

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta pedagogická

Diplomová práce

**PŘEDČASNÉ NAROZENÍ JAKO PŘÍČINA VZNIKU
SPECIÁLNÍCH VZDĚLÁVACÍCH POTŘEB U DĚTÍ
V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU**

Hana Švúbová

Plzeň 2012

Vedoucí diplomové práce PhDr. Josef Slowík, Ph.D.

Název:

Předčasné narození jako příčina vzniku speciálních vzdělávacích potřeb u dětí v mladším školním věku

Title:

Premature birth as the cause of special educational needs in young school children

Klíčová slova:

předčasně narozené děti, nedonošené děti, hyperaktivita, školní docházka, problémy, speciální vzdělávací potřeby, postižení, poruchy učení, poruchy chování, poruchy pozornosti, ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou), lehká mozková dysfunkce, dyslexie, dysgrafie

Keywords:

premature infants, premature babies, hyperactivity, school attendance, problems, special educational needs, disability, learning disabilities, behavioral disorders, disturbance in attention, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorders), minimal brain dysfunction, dyslexia, dysgraphia

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně. Při zpracování daného tématu jsem vycházela z uvedené literatury a z poznatků ze své praxe.

V Karlových Varech dne: 15. 3. 2012

Hana Švúbová

Poděkování:

Především bych na tomto místě ráda poděkovala PhDr. Josefu Slowíkovi, Ph.D., za přínosné poznatky, podnětné připomínky, obohacující spolupráci a vstřícný přístup při odborném vedení diplomové práce.

Dále děkuji vedoucí lékařce neonatologického oddělení Nemocnice Hořovice MUDr. Mileně Dokoupilové za odborné konzultace a užitečné kontakty, primáři neonatologie Gynekologicko-porodnické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Doc. MUDr. Richardu Plavkovi, CSc., a pediatru MUDr. Janu Andělovi za pomoc při realizaci průzkumu.

Velice děkuji rodičům nedonošených dětí, kteří se výzkumu zúčastnili.

Za cenné praktické zkušenosti vděčím všem žákům, které jsem měla možnost učit, především pak těm se speciálními vzdělávacími potřebami, jejichž problémy mne nesmírně obohatily, profesně i lidsky.

V neposlední řadě děkuji svojí rodině za trpělivost, kterou s mým časovým zaneprázdněním měla.

A děkuji také všem zdravotníkům neonatologického oddělení Gynekologicko-porodnické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kterým vděčím za život své nedonošené dcery, a se kterými byly těžké chvíle lehčí.

H. Švúbová

Motto:

„Příběh a poučení z něj jsou užitečné jen tehdy, když se o ně podělíte s druhými.“

Dan Millman

OBSAH:

ÚVOD	9
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 Předčasně narozené děti	11
1.1.1 Předčasný porod	11
1.1.2 Rozdělení nezralosti (dle různých hledisek)	11
1.1.3 Četnost výskytu předčasného porodu v České republice	12
1.1.4 Dlouhodobá rizika předčasného porodu	12
1.1.5 Korigovaný věk	12
1.2 Nejčastěji užívané terapie u předčasně narozených dětí	14
1.2.1 Vojtova (fyzioterapeutická) metoda	14
1.2.2 Bobathova (senzomotorická) metoda	14
1.2.3 Alternativní terapie	15
1.2.3.1 Hipoterapie	15
1.2.3.2 Canisterapie	16
1.2.3.3 Muzikoterapie	17
1.3 Nedonošené děti v předškolním období	18
1.3.1 Děti se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřské škole	18
1.3.2 Školní zralost	19
1.3.3 Výběr základní školy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami	21
1.4 Předčasně narozené děti v mladším školním věku	24
1.4.1 Tělesná postižení a dlouhodobá onemocnění či zdravotní oslabení	26
1.4.1.1 Dětská mozková obrna	26
1.4.1.2 Epilepsie	27
1.4.1.3 Alergie, astma, oslabená imunita	27
1.4.2 Zrakové vady	27
1.4.3 Sluchové vady	28
1.4.4 Řečové poruchy	28
1.4.5 Mentální postižení a psychické poruchy	30
1.4.5.1 Mentální postižení	30
1.4.5.2 Duševní poruchy a onemocnění	31

1.4.5.3	Poruchy autistického spektra	31
1.4.5.3.1	Dětský autismus	31
1.4.5.3.2	Aspergerův syndrom	32
1.4.6	Specifické poruchy učení a chování	32
1.4.6.1	Specifické poruchy učení	33
1.4.6.1.1	Dyslexie	35
1.4.6.1.2	Dysgrafie	36
1.4.6.1.3	Dysortografie	36
1.4.6.1.4	Dyspraxie	37
1.4.6.1.5	Dyskalkulie	37
1.4.6.2	Specifické poruchy chování	38
1.4.6.2.1	Projevy lehké mozkové dysfunkce	39
1.4.6.2.2	Syndrom ADD	40
1.4.6.2.3	Syndrom ADHD	40
2	EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST	43
2.1	Cíle a úkoly práce	43
2.1.1	Cíle práce	43
2.1.2	Úkoly teoretické části	43
2.1.3	Úkoly experimentální části	43
2.2	Hypotéza	44
2.3	Základní otázka studie	44
2.4	Zpracování tématu, použité metody	45
2.4.1	Metodologický popis realizace výzkumu	45
2.4.1.1	První fáze výzkumu: Stanovení problému	45
2.4.1.2	Druhá fáze výzkumu: Formulace hypotézy	46
2.4.1.3	Třetí fáze výzkumu: Verifikace (ověřování) hypotézy	46
2.4.1.4	Čtvrtá fáze výzkumu: Vyvození závěrů a jejich prezentace	49
2.4.2	Volba jednotlivých položek dotazníku	49
2.5	Vyhodnocování dat	53
2.5.1	Věk a pohlaví sledované skupiny dětí	53
2.5.2	Kategorie nezralosti testovaného vzorku	54
2.5.3	Praktikované terapie a jejich úspěšnost	55
2.5.4	Začlenění dětí do mateřské školy a mimoškolních kolektivů	57

2.5.5 Typ školy, školní zralost, adaptace na základní školu	59
2.5.6 Zaznamenané výchovné obtíže	61
2.5.7 Kázeňské a studijní problémy ve škole	62
2.5.8 Asistent pedagoga	64
2.5.9 Současný zdravotní stav, druhy postižení i jednotlivé diagnózy	64
2.5.10 Pedagogicko-psychologická poradna a speciálně pedagogické centrum	70
2.5.11 Specifické poruchy učení a chování	71
2.5.12 Další odborníci a hodnocení současného zdravotního stavu	75
3 DISKUSE	77
3.1 Přepřacované námi naměřené hodnoty pro následné srovnání	78
3.2 Hodnoty, se kterými získané údaje srovnáváme	80
3.3 Porovnání vyčíslených hodnot	81
3.4 Shrnutí	82
4 ZÁVĚR	83
4.1 Verifikace hypotézy	83
4.2 Zhodnocení realizovaného výzkumu	83
4.3 Shrnutí a doporučení	84
4.4 Závěr	87
RESUMÉ	88
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	89
SEZNAM TABULEK	93
SEZNAM PŘÍLOH	95
1. Dotazník pro rodiče nedonošeného dítěte	96
2. Grafické znázornění statistických údajů prezentovaných v diplomové práci	104

ÚVOD

Podnětem k vytvoření této diplomové práce byla jednak má vlastní zkušenost s předčasným porodem, následnou péčí o extrémně nezralého novorozence a dále výchovou dítěte, které vykazuje jisté odlišnosti. Současně mě inspirovala skutečnost, že je na našem trhu zoufalý nedostatek literatury k této problematice. Jako matka nedonošeného dítěte a zároveň učitelka prvního stupně základní školy, kdy se ve své praxi setkávám s mnoha žáky, kteří nějakou odchylkou od běžné normy disponují, jsem přesvědčena, že neinformovanost právě v této oblasti může mít fatální dopady na kvalitu života takových jedinců. Abychom mohli poskytovat účelnou péči – ať již v roli vychovatelů, učitelů či rodičů – a mohli dát jedinci šanci na plnohodnotný život, musíme nejprve pochopit podstatu celého problému, rozumět potřebám těch, které máme vést, a rovněž znát možnosti, jaké nám současný pokrok nabízí.

Jelikož mým studijním oborem na Fakultě pedagogické je Učitelství pro první stupeň základní školy, mohlo by se zdát, že zvolené téma diplomové práce, tedy problematika předčasně narozených dětí, zdánlivě mírně vybočuje z mé aprobace. Uvádím proto již v samém úvodu studie důvody své volby:

- Rizika, která předčasné narození představuje, a vady, které jsou jeho přímým následkem, se promítají i na pozdějším vývoji jedince a mají tedy nemalé dopady také na jeho další vzdělávání.
- Nedonošené děti představují v dnešní době velkou rizikovou skupinu, ze které se rekrutují ve školním věku často žáci výrazně hyperaktivní, žáci s poruchami pozornosti, s lehkou mozkovou dysfunkcí, s poruchami učení a žáci s jiným (i závažnějším) postižením.
- Samotná práce s nimi, hodná speciálního pedagoga, tedy v tomto případě nenastává až v mateřské či základní škole, ale již podstatně dříve v samotné rodině. Rodina se musí své role zhostit na profesionální úrovni a měla by na ni být co nejlépe připravena.

- Rovněž informovanost učitele by v tomto směru tedy neměla začínat až první třídou, ale měl by být s celou problematikou obeznámen. V tom shledávám smysl mé diplomové práce.
- Práce je zaměřena na pedagogickou a speciálně-pedagogickou problematiku těchto dětí – časté obtíže v předškolním a školním věku. Zde vycházím i ze zkušeností ze své sedmileté praxe v oboru.

Téma jsem si tedy zvolila jednak z osobních a profesních důvodů a rovněž proto, abych poukázala na problematiku, kterou se dosud zabývala jen nedostačující hrstka studií, a upozornila tím, jak je tento stav alarmující a jak moc by bylo potřebné a užitečné věnovat se této otázce hlouběji a obsáhleji. Zmapovala jsem celou oblast velmi pečlivě a svědomitě a domnívám se, že by bylo užitečné navázat na předloženou práci nějakým rozsáhlejším vědeckým výzkumem, který v současné době stále chybí.

Medicína se rozvíjí velice rychle a pro neonatologii to platí obzvlášť. Daří se tedy zachraňovat stále menší a nezralejší novorozence. Nestačí však vědět, *kolik* dětí přežije, je třeba ptát se i na to, *jak* přežijí. V lidském životě nejde jen o kvantitu, ale rovněž o kvalitu.

Volně zde parafrázuji slova Jo Williamse, výkonného ředitele Mencapu (což je organizace, která spolupracuje s lidmi s mentálním postižením): Mencap je přesvědčen, že děti s mentálním postižením mají stejné právo na život jako všechny ostatní děti. Lékaři by měli usilovat o udržení života, a to i v případech extrémně předčasně narozených dětí. Nikdy bychom neměli zapomínat, že je povinností společnosti podporovat všechny, bez ohledu na jejich zranitelnost (Learning Disability Practice, 2004).

Tato studie je tedy velice užitečná, protože pouhé předpoklady, jakým směrem se život nedonošených dětí profiluje v dalších letech, jsou pro verdikt nad lidským životem hodně chabým soudcem.

Vnímám tento výzkum v současné době stále naléhavěji jako aktuální. Počty nedonošených dětí rostou a zpětná vazba, nejen z prvních let života, je nesmírně cenná.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Předčasně narozené děti

1.1.1 Předčasný porod

Gravidita trvá 40 týdnů. Narozením v termínu rozumíme odchylku od předpokládaného data porodu, která není delší než dva týdny. O předčasném porodu pak hovoříme v případě, že se dítě narodilo před 38. týdnem těhotenství.

Předčasně narozené děti jsou nezralé, mají nízkou porodní hmotnost, nedostatečně vyvinuté adaptační mechanismy a jejich životaschopnost je tím nižší, čím více jsou vzdáleny předpokládanému termínu porodu (Pařízek, 2010).

Kromě gestačního stáří záleží pochopitelně i na vrozených dispozicích daného jedince. Nelze tedy předvídat, jaký průběh nastane a jaké výsledky lze zaručit.

1.1.2 Rozdělení nezralosti (dle různých hledisek)

Podle toho, o jaký týden těhotenství se jedná, a rovněž podle porodní hmotnosti dítěte, rozeznáváme čtyři stupně nezralosti (Dokoupilová, 2009).

- Dle týdne těhotenství rozlišujeme nezralost:
 1. lehkou = 36. – 38. týden těhotenství,
 2. střední = 32. – 35. týden těhotenství,
 3. těžkou = 28. – 31. týden těhotenství,
 4. extrémní = pod 28. týden těhotenství.
- Dle hmotnosti pak rozdělujeme novorozence na ty:
 1. s normální hmotností = nad 2 500 g,
 2. s nízkou porodní hmotností = 1 500 – 2 500 g,
 3. s velmi nízkou porodní hmotností = 1 000 – 1 500 g,
 4. s extrémně nízkou porodní hmotností = pod 1 000 g.

Týden, ve kterém je účelné a rovněž etické zahájit intenzivní péči o nezralé dítě, není ve světě sjednocen a liší se podle podmínek daného státu. Ve vyspělých zemích Evropy, včetně České republiky, je za jakýsi mezník považován 24. týden těhotenství (Sobotková, 2008).

1.1.3 Četnost výskytu předčasného porodu v České republice

Bývá uváděno, že se v Česku ročně narodí asi 8 000 dětí předčasně. Děti s nízkou porodní hmotností (čili pod 2,5 kilogramu) představují nyní sedm až osm procent z celkového počtu narozených dětí (Marková, 2011).

Předčasných porodů, které končí úspěšně, stále přibývá. V roce 2007 přežívalo přibližně 80 % novorozenců s extrémně nízkou porodní hmotností (Straňák, 2007). Vloni, v roce 2011, to bylo, jak uvedla MUDr. Dokoupilová, dokonce 90 %.

1.1.4 Dlouhodobá rizika předčasného porodu

Nedonošené děti bývají ohroženy větší nemocností a některé i poruchami vývoje (tělesného či duševního), jak o tom bude řeč v následujících kapitolách.

Nedostatečně vyvinuté orgány mohou zapříčinit řadu dlouhodobých zdravotních problémů. K těm nejvážnějším s trvalými následky patří zejména krvácení do mozku, které může způsobit jeho poškození (Kalb, Springen, Raymond, 2003).

Šance na kvalitní život předčasně narozených dětí je poměrně vysoká, ale zcela individuální. Předpoklady má dnes, podle MUDr. Dokoupilové, až 95 % dětí nad 1 kg a 60 – 70 % dětí pod 1 kg.

1.1.5 Korigovaný věk

V souvislosti s nedonošenými dětmi bývá v literatuře často uváděno slovní spojení *korigovaný věk*. Je to věk, který neodpovídá tomu kalendářnímu, ale udává, jak staré

by dítě bylo, kdyby se narodilo v termínu a nikoli předčasně. Znamená to tedy, že od skutečného věku odečítáme dobu, o kterou se jedinec narodil dříve.

Není přesně definováno, jak dlouho se má tento druhý pohled na věk zohledňovat, záleží na konkrétních případech. U těžce nezralých dětí se doporučuje minimálně rok, u extrémně nezralých pak alespoň dva až tři. Nesrovnávat děti je však užitečné i u těch donošených (každý jedinec je individualita), o nedonošených to platí obzvlášť.

1.2 Nejčastěji užívané terapie u předčasně narozených dětí

Rehabilitace se zejména v prvních měsících po propuštění z porodnice stává nedílnou součástí péče o nedonošené dítě a dle stupně postižení se v ní pokračuje i v dalších letech. Jejím smyslem je především eliminovat množství dalších vad, upravovat handicapy již vzniklé a omezit odchylky v lokomoci nezralých dětí.

1.2.1 Vojtova (fyzioterapeutická) metoda

Mezi nejvíce užívanou terapii patří Vojtova metoda, která je obvykle zaváděna hned v porodnici, po té, co je stav dítěte stabilizován natolik, že lehké cviky umožňuje.

Kazuistická vsuvka z vlastní praxe: Samotnou mě velmi překvapilo, s jak malým dítětem je možno začít rehabilitaci provádět. Dcera měla svoji první fyzioterapeutku ještě na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, v době, kdy nevážila ani kilogram. U takto malého dítěte, které leží v inkubátoru, provádí krátkodobou terapii zkušený fyzioterapeut (je potřeba umět odhadnout vhodnost i délku), postupně jsou ale do techniky zasvěcováni rodiče, kteří se pak stávají hlavními fyzioterapeuty. Vzpomínám si, že jsem měla zpočátku obavy, abych dceři spíše neublížila a nezranila ji, než nějak výrazně stimulovala její dýchání.

Po propuštění z porodnice rodiče ve Vojtově metodě pokračují a přibírají nové cviky tak dlouho, jak je to vzhledem ke stavu dítěte žádoucí.

„Metoda reflexní lokomoce – Vojtova metoda, spočívá v tlakovém dráždění bodů na končetinách a trupu, čímž se aktivují svaly a vyvolává se reflexní odpověď“ (Gregora, 2010).

Určitými podněty a polohami těla lze vyvolat motorické aktivity, které vedou k pohybu vpřed. Reflexivní plazení a otáčení jsou naprogramovány v centrální nervové soustavě každého člověka jako globální motorické modely, které čekají na vyvolání (Vojta, Peters, 2010).

1.2.2 Bobathova (senzomotorická) metoda

Bobathova metoda je, na rozdíl od té Vojtovy, postavena na jakési přirozené zvědavosti pacientů. Její snahou je umožnit dítěti, aby získalo novou senzomotorickou zkušenost. Terapeut neučí pohybům, ale stimuluje pacienta k tomu, aby mohl pohyb

provést sám a co nejsprávněji, čímž posunuje jeho vývoj. Hojně jsou využívány různé pomůcky, které pomáhají dosáhnout cíle (jako míče, válce a podobně). Jeví se tedy poněkud přirozeněji. Vojtova metoda je účinná, leč pro dítě dosti náročná, ani ne tak fyzicky, jako psychicky, kdy ho zkrátka k něčemu nutíme, což obzvlášť u starších jedinců bývá obtížně zvladatelné. Bobath vychází z potřeby dítěte, které něco „chce“, jen to ještě „nedokáže“ realizovat, u procesu učení bychom to tedy mohli přirovnat k určité motivaci i pro klienta, kterou u Vojtovy metody můžeme postrádat.

„Bobath koncept (aktivní senzomotorické učení) je vhodnou variantou pro starší děti, které netolerují Vojtovu metodu, anebo může být jejím doplňkem. Využívá prostředků zevního prostředí k motivaci dítěte provést určitý pohyb a stává se součástí běžných denních aktivit“ (Gregora, 2010).

1.2.3 Alternativní terapie

Kromě Vojtovy a Bobathovy metody často rodiny vyhledávají i alternativní přístupy, které by motorickému a současně psychickému vývoji jedince mohly být prospěšné.

Volí pak například hipoterapii či canisterapii, tedy takzvané zooterapie, což jsou speciální terapie využívající kontaktu klienta a zvířete.

Kromě níže uvedených účinků mají zooterapie i rozmanité nepřímé kladné důsledky. Umožňují například pacientovi komunikaci, která je pro něho mnohdy obtížná, mají antidepressivní účinek a spoustu dalších pozitiv.

1.2.3.1 Hipoterapie

„Hipoterapie – rehabilitační metoda, která využívá pohybu koně a jeho přenosu na člověka, spolu s psychologickým působením jízdy na koni“ (Velemínský et al., 2007, s. 215).

Její princip je následný: Klient na koňském hřbetě sedí či zaujímá jinou polohu, kterou mu jeho stav umožňuje (například leží). Kůň má podobný pohybový stereotyp chůze jako člověk. Svoji chůzí pak vyvolává pohybové impulzy, kterými oslovuje centrální

nervovou soustavu klienta na jeho hřbetě. Mozek je nucen vysílat adekvátní rozkazy k rovnovážným reakcím.

Dochází tedy k tomu, že: „Na fyzické úrovni se uvádí trojrozměrný pohyb (tj. ve třech rovinách), a to v každém okamžiku všemi směry. Tedy při pohybu koňského hřbetu nahoru se současně mírně pohybuje do stran i dopředu a dozadu. Vytváří tak jistou nestabilitu jezdce, což je moment, který při terapii využíváme. Pokud se jezdec dokáže se svým koněm natolik spojit, aby převzal tento pohybový impulz a nechal jej projít svým tělem, má terapie účinek. Tehdy se řídicí centra učí vyrovnávat s touto nestabilitou a přiměřeně na ni reagovat tak, aby byl zachován stabilní sed, anebo jiná poloha“ (Velemínský et al., 2007, s. 239).

Hipoterapie je vhodná zejména pro děti s diagnózou dětské mozkové obrny a obecně pro nějakým způsobem motoricky limitované jedince. Kůň nejen že umožňuje klientovi pohyb, kterého sám není schopen, ale má také velice kladný psychický přínos (zlepšuje sebehodnocení i integraci mezi ostatní). Ovlivňuje tedy jak stránku tělesnou, tak i duševní. Hipoterapie však sama o sobě nestačí, nepoužívá se jako samostatná metoda, je nutné ji spojovat s dalšími podpůrnými terapiemi. Např. při terapii již zmíněné dětské mozkové obrny je základní terapií Vojtova metoda nebo Bobath koncept a hipoterapie je pouze jejich doplňkem.

1.2.3.2 Canisterapie

Obdobně jako hipoterapie, využívá i canisterapie (coby doplňující léčebná metoda) pozitivního působení zvířete, v tomto případě psa, na psychickou, fyzickou i sociální pohodu člověka. Probíhá vždy pod vedením canisterapeuta a s jeho pomocí. Pes je prostředník, člověk terapeut. Podle potřeby lze zvolit skupinovou nebo individuální formu. Pro klienta i psa musí být terapie radostnou záležitostí, je nepřijatelné, aby k ní kterákoli ze stran byla nucena.

„Canisterapie dále přispívá k rozvoji jemné a hrubé motoriky, podněcuje verbální a neverbální komunikaci, orientaci v prostoru, zvyšuje motivaci podílet se na vlastním léčebném procesu, zlepšuje interakci klienta s ostatními klienty – ošetřovateli – rodiči atd. Canisterapie může být využita k nácviku koncentrace a zvýšení pozornosti, rozvoji

sociálního citění, zlepšení kvality života a v některých případech i snížení agresivity klienta“ (Velemínský et al., 2007, s. 60).

1.2.3.3 Muzikoterapie

Terapií je celá řada a nebudu zde vypisovat všechny. Nejsou cílovým tématem práce. Z těch, které nevyužívají zvířat, bych ale ráda zmínila ještě muzikoterapii, jako velmi zajímavou podpůrnou léčebnou metodu.

Na Celoevropském dni předčasně narozených dětí – Prematurity day, v roce 2009, upozornil muzikoterapeut Mgr. Jiří Kantor na možnost využití hudby a zpěvu na neonatologických jednotkách intenzivní péče. Děti, které mohou v inkubátorech slyšet nahrávky hlasu / zpěvu své matky, lépe prospívají. Zpěv je významný podnět pro dítě a zároveň psychoterapie pro matku (Pavlíková, Novotná, 2010).

Lidský a zejména matčin hlas, a to nejen zpěv, může mít na dítě skutečně povzbuzující a motivační účinek. Kromě tohoto přímého vlivu na novorozence, má záslužnou činnost i nemalý význam rovněž pro matku dítěte, pro kterou je situace obtížně zvladatelná a komunikace s potomkem může zmírňovat napětí, odbourávat stres i jaksi zlidšťovat nepřírozené prostředí, ve kterém se oba nacházejí. I v dalších letech je muzikoterapie prospěšná a může mít dokonce léčebný efekt.

Magistr Kantor nebyl s tímto názorem ojedinělý. „Specialisté ve světě rozvíjejí různé metody přiměřené sensorické stimulace nedonošených dětí, protože o mnoho obvyklých a přirozených podnětů byly ochuzeny a jiné jim přebývají, např. permanentní a monotónní hluk monitorovacích přístrojů, jejich alarmování, většinou ostré světlo“ (Pavlíková, Novotná, 2009, s. 15).

1.3 Nedonošené děti v předškolním období

1.3.1 Děti se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřské škole

Ne každé nedonošené dítě má, i přes veškeré snahy, to štěstí, že si do života neodnáší žádný deficit.

Rodiče dětí, které vykazují speciální vzdělávací potřeby, mají v dnešní době již v období předškolního vzdělávání možnost výběru, jaký způsob začlenění potomka do kolektivu zvolí.

Nabízí se zde, obdobně jako je tomu u škol základních:

- možnost integrace dítěte do běžné třídy mateřské školy (čili individuální integrace),
- umístění dítěte do speciální třídy při běžné mateřské škole (tedy skupinová integrace),
- volba speciální mateřské školy.

Integrace představuje spolužití postižených s nepostiženými při přijatelně nízké míře konfliktnosti (Jesenský, 1995). Opakem integrace je segregace, tedy společenské vyčleňování (Slowík, 2007).

V praxi to znamená, že integrace „neohrožuje“ a zásadním způsobem nelimituje ani jednu ze zúčastněných stran (tedy jak děti nepostižené, tak děti nějakým způsobem „handicapované“), a přestože obě strany významně ovlivňuje, je pro ně naopak velmi prospěšná.

Děti postižené učí začlenit se do kolektivu dětí nepostižených a nevnímat svůj handicap jako něco, co je vyřazuje z obvyklého dění. Děti nepostižené pak učí vnímat postižení jako běžnou součást života. Z tohoto pohledu je úspěšná a profesně zvládnutá integrace nesmírně obohacující zejména pro děti „bez bariér“, které se naučí správně na handicap reagovat. Je to něco, s čím má stále problém i spousta dospělých lidí. Často se setkáváme s „Quassimodovským efektem“, kdy se dospělý inteligentní jedinec dívá na postiženého jako na nějaký „úkaz“ či naopak odvrací hlavu a takzvaně „neví, kam s očima“. Stále se učíme, jak na postižení reagovat, abychom nedávali najevo přehnaný soucit, na který není nikdo zvědavý, tím méně postižený člověk, i naopak, uměli nabídnout

pomoc tam, kde je to žádoucí. Děti, které mají možnost s postiženými vyrůstat a vnímají je jako každodenní součást svého života, v dospělosti tento blok nemívají. Prospěch pro druhou stranu snad ani není třeba uvádět, je zřejmý.

Vyšším stupněm integrace je tzv. inkluze, čili postoj, že všichni lidé jsou si rovni, a to i s handicapem nebo bez něho. Ta představuje nejen bytí pospolu, na jednom místě, ale rovněž včlenění a sjednocení v činnosti.

Inkluze i integrace je náročná záležitost, zejména pro pedagoga, který musí zajistit, aby obě strany nebyly ochuzeny, ale je to úsilí, které se vyplatí a mnohonásobně vrátí.

V mateřské škole je od roku 1990 dále možnost volit mezi těmito alternativními programy: Waldorfská mateřská škola, Mateřská škola Marie Montessorri, Daltonská mateřská škola, či modernějšími alternativami, které představují Mateřské školy s programem Začít spolu a Mateřské školy s programem podpory zdraví (Kořátková, 2008).

1.3.2 Školní zralost

Mezi základní oblasti důležité pro posouzení školní zralosti patří:

- tělesná vyspělost a zdravotní stav,
- motorická obratnost,
- pozornost a pracovní návyky,
- úroveň řeči,
- rozumové a kognitivní předpoklady,
- emoční a sociální zralost,
- samostatnost, sebeobsluha.

V posledních letech se poměrně výrazně rozšířil trend oddalovat školní docházku odkladem, a to leckdy spíše ze strachu, než z objektivních okolností. V případě, že není dítě vyžralé, ať už psychicky, motoricky či tělesně, nebo má zdravotní problémy, které by školní docházku významně ztěžovaly – např. je často nemocné apod., má takový odklad smysl. To vyhodnocuje dětský lékař a pracovník pedagogicko-psychologické poradny,

kteří dávají k odkladu doporučení. Měli by umět zvážit a vzít v potaz všechny faktory a nedoporučovat odklad unáhleně.

U odkladu školní docházky by měl být zohledněn i psychologický aspekt, nejen pedagogicko-psychologickou poradnou vyhodnocené testy. Učitel by měl umět posoudit, které dítě je skutečně hravé natolik, že žádná pravidla respektovat nezvládne, protože víme, že „škola hrou“ je škola nejkvalitnější, a že i hravé děti jsou vzdělatelné.

