



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta přírodovědně-humanitní  
a pedagogická



# Vliv ústavní výchovy na děti se specifickými poruchami chování

## Bakalářská práce

*Studijní program:* B7506 – Speciální pedagogika  
*Studijní obor:* 7506R029 – Speciální pedagogika pro vychovatele  
*Autor práce:* **Andrea Papoušková**  
*Vedoucí práce:* Mgr. Iva Lüftnerová



## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea Papoušková**  
Osobní číslo: **P13000293**  
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**  
Studijní obor: **Speciální pedagogika pro vychovatele**  
Název tématu: **Vliv ústavní výchovy na děti se specifickými poruchami chování**  
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

### Z á s a d y . p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Popsat specifika práce s dětmi se specifickými poruchami chování a zjistit zda a jaký vliv má prostředí ústavní výchovy na jejich kompenzaci.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník, pozorování.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DRTÍKOVÁ, I., ŠERÝ, O., 2007. Hyperkinetická porucha / ADHD. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-419-5.

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

POKORNÁ, V., 2010. Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-817-3.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol., 2006. Dětská klinická psychologie. 4. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.

ŠKOVIERA, A., 2007. Dilemata náhradní výchovy. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-318-5.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Iva Lüftnerová**

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2016**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.  
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2015

## Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 27.6.2014

Podpis:

Papoušková

## **Poděkování:**

Ráda bych poděkovala Mgr. Ivě Lüftnerové za vstřícné vedení, trpělivý přístup, ochotu a pomoc při realizaci bakalářské práce. Zároveň děkuji respondentům za odpovědi a zaměstnavateli za cenné podklady pro uskutečnění průzkumu.

**Název bakalářské práce:** Vliv ústavní výchovy na děti se specifickými poruchami chování

**Jméno a příjmení autora:** Andrea Papoušková

**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2016/2017

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Iva Lüftnerová

## **Anotace**

Bakalářská práce je zaměřena na děti se specifickými poruchami chování ADHD, které jsou umístěny v ústavní výchově. Za hlavní cíl si klade zjistit, jaký vliv má ústavní výchova na dítě se syndromem ADHD.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část, přičemž v teoretické části jsou vymezeny základní pojmy, které se vztahují k tématu symptomů ADHD, jsou zde popsány kapitoly o diagnostice ADHD, jeho projevu a specifiku. Další část je věnována ústavní výchově, jejím úkolům a významu. Přiblížena je zejména práce v dětském diagnostickém ústavu a jeho úloha.

V praktické rovině bylo realizováno průzkumné šetření. Bylo využito metody analýzy spisové dokumentace a dotazníkové šetření. Zjištěné poznatky byly graficky znázorněny do grafů a opatřeny komentáři.

**Klíčová slova:** ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), ústavní výchova, diagnostický ústav, specifické poruchy chování

**Title:** The Influence of Institutional Education for Children with Specific Behavioral Disorders

**Author:** Andrea Papoušková

**Academic Year of Submission:** 2016/17

**Supervisor:** Mgr. Iva Lüftnerová

## **Annotation**

This Bachelor thesis is aiming on children with specific behavioral disorders ADHD, who are placed to the institutional education. The main goal is to find out how the institutional education influences child with ADHD syndrome.

The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part contains basic concepts connected to the topic of symptoms of ADHD, chapters of diagnosing ADHD, its specifics and impacts. Furthermore the thesis contains part about institutional education, its tasks and value. There is closer look to work at Child Diagnostic Institute.

In practical part, researching survey was realized, with the usage of method of analysis of the file documentation. Results of this survey were implemented into charts with commentary.

