

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jitka Popriková

Komunikace s rodinou žáka s postižením

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Jana Tomanová Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2013 - 2015

DIPLOMA THESIS

Jitka Popriková

**Communication with the family of the pupil with
disabilities**

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Mgr. Jana Tomanová Ph.D.

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 20. 2. 2015

Jitka Popriková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Janě Tomanové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a podporu při zpracování této práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá problematikou komunikace s rodinou žáka s postižením. Cílem diplomové práce je zjištění možností komunikace s rodinou žáka s postižením.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá popisem jednotlivých druhů postižení, charakterizuje rodinu a popisuje zásady vhodné komunikace.

V části praktické je pomocí kvalitativně orientovaného výzkumu (kazuistiky, nestrukturované rozhovory, pozorování) porovnána komunikace školy s pěti rodinami, které mají dítě s diagnózou ADHD a se sníženým intelektem.

Výsledkem diplomové práce je zjištění, že pro úspěšnou komunikaci s rodiči s dítětem s postižením je důležitá informovanost rodičů o diagnóze a jejich zájem o spolupráci s odborníky a se školou.

Klíčové pojmy

Diagnóza ADHD, hyperkinetický syndrom, mentální retardace, komunikace.

Annotation

This thesis deals with communication with the family of the pupil with disabilities. The thesis aim is to investigate the possibilities for communication with the family of the pupil with disabilities.

The thesis is divided into two parts, theoretical one and practical one. The theoretical part describes the various types of disabilities, characterizes a family and describes the principles of appropriate communication .

The practical part through qualitatively oriented research (case histories, unstructured interviews, observation) compares the communication of the school with five families who have a child diagnosed with ADHD and reduced intellect.

The result of this thesis is the fact that for successful communication with parents of children with disabilities is important parents' awareness of the diagnosis and their interest in cooperation with experts and with the school .

Key words

Communication, The diagnosis of ADHD , hyperkinetic syndrom, mental retardation ,

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 DRUHY POSTIŽENÍ.....	11
1.1 Psychopedie	12
1.2 Somatopedie.....	15
1.3 Logopedie	18
1.4 Surdopedie	19
1.5 Tyflopédie.....	20
1.6 Etopedie	21
1.7 Speciální pedagogika osob s kombinovaným postižením	23
1.8 Speciální pedagogika se specifickými vývojovými poruchami učení	25
1.9 Pervazivní vývojové poruchy	26
1.10 Hyperkinetické poruchy.....	28
1.11 Obecná doporučení pro pedagogickou praxi při edukaci dítěte s ADHD	29
1.12 Legislativa.....	30
2 RODINA	32
2.1 Charakteristika rodiny.....	33
2.1.1 Vznik rodiny	33
2.2.1 Funkce reprodukční	34
2.2.3 Funkce emoční	35
2.2.4 Funkce ekonomická	35
2.4 Současná rodina	38
2.5 Rodina a dítě se zdravotním postižením	39
2.5.1 Stigmatizace rodičů postiženého dítěte.....	41
3 KOMUNIKACE.....	43
3.1 Zásady vhodné komunikace s rodiči.....	44
3.2 Komunikace s osobou se zdravotním postižením.....	46
PRAKTICKÁ ČÁST	50
4 KOMUNIKACE ŠKOLY S RODIČI	50

4.1	Cíl diplomové práce.....	50
4.2	Výběr vzorku	51
4.3	Použité diagnostické metody	52
4.4	Popis, interpretace a analýza získaných výsledků T.K.....	55
4.5	Popis, interpretace a analýza získaných výsledků V.S.	59
4.6	Popis, interpretace a analýza získaných výsledků R.P.	62
4.7	Popis, interpretace a analýza získaných výsledků P.A.	66
4.8	Popis, interpretace a analýza získaných výsledků R.Š.	70
4.9	Shrnutí výsledků	73
	ZÁVĚR	76
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	78
	SEZNAM PŘÍLOH.....	81

ÚVOD

Pro přirozený vývoj dítěte hraje nejdůležitější roli jeho rodina. Dítě přichází na svět fyziologicky nezralé, neobejde se bez chráněného prostředí. Tím je pro něj právě rodina. Základní životní potřebou dítěte je, aby ho rodiče přijali a milovali takové, jaké je. Pokud je tato základní potřeba naplněna, může se jeho potenciál otevřít a rozvíjet.

Přijmout dítě takové, jaké je, je ještě podstatnější, jedná-li se o dítě postižené. Dítě s postižením je „jiné“. Po příchodu na svět zásadním způsobem změní plány a očekávání svých nejbližších. Na samém počátku stojí nutnost zpracování obrovské bolesti z toho, že se dítě nebude vyvíjet stejně jako jeho zdraví vrstevníci.

To, jak rodiče přijmou postiženého potomka, záleží také na typu nemoci a rozsahu postižení. Psychologicky zvláště traumatizující jsou postižení obličeje, následují deformace rukou a pak teprve ostatních částí těla. Mimořádně úzkostné napětí nastává v rodinách dětí s postižením mentálního vývoje. Dalším důležitým aspektem je u postižení i rozsah časový. Jak dlouho trvá defekt? Je stále stejný, zlepšuje se, zhoršuje?

V další řadě je i aspekt sociální. Jakou společenskou hodnotu má postižená funkce? Jak svého nositele společensky omezuje nebo jej činí nápadným? Vliv má rovněž příčina postižení. Infekční příčiny jsou přijímány lépe než genetické. U genetických příčin mají rodiče větší tendenci hledat vinu u sebe. Nejhorší pro rodiče je situace, kdy příčiny postižení nejsou známy.

Osobnost dítěte je dalším důležitým činitelem pro co nejlepší zařazení dítěte ve společnosti. Záleží především na jeho základních rysech osobnosti, tedy na jeho temperamentu, dráždivosti, citlivosti a ostatních vlastnostech. Způsob, kterým rodiče zvládají stresovou situaci spojenou s postižením jejich dítěte, spoluurčuje, jak tento svůj úděl ono samo ponese. Dítě do velké míry vidí svoje postižení očima svých rodičů.

Cílem diplomové práce je zjištění možností komunikace s rodinou žáka s postižením, výběr vhodné komunikace vedoucí k úspěšné spolupráci mezi rodinou a školou.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá popisem jednotlivých druhů postižení, charakterizuje rodinu a popisuje zásady vhodné komunikace. V části praktické je pomocí kvalitativně orientovaného výzkumu (kazuistiky, nestrukturované rozhovory, pozorování) porovnána komunikace školy s pěti rodinami, které mají dítě s diagnózou ADHD a se sníženým intelektem. Kvalitativním výzkumem je možné přistoupit k respondentům, být s nimi v bližší, neformální interakci, a tím získat ucelený pohled na danou problematiku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DRUHY POSTIŽENÍ

„Zdravotní omezení, která jsme si zvykli označovat jako postižení, provázejí lidstvo od samého počátku, existují a existovat patrně nepřestanou i přes veškeré úsilí. Tato realita prostupující každou společnost je i akčním polem, na němž se řeší složitý vztah k slabším, nemocným, postiženým, kteří jsou v postavení minoritním.“¹

Podle druhu postižení vyžadují jednotlivé kategorie dětí specifické formy výchovy a vzdělávání. Z tohoto důvodu se speciální pedagogika člení na osm oborů:

- psychopedie - speciální pedagogika osob s mentálním postižením
- somatopedie - speciální pedagogika osob s tělesným postižením, s chronickým a dlouhodobým onemocněním
- logopedie – speciální pedagogika osob s narušenou komunikační schopností
- surdopedie – speciální pedagogika osob se sluchovým postižením
- tyflopédie – speciální pedagogika osob se zrakovým postižením
- etopedie – speciální pedagogika osob s poruchami chování
- speciální pedagogika osob s kombinovaným postižením
- speciální pedagogika se specifickými vývojovými poruchami učení.

¹ PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006, s. 99.
ISBN 80-7315-120-0.

1.1 Psychopedie

„V užším pojetí jde o speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá edukací osob s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumáním formativních (výchovných) a informativních (vzdělávacích) vlivů na tyto osoby. V širším kontextu je možno na psychopedii nahlížet jako na interdisciplinární obor zabývající se prevencí (hlavně terciální), prognostikou mentální retardace (popř. jiných duševních poruch) se zvláštním zřetelem na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci klienta s mentálním či jiným duševním postižením.“²

Ze speciálněpedagogických věd má psychopedie nejbližší k etopedii, logopedii a somatopedii. Z ostatních vědních oborů pak k pedagogice, psychologii, sociologii a medicíně. Cílem psychopedie je dosažení maximálního stupně rozvoje osobnosti každého jedince s mentálním či jiným duševním postižením a jeho integrace do společnosti.

Mentální retardace

„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji především v procesu učení.“³ Pro klasifikaci úrovně rozumových schopností existuje řada pojetí. Mezi uznávané patří klasifikace podle Wechslera (viz příloha A).

² VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. Vyd. Praha: 2003, s. 4. ISBN 80-7320-039-2.

³ PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006, s. 269. ISBN 80-7315-120-0.

Etiologie mentální retardace

Mentální retardace může vzniknout v období:

- prenatalním – infekce matky během těhotenství, její špatná výživa, úrazy, působení záření a toxických látek
- perinatálním – hypoxie plodu, dlouhotrvající porod
- postnatálním – infekce novorozeněte, špatná výživa, záněty mozku, úrazy.

Jistou roli má rovněž dědičnost. Lehká mentální retardace je často důsledkem zděděné inteligence a vlivu rodinného prostředí. Další příčinou je chromozomální aberace, která způsobuje Downův syndrom.

Lehká mentální retardace

- vliv dědičnosti, sociokulturní deprivace, nedostatku stimulace
- do tří let lehké opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje, mezi třetím a šestým rokem nápadnější problémy: malá slovní zásoba, různé vady řeči, obsahová chudost, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře
- opožděný vývoj řeči
- nejvýraznější problémy v období školní docházky: konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť, lehce opožděná jemná a hrubá motorika, porucha pohybové koordinace
- v oblasti emocionální se projevuje afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita
- výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam pro socializaci
- vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základní škole praktické, mají možnost integrace do běžné základní školy při splnění stanovených podmínek integrace
- možné zvládnutí jednoduchých učebních oborů nebo zaškolení v jednoduchých manuálních činnostech, nejčastěji navštěvují odborná učiliště nebo praktické školy
- mnoho dospělých schopno práce a úspěšného udržování sociálních vztahů.

Středně těžká mentální retardace

- výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči
- omezená zručnost a schopnost postarat se sám o sebe
- jen někteří jedinci jsou schopni si osvojit čtení, psaní
- vzdělávají se nejčastěji v základních školách speciálních, další vzdělávání je možné ve škole praktické
- jedinci jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci pod odborným dohledem nebo v chráněném prostředí
- v dospělosti jsou málokdy schopni vést samostatný život, bývají však fyzicky aktivní a mobilní se schopností komunikovat
- ke středně těžké mentální retardaci se může přidat dětský autismus, tělesná postižení, epilepsie, psychiatrická nemoc.

Těžká mentální retardace

- většina jedinců trpí poruchou motoriky a jinými přidruženými vadami
- časté jsou tělesné vady
- řeč je velmi jednoduchá, omezena jen na jednotlivá slova, někdy se nevytvoří vůbec
- vzdělávání je velmi omezené, realizuje se podle vzdělávacího programu v základní škole speciální
- systematická a kvalifikovaná rehabilitační vzdělávací péče přispívá k rozvoji motoriky, komunikativnosti, soběstačnosti a rozumových schopností.

Hluboká mentální retardace

- většina osob je imobilní, inkontinentní, schopna pouze jednoduché neverbální komunikace
- automatické stereotypní pohyby
- nemají schopnost se o sebe postarat
- nepoznávají okolí

- potřebují stálou péči
- lze dosáhnou jen nejjednodušších zrakově prostorových orientačních dovedností
- IQ nelze přesně změřit.

Jiná mentální retardace

- do této kategorie patří osoby, u kterých nelze určit stupeň intelektové retardace pomocí obvyklých metod, jedná se o jedince nevidomé, neslyšící, nemluvící, s těžkými poruchami chování.

Nespecifikovaná mentální retardace

- mentální retardace je prokázána, není však dostatek informací pro to, aby byl jedinec zařazen do jedné z předchozích kategorií.

1.2 Somatopedie

„*Somatopedie je vědní obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzdáváním tělesně a zdravotně postižené mládeže.*“⁴ Jedinci s tělesným postižením představují heterogenní skupinu. Omezení pohybu je jejich společným znakem. Postižení tělesné motoriky může být jen mírné. Pokud se jedná o postižení těžší, mohou být pohybové možnosti člověka omezeny podstatně. Tělesná postižení mohou být vrozená nebo získaná. Vrozené vady vznikají v těhotenství, nebo při porodu. Získaná postižení může způsobit úraz, nebo nějaká nemoc.

⁴ KÁBELE F., KOLLÁROVÁ E., KOČÍ J., KRACÍK J. *Somatopedie*. 1.vyd. Praha: Polygrafia, 1993, s. 5. ISBN 80-7066-533-5.

Klasifikace pohybových vad

Vrozená a dědičná

- počet narůstá (kvůli pokrokům v medicíně, lékaři zachraňují nedonošené děti), kvalitnější diagnostika
- nejčastěji jde o srdeční vady (často dědičné).

Získaná

- poúrazové stavy (míšň léze, stavy po tonutí, autonehody, úrazy – pády z výšky, skoky apod.)
- amputace (poúrazová, z důvodu nemoci)
- úrazy hlavy (traumata na mozku, nedokrvění)
- získané ortopedické vady dolních končetin
- získané srdeční vady atd.

Dělení podle místa postižení

- obrny
- deformace
- malformace
- amputace.

Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna patří mezi závažná centrální postižení. Prenatální příčinou jsou to různé infekce matky v prvních měsících těhotenství, oběhové poruchy pak v pokročilých fázích těhotenství. Příčinou perinatální může být porodní asfyxie, nedonošenost, přenošenost, též těžký protražovaný porod. Postnatální příčinou jsou všechny infekce, zejména do šesti měsíců. *„Dětská mozková obrna je často kombinovaná s poruchami duševního vývoje a sníženým intelektem (asi 66 %), s poruchami řeči (přes 50 %), s poruchami chování (cca 50 %), s epileptickými záchvaty (od 15 % do 70 %). Výjimkou nejsou ani smyslová postižení, ať se jedná o*

vady zraku (např. tupozrakost, šilhavost, ale i slabozrakost různého stupně) nebo vady sluchu (různé stupně nedoslýchavosti).“⁵

Obrny centrální a periferní

Centrální obrna obvykle postihne polovinu těla v případě, že je postižen mozek, obě dolní končetiny nebo všechny čtyři končetiny, je-li porušena mícha. Periferní obrna postihne buď jen jednu končetinu, nebo pokud je postiženo více nervů, obě dolní končetiny.

Deformace

Deformace jsou obecně charakterizovány patologickým tvarem některé části těla. Nejčastěji se můžeme setkat s deformacemi spojenými s nesprávným držením těla. Konkrétně se pak jedná o některé druhy skolióz a kyfóz, kdy se vadné držení těla vyznačuje změnami v zakřivení páteře nebo labilním držením těla.

Malformace

Malformace je vrozená porucha ve stavbě některého orgánu nebo části těla, vedoucí k porušení jeho funkce. Nejčastěji jsou to končetiny. Částečné chybění končetin se nazývá amélie. Stav, kdy končetina navazuje přímo na trup, se nazývá fokomelie. Malformace je zařazena do skupiny vývojových vad.

Amputace

Amputace je odstranění periferní části těla od celku úrazem nebo chirurgicky. Příčinou jsou úrazy, kdy k amputaci končetiny může dojít v okamžiku úrazu nebo i těsně po něm. Další příčinou amputace mohou být zhoubné nádory na končetinách, nebo také cévní onemocnění.

⁵ PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006, s. 172.
ISBN 80-7315-120-0.

1.3 Logopedie

Obor logopedie je poměrně mladým vědním a studijním oborem. Začal se formovat až v první polovině 20. století, neustále se mění a rozvíjí. „*Logopedie v moderním chápání je vědou, zkoumající narušenou komunikační schopnost z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence.*“⁶ Zabývá se patologickou stránkou komunikačního procesu, což určuje její vztah k ostatním vědním oborům. Logopedie využívá poznatky z oblasti medicínských oborů, psychologie, lingvistiky.

Klasifikace narušení komunikační schopnosti

Vývojová dysfázie se řadí k poruchám centrálního charakteru. Projevuje se sníženou schopností nebo neschopností dítěte verbálně komunikovat, přestože podmínky pro vytvoření této schopnosti jsou dobré. Závažnost komunikační schopnosti závisí na rozsahu nevyzrálosti až poškození mozkových funkcí.

Afázie je centrální porucha řeči, ke které dochází orgánovým poškozením nebo onemocněním centrální nervové soustavy, na základě lokálních poškození mozku. Řeč byla u osob postižených afázií již plně vyvinuta, avšak na základě poškození dominantní hemisféry mozku došlo ke ztrátě nabyté schopnosti komunikovat.

Mutismus je takové narušení komunikační schopnosti, při které dochází ke ztrátě artikulované řeči. Narušení je psychogenně podmíněné. Dochází k němu na podkladě silného psychického traumatu.