Je ale pochopitelně nutné vyhodnocovat všechny faktory pečlivě, nedělat unáhlené soudy a brát v úvahu také celkovou anamnézu dítěte.

Nedonošené děti, na rozdíl od dětí narozených v termínu, mívají skutečně méně objektivních předpokladů k tomu, že svůj tělesný i psychický vývoj zvládnou stejně rychle jako jejich vrstevníci.

Narodí-li se dítě o tři měsíce dříve, dohání tento deficit mnohem déle, než je z prvního pohledu patrné. Mohou dohnat „pediatrické tabulky“, a i když tedy váhově či výškově odpovídají svému stáří, jejich centrální nervová soustava nemusí být natolik vyzrálá, aby korespondovala s kalendářním věkem. Je tedy potřeba zvažovat individuálně každý případ.

Důležitá je také nemocnost jednotlivce, jelikož často nemocné dítě jednak vypadá z kolektivu, a rovněž musí neustále dohánět látku.

Roční odklad školní docházky bývá u nedonošených dětí obvyklý (Sobotková, 2009).

Kazuistický příběh: *„Honzík navštěvoval mateřskou školu o rok déle, neboť jsme se rozhodli, že ho o rok opozdíme. Bylo to určitě správné rozhodnutí. Za poslední rok ve školce udělal velký skok a neměl pak se školou žádné problémy. Jeho chování svědčilo o tom, že chodil do školy rád, že se tam každý den těšil. Měl v podstatě samé jedničky, a dokonce se jevil být šprtem. Také jeho fyzická konstituce doznala velké proměny. Z vyhublého, neduživě vyhlížejícího chlapečka se stal dobře stavěný, někdo by snad mohl říci až obtloustlý chlapeček“* (Sobotková, 2009, s. 38).

V souvislosti s nástupem školní docházky rozlišujeme dva významné termíny (Vágnerová, 2000):

- 1) „školní zralost“, tj. zralost centrální nervové soustavy, odolnost k zátěži, schopnost koncentrace pozornosti, dosažení určité úrovně autoregulace a rozvoj motoriky, senzorické koordinace, zrakového i sluchového vnímání + poznávacích schopností,
- 2) „školní připravenost“, tj. socializační úroveň, schopnost komunikace, respektování norem chování.

Úspěšné začlenění dítěte do základní školy ovlivňuje, kromě určité vyspělosti, zralosti a připravenosti daného jedince, také celá řada dalších faktorů. Patří k nim například individuální přístup či počet dětí ve třídě.

Celkové klima školy vytvářejí především její učitelé. Pedagog by měl být schopný účelně integrovat děti s individuálním vzdělávacím programem. Kladou se na něho vysoké nároky jak v profesní znalosti a připravenosti, tak na jeho samotnou lidskou stránku. Kvalitní učitel by měl být především osobnost. Má mít rád děti. Neztrácet nadhled. Umět přistupovat ke každému individuálně, a zároveň vnímat i globální souvislosti. Znat metodiku a skloubit teorii s praxí. Nestačí jen „znát“, je třeba i „umět předat“, motivovat, povzbuzovat, nadchnout, vzbudit zájem.

Lidský faktor je nesmírně významný a má obrovský vliv na úspěšné začlenění zdravých i jakkoli handicapovaných jedinců do školního procesu.

Škola by měla být přátelská a přístup učitele láskyplný.

1.3.3 Výběr základní školy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami

Z dosavadních studií, včetně našeho výzkumu, vyplývá, že podstatná část nedonošených dětí ve školním věku vykazuje nějaké odchylky.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky definuje děti se speciálními vzdělávacími potřebami takto: „Osoba se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním či sociálním znevýhodněním. *Zdravotní postižení* je postižení mentální, tělesné, zrakové, sluchové, vady řeči, autismus, souběžné

postižení více vadami, vývojové poruchy učení nebo chování. *Zdravotní znevýhodnění* je zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc, nebo zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování“ (MŠMT, 2006).

Rodiče dětí, které pod tuto kategorii spadají, pak mají při výběru základní školy několik možností, obdobně jako tomu bylo při výběru mateřské školy, jak je již uvedeno v článku 1 této kapitoly. Mohou tedy opět volit mezi několika variantami.

Formy speciálního vzdělávání, jak je charakterizuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, jsou následné (MŠMT, 2006):

- individuální integrace (v běžné škole / ve speciální škole pro jiné postižení),
- skupinová integrace (ve třídě běžné školy / ve třídě speciální školy),
- vzdělávání v samostatné škole pro žáky se zdravotním postižením (speciální škola),
- kombinace výše popsaných forem.

Speciální základní školy zajišťují vzdělávání způsobem přiměřeným danému postižení. Zřizují se jako školy pro žáky sluchově postižené, zrakově postižené, s vadami řeči, tělesně postižené, s více vadami, obtížně vychovatelné a pro žáky nemocné a oslabené umístěné ve zdravotnických zařízeních (ČSÚ, 2006).

Škála je tedy opravdu pestrá a výběr jistě nelehký. Správně zvolené zařízení (není rozhodující jen typ, ale i úroveň školy) dítěti i rodičům další studium značně usnadní. Je třeba brát v potaz všechny aspekty a vybírat zařízení pečlivě, zjistit si reference a neřídit se jen vzdáleností, tedy takzvanou „spádovostí“, ale rovněž celkovou reputací konkrétní školy. Dítě by se v novém prostředí mělo cítit dobře a také rodiče by měli mít pocit, že jsou zde klienty, nikoli „obětí“.

V současné době je výběr i z celé řady alternativních škol, pro které je charakteristická právě otevřenost a spolupráce.

Nedonošené děti bývají mnohdy úzkostnější, citlivější a fixovanější na rodiče (není to pravidlo, ale je to velmi častý jev). Přejít pro ně pak bývá leckdy obtížnější a právě přátelské prostředí je pro ně tedy ještě více podstatné. Škola by se měla stát pro žáky zdrojem informací, nikoli noční můrou, měli by se do ní těšit a mít o učivo zájem. Toto

není jen v programu, ale v konkrétním učiteli, a proto doporučujeme nezaměřit se při výběru pouze na „typ školy“, ale i na to, který konkrétní pedagog bude první třídu učit.

Kazuistický příběh: *„Měli jsme na výběr z více možností. Nejdříve jsme zavrhlí klasickou základní školu s asistentem a speciálním učebním plánem, protože se nám zde zdály výhledy do budoucnosti nejisté. Nedovedli jsme si představit, jak by takový individuální plán byl sestavován na druhém stupni, kdy je na každý předmět jiný učitel a každý by měl s naším synem práci navíc. Proto jsem byla navštívit další školy: klasickou zvláštní školu a pak dvě školy pro děti s postižením zaměřené na vady zraku a sluchu, které mohou brát i určitý počet dětí s jiným postižením. Stále to však nebylo to, co bychom si pro syna představovali. Nakonec jsme se s manželem byli podívat na výukové hodiny ve speciální škole waldorfského typu. Přístup paní učitelky k jednotlivým žákům nás nadchl. Proto jsme zvolili tuto možnost a dodnes nelitujeme. Jsme velmi spokojeni. Co je však nejdůležitější – hlavně je spokojen Lukášek. Je zde šťastný, nikdo mu tu neubližuje, nezažívá žádný stres a do školy chodí rád. I v učivu celkem postupuje a paní učitelka ho chválí. Tato škola má ještě jednu velkou výhodu v tom, že se zde děti učí rukodělným činnostem, jako je tkaní, šití, řezbářství, keramika, truhlářství a kovářství. Po deváté třídě lze přejít na praktickou školu a zde po ukončení dvanácté třídy získat ze zvoleného předmětu výuční list. Žák má tak šanci uplatnit se v životě a hmotně se zabezpečit, což je pro nás rodiče velice důležitá představa při pohledu do budoucna“ (Sobotková, 2009, s. 74).*

Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami vyžadují specifický a individuální přístup. Jsou-li integrováni do škol běžných, pak k účinným podpůrným opatřením patří (Kucharská, Hönigová, 2008):

- práce asistenta pedagoga¹,
- snížený počet žáků ve třídě,
- možnost individuální nebo skupinové péče mimo vyučování, zařazení nápravné péče,
- dostatečný přístup k možným kompenzačním pomůckám a materiálům.

¹ Asistent pedagoga řídí činnost a koriguje chování dítěte, chválí dílčí úspěchy, poskytuje dítěti zpětnou vazbu, pomáhá při zadávání úkolů i s tím, aby žák stačil tempu výuky, zasahuje v případech, kdy je žák nesoustředěný, dohlíží na přípravu a používání pomůcek (Kucharská, Hönigová, 2008).

1.4 Předčasně narozené děti v mladším školním věku

Bylo již zmíněno, že nedonošenost s sebou může přinést i dlouhodobé následky, různě závažné a v různých formách. Pokusíme se zde shrnout ty nejobvyklejší.

Jelikož se v práci nezaměřujeme na lékařský výzkum, uvádíme v této kapitole pouze ta postižení a onemocnění, která souvisejí s nedonošeností, vyskytují se u těchto dětí nejčastěji a mají zjevný přímý vliv na jedince v období jeho školní docházky. Například tělesná postižení, která mimo jiné limitují jeho pohybové schopnosti, epilepsii, která může snižovat reálnou výkonnost, oslabení imunity, které zapříčiňuje častou nemocnost a následně nutnost dohánět učivo, smyslové vady, jež omezují plynulost příjmu informací, mentální poruchy, které mohou zhoršovat sociální začlenění, specifické poruchy učení a chování, u nichž je vliv na školní úspěšnost zjevný, a podobné.

Nedonošenost je faktor mající velký vztah k řadě vrozených i získaných vad. Předčasné narození ovlivňuje dítě nejen bezprostředně po jeho porodu, kdy hrozí nebezpečí nejzávažnější, včetně samotné otázky přežití, ale obvykle celý jeho život. Nejvýrazněji pak do období dospělosti, kdy se stav velmi často buď upraví, nebo alespoň stabilizuje a k regresivnímu vývoji dochází už jen zřídka.

Perinatologická centra pouze jednorázově vyšetřují psychomotorický stav dětí s velmi nízkou porodní hmotností ve dvou letech věku. Toto sledování je však nedostatečné. Některé odchylky, jako specifické poruchy učení či ADHD, se mohou měnit či projevit až v pozdějším věku. Stanovit přesnou prognózu vývoje v raném věku není možné. Z tohoto důvodu se doporučuje dlouhodobé sledování (Sobotková, 2008).

K nejzávažnějším vadám a poruchám předčasně narozených dětí, které se projevují během povinné školní docházky a mají vliv na pozdější vývoj jedince, patří dětská mozková obrna a dále pak vady zrakové a sluchové. Závažně opožděný může být růstový vývoj. Často se vyskytují poruchy chování, učení a sociálního i emočního vývoje, které budou podrobněji rozebrány v dalších kapitolách (Marková, 2011).

První rozsáhlejší výzkum, který byl o nedonošených dětech v souvislosti se školní docházkou u nás prováděn, pochází ze 70. let minulého století, a jeho výsledky tudíž opravdu nejsou nijak aktuální. Čísla z něho odvozená nemají dnes téměř žádnou vypovídací hodnotu, užívaná terminologie (jako „debilní dítě“ apod.) je velmi zastaralá a lékařský i pedagogický pohled naštěstí dávno překonaný. Je však zároveň smutné, že na tento průkopnický a zajímavý výzkum dosud nikdo obdobně širokou studií, která by byla publikovaná (a tudíž snadno dostupná veřejnosti), nenavázal, ačkoli poptávka zjevně je. Jak sami autoři již tehdy uvedli: „Rozhodli jsme se vyšetřovat předčasně narozené děti s nízkou porodní váhou ve věku od sedmi do patnácti let, poněvadž jsme v odborné literatuře nenašli souvislý a ucelený pohled na vývoj nedonošených dětí ve školním věku“ (Gutwirth, Machová, 1977, s. 111).

Zaměříme-li nyní pozornost na cizojazyčné zdroje, které se touto otázkou zabývaly, pak například z výsledků výzkumu zveřejněných v lednu 2005 v *New England Journal of Medicine* plyne, že extrémně předčasně narozené děti mohou být v širokém rozsahu postiženy v oblasti poznávací a v oblasti fyzických defektů. Jsou u nich běžné i neurologické defekty (Mc Millan, 2005).

Čtyři velmi nedonošené děti z deseti vykazují závažný problém s učením (*Learning Disability Practice*, 2004).

Nedonošené děti mohou mít mnoho zdravotních problémů celý život. Velký vliv na jejich vývoj má i prostředí, ve kterém vyrůstají, včetně vzdělanosti rodičů (Kalb, Springen, Raymond, 2003).

Pokud jde o celkový výskyt postižení v populaci v České republice, pohybuje se kolem 11 % (Slowík, 2007).

Počet dětí se speciálními vzdělávacími potřebami se pohybuje okolo 15 % (Kucharská, Höningová, 2008).

Z jednotlivých druhů postižení mezi žáky speciálních škol je, dle informací Českého statistického úřadu, největším objemem zastoupeno mentální postižení (ČSÚ, 2006).

Podle tabulky, kterou na svých internetových stránkách zveřejnil Ústav pro informace ve vzdělávání, byl konkrétní stav na základních školách v České republice k 30. 9. 2009 následující:

- V České republice navštěvuje základní školu celkem 794 459 žáků (ÚIV, 2010, *list CI.4*).
- 71 801 žáků je postižených (nejsou započítány děti z dětských domovů a diagnostických ústavů). Speciální třídu navštěvuje 37 040 a individuálně integrováno je 34 761 žáků (ÚIV, 2010, *list CI.6 a CI.7*).
- Podle druhu postižení je pak zastoupení následné (ÚIV, 2010, *list CI.7*):
 - mentální postižení má 24 644 žáků,
 - sluchové 1 255,
 - zrakové 703,
 - vadami řeči je postiženo 2 311 žáků,
 - tělesné postižení má 1 284 žáků,
 - více vad 4 727 žáků,
 - vývojové poruchy učení 32 713,
 - vývojové poruchy chování 2 702,
 - autismus 1 462 žáků.

1.4.1 Tělesná postižení a dlouhodobá onemocnění či zdravotní oslabení

Nedonošené děti mívají obecně obvykle více problémů v pohybovém než v duševním vývoji. Setkáváme se u nich ve zvýšené míře s nejrůznějšími opožděními motorického vývoje (od banálních po těžší), celkovou neobratností, a leckdy také se skutečným tělesným handicapem. K nejzávažnějším postižením hybnosti patří dětská mozková obrna.

1.4.1.1 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna se řadí mezi vady vrozené. Postihuje hybnost, řeč, sluch, zrak, intelekt i chování.

Má různé formy. Spastickou, kdy je svalstvo křečovitě stažené, hypotonickou, při které je svalstvo naopak ochablé, či dyskinetickou, jež se vyznačuje mimovolními pohyby (Slowík, 2010).

U nedonošených dětí se obvykle projevuje takzvanou „parézou“, čili částečným ochrnutím. U diparézy se jedná o postižení dolních končetin, u kvadruparézy o obě ruce i obě nohy a u hemiparézy jde o ochrnutí jedné poloviny těla.

1.4.1.2 Epilepsie

Epilepsie je záchvatové onemocnění, které se projevuje neuroelektrickými výboji v mozku. Navzdory tomu, že je charakterizována jako záchvatové onemocnění, se ale ne vždy musí tímto zdánlivě typickým projevem navenek vyznačovat. Existuje i celá řada nemotorických ataků, které nemusí být navenek ani zpozorovány.

Epilepsie bývá často (až ve 40 %) mylně diagnostikovaná. Obtížná je její správná diagnostika zejména u nedonošených dětí, kde spousta netypických projevů ještě nemusí prokazovat tuto nemoc (Ošlejšková, 2010).

1.4.1.3 Alergie, astma, oslabená imunita

Alergie, astma, oslabení imunity. Triáda, která se u předčasně narozených dětí vyskytuje velmi často. Sužují je pak různě závažné respirační obtíže i častější nemocnost.

- **Alergie** představuje nepřiměřenou reakci imunitního systému na běžné látky.
- **Astma** je chronické onemocnění dýchacích cest, které vede až k dušnosti.
- **Imunita** zjednodušeně označuje odolnost organismu proti chorobě.

1.4.2 Zrakové vady

Zrak je jeden z našich nejdůležitějších smyslů, získáváme jím 80 – 90 % informací. Jeho vrozené vady mají vliv nejen na orientaci, ale opět například i na komunikaci.

Přináší nám informace o tvaru, barvě, velikosti, vzdálenosti, prostoru, směru, pohybu a dalších vzdálených i blízkých ukazatelích. Patří tedy mezi dálkové receptory, tzv. telereceptory (Edelsberder, Kábele et al., 1988).

O zrakovém postižení mluvíme tehdy, když pro každodenní činnosti nepostačuje běžná optická korekce (Slowík, 2007).

Zrakové postižení dělíme na kategorie: střední slabozrakost, silná slabozrakost, těžce slabý zrak, praktická nevidomost a úplná nevidomost (Slowík, 2010).

1.4.3 Sluchové vady

Vrozená těžká sluchová vada (obdobně jako vada zraková) má vážné důsledky pro vývoj osobnosti postiženého jedince, je tedy třeba včas určit typ a velikost sluchové ztráty, aby se podařilo její následky co nejvíce snížit (Holmanová, 2002). Nejsou-li vady odhaleny včas, mohou se negativně odrazit na vývoji myšlení a řeči.

„Označení *sluchově postižený* se někdy ekvivalentně zaměňuje s pojmem *neslyšící*. Podle zákona o znakové řeči (zákon č. 155/1998 Sb.) se za neslyšící považují pouze osoby, které ohluchly před rozvinutím mluvené řeči a u nichž velikost a charakter sluchové vady neumožňuje plnohodnotný rozvoj mluvené řeči, a dále osoby později ohluchlé a nedoslýchavé, které samy považují znakovou řeč za primární formu své komunikace“ (Slowík, 2007, s. 72).

Sluchové postižení dělíme na kategorie: lehká nedoslýchavost, střední nedoslýchavost, středně těžká nedoslýchavost, těžká nedoslýchavost a úplná hluchota (Slowík, 2010).

1.4.4 Řečové poruchy

Vady a poruchy řeči označujeme jako *narušené komunikační schopnosti*. „O narušené komunikační schopnosti hovoříme tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jazykových projevů působí vzhledem ke komunikačnímu záměru jednotlivce interferenčně“ (Lechta, 2011, s. 51).

Vývoj řeči je nutné správně a adekvátně stimulovat.

Jako užitečnou shledáváme i následující radu „nemluvte *na* své dítě, ale *se* svým dítětem,“ podle níž bychom měli zvažovat množství informací, kterými dítě zahrnujeme, a nezasypávat jej přívalem slov (Peutelschmiedová, 2009).

Jakmile se vyskytne nějaká abnormalita v řeči, která již neodpovídá věku, měli by rodiče neprodleně navštívit logopeda a foniatra. Čím dříve a poctivěji se s logopedií začne, tím větší je šance na úplné odstranění poruchy. Hodně vad řeči v dospělosti (zejména správná výslovnost hlásek) je jen známkou zanedbané logopedické péče v dětství.

Logopedickou péči u nás zajišťují v oblasti zdravotnictví kliničtí logopedové a v resortu školství pedagogicko-psychologické poradny či speciálně pedagogická centra při speciálních školách (Lechta, 2011).

Obdobně jako tomu bylo u zrakových a sluchových postižení, i vady řeči ovlivňují celou osobnost a leckdy souvisejí s dalšími poruchami.

Vady a poruchy řeči dělíme na (Slowík, 2007):

- centrální vady a poruchy = vývojová dysfázie a afázie (čili nemluvnost), dále pak breptavost, koktavost,
- neurotické vady a poruchy = mutismus, elektivní mutismus, surdomutismus (tedy ztráty již získané řeči),
- vady mluvidel = huhňavost (deformuje zvuk), palatolalie (z rozštěpu patra),
- poruchy artikulace = dyslalie (vadná výslovnost jedné hlásky, více hlásek či skupiny hlásek), dysartrie (celková porucha artikulace např. při dětské mozkové obrně),
- poruchy hlasu = chraptivost, mutace,
- symptomatické vady a poruchy (způsobené jiným primárním postižením).

V jednom z dotazníků se vyskytla i tzv. „**expresivní porucha řeči**“. Jedinec s touto poruchou má problémy s vyjadřováním směrem k ostatním. Mívá jednodušší strukturu řeči, chudší slovní zásobu, používá kratší věty a dělá chyby v užívání slov, řeč bývá neplynulá (rychlá a nesouvislá či naopak pomalá a monotónní), jeho schopnost porozumět je vyšší než schopnost vyjádřit se (Train, 2001).

1.4.5 Mentální postižení a psychické poruchy

U nedonošených dětí by bylo potřebné preventivně a dlouhodoběji sledovat nejen neurologický, ale i psychický vývoj, a nečekat, až se v něm objeví nějaké odchylky. Stejně jako je u předčasně narozených jedinců automatická zvýšená pediatrická péče, měla by se i tato oblast stát nedílnou součástí jejich pozorování. Je neméně závažná a včasná diagnostika může zmírnit či úplně minimalizovat pozdější, leckdy vážné, následky.

Podnětným shledáváme následující poznatek: „Děti s velmi nízkou porodní hmotností bývají často velice drobné a opoždějí se v motorickém vývoji, což budí u rodičů dojem, že dítě je mladší a také se tak k němu chovají. Stává se pak, že podněcují jeho mentální vývoj na nižší úrovni, než by bylo pro dítě vhodné, a mentální vývoj se může tudíž zbytečně zpomalovat“ (Sobotková, 2009, s. 18).

1.4.5.1 Mentální postižení

Mentální postižení tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženími. A jako většina postižení nezasahuje jen jednu primární oblast, v tomto případě tedy psychiku, ale celou osobnost. Má vliv na řeč, ovlivňuje sociální vztahy, adaptační schopnosti, celkové sebepojetí i sebeuplatnění a celou řadu dalších faktorů.

Mentálním postižením či mentální retardací nazýváme trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo důsledkem organického poškození mozku (Švarcová, 2003). K tomuto mozkovému poškození došlo před narozením, při porodu nebo maximálně v prvních dvou letech života.

Mentální retardaci dělíme na: lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou, jinou a nespecifikovanou (Švarcová, 2003).

„Rozdíly v mentální úrovni jednotlivců s mentální retardací jsou ve skutečnosti větší než rozdíly mezi nepostiženou populací. Jako osoby s mentálním postižením jsou označováni lidé s lehkou mentální retardací, z nichž mnozí dokončí školu, vyučí se učebnímu oboru, dobře se uplatní v zaměstnání a často si založí vlastní rodinu. Na druhé straně tohoto spektra jsou lidé s hlubokým postižením, kteří jsou prakticky ve všech svých potřebách odkázáni na cizí pomoc. Nejsou schopni se sami najíst, jsou inkontinentní,

nejsou schopni samostatného pohybu ani komunikace s okolím“ (Švarcová, 2003, s. 11-12).

1.4.5.2 Duševní poruchy a onemocnění

Na rozdíl od mentálních postižení, psychické poruchy obvykle nenarušují inteligenci, ale jsou nápadné chováním, komunikací a sociálními vztahy, které úrovni inteligence příliš neodpovídají (Slowík, 2010).

Projevů je celá řada, lze je dělit například na: poruchy osobnosti, poruchy nálad, schizofrenní poruchy, neurotické poruchy a podobně (Slowík, 2010).

U předčasně narozených dětí v období povinné školní docházky jde častěji o symptomy těchto poruch než o poruchy samotné.

1.4.5.3 Poruchy autistického spektra

Autismus je pervazivní (všepronikající) vývojová porucha, která se začne projevovat před dosažením třetího roku. Postižení se odráží ve třech oblastech vývoje: v sociální interakci, komunikaci a představivosti (Beyer, Gammeltoft, 2006).

„Studujeme-li odbornou literaturu k této problematice, docházíme k závěru, že spíše víme, co autismus není, než co to autismus ve skutečnosti je. Autismus není druhem mentální retardace, i když s mentální retardací bývá v převážné většině případů spojen. Autismus není ani zvláštním druhem schizofrenie, za nějž byl donedávna pokládán“ (Švarcová, 2003).

Autismus obecně tedy zpravidla definujeme výčtem jeho klinických projevů.

1.4.5.3.1 Dětský autismus

Porozumět autistickým dětem je velmi náročné. Působí, jako by žily ve svém vlastním světě. Nepřiměřeně uplatňují kauzalitu. Nechápu, že chování lidí je záměrné. Mají tendenci za vším hledat vztah příčiny a následku. Nedokáží rozlišit důležité prvky

lidského chování. Neumějí číst nonverbální projevy. Musí každé nové sociální situaci porozumět a zapamatovat si ji. Mnoho autistických dětí si nevytvoří aktivní mluvenou řeč. Často zůstanou celý život na úrovni konkrétních zážitků, vnímají tedy jen realitu, nikoli symboly, neumějí analyzovat. Mohou mít úzké a neměnné zájmy. Mají sklon k rituálům a stereotypům, mívají tudíž obtíže s flexibilitou a řeší i opakované stejné situace vždy znova.

„Nečekaná změna může dítěti narušit jeho známý nepružný scénář. *Jedna maminka vyprávěla, jak dítě začalo vyvádět a odmítalo jít na pouť jen proto, že změnili vstupní bránu*“ (Beyer, Gammeltoft, 2006, s. 31).

Tato porucha se vyskytuje ojediněle. Podle odhadů dětským autismem trpí 2 až 5 z 10 000 dětí (Train, 2001).

1.4.5.3.2 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom je rovněž pervazivní vývojová porucha. To znamená, že prostupuje celou osobností a záporně mění mnoho jejích struktur.

Při snahách tuto poruchu definovat, bývá nejčastěji uváděno, že jde o méně závažnou variantu autismu (Hrdlička, Komárek, 2004).

Aspergerův syndrom má obdobné projevy jako autismus (potíže se sociální interakcí, s komunikací, inklinace ke stereotypům, atd.). Od autismu se liší tím, že se neprojevuje zpožděním řeči ani kognitivního vývoje, nezasahuje inteligenci, ale motoriku, jeho symptomy jsou celkově mírnější (Train, 2001).

Podle odhadů se porucha vyskytuje u 3 až 7 lidí z 10 000 (Train, 2001).

1.4.6 Specifické poruchy učení a chování

Specifické poruchy učení a chování (označovány i jako specifické vývojové poruchy, dnes se slovo „vývojové“ z názvu obvykle vypouští) způsobují, že dítě má obtíže s osvojováním učiva běžnými výukovými metodami, navzdory přiměřené inteligenci i dostatečně stimulujícímu rodinnému prostředí (Kremlíčková, Novotná, 1997).

Do této kategorie budou patřit jednak specifické poruchy učení (jednotlivé poruchy se označují předponou dys-), dále projevy lehké mozkové dysfunkce, symptomy ADD a ADHD, či etiologicky také rizikové projevy laterality² – zejména lateralita zkřížená.

Předčasně narozeným dětem hrozí zvýšené riziko psychických poruch. Mohou trpět depresemi nebo úzkostmi, dále pak hyperaktivitou či poruchami pozornosti a chování. Hrozí jim též nižší IQ (Korzo.cz, 2009).

Velký vliv na správný vývoj osobnosti má i rodina. Pro dobrou psychiku, stresovou odolnost a zdravý rozvoj dítěte je nutné i láskyplné klidné rodinné prostředí.

Jako možný determinant odchylek chování je zajímavá tato myšlenka: „Nedonošené či nemocné děti jsou častěji labilnější, dráždivé a mohou hůře reagovat na smyslové i sociální podněty, obtížněji kontrolovat své tělesné pohyby a stavy chování. Chování takového dítěte je pro rodiče méně srozumitelné a často nepředvídatelné. Rodiče se pak mohou snažit stimulovat vývoj dítěte za každou cenu, čímž ho mohou přetížit, dítě se začne odtahovat a stává se ještě pasivnější“ (Sobotková, 2009, s. 18).

1.4.6.1 Specifické poruchy učení

Jedná se o různorodé skupiny poruch charakteristické výraznými obtížemi v dovednostech jako je psaní, čtení, počítání apod., u osob s alespoň průměrným intelektem. Porucha se týká centrální nervové soustavy, nikoli inteligence (ta je nepoznamenána).

„Specifické poruchy učení mohou být definovány jako: neočekávaný a nevysvětlitelný stav, který může postihnout dítě s průměrnou nebo nadprůměrnou inteligencí, charakterizovaný významným opožděním v jedné nebo více oblastech učení“ (Selikowitz, 2000).