**Keywords:** ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), The Institutional Education, Child Diagnostic Institute, Specific behavioral Disorders

# Obsah

Seznam ilustrací .....	9
Seznam tabulek .....	10
Úvod.....	11
Teoretická část.....	13
1 Problematika ADHD .....	13
2 Klinický obraz.....	13
2.1 Porucha pozornosti s hyperaktivitou .....	13
2.2 Poruchy pozornosti.....	13
2.3 Hyperaktivita.....	14
2.4 Impulzivita .....	14
2.5 Hyperkinetická porucha chování.....	14
2.6 Další potíže dětí s ADHD.....	16
3 Diagnostika ADHD .....	16
3.1 Diagnostika osobnosti .....	17
3.2 Diferenciální diagnostika ADHD.....	18
3.3 Symptomatika u dívek.....	19
3.4 Symptomatika dítěte s ADHD v domácím prostředí .....	20
4 Ústavní výchova.....	22
4.1 Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy.....	22
4.2 Problémy a úkoly ústavní výchovy .....	23
4.3 Problémové dítě ve školském výchovném zařízení – dilemata.....	23
4.4 Vývojové zákonitosti dětí školního věku .....	24
5 Dětský diagnostický ústav.....	25
5.1 Specifické činnosti DDÚ Liberec.....	26
5.2 Výchovně vzdělávací činnost DDÚ Liberec .....	27
5.3 Psychologická péče DDÚ Liberec .....	28
5.4 Kazuistika.....	30
Praktická část.....	32
6 Cíle a hypotézy.....	32
7 Použité metody.....	33



7.1	Nestandardizovaný dotazník .....	33
7.2	Analýza spisové dokumentace .....	34
8	Vyhodnocení průzkumového šetření .....	34
8.1	Vyhodnocení analýzy spisové dokumentace.....	34
8.2	Vyhodnocení dotazníkového šetření .....	37
8.3	Charakteristika zkoumaného vzorku respondentů .....	37
8.4	Vyhodnocení hypotéz.....	48
	Závěr.....	49

## Seznam ilustrací

Obrázek 1: Počty dětí umístěných do Dětského diagnostického ústavu od roku 2013 do roku 2016.....	35
Obrázek 2: Počty dětí se specifickými poruchami chování ADHD umístěných do Dětského diagnostického ústavu v Liberci od roku 2013 do roku 2016.....	36
Obrázek 3: Děti s ADHD umístěné v DDÚ Liberec dle věku .....	37
Obrázek 4: Věk umístěných dětí s ADHD .....	38
Obrázek 5: Důvody umístění.....	39
Obrázek 6: Typ rodiny umístěného dítěte .....	40
Obrázek 7: Charakteristika školních obtíží umístěných dětí s ADHD.....	42
Obrázek 8: Vztahy dětí s ADHD umístěnými v ústavní výchově k vrstevníkům.....	43
Obrázek 9: Vztahy dětí s ADHD umístěnými v ústavní výchově k autoritám .....	44
Obrázek 10: Změna školní motivace.....	45
Obrázek 11: Využití asistenta pedagoga pro dítě s ADHD.....	46
Obrázek 12: Kontakty umístěných dětí s ADHD s rodinou.....	47

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Počty dětí umístěných do Dětského diagnostického ústavu od roku 2013 do roku 2016.....	34
Tabulka 2: Počty dětí se specifickými poruchami chování ADHD umístěných do Dětského diagnostického ústavu v Liberci od roku 2013 do roku 2016.....	35
Tabulka 3: Děti s ADHD umístěné v DDÚ Liberec dle věku.....	36
Tabulka 4: Věk umístěných dětí s ADHD .....	38
Tabulka 5: Důvody umístění .....	39
Tabulka 6: Typ rodiny umístěného dítěte .....	40
Tabulka 7: Charakteristika školních obtíží umístěných dětí s ADHD .....	41
Tabulka 8: Vztahy dětí s ADHD umístěnými v ústavní výchově k vrstevníkům .....	42
Tabulka 9: Vztahy dětí s ADHD umístěnými v ústavní výchově k autoritám.....	43
Tabulka 10: Změna školní motivace .....	44
Tabulka 11: Využití asistenta pedagoga pro dítě s ADHD .....	45
Tabulka 12: Kontakty umístěných dětí s ADHD s rodinou .....	46