Koktavost a breptavost patří do skupiny poruch plynulosti řeči. Příčiny vzniku koktavosti nejsou doposud přesně stanoveny. V současnosti jsou uváděny dědičné dispozice, neurologický nálezn, orgánové poruchy, průběh biochemických procesů mozku. Breptavost je narušení komunikační schopnosti, při které dochází k porušení tempa mluvy.

⁶ LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002, s. 11. ISBN 80-7178-572-5.

Rinolalie a palatolalie patří do skupiny poruch zvuku řeči. U rinolalie se jedná o sníženou nebo zvýšenou nosovost v mluvené řeči, poruchu zvuku jednotlivých hlásek při artikulaci. K palatolalii dochází na základě rozštěpu v obličejové části.

Dyslalie a dysartrie tvoří kategorii poruch artikulace. Dyslalie je neschopnost nebo porucha používat jednotlivé hlásky v procesu komunikace podle řečových norem příslušného jazyka. U dysartrie je kromě poruchy hláskování narušen i proces dýchání, tvorby hlasu, zvuku řeči.

Symptomatické poruchy řeči jsou narušení komunikační schopnosti provázející jiné postižení, nemoc, nebo poruchu.

1.4 Surdopedie

„Surdopedie představuje speciálněpedagogickou disciplínu, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením. V literatuře se setkáváme i s jinými pojmy pro označení tohoto oboru – surdologie, surdopedagogika či pedagogika sluchově postižených. Do roku 1983 byla výchova a vzdělávání sluchově postižených zahrnována do komplexního oboru logopedie.“⁷

Klasifikace sluchových poruch

Podle období vzniku rozlišujeme poruchy:

- vrozené
- získané.

Podle místa poškození sluchového ústrojí rozlišujeme poruchy:

- centrální - poškození je na úrovni II. – V. neuronu sluchové dráhy

⁷ PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006, s. 127. ISBN 80-7315-120-0.

- periferní - poškození je na úrovni zevního ucha až jader sluchového nervu
- převodní - překážka je v zevním nebo středním uchu
- percepční - poškození vnitřního ucha nebo sluchového nervu
- kochleární - poškození hlemýždě
- retrokochleární - poškození sluchového nervu a jeho jader.

Období vzniku postižení

Zděděná nedoslýchavost nebo hluchota má řadu příčin. Nedoslýchavost se může postupně zhoršovat a přejít v hluchotu. Geneticky podmíněné vady sluchu mají hereditární zátěž v rodině. Existuje asi 30 genů, u kterých se předpokládá, že mají vliv na vrozený stav sluchu. Prenatálně získané sluchové vady mohou vzniknout onemocněním matky v průběhu těhotenství, zejména v 1. trimestru (např. spalničky, zarděnky, toxoplazmóza). Za perinatálně získanou vadou sluchu stojí např. protrahovaný porod, nízká porodní hmotnost, Rh – inkompatibilita, asfyxie, poporodní žloutenka.

Získané vady sluchu před fixací řeči tj. do 6. roku života dítěte mají na komunikační možnosti různý dopad. Nejen, že se řeč nevyvíjí, dochází navíc k rozpadu již získaných řečových stereotypů. Tyto vady způsobují např. infekční choroby, traumata, úrazy hlavy, onkologická onemocnění ozářením, opakované hnisavé záněty středního ucha. Získanou vadou sluchu po fixaci řeči může být stařecká nedoslýchavost, neboť ve stáří může docházet k odumírání sluchových buněk, které jsou nenahraditelné. Další vadou sluchu může způsobit poranění v oblasti hlavy a vnitřního ucha, dlouhodobé působení silné hlukové zátěže nebo různé jedy, toxiny.

1.5 Tyflopédie

Tyflopédie je speciálněpedagogická disciplína, zabývající se výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se zrakovým postižením. Jejím cílem je maximální rozvoj osobnosti jedince se zrakovým postižením. *„Závažné zrakové postižení vytváří situaci senzorické, resp. informační deprivace. Jedinec se zrakovým postižením nemůže snadno*

a přesně vnímat všechny vizuální informace, resp. pro něho tato dimenze vnějšího světa vůbec neexistuje.“⁸ Tyflopedie je věda, která nemůže existovat izolovaně. V oblasti medicíny spolupracuje s obory neurologie, oftalmologie, pediatrie, psychiatrie, ORL a dalšími. V oblasti přírodních a technických věd jsou to obory, jako je optika, akustika, elektronika kybernetika atd.

Klasifikace osob se zrakovým postižením

Z hlediska závažnosti zrakového postižení lze diferencovat tři stupně – slabozrakost, praktickou nevidomost a nevidomost.

Slabozrakost je omezení zrakových funkcí na úroveň 15-5 % běžné kapacity. Takto postižení jedinci jsou schopni běžné orientace v prostředí. Jejich psychický vývoj nebývá nějak zásadně odlišný. Existuje široká škála příčin slabozrakosti. Patří mezi ně vrozené vady, dědičná onemocnění, cukrovka, zranění, zelený zákal, šedý zákal, stáří.

Praktická nevidomost je zrakový deficit v rozsahu méně než 4 % běžné kapacity až po zachování jakékoli vizuální diference. Takto postižení jedinci mají problémy v běžném životě. Pokud je jejich postižení vrozené, potřebují již od raného věku speciální péči.

Nevidomost představuje chybění tvarového vidění. Může být však zachována schopnost rozlišovat světlo a tmou. Úplná neschopnost zrakově vnímat je vzácností. Nevidomí lidé potřebují speciální péči, úprava životních podmínek je nutností.

1.6 Etopedie

Obor etopedie je speciálněpedagogická disciplína, zabývající se edukací, reedukací a zkoumáním jedinců s rizikem poruch emocí nebo chování a s poruchami emocí nebo chování. „*Etopedie se nezabývá jen člověkem s poruchami chování, ale studuje etiologii*

⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. 2004, s. 195. ISBN 80-7178-802-3.

vzniku mravních poruch a cesty vedoucí k možné nápravě. Častá kombinace: obtížná vychovatelnost + mentální retardace, ale i kombinace smyslového či tělesného postižení s poruchou chování (někdy nebývá obtížná vychovatelnost primárním nebo dominantním problémem u kombinace postižení).“⁹ Etopedie přejímá poznatky z ostatních věd, které se zabývají především společností a člověkem. Jsou to pedagogika, psychologie, patopsychologie, sociologie, etika, psychiatrie, genetika, neurologie a další.

Praxe etopedie se uskutečňuje ve třech rámcových fázích, v prevenci, intervenci a rehabilitaci.

Fáze prevence představuje speciálněpedagogické působení zejména ve školách. Směřuje na tři skupiny dětí. Do první skupiny patří děti, které nemají výraznější problémy v chování. Praxe zde spočívá především v preventivních aktivitách. Druhá skupina zahrnuje děti, u kterých se již rizikové chování projevilo. Praxe se soustředí na preventivní opatření, poradenskou péči, diagnostiku. Ve třetí skupině jsou děti mající problémy chování a poruchy emocí. V tomto případě má praxe těžiště v diagnostice a poradenství.

Ve fázi intervence probíhá speciálněpedagogické působení ve školách. Těžiště je ale v zařízeních preventivně – výchovné péče. Ve vážnějších případech je intervence realizována institucionálně.

Rehabilitace nebo též resocializace znamená speciálněpedagogické působení ve školských zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy. Těžiště takového výchovného působení je v reedukaci, která navazuje na diagnostiku a poradenskou činnost.

„Edukace dětí s poruchami emocí nebo chování probíhá v závislosti na stupni poruchy ve školách hlavního proudu nebo přímo ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. V těchto zařízeních naplňuje stát náhradní rodinnou

⁹ SLOMEK, Z. *Etopedie*. 1. vyd. Praha: UJAK, 2010, s. 6. ISBN 978-80-86723-84-6.

*výchovu formou institucionální péče a vedle úkolů souvisejících s edukací dětí plní i funkci sociální.*¹⁰

1.7 Speciální pedagogika osob s kombinovaným postižením

Kombinované postižení je takové postižení, kdy se u jednoho jedince vyskytnou dva a více druhů postižení. Jedná se o kombinace různých druhů, forem a stupňů postižení. Mezi kombinované postižení patří například hluchoslepota, dětská mozková obrna, poruchy autistického spektra, nebo různé kombinace mentálního, tělesného a smyslového postižení. Řadí se sem i řada syndromů, Downův syndrom, Edwardsův syndrom, Prader Willi syndrom a další.

I děti s těžkým postižením mají nárok na vzdělání. Absolvují povinnou školní docházku, která jim poskytne kontakt s vrstevníky, pomůže rozvoji komunikace, kognitivních a motorických schopností a dovedností. Po ukončení povinné školní docházky existuje několik zařízení, kde je jedincům s tímto postižením zajištěno vzdělávání a trávení volného času.

U dětí s těžkým kombinovaným postižením může být komunikace narušena natolik, že je potřeba využít pomoci obrázků, piktogramů či reálných předmětů. Pokud postižení neumožní ani jednu z uvedených možností komunikace, je vhodné využít bazální komunikaci. Jedná se o komunikaci na základní úrovni, která se uskutečňuje pomocí doteku, vůně, zvuku, chuťovými vjemy, změnou polohy, podněty působícími na smyslové orgány. Předání informace se děje i pomocí mrkání, motorickým neklidem, sténáním, změnou tepové a dechové frekvence.

¹⁰ PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006, s. 370.
ISBN 80-7315-120-0.

Specifické metody a techniky pro osoby s kombinovaným postižením

Vojtova metoda reflexní lokomoce je jednou z nejpoužívanějších fyzioterapeutických metod diagnostiky a terapie hybných poruch zejména u dětí. Tato metoda pracuje s faktem, že máme v centrálním nervovém systému geneticky zakódované motorické vzory. Pomocí přesně určených bodů na těle, které se stlačují, je vyvolán určitý reflexní pohyb. Opakovaným vyvoláváním těchto pohybů si pacient fixuje správný pohybový vzor.

Bobath koncept je neurovývojová terapie určená zejména dětem s dětskou mozkovou obrnou. Terapeut neučí správné pohyby, dělá ale vše pro to, aby pacient mohl pohyb sám správně provést. Tento koncept je též velice účinný v oblasti poruch polykání a nácviku příjmu potravy.

Orofaciální regulační terapie se zaměřuje na reflexní stimulaci hybnosti v oblasti úst a obličeje. Využívá tlak, tah a vibraci v obličeji. Pomáhá zlepšovat orientaci v dutině ústní, vnímání změny polohy jazyka, orientaci jazyka, úpravu funkce žvýkacího svalstva.

Synergická reflexní terapie je podpůrná metoda, která zvyšuje účinek dalších rehabilitačních metod. Využívá prvků reflexních masáží končetin a zón na hlavě, akupresury, korekce patologického držení páteře a končetin. Tato terapie je vhodná zejména pro osoby s dětskou mozkovou obrnou, Downovým syndromem, po cévních mozkových příhodách a pro osoby s hybným postižením.

Snoezelen je speciálně upravené prostředí, sloužící ke stimulaci smyslů. Je vhodné pro aplikaci bazální stimulace, k relaxaci, k logopedii, k muzikoterapii. Jde o podpůrnou edukační metodu, terapeutickou metodu a volnočasovou aktivitu. V místnosti se používají různé vůně, různé druhy hudby, různá osvětlení, pomůcky a hračky příjemné na dotek, vodní lůžka a podobně.

1.8 Speciální pedagogika se specifickými vývojovými poruchami učení

„Poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci centrálního nervového systému. I když se porucha učení může vyskytnout souběžně s jinými formami postižení (jako např. smyslové vady, mentální retardace, sociální a emoční poruchy) nebo souběžně s jinými vlivy prostředí (např. kulturní zvláštnosti, nedostatečná nebo nevhodná výuka, psychogenní činitelé), není přímým následkem takových postižení nebo nepříznivých vlivů.“¹¹

Specifické vývojové poruchy učení mohou být způsobeny genetickým dědictvím, úrazem, nejčastěji však lehkou mozkovou dysfunkcí. Jedná se o drobné poškození tkáně mozku ve fázi vývoje a zrání, které způsobilo malé odchylky od správné funkce mozku. Při tom ale není ovlivněna celková schopnost organismu, inteligence, ale jen specifické schopnosti v oblasti motoriky, vnímání, myšlení a jednání. K poškození mohlo dojít mnoha způsoby, infekcí během těhotenství matky, předčasným nebo komplikovaným porodem, těžším onemocněním novorozence nebo úrazem hlavy.

Specifické vývojové poruchy učení se projevují výrazným nepoměrem mezi sníženou školní výkonností a dobrou úrovní rozumových schopností. Souvisí s tím poruchy pozornosti, afektivní labilita, rychlá unavitelnost pozornosti, ukvapené jednání, překotnost reakcí. Typické jsou obtíže při vytváření základních pracovních návyků, problémy s oblékáním, udržováním čistoty a pořádku, se stolováním. Děti se nedokáží soustředit, i sebemenší podnět je vyruší. Jsou v neustálém pohybu, jednají živelně, rychle střídají nálady. Chybí jim vytrvalost, schopnost soustředěné činnosti. Nezvládají dodržování pravidel chování, nedovedou spolupracovat, podřídit se autoritě. Poznání vlastní neschopnosti vytváří u dětí složité konflikty, které pak řeší agresivitou, záškoláctvím, únikem do nemoci, záměrným snižováním se na úroveň menších dětí.

¹¹ MATĚJČEK, Z. *Dyslexie*. Jinočany : HaH, 1993, s. 24. ISBN 80-85787-27-X.

Poruchy se nejvíce projeví po zahájení školní docházky. Ve vyšších ročnících díky vlivu dozrávání nervové soustavy potíže postupně mizí.

Typy poruch

Pojem specifické vývojové poruchy učení je nadřazen pojmům dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dysmúzie, dyspinxie a dyspraxie.

Poruchy učení

- dyslexie
- dysgrafie
- dysortografie
- dyskalkulie
- dyspinxie
- dyspraxie
- dysmúzie.

Poruchy řeči

- dysfázie
- dyslalie
- dysartrie
- koktavost
- neurotický mutismus.

Poruchy chování

- hyperaktivita (nadměrná aktivita)
- hypoaktivita (utlumená aktivita).

1.9 Pervazivní vývojové poruchy

Pervazivní vývojové poruchy závažným a komplexním způsobem poškozují psychický vývoj postižené osoby. Tento termín je společným označením pro závažnější poruchy, jež se projevují od raného dětství. Typickou pervazivní vývojovou poruchou je

dětský autismus. „*Autismus postihuje většinu psychických funkcí, ale nejnápadnější je porucha sociálně-komunikačních kompetencí. Hlavní příznaky tohoto onemocnění zahrnují poruchu sociálního porozumění, mezilidských vztahů a komunikace, typické je nápadné, stereotypní chování.*“¹² Autistické děti neprojevují žádný zájem o sociální kontakt. Chovají se tak, jako by ostatní lidé ani neexistovali. Nereagují na běžné sociální signály, např. na oční kontakt, mimiku obličeje a úsměv. Nejsou schopny rozlišovat jednotlivé výrazy lidského obličeje, které vyjadřují určitý emoční prožitek. Neumějí využívat ke komunikaci oční kontakt nebo gestikulaci. Autistické děti nejsou schopny empatie, nerozumějí emočním projevům druhých lidí. Nevytváří se u nich obvyklá citová vazba k matce a dalším členům rodiny. Standardní nejsou ani vrstevnické vztahy. Dítě si s ostatními dětmi nehraje, spíše se jim vyhýbá.

Děti s autismem mají potíže se zpracováním verbální informace a pochopit ji. Řeč je pro ně abstraktní a nepolapitelná. Oba tyto aspekty způsobují problém. Krátké, stručné věty jsou nejjednodušší forma k pochopení. Porozumění slovu ve smyslu co se za ním skrývá, je pro autisty určeno přímo k dešifrování. Je to pro ně příliš složité. Autisté mají také problém pochopit vtip, ironickou poznámku apod. Většina autistů je velmi citlivá na hluk a prudké pohyby. Při hovoru s nimi je nutno hovořit jasně a běžným tónem. Je nutné nedělat rychlé a prudké pohyby. Mají pak pocit, že jsou ohroženi.

Při komunikaci na veřejnosti je nejlépe s autisty zacházet jakoby se nic mimořádného nedělo. Autisté jsou většinou velice vnímaví a emocionální. Mají velmi dobrou paměť a později, když si budou přehrávat ve své mysli různé odžité scénky, můžou zažívat nepříjemné pocity.

Znaková řeč u autistických dětí jako alternativní způsob komunikace se využívá jen velmi omezeně. Komunikace s vizuální podporou jako jsou fotografie, piktogramy, obrázky je konkrétní a má několik výhod. Obrázky jsou lehké pochopitelné, ke sdělení je možno se kdykoliv vrátit.

¹² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. 2004, s. 319.
ISBN 80-7178-802-3.