² Lateralita znamená rozdílnou aktivitu jednoho z párových orgánů. Za přirozenou lateralitu tedy považujeme praváctví či leváctví. Zkřížená lateralita pak představuje dominanci například levé ruky a pravého oka, na rozdíl od laterality souhlasné, která se vyznačuje převahou jedné strany u všech párových orgánů. Následkem zkřížené laterality bývají poruchy pravolevé orientace, dysgrafie aj.

Oblasti učení, které tyto poruchy zasahují, můžeme rozdělit na dvě hlavní skupiny (Selikowitz, 2000):

1. základní školní vědomosti jako je čtení, psaní, pravopis, matematika, jazyk,
2. dovednosti jako je vytrvalost, organizace, sebekontrola, sociální způsobilost, koordinace pohybů.

Výskyt specifických poruch učení není lehké vyčíslit. Vykazovaná procenta se liší nejen v každé zemi, ale i v každé publikaci, a někdy tak výrazně, že je skutečně těžké stanovit průměrnou hranici a objektivně říci, jakou část populace tyto poruchy zasahují.

Cca 10 % dětí je postiženo nějakou formou specifických poruch učení (Selikowitz, 2000). Symptomy poruch učení lze nalézt až u 15 % naší populace (Slowík, 2007). Přesná čísla nejsou tedy známá, ale pravděpodobně nejčastěji bývá udáváno rozmezí od 10 do 15 %.

Procentuální zastoupení záleží i na jednotlivých oblastech.

Učiteléské noviny k této problematice sdělily: Inspekční zpráva o integraci dětí s vývojovými poruchami učení z r. 2006 upozorňuje na nerovnovážený počet integrovaných žáků s těmito poruchami v jednotlivých školách. Někde jde o každé sedmé dítě, jinde pouze o každé dvousté. Největší extrémy jsou podle České školní inspekce zaznamenány na Jičínsku a Trutnovsku, kde mají více než 13 % integrovaných dětí s vývojovými poruchami učení, a v okresech Písek, Plzeň-jih, Tachov a Sokolov, které naopak nedosahují ani jednoho procenta (Šmídová, 2006).

Jednotlivé specifické poruchy učení označujeme pomocí řeckého termínu a předpony dys-. Předpona dys- značí nedostatečný, nesprávný vývoj dovednosti, druhá část názvu (přejata z řečtiny) označuje dovednost, která je postižena (Zelinková, 2009).

Velkou měrou bývají zastoupeny kombinované specifické poruchy učení (tedy více poruch najednou, obvykle pak dyslexie s dysgrafií) a i v případě, že má žák samostatnou poruchu, postihuje tato svými symptomy zpravidla více činností.

1.4.6.1.1 Dyslexie

Dyslexie je specifická porucha osvojování čtenářských dovedností.

Projevuje se zhoršenou kvalitou čtení (po všech jeho stránkách), která je v rozporu s inteligencí dítěte. Intelekt dítěte je vždy průměrný nebo nadprůměrný. Stejně tak je podmíněno, že rodinné zázemí je podnětné a dítě není dlouhodobě nemocné. Teprve vyloučíme-li tyto vlivy, můžeme diagnostikovat dyslexii.

Děti s touto poruchou mají problém rozpoznat a zapamatovat si některá písmena, rozlišovat písmena tvarově podobná (často dochází k záměnám např. m za n), zrcadlově podobná (b-d-p) či zvukově podobná písmena (t-d), činí jim potíže převést grafickou podobu slova do její zvukové podoby, těžko si znovu vybavují přečtená slova, čtou pomalu nebo zbrkle a chybně, bez porozumění textu, přehazují, vynechávají či přidávají písmena, pletou si dlouhé a krátké samohlásky, čtou dvojité (předřikávají si text), apod.

Obtíže dyslektikům způsobuje rovněž špatná spolupráce mozkových hemisfér. Při čtení musíme totiž zapojovat obě hemisféry. Levá je potřebná k řeči jako takové, pravá je nezbytná pro tvar písmen a směr textu (zleva doprava).

Kritéria dyslexie (Jošt, 2011):

1. Čtenářský výkon (rychlost, přesnost, technika, porozumění) je podstatně nižší než by odpovídal věku a IQ.³
2. Porucha čtení se projevuje na známkovém profilu předmětů, které vyžadují čtenářské dovednosti, pokud je dyslektik hodnocen podle běžných měřítek. To znamená převahu nejazykových předmětů (až o dva stupně) nad předměty jazykovými.
3. U diagnózy dyslexie musí být vyloučeny jiné příčiny čtenářských obtíží – smyslová vada, neurologické onemocnění, tělesná i duševní onemocnění, citové zanedbávání, deprivace, vliv špatné rodinné péče apod.

Podle odhadů je touto poruchou postiženo až 10 % dětí (Train, 2001).

³ Jedním z kritérií pro stanovení diagnózy dyslexie je rozdíl mezi inteligenčním (IQ) a čtenářským (ČQ) kvocientem, který je přibližně 20-25 bodů (Zelinková, 2009).

Rozlišujeme několik druhů dyslexie, nejznámější členění je na dyslexii fonematickou (hláskový systém), optickou (prostorová orientace), agramatickou (gramatické obtíže) a sémantickou (smysl čteného).

1.4.6.1.2 Dysgrafie

Je specifická porucha osvojování psaní.

Dítěti činí obtíže pohybová koordinace a prostorová orientace. Písmo takového jedince je nečitelné, malé či naopak velké, neúpravné, vykonávané s námahou, dysgrafik zaměňuje tvarově podobná písmena, často škrťá, píše-li perem, vyskytují se v textu kaňky.

„Oproti poruchám čtení a pravopisu se poruchám psaní dostává malé pozornosti. Je to dáno částečně tím, že psaní není možno objektivně hodnotit pomocí standardních testů, a částečně tím, že závažné poruchy psaní jsou poměrně vzácné“ (Selikowitz, 2000, s. 74).

1.4.6.1.3 Dysortografie

Specifická porucha osvojování pravopisu.

„Specifická porucha pravopisu může být definována jako nevysvětlitelná, závažná porucha pravopisu. Závažná porucha je obvykle definována jako více než dvě standardní odchylky v pravopisu pod úrovní věku dítěte“ (Selikowitz, 2000).

„Postihuje pravopis ve dvou oblastech. Projevuje se zvýšeným počtem specifických dysortografických chyb a kromě toho obtížemi při osvojování gramatického učiva a aplikaci gramatických jevů“ (Zelinková, 2009, s. 43).

K dysortografickým chybám patří např. chybné rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek, tvrdých a měkkých slabik, nesprávná hranice slov v písmu apod.

1.4.6.1.4 Dyspraxie

Specifická porucha motoriky (obratnosti, koordinace).

„Při dyspraxii jde o zhoršení kontroly mozku záměrných pohybů. Dítě s dyspraxií může provádět individuální pohyby, ale má potíže s koordinováním těchto pohybů, aby uskutečnilo určitý úkol. Dyspraxie je obvyklou příčinou nemotornosti“ (Selikowitz, 2000).

Odhadem trpí těmito vývojovými koordinačními potížemi až 6 % dětí (Train, 2001).

Motoriku dělíme na hrubou (chůze, běh, skákání, jízda na kole...) a jemnou (psaní, kreslení, střihání..., tedy ruce a prsty).

U nedonošených dětí bývá obecně nemotornost častější, zejména pak v útlém věku. Jako kojenci a batolata se většinou později otáčejí, plazí, lezou i chodí, než jejich vrstevníci. V pozdějším, předškolním a školním, věku tento deficit buď doženou, nebo se u nich projeví právě dyspraktické rysy.

1.4.6.1.5 Dyskalkulie

Specifická porucha osvojování matematických schopností.

Takovému jedinci chybí prostorová orientace, pochopení čísel (manipulace s nimi), má omezené vnímání číselných operací.

„Dítě s poruchami v této oblasti (porozumění matematice) může být např. schopné napsat číslo *sedm*, ale neuvědomí si, že předchází *osmi*“ (Selikowitz, 2000, s. 87).

Při psaní čísel například zamění jejich pořadí (čili správně vypočítá, že 6 krát 6 je 36, napíše však 63). Plete si znaménka, obzvláště jsou-li vizuálně podobná, jako $>$ a $<$. Není schopné napsat si čísla správně pod sebe a sčítá pak desítky s jednotkami, a podobně.

Dyskalkulii dále dělíme na (Zelinková, 2009):

- praktognostickou (manipulace s předměty / symboly = tvoření skupin, porovnávání...),
- verbální (označování množství, řady),
- lexickou (čtení symbolů),
- grafickou (psaní znaků),
- operační (matematické operace = sčítání, odčítání...),
- ideognostickou (chápání pojmů a vztahů).

1.4.6.2 Specifické poruchy chování

Velmi rozšířené poruchy, zejména v posledních letech.

Diagnóza poruch ADHD / ADD je v současnosti běžná. Výskyt je odhadován na 3 až 5 či 7 %, s převahou u chlapců. „Spolu se specifickými poruchami učení (dyslexie, dysortografie...) jde o nejdynamičtější se rozvíjející skupinu dětí se zdravotním postižením v posledních dvaceti až třiceti letech. Obě uvedené skupiny představují přibližně 80 % z populace zdravotně postižených, kterými se zabývá školský systém“ (Mertin, 2004).

Jak dále stejný autor uvádí, značný podíl na této četnosti má náš systém školství. Tradiční způsob výuky i jednostranná orientace na výkon nepozornost podtrhuje a leckdy dokonce způsobuje. Počty dětí s ADHD zvyšují i rodiče či učitelé, kteří se faktem, že problémy jsou způsobeny organicky, cítí zbaveni výchovné viny. Tato diagnóza je veřejností vcelku příznivě přijímána a představuje menší stigma než nevychovanost, výchovné selhání nebo mentální retardace (Mertin, 2004).

Je tedy zapotřebí rozlišovat, kdy je dítě nevychované (a pak je na místě apelovat na rodiče) a kdy má skutečně objektivní poruchu, kterou je třeba léčit a zohlednit. I v tomto případě však vidíme hlavní podíl v práci s takovým jedincem (láskyplné, trpělivé a dlouhodobé), nikoli v podávaných medikamentech.

Zastaralý systém školství, zejména transmisivní model vyučování, kdy učitel doslova zasypává žáky vlastními nekonečnými monology, leckdy navíc monotónními, a tito sedí způsobně v lavici bez možnosti zapojení, poruchy pozornosti skutečně spíše vyvolává, než odbourává. Pro upoutání pozornosti a zvýšení koncentrace je nutno získat žáka / potomka nějakou motivací. Nejlépe pak převést vnější motivaci v motivaci vnitřní (kdy má dítě

samo zájem, proto, že ho činnost baví, což však vyžaduje aktivitu a poznávání, nejen pasivní příjem přemíry hotových informací).

1.4.6.2.1 Projevy lehké mozkové dysfunkce

Lehká mozková dysfunkce (zkráceně označovaná jako LMD) je termín z šedesátých let minulého století, který zahrnuje poruchy učení, chování, pohybové koordinace a řeči.

Někdy bývá uváděno, že jej v současné době nahradil termín ADD (např. Serfontein, 1999). Není však tak úplně pravda, že byl termín lehké mozkové dysfunkce nahrazen zkratkou ADD či ADHD. V jednotlivých publikacích se různí názor na to, zda je to totéž.

Zelinková s tímto tvrzením nesouhlasí a uvádí, že se jedná o odlišné kategorie, které mají některé společné znaky (Zelinková, 2009).

Uzavřeme tedy tuto spornou oblast tím, že lehké mozkové dysfunkce jsou příčinami projevů, které se dnes stále častěji označují jako ADD nebo ADHD (v závislosti na hyperaktivitě). Lehká mozková dysfunkce je pojem nadřazený. Poruchy pozornosti pod něj pak svými symptomy spadají.

Děti s lehkou mozkovou dysfunkcí bývají mentálně v mezích normy, ale vykazují nějaké nápadnosti v chování, například labilitu, impulzivnost, neklid, zbrklost, neobratnost, nesoustředěnost.

Vyhýbají se kreslení, neumějí napodobit tvar, zaměňují písmena. Nereagují na své jméno, neumějí soustředěně vnímat. Bývají považovány za zlobivé a někdy neprávem trestány.

„Pro děti s lehkou mozkovou dysfunkcí je typické, že jsou živé až zbrklé, přitom však tělesně neobratné. Proto mají často úrazy“ (Gutwirth, Machová, 1977, s. 92).

Lehká mozková dysfunkce postihuje 2 až 20 % populace (Šlapal, 2002).

1.4.6.2.2 Syndrom ADD

ADD je zkratka anglického Attention Deficit Disorders a označuje poruchy pozornosti. Podle aktivity se pak dělí na poruchy doprovázené hyperaktivitou a poruchy vyznačující se zvýšenou únavou (Serfontein, 1999).

Rozlišujeme tedy dále termíny ADD a ADHD, mezi kterými je rozdíl právě v hyperaktivitě.

ADD pak označuje poruchu pozornosti bez hyperaktivity (Zelinková, 2009).

Takoví jedinci bývají nesoustředění, nepořádní, nesamostatní, snadno se rozptýlí, mají problémy s řády a pravidly, s úkoly, s organizací, často působí nepřítomně, „zasněně“, dělají chyby z nepozornosti, ztrácejí věci, zapomínají.

1.4.6.2.3 Syndrom ADHD

Zkratkou ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorders) se vyjadřuje syndrom narušené pozornosti spojený s hyperaktivitou (Slowík, 2007).

Děti s touto poruchou vykazují příznaky nesoustředěnosti nebo hyperaktivity či impulzivity (Train, 2001).

Typické rysy hyperaktivního dítěte: je neklidné, impulzivní, nesoustředěné, přecitlivělé, nedodrží pravidelný rytmus, je nedůvěřivé a nemá rádo změny, nezná míru (Laniado, 2004).

Ve školní lavici často vrtí nohama či rukama, nevydrží sedět a opouštějí své místo, vyhrknou odpovědi dříve než dozní otázka.

Děti s ADHD mohou mít také problémy navázat přátelství, s učením, doma (Munden, Arcelus, 2008).

Klíčové symptomy ADHD (Munden, Arcelus, 2008 a Serfontein, 1999):

- nepozornost (jsou nesoustředěné, snadno rozptýlitelné),
- hyperaktivita (bývají neposedné),
- impulzivita (zbrklé, jednají podle prvního popudu bez ohledu na následky, přebíhají od jedné činnosti k druhé).

Kromě této základní triády se dále, u ADD obecně, objevují obvykle i problémy s pohybovou koordinací, s krátkodobou pamětí, děti bývají nepružné, mají nízké sebevědomí, spánkové poruchy, narušený stravovací režim, opožděný řečový vývoj (Serfontein, 1999).

Nedonošené děti jsou náchylnější ke vzniku hyperaktivity než děti narozené v termínu (Bernreiterová, 2006).

Údaje o četnosti výskytu tohoto symptomu se značně liší podle toho, v které části světa byl průzkum prováděn, u jaké populace a s jakými diagnostickými kritérii. V celosvětovém měřítku se pak ADHD vyskytuje asi u 1 – 5 % obyvatelstva (Munden, Arcelus, 2008).

Hyperaktivitu nestačí pouze tlumit, je nutno ji také řešit (zaměřit se na příčiny a osvojit si reakci na následky). Nejde nám o pouhé potlačení jejích symptomů, ale je třeba se naučit s dítětem zacházet, správně k poruše přistupovat a umět s jejími projevy pracovat. Platí zde podobná pravidla jako u většiny specifických poruch, na jejichž vrcholu je láska, trpělivost a porozumění.

Zanedbatelná není ani autoregulační rovina problému. „Funkční, relativně stabilní regulace chování jedince nemůže být zajištěna zvenčí rodiči, učiteli a vychovateli, ale zevnitř prostřednictvím autoregulace“ (Navrátil, Mattioli, 2011, s. 40).

Dítě, které má skutečně tuto diagnózu, vykazuje jisté společensky leckdy méně přijatelné projevy chování, a i neodborníci by se měli naučit vnímat, že za některé projevy nemůže a nemůže za ně ani jeho rodina. Stejně jako po člověku se zlomenou nohou nechceme, aby prováděl stoj na hlavě, musíme si uvědomit, že hyperaktivita je porucha jako každá jiná a že má člověk s touto diagnostikou určité mantinely a jeho reakce nejsou vždy přiměřené tomu, co očekáváme.

„Někteří lidé si opravdu nedokáží představit, že problémové chování, jako např. nadměrná živost až hyperaktivita, či větší plačtivost a emoční labilita zdravě vyhlížejících dětí, nemusejí být zapříčiněny nevhodnou výchovou, ale zvýšenou citlivostí a dráždivostí nervového systému dítěte. Takové dítě nedokáže správně tlumit působení některých

podnětů a jeho reakce se pak zdají být pro okolí nepřiměřené. Výchova těchto dětí je pro rodiče náročná a často velmi vysilující, zejména když si nemohou od dětí ani na chvíli oddechnout, aby načerpali nových sil. Navíc pak ještě na veřejnosti, ale někdy i jejich blízkými, jim bývá dáváno za vinu, že výchovu svých dětí nezvládají. To žádného takto *postiženého* rodiče nepodpoří, a přitom oni by podporu a porozumění velice potřebovali“ (Sobotková, 2009, s. 72).

Neměli bychom se proto ukvapovat ve svých soudech. Ne každé „neposlušné“ dítě je „nevychované“.

2 EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST

2.1 Cíle a úkoly práce

2.1.1 Cíle práce

Cílem této práce je upozornit na komplikace, které mají souvislost s předčasným narozením a promítají se posléze i do dalšího vzdělávání, a zmapovat obvyklá rizika předčasně narození v období povinné školní docházky na prvním stupni základní školy.

Druhým, neméně podstatným, cílem je upozornit na danou problematiku a tristní nedostatek literatury i výzkumů k ní směřovaných – tak, aby se tento stav změnil.

Teoretická část by měla být souhrnem informací sloužících k získání a doplnění vědomostí pro rodiče nedonošených dětí, učitele předčasně narozených jedinců i pro další související profese jako jsou například nejruznější specialisté, pedagogicko-psychologičtí pracovníci a další.

Cílem experimentální části je zmapování druhů a četnosti konkrétních obtíží předčasně narozených dětí v období mladšího školního věku.

2.1.2 Úkoly teoretické části

- Zpracovat dostupnou literaturu z dané oblasti.
- Podat ucelený přehled této problematiky.

2.1.3 Úkoly experimentální části

- Shromáždit informace k danému tématu.
- Oslovit testovaný soubor klientů.
- Popsat realizaci průzkumu.
- Zhodnotit výsledky.
- Závěr.

2.2 Hypotéza

Předpokládáme, že se speciální vzdělávací potřeby v mladším školním věku vyskytují častěji u dětí, které se narodily předčasně, než v běžné populaci jejich vrstevníků.

2.3 Základní otázka studie

Ovlivňuje předčasné narození vznik speciálních vzdělávacích potřeb u dětí v mladším školním věku?

2.4 Zpracování tématu, použité metody

Výzkum je cíleně zaměřen na to, aby zmapoval, s jakými obtížemi (handicapy) se tyto děti setkávají na prvním stupni základní školy.

Došlo k realizaci kvantitativního výzkumu s prvky kvalitativního šetření.

Výsledkem je určitá sonda do této problematiky, ze které vyplývá, jaké jsou časté odlišnosti v chování, v učení, apod., tedy jaké speciální vzdělávací potřeby tato skupina vykazuje.

2.4.1 Metodologický popis realizace výzkumu

Při metodologickém popisu realizace výzkumu jsme se opřeli o termíny z odborné literatury (Chráska, 2007).

2.4.1.1 První fáze výzkumu: Stanovení problému

Nejprve jsme provedli *předběžnou teoretickou analýzu* (čili získání co nejvíce informací z oblasti, kterou máme zkoumat). Ta sestávala ze studia *příslušné odborné literatury* (knižní publikace, časopisy), studia *spolehlivých internetových zdrojů* a *konzultací s odborníky*. Užili jsme následné techniky práce s odbornou literaturou:

Odborná literatura byla nejprve *tříděna* technikou rychlého čtení, tedy *čtením letmým*. Takto zvolené tituly byly následně *studovány* způsobem *důkladného čtení*. Z knih, časopisů i internetových odkazů byly udělány *výpisky*, které jsme později probrali a některé z nich použili v práci v podobě *přímých či nepřímých citací* (vždy důsledně s odkazem na patřičný zdroj).

Před zahájením výzkumu jsme formulovali *operacionalizované definice*. Tzn., že pojmy, které se v práci objevují, jsou v její teoretické části napřed zjednodušeně definovány.

Jevy, mezi nimiž ověřujeme vztah, se nazývají *proměnné*. Jedna proměnná jsou *nedonošené děti*, druhá proměnná *speciální vzdělávací potřeby*. Zkoumaný problém pak vyjadřuje vztah mezi těmito dvěma proměnnými.

2.4.1.2 Druhá fáze výzkumu: Formulace hypotézy

Hypotéza vyjadřuje *vztah mezi dvěma proměnnými*. Je formulována jako *předpověď o vztahu mezi nimi*.

2.4.1.3 Třetí fáze výzkumu: Verifikace (ověřování) hypotézy

Před ověřováním (verifikací) hypotézy, čili rozhodováním, zda lze hypotézu přijmout, bylo nutné provést samotný výzkum.

Námi prováděný výzkum byl orientovaný především *kvantitativně* – čísla, ověření hypotézy, dotazníková metoda. Ale měl i prvky *kvalitativně* orientovaného výzkumu – slova, vcítění se, osobní prožitek.

Pro *kvantitativní část* výzkumu jsme zvolili *dotazník* – tedy předem připravené promyšleně formulované otázky, na které respondenti odpovídali písemně.

Při sestavování dotazníku jsme dbali *požadavků na jeho konstrukci*. Byly tedy dodrženy. Tzn.: Položky dotazníku jsou *jasné a srozumitelné*, jejich *formulace jednoznačná*, zjišťují jen *nezbytné údaje* a *nejsou sugestivní*. Ochotu spolupracovat zvyšoval přiložený osobní *průvodní dopis*, který objasňoval smysl a potřebnost celého šetření. Dotazník obsahoval *jasné pokyny k vyplňování* a byl konstruován tak, aby jej bylo možno *snadno zpracovávat*.

V dotazníku se vyskytovaly *položky otevřené (nestrukturované)*, při kterých respondent vytvářel odpověď sám, i *položky uzavřené (strukturované)*, u nichž respondent vybíral z odpovědí již navržených. U uzavřených položek to byly dále *položky dichotomické*, představující dvě vzájemně se vylučující odpovědi (např. ano / ne), a položky *polytomické*, které umožňují více odpovědí než dvě – konkrétně šlo o *výčtové položky*, u nichž respondent vybíral současně několik odpovědí (např. „Vyberte, které specifické poruchy učení byly u vašeho dítěte diagnostikovány.“). Dále se vyskytly i *položky polozavřené* (nabídka „jiné“).

V dotazníku byly použity převážně *položky zjišťující fakta*.

Kvalitativním přínosem máme na mysli to, že s některými rodiči došlo během výzkumu k osobnímu setkání (při rozhovoru), s jinými k obsáhlejší korespondenci (většinou prostřednictvím e-mailů) či telefonickému kontaktu. Nejednalo se tedy o pouhé zjištění „kdo a kolik“. Za procenty jsou skutečné příběhy skutečných lidí, které jsme měli možnost poznat. Rozhodli jsme se ale nakonec, že neuvedeme jednotlivé kazuistiky a závěry prezentujeme v číslech, ovšem skutečně podrobně získávaných, a to proto, že:

1. Ukázkové příběhy ze života nedonošených dětí se, na rozdíl od statistik, vyskytují v celé řadě diplomových prací, a konečně i v literatuře současné doby.
2. Nemyslíme si, že kazuistika je pro tuto problematiku (zejména v situaci, kdy zcela chybí statistické údaje) příliš přínosná. Realita bývá ve většině případů velmi podobná a velmi emocionální. Naším cílem ale nebylo „dojmut“, nýbrž ukázat na to, čeho je nedostatek, vyburcovat k tomu, že by bylo vhodné a užitečné se na tuto oblast zaměřit.
3. Kvalitativní výzkum se svojí podstatou upíná na velmi úzký okruh respondentů. Do hloubky. Nechtěli jsme se ale omezit na deset jedinců a popisovat, které konkrétní písmeno při své poruše učení v textu vynechávali, chtěli jsme zmapovat větší oblast a přinést z ní konkrétní podněty.
4. Pokud bychom chtěli skloubit kvantitativní i kvalitativní výzkum, jak bylo naším původním záměrem, a zveřejnit zde jak procenta, tak kazuistiky, byla by práce skutečně příliš obsáhlá a bylo by tedy nakonec nutné pro tu hrstku „vyprávění“ zúžit kvantitativní záběr výzkumu, což jsme nechtěli. Rozhodli jsme se tedy v závěru upustit od toho, co by bylo méně přínosné a předložit to, co skutečně chybí, ovšem s tím, že podklad je reálný a příběhy nedonošených dětí skutečně osobně známe – nešlo o pouhou dotazníkovou studii bez reálné znalosti prostředí, jak tomu u ryze kvantitativních šetření bývá. Troufáme si proto tvrdit, že náš kvantitativní výzkum je těmi kvalitativními aspekty do značné míry prodchnutý a má tedy i kvalitativní přínos.

Kvalitativním aspektem byly reálné prožitky, které se do výsledku rovněž odrazily (byli jsme obeznámeni s celými podrobnými konkrétními příběhy těchto dětí, nešlo jen o anonymní průzkum, navíc má autorka práce v této věci osobní zkušenost), dále fakt, že souhrnná teorie byla během výzkumu teprve vytvářena a dohledávána pro následné

zkompletování (v této podobě stále chybí), a některé hypotézy se dokonce vynořovaly až v samotném průběhu studie.

Snažili jsme se, aby vzorek jedinců byl co nejvíce *reprezentativní*, čili jsme do něho zahrnuli co nejvíce extrémně nezralých dětí, u kterých bylo možné předpokládat větší i četnější odchylky, než u dětí, které se původně předpokládanému termínu narození přibližují. *Výběr* jedinců byl v našem případě *záměrný*.

Dotazník byl respondentům, tedy rodičům nedonošených dětí, které jsou v současné době žáky prvního stupně základní školy, *rozeslán poštou*. Při návratnosti byla dodržena jeho *anonymnost*.

Ke spolupráci na výzkumu bylo takto písemně vyzváno 110 respondentů. Výzkumu se zúčastnilo 55 z nich. Podařilo se tedy docílit plné padesátiprocentní návratnosti. Ve 28 případech nebyl zastižen adresát (neplatná adresa – z důvodu přestěhování apod.) a pouze 27 rodičů dotazník nezaslalo zpět.

Výsledky byly tedy nakonec posuzovány u **55 nedonošených dětí**.

Sběr dat byl rovněž prostřednictvím České pošty. V průvodním dopise, který obálka obsahovala, byl stanoven nejzazší termín, do kterého bylo nutné odeslat vyplněné listiny zpět. K dispozici byla rovněž okolkovaná obálka s vypsanou adresou tazatele.

Metoda sběru dat byla *empirická* (dotazník), užití měření *nominální* (četnost).

Při analýze získaných dat jsme zvolili následný *postup*:

Nejprve *interpretaci výsledků třídění prvního stupně* = tabulky četností a následná prezentace dat graficky. Po té *interpretaci výsledků třídění druhého stupně* = ověřování hypotézy.

Užili jsme tyto *metody zpracování dat*:

1. Uspořádání dat a sestavení tabulek četností.
 - Základní utřídění dat bylo provedeno pomocí *čárkovací metody*.
 - Výsledky čárkovací metody byly převedeny do *tabulky četností*.
2. Grafické znázornění naměřených dat.
 - Data obsažená v tabulce četností byla prezentována také v *názorné podobě*.
 - Využity k tomu byly *histogramy četností* a *výsečové grafy*.

- Grafy byly původně vytvořeny ze všech uvedených tabulek. Nakonec jsem se ale rozhodli prezentovat v práci jen ty, které obsahovaly více než dvě veličiny. Jednoduché grafy znázorňující pouze dva údaje jsme při závěrečné kontrole vypustili, neboť jsme usoudili, že jsou zde nadbytečné (hodnoty lze snadno vyčíst z tabulky a grafická podoba má své opodstatnění pouze u složitějších záznamů).

3. Výpočet charakteristik polohy.

- Hromadná data byla charakterizována pomocí *aritmetického průměru*. Tento je pro lepší přehlednost přidán do tabulky četnosti.

