

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2018–2021

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jiřina Mourová

**Kvalita života žáka s poruchou chování a mentálním
postižením v ZŠ a PrŠ Jesenice**

Praha 2021

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2018–2021

BACHELOR THESIS

Jiřina Mourová

**Quality of Life of a Pupil with Behavioural Disorder
and Mental Disability at Primary
and Practical School Jesenice**

Prague 2021

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská 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 23.2.2021

Jiřina Mourová

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Zdeňku Mouchovi, CSc., za pomoc a poskytnuté rady při zpracování bakalářské práce a za čas, který této práci věnoval.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života žáka s poruchou chování a mentálním postižením v ZŠ a PrŠ v Jesenici u Rakovníka. Teoretická část je zaměřena na dostupné poznatky o problematice mentálního postižení, rodinného vlivu na výchovu dítěte, specifické poruše chování a kvalitě života. V praktické části bylo cílem zjistit, jak velký vliv má rodina na kvalitu života žáka s poruchou chování a mentálním postižením. Snahou bylo posoudit problém z různých úhlů pohledu prostřednictvím kazuistiky, pozorování žáka při mimoškolních aktivitách a rozhovoru s žákem. Východiskem byla teoretická část.

Klíčová slova

ADHD, kazuistika, kvalita života, kvalitativní výzkum, mentální retardace, pozorování, rodina, rozhovor, specifická porucha chování.

Annotation

The bachelor thesis deals with a quality of life of a pupil with behavioural disorder and mental disability at Primary and Practical school in Jesenice u Rakovnika. The theoretical part is focused on available knowledge about an issue of mental disorder, a family influence on a child's upbringing, specific behavioural disorder and quality of life. The practical part was aimed at an extent of a family influence on a quality of life of a pupil with behavioural disorder and mental disability. There was an effort to evaluate the issue from various points of view through casuistry, observation of a pupil during after-school activities and an interview with a pupil. It was based on the theoretical part.

Keywords

ADHD, casuistry, quality of life, qualitative research, mental retardation, observation, family, interview, specific behavioural disorder.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	10
1.1 Vymezení pojmu.....	10
1.2 Příčiny mentálního postižení	12
1.3 Klasifikace mentální retardace.....	13
1.3.1 Charakteristika lehké mentální retardace	15
1.3.2 Psychologická charakteristika mentální retardace	15
2 RODINA	18
2.1 Rodina v etiologii rizikového chování.....	18
2.2 Funkce rodiny	18
2.3 Typ rodiny.....	19
2.4 Výchova a výchovné styly	19
2.4.1 Negativní tendence ve výchově	20
2.5 Rodinná diagnostika	21
3 SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ	23
3.1 Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou.....	23
3.2 Primární charakteristika dítěte s ADHD	23
3.3 Diagnostická kritéria.....	24
3.4 Vznik a vývoj ADHD	25
3.5 Psychodiagnostika ADHD u dětí.....	26
3.6 Léčba ADHD	27
3.6.1 Léky určené pro léčbu ADHD	27
3.6.2 Psychoterapie v léčbě ADHD	28
3.6.3 Obecné zásady výchovného vedení	29
3.7 Výchova a vzdělávání dětí s poruchou chování.....	30
3.7.1 Prevence a školská zařízení pro preventivně výchovnou péči	30
3.7.2 Středisko výchovné péče.....	31
3.7.3 Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy	31

4	KVALITA ŽIVOTA	33
4.1	Vymezení pojmu kvalita života	33
4.2	Rozdělení dimenzí kvality života za účelem měření	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	36
5	KVALITATIVNÍ VÝZKUM	36
5.1	Cíl práce, výzkumné otázky.....	36
5.2	Metodologie výzkumu	36
5.3	Charakteristika výzkumného pracoviště	38
5.4	Kazuistika	41
5.5	Vlastní pozorování.....	43
5.6	Rozhovor.....	46
5.7	Vyhodnocení výzkumných otázek.....	48
5.8	Závěr výzkumného šetření.....	49
	ZÁVĚR	50
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	51
	SEZNAM ZKRATEK	54
	SEZNAM TABULEK	55
	SEZNAM PŘÍLOH	56

ÚVOD

Tématem předkládané práce je Kvalita života žáka s poruchou chování a mentálním postižením v ZŠ a PrŠ v Jesenici. Jedním z důvodů, proč bylo toto téma zvoleno, je pracovní zkušenost autorky, která pracuje jako vychovatelka v družině a na internátě zmiňovaného zařízení. Ve své profesi se setkává se žáky s mentální retardací a poruchou chování již jedenáct let. Je velmi zajímavé sledovat je od dětství až po jejich dospělost a zároveň přihlížet, jaké musí překonávat životní překážky a situace, které jejich kvalitu života zásadně ovlivňují. K jejímu zlepšení jim může pomoci i kvalifikovaný pedagog, který je seznámen se specifiky těchto žáků, dokáže je správně motivovat a respektovat jejich individuální potřeby.

Teoretická část bude rozdělena do čtyř hlavních kapitol. První kapitola bude zaměřena na přiblížení problematiky dětí s mentálním postižením. Bude vymezen pojem mentální postižení a příčiny jeho vzniku, klasifikace mentální retardace a specifika těchto osob. Druhá kapitola se bude zabývat rodinou a jejím vlivem na rizikové chování dítěte, funkcí rodiny, výchovnými styly a negativními tendencemi ve výchově dítěte a také rodinnou diagnostikou. Třetí kapitola je věnovaná specifické poruše chování, která bude zaměřena na syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Bude popisovat charakteristiku dítěte s ADHD, diagnostická kritéria hyperkinetické poruchy, psychodiagnostiku ADHD u dětí, léčbu ADHD a výchovu a vzdělávání dětí s poruchou chování. Ve čtvrté kapitole bude vymezen pojem kvalita života a popsáno rozdělení dimenzí kvality života za účelem měření.

V praktické části bude hlavním cílem zjistit, jak velký vliv má rodina na kvalitu života žáka s poruchou chování a mentálním postižením. K šetření bude použit kvalitativní výzkum za použití přístupu případové studie. Budou formulovány tři výzkumné otázky, jež budou zodpovězeny pomocí analýzy získaných informací z dostupné dokumentace, pozorováním vybraného žáka při mimoškolních aktivitách na internátě a rozhovorem se žákem s poruchou chování a mentální retardací. Popsáno bude i zařízení, ve kterém bude šetření prováděno.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Podle statistických odhadů žijí v současné době v populaci přibližně 3 % osob s mentálním postižením. Nejen v České republice, ale i v celosvětovém měřítku počet těchto osob stoupá. Je to zdůvodňováno jednak přesnější evidencí lidí s mentálním postižením (stále ne úplnou) a paradoxně tuto skutečnost ovlivňuje i lepší pediatrická péče o novorozence, která má za následek nižší novorozeneckou a kojeneckou úmrtnost, a tedy záchranu nově narozených, kteří by bez této intenzivní péče nezůstali na živu. (Fischer, Škoda, 2008, s. 92)

1.1 Vymezení pojmu

Termíny mentální retardace a mentální postižení se dle Švarcové-Slabinové (2011, s. 30) používají jako synonyma. Valenta (In: Michalík, Lečbych, 2018, s. 33) uvádí, že pojem mentální postižení se užívá především v pedagogické dokumentaci ve školství a zahrnuje jedince s IQ pod 85. Z důvodu humanizace oboru se základní pojem mentální retardace stal společensky nevhodným a jeho zjemněná forma mentální postižení, je v západních zemích považováno za nedostatečné a neetické. Organizace Inclusion International, dříve známá jako Mezinárodní liga asociací pro osoby s mentálním handicapem (ISLMH), navrhuje používat termín člověk s mentální retardací (mentálním postižením). To znamená, že retardace je pouze jedním z mnoha jeho osobnostních rysů. (Švarcová-Slabinová, 2011, s. 30)

Po konferenci Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) v Miláně v roce 1959 se začal používat termín mentální retardace a pozvolna nahradil celou řadu relevantních pojmů. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018, s. 34) Podle WHO je mentální retardace definována jako *„stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností.“* (MKN-10 Duševní poruchy a poruchy chování, 2006, s. 179)

U nás se považuje za nejznámější a nejvíce citovanou definice Dolejšího (1983, s. 38), který se snaží komplexně vymezit mentální retardaci. „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*“

Švarcová-Slabinová (2011, s. 29–30) nepovažuje mentální retardaci za nemoc, ale za trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku nebo nedostatečné funkce centrální nervové soustavy.

Valenta a Müller (2003, s. 14) definují mentální retardaci jako „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií*“.

Švarcová-Slabinová (2011, s. 28) rozlišuje podle vývojového období, ve kterém dochází k mentálnímu postižení, oligofrenii a demenci. Oligofrenii považuje za opoždění duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním a demenci chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu v průběhu života jedince, zpravidla po dovršení druhého roku věku dítěte.

O mentální retardaci nelze hovořit, pokud je příčinou vývojového opoždění nedostatečná a nepřiměřená výchova. Handicap takového charakteru není vrozený ani trvalý. Lze jej definovat jako sociální poškození vývoje rozumových schopností (dříve pseudooligofrenie). Příčinou není poškození CNS, ale nedostatek přiměřených podnětů. Pokud by se dítě dostalo do podnětějšího prostředí, bylo by možné zlepšení jeho stavu. (Vágnerová, 2012, s. 290)

1.2 Příčiny mentálního postižení

Při narození mentálně postiženého dítěte nebo při pozdějším odhalení jeho mentální retardace se často rodiče zaměří na otázku příčiny této skutečnosti. K tomuto zájmu je vede nejen obava z případného opakování při narození dalšího dítěte, ale i přání najít viníka tohoto postižení. (Švarcová-Slabinová, 2011, s. 41) Příčinou mentální retardace je postižení centrální nervové soustavy (dále CNS), které může vzniknout mnoha způsoby. Na jeho vzniku se může podílet porucha genetických dispozic, které vedou k narušení rozvoje CNS, a také vnější vlivy, jež mohou poškodit mozek v rané fázi jeho vývoje. Obě tyto složky působí ve vzájemné interakci. (Fischer, Škoda, 2008, s. 92)

Valenta a Müller (2003, s. 51) podotýkají, že i když věda značně pokročila v objasnění příčin mentální retardace, u třetiny osob nejsme schopni se příčiny poruchy dopátrat. Dále kategorizují mentální retardaci podle různých klíčů. Hovoří o příčinách endogenních (vnitřních) a exogenních (vnějších), o mentální retardaci vrozené a získané, o vlivech prenatalních (působících před porodem), perinatálních (působících během porodu a bezprostředně po něm) a postnatálních (působících v průběhu života). Pokud rozdělíme příčiny vzniku mentální retardace dle časového hlediska na prenatalní, perinatální a postnatální, strukturovaně se dopátráme řady různých, vzájemně se překrývajících vlivů.

Mentální opožďování může být způsobeno příčinami:

- **Endogenními** – tyto příčiny jsou již zakódovány v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to genetické příčiny.
- **Exogenními** – působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, v poporodním a raném období. Tyto faktory (např. infekce, intoxikace) mohou být příčinou poškození mozku plodu dítěte. (Švarcová-Slabinová, 2011, s. 42)

Exogenní faktory dále členíme podle období působení:

- **Prenatální období** – období významného působení dědičných, tzv. hereditárních faktorů. Do nich řadíme geneticky podmíněné poruchy, především metabolické (např. fenylketonurie). Svůj vliv mohou mít rovněž i specifické genetické poruchy, např. infekce matky nebo porucha vzniklá na základě trizomie 21. chromozomu, známá jako Downův syndrom. Patologické vlivy v mnoha případech postupně vedou (na úrovni psychických schopností) k lehkým intelektovým deficitům nebo až k těžké mentální retardaci. (Valenta, Michalík, Lečbých, 2012, s. 55)
- **Perinatální období** – lze pojmut jako období, kdy vývoj CNS dítěte může poškodit hlavně nezvyklá zátěž, jakou je např. nedostatek kyslíku a mechanické poškození mozku, nedonošenost, nízká porodní váha.
- **Postnatální období** – v tomto období je možný vliv více různých negativních faktorů, mezi něž řadíme náhlé zevní události, jež vedou k narušení celistvosti a neporušenosti organismu (traumata zasahující CNS), specifické infekce a záněty mozku (encefalitidy primární i sekundární), krvácení do mozku vlivem prasknutí mozkové cévy, nádorová onemocnění mozku. Vliv mohou mít také sociální faktory, zejména se jedná o deprivaci, tedy dlouhodobé nenasycení některé ze základních lidských potřeb. (Valenta, Michalík, Lečbých, 2018, s. 70)

1.3 Klasifikace mentální retardace

Intelektové funkce (označované též jako inteligence) odkazují na obecnou mentální kapacitu, do níž patří schopnost učení se, logické myšlení, řešení problémů a jiné. IQ test je jedním z kritérií měření intelektových funkcí. Obecně platí, že již skóre 70–75 indikuje omezení intelektových funkcí. (Valenta, Michalík, Lečbých, 2018, s. 38) Nejznámějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vystihuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a chronologickým věkem.