Mezi pervazivní vývojové poruchy dále patří Rettův syndrom. „*Rettův syndrom postihuje (na rozdíl od dětského autismu postihujícího čtyřikrát častěji chlapce) jenom děvčata, u kterých dochází po krátkém období normálního vývoje ke ztrátě komunikačních i pohybových vlastností, což se demonstruje především ztrátou funkčních pohybů rukou, objevuje se stereotypie kroutivých pohybů prstů.*“¹³

Aspergerův syndrom, další pervazivní vývojová porucha, se vyskytuje převážně u chlapců a má příznaky jako autismus. Podstatným rozdílem však je, že schází retardace řeči a celkového kognitivního vývoje. Další dezintegrační poruchy v dětství jsou typické svým obdobím normálního vývoje, které je vystřídáno ztrátou získaných dovedností autistického typu (tj. sociální interakce, komunikace). Je ale možné, že opět dojde k částečné obnově těchto funkcí. Tato porucha byla dříve označována jako infantilní demence, dezintegrační psychóza, Hellerův syndrom.

1.10 Hyperkinetické poruchy

„*ADHD je anglickou zkratkou názvu Attention Deficit Hyperactivity Disorder neboli porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou.*“¹⁴ Termín ADHD je standardní ve většině vyspělých zemí. Mezi další správná pojmenování patří hyperkinetická porucha, porucha aktivity a pozornosti, které se však s pojmem ADHD zcela nepřekrývají.

Hlavní problém, který dítě s ADHD má, plyne z jeho narušené schopnosti soustředit se. Na první pohled to vypadá, jakoby ho zajímalo vše kromě toho, co má právě dělat. Působí dojemem, že vůbec neposlouchá, co se mu říká. Žije si ve svém denním snu. Díky hyperaktivitě nenechá v klidu ruce ani nohy, vrtí se, padá ze židle, poskakuje apod. Nevydrží sedět ani u jídla, vymýšlí, co jiného by při jídle ještě stihl. Malé sebeovládání a impulzivita způsobují, že dříve jedná, než myslí. Skáče často ostatním do řeči.

¹³ VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. Vyd. Praha: 2003, s. 46. ISBN 80-7320-039-2.

¹⁴ GOETZ, M., UHLÍKOVÁ P. *ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, s. 13. ISBN 978-80-7262-630-4.

Nedokáže počkat, až na něj přijde řada. Často se pustí do nebezpečných činností, aniž by si předem uvědomil možné následky. Běžné jsou i projevy agresivního chování, nebo nepřiměřené reakce na drobné podněty. U dětí s ADHD je patrná malá sebeúcta a značná frustrovanost.

„Odhadovaný výskyt ADD/ADHD se velmi různí podle toho, jaké studie čtete a jakých se použije přístupů. Odborníci odhadují, že je postiženo 3 až 10 procent dětí školního věku. Velmi pravděpodobně se však jedná o podcenění výskytu vzhledem ke skutečnosti, že se u dívek ADD často nerozpozná.“¹⁵

Značně impulzivní chování dítěte s ADHD vede k tomu, že ruší hru ostatním dětem. Ve škole je potom vnímáno jako nespolehlivý, sebestředný spolužák, který neváhá kohokoliv urazit, byť se ho dotyčný třeba před chvílí zastal. Z tohoto důvodu mívají děti trpící ADHD málo kamarádů. *„Opakované odmítání a neúspěch u vrstevníků může mít ničující důsledky na sebevědomí dítěte a na jeho další chování. Nejde proto o něco, co by si rodiče nebo odborníci mohli dovolit zanedbat, a to jak při diagnostikování, tak při léčbě ADHD.“¹⁶*

1.11 Obecná doporučení pro pedagogickou praxi při edukaci dítěte s ADHD

- vytvořit jasně strukturovaný rozvrh hodin
- stanovit přesná pravidla chování
- promyslet zasedací pořádek, hyperaktivní dítě posadit blíže k tabuli, dále od okna
- předem dítěti oznámit každou změnu od režimu dne
- neposazovat k sobě dvě děti s hyperaktivitou
- úkoly nežadávat na konci vyučovací hodiny
- vystupovat klidně a s porozuměním, nezvyšovat bezdůvodně hlas, hovořit krátce a výstižně

¹⁵ RIEFOVÁ, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 1999, s. 19. ISBN 80-7178-287-4.

¹⁶ MUNDEN, A., ARCELUS J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 24. ISBN 978-80-7367-430-4.

- s dítětem udržovat vizuální kontakt
- nastavit splnění činností tak, aby je dítě zvládlo
- odměňovat i snahu dítěte, nejen dosažený výsledek
- o přestávkách zajistit dostatek pohybu
- jestliže dítě poruší pravidlo, nereagovat zlobně nebo s posměchem
- ocenit pozitivní vlastnosti dítěte
- dítě musí cítit, že o něj máme zájem.

Diagnostická kritéria ADHD jsou uvedena v příloze B.

1.12 Legislativa

Provádějícím právním předpisem se pro oblast vzdělávání zdravotně postižených stala vyhláška MŠMT č. 147/2011 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Podle ní se vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami uskutečňuje s pomocí podpůrných opatření, která jsou odlišná nebo jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření spojených se vzděláváním žáků stejného věku ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením.

Mezi podpůrné prostředky patří např.: kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, poskytování pedagogicko – psychologických služeb, asistent pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka. Vyhláška, aniž by speciálně či alespoň přibližně definovala žáka se zdravotním postižením, upravuje koho je potřeba považovat za žáka s těžkým zdravotním postižením.

Dle vyhlášky se za něj považuje žák:

- *„s těžkým zrakovým postižením,*
- *s těžkým sluchovým postižením,*
- *s těžkou poruchou dorozumívacích schopností,*
- *hluchoslepý,*

- *se souběžným postižením více vadami,*
- *s autismem,*
- *s těžkým tělesným,*
- *s těžkým či hlubokým mentálním postižením.*¹⁷

¹⁷ Vyhláška č. 147/2011 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

2 RODINA

Rodina je skupina osob navzájem spjatých pokrevními svazky, manželstvím (nebo srovnatelným právním vztahem) nebo adopcí. Její dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí. Variant uspořádání rodiny je několik. Základní rodinu tvoří muž, žena a jejich děti. Rozšířená rodina zahrnuje prarodiče, tety, strýce, bratrance a sestřenice. Další modely jsou polyganní rodina a neúplná rodina s jedním rodičem.

„Rodina – obecně původní a nejdůležitější spol. skupina a instituce, která je základním článkem sociologické struktury i základní ekonomickou jednotkou a jejímiž hlavními funkcemi je reprodukce trvání lidského biologického druhu a výchova, resp. socializace potomstva, ale i přenos kult. vzorů a zachování kontinuity kult. vývoje.“¹⁸

Rodina zastává ve společnosti nezastupitelnou roli a je jejím základním pilířem. Základní funkcí rodiny je funkce reprodukční a výchovná. Rodina se musí postarat o své potomky, zajistit péči a výchovu dětí od narození až po dobu, kdy se dítě osamostatní.

„V rodině probíhá tzv. primární socializace – realizuje se v ní první kontakt dítěte se společností a kulturou. Rodina tím, jak s dítětem jedná, jaké k němu zaujímá postoje, jakou vytváří oporu pro jeho vývoj, jakou citlivostí je zahrnuje, mu zprostředkovává zvládnání základních vzorců sociokulturního chování a myšlení. A díky nim dítě rozvíjí své vztahy k sobě samému, druhým lidem, širšímu sociálnímu okolí, k věcem a úkolům.“¹⁹

¹⁸ LINHART, J., ed., VODÁKOVÁ, A., ed. a KLENER, P., ed. *Velký sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996, s. 941. ISBN 80-7184-311-3.

¹⁹ HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 135. ISBN 978-80-247-1168-3.

2.1 Charakteristika rodiny

„Je to společenství, kde se sdílí čas, prostor, úzkost i naděje, kde se soužitím všichni „učí pro život“, kde všichni dávají a přijímají, kde formují svou osobnost a mají možnost zrát k moudrosti – a kde podstatnou složkou všeho je vzájemně sdílená a působená radost. A právě v tom je něco pro rodinu hluboce specifického: Je tu dána jedinečná příležitost, aby toto společenství bylo společenstvím radosti.“²⁰

2.1.1 Vznik rodiny

V různých místech neprobíhal vývoj podle jednotného schématu. Byl determinován materiálními podmínkami života lidí, kteří jednotlivá společenství tvořili, stupněm jejich vyspělosti. Člověk měnil nejen přírodní podmínky a sám sebe, ale také společenské vztahy, ve kterých žil a rozmnožoval se. Zárodkem rodiny byl původně promiskuitní houf. Postupně v něm vznikala určitá regulace, až daleko později se vytvořilo dnešní párové manželství.

Rodina vzniká narozením či osvojením nebo adopcí dítěte. Nejčastěji tvoří rodinu muž, žena a dítě (děti). Členové rodiny bydlí zpravidla spolu. Pro zdárný vývoj dítěte je nejdůležitějším prostředím rodina. Je základní stavební jednotkou společnosti, zabezpečuje kontinuitu společnosti, udržují se v ní emoční a sociální vazby. V rodině by mělo být nastoleno harmonické prostředí. Bohužel stále častěji ve svém okolí vidíme takové rodinné vztahy, které jsou nějakým způsobem narušeny. Komunikace mezi jednotlivými členy rodiny mnohdy vážne nebo je na velmi slabé a chatrné úrovni.

V rodině probíhá primární socializace. Dítě se tak seznamuje se společností a s kulturou, ve které se bude pohybovat. Toto období je velmi důležité, dítě si vytváří vztah vůči okolí, k věcem ale i k sobě samému. I v socializaci sekundární hraje rodina

²⁰ MATĚJČEK, Z. a LANGMEIER, J. *Výpravy za člověkem*. 1. vyd. Praha: Odeon, 1981. s. 220. ISBN 0107081.

důležitou roli. Dochází k nástupu do školy, k dospívání a posléze založení vlastní rodiny.

Rodina by měla uspokojovat potřeby svých členů, a to tělesné i duševní. K tělesným patří například strava, spánek, osobní hygiena a podobně, mezi duševní počítáme pocit bezpečí, klidu, lásku, uznání a docenění jednotlivých členů.

2.2 Funkce rodiny

„Základní funkce rodiny jsou funkce reprodukční, funkce výchovná, funkce emoční, a funkce ekonomická.“²¹

2.2.1 Funkce reprodukční

Reprodukční funkce vychází ze skutečnosti, že rodina zajišťuje reprodukci lidského rodu. Umožňuje biologickou obnovu sil a hraje důležitou roli v manželském soužití partnerů. Tím se dostává do úzké souvislosti s dalšími funkcemi, například s funkcí emocionální. Rodina tak zachovává společensky schválenou podobu sexuálního soužití. Je známým faktem, že se zvyšuje věk při vstupu do manželství a i věk rodičů při narození jejich prvního dítěte. Lze tedy usuzovat, že si mladí lidé uvědomují zodpovědnost, kterou s sebou rodičovství nese. Tento trend je ovšem z určitého pohledu nepříznivý. Ve společnosti dochází k poklesu uzavírání manželství, klesá porodnost a roste počet dětí narozených mimo manželství.

²¹ ŠEVČÍK, D., ŠPATÉNKOVÁ, N., a kol. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 11. ISBN 978-80-7367-690-2.

2.2.2 Funkce výchovná

Výchovná funkce se soustředí na přípravu nové generace v rodině pro vlastní fungování. Je spojena se socializačními postupy a podílí se na začleňování člověka do společenských vztahů a nacházení vlastního místa ve společnosti. Důležitou roli při výchově dítěte má také škola, vrstevníci, zájmové skupiny a média.

2.2.3 Funkce emoční

Emoční funkce rodiny spočívá v tom, že poskytuje každému členu uspokojení potřeby kladných emocionálních vazeb. Emocionální funkci plní za normálních okolností rodina po celý život člověka. Pravdou ale zůstává, že má zvláštní význam především v dětství a v období dospívání. Dlouhotrvající odcizení od rodiny může vést ke vzniku neuróz, citových deprivací a hrozí tak narušení normality osobnosti.

2.2.4 Funkce ekonomická

Každá rodina více či méně uspokojuje materiální potřeby svých členů. Tato funkce je závislá na vytvoření podmínek ze strany státu. Tyto podmínky jsou mnohdy limitující a mladé lidi často odradí od vstupu do manželství a početí potomka. Důležitou úlohu zde hraje socializace, vzdělanost a trh práce. Dnešní ženy mají stále vyšší postavení, muži již nejsou výhradními živiteli rodiny.

Ne každé dítě se rodí do rodin s dostatečným sociálním zázemím. Alarmující je, že přibývá dětí narozených ve slabších či sociálně slabých rodinách.

2.3 Typy rodin

Rodina plnící své funkce je rodinou funkční. Jsou však i rodiny, které některou ze svých funkcí neplní, pak se jedná o rodinu dysfunkční. Afunkční rodina je taková, ve které nejenže nejsou plněny funkce, navíc zde působí negativní vlivy. Rozlišujeme

několik typů rodin: „*nezralá rodina, přetížená rodina, ambiciózní rodina, perfekcionistická rodina, autoritářská rodina, disociovaná rodina.*“²²

Nezralá rodina

Nezralost může mít více stránek. Především se může jednat o nezralost v oblasti životních hodnot, životního způsobu. Mladí rodiče mají často mnoho problémů sami se sebou. Jsou spíše zvyklí, že někdo pečuje o ně, náhle jsou to však oni, kdo se má starat o někoho bezmocného a bezbranného.

Nezralost v oblasti zkušeností s sebou nese to, že si tito rodiče těžko uvědomují dopady svého počínání. Nemají ještě tolik životních zkušeností, něco nezvládají domyslet nebo si představit. Neodhadnou, co dítěti škodí, berou jeho výchovu na lehkou váhu.

Citová nezralost způsobuje, že rodiče propadají různým vznětům, často jednájí v afektu, nedokáží zvládnout výchovu dítěte v klidné atmosféře, která je pro dítě nezbytná.

Jelikož se jedná o mladé jedince, kteří jsou mnohdy ještě závislí na svých rodičích, nemohou mít tak vytvořené tolik potřebné sociální a ekonomické zázemí. V takové atmosféře je těžké vychovávat vlastní děti.

Přetížená rodina

Některé rodiny zvládají mnoho problémů bez znatelných krizí. Jiné naopak podléhají pocitu, že se zhroutí, jsou bezradní, zoufalí. Existuje řada zdrojů přetíženosti, může to

²² HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 153-157. ISBN 978-80-247-1168-3.

být např. přetíženost konflikty, přetíženost citovým strádáním, přetíženost ekonomickými problémy apod.

Ambiciózní rodina

Vlastní seberealizace mladých rodičů jejich kariérními postupy je upřednostňována před výchovou a péčí o dítě. „*Dětem ale často chybí rodičovská láska, soucítění, potřeba jistoty a stability, potřeba náležitosti k domovu. Mnohé jsou zhýčkané, bývají neuspokojené, ale nedovedou vyjádřit, co jim vlastně chybí, oč jim jde.*“²³

Perfekcionistická rodina

Pro autoritářské rodiče je typické, že nutí dítě, aby podávalo vysoké výkony, bylo vždycky lepší než druzí. Schopnosti dítěte tomu často neodpovídají, a proto se u něj dostaví vyčerpanost a úzkost, že neobstojí. Nastává disharmonie ve vztazích mezi rodiči a dítětem. Hrozí vážné a hluboké narušení citového vývoje dítěte.

Autoritářská rodina

Pro autoritářskou rodinu je typická naprostá poslušnost. Dítě je vedeno k tomu, aby nepřemýšlelo o svých činech, ale pouze vykonávalo to, co mu nařídí rodiče. Takový způsob výchovy však vede k frustraci, zoufalství, strachu apod. U autoritativní výchovy bývají používány i psychické a fyzické tresty. Děti z těchto rodin mají tendenci k agresivitě vůči slabším vrstevníkům.

Rozmazlující rodina

Rozmazlující rodič chce za každou cenu dítěti vyhovět. Snaží se zařídit, aby mělo vždycky pravdu bez ohledu na okolnosti.

²³ TRPIŠOVSKÁ, D., VACÍNOVÁ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO, 2007, s. 61. ISBN 978-80-86723-30-3.

Liberální rodina

Liberální a improvizující rodina dává dítěti naprostou volnost v jeho rozhodování. Avšak tímto dítě velice trpí, neboť nemá stanovené hranice, které děti potřebují. Pokud tato situace v rodině přetrvává, dítě může začít rodinu terorizovat.

Disociovaná rodina

Disociovaná rodina trpí tím, že jsou zde narušeny vnější nebo vnitřní vztahy rodiny. Toto narušení se projevuje omezením kontaktů s jinými rodinami, příbuznými, přáteli apod. Narušení vnitřních vztahů rodiny znamená narušení mezi jednotlivými členy (*Helus In: Trpišovská, Vacínová, 2007*).

Odkládající rodina

Odkládající rodina své dítě „odkládá“, kdykoliv to jde. Dítě je tak neustále na cestě k prarodičům, k příbuzným a nemá tak svůj prostor. Tímto způsobem ohrožují rodiče harmonické vytváření sociálních návyků. Dítě často dojde k závěru, že o něj nikdo nestojí, že je na obtíž.

2.4 Současná rodina

Podle *Trpišovské, Vacínové (2007)* lze současnou rodinu charakterizovat podle několika typů:

- **Rodina úplná** se v dnešní době vyznačuje přítomností dvougenerační skupiny, tzn. rodičů a dětí, popř. dítěte, kde každý člen má svou jasnou roli a nechybí zde žádný vztah.