2.4.1.4 Čtvrtá fáze výzkumu: Vyvození závěrů a jejich prezentace

V závěrečné fázi výzkumu jsme *vyslovili závěry*, ke kterým výzkum dospěl, *přijali hypotézu a interpretovali dosažené výsledky*.

Srovnali jsme výsledky *výběrového souboru* (výběr předčasně narozených dětí navštěvujících základní školu) s dostupnými údaji o *základním souboru*. Jelikož pro ojedinelost našeho výzkumu a nedostatek literatury k této tematice nebylo možné porovnávat s populací nedonošených dětí (neboť je nikdo rozsáhleji samostatně netestoval), představuje tento základní soubor běžná populace dětí navštěvujících základní školu.

2.4.2 Volba jednotlivých položek dotazníku

Průzkum sestával z dvaceti jasně formulovaných položek (otázek). Uvádíme je zde zkráceně a bez přednastavených odpovědí. Plná verze dotazníkového listu je součástí přílohy.

1. Jaký je současný věk dítěte?
2. Jakého je dítě pohlaví?
3. Jaké školní zařízení aktuálně navštěvuje?
4. Do které z kategorií nezralosti spadalo po porodu?
5. Jaké terapie byly s dítětem prováděny?

6. Jak zpětně hodnotíte úspěšnost těchto terapií a jejich možnost přispění k současnému zdravotnímu stavu?
7. Jak proběhla adaptace na mateřskou školu?
8. Mělo dítě odklad školní docházky?
9. Jak proběhlo začlenění na základní škole?
10. Má dítě obtíže se sociálním začleněním i mimo vyjmenované instituce?
11. S jakými výchovnými obtížemi jste se u svého syna / své dcery setkali?
12. Zvládá Vaše dítě školní docházku bez problémů (kázeňských i studijních)?
13. Navštěvujete s dítětem pedagogicko-psychologickou poradnu nebo speciálně pedagogické centrum?
14. Navštěvuje dítě i jiné odborníky (klinický psycholog, logoped, lékař specialista...)?
15. Které specifické poruchy učení byly u Vašeho dítěte diagnostikovány?
16. Které specifické poruchy chování byly u Vašeho dítěte diagnostikovány?
17. Má dítě některé zdravotní postižení?
18. Vyžaduje dítě asistenta pedagoga či jinou zvláštní péči?
19. Jaký je zdravotní stav dítěte nyní (ve srovnání s jeho stavem v pěti letech)?
20. Jaké jsou jeho současné diagnózy?

K výběru položek (respektive tomu, co jsme z původní verze nakonec vypustili) bychom rádi poznamenali toto:

Byly zvoleny jen takové otázky, které měly přímou souvislost s tématem diplomové práce, čili byl předpoklad, že poukážou na speciální vzdělávací potřeby, které se v souvislosti se školní docházkou vyskytly. Vynechali jsme proto podrobnější průzkum novorozeneckého, kojeneckého i batolecího období, který by byl rovněž zajímavý, ale který je již poměrně dobře zmapovaný, zejména pak z lékařského hlediska, a zaměřili se jen na mladší školní věk a okrajově i na věk předškolní, u kterého je pochopitelná přímá návaznost a úzká souvislost.

Zvažovali jsem velmi dlouze, zda se dotazovat i na prospěch, ze kterého by bylo možné usuzovat na školní úspěšnost, ostatně tak, jak tomu v obdobných průzkumech bývá zvykem. Nakonec jsme se ale rozhodli tuto kategorii nevyhodnocovat,

protože se domníváme, že její závěry nejsou objektivní a nedokazují, že má nedonošené dítě skutečně problém.

Prospěch je ukazatel, který ovlivňuje celá řada faktorů, nejen vnitřních, ale i vnějších, a to tak významně, že si nedovolíme nastavit hranici, jaký výsledek by byl pro danou situaci optimální.

Pokud bychom chtěli vzít v potaz samotnou klasifikaci, musíme opomenout celou řadu činitelů, které jí mohly ovlivnit. Jednak dědičnost a dispozice pro studijní předpoklady obecně, tedy hlavně rodinu, ze které dítě pochází, stupeň vzdělání rodičů, vhodné zázemí, stimulační podnětnou výchovu a podobně. Dále vnitřní i vnější motivaci samotného dítěte, jeho píli a ctižádost, úroveň školy (jak vysoké má nároky), celkové prostředí, zda se jedná o malotřídní typ školy na vesnici nebo třicetičlennou třídu v centru Prahy. V neposlední řadě pak schopnost samotného učitele, např. pracovat s hyperaktivním žákem, poradit si účelně s integrací (jakkoli postiženého dítěte) a podobně.

Dospěli jsme k závěru, že pokud bychom měli být u verdiktu alespoň trochu objektivní, bylo by nutné dotazovat se i na vzdělání obou rodičů, slovní hodnocení vyučujícího a podobně. A ani v takovém případě nejsou vyloučeny možnosti, kdy si učitel zkrátka jen s dítětem neví rady, což je zejména u ADHD na našich školách bohužel stále velmi častý jev. Rozhodli jsme se nakonec, že necháme na rodičích, aby sami usoudili, zda jim bude připadat případný neprospěch natolik výrazný či zapříčiněný nezralostí, že jej vypíše do otázky (č. 12), která souvisela s „bezproblémovým zvládnutím školy“.

Uvažovali jsme i o tom, že bychom nenabídli škálu 1 – 5 u předmětů, o které by se jednalo, ale dali namísto ní možnosti typu „prospěchově zvládá v rámci svých možností / zvládá výborně / nezvládá...“, ale i zde jsme vyhodnotili, že tím nezískáme nic cenného. Asi jinou představu o výsledcích svého potomka budou mít totiž dva vysokoškoláci a jinou manželský pár, který dosáhl pouze základního vzdělání. Dítěti se nemusí dostávat stejně stimulačního prostředí a nároky na něj kladené mohou být značně odlišné.

Pokud byly výsledky mimo normu, rodiče na to v dotazníku sami upozornili v otázce číslo 12, která zněla: „Zvládá Vaše dítě školní docházku bez problémů (kázeňských i studijních)?“ A dále jsme se o prospěch záměrně nezajímali.

Z pozice učitele zásadně nesouhlasíme s tím, že je to porovnatelná veličina. Každá škola je jiná, každý učitel je jiný, každý přístup je odlišný. Klasifikace je jen jakási forma bodového hodnocení, škála je malá a výsledky bychom se neodvažovali srovnávat

ani u donošených dětí na jedné škole, natož u takto rozdílného a po celé republice roztroušeného vzorku.

Na neprospěch dítěte má velký vliv rodinné prostředí. Extrémy – ať už je to odmítavý postoj (nezájem o dítě) či naopak perfekcionalistická výchova (neustálé opravování) – jsou vždy špatné.

Učitel svým neprofesionálním či nedostatečně citlivým přístupem též dokáže dítěti školu znechutit.

Dále jsme vynechali dotaz, zda bylo dítě z jedno- nebo více-četného těhotenství, neboť jsme tuto informaci znali předem. Dotazníky dvojčat jsme měli poznačené a zasílali je v jedné obálce a takto se i vracely, proto jsme si mohli dovolit tuto otázku nevypsát a ve studii se pak přesto zmínka o počtu dvojčat objevuje.

Záměrně jsme se specializovali převážně na extrémní nezralost, jako na nejvíce rizikovou skupinu nedonošených dětí. Nešlo nám o to zmapovat, jak na tom jsou ve škole děti, které se narodily o pouhé tři týdny dříve bez nutnosti zvýšené lékařské péče, zajímaly nás hlavně ty, které začínaly s velkým (například tříměsíčním) deficitem a měly příchod na svět značně ztížený. Do sledované skupiny jsme tedy zahrnuli pouze tři děti, které se narodily ve 36. a 37. týdnu, a naopak hned 40 dětí, které měly porodní váhu pod 1kg.

2.5 Vyhodnocování dat

Údaje zjištěné v průzkumu pro lepší přehlednost po slovní interpretaci převádíme vždy ještě do tabulky, ve které jsou vyjádřeny i v procentech.

Komplikovanější výsledky, obsahující více než dvě veličiny, jsou znázorněny též graficky. Tyto grafy jsou součástí přílohy a je na ně v textu odkazováno.

2.5.1 Věk a pohlaví sledované skupiny dětí

Ve zkoumaném vzorku padesáti pěti dětí, přičemž 29 tvoří chlapani a 26 dívky, všechny (dle zadání) aktuálně navštěvují nebo maximálně před rokem až dvěma lety navštěvovaly první stupeň základní školy.

Tabulka č. 1: Pohlaví

Pohlaví dítěte	Počet dětí	Podíl v %
Chlapec	29	53
Dívka	26	47
Celkem	55	100

Věkový rozptyl je v rozmezí od 7 do 12 let.

Početně nejsilnější skupinu tvoří děti desetileté, kterých je 16. Sedmileté jsou 3, osmiletých je 9, devítiletých 10, jedenáctiletých 8 a dvanáctiletých 9.

Tabulka č. 2: Věk

Současný věk dítěte	Počet dětí	Podíl v %
7 let	3	6
8 let	9	16
9 let	10	18
10 let	16	29
11 let	8	15
12 let	9	16
Celkem	55	100

Poznámka: Údaje jsou graficky zobrazeny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 1).

2.5.2 Kategorie nezralosti testovaného vzorku

Jak jsme již zmínili, nejvíce dětí, přesně 40, spadalo po porodu do kategorie „novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností“, tedy váhově mělo méně než 1 kg.

„Novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností“ (což znamená hmotnost 1 – 1,5 kg) bylo 5, „novorozenců s nízkou porodní hmotností“ (1,5 – 2,5 kg) se vyskytlo 8 a poslední 2 se řadí do kategorie „novorozenec s normální hmotností“ (čili nad 2,5 kg).

Tabulka č. 3: Kategorie nezralosti dle porodní váhy

Porodní hmotnost	Porodní hmotnost (v g)	Počet dětí	Podíl v %
Normální	nad 2 500	2	4
Nízká	1 500 – 2 500	8	14
Velmi nízká	1 000 – 1 500	5	9
Extrémně nízká	pod 1 000	40	73
Celkem		55	100

Poznámka: Údaje jsou graficky zobrazeny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 2).

Z hlediska termínu narození je 38 z celkového počtu vnímáno jako „extrémně nezralí“ (pod 28. týden těhotenství), sedm je „těžce nezralých“ (28. – 31. týden těhotenství), sedm spadalo pod kategorii „středně nezralých“ (32. – 35. týden těhotenství) a tři se narodili jako „lehce nezralí“ (36. – 38. týden těhotenství).

Tabulka č. 4: Kategorie nezralosti dle termínu narození

Nezralost	Týden těhotenství	Počet dětí	Podíl v %
Lehká	36. – 38.	3	5
Střední	32. – 35.	7	13
Těžká	28. – 31.	7	13
Extrémní	pod 28.	38	69
Celkem		55	100

Poznámka: Údaje jsou graficky zobrazeny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 3).

2.5.3 Praktikované terapie a jejich úspěšnost

Pouze 6 z dotazovaných uvedlo, že neprováděli vůbec žádnou terapii. Zbývajících 49 tedy některou terapii (mnohdy kombinaci více variant) využívalo.

Tabulka č. 5: Využívání terapeutických metod u pozorované skupiny

Zvolená terapie	Počet dětí	Podíl v %
Žádná	6	11
Jedna či více	49	89
Celkem	55	100

Z aplikovaných metod pak jednoznačně převažovala Vojtova, v počtu 45 dětí, která je u výraznější nezralosti obvykle zaváděna již v porodnici, takže je její četnost pochopitelná. Následovala hipoterapie využívaná devětkrát. Bobathova metoda byla aplikována v jednom jediném případě.

Z ostatních terapií byly uvedeny dvakrát jiné fyzioterapie (blíže nespecifikované rehabilitace) a dále vždy po jedné: canisterapie, plavání s tělesně postiženými, ergoterapie, muzikoterapie, balanční cvičení, metoda akupresurních bodů, balneoterapie a parafin při opakovaných léčebných pobytech a synergetická reflexní terapie.

Tabulka č. 6: Přehled konkrétních prováděných terapií

Prováděné terapie	Četnost jejich výskytu
Vojtova metoda	45 krát
Hipoterapie	9krát
Bobathova metoda	1krát
Opakované léčebné pobyty – balneoterapie, parafin	1krát
Synergetická reflexní terapie	1krát
Balanční cvičení	1krát
Metoda akupresurních bodů	1krát
Ergoterapie	1krát
Muzikoterapie	1krát
Canisterapie	1krát
Plavání s tělesně postiženými	1krát
Fyzioterapie – RHB (blíže nespecifikované)	2krát

Poznámka: Údaje jsou graficky zobrazeny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 4).

Samotný účinek terapií byl vnímán vesměs pozitivně. Jak již bylo vyčísleno, 49 z celkových 55 dětí nějakou terapii podstoupilo. Ve 21 případech rodiče uvedli, že terapie byly velmi prospěšné a výrazně napomohly zlepšení zdravotního stavu, 26krát zaškrtnuli poněkud mírnější možnost, že „byly prospěšné“. Pouze v jednom případě „příliš nepomohly“ a v jednom měly mít i negativní dopad – maminka uvedla: „RHB – zrychlení motoriky v daném věku.“ Jednou se objevil u možnosti „byly prospěšné“ i dovětek: „V terapiích pokračujeme, pokroky jsou, ale při každé nemoci (viróza, teplota...) se zdravotní stav zhorší.“

Možnost, že by „vůbec nepomohly“ nezvolil nikdo.

Terapie byly tedy hojně využívány a měly vesměs pozitivní dopad.

Tabulka č. 7: Hodnocení úspěšnosti aplikovaných terapií a jejich možnosti přispění k současnému zdravotnímu stavu

Hodnocení úspěšnosti terapií, jejich možnost přispění k současnému zdravotnímu stavu	Počet dětí	Podíl v %
Byly velmi prospěšné, zdravotní stav se po nich výrazně zlepšil	21	43
Byly prospěšné	26	53
Příliš nepomohly	1	2
Nepomohly a měly negativní dopad	1	2
Celkem	49	100

Poznámka: Údaje jsou graficky zobrazeny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 5).

Příspěvek autorky textu: Vyjádřím-li na tomto místě svůj osobní názor, tak jsem u Vojtovy metody mírně skeptická k jejímu plošnému preventivnímu zavádění u nedonošených dětí, jako „léčbě něčeho, co ještě nenastalo“. U dcery se mi osvědčila, dokud měla dýchací potíže. Tam byla její úloha skutečně nezastupitelná, cvičily jsme nekompromisně i osmkrát denně, pomáhalo to a stav se zlepšoval. Ale když jsme měly pokračovat jen proto, aby dělala něco o čtrnáct dní dříve, než měla, postrádala jsem smysl, a nemyslím si, že s tímhle záměrem metoda vznikla a měla by být takto praktikována. S touto terapií v tomto podání tedy rozhodně nesouhlasím, na rozdíl od terapeutů. Dcera sice dělala rychlé pokroky, ale bylo vidět, že jsou nepřirozené – „vydřené“, a protože v mozku problém prokazatelně nebyl, zvládla totéž s časovým posunem týdne či čtrnácti dnů sama, když na to byla fyzicky i psychicky vyzrálá. Pokud tam tedy není nějaká markantní prodleva, která by bránila dalšímu nutnému plynulému vývoji, tak s Vojtovo metodou jako pouhou prevencí nesouhlasím a jsem pro přirozený vývoj. Tabulkám odpovídá málokterý jedinec, i ten narozený v řádném termínu, a odlišnosti z nás dělají osobnosti. Je ovšem zároveň těžké odmítnout něco, co je nám doporučováno, a nést zodpovědnost viny za případný neúspěch, proto je Vojtova metoda asi praktikována častěji a déle, než by bylo nezbytně nutné. Naopak jsem ale měla možnost pozorovat, že u dětí, které měly

po porodu zakrvácení do mozku a následkem toho např. hemiparézu či jiné závažné tělesné postižení, Vojtova metoda dokáže skutečně „zázraky“ a je něčím absolutně nepostradatelným.

Co se týká samotného výběru terapií, nelze jednoznačně stanovit, která z nich je neúčinnější. Každé dítě je individuální a co jednomu nepomůže, může druhému významně prospět a naopak. Je třeba zkoušet vše dostupné a hledat další (i alternativní) cesty, než něco předem zavrhneme.

U nás však nejčastěji praktikovaná (v souvislosti s nedonošeností) bývá Vojtova metoda, což potvrdil i náš průzkum.

2.5.4 Začlenění dětí do mateřské školy a mimoškolních kolektivů

První začlenění do kolektivu a předškolní příprava (tedy aklimatizace v mateřské škole) byly z velké části velmi úspěšné.

Některým trvalo přijetí nové skupiny a zařazení se mezi vrstevníky déle, jiní s neznámým prostředím splynuli velmi rychle a nekomplikovaně. Z dotazníků lze usuzovat, že výkyvy nebyly nijak neobvyklé.

27 dotazovaných odpovědělo, že se dítě do mateřské školy zařadilo bez problémů a velmi rychle, 23 s menšími obtížemi, ale v normě.

Pro jedno dítě bylo nové prostředí velkou překážkou a adaptace velmi obtížná, matka k tomu dále uvedla: „*Velká nemocnost, noční buzení, nechtěl nic tvořit, jen začmáral papír černou pastelkou.*“ A u čtyř z dětí se adaptace napoprvé nezdařila, dítě bylo na nějakou dobu vyřazeno a poté úspěšně navráceno zpět.

Všechny děti nakonec mateřskou školu úspěšně absolvovaly, v domácí péči nezůstalo vůbec žádné.

U tří z „bezproblémových“ variant stála ještě upřesňující informace:

- „*ale nastoupil až v pěti letech, zpočátku jen na 1 hodinu denně*“,
- „*ale většinou chodil jen na dopoledne*“,
- „*ale vždy měl asistenci (pedagoga asistenta i v mateřské škole)*“.

Tabulka č. 8: Hodnocení úspěšnosti adaptace v předškolním zařízení

Průběh adaptace na mateřskou školu	Počet dětí	Podíl v %
Bez problémů, dítě se zařadilo velmi rychle (kolektivní, společenské...)	27	49
S menšími obtížemi, ale v normě (lítostivost, delší aklimatizace..., ale umístění do mateřské školy zvládlo)	23	42
Obtížně, pro dítě bylo nové prostředí velkou překážkou	1	2
Adaptace se nezdařila a dítě bylo z mateřské školy na nějakou dobu vyřazeno (a poté znovu navraceno zpět, již úspěšně)	4	7
Celkem	55	100

Poznámka: Údaje jsou graficky zobrazeny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 6).

Na otázku, zda má dítě obtíže se sociálním začleněním i mimo mateřskou školu a základní školu, tedy například na hřišti, při návštěvě apod., uvedlo 30 respondentů, že ne, 19 občas a 6 ano. U 25 dětí, u kterých se tedy vyskytla nějaká komplikace, se jednalo konkrétně o následující obtíže:

- Náznaky asociálního chování.
- Strach z nového prostředí.
- Zvýšená fixace na matku.
- Komplexy způsobené hemiparézou.
- „*Extrémní přecitlivělost, bojácnost, podceňování se, negativismus, díky ADHD je na něho dost často pohlíženo jako na nevychované dítě, s vrstevníky neustálé konflikty.*“
- „*Diagnostikován Aspergerův syndrom, stydlivý, samotářský, ale zároveň s touhou po sociálním kontaktu, neohrabaný.*“
- Dvakrát bylo uvedeno, že je dítě neprůbojné a zažilo šikanu.
- Dvakrát strach z většího kolektivu, přičemž si déle zvyká a bojí se dětí.
- Třikrát se objevilo, že je dítě samotářské a velmi introvertní.
- A hned dvanáctkrát se jednalo a abnormální stydlivost, bázlivost a neprůbojnost.

Můžeme zde tedy pozorovat jisté náznaky bázlivého, stydlivého, introvertního, neprůbojného, někdy až asociálního, chování, větší fixaci na matku, dokonce i sklon k tomu, stát se obětí šikany. Ale musíme brát v potaz i povahové vlastnosti jedinců, jejich individualitu a rovněž to, že více než polovina dětí žádné problémy nevykazuje.

Tabulka č. 9: Hodnocení obtížnosti sociální adaptace mimo školní zařízení

Dítě má obtíže se sociálním začleněním i mimo školní zařízení (např. na hřišti, na návštěvě, při setkání s neznámými lidmi)	Počet dětí	Podíl v %
Ano (např. je stydlivé, bojácné, s náznaky asociálního chování...)	6	11
Občas	19	34
Ne	30	55
Celkem	55	100

Poznámka: Údaje jsou graficky zobrazeny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 7).

2.5.5 Typ školy, školní zralost, adaptace na základní školu

S jedinou výjimkou všichni navštěvují běžnou základní školu. Tuto výjimku však netvoří Základní škola speciální ani Základní škola praktická, nýbrž škola Waldorfského typu. Ukázalo se tedy, že, ač někdy s pomocí asistenta či s nutností individuálního plánu, jsou všechny oslovené děti schopné zvládnout umístění na běžnou základní školu. To je velice povzbudivý výsledek, zejména s přihlédnutím k tomu, kolik z nich bylo skutečně extrémně nezralých.

Z pedagogického hlediska schvalujeme tuto integraci, i postižených dětí, do běžných tříd. Tedy v případě, kdy zařízení splňuje požadavky k integraci nutné. Jednou z hlavních podmínek je především schopnost a proškolenost konkrétního pedagoga / vychovatele.

Tabulka č. 10: Přehled aktuálně navštěvovaných školských zařízení

Aktuálně navštěvované školské zařízení	Počet dětí	Podíl v %
Běžná základní škola	54	98
Základní škola Waldorfská	1	2
Celkem	55	100

Téměř polovina nedonošených využila odklad školní docházky.

Přesně řečeno 25 dětí odklad mělo a 30 ne. Vzhledem k výsledkům a další úspěšnosti se odklad u nedonošených dětí jeví jako velice správná volba.

Jedna maminka navíc v dotazníku uvedla: „*Již před nástupem syna do první třídy jsem si musela vybojovat běžnou základní školu. Syn měl roční odklad školní docházky, i když jeho praktická lékařka navrhovala dvouletý odklad, aby dozrál, díky pochybení*

ze strany speciálně pedagogického centra nastoupil do první třídy v 7 letech. Nyní opakuje 2. třídu. Praxe – dítě s ADHD automaticky patří do speciální základní školy.“ V tomto případě by možná bylo ke zvážení, zda by tedy spíše nevyhovoval i dvouletý odklad školní docházky, ale bylo by to možné vyhodnotit až s delším časovým odstupem.

Žádné z dětí nebylo po nástupu na základní školu z první třídy vráceno zpět do mateřské školy.

Vsuvka autorky: U zdravých jedinců vnímám odklady školní docházky, jako údajné „prodlužování dětství“, spíše negativně. Rodiče jsou dle mého názoru někdy zbytečně zastrašováni. Vstup do základní školy je pro dítě výraznou změnou (při které přechází z období hry do stádia povinnosti), ale obvykle ho vnímají kladně, do školy se těší, a i když je pro ně nástup na základní školu zlomovým okamžikem, což nebagatelizuji, nedomnívám se, že je nutné přijímat ho tak stresově, jak bývá v literatuře posledních let popisován a samotnými učiteli často propagován.

Pokud nevolí dospělí onen nešťastný přístup „Počkej ve škole, ona už Tě učitelka srovná!“ a podobné nevhodné věty, či starší sourozenec doma zjevně nedemonstruje, jaká „otrava“ to je, má dítě ve věku šesti let přirozenou touhu do školy nastoupit. Asi by nám připadalo absurdní, kdyby si žák osmé třídy hrál o prázdninách s aktovkou a těšil se, až bude 1. září. Děti v posledním ročníku mateřské školy však tuto touhu vzdělávat se mají, a je do jisté míry i schopnost učitele, jak dlouho ji v nich udrží. Neměli bychom faktor těšení se ztratit zbytečným odkladem.

Nepodceňovala bych ani psychologický dopad toho, kdy dítě jde k zápisu, těší se do školy, a je mu oznámeno, že půjde až za rok, bez kamarádů, se kterými měl nastoupit. Může to vnímat jako svůj první neúspěch. Je mu také zbytečně brzy naznačeno, jak výrazný přechod to pro něho bude. Myslím, že tento faktor je dost často opomíjen.

Jsem tedy zastáncem toho, pěstovat v dětech chuť po sebevzdělávání a vnitřní motivaci, a ne je zbytečně zastrašovat tím, co nezvládnou. Mnohdy nás totiž překvapí, co navzdory našim tabulkám zvládnou. Já sama jsem odklady školní docházky, které nepramenily ze zdravotního stavu dítěte, rodičům spíše rozmlouvala, pokud bylo zjevné, že se dítě do školy těší. Změny u takto malých dětí jsou kaskádovitě rychlé, a pokud nedostačuje fyzicky, neznamená to ještě, že tento vývoj nedožene třeba za jediný měsíc.

Ačkoli tedy nejsem příznivcem „zbytečných“ odkladů, u kategorie „nedonošenců“ jsou často velmi prospěšné.

Tabulka č. 11: Využití odkladů školní docházky

Odklad školní docházky	Počet dětí	Podíl v %
Ne	30	55
Ano	25	45
Celkem	55	100

Samotné začlenění na základní škole probíhalo rovněž velmi úspěšně.

34 kladných odpovědí ukazuje, že dítě se zařadilo rychle a bez problémů. 17 mělo menší obtíže, ale bylo v normě. A pouze 4 se vymykaly – pro 3 z nich bylo nové prostředí velkou překážkou a aklimatizace obtížná, u čtvrtého se adaptace dosud nezdařila.

Tabulka č. 12: Hodnocení úspěšnosti adaptace v základní škole

Průběh začlenění na základní škole	Počet dětí	Podíl v %
Bez problémů, dítě se zařadilo velmi rychle (společenské, přizpůsobivé)	34	62
S menšími obtížemi, ale v normě (hůře si zvykalo, těžko hledalo kamarády, problémy s kázní...)	17	31
Obtížný, pro dítě bylo nové prostředí velkou překážkou (neurotické projevy, pomočování apod.)	3	5
Adaptace se dosud nezdařila	1	2
Celkem	55	100

Poznámka: Údaje jsou graficky zobrazeny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 8).

2.5.6 Zaznamenané výchovné obtíže

Pokud se týká výchovných obtíží, troufáme si zhodnotit, že nebyly příliš závažné.

44 rodičů dokonce uvedlo, že se nesetkalo vůbec s žádnými problémy v této oblasti. Dva z nich k tomu jen doplnili: „*Výchova probíhá bez problémů, jen je více citlivá a lítostivá.*“ „*Odmalička bojujeme s vysvětlováním, že cvičení Vojtovy metody není týrání.*“

U zbývajících 11 převažovaly problémy, které se z části dají zahrnout pod obtíže plynoucí z lehké mozkové dysfunkce, zčásti bychom mohli uvažovat, zda je nezapříčinila volnější výchova (zejména u té vzdorovitosti), která bývá pro tyto děti rovněž charakteristická (vzhledem k tomu, čím si s nimi rodina prošla, je to i poměrně pochopitelné), a opět se zde vyskytla určitá míra nesmělosti a neprůbojnosti, ale výrazné asociální projevy nepřevažovaly.

Konkrétně tedy oněch 11 rodičů uvedlo tyto obtíže:

- „Horší sociální kontakt, výrazná pasivita, je nutné ho aktivizovat.“
- „Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou, porucha chování.“
- „Lenost. Nechá se snadno strhnout. Fixace na matku.“
- „Občas se vzteká. Ve škole vyžaduje stále pozornost učitele a vyrušuje.“
- „Trpěla občasnými nočními záchvaty neutišitelného pláče.“
- „Přílišná hravost a pomalost.“
- „Do 3,5 let: vyvolávání zvracení u jídla, protože byl vyrušen ze své činnosti, vztekání se. Čůrání mimo nočník a rozmazávání výkalů všude, kde se dalo. Nyní musí mít příležitost vydat energii, a je bez problémů.“
- „Nekázeň, agrese.“
- A třikrát se jednalo o abnormální vzdorovitost, neadekvátně věku.
(Jedna z maminek k tomu doplnila: „Syn je velice tvrdohlavé dítě, často se zasekne. Často řešíme pořádek a mimoškolní povinnosti.“)

Tabulka č. 13: Zaznamenané výchovné obtíže

Výchovné obtíže, se kterými se rodiče u svého syna / své dcery setkali	Počet dětí	Podíl v %
Žádné	44	80
Nějaké výchovné obtíže se vyskytly	11	20
Celkem	55	100

2.5.7 Kázeňské a studijní problémy ve škole

Větší část dětí opět zvládá školní docházku velmi dobře, bez závažnějších kázeňských či studijních obtíží.

