pomáhala s výchovou babička. Vlivem může být třeba i věkový rozdíl rodičů, jak je tomu u respondenta číslo 3: „*Má hodně mladou maminku, tatínek je mnohem starší.*“ Dalším vlivem může být nedůslednost ze strany rodičů, jak předkládá respondent číslo 2. Rodiče nabízejí dítěti jen počítač nebo tablet, aby si mohli odpočinout. „*Kryštofovo rodiče byli ale v tomhle nedůslední. Když mi vyprávěli, že malého strašně baví počítač a tablet, tak jsem z toho byla celá špatná celý den.*“

Avšak z pohledu rodiče může převládat strach z pravdy a také z odsouzení a z pocitu selhání, jak hovoří respondent číslo 4. S podobnými pocity se setkáváme též u respondenta číslo 3, kde rodiče mají strach chodit s dítětem ven, aby neuteklo. Chtějí předejít možnému nebezpečí úrazu. „*Maminka se jí tedy věnuje, ale ven s ní nechodí, protože se bojí, že jí uteče.*“

Šestá otázka se týkala způsobu práce učitelek s dětmi ADHD. **„Jakým způsobem jste s těmito dětmi pracovala?“**

Respondenti s číslem 1 a 6 se shodli, že zaměstnat dítě s ADHD je prospěšné. Respondent číslo 6 říká: *„Snažím se Amálku hodně zaměstnávat a myslím si, že jí to tak vyhovuje.“* Dítě si připadá důležité a nemá potřebu neustále na sebe strhávat nepřiměřenou pozornost. Například respondent číslo 1 postupoval takto: *„Dám mu úkol, u kterého vím, že neseleže, že ho zvládne.“* Dále se snaží dítě v kolektivu chválit a vyzdvihnout, co se mu povedlo. Napomáhá to budování lepších vztahů ve třídě. U respondentů s číslem 3 a 5 byl nutný neustálý kontakt s dospělým a při řízené činnosti dítě vyžadovalo stále zapojování do diskuse. Respondent číslo 5 uvádí: *„Řízená činnost byla zajímavá, musel sedět na mně a pořád mě objímal, musel být u zdroje.“* Tito dva respondenti se opět shodují, že z důvodu neklidu dětí na lehátku v době odpočinku využívali času k individuálním činnostem, potřebných pro rozvoj těchto dětí. Respondenti s číslem 2 a 3 pracují s dětmi podobně. Osvědčili se u nich rituály, jednoduché a krátké úkoly či aktivní hry. Respondent číslo 2 uvádí: *„U Kryštofa mi pomáhaly rituály, krátké činnosti, často se měnící činnosti.“*

Nejdůležitějším a hlavním nástrojem pro zaujetí dítěte s ADHD je podle respondentů s číslem 2, 3 a 4 motivace, díky které podporují u dětí chuť se rozvíjet. Respondent číslo 2 doplňuje: *„Postupně přidávat čas i po minutách, musejí trénovat do školy. Když jsem s Kryštofem pracovala, dala jsem mu pracovní list. To vydržel tři minuty a pak si začal stěžovat, že ho bolí ručička. Vymýšlel si různé záminky, proč tu činnost ukončit. Chce to motivaci pro ty děti, aby věděly, že když ten pracovní list dokončí, můžou si dělat, co mají rády.“* Zároveň je dobré zohlednit problémy s vytrvalostí a často činnosti měnit. Je důležité podotknout, že učitelka při běžné péči o děti musí vynakládat v případě dítěte s ADHD i speciální péči. Takto to popisuje respondent číslo 1. Podobný názor sdílí i respondent číslo 2, který k tomu dodal: *„Práce s ním byla na úkor ostatních dětí.“*

Někdy je i důležité umět si poradit s nepřiměřenou aktivitou, kdy v jejím důsledku dochází ke konfliktu s ostatními dětmi. Respondent číslo 5 to řešil takto: *„Zklidnila jsem ho, když šel na hanbu.“*

Otázka číslo 7 popisuje záliby dětí. **„Jaké mělo dítě záliby, co ho bavilo?“**

Všichni dotazovaní respondenti se shodli, že každé dítě nějakou zálibu má. Poznává se tak, že u ní vydrží delší dobu než u jiných činností. Respondent číslo 3 říká: *„Miluje klávesy, tam by mohla sedět furt, takže jsme to začali trochu eliminovat, aby věděla, že to má za odměnu. Činnost, která ji baví, má motivační funkci. Jinak nedělá nic.“* Někdy může záliba dítěte sloužit pedagogům jako hlavní předmět a pomůcka k motivaci. Pro různorodost jednotlivých odpovědí, jsem se rozhodla pouze vypsát záliby, které mají děti rády: práce s modelínou, akční hry, hra s legem a molitanové kostky. Respondent číslo 5 uvádí: *„Robina hodně bavilo lego a všechny montovací hračky.“*

Záliba v hudbě byla zaznamenána u dětí respondentů s číslem 1 a 3. Konstruktivní hry převládaly u respondentů s číslem 1, 3, 5 a 6. Respondenti s číslem 2 a 3 podotkli, že děti zvládaly u svých zájmových činností setrvat i 20 minut. Respondent číslo 2 podotýká: *„Baví ho jedna knížka o mašinkách, tak to používáme jako motivaci. Lehne si na lehátko, nechám mu knihu na prohlížení. Takto vydrží přes 20 minut.“*

Na otázku číslo 8 **„Jak vnímají dítě o ADHD jeho vrstevníci?“** byli odpovědi víceméně podobné.