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

Význam určení inteligenčního kvocientu spočívá v informaci o celkové rozumové úrovni jedince. Nevypovídá však o kvalitativních zvláštностech inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu pro poznání osoby nelze přeceňovat. (Svoboda In: Švarcová-Slabinová, 2011, s. 37) Výsledky testů však mohou ovlivnit somatické onemocnění, únava, motivovanost, neodhalené smyslové vady a jiné vývojové poruchy (např. poruchy řeči). K posuzování mentální retardace patří také posouzení adaptability, které v zásadě určuje stupeň mentální retardace. Psycholog by se měl tedy zaměřit zejména na schopnosti a reálné možnosti dané osoby – co dokáže realizovat sama bez pomoci, co s dopomocí, co s verbální podporou, k čemu je nutná plná fyzická podpora. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018, s. 29–30)

Stupeň mentální retardace je určen na základě posouzení struktury inteligence a schopnosti adaptability, orientačně také inteligenčním kvocientem a mírou zvládnání obvyklých sociálně-kulturních nároků na jedince. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012, s. 31)

F70	Lehká mentální retardace
F71	Středně těžká mentální retardace
F72	Těžká mentální retardace
F73	Hluboká mentální retardace
F78	Jiná mentální retardace
F79	Nespecifikovaná mentální retardace

Pro specifikaci narušeného chování, pokud je nelze přičíst přidružené poruše, lze použít čtvrtý znak:

F7x.0 Žádné nebo minimální postižení chování

F7x.1 Výrazné postižení chování vyžadující pozornost nebo léčbu

F7x.8 Jiná postižení chování

x.9 Bez zmínky o postižení chování (MKN-10 Duševní poruchy a poruchy chování, 2006, s. 179)

1.3.1 Charakteristika lehké mentální retardace

F70 Lehká mentální retardace (IQ 50–69)

Osoby s mentální retardací si osvojují mluvu opožděně, ale většinou užívají řeč účelně v každodenním životě, udržují konverzaci a podrobují se klinickému interview. Většina osob je v osobní péči, v praktických a domácích dovednostech nezávislá. Obtíže se projevují obvykle s nástupem do školy při teoretické práci, kdy mnozí mají specifické problémy se čtením a psaním. Pomoci jim může výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Osoby s lehkou mentální retardací lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce. V sociokulturním kontextu nemusí mírný stupeň retardace působit žádný problém. Důsledky mentální retardace se projeví, pokud je postižený výrazně emočně a sociálně nezralý. (MKN-10 Duševní poruchy a poruchy chování, 2006, s. 180)

1.3.2 Psychologická charakteristika mentální retardace

Osoby s mentální retardací mají menší potřebu zvědavosti, jsou více závislé na zprostředkování informací jinými lidmi, hůře se orientují v běžném prostředí. Svět je pro ně méně srozumitelný a může se jevit jako více ohrožující. Důsledkem toho bývá závislost na jiném člověku, který se stává prostředníkem mezi mentálně postiženým a okolním světem. (Vágnerová, 2012, s. 292)

Porucha v myšlení

Myšlení mentálně postižených osob s lehkou mentální retardací dosáhne v nejlepším případě úrovně konkrétních logických operací. Jejich uvažování je vždy vázáno na realitu. Pro mentálně postiženého je důležité, jak se mu daná situace jeví. Není schopen se odpoutat od vlastního pohledu, od vlastních pocitů a potřeb, které zkreslují jeho poznávání. Neschopnost nadhledu se projevuje sníženou kritičností a vyšší sugestibilitou. Jejich myšlení je zjednodušené, omezené a vázané na konkrétní skutečnost. Charakteristické pro něj je značná stereotypnost, rigidita a ulpívání na určitém způsobu řešení.

Mentálně postižení se dokážou mechanicky naučit určitá pravidla, ale v praxi je nejspíš schopni účelně aplikovat. Jejich postoj k řešení problémů bývá pasivní, obvykle očekávají pomoc od jiné osoby nebo na ně rezignují. Způsob myšlení závisí na stupni postižení a může odpovídat různým úrovním, v krajním případě se nemusí rozvinout vůbec. (Vágnerová, 2012, s. 292–293)

Porucha řeči

Řeč bývá postižena z formálního i obsahového hlediska. Typické znaky řečového projevu jsou následující:

- projev bývá nápadný méně přesnou výslovností,
- potíže v pochopení celkového kontextu – vzhledem k omezené slovní zásobě obtížně porozumí i běžnému verbálnímu sdělení. Nechápu složitější slovní obraty, ironii, metaforu apod. Lidé s lehkým mentálním postižením zvládnou základní slovní obraty a běžné konkrétní pojmy. U těžších stupňů postižení se verbální schopnosti nerozvíjejí vůbec,
- jazyková necitlivost – projevuje se četnými agramatismy,
- nápadná jednoduchost vyjádření – používání velmi krátkých vět, jednoznačných a konkrétních pojmů. Stereotypní výběr pojmů a stabilních slovních spojení.

U závažněji mentálně postižených osob je důležitá komunikace neverbálním způsobem. Je vhodné mentálně postižené naučit způsobu, jak vyjádřit základní pocity, např. souhlas a nesouhlas. (Tamtéž, s. 293–294)

Porucha učení

Schopnost učení je obecně v různé míře omezena. Nejedná se jen o důsledek nedostatečného porozumění, nepříznivý vliv mají i nedostatky v koncentraci pozornosti a paměti. Učení je převážně mechanické. Informace, dovednosti a návyky si fixují ve své rigidní podobě a také je stejným způsobem užívají. Učení něčemu novému není pro mentálně postižené příliš atraktivní, motivační. Musí být motivováni jiným způsobem, např. pochvalou či materiální odměnou. Jsou ochotni se učit i s podporou jiného člověka, ke kterému mají pozitivní vztah. Jejich učení je primárně motivováno emočně, nikoliv kognitivně. (Tamtéž, s. 295)

Nápadnosti emočního prožívání a odlišnost motivace

Emoční prožívání a způsoby reagování mohou být v závislosti na etiologii mentálního postižení změněny. Obvykle se jedná o zvýšenou dráždivost, větší pohotovost k afektivním reakcím či mrzuté náladě. Nedostatečná kontrola a ovládání vlastních emocí spojené s koncentrací na přítomnost vede k preferenci takového jednání, které jim přináší bezprostřední uspokojení. Mentálně retardovaní mají stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé, jež ale mohou být pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností různým způsobem modifikovány. Mají tedy tendenci uspokojovat svoje potřeby neodkladně a bez zábran. Způsob, jakým toho dosahují, odpovídá jejich aktuálnímu psychickému i somatickému stavu. (Vágnerová, 2012, s. 295)

Nápadnosti v chování

Lidé s lehčím stupněm postižení většinou vědí, jak by se měli v určitých situacích chovat, ale nelze od nich očekávat standardní reakce. Důvodem je snížená schopnost porozumění a chápání obecně platných hodnot a norem. Mentálně postižení se řídí především emocionálními impulzy, a pokud dojde k nějaké, byť i malé změně, může dojít k jejich dezorientaci a nepříjemné reakci. Nepříjemné, afektivní a někdy i agresivní projevy mohou být reakcí na situaci, které nerozumí a již nejsou schopni zvládnout. Schopnost sebeovládání není v dostatečné míře vyvinuta. Problematické chování může být výrazem neschopnosti vyjádřit svoje aktuální pocity standardnějším a pro ostatní srozumitelným způsobem. Taková aktivita, jako jsou křik, bušení hlavou do zdi a sebepoškozování, slouží ke komunikaci s okolím. V období adolescence se může zvyšovat sklon k agresivnímu jednání. Je to projev nedostatečného sebeovládání a neschopnosti odhadnout vlastní fyzickou sílu a možné negativní následky jejich konání. Příčinou agresivního chování může být např. organické poškození mozku, narůstající stres daný nadměrnými sociálními požadavky, kterým nerozumí a jimž není schopen jim vyhovět. Další příčinou je obrana před ponižováním, odmítáním, ale i omezení, kterým mentálně postižení nerozumí. Agresivní ataky vůči komukoli se mohou objevit na základě nově vzniklé zátěže a také u lidí, kteří se dosud chovali přijatelně. (Tamtéž, s. 295–298)

2 RODINA

Podle Mühlpachra (2008, s. 152) je rodina primární skupina, velikostí malý, avšak důležitý sociální subsystém společnosti. Rodinné prostředí je základem socializace dítěte, kdy rodičovské vzory a modely ovlivňují jeho budoucí chování. V rámci identifikace je ovlivněno rodiči a jejich osobnostními charakteristikami. Ze všech sociálních skupin představuje skupinu pro jednotlivce jako nejdůležitější a s nejvýznamnějším formativním vlivem na utváření osobnosti. Rodina poskytuje svým členům potřebné zázemí, uspokojuje jejich potřeby, předává zkušenosti, hodnoty, tradice, zvyky. (Laca, 2013, s. 6)

2.1 Rodina v etiologii rizikového chování

Rodinné soužití, jeho kvalita a aktivní zapojení všech členů do společného života je velice důležitým faktorem pro vývoj socializovaného člověka. Socializaci můžeme rozdělit na funkční a dysfunkční. V rámci funkční socializace si jedinec osvojuje žádoucí hodnoty, normy, vzorce chování apod. Naopak pokud je jedinec vylučován z kruhu širší společnosti a učí se deviantním způsobům chování, jedná se o socializaci dysfunkční. Tento typ socializace se většinou odehrává v sociálně nepodnětném prostředí.

Zásadní roli sehrává rodina v oblasti emocionální. Plní řadu sociálně výchovných funkcí, např. zajišťuje základní potřeby dítěte, učí ho vztahu k sociálnímu prostředí, k materiálnímu vybavení apod. V rodině, ve které se vyskytují sociálně patologické jevy a neplní svoji funkci, dochází k citovému strádání dítěte, tedy k rané deprivaci. Jedná se zejména o zanedbání výchovy, nespokojení základních potřeb dítěte, a to hlavně citových. (Svoboda Hoferková, Bělík, 2019, s. 37–38)

2.2 Funkce rodiny

Rodině připadá nezastupitelná úloha v socializačním procesu. Je charakterizována jako systém z hlediska jejích funkcí:

- **biologicko-reprodukční** funkce podporuje plození potomstva, uspokojování sexuálních potřeb,
- **ekonomická** funkce definuje rodinu jako prostor aplikující různé strategie jejích členů v rámci společného hospodaření,

- **socializační a akulturační** funkce zajišťuje výchovu dětí, vzdělávání, předávání kulturních hodnot,
- **emocionální** funkce plní uspokojování citové potřeby, uznávání a vzájemnou podporu. (Mühlpachr, 2008, s. 152–153)

2.3 Typ rodiny

Laca (2013, s. 19) rozlišuje rodiny z hlediska složení:

nukleární rodina – tvoří ji příslušníci dvou generací (rodiče a děti)

- **úplná rodina** – oba rodiče a dítě
- **neúplná rodina** – pouze jeden rodič a dítě

rozšířená rodina – více než dvě generace (rodič, dítě, prarodiče).