41 z nich nemá vůbec žádné studijní problémy, 14 rodičů uvedlo, že se s některými komplikacemi setkali.

Nejčastěji se opět vyskytly projevy, které se dají přičíst k diagnóze ADHD – jako nepozornost a nesoustředěnost, či ADD – pomalejší tempo. Vyskytly se zde opět i náznaky šikany, ale ani tentokrát ne ve velkém počtu.

Konkrétně pak oněch 14 rodičů popsalo tyto problémy:

- „Je snadno unaven, nestíhá učivo, má individuální plán.“
- „Špatně se soustředí, přestože testy pedagogicko-psychologické poradny (na doporučení třídního učitele, pro podezření na dyslexii) žádnou poruchu neprokázaly.“
- „Pošťuchuje. Je nesoustředěný (hyperaktivita), studijní výsledky kolísají – záleží na momentální koncentraci pozornosti (ADHD).“
- „Má problémy s chováním, soustředěním, pozorností. Při únavě se přestane soustředit a dělá zvuky, přestává reagovat na stálé řvaní učitelky, velký problém je paní učitelka, která nezvládla jeho chování. Sedí stále v poslední lavici. Od první třídy je šikanován. Řeším stále problém ve škole.“
- „Dysortografie – obtíže v psaní, obtíže s pravopisem, háčky, čárky.“
- „Má problémy se soustředěním a udržením pozornosti. Čtvrtá vyučovací hodina je krizová. Má asistenta pedagoga.“
- „Dle paní učitelky byl loni (první třída) nezralý a navrhovala návrat do školky. Dle pedagogicko-psychologické poradny byl zcela zralý, pouze má pomalejší tempo, což pro něj bude typické celý život a odklad to neřeší. Ve škole tedy zůstal.“
- „Nestíhá dohánět zmeškanou látku, když marodí, problémy s udržením pozornosti.“
- „Neudrží pozornost, vyrušuje – vyžaduje pozornost učitele.“
- „Nekázeň, slabý prospěch, neurózy ze školy.“
- Dvakrát bylo zmíněno, že dítě bývá šikanováno a vnímáno jako outsider.
- A dvakrát se vyskytlo pomalé tempo s nutností delší přípravy.

U jedné z variant, že dítě školu zvládá bez obtíží, bylo připsáno: „S matematikou bojujeme, ale ve s rovnání se zdravými vrstevníky ho omezuje jeho oční vada a svalové napětí.“

Tabulka č. 14: Zaznamenané kázeňské a studijní problémy

Dítě zvládá školní docházku bez problémů (kázeňských i studijních)	Počet dětí	Podíl v %
Ano	41	75
Ne	14	25
Celkem	55	100

2.5.8 Asistent pedagoga

Asistenta pedagoga vyžaduje, podle vyjádření odborníků, celkem 8 dětí. Využívá jej ale pouze 7 z nich, neboť jednomu nebyl z důvodů finančních prostředků školou poskytnut. Zbývajících 47 dětí žádnou takovou pomoc nepotřebuje.

Bylo by možná na místě zvážit změnu školy, pokud by dítěti asistent pedagoga skutečně prospěl, protože v těch ostatních 7 případech je z dotazníků patrné, že jeho role je nezanedbatelná a pro dítě velice prospěšná (i díky němu jsou žáci přes různé „handicapy“ velmi úspěšní).

Pro dítě je jeho přijetí mezi vrstevníky a i jeho sebezpřijetí velice důležité, a z vyplněných údajů bylo patrné, že i handicapované děti byly krásně integrovány a zařazeny do „normálního“ kolektivu, za což patří dík jednak trpělivosti jejich rodičů a také schopnosti učitelů, kteří je vedou.

Tabulka č. 15: Nutnost využití asistenta pedagoga

Dítě vyžaduje asistenta pedagoga či jinou zvláštní péči	Počet dětí	Podíl v %
Ne	47	85
Ano, asistenta pedagoga	8	15
Celkem	55	100

2.5.9 Současný zdravotní stav, druhy postižení i jednotlivé diagnózy

Jelikož se ve výzkumu nezaměřujeme na medicínskou, ale pedagogickou a speciálně pedagogickou oblast, rozhodli jsme se některé výsledné ukazatele, z těch lékařských, zjednodušit.

Nejprve tedy tři body úvodem:

- 1) Pokud jde o oslabenou imunitu, bylo sebráno pouze 7 pozitivních odpovědí, což popírá všechny teorie. Domníváme se proto, že rodiče spíše oslabenou imunitu neuvedli, neboť si ji již nepamatují. Imunita se u nezralých dětí vyšetřuje pouze v prvním až druhém roce života, kdy jsou hladiny imunoglobulinů limitující

pro zahájení očkovacího kalendáře. Dovolili jsme si tedy tuto informaci nevyhodnocovat.

- 2) Respirační poruchy a astma, které mají podobné průvodní projevy a mohou dítě při studiu obdobným způsobem handicapovat, jsme spojili pod jednu kategorii „obstrukčních plicních onemocnění“.
- 3) Ani u jednoho z pěti tělesně postižených dětí nebyla spolu s hemiparézou, diparézou či kvadruparézou zaškrtnuta možnost, že by dítě mělo i mentální postižení, což je překvapivé procento. Tento poměr nebývá obvyklý. Dětská mozková obrna, která postihuje pouze motoriku, je vzácnější a udivilo nás, že by ani jedno z dětí nemělo přidruženou i nějakou mentální poruchu. Je tedy i možné, že si rodiče pouze mentální postižení nepřipouštějí nebo zaškrtnuli jen jednu z variant, a sice tu, která se jim zdála výraznější.

Neobjevili jsme v dotaznících ale ani žádné výraznější známky toho, že by se mělo jednat i o duševní poruchu. Řečové poruchy, které se u dvou z nich vyskytují, nebyly nijak výrazné, šlo spíše o špatnou výslovnost některých hlásek, rozhodně z nich nelze udělat závěr, že by se jednalo o mentální postižení. Připouštíme zde tedy možnost, že je všech pět determinováno převážně motoricky.

Z uvedeného počtu 55 dětí bylo pouze 15 bez lékařského nálezu. Dvě z těchto patnácti dětí ale mají diagnostikovány nějaké specifické poruchy učení a chování (v tabulce č. 18 je to dítě číslo 41 se specifickou poruchou učení i chování a dítě číslo 42 se specifickou poruchou učení), čili pouze zbývajících **13 tedy lze označit za děti zcela bez postižení.**

Ostatních 42 nějaké postižení má (dva z nich pak pouze na bázi specifických poruch učení a pozornosti). Plných 42 ze sledovaných 55 žáků tedy spadá do kategorie dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.

Tabulka č. 16: Výskyt postižení u sledovaného vzorku

Dítě má postižení	Počet dětí	Podíl v %
Ne (děti bez postižení)	13	24
Ano (děti s postižením)	42	76
Celkem	55	100

Pokud následně rozdělíme děti na ty, které mají postiženu jen jednu oblast vad (např. řečovou, zrakovou apod., jednotlivé diagnózy nejsou počítány) a na ty, které mají postižení více, jsou čísla takováto:

Ze čtyřiceti dvou postižených dětí má **29 kombinaci více vad** a **13 samostatnou jednu vadu**.

Tabulka č. 17: Výskyt počtu vad u sledovaného vzorku

Výskyt postižení	Počet dětí	Podíl v %
Je zcela bez postižení	13	24
Je omezeno JEDNOU oblastí zdravotních vad (řečovou, zrakovou, apod.), jednotlivé diagnózy nejsou počítány	13	24
Má KOMBINACI více zdravotních vad (opět nejsou počítány jednotlivé diagnózy, jako např. „opožděný vývoj řeči, poruchy výslovnosti“, ale celkově oblast vad „řečové postižení“)	29	52
Celkem	55	100

Poznámka: Údaje jsou graficky zobrazeny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 9).

Z osamocených vad (u třinácti žáků) je pak nejčetnější první kategorie, tedy „tělesná postižení, dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení“, pod kterou spadá celkem 6 žáků. Pouze řečovou vadu mají 4, zrakovou 1, sluchovou rovněž 1 a samostatnou specifickou poruchou učení trpí též 1 žák. U nikoho nebylo vykázano mentální postižení, poruchy autistického spektra nebo specifické poruchy chování, aniž by se k nim nepřidružily další vady.

Vypracovali jsme tabulku, ze které přehledně vyplývá, jaké kombinace vad se vyskytují nejčastěji. Žlutě jsou (pro úplnost) označeny děti s pouze jednou vadou (celkem 13). Děti s kombinací více vad (celkem 29) jsou označeny fialově a u postižení, která u nich byla zaznamenána, je na příslušném řádku hvězdička. V tomto přehledu je celkem 42 dětí. 13 bylo nepostiženo.

Tabulka č. 18: Přehled postižení u jednotlivých sledovaných dětí

	Typ postižení								
	TP, DO, ZO	Zrakové	Sluchové	Řečové	Mentální	Autistické	SPU	SPCH	Více vad
Kombinace postižení – každé dítě má své číslo (celkem 42 dětí s postižením)		*				*			1
	* DMO						*		2
	* DMO	*		*			*	*	3
	* DMO	*		*					4
	* DMO	*							5
	* DMO						*	*	6
	*	*				*	*	*	7
	*			*			*	*	8
	9								
	*		*						10
	*						*	*	11
	12								
	*			*					13
	*	*					*	*	14
	15								
	*						*		16
	17								
	*	*		*					18
	*						*	*	19
	*	*		*			*	*	20
	*	*		*					21
	*	*						*	22
		*		*					23
		*		*					24
		*		*					25
			*	*					26
				27					
			28						
				29					
				30					
				31					
		32							
				*			*	*	33
		*		*			*		34
	*	*		*				*	35
	*	*		*			*		36
	*	*		*			*	*	37
	*							*	38
	39								
	40								
							*	*	41
							42		
Výskyt postižení celkem (podíl v % ze 42 dětí)									
	6 (14 %)	1 (2 %)	1 (2 %)	4 (10 %)	0	0	1 (2 %)	0	29 (70 %)

Poznámka: 0 = jako samostatnou vadu neměl nikdo

Vysvětlivky: TP = tělesné postižení, DO = dlouhodobé onemocnění, ZO = zdravotní oslabení, DMO = dětská mozková obrna

Poznámka: Údaje jsou graficky zobrazeny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 10).

Vzhledem k tomu, že většina dětí má kombinaci více poruch, a to i v jednom konkrétním postižení, vypracovali jsme ještě jeden přehled, ze kterého je zřejmé, které jednotlivé zdravotní obtíže se v našem vzorku vyskytovaly nejčastěji (lze z nich totiž předvídat, s jakými obtížemi se tyto děti během studií mohou potýkat).

Nezohledňujeme zde již, jestli mají děti jednu či více zdravotních vad. A neuvádíme zde specifické poruchy učení a chování, neboť ty jsou rozebrány v samostatné kapitole.

➤ **27 dětí z 55 (což je 49 %) spadalo svými obtížemi pod kategorii „Tělesná postižení, dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení“.**

Četnost výskytu jednotlivých poruch (často se objevilo více diagnóz najednou) v této kategorii byla následná: Nejvíce dětí mělo alergii, která se vyskytla celkem 12krát. Obstrukčním plicním onemocněním trpí 9 dětí, 3 mají kardiovaskulární vady, 3 ploché nohy, 2 epilepsii, 1 syndrom krátkého tenkého střeva, 1 vývojovou anomálii zubů, 1 zkrácené Achillovy šlachy a prsní svaly, 1 zakřivené kotníky. Dětská mozková obrna, která se vyskytla u 5 případů, byla v následujících formách: 2krát kvadruparéza, 2krát hemiparéza, 1krát ve formě hypertonie na dolních končetinách – čili lehčí formě diparézy.

➤ **18 dětí z 55 (což je 33 %) má nějaké zrakové postižení.**

Lehkou slabozrakost vykázalo 10 dětí, střední 7 a těžkou pouze 1.

➤ **Sluchově postižené jsou 3 děti z 55 (tj. 5 %).**

Nedoslýchavost lehká byla zaznamenána 2krát, nedoslýchavost středně těžká 1krát.

➤ **Narušenou komunikační schopnost vykazuje 19 dětí z 55 (tj. 35 %).**

Poruchy výslovnosti mělo 11 dětí, opožděný vývoj řeči se vyskytl u 10, koktají 4, překotné tempo řeči (brebtavost) mají 3, huhňavostí trpí 2 a diagnózu expresivní poruchy řeči má jedno dítě.

➤ **Mentální postižení se projevilo u jednoho dítěte z 55 (tj. 2 %).**

Konkrétně se jednalo o mentální retardaci střední.

➤ **Poruchy autistického spektra trpí rovněž jedno dítě z 55 (tj. 2 %).**

Zde se jednalo o Aspergerův syndrom.

Tabulka č. 19: Přehled konkrétních vad u sledovaného vzorku

Tělesná postižení, dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení se projeví u 27 dětí z 55, u 5 z nich se jednalo o dětskou mozkovou obrnu (mají i více typů současně)	
Druh	Četnost výskytu
Dětská mozková obrna	5krát
<i>Z toho dětská mozkové obrna ve formě:</i>	Počet dětí
- kvadraparézy	2
- hemiparézy	2
- hypertonie na dolních končetinách (lehká forma)	1
Obstrukční plicní onemocnění (astma a jiné respirační poruchy)	9krát
Alergie	12krát
Kardiovaskulární vady (srdce, cévy)	3krát
Epilepsie	2krát
Plochonoží	3krát
Syndrom krátkého tenkého střeva	1krát
Vývojová anomálie zubů	1krát
Zkrácené Achillovy šlachy a zkrácení prsních svalů	1krát
Zakřivené kotníky	1krát
Zrakové postižení se vyskytlo u 18 dětí z 55 (měly diagnostikovánu retinopatii nedonošených, čili není to dědičné)	
Druh	Počet dětí
Slabozrakost lehká	10
Slabozrakost střední	7
Slabozrakost těžká	1
Sluchové postižení bylo zaznamenáno u 3 dětí z 55	
Druh	Počet dětí
Nedoslýchavost lehká	2
Nedoslýchavost středně těžká	1
Narušenou komunikační schopnost (na úrovni, kterou bylo třeba řešit odborníkem) vykazalo 19 dětí z 55 (většinou mají více řečových poruch najednou)	
Druh	Četnost výskytu
Opožděný vývoj řeči	10krát
Poruchy výslovnosti - patlavost neboli dyslalie (neumí vyslovit hlásku / vynechává ji / nahrazuje ji jinou)	11krát

Pokračování tabulky č. 19:

Huhňavost (nosní rezonance)	2krát
Breptavost (překotně rychlé tempo řeči)	3krát
Koktavost	4krát
Expresivní porucha řeči	1krát
Mentální postižení bylo diagnostikováno u jednoho dítě z 55	
Druh	Počet dětí
Mentální retardace střední	1
Poruchy autistického spektra má jedno dítě z 55	
Druh	Počet dětí
Aspergerův syndrom	1

Poznámka: Vzhledem k tomu, že některé děti mají kombinaci více vad, jiné naopak žádnou, není celkový součet dětí 55.

Údaje o jednotlivých postiženích jsou znázorněny také graficky v příloze č. 2 této diplomové práce (grafy č. 11, 12 a 13).

V dotaznících byly uvedeny i častější rýmy, záněty středního ucha, kašel. Potvrzuje to tedy rovněž teorii, že nedonošené děti bývají častěji nemocné, čímž vypadávají z kolektivu, musejí dohánět učivo, a mají tak ztížené studijní podmínky.

2.5.10 Pedagogicko-psychologická poradna a speciálně pedagogické centrum

32 dětí nikdy nenavštívilo ani pedagogicko-psychologickou poradnu, ani speciálně pedagogické centrum.

23 dětí tuto odbornou pomoc potřebuje nebo potřebovalo.

- 4 z nich navštěvují jen speciálně pedagogické centrum.
1krát speciálně pedagogické centrum pro sluchově postižené, 1krát speciálně pedagogické centrum pro zrakově postižené, 1krát speciálně pedagogické centrum Jedličkův ústav, 1krát speciálně pedagogické centrum blíže nespecifikované.
- Jedno dítě navštěvuje speciálně pedagogické centrum (pro poruchu řeči) i pedagogicko-psychologickou poradnu.
- Zbýlých 18 navštěvuje pouze pedagogicko-psychologickou poradnu.

U dvou (z uvedeného počtu 23) žáků se dá odhadovat, že do pedagogicko-psychologické poradny již docházet nebudou.

Jeden žák, který je zařazen mezi ty, které odbornou pomoc potřebují, navštívil pedagogicko-psychologickou poradnu na doporučení třídní učitelky (pro podezření na dyslexii), ale dyslexie se nepotvrdila a testy byly v pořádku, čili můžeme předpokládat, že další návštěvy pedagogicko-psychologické poradny již nebudou nutné.

Jeden žák navštěvoval pedagogicko-psychologickou poradnu z důvodu „*pilování některých početních technik*“, jak uvedla maminka, diagnóza nebyla dosud provedena.

Tři z uvedeného počtu 23 žáků navštěvují pedagogicko-psychologickou poradnu nebo speciálně pedagogické centrum pro jiné obtíže než pro specifické poruchy učení a chování, které jsou uvedeny v následující kapitole. Jeden má Aspergerův syndrom, jeden dětskou mozkovou obrnu, jeden navštěvuje speciálně pedagogické centrum kvůli sluchovému postižení.

Tabulka č. 20: Potřeba speciální péče v pedagogicko-psychologické poradně a speciálně pedagogickém centru

Dítě navštěvuje pedagogicko-psychologickou poradnu nebo speciálně pedagogické centrum	Počet dětí	Podíl v %
Ne	32	58
Ano	23	42
Celkem	55	100

2.5.11 Specifické poruchy učení a chování

Specifické poruchy učení:

40 dětí nemá žádné specifické poruchy učení. U ostatních 15 se většinou objevuje hned několik poruch najednou. Konkrétně **11 žáků má více než jednu poruchu učení**. Ze zbývajících 4, které mají jen jednu poruchu učení, mají 2 žáci osamocenou jednu diagnózu (jeden dysortografií a jeden dyspraxii) a zbylí 2 mají jednu jedinou poruchu učení (oba dyspraxii), ale v kombinaci s nějakou poruchou pozornosti (ADHD / ADD).

Převažuje dysgrafie, která je diagnostikována celkem 11krát, dyslexie 8krát, čtená je i dyspraxie 7krát, dysortografie se objevila 5krát a dyskalkulie 2krát.

U jiných než uvedených poruch učení jsou jedenkrát poradnou klasifikovaná „*rychlá unavitelnost a zvýšená úzkost*“ a dvakrát „*zkřížená lateralita*“, ovšem tyto symptomy jsou příznačné pro diagnózy poruch učení a chování, které mají všechny tři děti stanoveny. Za samostatnou poruchu je nepovažujeme.

Celkem 5 dětí má jen nějaké poruchy učení (dva jednu, tři více) a nemají k nim žádné poruchy chování.

Tabulka č. 21: Výskyt poruch učení

Specifické poruchy učení, které byly diagnostikovány	Počet dětí	Podíl v %
Žádné	40	73
Jedna nebo více poruch učení	15	27
Celkem	55	100

Tabulka č. 22: Přehled četnosti jednotlivých poruch učení

Druh poruchy učení	Četnost výskytu
Dysgrafie (psaní)	11krát
Dyslexie (čtení)	8krát
Dyspraxie (motorika)	7krát
Dysortografie (pravopis)	5krát
Dyskalkulie (počítání)	2krát

Poznámka: Údaje jsou graficky zobrazeny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 14).

Specifické poruchy chování:

42 dětí nemá žádnou specifickou poruchu chování. U zbývajících 13 se vyskytla devětkrát porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (tedy ADHD), přičemž u jednoho z nich ADHD nedoprovázely žádné specifické poruchy učení, zatímco osm bylo spojeno i s těmito obtížemi.

Čtyři pak mají diagnostikovanou poruchu pozornosti bez hyperaktivity (ADD), přičemž dvakrát šlo jen o ADD a dvakrát o ADD v souvislosti s nějakými poruchami učení.

Tabulka č. 23: Výskyt konkrétních poruch chování

Specifické poruchy chování, které byly diagnostikovány	Počet dětí	Podíl v %
Žádné	42	76
ADHD (porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou) označována i jako lehká mozková dysfunkce	9	17
ADD (porucha pozornosti bez hyperaktivity) označována i jako lehká mozková dysfunkce	4	7
Celkem	55	100

Poznámka: Údaje jsou graficky zobrazeny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 15).

Závěr z této kapitoly:

- Specifické poruchy učení:

15 dětí má poruchu učení (jednu či více). **5 z nich má jen poruchy učení bez poruch chování** a 10 poruchy učení spojené i s poruchou chování. 40 dětí specifické poruchy učení vůbec nemá.

- Specifické poruchy chování:

13 dětí má poruchu chování. **3 z nich mají jen poruchu chování bez poruch učení**, u ostatních 10 je porucha chování kombinovaná i s poruchami učení. 42 dětí specifické poruchy chování vůbec nemá.

Celkem je tedy **18 žáků s nějakou specifickou poruchou učení či chování nebo kombinací obojího a 37 žáků zůstává zcela bez specifické poruchy učení a chování.**

Údaj o výskytu specifických poruch učení nebo chování je graficky znázorněn v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 16).

Oba typy poruch byly skutečně diagnostikovány příslušnými odborníky.

V dotazníku byl záměrně u otázky, zda dítě navštěvuje pedagogicko-psychologickou poradnu či speciálně pedagogické centrum, i dovětek, aby při kladné odpovědi respondenti uvedli poradnu (případně centrum) stanovené diagnózy, přestože v jiné otázce stačilo tyto jen zaškrtnout. Chtěli jsme tím mít jistotu, že se jedná o skutečné diagnózy, plynoucí z odborného vyšetření, nikoli laické domněnky při případných projevech hyperaktivity apod.

Pro lepší přehlednost jsme níže opět vypracovali ještě tabulku, kde jsme jednotlivé děti označili čísly (odpovídají i těm u zdravotních postižení) a číslo na řádku vždy značí všechny poruchy, které konkrétní dítě má.

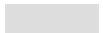
Tabulka č. 24: Přehled konkrétních diagnóz specifických poruch učení a chování u jednotlivých sledovaných dětí


	Porucha							
	Dyslexie	Dysgrafie	Dysortografie	Dyspraxie	Dyskalkulie	ADHD	ADD	Ostatní
Každé dítě má své číslo, jež je přiřazeno u SPUCH, které mu byly diagnostikovány		2		2	2			
		3		3		3		L
				6			6	
	7	7	7	7	7		7	
				8		8		
	11	11	11			11		
	14	14		14		14		
	16	16	16					
	19	19				19		
	20	20				20		
						22		
		33	33			33		L
	34	34						
							36	
				37				
							38	
41	41				41		U	
		42						
Celkem	8krát	11krát	5krát	7krát	2krát	9krát	4krát	3krát

Vysvětlivky:

Ostatní: U = unavitelnost, úzkost (dítě č. 41)

L = zkrřížená lateralita (děti č. 3 a 33)

 uvedené dítě nemá žádné poruchy chování

 uvedené dítě nemá žádné poruchy učení

2.5.12 Další odborníci a hodnocení současného zdravotního stavu

Z výsledků vyplývá, že 23 dětí nevyžaduje žádnou další odbornou péči a nenavštěvuje tudíž žádné jiné než již výše uvedené specialisty.

U 32 dětí jsou naopak nějaké další kontroly nutné, nezdědka i u více odborníků současně.

Tabulka č. 25: Nutnost další odborné péče

Dítě navštěvuje další odborníky	Počet dětí	Podíl v %
Ne	23	42
Ano	32	58
Celkem	55	100

Nejčastěji je to péče očního lékaře neboli oftalmologa, která je nezbytná pro 15 dětí. 13 dochází na pravidelné kontroly k neurologovi a 13 k logopedovi. Dále už podstatně nižší čísla: 5krát alergolog, 5krát blíže nespecifikovaný rehabilitační pracovník, 4krát ortoped, 2krát kardiolog, 2krát pneumolog, 2krát foniatr. A po jednom dále: plastický chirurg (z důvodu úpravy nosu), neurochirurg, klinický psycholog, psychiatr, endokrinolog (pro aplikaci růstového hormonu), gastroenterolog (s diagnózou syndromu krátkého střeva), stomatolog (v jehož péči je dítě pro vývojovou anomálii zubů).

Vynechali jsme ze seznamu rovnátka, protože u nich nevyplýval žádný předpoklad, že by se jednalo o nějakou výraznější vadu způsobenou nedonošeností, vývojová anomálie zubů se vyskytla pouze jednou a ta uvedena je.

Tabulka č. 26: Konkrétní lékaři specialisté

Specialista	Četnost výskytu
Oftalmolog	15krát
Neurolog	13krát
Logoped	13krát
Alergolog	5krát
Rehabilitace (jiné než již uvedené terapie – např. posilování svalového korzetu, potíže se zády apod.)	5krát
Ortoped	4krát
Kardiolog	2krát
Pneumolog	2krát
Foniatr	2krát

Pokračování tabulky č. 26:

Specialista	Četnost výskytu
Plastický chirurg	1krát
Neurochirurg	1krát
Klinický psycholog	1krát
Psychiatr	1krát
Endokrinolog	1krát
Gastroenterolog	1krát
Stomatolog – nad rámec běžných prohlídek (→ vývojová anomálie zubů)	1krát

Údaje o využití lékařů specialistů jsou graficky znázorněny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 17).

Co se týká zhodnocení současného zdravotního stavu dítěte (ve srovnání s jeho stavem v pěti letech), který měl poukázat na to, v jakém směru se zdravotní prognózy vyvíjejí s přibývajícím věkem, tak 30 rodičů uvedlo, že se zdravotní stav jejich dětí zlepšil, 24 se přiklonilo k variantě, že zůstal stejný jako v pěti letech a jen v jednom jediném případě se zdravotní stav od té doby zhoršil.

Čili je patrné, že u 31 dětí došlo k nějakému vývoji, a to **ve 30 případech progresivnímu a v jednom případě regresivnímu**. U zbylých 24 dětí zdravotní stav buď stagnoval a nelepšil se nebo zůstal stále stejně dobrý.

Výhledy jsou tedy optimistické, u většiny oslovených zdravotní komplikace ubývají a nevyskytují se nové.

Tabulka č. 27: Hodnocení současného zdravotního stavu

Hodnocení současného zdravotního stavu dítěte (ve srovnání s jeho stavem v pěti letech)	Počet dětí	Podíl v %
Zlepšil se	30	54
Stejný jako v pěti letech	24	44
Zhoršil se	1	2
Celkem	55	100

Poznámka: Údaje jsou graficky zobrazeny v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 18).

3 DISKUSE

Z analýzy získaných dat již nyní jasně vyplývá, že předčasně narozené děti v mladším školním věku opravdu často vykazují speciální vzdělávací potřeby.

Aby však bylo možné objektivně tvrdit, že u pozorovaných nedonošených dětí byl větší výskyt těch, které v období školní docházky vyžadovaly nějakou speciální péči, než je tomu u běžné dětské populace, je nutné nyní srovnat získané údaje s nějakými průměrnými hodnotami.

Donošené děti pochopitelně nikdo zvlášť netestuje, ale nám se nejedná o vyčíslení toho, kolik donošených dětí a kolik nedonošených dětí má vady, ale o to, zda je mezi nedonošenými větší procento vad, než je u běžné populace dětí obvyklé.

Vybrali jsme pro toto porovnání data, která poskytl Ústav pro informace ve vzdělávání. Jimi uváděná čísla jsou platná k 30. 9. 2009, tedy poměrně aktuální, a tudíž s naším průzkumem (zakončeným k 1. 11. 2011) srovnatelná. Navíc se jedná přímo o žáky základní školy, nikoli o celou populaci (včetně dospělých lidí či naopak předškolních dětí), jak tomu jinak obvykle bývá, a čísla jsou tedy cílenější na okruh, o který se v práci jedná.

Budeme tedy porovnávat průměrné hodnoty dětí navštěvujících základní školu s naším vzorkem nedonošených dětí na prvním stupni základní školy.

3.1 Přepřacované námi naměřené hodnoty pro následné srovnání

Abychom mohli srovnávat stejné údaje (které bylo možné dohledat), museli jsme původní rozdělení postižení přepřacovat a připravit nové skupiny kategorií, ze kterých bylo vypuštěno zohlednění zdravotních oslabení.