Nejčastěji zaznívalo, že si tyto děti těžko hledají kamarády, ostatní děti se od nich odtahují a nemají je rády. Špatně se tedy začleňují do kolektivu. Takový pohled na to mají respondenti s číslem 1, 2, 4, 5 a 6. Respondent číslo 3 vidí mezi dětmi neustálé konflikty: *„Neustálý konflikt mezi dětmi, nevydrží u žádné hry, neustále se zajímá o okolí.“* Přitakávají mu respondenti s číslem 4 a 5, kteří tvrdí, že jedinci s ADHD mají s vrstevníky rozepře a neshody.

Respondenti s číslem 1 a 2 vyzorovali, že dítě s ADHD bylo svými vrstevníky vnímáno jako hlavní narušitel veškerých činností. *„Děti vnímají takové dítě jako zlobivé.“* Takto to shledává respondent číslo 4.

Hlavním problémem, na který upozorňují respondenti s číslem 1, 2 a 6 je u ostatních dětí nepřiměřené a bezdůvodné žalování na problematické dítě. Například respondent číslo 1 tvrdí: *„Děti na něj neustále žalovaly.“*

Respondenti s číslem 1, 4 a 6 zaznamenali problematické chování vrstevníků k dítěti s ADHD, kdy na něj všechno bezdůvodně sváděly, obviňovaly ho neprávem. Respondent číslo 4 potvrzuje: *„Často bývá označováno za viníka, i když nic neprovedlo.“* Stanovená pravidla dětmi či učiteli při hrách není úplně schopno dítě s ADHD dodržovat, a tak není divu, že ho ostatní děti nechtějí ke společné hře přizvat. Děti se hájí tím, že jim to kazí. Tohoto úkazu si všimli respondenti s číslem 2 a 6. Respondent číslo 6 říká: *„Děti Amálku nemají rády, protože jim kazí hry a nedodržuje pravidla.“*

Otázka číslo 9 „Shledáváte nějaké problémy, které by komplikovaly vzdělávání takového dítěte v MŠ?“.

Mezi hlavní problémy se řadí špatná spolupráce s rodinou a potíže s určením diagnózy. Jak uvádí respondent číslo 2: *„Když se ale obecně podívám na děti s touto diagnózou, tak problém spočívá v tom, že je tak málo dětí v tomto věku diagnostikovaných.“* Bez diagnózy nemá dítě nárok na podpůrná opatření například na asistenta pedagoga. S tímto se shledali respondenti s číslem 2, 4 a 6. Respondent číslo 3 dodává, že samotný asistent pedagoga nebývá vždy dostatečně kvalifikovaný a tak nemusí být dítěti vždy prospěšný. *„Lidi je málo, vidím to jako jeden z problémů. Nedostatek kvalifikovaných asistentů. Bohužel co se týče finančního ohodnocení, tak se tomu ani tolik nedivím.“*

Respondent číslo 2 si myslí: *„Když s dětmi nechodí rodiče ven, je to špatně. Děti ze sebe nedostanou přebytečnou energii, nemají okysličenou hlavu, nejsou unavené, nemají jak tu aktivitu ze sebe dostat.“* Dále podotýká, že pro děti s ADHD nejsou vhodné sporty, u kterých jsou důležitá pravidla, jet na výkon nebo soutěžit.

Respondenti s číslem 1, 2, 3, 4 a 6 se ztotožňují v názorech poukazujících na nevhodné podmínky běžného předškolního vzdělávání pro děti s ADHD. Respondent číslo 4 říká: *„Samozřejmě, pokud si to zvládne dobře naplánovat paní učitelka v běžné mateřské škole a vytvoří vhodné podmínky pro vzdělávání a výchovu pro dítě s ADHD, tak si myslím, že to není problém. Ale klobouk dolů před takovou paní učitelkou, která to bez problémů zvládne.“* Klíčový problém je ve vysokém počtu dětí na jednoho pedagoga ve třídě, což tvrdí respondenti s číslem 4, 5 a 6. Respondent číslo 3 konstatuje: *„Problémem je hlavně kvůli vysokému počtu dětí na jednu učitelku. Nebo*

není přiřazen asistent k dítěti, příp. jen na krátkou dobu, třeba jen na 4 hodiny denně a to je málo.“ Problém nastává i v individuální práci s dětmi s ADHD v běžné mateřské škole. Na tuto skutečnost poukazují respondenti s číslem 4 a 5.

Na problematiku připravenosti učitele upozorňuje i respondent, který prohlašuje: *„Mrzí mě, že praktické dovednosti zdaleka nedosahují úrovně teoretických znalostí.“* Je důležité vyzdvihnout, že v běžné mateřské škole se musí rozvíjet a vzdělávat rovnocenně i ostatní děti. Tento pohled zastává respondent číslo 3: *„Krom této hyperaktivní holčičky je tam plno dalších akčních dětí bez přítomnosti ADHD, které potřebují také neustálý dohled.“*

Na desátou otázku: **„Je něco, co by mohlo dle Vašeho názoru dítěti pomoci k rozvoji?“** se sešlo několik shodných i různorodých odpovědí.

Respondenti s číslem 2, 3 a 4 mají stejný názor. Pro dítě je důležitá motivace. Učitelé mají řadu doporučení pro rodiče, mezi které například patří návštěva SPC nebo naplánování akční volnočasové aktivity. Respondent číslo 4 si myslí: *„Dobrá vzájemná komunikace a spolupráce mezi rodinou a mateřskou školou je klíčem ke správnému rozvoji dětí s ADHD.“* Stejný pohled na to mají i respondenti s číslem 1 a 2.