- **Rodina neúplná** se vyznačuje chybějící rolí otce nebo matky. Pro vývoj dítěte je nejobtížnější situace, kdy chybí matka. Nepřítomnost otce je pro dítě rovněž negativní jev. Otec ztělesňuje vzor síly, mužnosti, autority. V případě chybění otce je důležité zastoupení dědečkem, strýcem, učitelem apod.

- **Rodina orientační** představuje rodinu, ve které se jedinec narodí a je zde objektem výchovy.

- **Rodina reprodukční** je nově založená rodina, u nás vznikající na základě uzavření manželství dospělými dětmi rodiny orientační.

- **Rodina nukleární** představuje rodinu v dnešním pojetí – rodiče a děti.

- **Rodinu rozšířenou** tvoří lidé z rodiny nukleární a širšího okruhu příbuzných – prarodiče, strýcové, tety atd.

- **Rodina funkční** je taková rodina, která je schopna a ochotna plnit všechny funkce, které jsou jí svěřeny.

- **Rodina dysfunkční** je rodina, která není schopna plnit některou ze svých funkcí. I přes tuto dysfunkci však stále funguje jako skupina.

- **Rodina afunkční** ztratila svůj význam a není schopna zcela plnit své funkce. Z vývojového hlediska může dítě i ohrožovat.

2.5 Rodina a dítě se zdravotním postižením

Když se do rodiny narodí dítě s postižením, je to velmi smutná a složitá situace. Pro každého člena rodiny je to něco jako revoluce. Rodiče a další členové rodiny se těší na chvíle narození a nečekají, že by dítě mohlo mít nějakou chorobu či vadu. Po zjištění, že jejich dítě bude „jiné“ než ostatní děti, většinou netuší, co dělat. Cítí jen obrovskou bolest a bezmocnost.

Rodiče, jejichž dítě bylo doposud zdravé, ale utrpělo zranění nebo úraz, jenž způsobil zdravotní postižení, jsou v podobné situaci. Nemoc dítěte velmi často zatíží rodinný rozpočet, zvláště musí-li jeden z rodičů opustit své zaměstnání, aby se mohl o dítě starat.

Prvním z obranných mechanismů, který rodiče po zjištění, že jejich dítě se nebude vyvíjet jako jiné děti, pocítí, je tzv. popření. Nechtějí si tuto neblahou skutečnost připustit. Odmítají ji. Čekají na zázrak. Dalším obranným mechanismem je hledání viny. Hledání viníka na nějakou dobu zaměří jejich myšlenky jiným směrem. Ve skutečnosti to neprospívá nikomu. Třetím mechanismem je vztažení viny na sebe. Nezřídka se pak dostávají i vážné stavy deprese. Teprve když tyto obranné tendence rodiče překonají a osvobodí se od pocitů viny, nastupuje proces přijetí dítěte takového, jaké je.

Velmi záleží na osobnosti rodičů, na tom, jak jsou disponováni k tomu, aby se vyrovnali s těžkou stresovou situací. Matky mají větší adaptační schopnosti než otcové. Je to způsobeno biologickou daností. Rodina jako celek zpravidla unese tolik zátěže, kolik unese otec. Jsou-li nároky nad jeho práh únosnosti, rodina získává dysfunkční rysy a může dojít až k jejímu rozpadu. Důležité jsou i další faktory, jako je struktura rodiny, kvalita vztahů a vývojové fáze rodiny.

V rodině, kde je jedno dítě postižené a jedno zdravé, se více zaměřují na to nemocné. Mají pocit, že potřebuje více lásky a péče. Velmi záleží i na tom, jak postižené dítě vnímá okolí rodiny. Na tom, jak toto postižení vnímají příbuzní, přátelé, na množství sociální podpory. V každé době měla společnost určité normy, jako je norma krásy, stejně tak i ideál duševní výkonnosti. V dnešní době jsou tyto normy a ideály nepochybně vyšší než v minulosti. V těch, kteří jim neodpovídají, můžou vyvolat pocity méněcennosti. Tyto pocity jsou závislé především na tom, jak tyto normy zpracují vychovatelé dítěte a jak je dítěti vysvětlí.

Zdravotní postižení dítěte je závažnou zkouškou vztahů mezi členy v rodině. A to již v počátečních fázích, po sdělení diagnózy. Ještě více však později – v důsledku dlouhodobé péče.

Zásadní jsou vztahy rodičů k dítěti, rodičů mezi sebou a dále i vztahy k širší rodině. V každé rodině, i v té, která nepečuje o dítě se zdravotním postižením, je nutné vzájemné vztahy pěstovat, posilovat. Bez tohoto přístupu může dojít k zevšednění vztahu. Platí to zejména o vztazích rodičů. Pokud je v rodině dítě se zdravotním

postižením, potom riziko „vyhoření“ hrozí častěji. Ne vždy k němu ale musí dojít. Záleží na každém členovi rodiny.

Jsou rodiny, které se „stáhnou“ do sebe a soustředí se na vlastní život. Jiné rodiny dále pokračují v bohatém společenském životě. Pro většinu těchto rodin přitom platí, že se situace mění. V určité fázi péče o postižené dítě je přítomen více ochranný prvek, jindy naopak péče s lety na intenzitě klesá a dítě se (za doprovodu rodičů) stává samostatnějším.

Nejčastější model v rodině, která pečuje o dítě se zdravotním postižením, je model „tradiční rodiny“. Znamená to, že matka je tou osobou, která více pečuje, otec má na starost zejména ekonomické zajištění rodiny. Tento model nese s sebou rizika. A tím je izolace pečující osoby – matky. A dalším nebezpečím je „odcizení“ otce. Nic z uvedeného nenastane automaticky. Vše nastupuje postupně, neviditelně.

Co lze proti tomu dělat? Vyměnit si někdy role, vzájemně se podporovat, udělat si čas pro sebe. Domácí práce a péče není vždy jen jednotvárná a opakující se činnost, i když většina matek dříve či později toto hodnocení použije. A má někdy tendenci „závidět“ otcovi jeho možnosti být „sám sebou“ ve své práci. Ani otec to však nemá jednoduché. Jestliže rodina má pouze jeho příjem, pak je jeho odpovědnost obrovská.

2.5.1 Stigmatizace rodičů postiženého dítěte

Trvalé postižení může být sociálně psychologicky hodnoceno jako stigma. Stigmatizovaná onemocnění mívají nežádoucí nápadnost v sociálních projevech, vyvolávají odpor. Bývají spojovány s předsudkem, že rodiče tento stav zavinili nějakým svým nepatřičným chováním. „*Stigmatizace defektu mění roli takového jedince a do určité míry i jeho identitu.*“²⁴ Je zde tendence izolovat postižené jedince ze zdravé populace. Rodiče se mohou cítit stigmatizováni i na základě genetického vyšetření.

²⁴ VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001, s. 20. ISBN 80-7184-929-4.

Genetické poruchy vzbuzují v naší společnosti nesprávné předsudky, že jedinec, či jeho předci, jsou za ně do určité míry zodpovědní. Vlivem takových postojů pocítují rodiče méněcennost, sdělené informace jsou pro ně degradující.

3 KOMUNIKACE

Komunikace je mimo jiné i to, co odlišuje živé organismy od neživých. U lidí je na nejsložitější úrovni. Komunikace je široký pojem a nelze jej definovat jednou větou.

„Slovo komunikace je latinského původu. V latině communicare znamená communem reddere - učinit společným. Psychologicky řečeno: zbavit něco subjektivity, výlučné vázanosti na psychiku toho, kdo s druhým to své sdílí. Tomuto širšímu a hlubšímu pojetí sociální komunikace, které v češtině vyjadřujeme termínem sdílení (na rozdíl od pouhého sdělování), odpovídá latinský ekvivalent communicare est multum dare - komunikovat znamená mnoho dát.“²⁵

Komunikace chápeme jako proces sdělování, výměnu názorů, informací, myšlenek od jednoho člověka k druhému. Děje se tak na základě určitého znakového systému (řeč, zvuky, gesta). Komunikace probíhá vždy mezi dvěma nebo více lidmi. Monolog lze považovat za formu přípravy na komunikaci s jinými lidmi nebo za projev vyrovnávání se.

Komunikátor je osoba nebo skupina osob, od kterých sdělení vychází. Příjemce by měl mít obdobnou úroveň poznatků, měl by tedy porozumět tomu, co se mu sděluje. Komunikantem se rozumí příjemce sdělení, ten kdo vyslanou zprávu přijímá. Komuniké je obsah sdělení, zprávy, myšlenky, kterou člověk předává jinému. Zpráva může být lidmi různě interpretována, jinak pochopena.

Komunikace má svou obsahovou a vztahovou rovinu. *„Komunikace nejen že zprostředkuje informaci, ale současně vyvolá chování.“²⁶*

Komunikační kanál je cesta, kterou je nějaká zpráva předávána. Jedná se o mluvidla, nebo jiné části těla, které lze použít ke komunikaci. V procesu komunikace je důležitá také zpětná vazba. Jedná se o reakci na určitou informaci. Svědčí o tom, jak je zpráva

²⁵ MAREŠ, J., KŘIVOHLAVÝ, J. *Sociální a pedagogická komunikace ve škole*. 1. vyd. Praha: SPN, 1989, s. 19. ISBN 80-0421854-7.

²⁶ WATZLAWICK, P., BAVELASOVÁ, J., JACKSON, D. *Pragmatika lidské komunikace: interakční vzorce, patologie a paradoxy*. Hradec Králové: KONFRONTACE, 1999, s. 46.

pochopena a přijata. Chápeme to jako velice důležitý aspekt pro porozumění obou stran. Cílem komunikace je co nejlepší vzájemné porozumění.

Každý člověk denně komunikuje s okolím. Mluvíme s rodinnými příslušníky, na veřejnosti s lidmi, v zaměstnání, na úřadech. Na každém z těchto míst je naše komunikace trochu jiná, odlišuje se.

Mezilidská komunikace se řadí mezi naše základní potřeby. Její bezchybné zvládnutí má zásadní vliv na úspěšnost každého z nás. Chyby v komunikaci jsou poměrně časté. Mohou tak vést k nepochopení si s našimi blízkými, v profesním životě pak ke ztrátě klientů a poškození dobrého jména. Komunikace by měla být především kultivovaná, důležitá je vstřícnost, otevřenost a příjemné vystupování. Někdy je ale také nutná asertivita, ochota přiznat chybu a předcházet konfliktům.

„Speciální pedagog, ale také obecný pedagog, který pracuje s dětmi a žáky se zdravotním postižením, patří beze zbytku mezi pomáhající profese. Pro úspěšné zvládnutí své role potřebuje nejen příslušné znalosti odborné z dané oblasti, v níž pedagogicky působí, ale i vysokou odbornost komunikační, kterou využívá s dětmi a žáky se zdravotním postižením.“²⁷

3.1 Zásady vhodné komunikace s rodiči

Informovat rodiče o postižení jejich dítěte je pro odborníka vždy úkol nelehký. Je důležité si uvědomit, že sdělení o závažné diagnóze dítěte je pro rodiče fatální. Tato informace jim zásadně změní život. Slova tohoto sdělení jim většinou utkví v paměti po celý život. Forma sdělení je tedy velmi důležitá.

Jednou z hlavních zásad je včasné podání informace o postižení. Rodiče mají právo být informováni ihned po zjištění, že je dítě postiženo. Sami často poznají, že dítě není

²⁷ KOLEKTIV AUTORŮ. *Osoby se zdravotním postižením – speciálně pedagogické aspekty komunikace*. 1. vyd. Pardubice: Silueta, s.r.o., 2010, s. 12. ISBN 978-80-86417-09-7.

v pořádku, cítí se nejistí. Nejistota může vnitřními rozpory způsobit stres, který může způsobit narušení vztahu k dítěti.

Další důležitá podmínka je volba vhodného místa. Informace takto závažného znění se nemůže podávat ve společných prostorách, před cizími lidmi. Rozhovor by měl proběhnout v soukromí pracovny daného odborníka. Je dobré, aby mezi tím, kdo informaci sděluje, a tím, kdo ji přijímá, nebyla žádná bariéra. Rodiče by v takovéto situaci neměli stát, měli by sedět a cítit pocit pohodlí. Je potřeba zajistit si také dostatečný časový prostor při rozhovoru s rodiči. Oni musí cítit, že člověk sdělující jim onu závažnou informaci, má na ně čas, že je ochoten jim odpovídat na otázky, že má zájem pomoci jim.

Nesmírně důležitý je citlivý a podporující přístup. Rodičům je třeba nabídnout podporu fyzickou i psychickou. Ujistit je, že emoce, které prožívají, jsou zcela oprávněné. Je dobré projevit zájem o ně samotné, zajímat se, kdo z blízkých jim může pomoci. Odborník musí přijmout všechny reakce rodičů bez hodnotícího postoje. Je potřeba vyjadřovat se zcela srozumitelně, aby rodiče správně pochopili sdělované informace. I vzdělaní lidé mohou mít potíže s porozuměním specializované terminologie. Specialista by měl s rodiči mluvit pomalým řečovým tempem.

V průběhu sdělení se pak ujišťovat, zda rodiče sdělovanému obsahu rozumí. Na závěr by měl celou informaci shrnout. Profesionálové musí brát v úvahu emocionální rozpoložení rodičů, které jim brání plnému soustředění. Nezbytné je tedy informace poskytované rodině opakovat a dávkovat. Je dobré si rodiče pozvat opakovaně, neboť v první chvíli je žádné případné dotazy nenapadnou. Ideální je poskytnout rodičům písemnou zprávu, která shrne celý obsah rozhovoru.

Sdělení diagnózy dítěte na jednu stranu ukončí nepříjemné období nejistoty, na druhou stranu potvrzuje postižení dítěte, které se tak stává definitivním. V mnoha věcech tak ale rodičům pomůže. Mohou se začít seznamovat s problémem, setkávat se s odborníky, číst příslušné vzdělávací materiály. Určení diagnózy umožňuje cílenější hledání pomoci.

Ani profesionál nemůže znát odpovědi na všechny otázky. Je ale důležité, aby rodině pomáhal najít řešení a hledat, kde by otázky zodpovězeny být mohly. Nezbytné je, aby výhled do budoucnosti byl vyvážený. Musí vyjadřovat rovnováhu mezi pesimismem a nerealistickým optimismem. Oba tyto extrémy rodičům škodí, a tím i samotnému dítěti s postižením.

V neposlední řadě je nezbytné rodičům nabídnout plán následné péče. Sdělením diagnózy dítěte spolupráce rodičů s odborníky teprve začíná. Profesionálové všech odborností si musí uvědomit, že vhodný způsob komunikace je nutný pro vytvoření důvěry rodičů v jejich profesionální schopnosti. Jen takto se může navázat kvalitní spolupráce. Jsou to často především rodiče, kteří se po celý život oddaně a s láskou věnují svému postiženému dítěti a v silách odborníků je jim tuto nelehkou cestu částečně usnadnit.

3.2 Komunikace s osobou se zdravotním postižením

Většina lidí pocítuje při kontaktu s dítětem nebo dospělým se zdravotním postižením jistou nervozitu. Neví, jak se k takové osobě chovat, jak s ní komunikovat.

„Zdravotně postižení tvoří svébytnou, vnitřně však velmi diferencovanou skupinu občanů, která vykazuje řadu shodných charakteristik, odlišných od občanů bez zdravotního postižení (tzv. intaktní populace).“²⁸

Při komunikaci s osobou se sluchovým postižením je potřeba navázat zrakový kontakt. Nedívá-li se na nás, můžeme jej upozornit lehkým dotykem. Dále zjistíme, zda chce mluvit, psát, odezírat nebo používat znakový jazyk. Odezírající osobě je nutno nejprve sdělit téma hovoru. Mluvíme vždy čelem k ní pomalým tempem, nezakrýváme

²⁸ KOLEKTIV AUTORŮ. *Osoby se zdravotním postižením – speciálně pedagogické aspekty komunikace*. 1. vyd. Pardubice: Silueta, s.r.o., 2010, s. 13. ISBN 978-80-86417-09-7.

si ústa. Dbáme na zřetelnou výslovnost a zdůrazňujeme klíčová slova. Po sdělení jedince se sluchovým postižením požádáme, aby nám svými slovy sdělil, co nám rozuměl. Pokud je komunikace neúspěšná, je potřeba si uvědomit, že jde o důsledek sluchového postižení. K takovému jedinci přistupujeme se stejným respektem a ohledem na důstojnost jako ke člověku zdravému.

Při komunikaci s jedincem se zrakovým postižením musíme jednat tak, aby se necítil ponížen. Jednáme s ním přirozeně a přímo, ne přes jeho průvodce. Zdravíme jako první. Pozdrav, při kterém se představíme, je důležité spojit s oslovením. Pokud někdo místnost opustí, nevidomého o tom upozorníme. Při rozhovoru je důležitý oční kontakt s nevidomým. Je neslušné odvracet tvář, nevidomí to většinou poznají. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě. Nemanipulujeme s nimi bez jeho vědomí.