V tabulce č. 28 je pro úplnost pouhé zdravotní oslabení či dlouhodobé onemocnění uvedeno značkou ⊗. V celkovém součtu se však takto označené položky nevyskytují a v tabulce jsou děti, které měly pouze tohle znevýhodnění, dále označeny zeleným „NE“.

Toto rozdělení odpovídá tomu, které na svých stránkách uvedl Ústav pro informace ve vzdělávání.

Jak již bylo uvedeno, 13 žáků z 55 je zcela bez nálezu. Zbývajících 42 má nějaké postižení, zdravotní oslabení nebo dlouhodobé onemocnění.

Šest (v tabulce zeleně označení) z těchto 42 postižených má ale pouze zdravotní omezení či dlouhodobé onemocnění (a abychom mohli porovnávat s dostupnými údaji, nejsou tudíž v těchto procentech již zohledněny). Počítáme zde tedy s tím, že bez postižení je 13 zdravých žáků + 6 nějakým způsobem zdravotně oslabených žáků, tedy celkem **19 žáků bez postižení. Zbýlých 36 dětí má pak jednu či více vad.** 25 z nich má kombinaci dvou a více vad.

Nekombinované vady (v tabulce zvýrazněny žlutě) byly méně obvyklé (jen u 11 žáků). Patřily k nim pouze: vady zrakové – 1 žák, sluchové – 2 žáci, řečové – 5 žáků, specifické poruchy učení – 2 žáci a specifické poruchy chování – 1 žák.

Přehled zdravotních postižení je rovněž graficky znázorněn v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 19).

Tabulka č. 28: Přehled postižení u sledovaného vzorku

	Typ postižení								
	TP = DMO	Zrakové	Sluchové	Řečové	Mentální	Autistické	SPU	SPCH	Více vad
Kombinace postižení – každé dítě má své číslo		*				*			1
	*						*		2
	*	*		*			*	*	3
	*	*		*					4
	*	*							5
	*						*	*	6
	⊗	*			*		*	*	7
	⊗			*			*	*	8
	⊗								NE
	⊗		10						
	⊗						*	*	11
	⊗								NE
	⊗			13					
	⊗	*					*	*	14
	⊗								NE
	⊗						16		
	⊗								NE
	⊗	*		*					18
	⊗	*		*			*	*	19
	⊗	*		*			*	*	20
	⊗	*		*					21
	⊗	*						*	22
		*		*					23
		*		*					24
		*		*					25
			*	*					26
				27					
			28						
				29					
				30					
				31					
		32							
				*			*	*	33
		*		*			*		34
	⊗	*		*					35
	⊗	*						*	36
⊗	*		*			*		37	
⊗							38		
⊗								NE	
⊗								NE	
						*	*	41	
						42			
Výskyt postižení celkem (podíl v % z 36 postižených dětí)									
	0	1 (3 %)	2 (6 %)	5 (13 %)	0	0	2 (6 %)	1 (3 %)	25 (69 %)

Poznámka: 0 = jako samostatnou vadu neměl nikdy
 Vysvětlivky: TP = tělesné postižení, DMO = dětská mozková obrna,
 SPU = specifické poruchy učení, SPCH = specifické poruchy chování

3.2 Hodnoty, se kterými získané údaje srovnáváme

Přehled postižení u běžné populace dětí na základní škole (zdroj ÚIV, 2010):

Výskyt postižení celkově: 71 801 žáků z celkového počtu **794 459** žáků základních škol je postižených. **Postižených žáků je tedy cca 9 %**.

- 1) **Tělesná postižení** má **1 284** z 71 801 postižených a z celkového počtu 794 459 žáků. Představují tedy 1,79 % z počtu postižených a cca 0,16 % z celkového počtu všech žáků (postižených i nepostižených).
- 2) **Zrakové vady** má **703** z 71 801 postižených a z celkového počtu 794 459 žáků, to znamená 0,98 % počtu postižených a 0,09 % z celkového počtu všech žáků.
- 3) **Sluchové vady** má **1 255** z 71 801 postižených a z celkového počtu 794 459 žáků, čili 1,75 % z počtu postižených a 0,16 % z celkového počtu všech žáků.
- 4) **Řečové poruchy** má **2 311** z 71 801 postižených a z celkového počtu 794 459 žáků, což představuje 3,22 % z počtu postižených a 0,29 % z celkového počtu všech žáků.
- 5) **Mentální postižení** má **24 644** z 71 801 postižených a z celkového počtu 794 459 žáků = 34,32 % z počtu postižených a 3,10 % z celkového počtu všech žáků.
- 6) **Specifické poruchy učení** má **32 713** z 71 801 postižených a z celkového počtu 794 459 žáků = 45,56 % z počtu postižených a 4,12 % z celkového počtu všech žáků.
- 7) **Specifické poruchy chování** má **2 702** z 71 801 postižených a z celkového počtu 794 459 žáků = 3,76 % z počtu postižených a 0,34 % z celkového počtu všech žáků.
- 8) **Více vad** má **4 727** z 71 801 postižených a z celkového počtu 794 459 žáků = 6,58 % z počtu postižených a 0,59 % z celkového počtu všech žáků.
- 9) **Autismus** má **1 462** z 71 801 postižených a z celkového počtu 794 459 žáků = 2,03 % z počtu postižených a 0,18 % z celkového počtu všech žáků.

Počet výskytu jednotlivých vad a postižení u žáků základních škol je znázorněn graficky v příloze č. 2 této diplomové práce (graf č. 20).

3.3 Porovnání vyčíslených hodnot

Zatímco ve sledované skupině nedonošených dětí bylo, při tomto typu srovnání, 65 % vnímáno jako postižených, v běžné populaci školáků je to pouhých 9%.

Procentuální poměr je tedy následný:

- Postižené děti: 65 : 9 % s výraznou převahou u nedonošených.
- Nepostižené děti: 35 : 91 % s převahou u běžné populace dětí.

Z uvedeného vyplývá, že námi pozorovaná skupina předčasným porodem zatížených dětí vyžadovala v období mladšího školního věku speciální péči v prokazatelně zvýšené míře, než bývá obvyklé.

Zaměříme se nyní ještě detailně na to, jaké bylo zastoupení jednotlivých vad mezi oběma skupinami postižených dětí.

Z grafu č. 19 je jasně čitelné, že plných 69 % nedonošených postižených dětí má kombinaci více vad. Jelikož však u běžné populace postižených dětí má více než jednu vadu pouze necelých 7 % dětí (viz. graf č. 20), nemá smysl porovnávat jednotlivé položky, protože jsou díky této skutečnosti již dále nesrovnatelné.

Pro představu jsme je v kapitolách 3.1 a 3.2 podrobně rozepsali, aby je bylo možné snadno vyčíst, ale nemělo by smysl nějak je zde vyhodnocovat, protože například to, že žádný z pozorovaných jedinců nemá tělesné postižení jako samostatnou vadu, neznamená, že výskyt tohoto typu postižení by byl nulový. Naopak, vyskytuje se s dalšími poruchami v početné sekci kombinovaných vad.

Srovnáme zde tedy, pro ilustraci, ještě námi naměřená data s těmi, která se nám podařilo získat z dostupné a v teoretické části již citované literatury (uvedena modře).

1) Výskyt postižení / výskyt dětí se speciálními vzdělávacími potřebami:

- *Celkový výskyt postižení v populaci v České republice se pohybuje kolem 11 %.*
Počet dětí se speciálními vzdělávacími potřebami se pohybuje okolo 15 %.
- Z našeho průzkumu:
 - a) Postižených dětí bylo **76 %**, v případě, že byly do první kategorie spolu s tělesně postiženými započítány i děti s dlouhodobým onemocněním a zdravotním oslabením.

b) Pokud zdravotní oslabení a dlouhodobá onemocnění nebudeme brát v potaz, je jako postižených vnímáno **65 %** dětí.

Ať již srovnáváme 11 nebo 15 % s našimi 65 nebo 76 %, je evidentní, že u nedonošených dětí je postižení několikanásobně čtenější.

2) Aspergerův syndrom:

- *Aspergerův syndrom se vyskytuje u 3 až 7 lidí z 10 000, tedy u 0,03 až 0,07 %.*
- Z námi realizovaného výzkumu vyšel Aspergerův syndrom na necelá **2 %**. Nepoměr již dále netřeba zdůrazňovat.

3) Specifické poruchy učení:

- *Nějakou formou specifických poruch učení je postiženo asi 10 % dětí. Reálně lze symptomy těchto poruch nalézt až u 15 % naší populace.*
- Specifickou poruchu učení mělo v naší skupině **27 %** předčasně narozených dětí.

4) Dyslexie:

- *Podle odhadů je dyslexií postiženo až 10 % dětí.*
- Ve sledované skupině **15 %**.

5) Dyspraxie:

- *Odhadem trpí dyspraxií až 6 % dětí.*
- V pozorovaném vzorku **13 %**.

6) ADHD / ADD:

- *Výskyt diagnózy ADHD / ADD je odhadován na 3 až 5 %, některé prameny jej odhadují až na 19 %.*
- Specifické poruchy chování vykazovalo v našem průzkumu **24 %** nedonošených dětí.

3.4 S h r n u t í

U všech porovnatelných položek bylo prokázáno, že oslovená skupina předčasně narozených dětí měla během mladšího školního věku výrazně vyšší výskyt nejrůznějších postižení a omezení, než bývá obvyklé. Je tedy zřejmé, že mezi nimi nalezneme větší počet dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, než je obvyklé v běžné dětské populaci.

4 ZÁVĚR

4.1 Verifikace hypotézy

Hypotéza, která předpokládala, že *se speciální vzdělávací potřeby v mladším školním věku vyskytují častěji u dětí, které se narodily předčasně, než v běžné populaci jejich vrstevníků*, byla potvrzena.

Z 55 dětí bylo pouze 15 bez lékařského nálezu, přičemž dvě z nich měly ale diagnostikovány specifické poruchy učení či chování, čili pouhých 13 (tj. 24 %) nedonošených dětí na prvním stupni základní školy lze považovat za zcela bez postižení. Plných 42 (76 %) pak nějakým způsobem postiženo je a spadají tedy pod žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Hypotéza byla verifikována a stanovený cíl práce splněn.

4.2 Zhodnocení realizovaného výzkumu

Míra spolehlivosti výsledků je u obdobných dotazníkových šetření vždy do jisté míry sporná. A sice zejména z toho důvodu, že respondenti nemusejí všem otázkám správně rozumět, a pakliže ano, nemusí odpovídat pravdivě, přičemž oba tyto faktory jen těžko odhalíme. V případě nedonošených dětí bývají ale zápal a nadšení rodičů o problematiku stále natolik zřetelné, že se domníváme, že k vyplnění obdržných dotazníků přistupovali nanejvýš zodpovědně. Pravděpodobnost, že by odpovědi záměrně neodpovídaly realitě, vnímáme jako poměrně nízkou, na rozdíl od průzkumů, které jsou cílené na méně zainteresovanou skupinu lidí. Jejich zaujetí bylo znát i z poměrně vysoké návratnosti dotazníků, z mnoha e-mailů, které jsme obdrželi, a rovněž v samotném stylu vyplňování, kdy jsme se leckdy dočítali i celé příběhy dětí, nejen strohé odpovědi na otázky. Troufáme si tedy tvrdit, že tento faktor mohl zkreslit výstupy mnohem méně než prostý fakt, že některé věci si rodiče nemuseli vybavit či uvědomit.

Předpokládáme proto, že data získaná pro analýzu skutečně ve velké míře odpovídají realitě, přestože byla užita písemná a nikoli osobní forma oslovení účastníků.

Uvědomujeme si, že pro plošné zobecnění závěrů by bylo třeba provést průzkum ještě rozsáhleji, tedy s větším počtem respondentů. Taková studie by však již nebyla v silách jednoho člověka. Doporučili bychom proto, aby na naši práci navázal rozsáhlejší vědecký výzkum, který by se zaměřil na ještě širší výzkumný soubor. Jsme zcela přesvědčeni o potřebnosti takové práce. Nedonošených dětí bude pravděpodobně stále přibývat a společnost by měla být připravená pracovat s nimi nejen bezprostředně po jejich narození, ale po celou dobu, kdy nějakou speciální péčí vyžadují. Život narozením, i tím předčasným, teprve začíná.

Současně jsme až při samotném vyhodnocování přišli na to, že by bývalo stálo za průzkum položit i dotaz, zda má nedonošené dítě sourozence, ať již donošeného, či ne, tedy nejen dvojče. Chování jedináčků, na rozdíl od dětí vyrůstajících alespoň v páru, mívá svá specifika. A bylo by jistě zajímavé vzít tento fakt rovněž v potaz.

U rozsáhlejší studie by pak bylo vhodné ptát se i na zdravotní stav rodičů, případně sourozenců, aby se mohly eliminovat dispozice dědičné. Nechtěli jsme však klást přesprilíš otázek, kterými bychom oslovené odradili od vyplnění.

4.3 Shrnutí a doporučení

Nedonošené děti mívají častěji obtíže zdravotního rázu, které je mohou determinovat ve školní úspěšnosti, a to jak po stránce fyzické, tak v rovině psychické.

Z 55 dětí mělo 42 nějaký druh postižení (jeden či více). Pokud jde o specifické poruchy učení a chování, projevily se (jedna či obě) u 18 z 55 dětí. Asistenta pedagoga rovněž vyžadovalo mnohem více dětí, než je tomu v nerizikové populaci běžné, konkrétně 8 z 55. Ostatní údaje nebudeme rozepisovat, neboť jsou snadno k dohledání v tabulkách.

Jak již bylo vyčísleno, velká část sledovaných dětí je zařazena mezi v určitém směru postižené a je zřejmé, že speciální vzdělávací potřeby vykazují mnohem častěji, než bývá obvyklé. Předčasné narození tedy neovlivňuje jedince jen bezprostředně po porodu, ale přináší komplikace i v dalších letech. O tom není pochyb.

Zároveň nás ale výsledky tohoto průzkumu nenaplňují žádným pesimismem. Naopak.

Pokud se podíváme do podrobných záznamů a měli bychom podle nich zhodnotit, zda má záchrana předčasně narozených dětí, vzhledem k jejich dalšímu vývoji, smysl, je kladná odpověď přímo bijící do očí. Kromě dětské mozkové obrny, která ale poznamenala pouze 5 z 55 jedinců (příčemž ještě jednoho z nich ve slabší formě), a jedné mentální retardace střední, nemá žádné z dětí tak výrazné obtíže, aby mu bránily v plnohodnotném životě a úspěšném studiu. A i oněch 5 až 6 dětí se zařadilo do běžných škol velmi úspěšně. Nemyslíme si, že by tělesně či mentálně postižený nemohl prožít šťastný život, rozhodně může. Pokud by však byla takto handicapovaná většina dětí, mělo by asi smysl ptát se, zda je jejich plošná záchrana, vzhledem k jejich prognóze, vhodná a etická. Zařadili jsme do sledovaného vzorku záměrně převážně hodně nezralé novorozence a vyšlo najevo, že mají v období mladšího školního věku spíše drobné zdravotní obtíže než závažné diagnózy. Nechceme tím zlehčovat epilepsii či Aspergerův syndrom a další uvedené diagnózy, ale dáme-li je na váhu proti lidskému životu, jsou to skutečně pominutelné následky, se kterými lze pracovat.

Hodně častý byl výskyt očních vad, které jsou však řešitelné a školní úspěšnost tak výrazně nelimitují. U nich je navíc podle MUDr. Mileny Dokoupilové díky prudkému lékařskému pokroku, který byl za posledních 10 let v tomto oboru opět zaznamenán, velký předpoklad, že ubývají a současné novorozence v tak vysokém procentu již nepostihnou.

Pomineme-li tedy závažnější vady, do nichž řadíme tělesná a mentální postižení, nenajdeme mezi dětmi žádné výrazné projevy nedonošenosti, které by jim zabránily prožít plnohodnotný šťastný život a zvládnout i vyšší stupně vzdělání. Všechny alergie, logopedické obtíže, lehké nedoslýchavosti, specifické poruchy učení či chování a jiné zaznamenané odchylky jsou s běžným životem i úspěšným studiem slučitelné. V převážné většině se nebudou jedinci ani odlišovat od svých spolužáků, protože podobnými obtížemi trpí i děti narozené v termínu, ačkoli ne v tak vysokém procentu.

Neonatologie je moderní obor, který vykazuje velmi rychlé a progresivní pokroky. Údaje z našeho výzkumu se vztahují k dětem, které se narodily již před sedmi až dvanácti lety. Jelikož je neonatologie mladá a stále se vyvíjející disciplína, ušla za tuto dobu opět veliký kus cesty. Lze tedy s čistým svědomím tvrdit, že pokud bychom zopakovali stejný

výzkum na současných předčasných novorozencích za několik let – v době jejich docházky na první stupeň základní školy, byla by získaná data opět o něco příznivější.

Předčasné narození nemusí vždy znamenat výrazně limitující handicap. Jak práce ukazuje, moderní medicína eliminuje vznik závažných postižení na nižší procento a důsledkem předčasného narození bývají pak především lehčí vady.

Problematika předčasně narozených dětí na prvním stupni základní školy by vyžadovala mnohem více prostoru, než který diplomová práce poskytuje. Některá témata jsme tedy museli zkrátit, přestože bychom je rádi rozvedli obsáhleji a podrobněji. Jiná, zejména ta lékařská, vypustit úplně, aby neodváděla text od tématu práce. Naši původní vizí bylo věnovat se v práci, po shrnutí obvyklých obtíží, i následné reedukaci a rehabilitaci. V textu jsme nakonec ponechali vše, co je pro orientaci v problému nezbytné, a z kapacitních důvodů vypustili otázky, které tento rámec přesahovaly a vybočovaly z tematického záměru.

Cílem práce bylo rovněž upozornit na neprobádanost v této komplikované a zajímavé oblasti a zaujmout pro vědecký výzkum v patřičném rozsahu příslušné pracovníky. Neonatologie postupuje rychle kupředu a realizované výzkumy dávno ztratily svoji platnost. Nedonošené děti tvoří čím dál větší procento a mělo by nás tedy zajímat, jak jim účelně pomoci nejen v prvních a nejtěžších měsících života.

Tato práce má rovněž posloužit:

- Rodičům nedonošených dětí a jejich nejbližšímu okolí pro získání rámcového přehledu o problémech, které se vyskytují nejčastěji.
- Učitelům a speciálním pedagogům, kteří se s žáky s perinatologickou zátěží setkávají stále častěji a měli by se tedy s jejich potížemi také obeznámit.
- Neonatologům i pediatrům, jako zpětná vazba jejich namáhavé a obdivuhodné práce.

4.4 Závěr

Výzkum potvrdil hypotézu i teorii, že u předčasně narozených dětí je v období mladšího školního věku skutečně zvýšené riziko vzniku speciálních vzdělávacích potřeb. Shrnul, jaké předpoklady k úspěšnému studiu tito jedinci mají (z hlediska anamnézy), pokud je tedy zúročí, a co je naopak omezuje.

Potvrdilo se, že nedonošenost u dětí v době jejich povinné školní docházky přináší zvýšené riziko vzniku speciálních vzdělávacích potřeb. Takto perinatálně zatížené děti pak na prvním stupni základní školy často vyžadují odborné speciálně-pedagogické vedení, individuální plán výuky i citlivý přístup učitele.

V některých případech jsou pro dítě nezbytné rozličné úpravy školy či třídy, jako například bezbariérový přístup u dětí tělesně handicapovaných. Jindy je třeba, aby odborně proškolený učitel dodržoval jisté zásady, kupříkladu jak daleko a v jakém osvětlení stát od sluchově postiženého dítěte. Mnohdy je nezbytný přímo speciální pedagog nebo asistent pedagoga, třeba v situacích, ve kterých je nutné užívat Braillovo písmo či znakovanou češtinu.

Závažněji handicapované děti, které nejsou integrovány do běžných škol, mohou navštěvovat školy speciální, zaměřené přímo na jejich postižení.

Je na místě zde, závěrem, vyjádřit obdiv k práci neonatologů, která je nesmírně náročná a vyčerpávající, odborně i lidsky. V tomto odvětví se kloubí všechny medicínské obory v jeden. Neonatolog musí být zároveň zručný chirurg, výborný diagnostik, zkušený psycholog a jeho práce přesahuje desítky dalších oblastí. Je pilířem nejen pro samotné nezralé dítě, které bojuje o život, jež je mu jimi často i opakovaně vrácen, ale i pro jeho rodiče, kteří jsou vystaveni obrovskému a dlouhodobému stresu. Nic nemá větší smysl, než záchrana lidského života. Zachránit navíc něco tak maličkého a dát mu šanci na tak kvalitní život, jaký výzkum i praxe ukazují, je skutečně, z našeho pohledu, to nejobdivuhodnější, s čím se můžeme setkat. Práce a nasazení lékařů a ošetřujícího personálu na perinatologických odděleních má smysl, a proto jsme od samého začátku byli přesvědčeni i o smysluplnosti našeho průzkumu.

RESUMÉ

V diplomové práci jsme se zabývali otázkou, zda předčasné narození nějakým způsobem determinuje děti i v mladším školním věku, tedy na prvním stupni základní školy. Výsledky získané tímto průzkumem považujeme za zajímavé a přínosné.

V experimentální části jsme shrnuli obtíže, které mívají nedonošené děti během školní docházky nejčastěji, a jaká byla jejich četnost u sledovaného vzorku.

V teoretické části jsme přinesli ucelenější pohled na celou problematiku. Sesbírali jsme data z rozmanitých pramenů a zdrojů, i z vlastního výzkumu a osobních zkušeností. Předložili jsme díky tomu souhrn, který na našem trhu v komplexnější podobě chybí.

SUMMARY

In my thesis I deal with the question if premature birth can anyhow influence even primary school children (i.e. children aged 6-11). Results of the research can be considered insightful and beneficial.

In the experimental part we summarize the most common problems which premature children have during school attendance, and their frequency in the monitored sample.

In the theoretical part a more complex view of the whole issue is provided. Data has been collected from various sources, our own research and personal experience. This enables us to provide a survey in an area that has not been completely covered yet.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Publikace

- DOKOUPILOVÁ, Milena, FIŠÁRKOVÁ, Barbora, NOVOTNÁ, Lenka et al. *Narodilo se předčasně*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 315 s. ISBN 978-80-7367-552-3.
- EDELSBERDER, Ludvík, KÁBELE, František et al. *Speciální pedagogika pro učitele prvního stupně základní školy*. 1. vyd. Praha: SPN, 1988. 175 s. ISBN 14-664-88.
- GUTWIRTH, Jaroslav, MACHOVÁ, Jitka. *Tělesný a duševní vývoj nedonošených dětí*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977. 125 s. ISBN se neuvádělo.
- HOLMANOVÁ, Jitka. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. 2. vyd. Praha: Septima, 2005. 93 s. ISBN 80-7216-213-6.
- HRDLIČKA, Michal, KOMÁREK, Vladimír et al. *Dětský autismus*. 1. vyd. Praha: 2004. 206 s. ISBN 80-7178-813-9.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JESENSKÝ, Ján. *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 175 s. ISBN 80-7184-030-0.
- JOŠT, Jiří. *Čtení a dyslexie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 384 s. ISBN 978-80-247-3030-1.
- KOŤÁTKOVÁ, Soňa. *Dítě a mateřská škola*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 193 s. ISBN 978-80-247-1568-1.
- KREMLIČKOVÁ, Marta, NOVOTNÁ, Marie. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1. vyd. Praha: SPN, 1997. 115 s. ISBN 80-85937-60-3.
- LANIADO, Nessia. *Máte neklidné dítě?* 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 110 s. ISBN 80-7178-868-6.
- LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 3. vyd. Praha: Portál, 2011. 190 s. ISBN 978-80-7367-977-4.
- MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. 119 s. ISBN 978-80-7367-430-4.
- NAVRÁTIL, Stanislav, MATTIOLI, Jan. *Problémové chování dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 120 s. ISBN 978-80-247-3672-3.

- PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén, 2009. 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické poradenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 124 s. ISBN 978-80-247-2666-3.
- SELIKOWITZ, Mark. *Dyslexie a jiné poruchy učení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 136 s. ISBN 80-7169-773-7.
- SERFONTEIN, Gordon. *Potíže dětí s učením a chováním*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 149 s. ISBN 80-7178-315-3.
- SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOBOTKOVÁ, Daniela et al. *Narodilo se s problémy, a co bude dál?* 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 107 s. ISBN 978-80-247-0398-5.
- ŠLAPAL, Radomír. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Paido, 2002. 35 s. ISBN 80-7315-017-4.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 187 s. ISBN 80-7178-821-X.
- TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 198 s. ISBN 80-7178-503-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
- VELEMÍNSKÝ, Miloš et al. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice: Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
- VOJTA, Václav, PETERS, Annegret. *Vojtův princip*. 3. vyd. Praha: Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-2710-3.
- ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. 11. vyd. Praha: Portál, 2009. 263 s. ISBN 978-80-7367-514-1.

Články

BERNREITEROVÁ, J. Nedonošené děti bývají častěji hyperaktivní. *Psychologie Dnes*, 2006, č. 7.

GREGORA, M. Péče o nedonošené děti. *Sanquis*, 2010, č. 84-85, s. 100-101. ISSN 1212-6535.

KALB, C., SPRINGEN, K., RAYMOND, J. Premies Grow Up. *Newsweek* [serial on-line]. March 10, 2003;141(10):50.

McMILLAN, I. Extremely premature babies at risk of disability. *Learning Disability Practice* [serial on-line]. February 2005;8(1):5.

PAVLÍKOVÁ, E., NOVOTNÁ, L. O malých nedočkavcích, předčasných rodičích a Nedoklubku. *Psychologie dnes*, 2009, č. 12, s. 12 - 15. ISSN 1212-9607.

STRAŇÁK, Z. Problematika novorozenců extrémně nízké porodní hmotnosti v období adolescence a dospělosti. *Postgraduální medicína*, 2007, roč. 9, č. 1, s. 102-104. ISSN 1212-4184.

Premature babies linked to learning disability. *Learning Disability Practice* [serial online]. October 2004;7(8):5.

Elektronické dokumenty

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Speciální školství v ČR po roce 1989 (žáci speciální škol podle druhu postižení; speciální školství – vymezení pojmů)* [on-line]. Praha: Český statistický úřad, 2006-07-11. (PDF). [cit. 2011-12-16]. Dostupný z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/p/3307-06>.

KORZO.CZ, S.R.O., PRAHA 6. *Předčasně narozené děti trpí často depresemi nebo hyperaktivitou* [on-line]. Praha: Korzo.cz, s.r.o., 2009-12-18. (HTML). [cit. 2011-11-22]. Dostupný z WWW: <http://www.novinky.cz/zena/deti/187293-predcasne-narozene-deti-trpi-casto-depresemi-nebo-hyperaktivitou.html>.

KUCHARSKÁ, A., HÖNIGOVÁ, S. *Podpůrná opatření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami* [on-line]. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 2008, Metodická zpráva č. 8, 24 s. (PDF). [cit. 2011-12-16]. Dostupný z WWW: <http://www.rspp.cz/rspp/images/metodickezpravy/mz%208.pdf>.

- MARKOVÁ, D. *Nejmenším hrozí nemoci* [on-line]. Nové Veselí: Nedoklubko, o. s., 2011. (HTML). [cit. 2012-03-12]. Dostupný z WWW: <http://nedoklubko.cz/2011/10/03/mudr-daniela-markova-nejmensim-hrozi-nemoci/>.
- MERTIN, V. *ADHD – pohled psychologa* [on-line]. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, 2004, 4 s. (PDF). [cit. 2011-12-16]. Dostupný z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/02/02.pdf>.
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (obecné informace)* [on-line]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2006. (HTML). [cit. 2011-11-22]. Dostupný z WWW: <http://www.msmt.cz/socialni-programy/vzdelavani-zaku-se-specialnimi-vzdelavacimi-potrebami>.
- OŠLEJŠKOVÁ, H. *Neepileptické záchvaty imitující epileptické v dětství a adolescenci* [on-line]. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Klinika dětské neurologie, Centrum pro epilepsie Brno, 2010, 7 s. (PDF). [cit. 2011-11-22]. Dostupný z WWW: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4468&magazine_id=3.
- PAVLÍKOVÁ, E., NOVOTNÁ, L. *Celoevropský den předčasně narozených dětí – Prematurity day, 18. 11. 2009, Praha* [on-line]. Psychologie, elektronický časopis ČMPS, 2010, roč. 4, č. 1, 6 s. (PDF). [cit. 2011-12-08] Dostupný z WWW: http://e-psycholog.eu/pdf/pavlikova_et al-zp.pdf.
- SOBOTKOVÁ, D. *Mentální a motorický vývoj dětí s velmi nízkou porodní hmotností narozených v letech 2004 a 2005 v ÚPMD v Praze* [on-line]. Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4, 2008, 10 s. (PDF). [cit. 2011-11-22]. Dostupný z WWW: <http://cmps.ecn.cz/pd/2008/pdf/sobotkova.pdf>.
- ŠMÍDOVÁ, Z. *Kolik je vlastně dětí s vývojovou poruchou učení?* [on-line]. Praha: Učitel'ské noviny, 2006, č. 20. (HTML). [cit. 2011-12-16]. Dostupný z WWW: <http://www.ucitelskenoviny.cz/?archiv&clanek=4414&PHPSESSID=8f819ad3035fe727e0c74ff3cb8bc6f7>.
- ÚSTAV PRO INFORMACE VE VZDĚLÁVÁNÍ. *Výkonové ukazatele 2009/10 - kapitola C: Základní vzdělávání* [on-line]. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 2010. (HTML). [cit. 2012-01-10]. Dostupný z WWW: <http://www.uiv.cz/clanek/726/2026>.