Mühlpachr (2008, s. 155–156) se zmiňuje o rodině:

funkční – členové rodiny se respektují, vnímají potřeby členů rodiny,

- pozitivní atmosféra,
- závažné záležitosti rozhodují rodiče, při rozhodnutí je brán zřetel i na přání dětí,
- komunikace probíhá formou dialogu.

dysfunkční – problémy v rodině se zlehčují,

- negativní emoční projevy,
- nejsou vymezeny kompetence,
- běžnou provozní rutinu domácnosti zvládá s obtížemi,
- komunikace probíhá převážně formou monologu.

2.4 Výchova a výchovné styly

Pöslová (2020, s. 15–19) rozlišuje tři základní typy výchovy:

Autokratická výchova

Autokratická výchova neumožňuje dítěti vyjádřit svůj názor, není vytvářen prostor pro diskusi, vyjednávání, nedochází k rozvoji vlastních názorů. V rodině je rodič absolutní autoritou, rozhoduje pevnou rukou a je přesvědčen o své pravdě.

To, co rodič prosazuje a co po dítěti chce, může být zcela v pořádku, ale způsob, jakým toho docílí, správný není. V dítěti je vyvoláván strach, který potlačuje přirozenost a svobodný vývoj. Děti vychovávané autoritativní, nebo dokonce despotickou výchovou, mají potíže se sebevědomím.

Tolerantní výchova

Přání a názor dítěte v tomto typu výchovy je nejdůležitější. Rodiče věří, že dítě samo ví, co je pro něj dobré, a aktivně nezasahují, pouze sledují a podporují své dítě ve všech aktivitách. Tolerantní výchova se jeví jako velice vstřícná, přesto mnohé děti takto vychovávané se dostávají do psychologických ambulancí. V důsledku benevolentní výchovy se vytváří u dětí jiný systém hodnot, empatii je nikdo nenaučil. Dítě se cítí být tím nejdůležitějším, očekává od druhých respekt, obdiv, pomoc. Samo však nikomu nepomůže, je zvyklé, že vše, co chce, získá ihned. Své potřeby vnímá jako jedinečné, ve svém prožívání je egocentrické a pro své prosazení je schopné jít do konfliktu. Od malička nenaráželo na hranice svých rodičů, ale ve vnějším světě naráží na autority, druhé děti, na režim.

Demokratická výchova

Pojem demokracie rodiče zpravidla vnímají jako rovnoprávnost, rovnocenné postavení rodičů a dětí, každý má právo na svůj názor a výsledek je založen na vzájemné důvěře. Tento typ výchovy se jeví jako vhodný pro rodiny s většími dětmi, kde je prostor pro obhajobu svých názorů a také pro akceptaci a toleranci názorů ostatních.

2.4.1 Negativní tendence ve výchově

Laca (2013, s. 98–99) považuje za ideální představu výchovy spojení modelů liberálního a demokratického, protože v různých situacích se rodič chová jinak, a nelze tedy používat pouze jeden výchovný model. I přesto, že chtějí rodiče svým dětem předat to nejlepší, dopouštějí se výchovných chyb. Důležité je být pro děti vzorem a chovat se tak, jak to vyžadujeme od nich.

Odborná literatura nejčastěji vymezuje tyto negativní tendence:

- **Časté zákazy a příkazy** – uplatňují se zde prvky autoritativní, kdy se zákaz považuje za malý trest. Pochopí-li dítě, za co je trestané, a změní svůj postoj, považuje se to za pozitivní účinek.
- **Přehnaná starostlivost** – rodiče ve snaze zlepšit dítěti život vykonávají místo dítěte činnosti, které je schopno zvládnout samo. Z tohoto dítěte se později stává nesamostatný člověk, který se sám nesnaží a spoléhá se na pomoc ostatních.
- **Vkládání svých nesplněných snů do dětí** – rodiče neberou ohled na přání dítěte a nutí ho do aktivit, ve kterých si chtějí splnit své neuskutečněné plány z mládí.
- **Perfekcionalismus** – nadměrné soustředění se na maličkosti a detaily. Děti žijí ve strachu, zda vše udělali dle očekávání rodičů, ztrácí tím radost z činností a vypěstují si k nim odpor.
- **Nedůsledná výchova** – dítě nemá jasně daná pravidla. Neví, co se od něj očekává, neumí si vybudovat žebříček hodnot, protože rodiče jsou nedůslední a co jeden den dítěti nedovolí, druhý den povolí.
- **Tělesné tresty** – jsou velmi nevhodnou formou výchovy, jejíž nežádoucí účinky se projevují i v dospělosti. Je pravděpodobné, že dítě si tuto formu výchovy osvojí.

2.5 Rodinná diagnostika

Posouzení rodinného zázemí a kvality rodinných vztahů dítěte je vždy povinnou součástí vyšetření dítěte. Výjimkou může být vyšetření adolescenta, který přichází bez doprovodu rodičů např. ohledně volby povolání. Kvalita rodinného prostředí úzce souvisí s kvalitou emočního prožívání dítěte a s jeho vlastním sebehodnocením. Funkční rodina je nejvýznamnějším zdrojem opory dítěte v krizi, naopak narušené rodinné vztahy a nedostatečná péče představují závažné patogenní či neurotizující činitele. Údaje o rodině bývají získávány od členů rodiny, kteří doprovázejí dítě k vyšetření. V případě, kdy dítě významným způsobem ovlivňuje rodinný systém nebo rodinné faktory hrají v problému dítěte významnou roli, je žádoucí doplnit vyšetření i o diagnostickou práci s celým rodinným systémem. V rodinné diagnostice můžeme používané metody dělit na klinické (pozorování, rozhovor, anamnéza) a testové (dotazníky, projektivní metody).

Proces diagnostiky či hodnocení rodiny je poměrně náročný a složitý. Získaná data lze zhruba rozdělit na:

Údaje o rodinné struktuře a organizaci rodiny: složení rodiny, její dílčí subsystémy a hranice, např. subsystém rodičovský, sourozenecký, koalice, např. matka s dítětem proti otci a naopak, role, pevnost a propustnost hranic subsystému i celého rodinného systému vůči okolí apod.

Údaje o kvalitě rodinné komunikace či interakce: jasnost a zřetelnost, otevřenost, rodinná tabu, způsoby vyjadřování emocí, vyváženost komunikace apod.

Hodnocení rodinného klimatu: rodinná koheze, emoční opora a vřelost, konfliktnost.

Vývojové aspekty: stadium vývoje rodiny (rozdělení, nebo odchod dětí z rodiny), schopnost změny při přechodu do dalších vývojových etap, flexibilita rodinného systému (pružnost rodiny při řešení problémů) apod.

Orientace rodiny, rodinné hodnoty a cíle, rodinné tradice, mýty.

Funkčnost rodiny – kvalita plnění základních rodinných funkcí: funkce reprodukční, socializační, seberealizační, emočně stabilizační.

Klinické metody nabízejí možnost získání dat ve všech uvedených oblastech. Klinické metody a metody individuálně administrované (rodinně zaměřené dotazníky a projektivní metody) jsou součástí každého vyšetření dítěte. Speciální diagnostické techniky práce s celou rodinou (metody administrované celé rodině k společnému provedení) jsou častěji aplikovány především na pracovištích orientovaných na rodinnou terapii. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012, 288–289)

3 SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ

3.1 Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou

Dříve byl syndrom hyperaktivity popisován pouze u dětí a používal se termín LDE (lehká dětská encefalopatie). Později se začal používat termín LMD (lehká mozková dysfunkce), souběžně s ním také MMD (malá – minimální – mozková dysfunkce). Alternativa tohoto syndromu, která se týkala neklidných, nesoustředěných a hyperaktivních dětí, byla označována jako hyperaktivní (hyperkinetický) syndrom. Z hlediska pedagogicko-psychologické terminologie je hyperaktivní syndrom zařazován mezi tzv. specifické (vývojové) poruchy chování. V současné době se podle amerického Diagnostického statistického manuálu duševních poruch DSM-V užívá termín ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se užívá termín hyperkinetický syndrom. (Žáčková, Jucovičová, 2017, s. 13–15)

3.2 Primární charakteristika dítěte s ADHD

Většina autorů zabývajících se hyperaktivními dětmi se shoduje, že děti s ADHD bývají silně emočně labilní (citově nestálé), pozorujeme u nich časté výkyvy nálad, rychlé přechody od pláče k smíchu a naopak. Takové dítě někteří učitelé i rodiče charakterizují jako náladové. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 43–44)

Nepozornost

Děti s diagnózou ADHD mají problémy s udržení pozornosti ve větší míře než zdravé děti stejného věku a pohlaví. Nejvíce se tyto obtíže projeví v situacích, kdy se mají soustředit na věci, které jsou pro ně nezajímavé (školní práce bez dohledu pedagoga, opakované úlohy). Pozornost je tedy snadno odvedena k jinému, pro dítě zajímavějšímu úkolu. Jedná se tedy nejen o poruchu pozornosti, ale i vytrvalosti. (Paclt, 2007, s. 14)

Hyperaktivita a impulzivita

Hyperaktivita či impulzivita jsou další z příznaků ADHD. Dítě nekontrolovaně pohybuje rukama a nohama, při vyučování nebo jiných činnostech nevydrží sedět a vstává ze židle. V situacích, kdy je to nevhodné, pobíhá nebo popochází, bývá často

nepřiměřeně upovídané a mívá potíže s hraním nebo prací potichu. Velice často přerušuje druhé v hovoru, je nedočkavé a odpovídá na otázky dříve, než byly dokončeny. (Raboch et al., 2020, s. 363)

3.3 Diagnostická kritéria

Hyperkinetické poruchy jsou charakterizované raným počátkem a kombinací nadměrně aktivního, hůře ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Projevy jsou trvalé, objevují se v různých situacích, jejich míra je nepřiměřená mentálnímu věku dítěte. Pro stanovení diagnózy „hyperkinetická porucha chování“ by problémy s chováním měly začít před sedmým rokem věku dítěte a trváním symptomů nejméně šest měsíců.

Diagnostická kritéria hyperkinetické poruchy podle MKN-10:

- **porucha pozornosti** (přítomnost šesti příznaků z devíti): obtížně koncentruje pozornost; nedokáže udržet pozornost; neposlouchá; nedokončuje úkoly; vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí; nepořádný, dezorganizovaný; ztrácí věci; roztržitý; zapomětlivý,
- **hyperaktivita** (přítomnost tří příznaků z pěti): neposedný, vrtí se; nevydrží sedět na místě; pobíhá kolem; vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho; v neustálém pohybu; mnohomluvný,
- **impulzivita** (přítomen jeden příznak ze čtyř): nezdrženlivě mnohomluvný; vyhrkne odpověď bez přemýšlení; nedokáže čekat; přerušuje ostatní. (Drtílková In: Drtílková, Šerý, 2007, s. 23–24)

Podle MKN-10 se uvádějí dva subtypy u hyperkinetického syndromu:

- porucha pozornosti a aktivity,
- hyperkinetická porucha chování. (Žáčková, Jucovičová, 2017, s. 15)

Diagnostická kritéria ADHD podle DSM-V:

Pro stanovení diagnózy je nutné, aby se několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity a impulzivity objevilo před dvanáctým rokem věku ve dvou nebo více prostředích. Šest nebo více příznaků by mělo být přítomno po dobu delší než šest měsíců

a v takovém stupni, který neodpovídá vývojové úrovni jedince s přímým negativním dopadem na sociální, školní aktivity.