## Úvod

Syndrom ADHD je vývojová porucha projevující se symptomy poruch pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou. V posledních desetiletích se v literatuře stále častěji setkáváme s pojmy *hyperkinetické poruchy* nebo *poruchy pozornosti s hyperaktivitou* (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Tyto poruchy jsou svým vymezením téměř totožné. Tyto odborné termíny nahrazují v určitém smyslu ve starší literatuře zavedené termíny *lehká mozková dysfunkce* (LMD) nebo *lehká dětská encefalopatie* (LDE), resp. *minimální mozková dysfunkce* (MMD). Tato dřívější označení byla chápána širěji. Současná terminologie vychází z behaviorálního hlediska a přísného symptomatického popisu projevů chování.

Údaje o výskytu ADHD v populaci nejsou jednotné. Pohybují se od 2-12 až 15%, ale nejčastěji se hovoří o 6% školní populace. Poměry chlapců a dívek, které se uvádějí, mohou být matoucí, kdy převaha chlapců může odrážet i chyby posuzovatelů. Dívky nebývají tolik hlučné a nepřitahují tudíž tolik pozornosti. Posuzovatel pak může mít méně zábrán diagnostikovat ADHD častěji u chlapců.

Z hlediska prognózy ukázala dlouhodobá sledování dětí s ADHD, že přestože se symptomy ADHD s přibývajícím věkem zmírňují, u části z nich mohou v určité intenzitě přetrvávat. Výrazným specifickým vývojových poruch je změna jejich symptomatologie s věkem. V současné době převažuje názor, že symptomy přirozeně s vývojem mění svůj obraz a mají formativní vliv, často přesahující samotnou identifikovanou poruchu s důsledky na osobnostní, emocionální, sociální a další vývoj jedince. V dospělosti se na ně pak vážou problémy v zaměstnání, partnerských vztazích a mezilidských vztazích jako takových.

Dle posledních psychologických teorií je pak syndrom ADHD podmíněn spojením určitých dispozic k hyperaktivnímu chování dítěte a způsoby výchovy. (Lechta, 2010)

Cílem bakalářské práce je popsat jaký vliv může mít pobyt v ústavní výchově pro děti se specifickými poruchami chování ADHD.

Teoretická část se zaměřuje na etiologii ADHD, projevy, diagnostiku ADHD. Další část je zaměřena na ústavní výchovu, její smysl, možnosti a úkoly. Dále pak na význam a poslání Dětského diagnostického ústavu v Liberci jako zařízení náhradní výchovy, na jeho specifické činnosti.

Teoretická část bakalářské práce je doplněna kazuistikou čtrnáctiletého chlapce, u něhož byly diagnostikovány specifické poruchy chování ADHD.

Empirická část se zabývá průzkumným šetřením v oblasti práce s dětmi se specifickými poruchami chování ADHD v prostředí ústavní výchovy. Úkolem je zjistit, jakou úlohu má umístění dětí s ADHD v ústavní výchově. Hlavní metodou průzkumného šetření je analýza spisové dokumentace a metoda dotazování.

# **Teoretická část**

## **1 Problematika ADHD**

ADHD je porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Někdy bývá označována jako ADD – porucha pozornosti. Oba termíny bývají používány jako synonyma, jsou to však dvě různá, ačkoli velice příbuzná, onemocnění. V případě ADD jde o problémy s impulzivitou a nedostatečným soustředěním, postižení však nejsou hyperaktivní. V případě ADHD se k potížím se soustředěním a impulzivitou přidává ještě hyperaktivita. Někteří odborníci se u obou poruch přiklánějí k názvu hyperkinetická porucha. Na pozadí poruchy ADHD je biologická příčina. Při kompenzaci potíží spojených s ADHD je důležitá včasná a správná diagnostika. V české republice vychází diagnostika ADHD z kritérií MKN-10, neboli klasifikační soustavou publikovanou Světovou zdravotnickou organizací, která jsou poněkud odlišná od kritérií podle systému DSM-IV vydaným Americkou asociací psychiatrů. Obecně lze říci, že kritéria DSM-IV jsou oproti kritériím MKN-10 méně přísná a širěji definovaná. Mezi klíčové symptomy ADHD řadíme nepozornost, hyperaktivitu a impulzivitu. (Munden, Arcelus, 2008)