Dalším nástrojem k správnému rozvoji dítěte je individuální přístup a jiný režim. Na tuto skutečnost poukazují respondenti s číslem 3, 5 a 6. Zaujal mě poznatek respondenta číslo 1, který říká: *„Dobrá učitelka se bude pít a bude se snažit pochopit chování dítěte. Podle toho s ním pak bude jednat a zaměstnávat ho, nikoliv ho trápit.“* Je tedy důležitá i případná konzultace s kolegy. Respondent číslo 5 je názoru: *„Nejen u Robina, ale u všech dětí s touto diagnózou je dobré pracovat individuálně. Je dobré snížit počet dětí ve třídě nebo navýšit počet pedagogů.“* Bohužel u dítěte tohoto respondenta nebyl asistent přidělen, i když je diagnostikováno. Respondent číslo 2 zdůrazňuje důležitost stanovené diagnózy. Respondent číslo 3 doporučuje v některých případech přesunout dítě s ADHD z běžné mateřské školy do speciální mateřské školy, pokud je to na místě. Dodává: *„Takže si myslím, že přesun do speciální školky je v tomto případě velmi nutný. Nikolka bohužel nemůže chodit do běžné školky. Ve speciální škole by se jí neustále někdo věnoval, měla by neustálou pozornost, zatímco tady to tak nejde.“*

V jedenácté otázce zjišťuji: **„Jaká je z Vašeho pohledu připravenost pedagogů a jaký máte názor na tuto problematiku?“**

Respondent číslo 6 mi sdělil: *„Nabídka vzdělávacích seminářů je v dnešní době pestrá a pedagogové mají možnost vybrat si téma, které je zajímavé.“* Zkušenosti s účastí na seminářích mají respondenti s číslem 4 a 5, ale každý má na ně jiný názor. Respondent číslo 4 uvádí: *„V dnešní době skvělých seminářů a ochoty zaměstnavatele uvolnit paní učitelky na vzdělávací semináře, myslím, že je připravenost dobrá.“* Dále vidí zájem učitelů se vzdělávat a v důsledku toho je připravenost pedagoga lepší, než bývala. Opačný názor má respondent číslo 5: *„Byla jsem z toho zklamaná, protože mi přijde, že to nevychází z praxe, ale je to spíše zaměřené na individuální práci s těmito dětmi. Dále konstatovala: V dnešní době je strašně moc dětí s ADHD.“*

Respondent číslo 1 si myslí, že by pedagog měl vědět, jak postupovat s dítětem s ADHD, zatímco respondent č. 2 usuzuje, že učitelky mnohdy neví, jak s těmito dětmi postupovat. Doporučení respondenta č. 2, jak efektivně vybavit pedagoga na tuto problematiku zní: *„Zařadila bych přípravu pedagogů na tuto problematiku již na střední pedagogickou školu.“* Důležité je informovat i ostatní děti, co mají dělat a jak se zachovat, když vyvstane problém s dítětem s ADHD. Tento užitečný názor předkládá respondent číslo 3.

Poslední otázka zněla: **„Jaké byly Vaše pocity při péči o dítě s ADHD? Vzpomenete si na nějaký konkrétní zážitek?“**

Všichni respondenti přítomnost dítěte s ADHD ve třídě nějak prožívali. Pocity lítosti pocítili respondenti s číslem 2, 4 a 5. Respondent číslo 2 vzpomíná: *„Jsou chvíle, kdy mi bylo Kryštůfka i líto. Říkala jsem si, že kdyby byl v jiné školce, kde jsou děti s podobným problémem či jiným, tak by se tam mohl cítit lépe.“* Respondenti s čísly 1 a 5 uvádějí, že je dítě s ADHD milovalo a neustále jim to opakovalo. Důkazem je poznámka respondenta číslo 1: *„On mě miloval.“*

U respondenta číslo 5 docházelo k úvaze: *„Těžko říct, zda je ADHD vrozené nebo získané vlivem prášků, které dostával od biologických rodičů. Vůbec nevím.“*

Respondent číslo 2 se podělil o svůj zážitek: *„Kryštof popadl cizí bačkůrky a utíkal rychle do koupelny, kde bačkory hodil do záchodu.“* Dále dodává, že není lehké

mít takové dítě ve třídě. Dalším zážitkem se pochlubil respondent s číslem 3: *„Když má možnost, tak utíká. Čím rychleji chytáš, tím je to pro ni větší sranda.“* Respondent číslo 6 prozradil: *„Za účelem pobavit ostatní děti neustále rozlévala pití. S oblibou také házela namazaný chleba na zem.“*

6.2 Identifikační údaje pedagogů zpracovány do tabulek

Kvalitativní výzkum jsem si vybrala na základě osobních setkání s menším počtem respondentů. Zpracování získaných dat do tabulek zpravidla nebývá součástí kvalitativního výzkumu, avšak pro přehlednost identifikačních údajů učitelek jsem se rozhodla pro vytvoření těchto čtyř tabulek.

Tabulka č. 1 - Věk respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Ø
Věk	52	55	38	42	49	28	44

V tabulce číslo 1 je zaznamenán věk respondentů. Průměrný věk dotazovaných je čtyřicet čtyři let.

Tabulka č. 2 - Délka praxe v letech

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Σ
0-10						1	1
11-20	1						1
21-30			1				1
30+		1		1	1		3
Celkový počet odpovědí	1	1	1	1	1	1	6

Tabulka číslo 2 ukazuje délku praxe jednotlivých pedagogů. Nejdelší praxi, tj. delší než třicet let, mají respondenti s číslem 2, 4 a 5. Nejkratší praxi má respondent číslo 6.

Tabulka č. 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Σ
Středoškolské	1	1	1	1	1	1	6
Vysokoškolské	1						1
Celkový počet odpovědí	2	1	1	1	1	1	7

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů uvádí tabulka číslo 3. Z celkového počtu šesti respondentů je pouze jeden s vysokoškolským vzděláním. Ostatní dotazovaní pedagogové mají střední pedagogickou školu.