Dále musí být jasný důkaz, že příznaky ovlivňují úroveň života v sociální nebo školní oblasti a nevyskytují se výhradně v průběhu schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy a jejich přítomnost nelze lépe vysvětlit jinou duševní nemocí. (Raboch, 2015, s. 61–62)

Podle DSM-V tvoří syndrom ADHD tři subtypy:

- „ADHD s převažující poruchou pozornosti,
 - ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou,
 - kombinovaný typ (smíšený) – jde o kombinaci výše uvedených subtypů.“
- (Žáčková, Jucovičová, 2017, s. 16)

Komorbidity

U části dětí s hyperkinetickou poruchou se mohou vyskytovat další problémy. Jedná se o vrozené nedostatky, které dětem ztěžují úspěšně zvládnout školní výuku, souhrnně se nazývají specifické vývojové poruchy školních dovedností. Poruchy chování se mohou projevat jako výbuchy zlosti, rvačky, šikanování, krádeže, záškoláctví, útoky z domova. Mírnější forma narušeného chování projevující se především vzdorovitým, odmítavým chováním se nazývá porucha opozičního vzdoru. U starších dětí se mohou připojit úzkostné nebo depresivní příznaky. Epidemiologické údaje ukazují, že u dětí s hyperkinetickým syndromem bývá častěji přítomna enuréza, zvláště noční. Dětem s komorbidními poruchami je třeba věnovat zvýšenou pozornost, léčbu musí ordinovat zkušený dětský psychiatr. (Drtilková, Šerý, 2007, s. 43–44)

3.4 Vznik a vývoj ADHD

Syndrom ADHD je vrozený neurovývojový syndrom projevující se oslabením či narušením funkcí (dysfunkcí) zaměřených na udržení pozornosti, na sebeovládání a plánování. V průběhu vývoje jedince se syndrom ADHD vyvíjí, rozvíjí a mění. Mezi rizikové faktory vzniku a vývoje ADHD lze zahrnout faktory dědičnosti, vlivy prostředí, drobné poškození centrální nervové soustavy v raných vývojových obdobích – v době před narozením, při porodu, časně po porodu. Zásadní vliv na vývoj hyperaktivního jedince má již od raného věku nejbližší sociální prostředí, zejména rodina. (Žáčková, Jucovičová, 2017, s. 19–20)

3.5 Psychodiagnostika ADHD u dětí

V případě hyperkinetického syndromu hraje velice důležitou roli systematické a komplexní psychologické vyšetření. Podává informace o dosažené vývojové úrovni dítěte, určuje specifické oslabené oblasti a přispívá tak k sestavení individualizovaného nápravného/rozvojového plánu. Před zahájením standardizovaných postupů je nutné na základě rozhovoru s dítětem i rodičem a pozorováním určit, do jaké míry projevy ADHD mohou ovlivnit výsledky psychodiagnostických metod. Cílem vyšetření je živá interakce s dítětem, která vede k informacím o jeho vývojové úrovni a charakteru jeho specifických oslabených oblastí. Vyšetření je časově náročné, a proto by mělo probíhat v dopoledních hodinách po dostatečném spánku, kdy dítě není vystaveno jakýmkoliv stresům.

Klinická část vyšetření

Důkladná klinická část musí předcházet administraci testových metod. Tento postup by měl dát podklad ke stanovení:

- optimální testové baterie a časového rozložení,
- základních strategiích efektivního vedení dítěte vyšetřením s respektem k možným nežádoucím projevům v oblasti chování a pozornosti,
- základních hypotéz o možném charakteru obtíží, které budou následně ověřeny příslušnými testy.

Testová část

V testové části se používá Wechslerova škála inteligence, která představuje základní nástroj v psychodiagnostice hyperkinetického syndromu. Dále se využívají testy zaměřené na pozornost, percepci, speciální schopnosti, znalosti a dovednosti. Nezbytnou součástí celkového vyšetření jsou škály nebo dotazníky pro dítě, rodiče a učitele. Podávají informaci o percepci aspektů poruchy ze strany rodiče, dítěte, učitele. (Paclt, 2007, s. 59–61)

3.6 Léčba ADHD

Cílem léčby je pomoci dětem zvládnout denní režim, školní výkonnost, začlenění do kolektivu a vztahy s blízkými osobami. Na léčbě ADHD by se měli podílet nejen lékaři a psychologové, ale i pedagogové, rodiče, sourozenci a další osoby blízké dítěti. Úplný léčebný přístup zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii a režimová a výchovná opatření. (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 81)

3.6.1 Léky určené pro léčbu ADHD

Pro léčbu v současné době existují dvě skupiny léků, a to stimulancia ovlivňující dopaminový systém a nestimulační látky působící na metabolismus noradrenalinu.

Stimulancia

Patří mezi nejdéle používané léky u ADHD, je s nimi nejvíce zkušeností a je vhodný jako lék první volby. V České republice je schválen lék Ritalin, jehož účinnou látkou je methylfenidát. Je doporučen pro děti od šesti let, u závažnějších projevů hyperaktivity je možné podat lék dítěti již od tří let věku. První změny účinnosti Ritalinu se mohou objevit již v rozmezí třiceti minut až jedné hodiny. Nevýhodou je působnost léku tři až čtyři hodiny, z toho vyplývá nutnost podat lék nejméně dvakrát během dopoledne. Využití druhé dávky vyžaduje spolupráci rodičů a školy nebo školky. Je třeba k dávkování přistupovat individuálně. Další lék na bázi methylfenidátu je Concerta a díky pozvolnému uvolňování účinné látky stačí podání jedné dávky ráno. Nedochozí k výkyvům pozornosti a děti se lépe zapojují i do odpoledních mimoškolních aktivit. Není však doporučen jako lék první volby. (Tamtéž, s. 89–90)

Nestimulační preparáty

Atomoxetin (Strattera) je preparát k léčbě ADHD, který působí prostřednictvím změny aktivity noradrenalinového systému, je doporučený jako lék první volby. Atomoxetin po jednom podání pokrývá účinkem celý den, projevuje se i pozitivní efekt na zlepšení spánku. U pacientů s ADHD a paralelně přítomnou úzkostnou poruchou je při užívání pozorováno i zmírnění příznaků hyperaktivity, nepozornosti a impulzivity i úzkosti. Léčba začíná malou dávkou, která se přiměřeně k hmotnosti pacienta zvyšuje. Účinek atomoxetinu se plně projeví po několika týdnech pravidelného užívání a je možné

očekávat v následujících týdnech jeho zvýšení. Atomoxetin zpřístupnil farmakoterapii ADHD širšímu spektru pacientů, protože není třeba žádných speciálních opatření kvůli zneužívání, jako je tomu u stimulantů. (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 90–91)

Možné nežádoucí účinky

Na počátku léčby lze očekávat i možné nežádoucí účinky. Během prvního měsíce je možné u dítěte pozorovat změny chování, spánku, nálady, chuti k jídlu, je třeba se dotazovat na nevolnost, bolest hlavy či břicha. Projevili-li se u dítěte nežádoucí reakce, např. silné bolesti hlavy, zmatenost, bušení srdce nebo svědění kůže, je nutné ihned přerušit podávání léků a bezodkladně vyhledat lékaře. Lék nelze podat u osob, které mají alergii na některou z látek přítomnou v léku. Při závažných onemocněních (např. epilepsie, onemocnění jater) by měl lékař zvážit, zda je riziko možných nežádoucích účinků vyšší než očekávané zlepšení. (Tamtéž s. 91–92)

3.6.2 Psychoterapie v léčbě ADHD

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je psychoterapeutický směr, kdy kognitivní přístup pracuje s myšlenkami na postoj ke své osobě, k druhým a okolnímu světu. Je účinná u komorbidních depresivních a úzkostných poruch. Behaviorální přístup se zaměřuje na zjevné, tedy pozorovatelné chování, které se snaží změnit hledáním jeho spouštěče a jeho následky. Problémové chování může být důsledkem nedostatku schopnosti (dosud se nenaučil jinému chování) nebo neschopnosti tyto dovednosti využít.

Základní principy KBT:

- krátká, časově omezená,
- strukturovaná, terapeut je aktivní a direktivní,
- opírá se o vztah otevřené spolupráce mezi klientem a terapeutem,
- vychází z teorií učení a teorií kognitivní psychologie,
- zaměřuje se na konkrétní, jasně definované problémy,
- stanovuje si konkrétní, funkční cíle,
- zaměřuje se na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy,
- uplatňuje vědeckou metodologii,
- konečným cílem je dosažení soběstačnosti klienta.

KBT si u hyperkinetické poruchy neklade za cíl poruchu vyléčit, ale zaměřit se na konkrétní problémy. Některé příznaky ADHD jsou především biologicky podmíněné a nelze je vůlí ovlivnit. Nelze tedy pomocí KBT řešit např. nepozornost, nesoustředění se apod. Na základě definovaných problémů je naplánován cíl terapie, který je reálný, dosažitelný a pro klienta funkční v jeho životě. Cílem je totiž změna chování a nové chování musí klientovi přinášet výhody, jinak se opět vrátí k chování předchozímu. Žádoucí chování musí být zpočátku vždy odměněno, postupně od odměn ustupujeme.

Z kognitivních technik využíváme trénink sebeovládání pomocí metody „Stop! Přemýšlej!“ Nacvičuje se řídicí samomluva zaměřená na řešení problému:

- definice problému (co dělat?),
- přístup k problému (promyslet všechny možnosti),
- zaměření pozornosti (soustředit se, nemyslet na nic jiného),
- výběr řešení (ze všech možností si myslím, že toto je správné řešení),
- sebeocenění za správné jednání nebo oprava chyby (to jsem udělal správně/byla to chyba, příště nebudu tak spěchat).

V první fázi se dítěti samomluva přehrává, pak se povzbuzuje k vyzkoušení, mluví k sobě nahlas, postupně se samomluva internalizuje. V další fázi se děti učí poznávat své myšlenky a pocity, zároveň i myšlenky a pocity ostatních. Tyto dovednosti jim pomohou k řešení interpersonálních problémů. Do této terapie je nutné zapojit rodiče a vhodné je i zapojení pedagogů. S rodiči se pracuje v rámci rodinné kognitivně behaviorální terapie, při níž se rodiče učí správně reagovat na chování dítěte, a žádoucí chování, které často přehlížejí, oceňovat. Základem je tedy edukace rodičů o povaze poruchy, kterou trpí jejich dítě.

Pro děti s ADHD je nutné využívat multimodální přístup a na jednotlivé problémy aplikovat v dané chvíli nejvhodnější metodu. Ukazuje se, že k maximálnímu zlepšení je nezbytné kombinovat medikaci, psychoterapii, práci s rodinou, poučení pedagogů a sociální opatření. (Theiner In: Drtílková, Šerý, 2007, s. 177–181)

3.6.3 Obecné zásady výchovného vedení

Pro dítě je vhodné vytvořit klidné prostředí, projevovat mu lásku a ujistit ho, že v rodičích bude mít vždy oporu, zajistí mu zázemí, bezpečí a jistotu. Požadavky na dítě musí být přiměřené a pro dítě zvládnutelné. Ve vypjatých a afektivních situacích, pokud

možno zůstat klidní a vyrovnaní. Dítě by mělo mít pocit, že je pozitivně přijímáno takové, jaké je. Pro snadnější orientaci v průběhu dne by si dítě mělo zvyknout na pravidelný režim dne. Zároveň by dítě mělo mít i jasně a stručně vymezeno, co se od něj očekává, jaké chování je ještě přijatelné, jaké už ne. Jasně stanovená pravidla je také třeba často připomínat, opakovat a zároveň důsledně dodržovat. Častější nenásilnou kontrolou dosáhneme u dětí zautomatizování a zvnitřnění požadované činnosti. Kontrola musí být efektivní s okamžitou zpětnou vazbou, která má být stručná, jasná a pro dítě pochopitelná a pozitivní. Negativa je třeba sdělit vhodnou formou, aby se dítě necítilo odsuzované, ale zároveň vyvodilo důsledky ze svého chování.