K osobě s mentálním postižením přistupujeme stejně jako k osobě zdravé. Tito jedinci si zaslouží úctu a respekt jako jiní lidé. Základními prvky při komunikaci jsou úsměv, pozornost a přátelská gesta. Velmi nezbytná je trpělivost a tolerance. Takto postižený jedinec zpracovává informace jiným způsobem než zdravý jedinec. Snažíme se odhadnout úroveň porozumění a komunikačních schopností jedince. Je dobré používat krátké, jasné věty. Dopomoci si můžeme názornými příklady. Tempo řeči volíme pomalé. Své otázky nebo instrukce opakujeme tolikrát, kolikrát je třeba. Na konci si ověříme, zda osoba s mentálním postižením našemu sdělení rozumí.

Při komunikaci s osobou s tělesným postižením dodržujeme oční kontakt. Rozhovor vedeme s ní, nikoliv s jejím doprovodem. Na rozhovor je potřeba udělat si dostatek času. Všechny bariéry v prostoru bychom měli odstranit. Je třeba si uvědomit, že vozičkář má jiný zorný úhel než my. Nemusí tedy vidět vše, co je mu ukazováno.

3.3 Verbální a neverbální komunikace

Verbální komunikaci tvoří slova, která jsou nositeli obsahové složky komunikace. Od počátků lidské civilizace se slovu přisuzují až magické účinky. Lingvistické příručky uvádí, že český jazyk má asi 200 až 400 tisíc slov. Přičemž počet slov, která

skutečně používáme, se pohybuje kolem 5 tisíc. Přibližně pětkrát tolik slov známe, ale sami je nepoužíváme.

„Neverbální komunikace tvoří výraznou část řečového projevu. Její podoba je osvojována jako součást sociokulturních návyků, je tedy zároveň i charakteristikou sociokulturního prostředí rodiny a regionu. Neverbální projevy je nutno vyhodnocovat s jistou tolerancí, vždy v kombinaci s projevy verbálními.“²⁹

Mezi aspekty neverbální komunikace patří mimika, oční kontakt, pohyby rukou, pohyby těla, práce s prostorem, doteky a komunikace prostřednictvím předmětů.

Hlavní příčiny nedorozumění

Mezi hlavní příčiny nedorozumění patří:

- *„Nesrozumitelné, zastřené vyjádření myšlenek.*
- *Používání slov a formulací, kterým partner nerozumí (příliš odborná, slangová slova, popis přílišných detailů při vynechání celku).*
- *Používání mnohoznačných slov nebo neurčitých výrazů („to je příliš složité“, „to je závažné“).*
- *Nejasné a nejednoznačné formulování myšlenek, které připouštějí volný výklad; tato forma budí nejistotu a dává příležitost k domýšlení vlastních závěrů.*

²⁹ HOFLEROVÁ, E., KROHE, P. *Komunikační dovednosti*. Ostrava, OU, 2003, s. 20. ISBN 80-7042-287-4.

- *Nepozornost či nezájem jedné ze stran.*
- *Citové předsudky příjemce sdělení (zaujímání předem odmítavých postojů).³⁰*

³⁰ BEČVÁŘOVÁ, I., HUMLEROVÁ, V. *Prezentační a komunikační dovednosti*. České Budějovice, Ekonomická fakulta, 2011, s. 11. ISBN 978-80-7394-417-9

PRAKTICKÁ ČÁST

4 KOMUNIKACE ŠKOLY S RODIČI

Ve výchovně vzdělávacím procesu dítěte dochází k mnoha událostem. Diplomová práce se zaměřuje na vztah a komunikaci rodiny s dítětem s postižením (s diagnózou ADHD a se sníženým intelektem) se školou. Žák je totiž ovlivňován zejména jimi. Spolupráce a komunikace rodiny a školy je determinována mnoha aspekty. Důležitou roli hraje osobnost učitele, počet žáků ve třídě i v celé škole, atmosféra, která ve škole panuje, vybavení školy. Co se týká rodičů, velkou roli hraje, jak se dokázali vypořádat s postižením svého dítěte, jak jej vnímají, zda je dítě jedináček, jsou-li ochotni se školou komunikovat a spolupracovat.

„Ve vztahu rodiny a školy je škola institucí, která musí mít opravdový zájem na tom, aby v trojúhelníku žák – učitel – rodič byli všichni spokojeni a naplňovalo se základní poslání školy.“³¹

V posledních letech převládá model spolupráce školy a rodiny na bázi partnerství. Zapojení rodiny žáka s postižením do celého vzdělávacího procesu považují odborníci za klíčové. Rodiče mají totiž povědomí o oblastech, které jsou pro přístup k žákovi nedocenitelné. Vědí, jak se dítě vyvíjelo od narození, znají širší sociální prostředí, ve kterém rodina žije, mohou poskytnout informace o žákově chování v domácím prostředí.

4.1 Cíl diplomové práce

Cílem diplomové práce je zjištění možností komunikace s rodinou žáka s postižením, výběr vhodné komunikace vedoucí k úspěšné spolupráci mezi rodinou a školou.

³¹ MAJERČÍKOVÁ, J. *Rodina a její důvera k škole. Pedagogika* [online]. 2011, roč. 2, čís. 1, s. 9-27. Dostupné online.

Pomocí kazuistik, pozorování a rozhovorem byly získány informace o pěti žácích, kteří navštěvují Speciální a praktickou základní školu ve Štětí. „*Kazuistika analyzuje a popisuje případy jak atypické, výjimečné, hraniční, unikátní, tak i zcela typické s charakteristickými rysy.*“³²

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je zodpovězení otázek:

1. Je důležitá pro úspěšnou komunikaci s rodiči s dítětem s postižením jejich informovanost o diagnóze dítěte?
2. Je důležitý pro úspěšnou komunikaci s rodiči s dítětem s postižením jejich zájem o spolupráci s odborníky a se školou?
3. Jaká je komunikace s rodiči s dítětem s postižením, kteří o své dítě nejeví potřebný zájem?

4.2 Výběr vzorku

Pro výzkum a snadnější přístup k respondentům byla požádána o pomoc ředitelka Speciální a praktické základní školy ve Štětí, která se spoluprací ochotně souhlasila. Ředitelka a zástupkyně školy pro tuto práci znamenaly klíčové osoby. Pomohly zprostředkovat kontakt s respondenty, zajistily školní prostory pro klidný průběh rozhovorů a s ostatními pedagogy poskytly cenné rady a doplňující informace.

³² ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie. (Psychologická propedeutika)*. 3.vyd. Liberec: TU, 1998, s. 66. ISBN 80-7083-296-7.

4.3 Použité diagnostické metody

Diagnostika je záměrná a cílevědomě zaměřená odborná činnost. Jejím cílem je získání diagnostických údajů za pomoci diagnostických metod. Jsou různé druhy diagnostiky, pojem se užívá zejména v medicíně, ale také v psychologii, pedagogice, v technice a dalších oborech.

„Speciální pedagogická diagnostika se zabývá rozpoznáváním podmínek, prostředků i efektivity edukace a šířeji i sociální terapie a enkulturace klientů.“³³

Vzhledem k charakteru výzkumného problému byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, realizovaná formou polostrukturovaného rozhovoru s rodiči. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na lidské subjekty. Jde do hloubky zkoumaných jevů na rozdíl od výzkumu kvantitativního. *„Při kvalitativní analýze jde o systematické nenumerické organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti kvality a vztahy“*, jak upřesňuje Hendl (In: Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 207). Další metody, použité v diplomové práci, jsou anamnéza a pozorování.

Anamnéza

Anamnéza neboli předchorobí, je souhrn informací, které jsou potřebné k bližší analýze zdravotního stavu pacienta. Jde o popis vývoje jedince od početí do současnosti. Anamnéza se zaměřuje nejen na osobnost pacienta (klienta), ale i na jeho užší rodinu (rodiče a sourozence) a širší rodinu (prarodiče a další příbuzenstvo).

Cílem této metody bylo řádně se seznámit s vývojem všech pěti chlapců s diagnózou ADHD a se sníženým intelektem, jejich rodinami a prostředím, ve kterém žijí.

³³ VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, s. 97.
ISBN 80-7320-039- 2.

Rozhovor

„Rozhovor je explorativní metoda spočívající v ústním dotazování. Diagnostický rozhovor je cílevědomá verbální či neverbální komunikace, která má za cíl získání podkladů pro diagnózu. Dělí se na volný, řízený či kombinovaný podle míry strukturalizace a standardizace, dle cílů na anamnestický, zaměřený na vývojové a zdravotní aspekty, a specializovaný, sledující motivaci jednání, postoje, názory, vědomosti atd. klienta.“³⁴

Cílem této metody bylo zjistit, jak rodiče vnímají postižení svého dítěte, jak dalece jsou informováni o diagnóze ADHD, jak spolupracují se školou, jakým způsobem tráví volný čas. Rozhovory s vybranými rodiči proběhly v časovém období září až listopad roku 2014. Učitelky poté svými rozhovory poskytly zpětnou vazbu na otázku týkající se komunikace a spolupráce rodičů se školou.

Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru s rodiči

1. Retrospektivní pohled rodičů na dobu, kdy zjistili zdravotní postižení dítěte.

Kdy a jak jste se dozvěděli o diagnóze ADHD u Vašeho dítěte?

Dostali jste doporučení, co a jak dál?

Hledali jste i sami informace a pomoc?

Jak jste situaci prožívali?

2. Současný život s dítětem s ADHD.

Jak situaci vnímáte v současné době?

Jak ovlivnilo ADHD dítěte život celé rodiny?

³⁴ VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, s. 62. ISBN 80-7320-039-2.

Jak se snažíte v současné době zajistit i s touto diagnózou „šťastnou rodinu“?

Jak získáváte informace o výchově a přístupu k dítěti nyní?

Stýkáte se s některou jinou rodinou, v níž je dítě s ADHD?

3. Subjektivní pohled na výchovu a vzdělávání dítěte s ADHD.

Kdy nastoupilo vaše dítě do školského zařízení? (Navštěvovalo i MŠ?)

Co vše se změnilo nástupem dítěte do školy? (Pozitiva, problémy...)

Jak se cítí vaše dítě ve škole?

Tráví se spolužáky i volný čas?

Jak vnímáte výuku a spolupráci se školou?

Spolupracujete i s jinými odborníky? (Pedagog, koordinátor, lékař a další)

Snažíte se dítě zapojit do mimoškolních aktivit?

Jaký je v současné době váš výchovný cíl? (Čeho chcete dosáhnout?)

Jak byste subjektivně hodnotili váš přístup k výchově dítěte?

4. Psychohygienu

Jak sami relaxujete? Jak si dobíjíte baterky?

Kdo vám pomáhá s péčí o dítě?

Máte někoho, komu se můžete svěřit?

Pozorování

Pozorování patří mezi nejstarší a také nejdůležitější metody diagnostiky. Lze je třídit podle mnoha kritérií, např. krátkodobé a dlouhodobé, terénní a laboratorní, přímé a nepřímé a jiné.

„Speciálně pedagogické pozorování je diagnostická metoda označující specifický druh vnímání a myšlení, zaměřené na diagnostikovanou osobu nebo jev a jehož cílem je rozpoznat nejvýznamnější znaky a vlastnosti (osoby, jevu), stejně jako příčiny, které tyto znaky nebo vlastnosti vyvolaly.“³⁵

Cílem této metody bylo zjistit, jak rodiče komunikují se svým dítětem a naopak, jaké vztahy mezi nimi panují.

4.4 Popis, interpretace a analýza získaných výsledků T.K.

Anamnéza

Informace byly získány ze spisové dokumentace z roku 2013

T.K. vyrůstá v neúplné rodině s matkou a starším nevlastním bratrem. Ten je již samostatně výdělečně činný. Starší (a také nevlastní) sestra je vdaná, má rodinu a často je navštěvuje. Otec bydlí ve stejném městě jako Tomáš, vídají se jen zřídka. Tomáš s matkou a bratrem žije ve čtyřpokojovém bytě v panelovém domě.

Těhotenství nebylo plánované, ale chtěné. Matka v průběhu těhotenství nekouřila, ani neprodělala žádné vážnější nemoci. Porod byl spontánní, proběhl v normě. Matka neuvedla žádné komplikace. Plod byl donošen, nepřenašen. Porodní míry: 2 900g / 49cm. Kojen 4 měsíce.

Matka uvedla, že v novorozeneckém období měl Tomáš velmi nepravidelný režim. Často málo spal, plakal bez důvodu. Oproti tomu někdy prospal celý den.

V batolecím období byl neklidný, živý, často usnul uprostřed hry. V noci naopak spal špatně. Psychomotorický vývoj měl nevyrovnaný, lezl dříve, než seděl.

³⁵ VAŠEK, Š. *Speciálně – pedagogická diagnostika*. 1.vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1991, s. 56. ISBN 80 – 08 – 00396 – 0.

Mateřskou školu navštěvoval od čtyř let. Paní učitelky si často matce stěžovaly na Tomášovo chování. Neustále po něčem šplhal, něčeho se domáhal, bral ostatním dětem hračky. Na napomenutí reagoval podrážděně, pln hněvu.

Do první třídy nastoupil v šesti letech. Vydržet v klidu sedět, plnit pokyny vyučujícího byl velký problém. Jeho chování bylo problematické i vůči spolužákům. Tomáš velmi rád provokoval. Matka se školou spolupracovala dobře. Jevila značné úsilí, aby se situace zlepšila. To se bohužel nepodařilo. V prvním pololetí přestoupil Tomáš, na žádost matky, na jinou, menší školu. Zde se situace opakovala. Tomáš nechtěl psát, číst, nespolupracoval ani během výchov. Jediný předmět, ve kterém chvíli udržel pozornost, byla matematika. Z těchto důvodů bylo matce v době, kdy byl Tomáš žákem druhé třídy, doporučeno vyšetření ve Speciálně pedagogickém centru (SPC).

Z vyšetření v SPC vzešel tento závěr a doporučení: chlapec je přiměřeně vyspělý, v kontaktu vstřícný. Spolupracuje ochotně. Psychomotorické tempo velmi pomalé. Z úspěchu se dovede radovat. Vyjadřování simplexní, chudá aktivní slovní zásoba. Figurální kresba odpovídá mladšímu dítěti. Písmo je pomalé avšak úhledné, úchop tužky v normě. Ústní formou je výrazně oslabena sluchová syntéza slov. A to díky slabé, krátkodobé paměti. Sluchová analýza slov je v normě. Mírná artikulační neobratnost. Rychlost čtení v podprůměru, technika v normě. Reprodukce čteného textu v normě. Globální úroveň intelektu dle WISC III aktuálně v pásmu lehké mentální retardace / IQ=67 /. Chlapec je sledován na dětské psychiatrii, trvale medikován.

Závěr z vyšetření: Poruchy chování i školní neúspěch jsou na podkladě nízké úrovně v intelektu, která se pohybuje v pásmu lehké mentální retardace. Chlapec je přetěžován požadavky běžného typu základní školy. Doporučuje se přeřazení do praktické ZŠ. Školní práci bude i nadále ovlivňovat diagnóza ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou.

Od třetí třídy začal Tomáš navštěvovat základní školu praktickou. Do školy chodí téměř denně pozdě. Po první vyučovací hodině pravidelně užívá lék Ritalin. Ten má na jeho pozornost velmi dobrý vliv. Tomáš pak vydrží pracovat celé dopoledne, přestože se mu práce musí často opakovat, bez větších problémů. Problém nastává při odpoledním vyučování. To lék přestává účinkovat, Tomáš pak rezolutně odmítá plnit

každý úkol. V této době raději vymýšlí, jak by mohl spolužákům uškodit. Otáčí se, bere jim věci z lavice, píchá je do zad kružítkem apod. Během výuky vykřikuje, mluví naprosto o něčem naprosto jiném, než co se týká výuky. Jeho prohřešky se netýkají pouze školy. Některé musela řešit dokonce i Policie České republiky. O víkendu vlezl do cizí zahrady a pokusil se vloupat do chaty. Když se mu to nepovedlo, tak alespoň zpustošil zdejší záhonky. Rovněž klackem ubližoval mladší dívce, jejíž matka tento incident Policii ČR nahlásila.

Závěr anamnézy

Díky dobré spolupráci matky se školou, psychologem a díky jejímu velkému zájmu o syna, se situace vyvíjí tím správným směrem. Tomáš je v současné době žákem devátého ročníku základní školy praktické. Ve třídě má dvanáct spolužáků. Proto zvládá učivo bez větších potíží a zažívá konečně pocit úspěchu.

Rozhovory s Tomášovou matkou

Rozhovory s Tomášovou matkou byly dva, z nichž každý trval přibližně třicet minut. Konaly se v rámci třídních schůzek, v prostředí třídy, do které chlapec chodí. Otázky k rozhovoru byly předem připravené a vše bylo zaznamenáno diktafonem. Matka s tím souhlasila, bylo jí objasněno, k jakému účelu rozhovor slouží. Bylo jí vysvětleno, že bude zachována anonymita, jména budou pozměněna. Po vzájemném představení, podání ruky a poděkování za ochotu proběhl rozhovor. Vše se konalo ve velmi příjemné atmosféře, při pití kávy. Zdálo se, že je matce milé, svěřit se někomu, kdo naslouchá.