Tabulka č. 4 - Diagnóza ADHD

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Σ
S diagnózou ADHD		1	1	1			3
Bez diagnózy	1				1	1	3
Celkový počet odpovědí	1	1	1	1	1	1	6

Z šesti dotazovaných respondentů se tři pedagogové setkali s dítětem, které mělo diagnostikované ADHD. Zbylí tři respondenti mají zkušenost s dítětem bez stanovené diagnózy ADHD, přičemž tyto děti dle jejich odpovědí zjevně příznaky ADHD projevovaly.

7. DISKUZE

Ve výzkumném šetření jsem se zabývala zkušenostmi předškolních pedagogů s dítětem s diagnózou ADHD. Na základě osobních zkušeností a prostudování odborné literatury jsem před zahájením výzkumného šetření předpokládala, že pedagogové pracující v běžných mateřských školách se s těmito dětmi poměrně často setkávají, získávají různorodé zkušenosti a většinou musí sami hledat řešení situací, do kterých se během výchovného procesu dostávají.

Pro účely sběru dat při výzkumném šetření jsem použila polostrukturované rozhovory s učitelkami mateřských škol, které souhlasily s účastí ve výzkumu. Každý rozhovor byl veden individuálně a dával dostatečný prostor pro odpovědi k řešené problematice.

První problémový okruh se týkal snahy zjistit, *jaké jsou podle mínění dotazovaných respondentek konkrétní problémy a obtíže související se vzděláváním dětí s diagnózou ADHD v mateřské škole.*

Dá se říci, že při otázce zaměření na konkrétní problémy dětí s diagnózou ADHD odpovídali všichni respondenti podobným způsobem. Podle jejich mínění mají tyto děti především problémy s takovou aktivitou, která vyžaduje delší soustředění. Po poměrně krátké době začnou vyrušovat svým chováním ostatní děti. Učitelky v rozhovorech uváděly, že je pro ně obtížné vymyslet takovou aktivitu, kterou by třída provedla společně až do konce. V této souvislosti bych ráda upozornila na odpověď respondentky číslo 5, která zmínila svoji zkušenost s dítětem, které bylo v důsledku nevladatelné hyperaktivity medikováno Ritalinem. Dle Drtílkové (2007) je v České republice předepisován Ritalin, jehož účinek trvá až několik hodin, s doporučením směřovat jeho podávání do dopoledních hodin. Účinkem je získání schopnosti soustředit se. Respondentka číslo 5 se setkala právě s tímto lékem, po jehož užití bylo dítě utlumené a pasivní. Podle jejího mínění nebyla medikace v tomto konkrétním případě přínosná.

Neustálé narušování kolektivních aktivit, nemožnost nastavení pravidelného režimu v reálných podmínkách běžné mateřské školy (jedna učitelka na více než 20 dětí

ve třídě), prakticky nerealizovatelný přístup, který by umožnil potřebné přesměrování dítěte s ADHD k jiné aktivitě, se jeví pro dotazované učitelky jako téměř neřešitelný problém. Určitým východiskem by dle mého názoru mohla být přítomnost asistenta pedagoga ve třídě anebo snížení počtu dětí ve třídě. Z výzkumného šetření vyplývá, že pokud v mateřské škole působil asistent pedagoga, jeho úvazek představoval 4 hodiny denně ve třídě. To považovaly respondentky za nedostačující. Dotazované učitelky, které měly možnost spolupráce s asistentem pedagoga, se v rozhovorech také vyjadřovaly k úrovni jejich kvalifikace. Soudí, že ti asistenti, kteří získali kvalifikaci k výkonu povolání asistenta pedagoga, sice prošli akreditovanými kurzy, ale přitom bez širšího pedagogického základu a nějakých praktických zkušeností nejsou příliš dobře orientováni v problematice a učiteli nepřinášejí potřebný užitek. Jelikož asistent pedagoga by měl dobře rozumět dané problematice a chápat potřebné souvislosti, vystává zde otázka, zda není na čase zamyslet se nad přehodnocením systému přípravy asistentů pedagoga a požadavků, které by měli účastníci kurzů připravujících na asistentství pedagogů splnit před nástupem do praxe.

Druhým problémovým okruhem je otázka, *jak si děti s ADHD vedou v reálných, stávajících podmínkách konkrétní mateřské školy.*

Pokud se zaměřím na to, jak si tyto děti vedou v daných podmínkách mateřských škol, zdůraznila bych, že ve svých odpovědích respondentky zmiňovaly zejména obtíže vznikající v interakci dětí s diagnózou ADHD s ostatními vrstevníky. Základním problémem je zejména agresivní chování ke svému okolí, neochota dělit se o hračky, narušování hry a nerespektování pravidel, která jsou daná pro celý kolektiv. Dle Černé (1999) je chování dětí s ADHD provázené hyperaktivitou, impulzivitou, obtížným sebeovládáním a sociální nevyzrálostí. Respondentky to pojmenovávaly jako obtížný přechod k jiné činnosti, skákání do řeči, netrpělivost a zbrklé jednání. Upozorňovaly na to, že jednání těchto dětí často vyústí nejen v narušení činnosti ale i ve zranění sebe nebo jiného dítěte. Zajímavé je, že se během rozhovoru respondentky soustředily téměř výhradně na problémové chování dítěte, ne na jeho silné stránky, na to, co mu jde, v čem je dobré. Z toho je možné usuzovat, že problémové chování má jakousi vedoucí roli v náhledu nejen učitelek na tyto děti.