## **2 Klinický obraz**

### **2.1 Porucha pozornosti s hyperaktivitou**

Oproti zdravým vrstevníkům se u dětí s tímto typem poruchy projevují větší problémy s koncentrací a udržením pozornosti. Jde o komplexní schopnost vnímat důležité děje a potlačit děje, jež jsou méně důležité. Pozornost je dána celkovou kapacitou neuronální sítě komplexně zpracovávat informace, tj. třídění informací příchozích, jejich následná interpretace a možné plány akcí. Pozornost se dělí na různé aspekty, které lze posuzovat samostatně. Jedná se o tenacitu, koncentraci, kapacitu, selektivitu, intenzitu oscilaci, přepojování, stabilitu a distribuci. Pozornost pracuje pouze za podmínky bdělého vědomí. (Drtílková, Šerý, 2007)

### **2.2 Poruchy pozornosti**

Hyperkinetické dítě se v souvislosti s poruchou pozornosti projevuje tím, že nedokončuje stanovené úkoly, přerušuje zadanou práci, přechází od jedné činnosti ke druhé.

Často pracuje povrchně, nevnímá detaily, nízká je i schopnost soustavně vnímat zadávané instrukce. Problémy činí především činnosti vyžadující duševní úsilí, vytrvalost a trpělivost. Výkony jsou celkově nevyrovnané, často chybují z nepozornosti. Tyto děti mívají horší výsledky, než odpovídá jejich intelektu. Své věci nedokáží udržet v pořádku, stále něco hledají. Nedokáží si organizovat své aktivity, špatně je regulují, aktivity často bývají nadměrné. Působí jako by neposlouchaly, co se jim říká, lehce se nechají rozptylovat okolními podněty. Značné problémy činí těmto dětem usměrnění pozornosti na podstatné informace. Snížena je též schopnost analyzovat, regulovat, ovládat a usměrňovat vlastní chování. V řadě případů působí jako děti věkově mladší. (Drtílková, Šerý, 2007)

### **2.3 Hyperaktivita**

Projevy hyperaktivity spočívají v nápadné živosti, děti se pohybují často bezúčelně, jsou puženy k neustálému pohybu a to i v situacích, kde je klid vyžadován. Pohyby bývají často nepřesné, zbrklé a překotné. Zvýšená aktivita dětí je však samoučelná, děti jsou špatně usměrnitelné, nedokáží sedět na místě, pobíhají, jsou hlučné. Často se dostávají do konfliktu s vrstevníky, nechají se vyprovokovat, mnohdy reagují agresivně. Mívají kázeňské potíže, jejich přestupky jsou však mnohdy neúmyslné. (Drtílková, Šerý, 2007)

### **2.4 Impulzivita**

Impulzivní jednání se u dětí s hyperkinetickou poruchou projevuje především tím, že mnoho věcí dělají v momentu, kdy je to právě napadne. Mají problémy se sebeovládáním, vše chtějí a dělají hned teď. Své reakce nedokáží podržet či utlumit, bezhlavě a zbrkle se pouštějí do nebezpečných aktivit. Z těchto důvodů jim hrozí více úrazů a nehod. Dospělým skáčou do řeči, berou si slovo bez dovolení, hovoří bez sociální zábrany. Přerušují řeč i činnost ostatním lidem, ve škole vykřikují bez přihlášení. Těžce snášejí různá omezení a příkazy, mívají problémy s autoritou. (Drtílková, Šerý, 2007)

### **2.5 Hyperkinetická porucha chování**

Diagnóza hyperkinetické poruchy chování se stanovuje při současném výskytu hyperkinetické poruchy a poruchy chování. Poruchy chování pak musí trvat alespoň 6 měsíců. U dítěte v předškolním věku se nedají příliš rozpoznat vzhledem k velkým rozdílům v normě, diagnostikují se proto u předškolního dítěte pouze u extrémně závažného stupně. U dětí školního věku se ve zvýšené míře může projevovat agresivita, opoziční a vzdorovité chování,

lhaní, krádeže, rvačky, záškoláctví. U dětí starších mohou mít projevy hyperkinetické poruchy charakter závažnějšího asociálního či predelikventního chování.