Z rozhovorů s matkou vyplynulo

Tomáš navštěvoval mateřskou školu od čtyř let. Problémy s chováním se začaly projevovat již tam. Tomášova matka vzpomíná, že jí některé učitelky dávaly najevo, že její výchova není dostačující. Ona samotná to chápala jako nespravedlivé, neboť byla

přesvědčena, že se chlapci velmi věnuje a jeho nežádoucí chování usměrňuje. Diagnóza ADHD jí byla sdělena, když bylo Tomášovi osm let. Speciálně pedagogické centrum doporučilo vzdělávání na základní škole praktické. Dostalo se jí vysvětlení, co znamená ADHD. Sama si pořídila odbornou literaturu, má jich dokonce několik, ještě dnes si v nich průběžně pročítá. Situaci prožívala a dodnes prožívá celkem těžce. Přijde si na tento problém sama, otec Tomáše se o syna příliš nezajímá. Domnívá se, že fungující otec by celou situaci mohl zlepšit. Zájmové kroužky Tomáš v současné době nenavštěvuje. V žádném totiž nevydržel dlouho. Po večerech matka se synem rádi hrají karty, nebo jiné společenské hry. V létě pak spolu pravidelně jezdí k Máchovu jezeru. Se starším nevlastním bratrem si Tomáš nerozumí. Matka si stěžuje na jejich časté hádky a dokonce i fyzické útoky. Jiné rodiče, kteří mají rovněž dítě s ADHD, nezná. Přiznává, že se o tom nerada baví. Tomáš na lidi prý působí velmi nevychovaně, ona se cítí vina. Spolupráci se školou si matka pochvaluje. Vyhovuje jí vstřícnost vedení školy i třídní učitelky. Tomáš má zvláštní notýsek, do kterého třídní vyučující denně stručně zapisuje jeho chování. Chlapec má tak motivaci, neboť dle zásluh se pak odvíjí zbytek odpoledne a večer. Může pak strávit nějaký čas na počítači a večer sledovat oblíbený seriál. Třídní učitelka umí dost často Tomáše pochválit, což se na základních školách, kterými Tomáš prošel, nestalo nikdy. Matka doufá, že po absolvování základní školy praktické se Tomáš vyučí kuchařem. Sám prý již dokáže připravit o víkendu oběd. Velkou starost jí dělá, aby se Tomáš nechytil nějaké problematické party. Svou výchovu hodnotí jako důslednou, přiznává však, že jí někdy „ujedou nervy“ a Tomáš je i bit. Volného času jí mnoho nezbyvá. Je samoživitelka, za lépe placenou práci dojíždí do Prahy, spoustu času stráví dojížděním. Přiznává, že jediným jejím relaxem jsou procházky se psem do přírody. Jednou za měsíc jde s kamarádkou do cukrárny.

Z rozhovoru s třídní vyučující vyplynulo

Třídní vyučující potvrdila, jak je důležitý pravidelný kontakt a získání rodiče k efektivní spolupráci. To vše s Tomášovou matkou velmi dobře funguje. Vytvořily společně podpůrný systém pro učení. Naučily se používat společný diář, kam si Tomáš zapisuje domácí úkoly, má zde učitelkou stručně popsáno chování z každého dne a matka denně diář kontroluje. Navíc mezi nimi funguje i komunikace pomocí mailu.

Tomášovu absenci matka třídní vyučující ihned nahlásí a zdůvodní. Po školní akademii, které se matka jako divák zúčastnila, přišla třídní učitelku pochválit za pěknou práci s dětmi a poděkovat za krásný zážitek.

Pozorování

Pozorování probíhalo na dvou akcích pořádaných školou. Akcí se zúčastnili i rodiče žáků. Jednalo se o akci Den ve škole a Akademii. Chování a komunikace mezi Tomášem a matkou je dobrá. Z jejich reakcí bylo vidět, jak moc se mají rádi. Matka je pro Tomáše přirozenou autoritou. V situaci, kdy si Tomáš mohl vybrat z více možných řešení, dostal od matky pomocí jednoduché komunikace přesné určení toho, co se od něj očekává. Na jednu z těchto akcí vytvořila matka Tomášovi krásný kostým. Bylo patrné, že ji stál mnoho času a pečlivé práce. Tomáš z něj měl velikou radost. Dělal mu velmi dobře chvála ostatních. Všem zdůrazňoval, že to celé ušila matka sama. Spolužáci ho prosili, zda by si mohli někdy od něj kostým vypůjčit.

4.5 Popis, interpretace a analýza získaných výsledků V.S.

Anamnéza

Informace byly získány ze spisové dokumentace z roku 2014.

Vláša v současné době vyrůstá v rodině s matkou, nevlastním otcem a dvěma sourozenci. Biologický otec bydlí ve stejném městě jako Vláša, pravidelně se stýkají.

Těhotenství bylo plánované. Porod proběhl v termínu přirozenou cestou. Žádné vážnější problémy matka neuvedla. Porodní míry: 3 100g / 49cm. Plně kojen 2 měsíce.

Matka uvádí, že v prvním roce života Vláša neuměl dát kostku na kostku, močil a kálel po bytě, v noci nespál. Byl neklidný, hyperaktivní, nenasytitelný. Jedl písek, rostliny, kameny. Podstoupil operaci podjazykové uzdičky.

Od čtyř let navštěvoval mateřskou školu – speciální. Zdokonalil se v chození na toaletu, oblékání, začal jíst příborem. První tři měsíce povinné školní docházky

absolvoval v přípravné třídě logopedické internátní školy u Žatce. Poté si ho matka vzala domů. Nastoupil do první třídy Speciální a praktické základní školy ve Štětí. První dva roky zvládl celkem dobře. Ve třetí třídě nastalo zhoršení v chování. Chlapec byl nesoustředěný, neklidný, jedl papír z učebnic i toaletní, nadával spolužákům, kteří jej pak zbili. S dětmi si neuměl hrát.

Chlapec je nyní v šesté třídě speciální základní školy, osnovu praktické školy nezvládá. Přibližně rok bydlel u své babičky. Po dohodě sociální kurátorky došlo k navrácení syna do rodiny matky. Chlapcovo chování se totiž začalo horšit, když měl možnost většího volna u babičky. Výchovně chlapce nezvládala. Vláďa opakovaně házel jídlo, které mu nechutnalo, za postel, byl neklidný, divoký. Ve škole je chování kolísavé. Je svéhlavý, nesoustředěný, často odmítá pracovat. Prospěch má průměrný, nemá rád neúspěch. Raději reaguje slovy, že je unavený. Spolužáky provokuje, je k nim vulgární, vyvolává konflikty. Doma prý matku také zlobí, nefungují tresty ani pochvaly. Doporučena medikace: Risperdal vipharm 1 mg 1/2 - 0 – 1/2 Concerta 18 mg 1 – 0 – 0.

Závěr anamnézy

Školní práci bude i nadále ovlivňovat porucha pozornosti s hyperaktivitou. V psychopatologickém obraze dominuje aktuálně impulsivita, zvýšená emoční labilita, dráždivost. Malá motivace podat dobrý výkon. Emočně oploštělý neschopen empatie, sociálního porozumění. Chlapec je zvýšeně sugestibilní, což souvisí s defektním intelektem. Školní dovednosti jsou spíše podprůměrné, špatná schopnost se učit nové informace souvisí s intelektovými limity chlapce, ale i s jeho odmítavým chováním a nesoustředěností.

Rozhovor s Vláďovou matkou

Rozhovor s Vláďovou matkou byl jeden, trval přibližně třicet minut. Konal se v rámci třídní schůzky, v prostředí třídy, do které chlapec chodí. Otázky k rozhovoru byly předem připravené a vše bylo zaznamenáno diktafonem. Matka s tím souhlasila. Bylo jí vysvětleno, k jakému účelu rozhovor slouží a že bude zachována anonymita, jména budou pozměněna. Po vzájemném představení, podání ruky, nabídnutí kávy,

proběhl rozhovor. Z matky bylo cítit určité napětí. Zdálo se, že je ráda, že rozhovor skončil.

Z rozhovoru vyplynulo

Vlád'a byl od narození „náročný“ dítě. Těžko usínal, v kuse nespal déle než dvě hodiny. Vyžadoval stálou pozornost, často plakal. Matka se cítila velice unavená. O hračky se příliš nezajímal. Musel se hlídat, snědl vše, na co přišel. Problém byl v tom, že to byla i hlína, papír, kytky. Od čtyř let začal chodit do speciální mateřské školy. V první třídě základní školy speciální mu byl diagnostikován hyperkinetický syndrom a lehká mentální retardace. Matku toto sdělení příliš nepřekvapilo, uvědomovala si, že jeho vývoj neprobíhá standardně. Speciálně pedagogické centrum jí nabídlo pomoc a spolupráci. Literaturu ohledně ADHD si nepřečetla, nedomnívá se, že je to potřeba. Každé dítě je podle ní jiné. V současné době zvládá situaci střídavě. Přiznává, že někdy Vlád'ovi prohřešek projde, jiný den je za ten samý bit. To, že otec od rodiny odešel, svým způsobem podle ní ovlivnil Vlád'a. Tím, že byl velmi problémové dítě, ona se cítila unavená, nezbýval čas na partnerský vztah. V současné době žije se svým druhým mužem, se kterým má další dvě děti. Vlád'a bývá často důvodem k hádce. I mezi sourozenci jsou často spory. Společné zájmy jako rodina nemají. Vlád'a u ničeho nevydrží. Se školou, kterou Vlád'a navštěvuje, je celkem spokojená. Přiznává, že ne vždy najde čas na třídní schůzku. Snaží se alespoň telefonicky se na syna informovat. Sama relaxuje o víkendech, kdy je Vlád'a u svého otce. Ráda se podívá na pěkný film.

Z rozhovoru s třídní vyučující vyplynulo

Třídní vyučující by Vlád'ovu matku ráda vídala častěji. V době, kdy bydlel Vlád'a u babičky, prakticky neviděla z rodiny nikoho. Domnívá se, že to chlapci vůbec neprospělo. Přestal respektovat veškerá pravidla, vyvolával konflikty, často se urážel a nekomunikoval. Pochopila, že medikaci si v té době Vlád'a určoval sám. „Dneska lék nepotřebuji“ tvrdil někdy. Komunikaci s matkou nevidí jako dostačující. Matka jí prý vždy vše odkývá, postěžuje si, jak to má těžké. Čas si bohužel často neudělá ani na to,

aby se podívala do žákovské knížky a podepsala ji. Učitelka se domnívá, že kdyby za dobrou známku byl Vláša doma náležitě pochválen, snažil by se ji dostat znovu. Pokud rodiče dobré školní výsledky nezajímají, je to špatné. Vláša si prý ve škole často stěžuje, že je doma sám. Rodiče s oběma sourozenci odjíždí za nákupem, nebo k příbuzným. Stěžuje si, že ho takto matka trestá. Matka rovněž s třídní učitelkou často řeší vhodnost umístění Vlášy do psychiatrické léčebny.

Pozorování

Pozorování proběhlo na školní akci Den ve škole. Vláša měl společně s matkou vytvářet šperky drátkováním. Matka dorazila do školy pozdě, Vláša byl po tu dobu velmi neklidný. S nelibostí nesl, že ostatní spolužáci již s rodiči něco vytváří. Když matka dorazila, vychrlil ze sebe několik vulgarismů. Matka to přešla a zdůraznila, že nemá mnoho času. Špatná nálada Vlášu neopustila. Při tvoření se mu stále něco nelíbilo, výtvar matce kritizoval. Ona sama se nijak nesnažila panující nepříjemnou náladu zlepšit, po půl hodině společně odešli. Další akce, na které mělo proběhnout pozorování, se matka nezúčastnila. Bylo patrné, že je to Vlášovi líto.

4.6 Popis, interpretace a analýza získaných výsledků R.P.

Anamnéza

Informace byly získány ze spisové dokumentace z roku 2014.

Roman je patnáctiletý chlapec, který žije s matkou, otcem a bratrem – dvojčetem. Byla mu diagnostikována porucha chování s mentální retardací, intelekt v dolním pásmu středně těžké mentální retardace /IQ-39/, ADHD a organické postižení, sekundární epilepsie. Nyní se přidává verbální i brachiální agresivita, především vůči matce a bratrovi.

Těhotenství bylo plánované, rizikové, ve třetím týdnu slabé krvácení. V pátém měsíci gravidity cerkláž, plod přenašen. Porod indukovaný, protražovaný, ukončen

císařským řezem. Dvojče A (bratr - zdrav), B – 2 800g / 48cm. Druhý den po porodu umístěn pro respirační komplikace na JIPN s následným odstraněním nitrolebečního hematomu. Praktikována Vojtova metoda. V deseti měsících tonicko klonické křeče s deviací bulbů, následně recidiva v souvislosti s febriliemi. V osmnácti měsících epi paroxysmus bez přítomnosti febrilií, epi paroxysmus – zahájena antikonvulsivní terapie. Další záchvaty sporadické.

Od tří let navštěvoval mateřskou školu, pro hyperaktivitu a problémy s chováním byl přeřazen do speciální třídy. Do první třídy běžné základní školy s ním měsíc chodila matka, škola odmítla asistenta. Od pololetí byl přeřazen do Speciální a praktické školy ve Štětí. V současné době je žákem deváté třídy. Je vzděláván za pomoci asistenta pedagoga podle IVP a ŠVP ZŠ speciální pro žáky se středně těžkým mentálním postižením. Roman je velmi vznětlivý, se silnými sklony ke slovní i fyzické agresivitě. Není schopen pracovat v kolektivu. Má problémy se soustředěním a pozorností, těžko se motivuje k jakékoliv práci ve vyučování. Ta musí být rozdělena do několika krátkých bloků. Není schopen samostatné práce, vyžaduje trvalou pomoc a vedení. To zajišťuje asistent pedagoga.

Poslední psychologické vyšetření proběhlo ve dvou sezeních dne 4.7. a 23.7. 2014. V kontaktu bezprostřední, mnohomluvný. Hovoří rychle, řeč hezky srozumitelná. Často se chválí, sděluje zážitky a zkušenosti, diskutuje, proč má to či ono apod. Celkově má snahu podávat dobrý výkon, patrna obava z neúspěchu. Proto ho složitější úkoly iritují a demotivují. Nízká frustrační tolerance, impulsivita. Dle SON – R – podává výkon, který odpovídá průměrnému výkonu dětí ve věku čtyř let a sedmi měsíců. Dle T – M jeho mentální výkon odpovídá věku čtyř let a šesti měsíců, /bazální věk tři roky a šest měsíců, IQ = 39/.

Závěr anamnézy

Vývoj chlapce stagnuje, došlo k mírnému oslabení. Aktuální úroveň intelektu v dolním pásmu středně těžké mentální retardace. Chlapec vyžaduje stálý dohled a péči dospělé osoby.

Rozhovory s Romanovou matkou

Rozhovory s Romanovou matkou byly tři, z nichž každý trval přibližně dvacet minut. Konaly se v rámci běžného dne, ve školní sborovně. Proběhly vždy po vyučování, matka si Romana denně ve škole vyzvedává. Otázky k rozhovoru byly předem připravené a vše bylo zaznamenáno diktafonem. Matka s tím souhlasila, bylo jí sděleno, k jakému účelu rozhovor slouží. Dostalo se jí ujištění, že bude zachována anonymita, jména budou pozměněna. Vše se odehrálo v příjemné atmosféře, matka byla velmi vstřícná a otevřená.

Z rozhovorů s matkou vyplynulo

Těhotenství bylo rizikové, na dvojčata se s manželem moc těšili. Bohužel hned po porodu nastaly u Romana komplikace. Bratr Radek byl zdravý. U Romana se objevily křeče, při převozu do nemocnice v Ústí nad Labem přestal dýchat. Následně mu musel být odstraněn nitrolebeční hematom, v nemocnici byl dva týdny. Dalších deset měsíců proběhlo bez problémů. Matka na to vzpomíná jako na krásné období. Dvojčata v kočárku jí každý obdivoval. S manželem byli oba moc šťastní. Po tomto období se křeče při zvýšené teplotě vrátily, Roman upadl do bezvědomí. Následovala třítýdenní hospitalizace v nemocnici v Ústí nad Labem. Od té doby je sledován na neurologii, záchvaty mívá zhruba každý měsíc. Do mateřské školy nastoupil spolu se svým bratrem ve třech letech. Zde se začaly výrazně projevovat problémy s chováním. Byl hyperaktivní, s dětmi si nebyl schopen hrát, ubližoval jim, učitelky si matce často stěžovaly, že neví co s ním. Poté byl přeřazen do speciální třídy. Do školky moc často nechodil, býval nemocný častěji než bratr. V té době již bylo matce jasné, že vstup do první třídy bude problém. První měsíc chodila do školy s ním, asistenta škola nedovolila. Nakonec díky radě a pomoci Speciálně pedagogického centra byl Roman přijat na Speciální a praktickou základní školu ve Štětí. Chodí do třídy s malým počtem žáků. Pracuje s asistentkou pedagoga, nyní převážně v kabinetě, odděleně od spolužáků. Pokud má Roman dobrou náladu, přestávky tráví ve třídě. Přesto ale musí být asistentka poblíž. Dostavují se u něj záchvaty zuřivosti, je schopen ublížit druhým i sobě. Začíná být velmi vulgární.