Třetím problémovým okruhem, který byl řešen, bylo, *jak hodnotí učitelky stávající podmínky ve své mateřské škole vzhledem ke zvláštnostem a k potřebám dítěte s ADHD.*

Při rozhovoru s učitelkami o podmínkách v jejich mateřských školách vzhledem ke zvláštnostem a potřebám dětí s ADHD se ukázalo, že je považují za nedostačující. Zcela konkrétním problémem jsou pro respondentky vysoké počty dětí ve třídě mateřské školy. S tím souvisí také přidružující se nedostatečný počet učitelů, tj. mnoho dětí na jednu učitelku. Děti s projevy ADHD syndromu velmi často nejsou ještě diagnostikovány (často to nechtějí rodiče) a takové dítě pak nemá nárok na podpurná opatření, tj. ani na asistenta pedagoga, ani na speciální didaktické pomůcky nebo na organizační a personální zajištění jejich speciálních vzdělávacích potřeb. V rámci studia jsem vykonávala pedagogickou praxi v běžné mateřské škole, kde bylo ve třídě 28 dětí včetně jednoho dítěte s ADHD.

Nově vznikajícím problémem je určitě také to, že do mateřských škol jsou už teď přijímány dvouleté děti, které vyžadují, aby se jim učitelka skutečně individuálně věnovala. Dvouleté děti mají jiné potřeby, jiný režim (časněji jsou unavené), potřebují malý kolektiv a chůvy, na které mnohdy není dostatek financí, a které často nemají dostatek praxe. Pokud jsou ve třídě mateřské školy tyto dvě kategorie dětí společně, není v silách žádné sebekvalifikovanější učitelky zajistit takové podmínky, které by odpovídaly tak odlišným potřebám. Řešením by mohly být pouze potřebné systémové změny v předškolním vzdělávání, na které poukázal například audit vzdělávacího systému. Tento audit uveřejnilo například Informační centrum o vzdělávání (<http://www.eduin.cz/tag/vzdelavaci-politika/>, [cit. 5. 4. 2018]).

Čtvrtý okruh problémů souvisí s otázkou, *zda a jak jsou podle učitelek mateřských škol děti s ADHD vnímány svými vrstevníky ve třídě.*

Učitelky hodnotily začleňování dětí s ADHD syndromem do třídy mateřské školy jako: *obtížné soužití s vrstevníky*. Respondentky pozorují, že stejně jako ostatní, i tyto děti touží po přátelství. Hovoří však o tom, že jejich kamarádské vztahy nemají dlouhého trvání. Za problém považují respondentky to, že svoji touhu po náklonnosti často děti s ADHD dávají neadekvátním způsobem najevo, například provokováním

děti, poškozováním hraček, sebestředností apod. Dotazované si zároveň myslí, že si děti s touto diagnózou často neuvědomují, že někomu svým nevhodným chováním ublížily.

Učitelky se domnívají, že obecně nejsou tyto děti kolektivem přijímány. To, co je v tomto kontextu alarmující, je pocit vlastní neschopnosti ovlivnit potřebným způsobem projevy ADHD u dítěte. V tomto ohledu je potřebná systematická opora poradenského pracovníka, a to zejména v případě, že si učitel nevystačí se svými odbornými znalostmi a zkušenostmi.

Pátý problémový okruh zahrnoval snahu zjistit, *jak se učitelky mateřských škol cítily připraveny na vzdělávání dětí s diagnózou ADHD.*

Respondentky uvedly, že v rámci svého studia získávaly připravenost pro výkon povolání v běžných mateřských školách. Na výchovu a vzdělávání dětí s ADHD nebyly nijak specificky připravovány. Během rozhovorů jsem se setkala s dvěma názory, které se týkaly postgraduální přípravy učitele mateřských škol. Šlo o nabídky odborných seminářů s tematikou ADHD. Je možné konstatovat, že všechny dotazované učitelky chtějí porozumět potřebám dětí s diagnózou ADHD a mají potřebu získat osobní i profesní dovednosti a kompetence, které souvisí s prací s dětmi s ADHD. Zkušenosti z absolvovaných odborných seminářů lze zobecnit následně: seminář zajímavý, ale v praxi málo využitelný. Důvody jsou v případě provedeného šetření dva. Nabídka různých vzdělávacích aktivit je v současné době velmi široká a ne vždy je možno dopředu odhadnout kvalitu. Dalším problémem je často převažující teoretické zaměření edukačních aktivit pro učitele. Méně je takových, kde se účastník dozví, jak s problematikou ADHD zacházet v různých prostředích, situacích a výchovných souvislostech. Dotazované respondentky by přivítaly především praktické workshopy, samostatné praxe se supervizí a setkání s kolegy, při kterých by bylo možné sdílet své zkušenosti.

Poslední, šestý problémový okruh byl zaměřen na popsání *spolupráce s rodinou dítěte s ADHD*.

Jednotný přístup všech osob při výchovném vedení dětí s ADHD je považován za jednu z nejdůležitějších podmínek pro výchovu dítěte i pro ovlivnění nežádoucích projevů v jeho chování (<https://www.alfabet.cz/vzdelani-a-integrace/skolni-vzdelavani/416-adhd-ve-vychove>, [cit. 5. 4. 2018]). Měl by být stanoven jednotný přístup k dítěti. Dále by měla být dána jednotná pravidla, s tím, že vyžadování jejich dodržování je samozřejmou součástí. Učitelé i rodiče by měli být obeznámeni s některými praktickými postupy a technikami pro zvládání různých obtíží spojených s výchovou a vzděláváním dětí s ADHD.

Šetření ukázalo, že problematická situace vzniká tam, kde rodič ke spolupráci se školou není dostatečně motivován, nebo jí není schopen. Dotazované učitelky si byly vědomy nutnosti spolupráce s rodinou. Za důležité považují častější nejen způsoby, ale i obsah komunikace s rodiči (pozice, motivace a problémy jednotlivých účastníků, tj. rodič x učitel). Zároveň se při vyhodnocení šetření ukázalo, že bez spolupráce rodičů nelze včas stanovit diagnózu (a tudíž vhodná doporučení pro výchovné působení). Někteří rodiče se brání stanovení diagnózy, i když jsou si situace svého dítěte více či méně vědomi. V takovém případě by bylo vhodné využít podpory některého z odborníků, poradenských pracovníků pro posilování skutečně funkční spolupráce, k hledání nejvhodnějšího řešení případných problémových situací ve prospěch zájmů dítěte.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a popsat, jaké zkušenosti mají předškolní pedagogové s dítětem s diagnózou ADHD.