Klinický obraz poruchy se mění v průběhu vývojových etap dítěte. Již kojenecké období bývá náročné, neboť dítě mívá poruchy základních biorytmů. To se projevuje nápadným neklidem a častým pláčem, problémy s usínáním. V období batolecím pak převažuje desinhibované chování s častými záchvaty vzteku a značnou vzdorovitostí. Tyto děti bývají divoké, neukázněné či nadměrně dráždivé. Často reagují nepřiměřeně bouřlivě či agresivně v situacích, kdy se mají podřídit nebo si něco odepřít.

U předškolních dětí pozorujeme těžko ovlivnitelnou hyperaktivitu, bezcílnou aktivitu, jsou náchylné na úrazy, nemají cit pro nebezpečí, chybí jim plachost, jsou odvážné až dobrodružné. Tyto děti mají problémy se sociální integrací v mateřské škole – nedodržují pravidla, která jsou požadována, ruší ostatní děti a často jsou agresivní a nevypočitatelné. Můžeme pozorovat též nízkou aktivitu a výdrž při hře, destruktivní a chaotickou hru, rušení ostatních dětí při hře. Při hrách, které vyžadují delší výdrž či jsou náročnější na paměť, pozorujeme značné těžkosti. Mohou se též často nudit, buďto si neumějí nalézt hru, nebo vůbec nevědí, jak se zabavit. Objevují se vývojové deficity, jazykové problémy, problémy s nácvikem hygieny. Častým jevem je opoziční chování směrem k rodičům, mnohdy též sourozenecká rivalita. Děti s ADHD bývají nápadné, jejich rodiny musí často snášet kritické komentáře okolí. Často bývají ze svého okolí i částečně vyloučeny.

Největší problémy nastávají v momentě, kdy dítě nastupuje do školy. Školní docházka klade výrazné nároky na systematičnost, kázeň a soustředění. Dítě s hyperkinetickou poruchou obvykle selhává v prospěchu z mimointelekových příčin, bývá často napomínáno a trestáno za nekázeň. Mezi časté projevy, které u dítěte můžeme pozorovat, patří těžkosti s udržením pozornosti, častá rozptýlenost. Dále pak těžkosti s učením nebo nedostatky v určité specifické učební oblasti. U těchto dětí též můžeme pozorovat kognitivní impulzivitu, kdy dítě spontánně vykřikuje během vyučování nebo při úlohách, ačkoli se netýkají zadaného tématu. Motorický neklid se projevuje tak, že dítě nedokáže v klidu sedět ani při psaní. Nedodržuje pravidla a povinnosti, domácí přípravu vykonává pouze pod důslednou kontrolou a vedením. Učivo je třeba často opakovat, což takové dítě nenávidí a tím se u něj stupňuje opoziční chování. Časté je zapomínání či ztrácení věcí, nepořádek ve věcech, který nedokáže udržet. Mnohdy se takové dítě uchyluje k disociálnímu jednání, k podvodům či krádežím drobných věcí. Selhává též ve vztazích s vrstevníky, mnohdy je pak i odmítá. (Murgaš, 2011). V důsledku celkového selhávání se pak u takového dítěte může fixovat pocit neúspěchu a selhání, který může vést ke vzniku různých neurotických potíží či poruch chování.



V období adolescence se poruchy chování často stupňují, při přechodu poruchy do dospělosti může se objevit klinický obraz hyperkinetické poruchy v dospělosti s rizikem sociální maladaptace. V polovině případů však projevy hyperaktivity samovolně ustoupí ještě před dosažením puberty. Do dospělosti pak porucha přetrvává u 40-60% případů.