Situace doma je často složitá. Matka do práce nechodí. Ráno veze autem Romana do školy, s rodinou bydlí v jiném městě. V půl dvanácté ho pak vyzvedává. Zbytek dne tráví s ním. Přiznává, že je to náročné. Cítí se unavena. Sama potřebuje pomoc odborníka, dochází k psychiatrovi. Druhý syn navštěvuje devátý ročník běžné základní školy. Učí se velmi dobře, přihlášku si chce podat na gymnázium. Sourozenci mají často spory, zejména kvůli počítači. Zpravidla ale i kvůli maličkostem, jak není vše podle Romana, záchvaty vzteku se u něj opět dostaví. Doma je často napětí, ona Romana brání, druhý syn s otcem jsou v opozici. Jsou chvíle, kdy je jim všem dobře. Rádi hrají společenskou hru Člověče, nezlob se. Pokud Roman vyhrává, není žádný problém. Společně tráví i letní dovolenou, rádi jezdí po památkách naší vlasti. Matka s Romanem si často musí prohlídku zámku odpustit a jít radši na zmrzlinu. Vždy záleží na celkové náladě Romana.

Spolupráce se školou je podle matky moc dobrá. Velmi si pochvaluje vstřícné a lidské jednání, a to jak ze strany vedení školy, tak i třídní učitelky a asistentky. Za roky, kdy Roman navštěvuje školu, se dá říci, že je vztah téměř přátelský. Zejména s třídní učitelkou a asistentkou. Potvrzuje, že se jim často svěřuje a dostává se jí povzbuzujících slov, které tolik potřebuje slyšet. Asistentka dokonce Romana navštěvuje v době letních prázdnin.

Z budoucnosti má matka strach. Tvrdí, že si tyto myšlenky raději moc nepřipouští. Žije přítomností. Doufá, že ona sama bude dlouho schopná se o syna postarat. Času pro sebe mnoho nemá. V době, kdy je Roman ve škole, se stará o domácnost. Uklízí, nakupuje, vaří, pere, žehlí. Zvládat toto, když už je Roman doma, jde těžko. Jednou týdně si jde ráda s kamarádkou zacvičit, ne vždy to ale vyjde.

Z rozhovoru s třídní vyučující a asistentkou pedagoga vyplynulo

Třídní vyučující i asistentka pedagoga si spolupráci s Romanovou matkou velmi pochvalují. Podle nich je vstřícná, otevřená, ochotná vést dialog a spolupracovat. Je na ní znát, jak moc jí na synovi záleží. Sama přináší spoustu nápadů, jak Romanovi pobyt ve škole zpestřit, osvěžit. Vždyť je to přece ona, která ho zná nejlépe. Obě také

potvrzují, jak to nemá s Romanem lehké. Často jsou svědky toho, jak matka přivádí syna do školy, a pláče. Pokud se Roman špatně vyspí a nemá náladu, je schopen matku ráno slovně i fyzicky napadnout. Je z toho velmi nešťastná. Často jí vedení školy navrhovalo pomoc Střediska výchovné péče, kde by Roman mohl absolvovat několikátýdenní pobyt. Matka se tomu dlouho zdráhala, v minulém roce tento pobyt Roman nakonec prvně absolvoval. Asistentka rovněž vysvětlila, že pokud má Roman svůj záchvat hněvu, je dobré ho nechat vykřičet. Nějaké kárání, vysvětlování, trestání, nemá v tu chvíli žádný význam. Spíše naopak, celou situaci jen zhorší.

Pozorování

Pozorování proběhlo několik. Matka si Romana ve škole denně vyzvedává. Na obou bylo velmi patrné, že se rádi vidí, byť byli odloučeni pouhé čtyři hodiny. Roman, pokud byl v dobré náladě, okamžitě matku zahrnoval informacemi, co se za tu dobu událo. Matka vždy pozorně naslouchala, popřípadě pokládala doplňující otázky. Stalo se, že Roman dobrou náladu neměl. Celý den odmítal plnit jakoukoliv práci, byl vulgární, maličkosti ho rozčílily natolik, že do asistentky strkal, bouchal ji. Vše cítil jako velkou křivdu. I tu ale matce hned hlásil. Ta, když se pak snažila celou situaci zklidnit, byla rovněž zaplavena Romanovou sérií vulgarismů. Dokonce ji fyzicky napadnul, kopal ji do lýtek. Proto se matka snažila raději ze školy co nejdříve odejít. Bylo dokonce třeba zrušit již předem dohodnutý rozhovor. Roman by však již delší dobu ve škole nevydržel.

4.7 Popis, interpretace a analýza získaných výsledků P.A.

Anamnéza

Informace byly získány ze spisové dokumentace z roku 2013.

Rodiče si Petra adoptovali jako dvouletého, z tohoto důvodu nejsou známá žádná anamnestická data z prvních měsíců jeho vývoje. Jeho biologická matka byla romského původu. V době, kdy se Petr narodil, jí bylo šestnáct let. Otec není známý. Matka se po porodu syna vzdala, chlapec byl umístěn do kojeneckého ústavu. Adoptivní rodiče Petra spolu žili do jeho jedenácti let, poté se rozvedli. Vyrůstal bez sourozenců. V současné době je Petrovi čtrnáct let a bydlí střídavě u matky a otce.

Od tří let navštěvoval Petr mateřskou školu. Zde se již začala projevovat jeho hyperaktivita. Do první třídy nastoupil v šesti letech. V šesté třídě došlo ke změně třídní učitelky a s Petrem začaly výchovné i výukové potíže. Rodiče zrealizovali přestup syna na jinou základní školu. Na konci šesté třídy měl Petr čtyři nedostatečné. Na doporučení základní školy a Speciálního pedagogického centra byl chlapec přerazen do Speciální a praktické základní školy ve Štětí. Problematické chování Petra se projevuje i zde. Chlapec odmítá plnit zadané úkoly, je arogantní, agresivní a vulgární k vyučujícím i spolužákům.

Z vyšetření ve Speciálním pedagogickém centru vzešel tento závěr a doporučení: aktuální úroveň rozumových schopností se pohybuje v hraničním pásmu. Intelekt má nevyrovnaný v neprospěch verbální složky. Na problémech ve výuce se vedle slabších rozumových schopností podílí i negativní vztah ke školní práci, malé volní úsilí, problematická rodinná situace, vývojové období puberty, dále také osobnostní rysy žáka (susp. disharmonický vývoj osobnosti). Chlapec je dlouhodobě sledován na dětské psychiatrii. V ZŠ praktické se doporučuje pracovat se žákem podle výchovných postupů pro žáky s ADHD.

Závěr anamnézy

Vývoj P.A. není v normě. Prostředí, ve kterém chlapec vyrůstá, je nepodnětné. Petr si pobyt u rodičů střídá, jak jemu vyhovuje. Spolupráce s otcem i matkou je složitá, téměř žádná. Na sebemenší kritiku reagují nepřiměřeně. Nabídnutou pomoc školy odmítají, chyby vidí na všech ostatních, jen ne u sebe. Kdyby Petr vyrůstal v jiném

prostředí, v úplné, milující rodině, která by se snažila problém řešit, bylo by chování a spolupráce s Petrem jistě na lepší úrovni.

Rozhovor s Petrovým otcem

Rozhovor proběhl jeden, trval přibližně třicet minut. Konal se v prostorách třídy, do které Petr chodí. Otec přišel do školy v rámci projektového dne „Den ve škole“, byl z něj cítit alkohol. Otázky k rozhovoru byly předem připravené a vše bylo zaznamenáno diktafonem. Bylo mu vysvětleno, k čemu rozhovor slouží. Dostalo se mu ujištění, že bude zachována anonymita, jména budou pozměněna. Otec s tím souhlasil, po vzájemném podání ruky a představení se navzájem, byla otcovi nabídnuta káva nebo čaj. Oboje odmítl s vysvětlením, že spěchá.

Z rozhovoru s otcem vyplynulo

Tomu, že Petrovi byla potvrzena diagnóza ADHD, otec nepřikládá žádný význam. Tvrdí, že je chlapec jen živější. Žádnou odbornou literaturu nečetl, on ví, co na něj platí. Potřebuje jen hodně pohybu, chodí na fotbal, rád jezdí na kole. Chlapec bydlí střídavě u něj a u matky, přestože soud určil matku jako osobu, u které po rozvodu Petr bude. Vzhledem k tomu, že bydlí ve stejném městě, přijde mu vhodné, že si Petr určí, kde zrovna přespí. S matkou se na tom shodli, ani jeden rodič tak není o chlapce ochuzen. To, že se Petrovo chování v současné době podle třídní vyučující zhoršilo, přikládá otec k probíhající pubertě. Společné zájmy se synem má, rádi spolu chodí do dílny, opravují auta.

Otec potvrzuje, že ne vždy se on nebo matka zúčastní třídních schůzek. Zdůvodňuje to tím, že pracují na směny. O škole mluvit příliš nechce. Tvrdí, že vyučujícím vše vadí a řeší se tu věci, které on vidí jako naprosto zbytečné. Po absolvování základní školy počítá s tím, že se Petr vyučí automechanikem. Domnívá se, že tam už problémy nebudou, neboť tam bude Petr chodit rád. Výuka střídající se s praxí, to je podle něj to, co mu bude vyhovovat.

Z rozhovoru s třídní vyučující vyplynulo

Třídní vyučující nevidí komunikaci s Petrovými rodiči jako dostačující. Třídních schůzek se nezúčastňují. To, že pracují na směny, chápe. Vysvětluje, že v žákovských knížkách je vytištěna možnost sdělení náhradního termínu třídní schůzky. Tento termín si mohou rodiče zvolit podle svého volna, ona jako třídní učitelka se přizpůsobí. Rodiče o problémech nechtějí slyšet, nemají zájem cokoli řešit. Chyby vidí na učitelích, na spolužácích, na Petrovi ne. Oba rodiče podle třídní učitelky mají problém s alkoholem. Na školní akademii přišla matka až v závěru a ve velmi podnapilém stavu. Nebyla schopna sama odejít, Petr ji při odchodu podpíral. Bylo velmi patrné, že je mu tato situace nepříjemná. V podobném stavu se matka dostavila do školy i v rámci řešení jednoho Petrova prohřešku. To pak syna místo řešení problému v ředitelně školy hladila ve vlasech a celá záležitost jí přišla humorná. Rodiče spolu příliš nevycházejí, přesto, když byli v rámci jiného Petrova přestupku oba předvoláni před výchovnou komisí, semkli se a stáli při synovi. To, že Petr přebíhá od jednoho rodiče k druhému, jak jemu se hodí, vnímá třídní učitelka také jako velmi nevhodné. Chlapec by potřeboval nějaký řád a pravidelný režim.

Pozorování

Pozorování proběhlo jedno, během projektového dne „Den ve škole“. Otec si přišel zahrát do tělocvičny fotbalový zápas dětí proti rodičům. Komunikace mezi synem a otcem se jevila minimální. Petr v podstatě nepočítal, že otec stihne přijít. Jestli měl radost z toho, že otec dorazil, na sobě nedal znát. Po zápase odešel ze školy každý zvlášť. Petr se držel kamarádů.

4.8 Popis, interpretace a analýza získaných výsledků R.Š.

Anamnéza

Informace byly získány ze spisové dokumentace z roku 2013.

Rodiče si Romana adoptovali, když mu byly dva roky. Adoptivní rodiče Romana spolu žili do jeho devíti let, poté se rozvedli. Dohodli se, že chlapec bude vyrůstat v péči otce. Matku pravidelně navštěvuje v Praze, kam se po rozvodu přestěhovala. V době prázdnin u ní pobývá delší dobu. V současné době je Romanovi patnáct let.

V osobní anamnéze významné zátěžové faktory, neklidný novorozenec a kojeneček, neklidný spánek s probouzením a časným vstáváním. Mateřskou školu navštěvoval od tří let, logopedická péče v předškolním a raném školním věku, grafomotorický kurz bez efektu. Od dětství velmi živý, nesoustředěný, hlučný, impulzivní s kázeňskými problémy. Nízká frustrační tolerance, je rušivým elementem ve třídě, provokuje a obtěžuje děti, šaškuje, má výkyvy ve výkonnosti i v chování. Medikace na zklidnění od března roku 2010. Mnohem lépe spí, první dvě hodiny ve škole jsou klidnější, lépe reaguje na výchovné podněty. Problémy v grafomotorice a pravopisu přetrvávají v masivní míře. Písmo se výrazně zhoršuje s časovou zátěží. Doma je písmo mnohem lepší než ve škole. Velký problém má, dle názoru otce, s pamětí. Naučené věci brzy zapomíná (např. násobilku, pravidla pravopisu). Se čtením problém není a nebyl, přestože doma vůbec nečte, otec jej nemůže donutit. Problém má údajně s reprodukcí přečteného textu. Potřebuje oporu zrakového podnětu. To co shlédl v televizi, odvypráví bez potíží. Ke škole má Roman celkem dobrý vztah, není školou stresován. Otec je velmi spokojen s profesionálním a lidským přístupem třídní učitelky.

Pohledný, upravený chlapec, v sociálním kontaktu adaptabilní, přirozený a vstřícný. V úkolové situaci spolupracoval ochotně, s instrukční pohotovostí, se všudypřítomnou tendencí k překotnosti, zbrklosti, povrchnosti. Pokud je usměrněn examínátorem, dokáže přemýšlet kvalitně a úkoly plní vcelku uspokojivě. Řeč je bez logopedického nálezu, vyjadřovací schopnost je na dobré úrovni včetně jazykového citu. Technika hlasitého čtení je velmi dobrá, chlapec čte s tendencí k osobní překotnosti, hbitě dekóduje, s občasnými drobnými autokorekcemi. Čtenému textu rozumí, produkci

dokončil až na návodné otázky, odpovídal výstižně. Grafomotorika při méně výhodném typu lateralitě P/L (zkřížená dominance pravé ruky a levého oka) a při insuficietní senzomotorické, vizomotorické koordinaci a jemné motorice ruky prostorové a pravo-levé orientaci je zjevně podprůměrná až defektní. Věku a rozumovému potenciálu neodpovídá, chlapec má problémy s postižením prostorových vztahů v kresbě a jejich zapamatováním.

Vzhledem k chronickým výchovným problémům byl chlapec v péči etopeda při Pedagogicko psychologické poradně v Litoměřicích. Aktuálně je v péči Střediska výchovné péče v Děčíně. Zde absolvoval šestitýdenní pobyt s vcelku příznivým efektem. Výchovná problematika přetrvává v míře. Domácí příprava na vyučování pod vedením a na pokyn otce po příchodu z jeho zaměstnání trvá denně přibližně hodinu. Déle se chlapec nesoustředí, je pasivní, nízce motivovaný, povinnosti odbývá. Ve volném čase běhá venku a hraje hry na počítači.

Z vyšetření ve Speciálním pedagogickém centru vzešel tento závěr a doporučení: Výrazné grafomotorické a sekundární dysortografické obtíže, výrazné výchovné obtíže s negativním dopadem na kvalitu spolupráce při vyučování. Výše uvedené obtíže s příčinně navazují na susp. zdravotní znevýhodnění dítěte, pravděpodobná je organická příčina těchto obtíží. Dítě nutně potřebuje individuální modifikovaný přístup učitele, dohled, vedení, usměrnění, kladnou motivaci ke školní práci. Aktuální úroveň rozumových schopností kolísá od pásma zjevného podprůměru až na horní hranici lehké mentální retardace. V ZŠ praktické se doporučuje pracovat s chlapcem podle výchovných postupů pro žáky s ADHD.

Závěr anamnézy

Díky dobré spolupráci otce se Speciálním pedagogickým centrem, se školou a díky velkému otcovu zájmu o syna, se situace vyvíjí tím správným směrem. Roman je v současné době žákem devátého ročníku základní školy praktické. Ve třídě má dvanáct spolužáků. Proto se zvládání učiva velmi zlepšilo a Roman tak může prožít i pocit úspěchu.

Rozhovory s Romanovým otcem

Rozhovory s Romanovým otcem byly dva, z nichž každý trval přibližně třicet minut. Konaly se v rámci třídních schůzek, v prostředí třídy, do které chlapec chodí. Otázky k rozhovoru byly předem připravené a vše bylo zaznamenáno diktafonem. Otec s tím souhlasil, bylo mu objasněno, k jakému účelu rozhovor slouží. Dostalo se mu ujištění, že bude zachována anonymita, jména budou pozměněna. Po vzájemném představení, podání ruky a poděkování za ochotu proběhl rozhovor. Vše se konalo ve velmi příjemné atmosféře, při pití kávy. Otec se jevil velmi dobře naladěný, ochotně na otázky odpovídal. Celý rozhovor nezlehčoval, přesto dokázal proložit vtípnou historkou.