Zásadní je sjednocení výchovného působení v rodině mezi rodiči a popř. dalšími členy rodiny, ale i ve škole mezi pedagogy. Neméně důležité je i sjednotit výchovné postupy rodiny a školy. Vzájemná spolupráce dokáže přispět k postupnému odbourávání problémů i u velmi silných a kombinovaných poruch. Naopak pokud se tato spolupráce nedaří, nemusí se práce s dítětem dařit ani při velkém úsilí jedné strany. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 55–57)

3.7 Výchova a vzdělávání dětí s poruchou chování

3.7.1 Prevence a školská zařízení pro preventivně výchovnou péči

Prevence

Pojmem prevence označujeme opatření směřující k předcházení a minimalizování jevů spojených s rizikovým chováním a jeho důsledky. Může mít charakter předcházení vzniku, rozvíjení a recidivy společensky nežádoucího jevu, tomu odpovídají tři stupně prevence – primární, sekundární, terciární. Pokud se u dítěte objevuje rizikové chování, využíváme intervence na úrovni indikované prevence. Z hlediska kvality života a fungování společnosti se tento způsob práce jeví jako důležitý. Důraz se klade na rozvoj a prohlubování znalostí, utváření a formování hodnotového žebříčku a postojů, k osvojování norem společnosti a k přípravě na různé sociální role. Jsou podporovány žádoucí formy chování, aktivity také směřují k podpoře efektivního využívání volného času, upevňování zdraví a zdravého způsobu života. (Čech In: Miovský a kol, 2015, s. 143–144)

3.7.2 Středisko výchovné péče

Středisko výchovné péče (dále SVP) je školské zařízení, poskytující preventivně výchovnou péči dětem a mladistvým od tří do osmnácti let, případně do ukončení jejich přípravy na budoucí povolání. Středisko pečuje o klienty, u nichž dominuje porucha chování, ale nenastal důvod k nařízení ústavní výchovy nebo uložení ochranné výchovy. SVP má nepochybně klíčovou roli v systému preventivně výchovné péče o děti s projevy problémového chování, s poruchami chování, ADHD apod. Komplexně pracují jak s dítětem, s jeho rodinou, tak i s dalšími osobami z jeho okolí. Spolupracují se školou a dalšími odborníky, tím vytvářejí podmínky pro změnu v projevech chování. Středisko nabízí služby formou ambulantní nebo pobytové péče. (Hutyrová et al., 2019, s. 163)

3.7.3 Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy

Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy poskytují na základě rozhodnutí soudu o ústavní nebo ochranné výchově nezletilým osobám ve věku od tří do osmnácti let (případně do devatenácti let) náhradní výchovnou péči v zájmu zdravého vývoje, řádné výchovy a vzdělávání. Školská zařízení pro výkon ochranné nebo ústavní výchovy jsou:

Diagnostický ústav

Zařízení, ve kterém probíhá komplexní diagnostika dětí zpravidla po dobu osmi týdnů. Na základě dané diagnostiky je dítě umístěno do dalšího zařízení, popř. zpět do rodiny. (Bendová et al., 2015, s. 196) Podle zákona č. 109/2002 Sb. zastává diagnostický ústav (dále jen DÚ) funkci diagnostickou, vzdělávací, terapeutickou, výchovnou a sociální, organizační a koordinační. Pouze DÚ může dítě s uloženou ochranou výchovou umístit do dětského domova, dětského domova se školou a výchovného ústavu, a to ve stejném územním obvodu, ve kterém se DÚ nachází. Po předchozí dohodě lze dítě umístit do některého z uvedených zařízení v územním obvodu jiného DÚ.

Pokud k dohodě nedojde, rozhodne o umístění dítěte ministerstvo na návrh DÚ, v jehož péči se dítě nachází, s přihlédnutím k vyjádření orgánu sociálně-právní ochrany, který dítě eviduje. DÚ předává dítě s dokumentací uvedenou v § 5 odstavce 5, dále nejméně dvakrát v kalendářním roce zajišťuje činnost odborného pracovníka DÚ v zařízeních za účelem metodického vedení, koordinace a ověřování vhodného postupu a výsledků výchovné péče. (Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, online, cit. 2020-12-01)

Dětský domov

Zajišťuje výchovu a vzdělávání dětem s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažnější poruchy chování od tří do osmnácti let. Děti navštěvují školy mimo dětské domovy (dále jen DD). Podle zákona č. 109/2002 Sb., DD pečuje o děti dle jejich individuálních potřeb, ve vztahu k dětem plní úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Do DD se umísťují i nezletilé matky spolu s jejich dětmi. (Bendová et al., 2015, s. 197–198)

Dětský domov se školou

Pečují a vzdělávají děti s nařízenou ústavní výchovou se závažnými poruchami chování, děti s nařízenou ochrannou výchovou a nezletilé matky s dětmi s poruchami chování nebo duševní poruchou vyžadující výchovně léčebnou péči. Jedná se o děti od tří do patnácti let, přetrvávají-li problémy, pokračuje péče ve výchovném ústavu. (Tamtéž, s. 198)

Výchovný ústav

Podle zákona č. 109/2002 Sb. pečuje výchovný ústav (dále jen VÚ) o děti starší patnáct let se závažnými poruchami chování s nařízenou ústavní nebo uloženou ochrannou výchovou i pro nezletilé matky. Výjimečně může být umístěno i dítě starší dvanácti let s uloženou ochrannou výchovou, u něhož se projevují tak výrazné poruchy chování, že ho nelze umístit v dětském domově se školou. Ve vztahu k dětem plní úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. (Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, online, cit. 2020-12-01)

4 KVALITA ŽIVOTA

4.1 Vymezení pojmu kvalita života

Pojem „kvalita života“ byl poprvé zmíněn v roce 1920 v souvislosti s ekonomikou a sociálním zabezpečením. V Evropě se tento pojem objevil v programu Římského klubu, který měl jako jednu z hlavních aktivit programové zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života. Evropská komise OSN v roce 1974 systematizovala sociální indikátory do osmi skupin:

- zdraví,
- kvalita pracovního prostředí,
- nákup zboží a služeb,
- možnosti trávení volného času,
- pocit sociální jistoty,
- možnosti rozvoje osobnosti,
- fyzikální kvalita životního prostředí,
- možnost účasti na společenském životě. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 7–8)

V literatuře existuje řada definic kvality života, ale u žádné z uváděných nedošlo ke všeobecné akceptaci. Pojem kvalita života se definuje jako úroveň osobní pohody spojené se životním stylem a podmínkami, ve kterých lidé žijí; jako pocit naplnění nebo uspokojení, pramenící z vlivů vnějšího prostředí. V uvedeném smyslu je kvalita života měřitelná pomocí subjektivních indikátorů. Na obecné úrovni se kvalita života chápe jako důsledek působení mnoha faktorů, především sociální, zdravotní, ekonomické i environmentální podmínky.

Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Pro pojem kvalita života je tedy zásadní pocit pohody pramenící z tělesné, duševní a sociální vyrovnanosti každého jedince. (Vážanský, 2010, s. 20–21)

4.2 Rozdělení dimenzí kvality života za účelem měření

Světová zdravotnická organizace rozeznává čtyři základní oblasti vystihující dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život.

Psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, sebehodnocení, negativní a pozitivní pocity, myšlení, víra, paměť.

Sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita.

Prostředí – finanční zdroje, bezpečí, svoboda, domácí prostředí. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 18-19)

American Thoracic Society (ATS) chápe kvalitu života jako nejobecnější pojetí, zahrnující veškeré oblasti života, ovlivňující jeho bohatost, plnost a složitost. Upozorňuje, že jedincova spokojenost se životem má dvě subjektivní složky: důležitost, jakou jedinec dané oblasti přikládá, a jak je s danou oblastí spokojen. To se odráží na celkové spokojenosti kvality života. (Tamtéž, s. 20)

ATS nabízí tzv. Flaganovu taxonomii, která rozeznává celkem patnáct dimenzí kvality života rozdělených do pěti základních faktorů:

Tabulka 1: Oblasti kvality života podle American Thoracic Society (tzv. Flaganova taxonomie)

Fyzická a materiální pohoda	materiální pohoda a finanční jistota
	zdravotní a osobní bezpečí
Vztahy k ostatním lidem	vztah s druhem/družkou
	mít a vychovávat děti
	vztah s rodiči, sourozenci a ostatními příbuznými
	vztah s přáteli
Společenské a občanské aktivity	pomoc a podpora druhým
	participace na veřejném životě
Osobnostní rozvoj, naplnění	intelektový rozvoj
	porozumění a plánování budoucnosti
	kariérní plány
	tvořivost a osobní vyjádření
Volný čas	setkávání se s druhými lidmi
	pasivní volnočasové činnosti
	aktivní volnočasové činnosti

Zdroj: Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 21

PRAKTICKÁ ČÁST

5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

5.1 Cíl práce, výzkumné otázky

Cílem praktické části bylo zjistit, jak velký vliv má rodina na kvalitu života žáka s poruchou chování (dále jen PCH) a mentálním postižením.

Výzkumné otázky

1. Jaký vliv má rodina na kvalitu života žáka s PCH a mentálním postižením?
2. Jak ovlivňuje kvalitu života žáka s PCH a mentálním postižením prostředí, ve kterém je vychováván?
3. Jak vnímá svůj život žák s PCH a mentálním postižením?

5.2 Metodologie výzkumu

Při zpracování praktické části předkládané bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum za použití případové studie. Byly použity tyto techniky: studium dokumentů, pozorování a rozhovor.

Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup, který se může týkat života lidí, chování, příběhů a také společenských hnutí, vzájemných vztahů. Spočívá v analýze zkoumaných jevů, odhalení elementárních složek, odhalení spojení a závislostí, které jsou mezi nimi, v charakteristice jejich celostní struktury, interpretaci smyslu nebo funkce, kterou plní. (Kutnohorská, 2009, s. 22)

Hendl (2016, s. 101) považuje za jeden ze základních přístupů kvalitativního výzkumu případovou studii, jež se zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů. Výzkumnou otázkou je, jaké jsou charakteristiky daného případu nebo skupiny. Osobní případová studie se zaměřuje na výzkum určitého aspektu u jedné osoby. Pozornost je věnována např. minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely dané události. Zkoumají se možné příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, které k ní měly vztah. Také historie života klade důraz na určitý aspekt života jedince. (Tamtéž, s. 103)

Pozorování

V rámci této bakalářské práce bylo zvoleno přímé a zúčastněné pozorování, které provádí sám výzkumník a jež se stává součástí zkoumaného prostředí. Tato výzkumná technika se týká bezprostředního a systematického pozorování sociálních jevů, procesů či činností podle stanoveného plánu bez jakéhokoliv ovlivňování pozorovaného objektu. Pozorování je náročné na čas a nároky jsou kladeny i na výzkumníka, např. zachování nezaujatého a objektivního postoje; schopnost zvládat složité a nečekané situace, případně na ně vhodným způsobem reagovat. (Kutnohorská, 2009, s. 35–37) Pozorování našeho žáka proběhlo ve školní družině a na internátě školy, kterou navštěvuje. Zaměřili jsme se na chování žáka v mimoškolních činnostech (spontánní činnosti, řízené činnosti). Sledujeme interakci mezi žákem a vychovatelem, dále vztahy s ostatními ubytovanými žáky.

Rozhovor

Pro výzkum byl zvolen polostandardizovaný rozhovor s otevřenými otázkami, pro který vytváříme schéma, jež je závazné a obvykle specifikuje okruhy otázek, na něž se bude výzkumník ptát. Pořadí otázek je možné zaměňovat. Důležité je upřesnění a vysvětlení odpovědí, např. jak danou věc myslí. Ověřujeme si správné pochopení odpovědi pro následnou interpretaci. (Kutnohorská, 2009, s. 40)

Otázky rozhovoru

Otázky byly inspirovány tzv. Flaganovou taxonomií, která rozeznává celkem patnáct dimenzí kvality života rozdělených do pěti faktorů: fyzická a materiální pohoda; vztahy k ostatním lidem; společenské a občanské aktivity; osobnostní rozvoj, naplnění; volný čas. (Vadňurová, Mühlpacher, 2005, s. 21) Otázky byly upraveny tak, aby jim žák porozuměl a dokázal na ně odpovědět.

Etika výzkumu

S ohledem na soukromí vybraného žáka je v této práci změněno jeho jméno. Dále byl vytvořen formulář „Informovaný souhlas“, ve kterém zákonný zástupce dítěte svým podpisem potvrdil souhlas se zpracováním osobní dokumentace dítěte, s pozorováním a s poskytnutím rozhovoru.