Projevy hyperkinetického dítěte nejsou pro okolí příliš akceptovatelné. Často vyvolávají negativní reakce, výchova takových dětí je velice náročná, klade značné nároky na trpělivost, přičemž může v rodičích vyvolávat pocity selhání či příklon k represivním výchovným postupům. V rámci psychoterapie je třeba vysvětlit rodičům povahu onemocnění, důležitost pochvaly a přijetí a umožnit dítěti častější střídání činností a dostatečné pohybové uvolnění, aby se u něj nefixoval pocit selhání a frustrace. (Drtílková, Šerý, 2007)

## **2.6 Další potíže dětí s ADHD**

U dětí s ADHD se mohou objevovat i další psychické potíže. Můžeme u nich pozorovat poruchu opozičního vzdoru, kdy se rozčilují, hádají s dospělými a jsou schválně protivné. U více než 50% dětí s ADHD pozorujeme emoční problémy a problémy v oblasti sociálních dovedností. Patří sem i problémy navázat přátelství. Další oblastí jsou problémy s učením. Oslabeny bývají některé kognitivní funkce, funkce motorické, paměťové a řečové. Specifické poruchy chování jsou spjaty s oslabením ve funkcích a schopnostech, které jsou zodpovědné za řízení, regulaci a integraci chování. (Pokorná, 2010)

## **3 Diagnostika ADHD**

Diagnostika ADHD není jednoduchá. Představuje spíše dlouhodobý proces, sledování dítěte a jeho vývoje po určité období, alespoň půl roku, ale i déle. Ani takto však není zaručena správná diagnóza. V ideálním případě je dítě sledováno dlouhodobě různými odborníky, a to speciálním pedagogem, psychologem, ale i psychiatrem a dětským neurologem. Psychologická diagnóza je vždy klinická diagnóza a opírá se i o anamnézu osob, které jsou s dítětem v přímém kontaktu. Další důležité informace obsahují hodnocení dítěte učitelem, jeho sešitů a obrázků. Neuropsychologické testy mohou pomoci při určování deficitů. Při testování je třeba klást důraz na pozorování chování dítěte během testování, neboť mnohé děti jsou dle svého chování při testování lehce diagnostikovatelné. Diagnostika inteligenčního vývoje je nevyhnutelná především tehdy, jestliže má dítě problémy se známkami, nebo je nedostatečně výkonné, opakuje ročník, či je-li u něj navrženo přeřazení do

speciální školy. U dětí předškolních je potřebná vývojová diagnostika. ADHD se v předškolním věku diagnostikuje pouze v extrémně závažných případech. Doporučeno je proto pozorování chování, např. pracovní styl, koncentrace, rozptýlitelnost, porozumění úkolům a instrukcím, frustrační tolerance, pracovní tempo, motivace a orientace na ukončení a výsledek úkolu. Při interpretaci výsledku testů je třeba zohlednit skutečnost, že výkon dítěte může být ovlivněn tím, zda je dítě dostatečně odpočaté, zda vychází dobře s osobou, která je vyšetřuje, zda je dostatečně motivováno a jak dlouho je schopno se koncentrovat. (Murgaš, 2011)

### 3.1 Diagnostika osobnosti

Diagnostika osobnosti je důležitou součástí diagnostiky ADHD. Pokud se totiž dítě s touto problematikou necítí dobře, je schopno odpovídat na kladené otázky převážně jednoslovně. Proto se jako dobře použitelné ukazují testy projektivní:

- Prožívání, identita
- Dynamika rodiny – např. kresba začarované rodiny
- Sebevědomí, úzkostnost
- Emoční zralost
- Uvědomění si problému

Je třeba zohlednit možnosti slovního vyjadřování u dětí s opožděným řečovým vývojem. Pozorování chování dítěte během testování poskytuje informace o kolísání motivace, orientaci na neúspěch, sebevědomí, motivaci k výkonu, fyziologických reakcích, případně nesouladu mezi výrazem a chováním a o temperamentu a poslušnosti.