Z rozhovorů s otcem vyplynulo

Roman byl od počátku velmi živé dítě. V noci se často budil, spánek provázely noční děsy. Od tří let navštěvoval mateřskou školu. I zde se projevoval živěji než ostatní děti. Učitelky si stěžovaly, že je někdy na ostatní děti zlý, bere jim hračky, neumí si s nimi společně hrát. Problémy se prohloubily nástupem do první třídy. Vydržet sedět ve školní lavici byl pro Romana velký problém. Doma nechtěl vypracovávat domácí úkoly. Raději je odbyl, jen aby měl hotovo. Třídní učitelka doporučila návštěvu Speciálního pedagogického centra a Pedagogicko psychologické poradny. Zde byla určena diagnóza ADHD, doporučen byl přestup na Speciální a praktickou základní školu ve Štětí. Se ženou si na internetu vyhledali, co diagnóza ADHD obnáší. Byli překvapeni, jak popis příznaků na Romana sedí. Rovněž je potěšila diskuze rodičů, do které se také zapojili. Zjištění, že stejný problém trápí i jiné rodiče, jim pomohlo. Otec sám celou situaci nevidí tragicky. Jsou rodiče, kteří jsou na tom mnohem hůř. Roman je velmi živý, někdy až drzý, těžko zvládnutelný, ale jinak je zdravý. To je pro otce podstatné. S manželkou se rozešli v dobrém. Chlapec zůstal u něho, zejména z důvodu školní docházky. Školu, kterou Roman navštěvuje, si otec nemůže vynachválit. Profesionální a lidský způsob jednání a komunikace ze strany vedení školy i třídní učitelky považuje za nadstandardní. Moc si toho váží. Syn jezdí k matce často. Přiznává, že se v Praze Roman vyzná lépe než on. V současné době má otec novou partnerku, která má dvě

děti. Žijí společně v rodinném domě na vesnici. Roman tak má nevlastní sourozence. Přestože někdy dochází k hádkám, celkově otec hodnotí soužití kladně. Společně jezdí na výlety, dovolené, děti rády po večerech hrají společenské hry, nebo hry na počítači. Všichni rádi relaxují v přírodě. Jsou vášnivými houbaři. Otec doufá, že se syn po absolvování základní školy něčím vyučí. Roman zatím není zcela rozhodnutý, kam svou přihlášku podá. Otec se mu snaží s výběrem vhodného učebního oboru pomoci.

Z rozhovoru s třídní vyučující vyplynulo

Komunikaci a spolupráci s Romanovým otcem hodnotí třídní vyučující za naprosto ideální. Otce vidí jako životního rváče a nezdolného optimistu. Komunikují spolu velmi často, a to nejen osobně, ale i pomocí mailů. Otec o syna jeví velký zájem, celá rodina podniká spoustu akcí, o kterých Roman ve škole vypráví. Prostředí, ve kterém Roman vyrůstá, vidí jako velmi podnětné.

Pozorování

Pozorování proběhlo jedno, během projektového dne „Den ve škole“. Otec si přišel zahrát do tělocvičny fotbalový zápas dětí proti rodičům. Do školy přišli spolu. Komunikace mezi synem a otcem se jevila velmi příjemná. Po skončení zápasu, diskutovali o jeho průběhu. Bylo zřejmé, že si oba celou akci užili. Přestože se v něčem neshodli, situace se nijak nevyhrotila a oni pak společně odjeli domů.

4.9 Shrnutí výsledků

Cílem diplomové práce bylo zjištění možností komunikace s rodinou žáka s postižením, výběr vhodné komunikace vedoucí k úspěšné spolupráci mezi rodinou a školou.

Pomocí kazuistik, pozorování a rozhovorem byly získány informace o pěti žácích s ADHD a se sníženým intelektem, kteří navštěvují Speciální a praktickou základní školu ve Štětí.

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu bylo zodpovězení otázek:

1. Je důležitá pro úspěšnou komunikaci s rodiči s dítětem s postižením jejich informovanost o diagnóze dítěte?
2. Je důležitý pro úspěšnou komunikaci s rodiči s dítětem s postižením jejich zájem o spolupráci s odborníky a se školou?
3. Jaká je komunikace s rodiči s dítětem s postižením, kteří o své dítě nejeví potřebný zájem?

Zpracování výsledků mělo najít odpovědi na otázky z kvalitativního výzkumu.

Odpověď na otázku č. 1

Kvalitativní šetření ukázalo, že komunikace s rodiči, kteří se o diagnózu svého dítěte zajímají, ať už u odborníků, či z odborné literatury je úspěšná. Je potřeba, aby rodiče pochopili, jak jejich dítě vnímá svět a proč na něj reaguje tak nestandardně. Informovaní rodiče vědí, že i když děti s ADHD kladou mnohem větší nároky na trpělivost, vytrvalost a důslednost, lze pro ně hodně udělat. Děti s ADHD potřebují mít přesně stanovená pravidla chování, musí jim být poskytnuta bezprostředně zpětná vazba, důležitá je soustavnost, dohled a jasně stanovené mantinely. Velmi důležitá je rovněž pochvala a pocit, že jsou milováni. S rodiči, kteří toto nerespektují a přehazují si své

dítě mezi sebou jako „horký brambor“ a domnívají se, že si se svým dítětem poradí i bez znalostí, co diagnóza ADHD obnáší, se komunikuje těžko.

Odpověď na otázku č. 2

Získané informace z kvalitativního výzkumu potvrdily, že je velmi důležitý pro úspěšnou komunikaci s rodiči s dítětem s postižením zájem rodičů o spolupráci s odborníky a se školou. Rodiče od odborníků získají podrobné informace o ADHD, mohou pokládat doplňující otázky. Od zkušených odborníků se učí své dítě přijímat a osvojují si pozitivní, méně konfliktní přístup k němu. Mohou jim pomoci speciální kurzy komunikace, ve kterých si osvojí efektivní komunikační metody. Dále mohou absolvovat skupinová cvičení a vyměňovat si zkušenosti s jinými rodiči. Dozví se, jak důležitá je i sebezpečí, jíž se rodiče musí často také učit. S rodiči, kteří nemají zájem o pomoc odborníků, nespolupracují se školou, neúčastní se třídních schůzek, je komunikace obtížná.

Odpověď na otázku č. 3

Kvalitativním šetřením bylo zjištěno, že komunikace s rodiči, kteří nespolupracují se školou, nekontrolují svým dětem žákovské knížky, nepochválí je za pěknou známku, neudělají si čas na třídní schůzku, byť si i její termín mohou sami určit, je problematická. Problémy dítěte s ADHD je třeba řešit a ne je přehlížet či obviňovat školu, učitele nebo spolužáky. Bezmocnost a pocit marnosti mohou mít učitelé, kteří se snaží s dítětem pracovat, vést ho k výsledkům, a přitom nemohou získat potřebnou podporu a spolupráci rodičů.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá problematikou komunikace s rodinou žáka s postižením. Cílem práce v teoretické části bylo popsat jednotlivé druhy postižení. Podstatná část je zaměřena na charakteristiku rodiny a na popis zásad vhodné komunikace.

Cílem praktické části bylo provést vlastní šetření, zjistit příčiny ovlivňující komunikaci s rodiči s dítětem s postižením. Pomocí kazuistik, polostrukturovaného rozhovoru a pozorování, jejich vyhodnocením a shrnutím, byl tento cíl také splněn.

V úvodní kapitole teoretické části byly popsány jednotlivé druhy postižení a rozdělení speciální pedagogiky na osm oborů.

Podstatná část teoretické práce je zaměřena na charakteristiku, funkci a popis rodiny. Popsány byly rodiny podle funkcí vůči dítěti dle jejich funkčnosti. Dále byl proveden rozbor rodin problémových, jako je rodina nezralá, přetížená apod.

V poslední kapitole teoretické části jsou popsány zásady vhodné komunikace s rodiči s dítětem s postižením a s osobou se zdravotním postižením. Uveden je rozdíl mezi komunikací verbální a neverbální. Kapitulu zakončují hlavní příčiny nedorozumění.

V praktické části bylo cílem najít odpovědi na otázky z kvalitativního výzkumu. Především se jednalo o otázky, zda je k úspěšné komunikaci s rodiči s dítětem s postižením nutná spolupráce rodičů s odborníky a se školou a rovněž znalost diagnózy jejich dítěte. Kvalitativní šetření prokázalo, že zájem rodičů o spolupráci s odborníky a rovněž znalost diagnózy jejich dítěte jsou důležité. Od odborníků či z odborné literatury mohou rodiče získat podrobné informace o ADHD, naučí se své dítě přijmout a osvojit si pozitivní přístup k němu. Na otázku, jaká je komunikace s rodiči, kteří nejeví o své dítě potřebný zájem, vyšla z kvalitativního šetření odpověď, že taková komunikace není dobrá. Učitelé pak mohou pociťovat značnou bezmocnost, snaží-li se s dítětem pracovat, vést ho k lepším výsledkům, a přitom nemohou získat tolik potřebnou spolupráci a komunikaci s rodiči.

Není lehké být rodičem dítěte s ADHD. Připomínáním stále stejných věcí se mohou rodiče cítit vyčerpaní. Neustálý dohled nad psaním domácích úkolů, nakupování znovu a znovu ztracených školních pomůcek, věčné obavy z toho, co se dnes ve škole zase odehrálo, rodiče vysává. Někteří z nich si dělají velké výčitky, neboť se domnívají, že mohou za obtíže, které má jejich dítě s učením, dodržováním pořádku, kázní ve škole apod. Pravda je taková, že za základní projevy ADHD u svého dítěte vinu nenesou. Jedná se o biologicky způsobenou poruchu, která vznikla ještě dříve, než mohli svého potomka jakkoli výchovně ovlivnit. Rodiče musí vědět, že ADHD je léčitelné a oni mohou správným přístupem a podporou léčby nezastupitelně přispět ke zmírnění příznaků. Tím pomohou svému dítěti žít klidněji, s méně konflikty a prožít tak šťastné dětství.

Spolupráce a komunikace se školou a odborníky je v celé této záležitosti stěžejní. Komunikace v přátelském ovzduší, kdy je cítit vzájemná podpora, je vždy přínosnější. Mezi rodiči a školou by mělo zavládnout společné odhodlání zvládnout dětství dítěte bez vzájemného vyčítání, osočování, svalování viny jeden na druhého. Jde o to, uvědomit si, že dobrý a spokojený vývoj dítěte s ADHD je pro všechny strany to nejdůležitější. Někdy mohou být očekávání rodičů nerealistická. Někteří rodiče mají představu, že škola sama napraví jejich problematické dítě. ADHD je ovšem primárně problém zdravotní, nikoli výchovný a výukový. Úpravami režimu výchovy a výuky ADHD nezmizí, mohou se ovšem výrazně zmírnit jeho projevy. Špatná komunikace mezi rodiči a učitelem подрývá úspěch jakékoli další intervenci a doplatí na ni především dítě. Je důležité si uvědomit, že i učitel potřebuje cítit zpětnou vazbu. Pokud mu rodič vyjádří své uznání, významně to posílí jejich další spolupráci a komunikaci.

Základem dobré komunikace mezi školou a rodiči jsou srozumitelná pravidla, týmová spolupráce a loajalita ke škole. Učitelé by měli rodiče ocenit za to, že do školy přišli a věnovat jejich sdělení pozornost. Nikdy by neměli sdělení bagatelizovat tím, že se nic hrozného nestalo. V tom okamžiku se škola stává pro rodiče neochotnou a nekompetentní. Naopak poděkovat za danou informaci a požádat o čas na zjištění podrobností je kompetentní a partnerský přístup. Je třeba si uvědomit, že v komunikaci učitel – rodič je profesionálem učitel. Ten nese větší zodpovědnost za to, jak se komunikace bude vyvíjet.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BEČVÁŘOVÁ, I., HUMLEROVÁ, V. *Prezentační a komunikační dovednosti*. České Budějovice, Ekonomická fakulta, 2011. ISBN 978-80-7394-417-9

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ P. *ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4.

HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1168-3.

HOFLEROVÁ, E., KROHE, P. *Komunikační dovednosti*. Ostrava, OU, 2003. ISBN 80-7042-287-4.

KÁBELE F., KOLLÁROVÁ E., KOČÍ J., KRACÍK J. *Somatopedie*. 1.vyd. Praha: Polygrafia, 1993. ISBN 80-7066-533-5.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Osoby se zdravotním postižením – speciálně pedagogické aspekty komunikace*. 1. vyd. Pardubice: Silueta, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-86417-09-7.

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

LINHART, J.,ed., VODÁKOVÁ, A., ed. a KLENER, P., ed. *Velký sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.

MAREŠ, J., KŘIVOHLAVÝ, J. *Sociální a pedagogická komunikace ve škole*. 1. vyd. Praha: SPN, 1989. ISBN 80-0421854-7.

MATĚJČEK, Z. *Dyslexie*. Jinočany : HaH, 1993. ISBN 80-85787-27-X.

MATĚJČEK, Z. a LANGMEIER, J. *Výpravy za člověkem*. 1. vyd. Praha: Odeon, 1981. s. 220. ISBN 0107081.

MUNDEN, A., ARCELUS J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-430-4.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

RIEFOVÁ, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 1999. ISBN 80-7178-287-4.

SLOMEK, Z. *Etopedie*. 1. vyd. Praha: UJAK, 2010, s. 6. ISBN 978-80-86723-84-6.

ŠEVČÍK, D., ŠPATÉNKOVÁ, N., a kol. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 11. ISBN 978-80-7367-690-2.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie. (Psychologická propedeutika)*. 3.vyd. Liberec: TU, 1998. ISBN 80-7083-296-7.

TRPIŠOVSKÁ, D., VACÍNOVÁ, M. *Sociální psychologie*. 1.vyd. Praha: UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO, 2007. ISBN 978-80-86723-30-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 290. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

VAŠEK, Š. *Speciálno – pedagogická diagnostika*. 1.vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství, 199. ISBN 80 – 08 – 00396 – 0.

WATZLAWICK, P., BAVELASOVÁ, J., JACKSON, D. *Pragmatika lidské komunikace: interakční vzorce, patologie a paradoxy*. Hradec Králové: KONFRONTACE, 1999.

Vyhláška č. 147/2011 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Internetové odkazy

MAJERČÍKOVÁ, J. *Rodina a její důvera k škole. Pedagogika* [online]. 2011, roč. 2, čís. 1, s. 9-27. Dostupné online.

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – Tabulka č.1 – klasifikace IQ podle Wechslera	I
PŘÍLOHA B – Tabulka č. 2 – diagnostická kritéria DSM – IV	II

PŘÍLOHA A – Tabulka č.1 – klasifikace IQ podle Wechslera

IQ	Klasifikace inteligence	Procenta v populaci
130 a výše	značně nadprůměrná	2,2
120 – 129	nadprůměrná	6,7
110 – 119	mírně nadprůměrná	16,1
90 – 109	průměrná	50,0
80 – 89	podprůměrná	16,1
70 – 79	hraniční inferiorita	6,7
69 a níže	mentální retardace	2,2

PŘÍLOHA B – Tabulka č. 2 – diagnostická kritéria DSM – IV

I. Bud' A /nebo B
A. 6 či více z následujících symptomů nepozornosti musí být pozorováno minimálně 6 měsíců
Nepozornost
1. často nedává pozor nebo dělá ve škole, v práci apod. chyby z nedbalosti.
2. činí mu (ji) potíže soustředit se ať už na úkoly, nebo při hrách.
3. často to vypadá, že neposlouchá, co se mu (ji) říká.
4. činí mu (ji) potíže řídit se instrukcemi jiných osob (a není to kvůli opozičnímu, negativistickému chování ani kvůli nepochopení), například mu (ji) dělává potíže dokončit nějakou práci).
5. často má potíže zorganizovat si činnost.
6. často se vyhýbá činnostem, či nesnáší činnosti, vyžadující velké mentální úsilí (domácí úkoly, úkoly ve škole).
7. často ztrácí věci, které jsou nezbytné pro školní práci či pro různé důležité činnosti vůbec, ať už doma nebo ve škole (například hračky, tužky, knihy, domácí úkoly).
8. lehce ho (ji) od úkolu vyruší vnější podnět.
9. často zapomíná dělat běžné denní činnosti.

<p>B. 6 či více příznaků hyperaktivity či impulzivity musí být přítomno po dobu delší než 6 měsíců</p> <p>v rozsahu, který je nepřiměřený stupni mentálního vývoje dítěte.</p>
<p>Hyperaktivita</p>
<p>1. často si neklidně pohrává s rukama, bezúčelně pohybuje nohama anebo se vrtí na židli. V době dospívání můžeme omezit kladnou odpověď na tuto položku pouze na takové případy, kdy adolescent hovoří o tom, že prožívá subjektivní pocity vnitřního neklidu.</p>
<p>2. často vstává ze židle, když má sedět.</p>
<p>3. často někde pobíhá a na něco leze v nevhodnou dobu a na nevhodném místě.</p>
<p>4. dělá mu (ji) potíže hrát si tiše.</p>
<p>5. dělá, že je řízen(a) motorem.</p>
<p>6. často je nadměrně povídavý(á), překotně hovoří.</p>
<p>Impulzivita</p>
<p>1. často vyhrkne odpověď na otázku ještě předtím, než ji ten, kdo se ptá, vůbec stačil dovyslovit (což vede k častým chybám).</p>
<p>2. často vyžaduje pozornost a činí mu (ji) potíže čekat, než se mu (ji) ji dostane.</p>
<p>3. často přerušuje jiné anebo jim skáče do řeči, například se plete do her jiných dětí.</p>
<p>II. Některé symptomy byly přítomny před 7. rokem věku.</p>

III. Symptomy se projevují ve více prostředích.

IV. Nesplňuje kritéria vřezachvacující poruchy (Pervasive Development Disorder).

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Jitka Popriková

Obor: Speciální pedagogika - učitelství

Forma studia: Kombinované

Název práce: Komunikace s rodinou žáka s postižením

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 69

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 25

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: Mgr. Jana Tomanová Ph.D.