Teoretická část bakalářské práce byla věnována charakteristice ADHD a vymezení pojmu tohoto onemocnění. V následující kapitole jsem se zabývala vývojem předškolního dítěte ve třech věkových kategoriích. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na vzdělávání dětí v mateřské škole. Poukazuji zde na rámcový vzdělávací program, jeho náležitosti a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

V praktické části práce byl použit kvalitativní přístup k výzkumu. V této části popisuji metodologii, organizaci a průběh výzkumného šetření. Dále zde uvádím výsledky výzkumného šetření a následně diskuzi, v níž jsou obsaženy veškeré odpovědi na výzkumné otázky, vyjádření mého názoru a mnou navrhované změny ve vzdělávacím procesu. Sběr dat probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Účastníci výzkumu byly učitelky běžných mateřských škol z jižních Čech. Rozhovor mi poskytlo celkem šest respondentek. Respondentky odpovídaly na předem připravené otevřené otázky, které představovaly oporu pro udržení tématu rozhovoru tak, abych získala odpovědi pro výzkumné otázky. Analýza dat jednotlivých rozhovorů a jejich interpretace je uvedena v kapitole číslo 4. Výsledky výzkumného šetření a identifikační údaje respondentů byly zpracovány do tabulek.

Vzhledem k zvyšujícímu se výskytu dětí s diagnózou ADHD je nutné věnovat této problematice více pozornosti. Přestože se tímto problémem potýkáme již celou řadu let, není znám přesný návod, jak s těmito dětmi pracovat. Hlavním důvodem je fakt, že každé dítě je jiné a vyžaduje individuální přístup. V první řadě je důležité pro získání opory učitele potvrdit zjištění, ke kterým dospěl učitel pedagogickou diagnostikou prostřednictvím ŠPZ – psychologa nebo speciálního pedagoga. Až na základě odborně stanovené diagnózy může učitelka MŠ zvolit vhodná výchovná a vzdělávací opatření a přizpůsobit vzdělávací obsah. Zároveň i běžné mateřské školy by měly být připraveny na nástup dětí s touto diagnózou. Mateřská škola by měla zprostředkovávat vzdělávací kurzy pro své zaměstnance a zaměřit se na efektivní komunikaci s rodiči. Učitelka musí umět srozumitelně rodičům vysvětlit, co je

podstatou jednotlivých podpůrných opatření. Měla by být trpělivá, umět rodičům naslouchat a nabídnout jim pomoc, pokud o ni požádají. Rodina by na základě konzultace s učitelkou či jinými odborníky mohla snáze navštívit SPC, což je první a nejdůležitější krok pro úpravu podmínek, ve kterých by se dítě cítilo lépe. Osobně navrhuji, ve shodě s jednou respondentkou, zařadit do obsahu vzdělávání předškolních pedagogů metodiku práce s dítětem s diagnózou ADHD.

Podle mého názoru je školní vzdělávací program dobrým vodítkem pro předškolního pedagoga, kterému pomáhá vytvářet vhodný program pro vzdělávání všech dětí dané mateřské školy. Kvůli vysokému počtu dětí s diagnózou ADHD by bylo na místě přizpůsobit tomu již zmiňovaný školní vzdělávací program. Zařadila bych do něj metodologii, ve které bude obsaženo, jak s těmito dětmi pracovat, jak se zachovat při podezření na problém týkající se tohoto onemocnění, odkazy na příslušnou literaturu a zásobník pracovních listů či jiných pomůcek, které by pomohly k celkovému rozvoji problematického dítěte a usnadnily práci s ním.

Velice by mě potěšilo, kdyby tato práce byla přínosem nejen pro samotné předškolní pedagogy, mateřské školy, rodiče a studenty, ale i pro širokou veřejnost, která má iniciativu se zajímat o tuto problematiku chce se obohacovat novými informacemi.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALLEN, K. Eileen a Lynn R. MAROTZ. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. Praha: Portál, 2008. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-421-2.
2. ČERNÁ, Marie. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-880-8.
3. DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.
4. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
5. LANGAMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-195-x.
6. LISÁ, Lidka a Marie KŇOURKOVÁ. *Vývoj dítěte a jeho úskalí*. Praha: Avicenum, 1986. Život a zdraví (Avicenum).
7. NIESEL, Renate a Wilfried GABRIEL. *Poprvé v mateřské škole*. Praha: Portál, 2005. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-989-5.
8. PREKOP, Jiřina a Christel SCHWEIZER. *Neklidné dítě: rádce pro zneklidněné rodiče*. Praha: Portál, 1994. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-019-7.
9. RIEF, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Praha: Portál, 1999. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-287-4.
10. SVOBODOVÁ, Eva. *Vzdělávání v mateřské škole: školní a třídní vzdělávací program*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-774-9.
11. ŠKVOROVÁ, Jaroslava a David ŠKVOR. *Proč zlobím?: lehká mozková dysfunkce LMD/ADHD*. V Praze: Triton, 2003. ISBN 80-7254-407-1.
12. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
13. ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. *Relaxace nejen pro děti s LMD*. 2. vyd. Praha: D & H, 2003. ISBN 80-239-4466-5.