Další zdroje

Kromě výše uvedené literatury a dalších vyjmenovaných pramenů jsme při práci použili i zkušenosti **MUDr. Mileny Dokoupilové**, která má mnohaletou praxi v péči o nedonošené děti. Ta nám ochotně poskytovala odborné konzultace, čímž jí znovu děkujeme za její cenný čas.

SEZNAM TABULEK

Seznam tabulek

Tabulka č.:

1	Pohlaví	53
2	Věk	53
3	Kategorie nezralosti dle porodní váhy	54
4	Kategorie nezralosti dle termínu narození	54
5	Využívání terapeutických metod u pozorované skupiny	55
6	Přehled konkrétních prováděných terapií	55
7	Hodnocení úspěšnosti aplikovaných terapií a jejich možnosti přispění k současnému zdravotnímu stavu	56
8	Hodnocení úspěšnosti adaptace v předškolním zařízení	58
9	Hodnocení obtížnosti sociální adaptace mimo školní zařízení	59
10	Přehled aktuálně navštěvovaných školských zařízení	59
11	Využití odkladů školní docházky	60
12	Hodnocení úspěšnosti adaptace v základní škole	61
13	Zaznamenané výchovné obtíže	62
14	Zaznamenané kázeňské a studijní problémy	63
15	Nutnost využití asistenta pedagoga	64
16	Výskyt postižení u sledovaného vzorku	65
17	Výskyt počtu vad u sledovaného vzorku	66
18	Přehled postižení u jednotlivých sledovaných dětí	67
19	Přehled konkrétních vad u sledovaného vzorku	69
20	Potřeba speciální péče v pedagogicko-psychologické poradně a speciálně pedagogickém centru	71
21	Výskyt poruch učení	72
22	Přehled četnosti jednotlivých poruch učení	72
23	Výskyt konkrétních poruch chování	73
24	Přehled konkrétních diagnóz specifických poruch učení a chování u jednotlivých sledovaných dětí	74

25	Nutnost další odborné péče	75
26	Konkrétní lékaři specialisté	75
27	Hodnocení současného zdravotního stavu	76
28	Přehled postižení u sledovaného vzorku	79

SEZNAM PŘÍLOH

1. Dotazník pro rodiče nedonošeného dítěte	96
2. Grafické znázornění statistických údajů prezentovaných v diplomové práci	104
<u>Graf č.:</u>	
1 Věk	104
2 Kategorie nezralosti podle porodní váhy	104
3 Kategorie nezralosti dle termínu narození	105
4 Přehled konkrétních prováděných terapií	105
5 Hodnocení úspěšnosti aplikovaných terapií a jejich možnosti přispění k současnému zdravotnímu stavu	106
6 Hodnocení úspěšnosti adaptace v předškolním zařízení	106
7 Hodnocení obtížnosti sociální adaptace mimo školní zařízení	107
8 Hodnocení úspěšnosti adaptace v základní škole	107
9 Výskyt počtu vad u sledovaného vzorku	108
10 Přehled postižení u jednotlivých sledovaných dětí	108
11 Četnost výskytu jednotlivých postižení	109
12 Výskyt jednotlivých vad	110
13 Typ dětské mozkové obrny	111
14 Přehled četnosti jednotlivých poruch učení	111
15 Výskyt konkrétních poruch chování	112
16 Výskyt specifických poruch učení nebo chování	112
17 Využití lékařů specialistů	113
18 Hodnocení současného zdravotního stavu	113
19 Přehled zdravotních postižení u sledovaného vzorku	114
20 Jednotlivé vady a postižení u žáků základních škol	114

PŘÍLOHY

Příloha č. 1:

DOTAZNÍK PRO RODIČE NEDONOŠENÉHO DÍTĚTE

Vážená maminko,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto krátkého dotazníku, který je součástí mé diplomové práce. Cílem je zmapovat **rizika, která předčasný porod přináší**.

Dotazník je anonymní, žádné údaje nebudou zneužity. Všechny informace se stanou podkladem výzkumné práce a budou použity výhradně ke studijním účelům.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu podělit se o své názory a vlastní zkušenosti. Za jakékoliv osobní připomínky rovněž děkuji. Velmi si cením Vaší spolupráce.

Hana Švúbová

Pokyny k vyplnění:

Zvolené možnosti [u variant a) / b)..., 1) / 2)...] prosím zakroužkujte (zbylé nevyškrtávejte). V případě písemných odpovědí, pokud by Vám nestačila předepsaná kolonka, lze použít i zadní stranu listu.

1. Uved'te prosím současný věk Vašeho dítěte.

..... let.

2. Označte (zakroužkováním příslušného písmenka) pohlaví dítěte.

a) Chlapec.

b) Dívka.

3. Jaké zařízení aktuálně navštěvuje?

a) Běžná základní škola.

b) Speciální základní škola (*např. základní škola praktická, základní škola speciální, základní škola pro zrakově postižené apod.*):

.....

c) Jiné. Jaké?

4. Do které z uvedených kategorií nezralosti spadal/a Váš syn / Vaše dcera po porodu?

A. Dle termínu narození:

a) Lehká nezralost = 36. – 38. týden těhotenství.

b) Střední nezralost = 32. – 35. týden těhotenství.

c) Těžká nezralost = 28. – 31. týden těhotenství.

d) Extrémní nezralost = pod 28. týden těhotenství.

B. Podle porodní váhy:

a) Novorozenec s normální hmotností = nad 2 500 g.

b) Novorozenec s nízkou porodní hmotností = 1 500 – 2 500 g.

c) Novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností = 1 000 – 1 500 g.

d) Novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností = pod 1 000 g.

5. Jaké terapie byly s dítětem prováděny?

a) Vojtova metoda.

b) Hipoterapie.

c) Bobathova metoda.

d) Jiné terapie (*např. canisterapie...*). Jaké?

6. Jak zpětně hodnotíte úspěšnost těchto terapií a jejich možnost přispění k současnému zdravotnímu stavu?

- a) Byly velmi prospěšné. Zdravotní stav se po nich výrazně zlepšil.
- b) Byly prospěšné.
- c) Příliš nepomohly.
- d) Vůbec nepomohly.
- e) Nepomohly a měly negativní dopad.

Máte-li s terapiemi nějakou negativní zkušenost, uveďte ji prosím:

.....
.....
.....

7. Jak proběhla adaptace na mateřskou školu?

- a) Bez problémů. Dítě se zařadilo velmi rychle (kolektivní, společenské...).
- b) S menšími obtížemi, ale v normě (lítostivost, delší aklimatizace..., ale umístění do mateřské školy zvládlo).
- c) Obtížně. Pro dítě bylo nové prostředí velkou překážkou.

Uveďte konkrétní problémy (pomočování, neurózy apod.):

.....
.....

- d) Adaptace se nezdařila a dítě bylo z mateřské školy na nějakou dobu vyřazeno (a poté znovu navraceno zpět – úspěšně).
- e) Dítě nemohlo mateřskou školu absolvovat. – Z jakého důvodu?.....

.....
.....

- f) Dítě mateřskou školu nenavštěvovalo, i když by mohlo (rodiče tuto možnost nechtěli využít).

8. Mělo dítě odklad školní docházky?

- a) Ne.
- b) Nemělo, ale z první třídy bylo vraceno zpět do mateřské školy.
- c) Ano.

9. Jak proběhlo začlenění na základní škole?

- a) Bez problémů. Dítě se zařadilo velmi rychle (společenské, přizpůsobivé).
- b) S menšími obtížemi, ale v normě (hůře si zvykalo, těžko hledalo kamarády, problémy s kázní...).
- c) Obtížně. Pro dítě bylo nové prostředí velkou překážkou (neurotické projevy, pomočování apod.).
- d) Adaptace se dosud nezdařila.

10. Má dítě obtíže se sociálním začleněním i mimo vyjmenované instituce (např. na hřišti, návštěvě, při setkání s neznámými lidmi apod.)?

- a) Ano (např. je stydlivé, bojácné, s náznaky asociálního chování...).
- b) Občas.
- c) Ne.

Pokud jste nevedli variantu „c) Ne.“, doplňte prosím o jaké obtíže se jedná:

.....
.....

11. S jakými výchovnými obtížemi jste se u svého syna / své dcery setkali?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Zvládá Vaše dítě školní docházku bez problémů (kázeňských i studijních)?

a) Ano.

b) Ne.

Pokud jste neuvodli možnost „Ano.“, doplňte prosím o jaké obtíže se jedná:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13. Navštěvujete s dítětem pedagogicko-psychologickou poradnu?

a) Ne.

b) Ano. Uveďte prosím poradnou stanovené diagnózy:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. Navštěvuje dítě i jiné odborníky (klinický psycholog, logoped, lékař specialista...)?

a) Ne.

b) Ano. Uveďte prosím jaké, a jimi stanovené diagnózy:

.....

.....

.....

.....

.....

15. Které specifické poruchy učení byly u Vašeho dítěte diagnostikovány?

- a) Žádné.
- b) Dyslexie (*čtení*).
- c) Dysgrafie (*psaní*).
- d) Dysortografie (*pravopis*).
- e) Dyspraxie (*motorika*).
- f) Dyskalkulie (*počítání*).
- g) Jiné. Uveďte jaké:
-

16. Které specifické poruchy chování byly u Vašeho dítěte diagnostikovány?

- a) Žádné.
- b) ADHD (*porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou*) označována i jako lehká mozková dysfunkce.
- c) ADD (*porucha pozornosti bez hyperaktivity*) označována i jako lehká mozková dysfunkce.
- d) Jiné. Uveďte jaké:
-
-

17. Má dítě některé z následujících postižení? Zakroužkujte, které konkrétně, a v případě, že v přednastaveném výběru (A – G) chybí, doplňte je dole, v bodě H.

A. Chronické onemocnění:

- c) Astma.
- d) Alergie.
- e) Cukrovka.
- f) Oslabená imunita.
- g) Respirační poruchy (*dýchání*).
- h) Kardiovaskulární vady (*srdce, cévy*).
- i) Epilepsie.

G. Duševní / psychické postižení:

- a) Neurózy.
- b) Schizofrenie.
- c) Autismus.

H. Jiná možnost (která v bodech A – G chyběla):

- a) Nemá žádné.
- b) Má jiné než výše uvedené postižení. Napište prosím konkrétně:
-
-

18. Vyžaduje dítě asistenta pedagoga či jinou zvláštní péči?

- a) Ne.
- b) Ano. Jakou?
-

19. Jaký je zdravotní stav dítěte nyní (ve srovnání s jeho stavem v pěti letech)?

- a) Zlepšil se.
- b) Stejný jako v pěti letech.
- c) Zhoršil se.

20. Jaké jsou jeho současné diagnózy? (Prosím vyplňte.)

Dg.:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

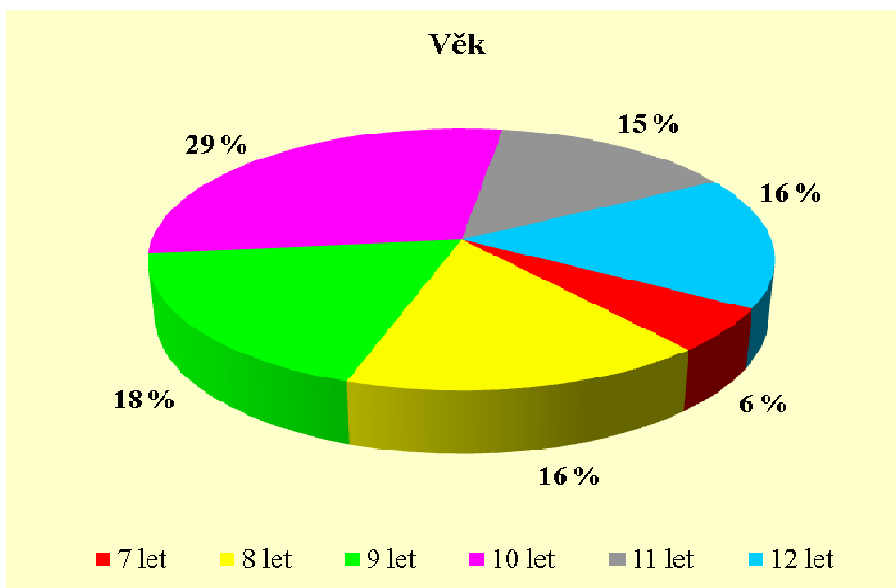
.....

Ještě jednou děkuji za Vaši účast a ochotu!

Příloha č. 2:

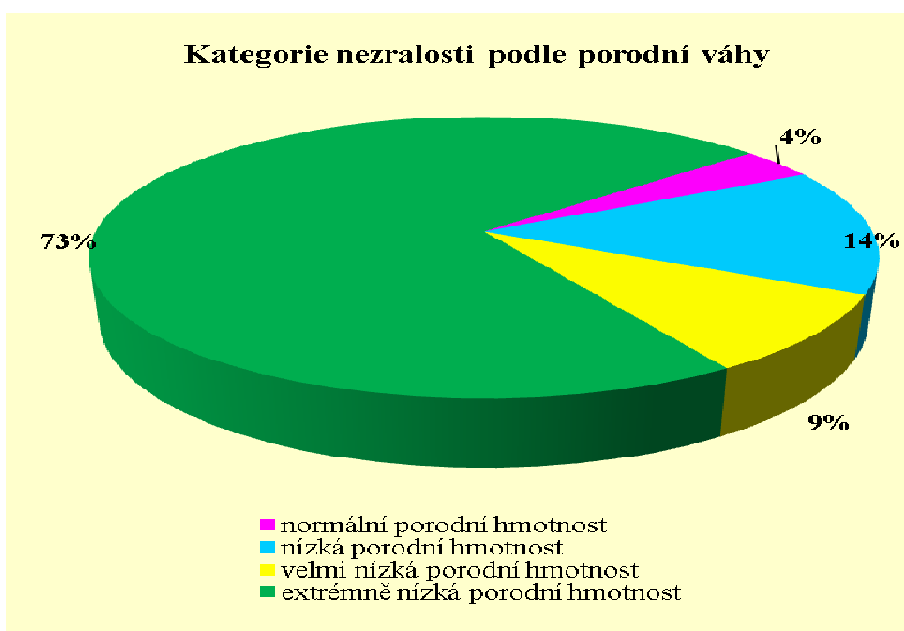
GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ STATISTICKÝCH ÚDAJŮ PREZENTOVANÝCH V DIPLOMOVÉ PRÁCI

Graf č. 1: Věk

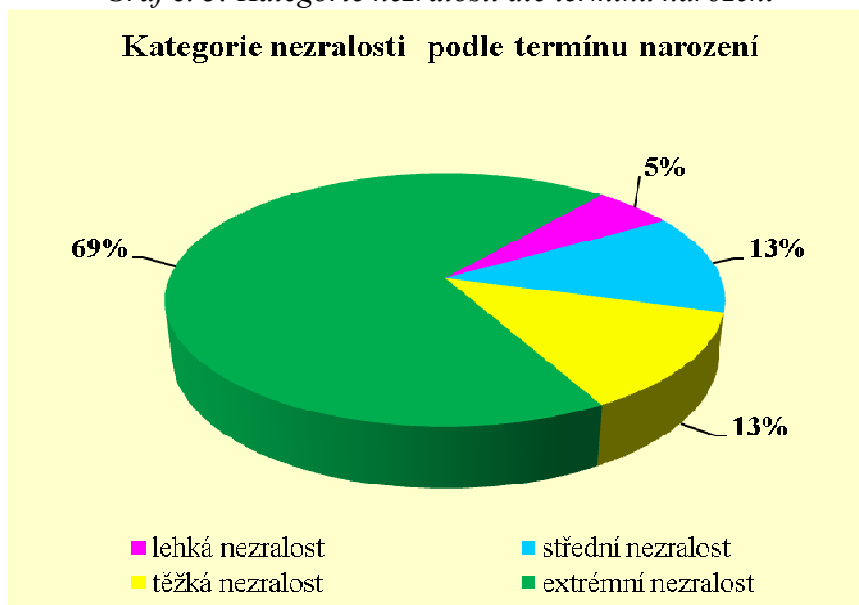


Poznámka: Mezi uvedenými 55 nedonošenci je 10 dvojčat.

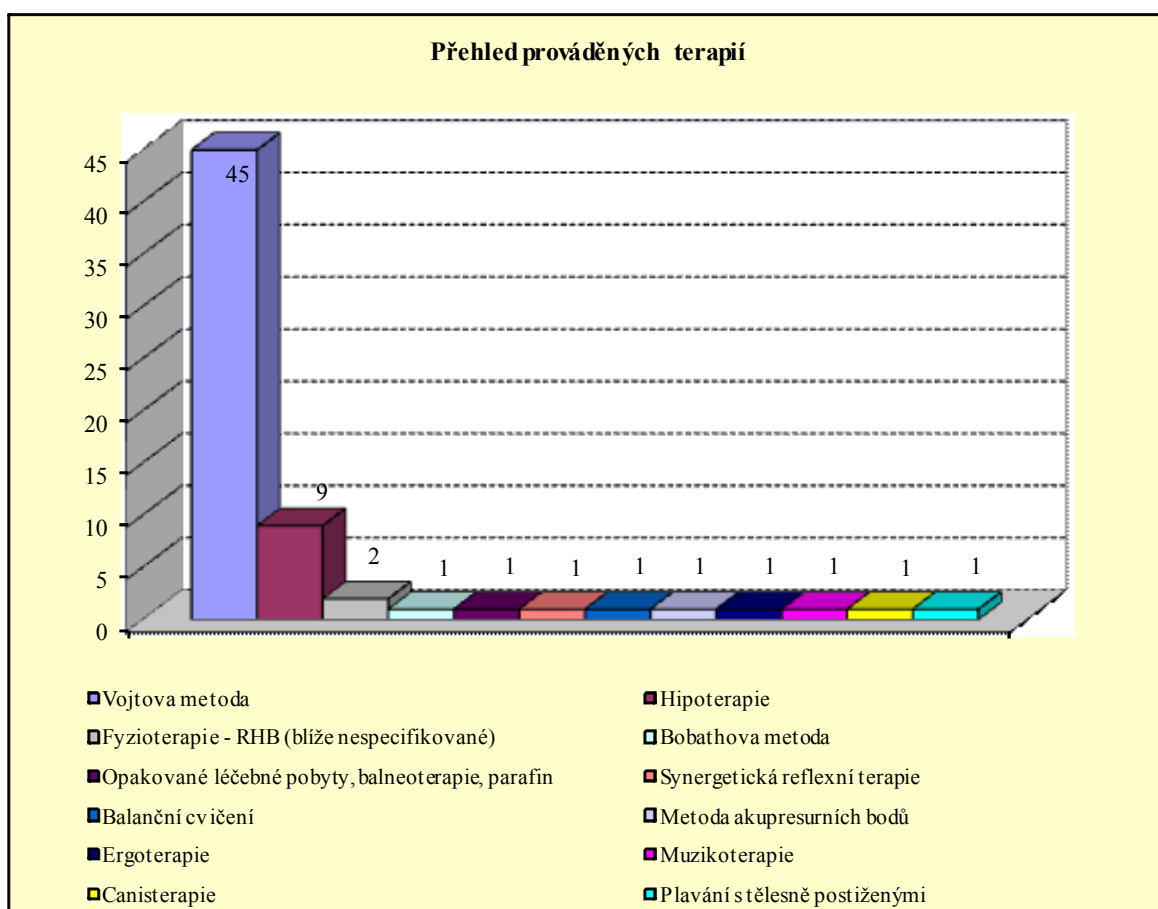
Graf č. 2: Kategorie nezralosti podle porodní váhy



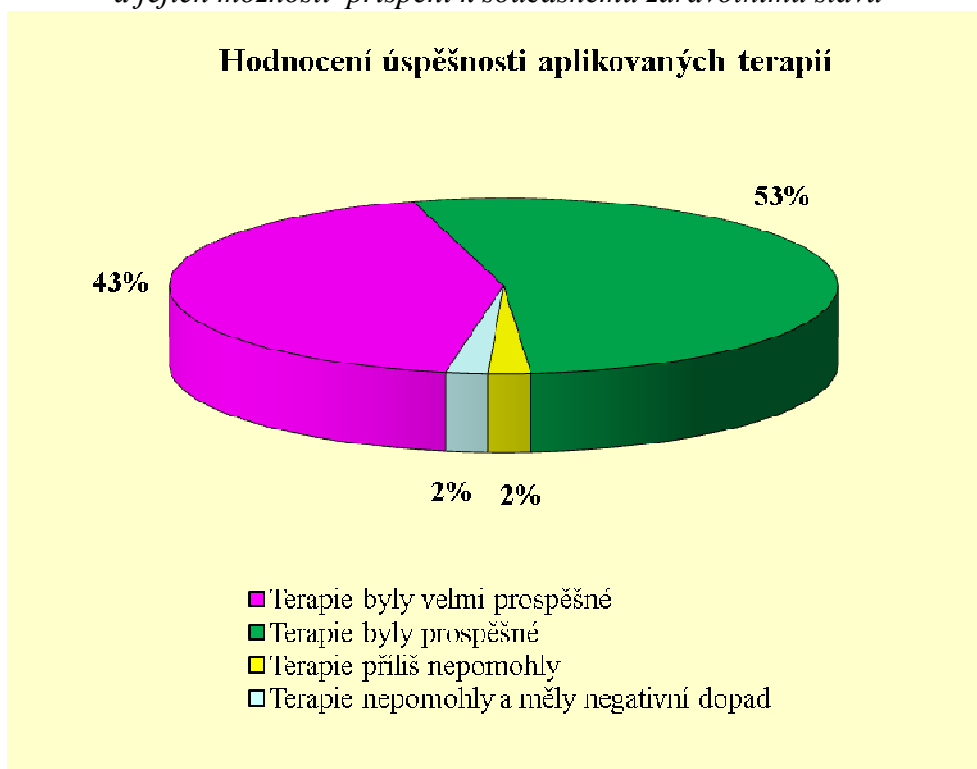
Graf č. 3: Kategorie nezralosti dle termínu narození



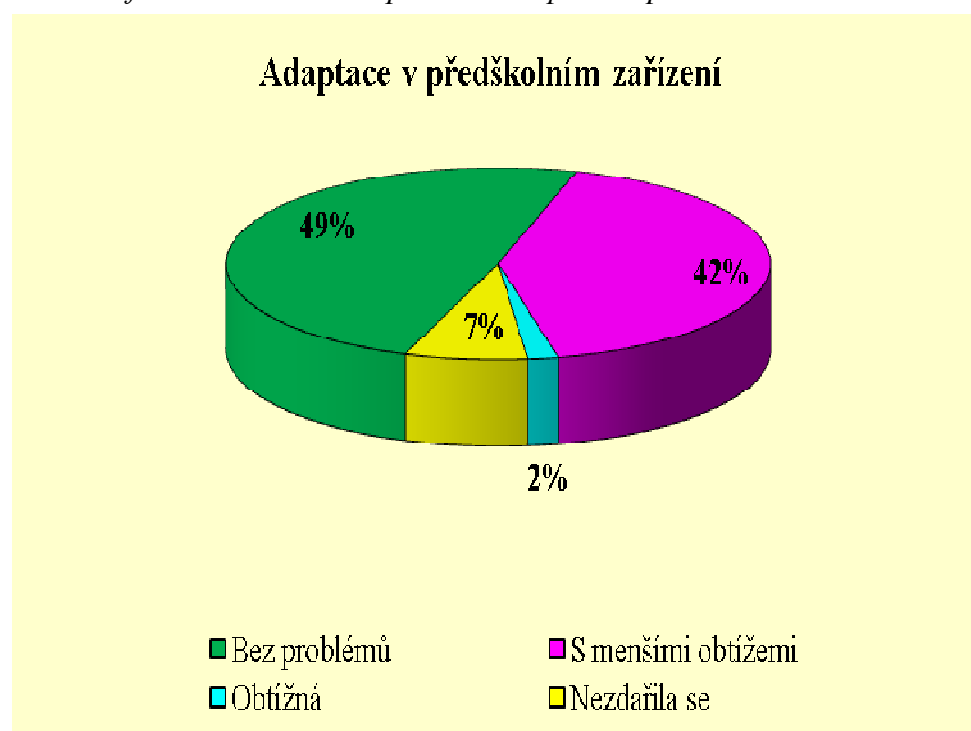
Graf č. 4: Přehled konkrétních prováděných terapií



Graf č. 5: Hodnocení úspěšnosti aplikovaných terapií a jejich možnosti přispění k současnému zdravotnímu stavu

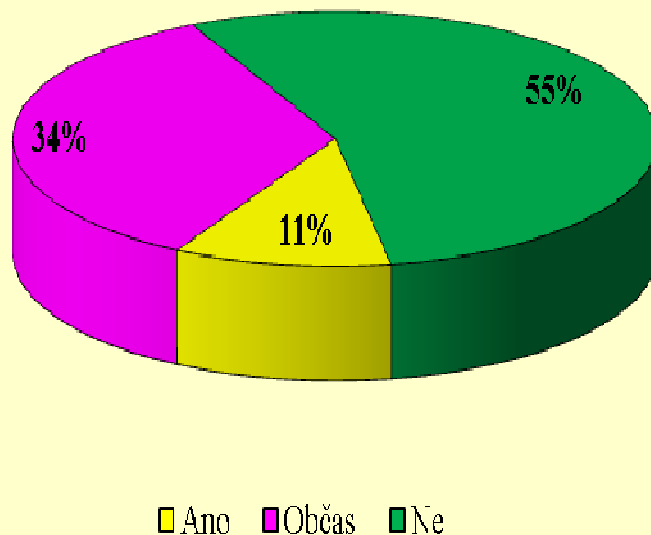


Graf č. 6: Hodnocení úspěšnosti adaptace v předškolním zařízení



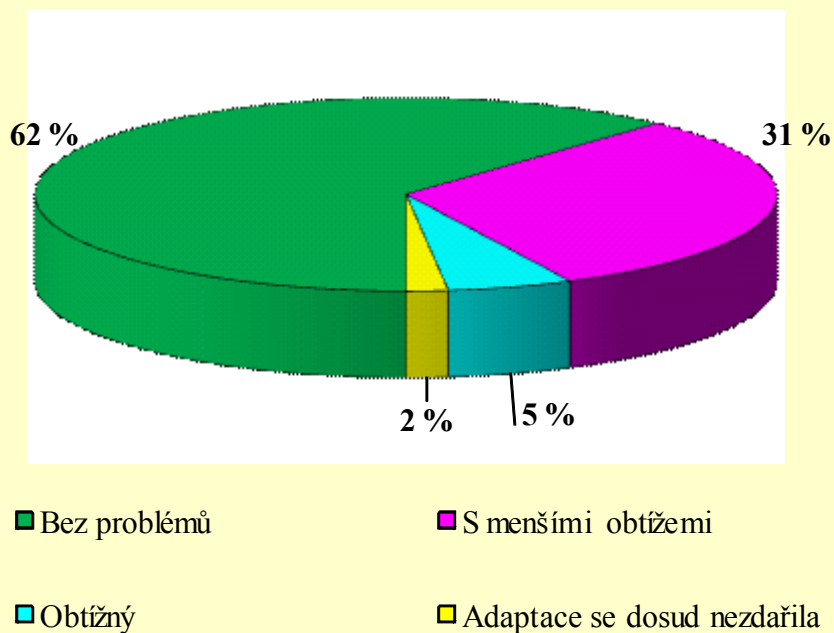
Graf č. 7: Hodnocení obtížnosti sociální adaptace mimo školní zařízení