Vzhledem k umístění žáka do DD podepsal informovaný souhlas opatrovník určený soudem, v tomto případě sociální pracovnice daného zařízení. Formulář je k nahlédnutí v příloze.

5.3 Charakteristika výzkumného pracoviště

Celý název: Základní škola a Praktická škola Jesenice, příspěvková organizace, Plzeňská 63, Jesenice u Rakovníka 270 33

Škola je zřízena podle § 16, odst. 9, zákona 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění. Zařízení je vhodné pro výchovu a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve věku od šesti do dvaceti šesti let. Škola je obklopena krásnou přírodou. Lesy, rybníky a louky jsou vhodné pro školní výuku z oblasti přírodních věd a rozvoj pohybových schopností. Také pro aktivity školní družiny a internátu je toto prostředí ideální. Škola poskytuje žákům vzdělávání, výchovu, volnočasové aktivity, speciálně pedagogickou péči, ubytování a stravování. (ZŠ a PrŠ Jesenice, online, cit. 2021-01-27) Ve školním roce 2020/2021 bylo otevřeno osm kmenových tříd, které navštěvuje šedesát jedna žáků.

Na webových stránkách školy (ZŠ a PrŠ Jesenice, online, cit. 2021-01-27) se uvádí, že škola vykonává svou činnost ve čtyřech budovách. V hlavní budově je administrativní a technické zázemí, ředitelna školy, sborovna, kmenové třídy, odborné učebny, šatny, toalety a družina. Ve druhé budově se nachází školní kuchyně s jídelnou, kancelář hospodářky, sklad potravin. V patře této budovy jsou zřízeny pokoje internátu, který je součástí i třetí budovy. Je zde ubytováno devatenáct žáků. V suterénu je umístěna tělocvična, místnost pro rehabilitační služby, toaleta a sprchový kout pro imobilní žáky. Čtvrtá budova v těsné blízkosti školy je v dlouhodobém pronájmu. V současné době je budova užívána jako kmenová třída Praktické školy, učebna pro odborné předměty a internát pro šest chlapců. Součástí školy je i školní zahrada se skleníkem, jezírkem, bylinkovým záhonem, altánkem, hřištěm a přírodní učebnou.

Technické zázemí odpovídá potřebám školy. Bezbariérovost zajišťuje nově vybudovaný výtah, nájezdy na chodbách a na nádvoří školy. Vytápění školy je zajištěno samostatným kotlem na LTO, který umožňuje nezávisle vytápět jednotlivé části budovy.

Prádelna slouží k praní lůžkovin z internátu, textilu ze tříd a ostatních prostor školy. Žáci se stravují ve školní jídelně, jejíž součástí je školní kuchyně. Šatny pro žáky jsou vybaveny zamykatelnými skříňkami. Sociální zařízení školy i internátu je vyhovující.

Školu navštěvují žáci s mentálním, tělesným, zrakovým, sluchovým postižením, žáci s autismem, vadami řeči, souběžným postižením více vadami, vývojovými poruchami učení nebo chování, žáci se sociálním znevýhodněním, ohrožení sociálně patologickými jevy, s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. Výuka probíhá v osmi kmenových třídách (dvě třídy Základní školy, čtyři třídy Základní školy speciální, dvě třídy Praktické školy) a čtyřech odborných učebnách. Třídy jsou odlišeny barevným nábytkem. Každá třída má polohovatelné a výškově nastavitelné židle a lavice, počítačovou sestavu a relaxační koutek. Čtyři třídy jsou vybaveny interaktivní tabulí s příslušenstvím. Praktická škola má dvě kmenové třídy v pronajatých prostorách v těsné blízkosti školy. K výuce pracovního vyučování, vaření a tělesné výchovy jsou využívány odborné učebny. Rehabilitace je zajištěna na doporučení odborného lékaře v rehabilitační místnosti. K dispozici je žákům hydromasážní vana, masážní stůl, kolejnice s vakem pro přesun imobilních žáků. (ZŠ a PrŠ Jesenice, online, cit. 2021-01-27)

Ráno v době oběda, odpoledne a večer je žákům k dispozici družina, která je vybavena interaktivní tabulí s příslušenstvím, nábytkem na hračky, knihy, pomůcky a materiál pro různé tvoření. Pro dopravu žáků škola využívá dva svozové automobily, které jsou určeny k přepravě žáků do školy a ze školy, při školních výletech a exkurzích, na akce pořádané školou i jinými institucemi. Žáci ze vzdálenějších míst mohou být ubytováni na internátě. Celková kapacita internátu je dvacet šest lůžek.

Hlavní zásadou vzdělávání a výchovy ve škole je rovný přístup ke vzdělávání bez jakékoliv diskriminace, důraz je kladen na zohledňování potřeb jednotlivce, vzájemnou úctu, respekt, solidaritu a důstojnost, na všeobecný rozvoj osobnosti v oblasti poznávacích, sociálních, morálních, mravních a duchovních hodnot. Nabídka vzdělávacích možností je komplexní, umožňující vyjít vstříc individuálním potřebám každého žáka. Škola zajišťuje odbornou pomoc a metodické vedení pracovníky školního poradenského zařízení, zprostředkovává spolupráci se školskými poradenskými zařízeními. (ZŠ a PrŠ Jesenice, online, cit. 2021-01-27)

Výchovně vzdělávací činnost školní družiny a internátu probíhá podle Školního vzdělávacího plánu pro zájmové vzdělávání „Paprasek“. Činnost vychází z ročního plánu a je uskutečňována podle plánu, který je vypracováván na každý týden. Při plánování vychází z cílů ŠVP. Rozvíjet u žáků schopnost spolupracovat a respektovat práci a úspěchy vlastní i druhých, vzájemně se tolerovat. Vést žáky k aktivnímu rozvoji a ochraně fyzického, duševního a sociálního zdraví. Hlavní činnost družiny a internátu je uskutečňována prostřednictvím sedmi zájmových ateliérů. K tomuto účelu je využívána cvičná kuchyňka, dílna, počítačová třída a tělocvična. (ZŠ a PrŠ Jesenice, online, cit. 2021-01-27)

Tabulka 2: Rozvrh zájmových ateliérů na internátě ve školním roce 2020/2021

Lichý týden		Sudý týden	
Po	Tvořivý – Přírodovědný	Po	Tvořivý – Přírodovědný
Út	Výtvarný – Sportovní	Út	Výtvarný – Multimediální
St	Přírodovědný – Dramatický	St	Sportovní – Hudebně-pohybový
Čt	Hudebně-pohybový – Sportovní	Čt	Tvořivý – Sportovní
Pá	Spontánní činnosti do odjezdu žáků	Pá	Spontánní činnosti do odjezdu žáků

Zdroj: dokumentace školní družiny a internátu

Denní režim na internátě

6.30–7.00 hod. – budíček + ranní hygiena

6.50–7.40 hod. – snídaně

11.40–19.30 hod. – **hlavní činnost internátu**

11.40–13.30 hod. – spontánní činnost

13.30–15.00 hod. – zájmový ateliér

15.00–15.30 hod. – odpolední svačina

15.30–17.30 hod. – pobyt venku (vycházka do přírody)

17.00–17.30 hod. – příprava na vyučování

17.30–18.00 hod. – večere

18.00–19.30 hod. – zájmové ateliéry (30–60 min. závisí na stupni postižení jednotlivých dětí)

19.30–20.30 hod. – osobní hygiena, příprava na spánek

Spánek

20.30–7.00 hod. – mladší děti

21.30–6.30 hod. – starší děti

Spontánní činnosti

Jsou realizovány průběžně v denním režimu, zejména v klidových činnostech po obědě, při pobytu venku a v čase před odchodem na internát.

Odpočinek

Po obědě relaxace na koberci, pohovce. Mladší děti na internátě na lůžkách.

Během školního roku ŠD a internát pořádá pro žáky sportovní i zážitkové akce, výlety do blízkého okolí, navštěvují místní loutkové divadlo. Každý rok se zapojuje do tříkrálové sbírky, kdy se žáci obléknou do kostýmů a v ulicích města koledují. Pro seniory z místního pečovatelského domu dvakrát do roka vychovatelky s žáky nacvičí krátké vystoupení, pozvou seniory na malé pohoštění do školy a jako poděkování za návštěvu jim žáci předají malý dárek, který pro ně vyrobili. (ZŠ a PrŠ Jesenice, online, cit. 2021-01-27)

Škola poskytuje žákům maximální péči a pozornost. To se projevuje na přátelské atmosféře, která ve škole panuje. Pedagogičtí pracovníci se neustále vzdělávají a zpestřují žákům výuku zajímavými aktivitami. Škola se průběžně modernizuje, momentálně probíhají přípravy na zateplení budovy a výměnu oken a dveří.

5.4 Kazuistika

Jméno: Nicolas

Rok narození: 2005

Ročník: 7.

Podpůrná opatření: 3

Diagnóza: lehká mentální retardace, ADHD, porucha chování

Medikace: Strattera 25 mg

Osobní anamnéza: Nicolas se narodil v prosinci 2005. Mateřskou školu navštěvoval od čtyř let. Ve druhé třídě byl zařazen do školy zřízené pro žáky podle § 16 odst. 9 školského zákona. Od zahájení školní docházky Nicolas docházel do pěti škol. Nyní navštěvuje ZŠ a PrŠ s internátem v Jesenici u Rakovníka.

V roce 2018 byl společně se sestrou umístěn na šest měsíců do DDÚ za účelem provedení podrobné diagnostiky jejich potřeb. Ta ukázala jako nejvhodnější řešení přemístění do DD, který je v blízkosti bydliště babičky, která s dětmi udržuje osobní kontakt. Během pobytu v DD byl umístěn na šest týdnů do SVP. Poté se vrátil zpět do DD, kde je dosud.

Rodinná anamnéza: Matka je momentálně ve výkonu trestu odnětí svobody (VTOS), odsouzena za ohrožování mravní výchovy dítěte. Odmítala spolupráci se školami, s orgánem sociálně-právní ochrany dětí, nebyla ochotna zajišťovat řádnou školní docházku dětí do školy, nedostatky vykazovala i její péče o zdraví dětí. Otec žije s novou rodinou v severočeském městě. O děti nejeví zájem. Nicolas má staršího bratra a sestru. Bratr je od dvou let v péči babičky. Sestra je spolu s Nicolasem v ústavní péči.

Zdravotní anamnéza: Nicolas se narodil jako třetí dítě. Těhotenství bylo ukončeno v třicátém sedmém týdnu pro eklampsii, porod proběhl přirozenou cestou. Nicolas byl promodralý, s kyslíkovou maskou byl dva dny v inkubátoru. Porodní míry byly 2160 g a 46 cm. Kojen byl sedm měsíců, neprosplival, odmalička problém s příjmem potravy. Pleny nosil do dvou let věku, pomočoval se nárazově do devíti let věku. V diagnostickém ústavu naveden na medikaci léku Strattera 25 mg.

Ze zprávy psychologa DDÚ: Jedná se o chlapce, který byl do DDÚ přijat spolu se svou sestrou pro dlouhodobě nestabilní bydlení rodiny, matčiny obtíže s hospodařením s penězi, její impulzivitu i agresivitu pravděpodobně v souvislosti s užíváním návykových látek, nedostatečnou spolupráci se školou, speciálně pedagogickým centrem, lékaři a dalšími odborníky. S Nicolasem se řešily drobné krádeže. Matka byla za nedostatky v péči odsouzena, nastoupila výkon trestu odnětí svobody. S matkou je v telefonickém a písemném kontaktu. Nyní je umístěn v DD. Osobnostně se jedná o emočně nedosyceného chlapce toužícího zaujmout pozornost druhých lidí i nepříliš vhodným způsobem, s neznitřenými hranicemi. Rozumové schopnosti chlapce jsou aktuálně v pásmu lehké mentální retardace.