ONLINE ZDROJE

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2006. [cit. 2. 4. 2018]. ISBN 80-87000-00-5. Dostupné z http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_PV-2004.pdf

ČESKO: Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), in: *Sbírka zákonů České republiky* [online], 2004, [cit. 20. 3. 2018], dostupné z:

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

ČESKO: Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, in: *Sbírka zákonů České republiky* [online], 2016, [cit. 18. 1. 2018], dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

ČESKO: Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání dětí, in: *Sbírka zákonů České republiky* [online], 2005, [cit. 9. 3. 2018], dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-14>

International Journal of Mental Health Systems: Italian regional health service costs for diagnosis and 1-year treatment of ADHD and children and adolescents. [online]. Italy: Casadei Gianluigi and kol., 2017 – [cit. 2. 2. 2018]. Dostupné z: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-017-0140-8>

Možnosti ovlivňování projevů ADHD při výchovném vedení. *Alfabet.cz* [online]. Česká republika: Mgr.Lenka Felcmanová, 2015 [cit. 5. 4. 2018]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vzdelani-a-integrace/skolni-vzdelavani/416-adhd-ve-vychove>

ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou. *Rodinka.sk* [online]. Česká republika: Barbora Čambalová, 2016 [cit. 17. 4. 2018]. Dostupné z: <https://detskechoroby.rodinka.sk/detske-choroby/hlava/mozog-a-nervy/adhd-porucha-pozornosti-hyperakt/>

Priority vzdělávací politiky. *EDUin* [online]. Česká republika [cit. 5. 4. 2018]. Dostupné z: <http://www.eduin.cz/tag/vzdelavaci-politika/>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Věk respondentů

Tabulka č. 2: Roky praxe

Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 4: Diagnóza ADHD

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: **Souhlas s účastí ve výzkumu**

Příloha č. 2: **Otázky k rozhovoru**

Příloha č. 3: **Ukázka rozhovoru s respondentem**

Příloha č. 1: **Souhlas s účastí ve výzkumu**

Souhlasím s účastí ve výzkumu, který se týká připravenosti předškolních pedagogů na integraci/inkluzi dětí s mentální retardací. Byl/a jsem seznámen/a s názvem, cílem a metodikou celé práce.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru na mobilní telefon. Jsem seznámen/a s tím, že ihned po doslovném přepsání rozhovoru bude nahrávka smazána a rozhovor mi bude v písemné formě předložen k autorizaci. Údaje, s nimiž nebudu souhlasit, budou vyškrtnuty.

Jméno a veškeré informace, které by vedly k identifikaci osob, budou změněny.

V Českých Budějovicích

Podpis respondenta

Příloha č. 2: **Otázky k rozhovoru**

- 1) Kolik Vám je let?
- 2) Jaké je Vaše dosažené vzdělání a jak dlouhou máte praxi v MŠ?
- 3) Kolikrát jste se za svou praxi setkala s dítětem s ADHD? Bylo vždy diagnostikované?
- 4) Vzpomenete si, jaké měly tyto děti potíže a jak si vedly?
- 5) Jak rodiče vnímají své dítě s tímto problémem a jaká byla jejich ochota ke spolupráci?
- 6) Jakým způsobem jste s těmito dětmi pracoval/a?
- 7) Jaké mělo dítě záliby, co ho bavilo?
- 8) Jak vnímají dítě s ADHD jeho vrstevníci?
- 9) Shledáváte nějaké problémy, které by komplikovaly vzdělávání takového dítěte v MŠ?
- 10) Je něco, co by mohlo dle Vašeho názoru dítěti pomoci ke správnému rozvoji předškolních dovedností?
- 11) Jaká je z Vašeho pohledu připravenost pedagogů? Jaký máte názor na tuto problematiku?
- 12) Jaké byly Vaše pocity při péči o dítě s ADHD? Vzpomenete si na nějaký konkrétní zážitek?

Příloha č. 3: Ukázka rozhovoru s respondentem

Respondent č. 3 - 55 let, 37 let praxe, SPGŠ – střední pedagogická škola

„Když se ale podívám obecně na tyto děti s touto diagnózou, tak problém který je, tak je málo dětí v tomto věku diagnostikovaný. Je nutná spolupráce s rodiči, ale ty se o tom většinou nechtějí ani bavit. Myslí si pouze, že mají aktivní dítě a nic jiného v tom není. Bohužel my bez rodičů toho moc nezmůžeme, jelikož my dáváme doporučení rodičům a ti až navštěvují SPC. Takže ne vždy to jde, tak jak bychom si představovali. Minulý rok jsem měla jednoho chlapečka ve třídě jménem Kryštof. Bylo mu pět let a to byl učebnicový dítě s touto diagnózou. Když jsme to chtěli probrat s jeho rodiči, tak to nebylo lehké. V žádném případě prý nepotřebují poradit a už vůbec ne nikam docházet. Diagnostikovaný byl myslím v pěti letech. Rodičům dlouho nedocházelo, že pomoc nedostanou jen oni, ale i Kryštof, který by mohl lépe využít svou přebytkovou energii. Matka přiznala, že měla komplikovaný porod, Kryštof byl dlouho v inkubátoru. Byl trochu vývojově opožděný, ale vše dohnal. Kryštof byl nepozorný, rozlítaný, aktivní. Nebyl na sebe opatrný, neustále lezl po výškách. To si pamatuji, jednou vylezl i po nábytku a byl až u stropu. Jedním zážitkem byl i fakt, že když jsme šli cvičit a děti si zouvaly bačkůrky, tak Kryštof popadl cizí bačkory a utíkal rychle do koupelny a bačkory hodil do záchodu. Nebo jednou svázal k sobě všechny boty v šatně či hřebínky na vlasy pospojoval do sebe. Kolikrát jsem si říkala, kam na ty nápady chodí. Například Kryštof při ranních hrách, běhá po třídě, vysypává košíčky, vyhází nádoby z dětské kuchyňky, vysype korálky, zboří kostky, pak běží zase někam jinam, do toho se tam honí pár ostatních dětí. Byla to vždycky divočina a jeden pedagog. No hrozné. U Kryštofa velmi pomáhaly rituály, krátké činnosti, často měnící se činnosti. Kolikrát jsem měla pocit, že když jsem mu něco říkala, že mě nevnímá, ale později se ukázalo, že moc dobře věděl, co jsem mu říkala. Kryštof byl neohrabaný, jemná motorika mu dělala problém. Postupně přidávat čas, i po minutách. Musejí trénovat do školy. Když jsem s Kryštofem pracovala a dala jsem mu pracovní list, tak vydržel 3 minuty a pak si začal stěžovat, že ho bolí už ručička, vymýšlel si různé záminky, proč tu činnost ukončit. Chce to motivaci pro ty děti, aby věděly, že když ten pracovní list dokončí, tak si můžou dělat, co mají rádi. Ale je to na úkor ostatních dětí. Zjistila jsem, že postupem času, si mě Kryštof úplně okupoval. Věnovala jsem se mu nad rámec a upřímně jsem se zapomněla