Obtíže se sociálním začleněním mimo školní zařízení

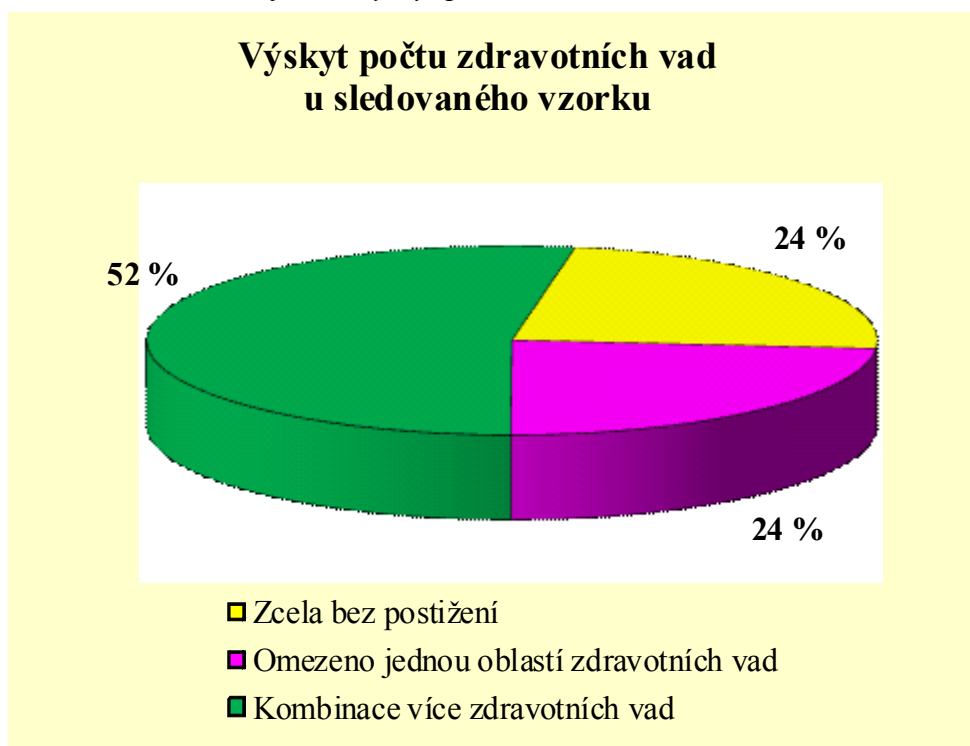


Graf č. 8: Hodnocení úspěšnosti adaptace v základní škole

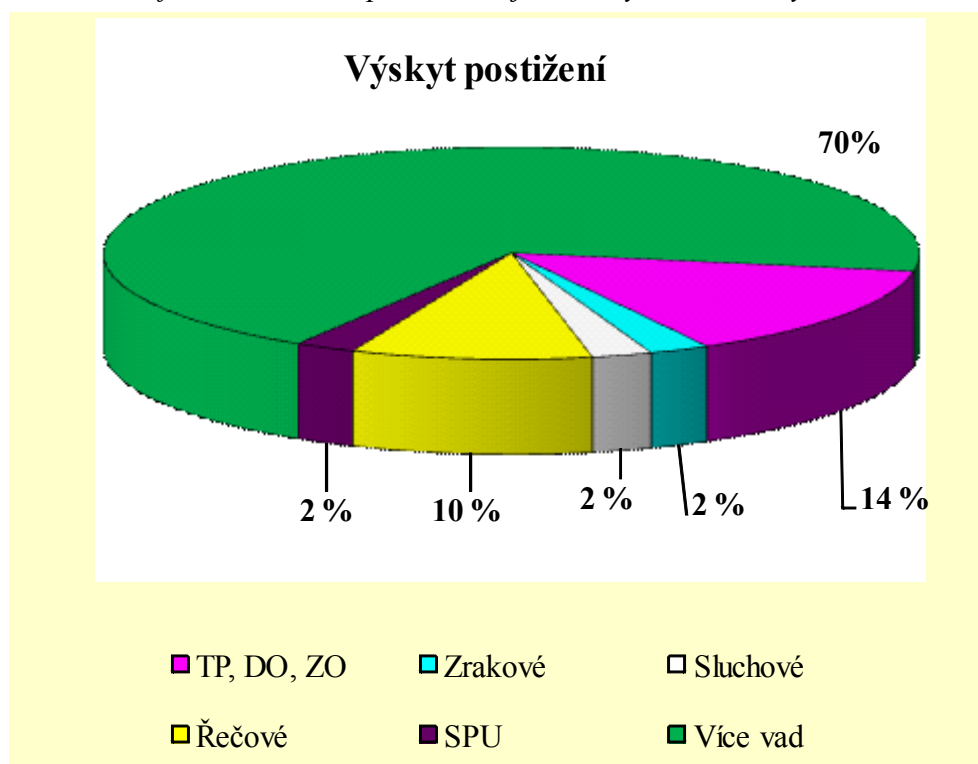
Průběh začlenění na základní škole



Graf č. 9: Výskyt počtu vad u sledovaného vzorku



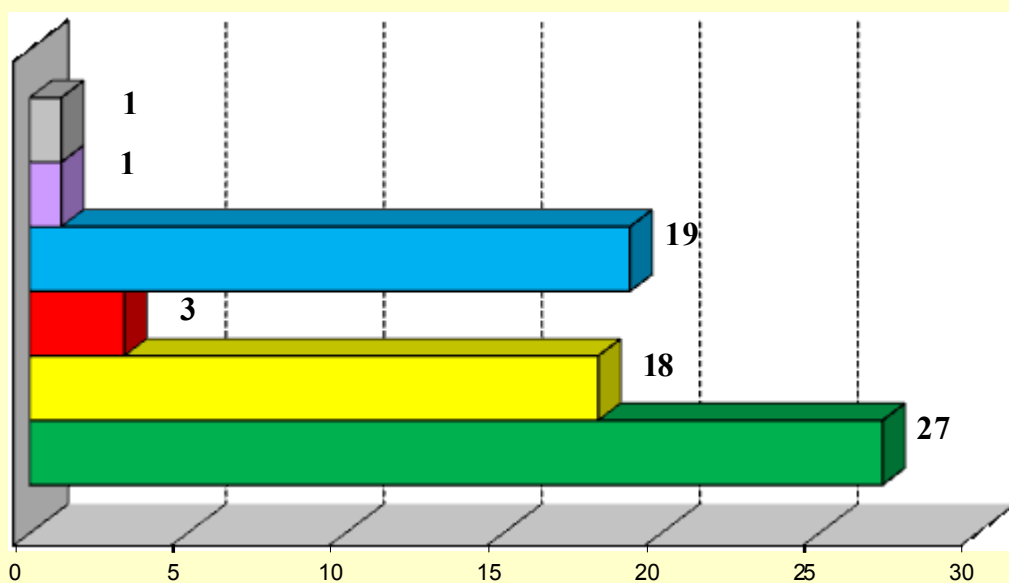
Graf č. 10: Přehled postižení u jednotlivých sledovaných dětí



Vysvětlivky: TP = tělesné postižení, DO = dlouhodobé onemocnění, ZO = zdravotní oslabení, SPU = specifické poruchy učení

Graf č. 11: Četnost výskytu jednotlivých postižení

Četnost výskytu jednotlivých postižení



■ Poruchy autistického spektra

■ Mentální postižení

■ Narušená komunikační schopnost

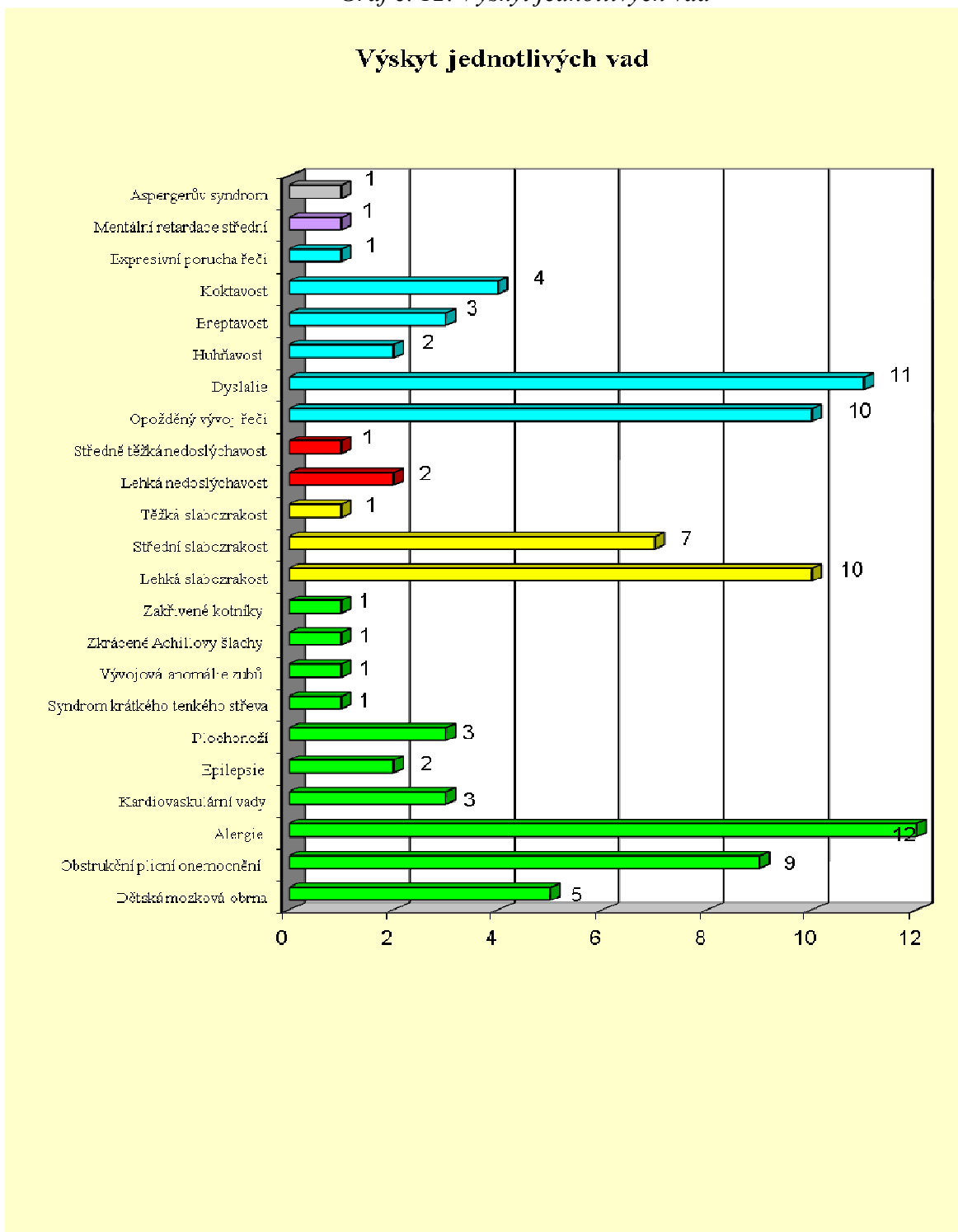
■ Sluchové postižení

■ Zrakové postižení

■ TP, DO, ZO

Vysvětlivky: TP = tělesné postižení
DO = dlouhodobé onemocnění
ZO = zdravotní oslabení

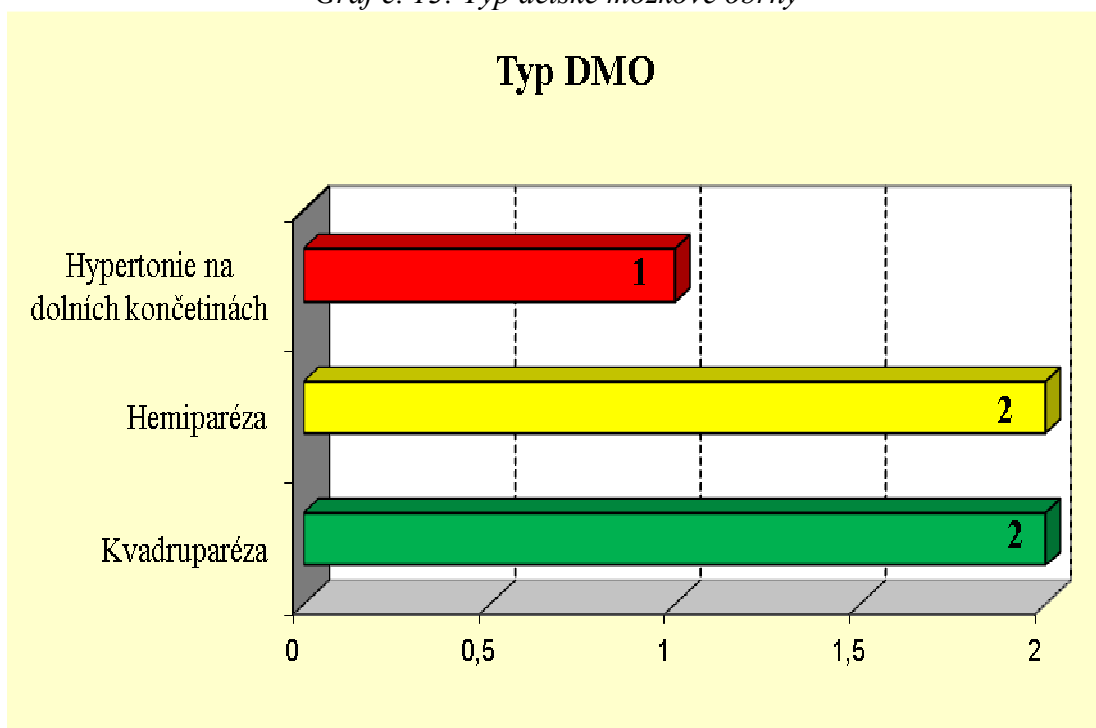
Graf č. 12: Výskyt jednotlivých vad



Vysvětlivky:

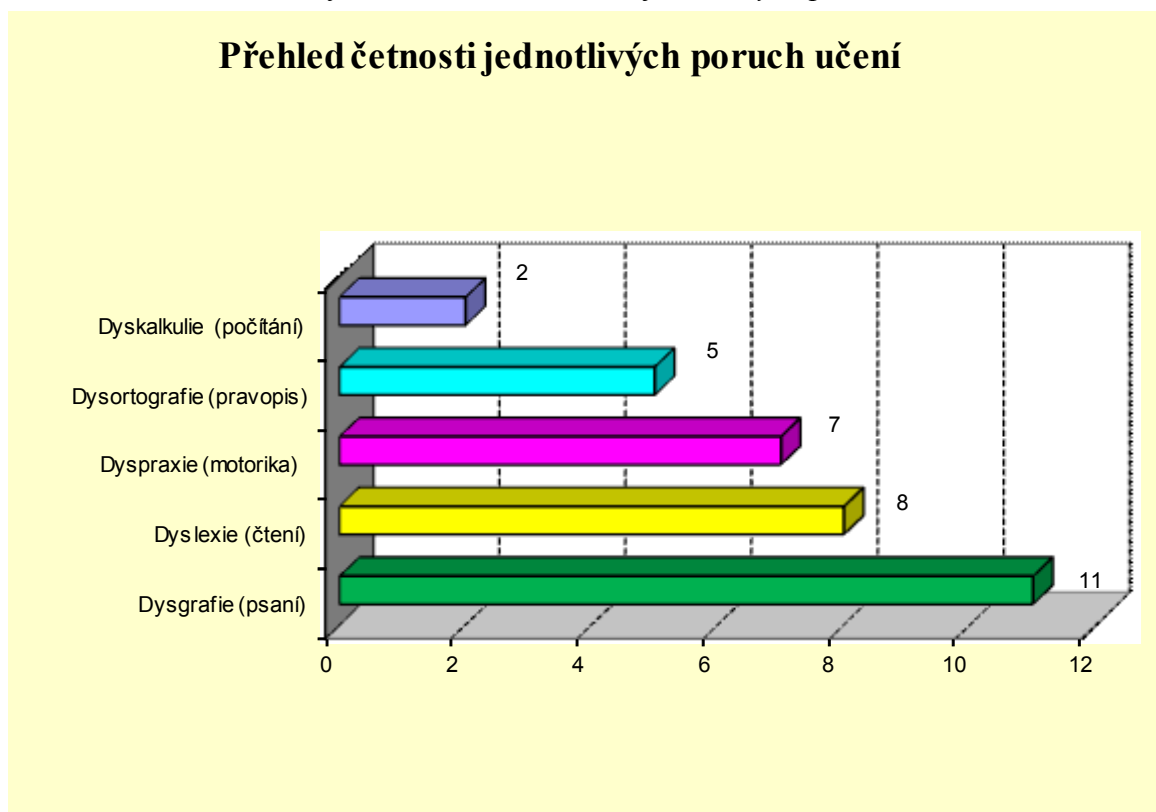
- Tělesné postižení, dlouhodobé onemocnění, zdravotní oslabení*
- Zrakové postižení*
- Sluchové postižení*
- Narušená komunikační schopnost*
- Mentální postižení*
- Poruchy autistického spektra*

Graf č. 13: Typ dětské mozkové obrny

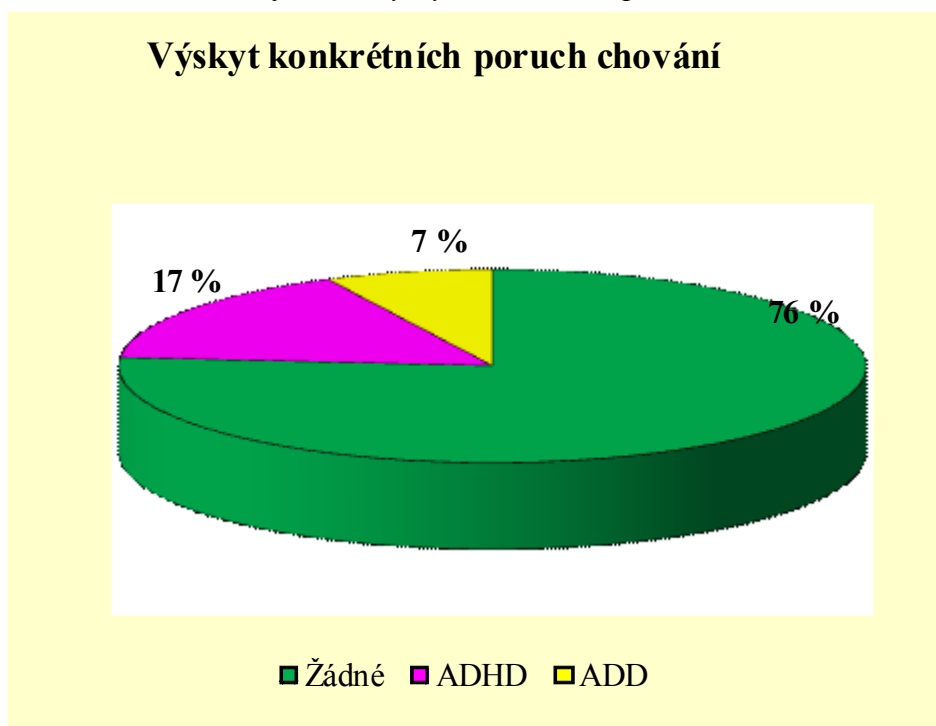


Vysvětlivky: DMO = dětská mozková obrna

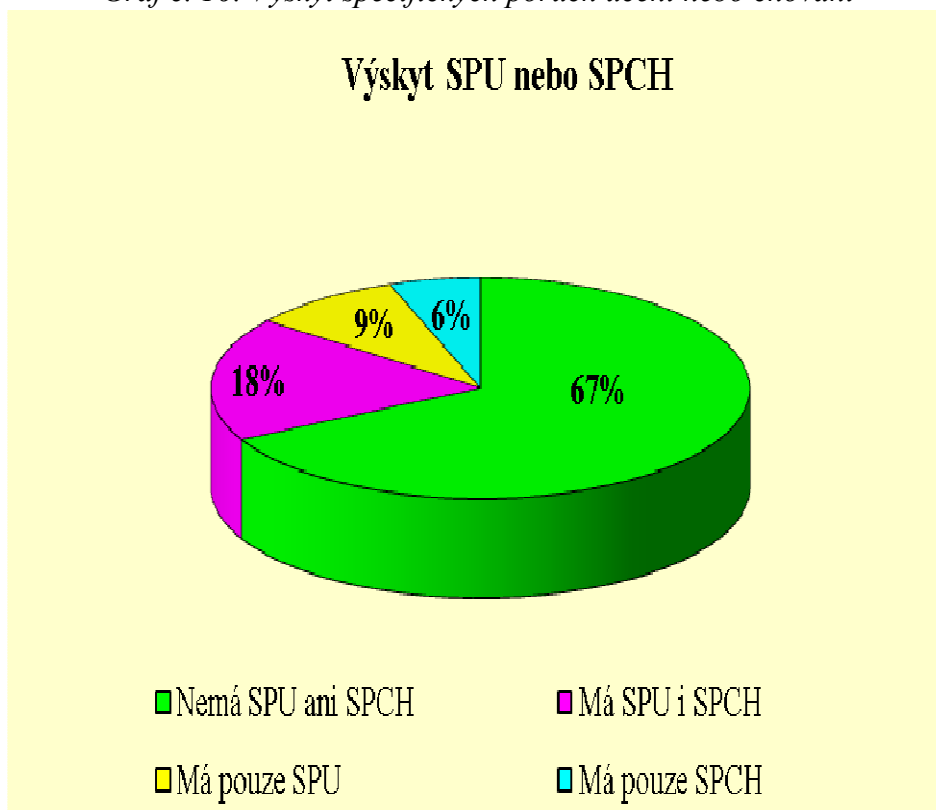
Graf č. 14: Přehled četnosti jednotlivých poruch učení



Graf č. 15: Výskyt konkrétních poruch chování



Graf č. 16: Výskyt specifických poruch učení nebo chování



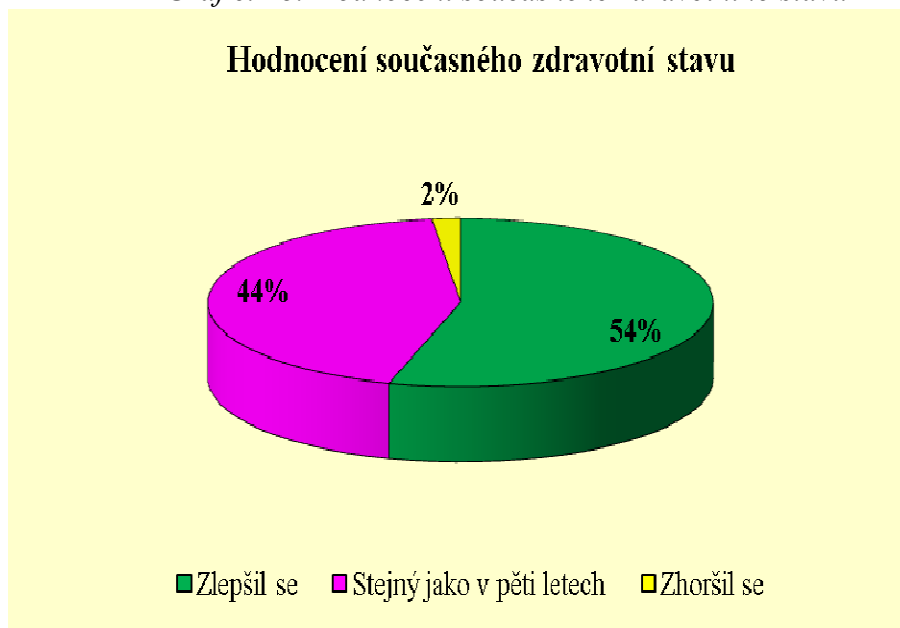
Vysvětlivky: SPU = specifické poruchy učení
SPCH = specifické poruchy chování

Graf č. 17: Využití lékařů specialistů

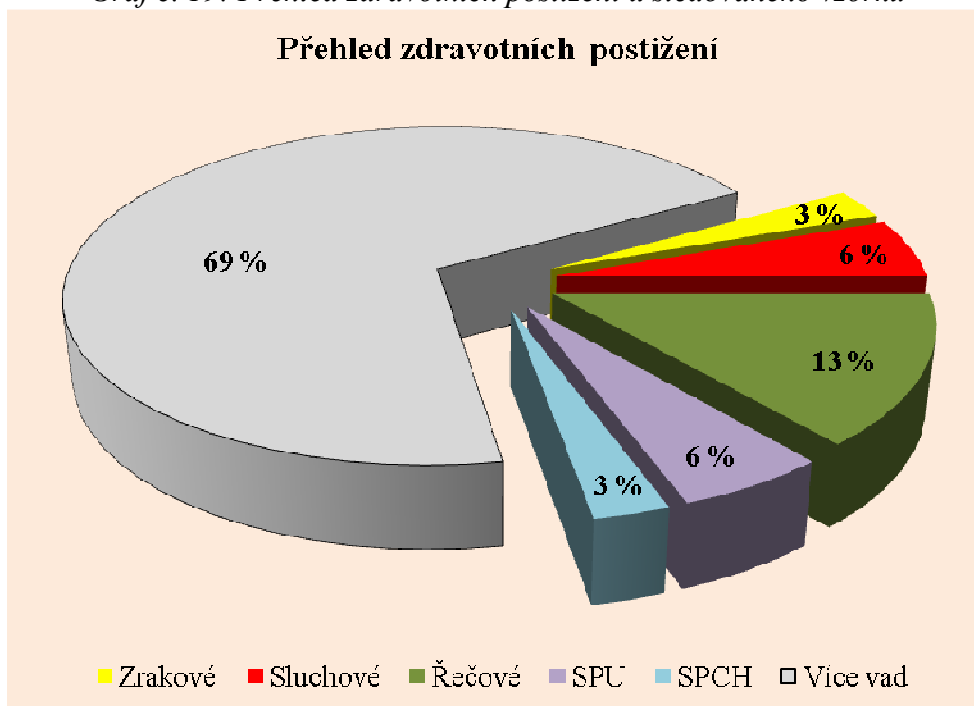


Poznámka: pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra jsou uvedena zvlášť

Graf č. 18: Hodnocení současného zdravotního stavu

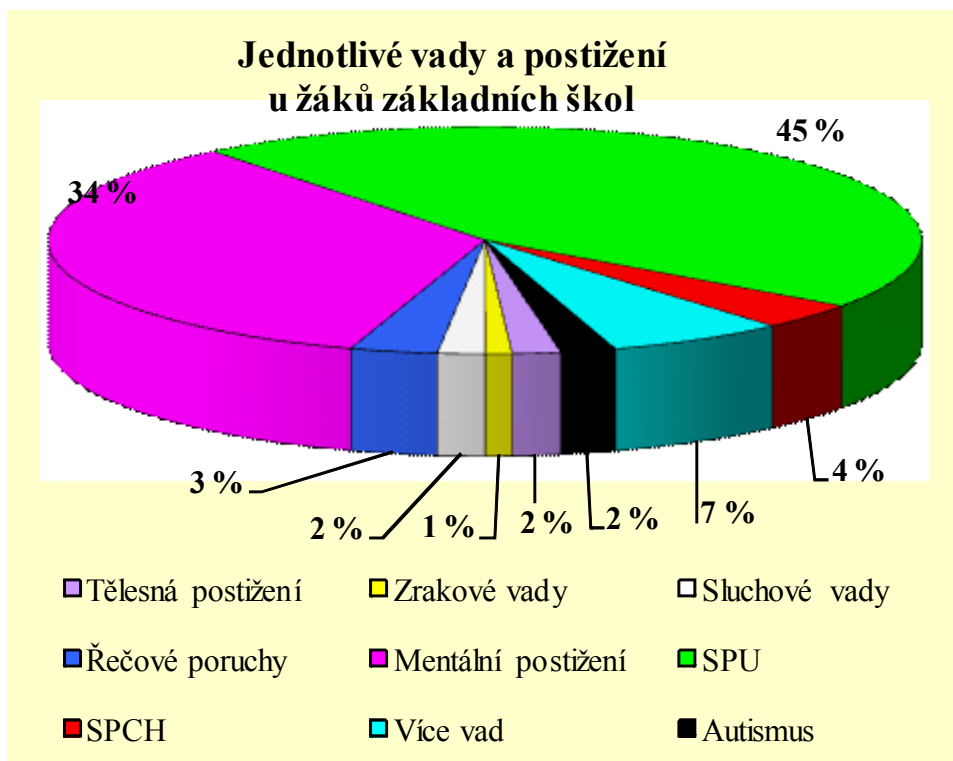


Graf č. 19: Přehled zdravotních postižení u sledovaného vzorku



Vysvětlivky: SPU = specifické poruchy učení, SPCH = specifické poruchy chování

Graf č. 20: Jednotlivé vady a postižení u žáků základních škol



Vysvětlivky: SPU = specifické poruchy učení
 SPCH = specifické poruchy chování