Ze zprávy etopeda SVP: Reakce na umístění byla zpočátku kritická, bylo nutné více opakovat pravidla s nutnou kontrolou. Nicolas má potíže respektovat pravidla, posouvá hranice a je nutné být v jeho případě důsledný. Některé jeho projevy jsou provokativní a cílené, někdy se chová spíše za účelem upoutání pozornosti, a to negativním způsobem. Mluví vulgárně, používá sprosté výrazy naprosto vytržené z kontextu. Má nízké

sebevědomí. Je rizikový v kolektivu, kde jsou problematické děti, ke kterým se přidá bez rozmyslu následků, jež z toho vyplývají. Na dospělé se navazuje, má však problém respektovat autority. Sociálně je málo zdatný, je třeba ho vést a učit i základním dovednostem. Komunikace s chlapcem bývá složitá, neporozumí všemu, co je řečeno, potřebuje se utvrzovat. V kolektivu dětí se projevoval dětinsky, je provokativní, bývá konfliktní. Často jedná zbrkle a roztržitě, provokativně, umí jednat agresivně. Ve skupině ostatních chlapců byl náročný, přesto se uměl projevit i mile a citlivě. V individuálním kontaktu byl nejistý, potřeboval podporu a pomoc. Většinou spolupracoval, byl rád za kontakt s dospělým. Bylo třeba s ním probírat rizika jeho chování, motivovat ho k lepším výsledkům v hodnocení.

Ze zprávy vychovatele: Nicolas se stále nedokázal smířit s pocitem, že nemůže být u matky. V kolektivu je agresivní a negativistický, neustále provokuje ostatní děti. Vulgarismy používá často v běžném hovorovém projevu. Kritiku od pedagoga přijímá těžce a po dlouhém vysvětlování. Kritiku od dětí zcela odmítá. Reaguje až na velmi důrazné napomenutí. Ženskou autoritu odmítá a nepřijímá, lépe reaguje na mužskou. Kulturní a společenské návyky nemá, je třeba je vytvářet a upevnit. Pořádek v osobních věcech a ve svém okolí relativně v mezích udržuje.

Závěr zprávy vyšetření SPC: Rozumové schopnosti jsou při dolním pásmu lehkého mentálního postižení, chudá slovní zásoba, balbuties. Nízké porozumění sociální situaci, nízké adaptivní schopnosti. Pomalé pracovní tempo, sociální nezralost, nesamostatnost. Mělká pracovní paměť, krátkodobá koncentrace pozornosti, psychomotorický neklid, nesoustředěnost.

5.5 Vlastní pozorování

Přímé zúčastněné pozorování probíhalo po dobu jednoho měsíce. Bylo prováděno ve školní družině a na internátě v ZŠ a PrŠ v Jesenici u Rakovníka. Pro žáka to je přirozené prostředí, ve kterém tráví mnoho času. Na internátě je ubytovaný do pondělí do pátku. Pozorování bylo zaměřeno na chování žáka v mimoškolních činnostech. Sledovali jsme interakci mezi žákem a vychovatelem, dále vztahy s ostatními ubytovanými žáky. Autorka výzkumu byla s žákem v kontaktu již dříve jako vychovatelka. O pozorování nebyl dopředu informován, jeho chování tím tedy nebylo ovlivněno.

Nicolas je hnědooký chlapec s krátkými hnědými a vlnitými vlasy. Je hubené, na svůj věk menší postavy. O svůj zevnějšek moc nedbá. Nejraději nosí mikinu s kapucí, kterou má neustále přes hlavu. V internátní skupině, ve které je Nicolas, je dalších 6 chlapců. Většinou jsou to starší žáci Praktické školy jednoleté a dvouleté. Pro Nicolasovo každodenní nepříjemné a vzdorující chování nemají příliš pochopení. Nerad se zapojuje do kolektivu, bývá samotářský. Nejvíce si rozumí s chlapcem s Aspergerovým syndromem, se kterým má společné téma, např. děvčata, urážení ostatních žáků, zbraně. Oba pochází z nepodnětného rodinného prostředí a navštěvují stejnou třídu.

Denní režim na internátě se odvíjí od školního rozvrhu Nicolase. Ráno začíná osobní hygienou, ustláním postele a úklidem pokoje. Nicolas je ubytovaný na internátě pro starší chlapce. Na snídani a do školy přechází do hlavní budovy školy. Nutný je dohled při všech ranních činnostech. Je třeba neustále vytvářet a upevňovat hygienické návyky.

Každý den po vyučování přichází Nicolas do družiny. Z výuky je jeho chování ovlivněno spolužáky, se kterými se v nevhodném chování podporují. Na jakékoliv upozornění od vychovatelky reaguje drze, vulgárně, nejčastěji větou: „Je, co zase já, já nic nedělám,“ a kopne do židle nebo skříně. Trvá několik minut, než se uklidní a přeorientuje na odpolední klidnější režim.

Při vycházkách nedodrží útvar, je pro něj obtížné chodit ve dvojici. Neustále vybočuje, předbíhá, při napomenutí vychovatelkou je vulgární, na chvíli se zařadí, stále je vulgární a uráží ostatní žáky, vykřikuje, zpívá nahlas romské písně. Po chvíli opět vybočí a čeká na reakci vychovatelky nebo asistentky pedagoga. Neustále na sebe poutá pozornost. Dává najevo nesouhlas s vycházkou, s dodržováním útvaru a uráží ho chodit s „postizenými“ žáky. V DD má vycházky a dle jeho slov si může chodit, kam chce.

Příprava na vyučování se nese v podobném duchu. Má nepořádek ve školních věcech, učebnice i sešity jsou poničené. Vypracování domácích úkolů dle pokynů vyučujících vyžaduje spolupráci vychovatele nebo asistentky. Sám zvládne pouze jednoduché úkoly (např. vybarví malý obrázek) a na krátkou dobu, poté začne vykřikovat, že zadanému úkolu nerozumí. Nicolas udrží pozornost jen krátkodobě, je tedy nutné ho neustále motivovat k práci. Je-li pochválen, usmívá se a je spokojený, dokonce je i ochotný pomoci ostatním.

Zájmové ateliéry probíhají podobně jako příprava na vyučování. Pokud ho připravená činnost zaujme, pracuje s chutí a rychle. Za pochvalu je ochotný pomoci i ostatním. Pokud mu však zadaná práce nejde nebo ho nebaví, hlasitě to okomentuje, nespolupracuje, je agresivní a začne urážet žáky, o kterých si myslí, že jsou slabí. Vybrat činnost, která by ho bavila, je velice těžké. Nejrady by nedělal nic. Po dlouhém rozmlouvání s vychovatelkou se do činnosti zapojí a s pomocí ji dokončí. Z dokončeného výrobku má radost a těší se z pochvaly od vychovatelky i od ostatních žáků. Po uklidnění se umí omluvit za své chování.

Po příchodu na internát se snaží být opět středem pozornosti. Přivítá se s noční vychovatelkou a vypráví jí zážitky z celého dne. Snaží se tak vyhnout povinnostem, jako jsou příprava oblečení na den, osobní hygiena, úklid koupelny (jen pokud má službu). Večer ruší noční klid. Někdy vyvolá i konflikt se starším spolubydlícím, který je agresivní. Nicolas vytuší, že je v ohrožení, a okamžitě se uklidní. Má-li volat babička, nemá problém udělat cokoliv. Babička mu telefonuje dvakrát v týdnu. Má ji velice rád, hezky s ní hovoří. Po hovoru je lítostivý, někdy až plačtivý a odchází do svého pokoje, kde má soukromí. Uvědomuje si, že babičku zlobí a mrzí ho to. Rád o babičce mluví, chtěl by u ní bydlet.

Spontánní činnost, kterou si vybírá sám, nejčastěji tráví na školním iPadu, na kterém hraje hry s auty, někdy si vybere i hry edukativní. Občas si s ostatními zahraje karty, pexeso, společenskou hru „Člověče, nezlob se!“. Pokud je na výběr i poslech pohádky, vybere si vždy dětské animované filmy vhodné pro mladší děti.

Po celou dobu pozorování se vyskytovaly stejné problémy. Nicolas má problém s respektováním pokynů vychovatelek, je vzdorovitý, vulgární. Pokud mu není splněno jeho přání nebo požadavek, přechází do opozice. Na korekci svého chování reaguje někdy i vyhrožováním, že si bude stěžovat. Nikdy nehledá chybu u sebe, ale obviňuje všechny okolo. Jsou i chvíle, kdy se chová vzorně, rád si povídá o rodině, co má rád, zajímá se i o vás, rád pomůže s čímkoliv. Je citlivý, občas dá najevo, že by chtěl někam patřit a být oblíbený. Uvědomuje si, že se chová nevhodně, ale neví, proč to tak je.

5.6 Rozhovor

Rozhovor se uskutečnil ve škole v klidné místnosti, kde nic nerušilo Nicolasovu pozornost. Přesto byl rozhovor rozdělen na dvě setkání. Nicolas udržel pozornost jen krátkodobě a některé otázky bylo třeba vysvětlit. Probíhala i kontrola, zda dané otázky porozuměl. Jednou jsme museli termín posunout, protože byl Nicolas nemocný. Před začátkem rozhovoru byl Nicolas seznámen s tím, jak bude rozhovor probíhat a proč byl vybrán k rozhovoru právě on. Byl ujištěn, že se ve škole nikdo nedozví, o čem si budeme povídat. To bylo pro něj důležité. U „cizích“ mu to nevadí. Dále bylo dohodnuto, že pokud nebude něčemu rozumět, může se na vše a kdykoliv během rozhovoru zeptat. Rozhovor byl nahráván a následně přepsán. Na otázky odpovídal spontánně, v krátkých větách. U některých otázek se krátce zamyslel.

1. Fyzická a materiální pohoda

Cítíš se zdravý?

„Docela jo. Minulej tejdén jsem tu nebyl, bolelo mě v krku a měl jsem teplotu, ale už je to dobrý. Ted' sem zdravej.“

Bolí tě něco?

„Občas mě bolí hlava, někdy i nohy. A taky kašlu, ale to je prej z kouření. Jinak asi nic.“

Máš vše, co bys chtěl?

„Chtěl bych novej telefon a tablet, ten nemám. V děcáku i tady mi ho občas pučí, ale chtěl bych mít svůj. Kluci ve třídě ho maj.“

2. Vztahy k ostatním lidem

Na koho nejvíce myslíš, když jsi na internátě?

„No, nejvíc asi na mámu. Ta je v base, protože nás neposílala do školy. Ale v květnu jí pustí. Až si najde bydlení, tak se k ní se ségrou vrátím a budu chodit do školy a dělat všechno, jak se má. Budu hodnej. Ale musí si najít práci a byt, jinak nás k ní nedají. Hodně mi chybí. Stejská se mi po ní.“

Jak vycházíš se sestrou?

„Dobře. Někdy je na mě jako máma. Chrání mě. Nedávno zdrhla z děcáku, tak jsem byl na ni fakt naštvanej, že mě tam nechala. Ale už je zase zpátky. Zase jsme spolu.“

Máš ve škole kamarády?

„Ve třídě jsou dobrý kluci. Na intru je Matěj. Chodí se mnou i do třídy. Taky není s mámou, ta jeho je v blázinci.“

Jsou na tebe vychovatelky na internátě hodné?

„Docela jo. Už jsem si zvyk, občas teda prudí a nedovolí mi chodit ven si zahulit, nebo si jít sám něco koupit do krámu.“

3. Společenské a občanské aktivity

Pomáháš s domácími pracemi?

„V děcáku musím mejt nádobí a uklízet v pokoji. Když jsem u babičky, tak jí pomáhám, s čím chce. Vždycky mi řekne, co mám dělat. Je na mě hodná. Posílá mi balíky, volá mi, někdy k ní můžu i jet. Tady si stelu postel a uklízím svoje věci, třeba ve skříni. Taky mám někdy službu v koupelně, tak musím vytrít po všech, až se umejou. Nerad uklízím, nemám to rád.“

Zapojuješ se rád do společenských aktivit ve škole? Např. hudební soutěž, vánoční besídka, atd.

„To jako vůbec. Je to fakt trapný se takhle předvádět. Všichni na mě čumí. Stydím se. A taky vymejšlí vždycky děsně blbý písničky nebo scénky.“

Jezdíš rád na výlety?