rovnocenně věnovat ostatním dětem. Mít takové dítě ve třídě v běžné mateřské škole není vůbec žádná sranda. Vždy jsme se s kolegyní domlouvali na stejném postupu, abychom postupovali k němu stejně. Jednou se mi i stalo, že jsem s ním pracovala a říkala mu, že to musí dokončit a pak až dělat něco jiného, tak on se zvedl a šel se ptát kolegyně, zda může jít stavět z kostek.

Děti ho berou jako narušitele, který zkazí každou hru – proto volím takové hry, u kterých nevadí jeho hlasité projevy, často dávám aktivní hry. Jeho vrstevníci mi často chodí žalovat na Kryštofa. Když nastoupil do školky měl poměrně hodně kamarádů – líbilo se jim, jak je Kryštof akční a je sním neustálá zábava, pak jim to ale začalo už vadit a začaly se od něj odtahovat, až vytvořily dvě skupiny. Kryštof a ostatní děti. Jsou chvíle, kdy mi bylo Kryštůvka i líto a říkala jsem si, že kdyby byl v jiné školce, kde jsou děti s podobným problémem či jiným, tak by se tam mohl cítit lépe. Bohužel rodiče nespolupracují a nevidí problém. I když sami s ním mají hodně práce, nechtějí si to připustit – myslí si, že je jen „živý“.

Když dojde ke spánku po obědě, nastává problém. Kryštof nevydrží v klidu ležet – ale musí si nějak odpočinout, budí tím i ostatní děti. Baví ho jedna knížka o mašinkách, tak to používám jako motivaci, že když si lehne na lehátko, nechám mu knihu na prohlížení. Takto vydrží před 20 minut. Když vidím, že už nevydrží v klidu ležet, vezmu si ho k sobě a děláme nějaké činnosti. Doporučujeme rodičům dítěte s poruchou, aby navštěvovali s dětmi různé aktivní volnočasové aktivity. Horší je, že takové děti nechtějí ani trenéři – bojí se, že si něco udělají, takže vybrat takový kroužek – sport, u kterého budou moct být rodiče a nést tak plnou zodpovědnost za své dítě. Kryštofovo rodiče byli ale v tomhle nedůslední. Když mi vyprávěli, že malého strašně baví počítač a tablet, tak sem z toho byla celá špatná celý den. Rodiče se mě vždycky ptali, zda jsme byli venku, když řeknu, že ano, tak vidím, jak mají radost, protože s ním nikam ven nemusí (mají strach, s ním chodí ven, bojí se, že ho dostatečně neohlídají). Když jsme šli na procházku, tak jsem měla Kryštofa neustále u sebe – držela jsem ho za ruku. Když s dětmi nechodí rodiče ven, je to špatně, nedostanou ze sebe přebytečnou energii, nemají okysličenou hlavu, nejsou unavený, nemají kde tu aktivitu ze sebe dostat – například se pořádně vylítat. Je škoda, že není žádný volnočasový kroužek, konkrétně pro tyto děti. Perfektní je v tomhle například Sokol – děti se vyběhají a rodiče nad nimi

neustálý přehled, protože tam mohou být s nimi. Sporty, ve kterých jsou důležité pravidla, nebo jet na výkon, soutěžit, tak ten sport není vhodný pro děti s diagnózou ADHD. Nechtěla jsem věřit svým uším, když Kryštofovo maminka, ho chtěla přihlásit na keramiku. Strašně těžko nesou neúspěch, chtěli by být stejně dobrý jako ostatní děti. Jsem ráda, že už ve školkách mizí soutěživé hry. Když bych to shrnula, tak si myslím, že se celkově neví jak s těmi dětmi postupovat. Podmínky nejsou v běžných školách. Pokud by měla umět učitelka pracovat s takovými dětmi, je ale nutné ihned zařadit do studia střední pedagogické školy. Mělo by to být součástí ta připravenost, již před nástupem do zaměstnání do MŠ. Řešit problém, když už je, je podle mě velice špatný jak pro nás učitelky, tak hlavně pro to dítě. Dítě aby mohlo být úspěšně integrován, je nutná spolupráce s rodiči a SPC. Na základě toho stanovit určitá podpůrná opatření, například individuální plán. Hlavně mít stanovenou diagnózu.

V naší školce je i blbé to, že máme telefon umístěný skoro až v šatně, pořád někdo volá a já to musím zvednout. Tenkrát to znamenalo šílenou komplikaci. Musela jsem nechat 28 dětí včetně Kryštofa na chvíli o samotě. Několikrát jsem slyšela křik a dohady, jelikož některé děti čekaly, až odejdu a nebudou pod mým dohledem.“