„Podle toho kam. Rád jezdím do bazénu na tobogány. Když pak můžu chodit někde sám, tak je to dobrý. Nesnáším, když musím všude chodit s těma „postižákama“.“

4. Osobnostní rozvoj, naplnění

Jaký předmět tě ve škole nejvíce baví?

„Pracovky. A tělák mám rád, ale ted' nemůžeme hrát ani fotbal.“

Chtěl bys jít po základní škole dál studovat?

„Babička chce, abych měl učňák. Asi puđu na truhláře. To je práce se dřevem, a to mě baví.“

Co chceš dělat, až budeš dospělý?

„Chci vydělávat hodně peněz a chci mít dům a holku.“

5. Volný čas

Co děláš, když nejsi ve škole?

„Nic. Koukám na telku, hraju hry na mobilu nebo spím.“

Chodíš ven s kamarády?

„V děčáku můžu, tam mám i vycházky. Chodím s klukama do města. Nebo hrajeme fotbal. Tady mě nepustí samotnýho ani před školu. Ale není to tu tak špatný. Lepší než v diagnostáku. Tam už nikdy nechci.“

5.7 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumné šetření bylo realizováno v Základní škole a Praktické škole v Jesenici u Rakovníka. Výzkumného šetření se zúčastnil vybraný žák s poruchou chování a mentální retardací. Získaly se z něj odpovědi na předem formulované výzkumné otázky.

1. Jaký vliv má rodina na kvalitu života žáka s PCH a mentálním postižením?

Z dokumentů, které byly v rámci šetření prostudovány, je patrné, že Nicolas vyrůstal v neúplné dysfunkční rodině. Dětství prožíval v nejistotě, často se měnilo nejen bydliště, ale i školní prostředí, spolužáci. Byl ovlivňován chováním matky, které bylo agresivní. Hygienické návyky nemá zautomatizované, je třeba neustálý dohled. Nicolas neuznává autoritu, nastavená pravidla, sociální normy.

2. Jak ovlivňuje kvalitu života žáka s PCH a mentálním postižením prostředí, ve kterém je vychováván?

Prostředí, ve kterém byl Nicolas vychováván před nástupem do dětského diagnostického ústavu, bylo nevhodné pro rozvoj dítěte s diagnózou ADHD a mentálním postižením. Matka nespolupracovala se školou, nedocházela s Nicolasem na předem domluvená vyšetření do speciálně pedagogického centra, na lékařské prohlídky, odmítala jakoukoliv pomoc. V dětském domově a ZŠ a PrŠ v Jesenici se Nicolas učí respektovat pevně stanovená pravidla, zvládat různé sociální situace. Má stanovený režim dne, dochází na lékařské prohlídky, pravidelně dochází do školy. Pracuje se s ním v malé skupině, ve které se cítí bezpečně. Je motivován povzbuzením a pochvalou. Momentálně je medikovaný, což mu také pomáhá lépe se soustředit a pracovat ve škole.

3. Jak vnímá svůj život žák s PCH a mentálním postižením?

Fyzicky se až na občasnou bolest hlavy a nohou cítí být zdravý. Po materiální stránce mu schází tablet a byl by rád i za nový telefon. Stýská se mu po matce, která je ve VTOS, a těší se, až zase budou spolu. Je rád, že může být alespoň se sestrou, a udržuje kontakt

s babičkou, kterou má moc rád. Ve škole i na internátě má kamarády, ale mrzí ho, že nemůže chodit sám ven. Společenské aktivity nevyhledává, s domácími pracemi pomáhá, jen když je to nutné. O své budoucnosti ještě nemá jasné představy. Po ukončení základní školy bude zřejmě pokračovat na střední odborné učiliště, protože to chce babička. Volný čas tráví nejraději s vrstevníky při hraní fotbalu a vycházkami po městě.

Prognóza dalšího Nicolasova vývoje je v tuto chvíli otevřená. Bude záležet především na tom, jak bude schopen zvnitřnit pravidla, morální a sociální normy. Je pro něj důležité, aby byl stále se sestrou. Vhodné je i nadále podporovat kontakty s rodinou, především s babičkou. Vést ho k vnímání důsledků svého jednání, rozvíjet morální schopnosti, posilovat jeho sebevědomí, především prostřednictvím činností, ve kterých může zažít úspěch.

5.8 Závěr výzkumného šetření

Z výzkumu vyplynulo, že rodina má zásadní vliv na kvalitu života vybraného žáka. Nicolas od raného dětství vyrůstal v neúplné a dysfunkční rodině, ve které se mu dlouhodobě nedostávalo základních potřeb pro jeho zdravý vývoj. Vzhledem k nedůsledné výchově a nevhodnému vzoru chování matky měl Nicolas po nastoupení do dětského diagnostického ústavu potíže s respektováním pravidel, jeho chování bylo provokativní a cílené, neustále vyžadoval pozornost, byl agresivní, negativistický. V době výzkumného šetření bylo Nicolasovo chování problematické, pokud se nevyhovělo jeho požadavkům, choval se k žákům i pedagogickým pracovníkům vulgárně. Bylo patrné, že je emočně nevyrovnaný, chybí mu matka.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala vlivem rodiny na kvalitu života žáka s poruchou chování a mentální retardací v Základní škole a Praktické škole v Jesenici u Rakovníka. Cílem bakalářské práce bylo poukázat na metody, kterými byla výchova vybraného žáka vedena, a vyhodnocení ve vztahu k dlouhodobé efektivitě jejich používání.

V teoretické části jsou shrnuty poznatky, které souvisejí s problematikou mentální retardace a syndromem ADHD. Práce se věnovala příčinám mentálního postižení, charakteristice lehké mentální retardace, popsala specifika syndromu ADHD a vhodnou léčbu tohoto syndromu. Dále se práce zabývala rodinou, jejími funkcemi a negativními tendencemi v rodinné výchově, které ovlivňují budoucí chování dítěte a kvalitu jeho života. V práci byla popsána i školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Na teoretická východiska bylo navázáno realizací výzkumného šetření, jehož hlavním cílem bylo zjistit, jak velký vliv má rodina na kvalitu života žáka s poruchou chování a mentálním postižením. K naplnění cíle výzkumu byl zvolen kvalitativní výzkum. Ke sběru dat bylo použito pozorování, polostrukturovaný rozhovor a analýza dostupných dokumentů.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že rodina má zásadní vliv na kvalitu života vybraného žáka. V důsledku používání nevhodných výchovných metod v rodině byla Nicolasovi nařízená ústavní výchova a byl umístěn do dětského diagnostického ústavu, později byl přemístěn do dětského domova. Nicolas nesl tyto změny velmi těžce. V době výzkumného šetření se zdálo, že si na danou situaci již zvykl, ale na jeho chování bylo patrné, že mu chybí dřívější způsob života s matkou. Pro dítě se syndromem ADHD a mentálním postižením je vhodné klidné prostředí, pocit lásky a jistoty. Takové dítě by mělo mít pravidelný režim i jasně stanovená pravidla, aby vědělo, co se od něj očekává. Základem pro úspěšnou léčbu je včasná diagnostika, spolupráce lékařů, rodičů a pedagogů. Se správnou léčbou dítě lépe zvládne učivo ve škole, zlepší se komunikace s vrstevníky a rodinou.

Stanovené cíle lze považovat za naplněné. Zkoumaný vzorek byl příliš malý, aby mohl být považován za reprezentativní, ale i přesto by práce mohla být přínosná pro začínající pedagogy, kteří se zajímají o tuto problematiku.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- BENDOVÁ, P. a kol. eds., 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-422-9.
- DOLEJŠÍ, M., 1983. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Avicem, zdravotnické nakladatelství.
- DRTÍLKOVÁ, I. a O. ŠERÝ, 2007. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-419-5.
- FISCHER, S. a J. ŠKODA, 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.
- GOETZ, M. a P. UHLÍKOVÁ, 2009. *ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-630-4.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HUTYROVÁ, M. a kol., 2019. *Děti a problémy v chování: etopedie v praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1523-3.
- JUCOVIČOVÁ, D. a H. ŽÁČKOVÁ, 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2697-7.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LACA, S., 2013. *Výchova – rodina – hodnoty*. Brno: Institut mezioborových studií. ISBN 978-80-87182-32-1.
- MIOVSKÝ, M. a kol., 2015. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. ISBN 978-80-7422-393-8.

- MKN-10 Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize*, 2006. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-11-5.
- MÜHLPACHR, P., 2008. *Sociopatologie pro sociální pracovníky*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-069-2.
- PACLT, I., 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1426-4.
- PÖSLOVÁ, B., 2020. *Tolerantní výchova*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0622-6.
- RABOCH, J., ed., 2015. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.
- RABOCH, J. a kol., 2020. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2712-0.
- SVOBODA HOFERKOVÁ, S. a V. BĚLÍK, 2019. *Rodina v prevenci rizikového chování žáků*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-768-8.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.
- VAĎUROVÁ, H. a P. MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.
- VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VALENTA, M. a O. MÜLLER, 2003. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Praha: Parta. ISBN 80-7320-039-2.
- VALENTA, M., J. MICHALÍK a M. LEČBYCH, 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.
- VALENTA, M., J. MICHALÍK a M. LEČBYCH, 2018. *Mentální postižení*. 2. vyd., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.

VÁŽANSKÝ, M., 2010. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-130-9.

ŽÁČKOVÁ, H. a D. JUCOVIČOVÁ, 2017. *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: záporné i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0204-4.

Seznam použitých internetových zdrojů

Zákon č. 109/2002 Sb., ze dne 5. února 2002, o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. In: *Msmt.cz* [online]. © 2016 [cit. 2020-12-01]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/file/38848/>

ZŠ A PRŠ JESENICE, 2021. *Výroční zpráva o činnosti školy za školní rok 2019/2020* [online]. © 2010 [cit. 2020-27-01]. Dostupné z: <https://www.zmapjesenice.cz/vyrocnizpravy/>

SEZNAM ZKRATEK

ADHD	–	Attention Deficit Hyperactivity Disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou
apod.	–	a podobně
ATS	–	American Thoracic Society
CNS	–	centrální nervová soustava
DD	–	dětský domov
DSM-V	–	diagnostický statistický manuál duševních poruch 5. revize
DÚ	–	diagnostický ústav
KBT	–	kognitivně behaviorální terapie
LDE	–	lehká dětská encefalopatie
LMD	–	lehká mozková dysfunkce
MKN – 10	–	mezinárodní statická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MMD	–	malá mozková dysfunkce
např.	–	například
PCH	–	porucha chování
SVP	–	středisko výchovné péče
VÚ	–	výchovný ústav

SEZNAM TABULEK

Seznam tabulek

Tabulka 1: Oblasti kvality života podle American Thoracic Society (tzv. Flaganova taxonomie)	35
Tabulka 2: Rozvrh zájmových ateliérů na internátě ve školním roce 2020/2021.....	40

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Informovaný souhlas.....	II
---	-----------

Příloha A – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Název bakalářské práce:

Kvalita života žáka s poruchou chování a mentálním postižením v ZŠ a PrŠ Jesenice

Hlavním cílem bakalářské práce je zjištění, do jaké míry má rodina vliv na kvalitu života žáka s poruchou chování a mentálním postižením. Praktická část využije techniky kvalitativního výzkumu, a to především prostudování dostupné dokumentace k vypracování kazuistiky žáka, dále pozorování a rozhovor s žákem.

Výzkumník: Jiřina Mourová – studentka speciální pedagogiky – vychovatelství

Vážená paní,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjištění, do jaké míry má rodina vliv na kvalitu života žáka s poruchou chování a mentálním postižením.

Prohlášení účastníka výzkumu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Byl/a jsem informována o podstatě výzkumu a seznámena s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány. Souhlasím s anonymním zpracováním údajů, které budou použity jen pro účely výzkumu a výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

.....

Jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce

.....

Jméno, příjmení a podpis výzkumníka šetření

V.....

dne.....

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Jiřina Mourová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Kvalita života žáka s poruchou chování a mentálním postižení v ZŠ a PrŠ v Jesenici u Rakovníka

Rok: 2021

Počet stran textu bez příloh: 42

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů českých použitých zdrojů: 26

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 2

Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.