Důležitým faktorem při diagnostikování ADHD problematiky je hodnocení a přínos osoby učitele při diagnostice. Ten pozoruje dítě dle následujícího schématu:

1. Při jakých aktivitách dítě poutá pozornost: schopnost koncentrace, schopnost vydržet, seberegulaci, ohleduplnost k ostatním, schopnost sedět v klidu a schopnost počkat si
2. Jakým způsobem dítě poutá pozornost (jaké problémové chování se objevuje) a v jakých situacích se toto problémové chování projevuje nejvíce, zda je vázáno na určitou činnost či osobu
3. Vyrušuje více o přestávkách či v době vyučování
4. Ruší více třídního učitele či ostatní vyučující
5. Jak vypadá jeho písemný a výtvarný projev

6. Jak se chová při hře či pohybových aktivitách
7. Jak se chová při výuce (zda poslouchá, zasnívá se, neplní zadané úkoly, baví se jinou činností, nedokáže sedět v klidu, neumí si zorganizovat věci, vyrušuje)
8. Jaký je výukový typ (sluchový, zrakový, praktický, čtecí)
9. Kde jsou jeho silné stránky, v čem je dobré

Učitel by měl podávat rodičům věcné informace o svých pozorováních, vhodná je i možnost konzultace učitele s ostatními odborníky – s lékařem a terapeutem, ke kterým bylo dítě posláno. Učitel je při diagnostice důležitým přínosem, jeho vědomosti a poznatky o obraze poruchy jsou základem efektivní pomoci. (Murgaš, 2011)

### **3.2 Diferenciální diagnostika ADHD**

Většina dětí se v některých situacích chová hyperaktivně. Běžné děti se však v odpovídajících situacích dokáží chovat tak, jak je od nich požadováno. Tím se od dětí s ADHD liší. V chování dítěte, které právě prožívá emočně náročné období, se též mohou objevit symptomy podobné symptomům ADHD, např. nepozornost, zhoršení školních výkonů, problémy se spánkem, agresivita. Děti, kterým při výchově chybí pravidla či děti, které nemají dostatek kvalitních vztahových vazeb, se též mohou jevit jako hyperaktivní. Mnohdy sami rodiče považují své dítě za hyperaktivní i tehdy, když jsou málo výchovně důslední. (Murgaš, 2011)

U dětí s podezřením na hyperkinetickou poruchu je nutné zkontrolovat především zrak a sluch, neboť nedostatky v této oblasti mohou imitovat poruchy pozornosti a snižovat školní výkon dítěte. Zhoršení pozornosti však může souviset s akutním či chronickým tělesným onemocněním, nedostatečnou výživou nebo nedostatkem spánku. Někdy je třeba vyloučit i klinicky méně nápadné formy epilepsie. Pozornost též ovlivňují medikamenty, u starších dětí pak i zneužívání návykových látek. (Drtilková, Šerý, 2007)

Děti s poruchou ADHD mohou mít i pozitivní vlastnosti z této problematiky vyplývající. Jedná se např. o simultánní jednání, kdy dítě dokáže zároveň malovat a poslouchat. Tyto děti mají nevyhasínající energii, jsou schopny vysokého výkonu při nátlaku či správné motivaci. Mohou též věci rychle chápat, což jim poskytuje rychlý přehled. Dobře vnímají nálady partnera, dobře posuzují akceptaci a zvládání pocitů u protivníka. Jsou rychle připraveny na reakci, jsou tedy schopny rychle pomoci někomu, kdo pomoc potřebuje. Projevuje se u nich výrazný smysl pro spravedlnost, bývají výrazně optimistické. Mají mnoho zájmů a vysokou schopnost se pro něco nadchnout, jsou kreativní a vynalézavé. Výrazná je

též schopnost opečovávat mladší či slabší děti. Jsou dobromyslné, zvědavé, s dobrým orientačním smyslem, mají rády přírodu a zvířata. Jsou též pružné a pohotové, mají dobrou intuici a schopnost pozorování, dobrou fantazii a často i smysl pro humor. (Murgaš, 2011)

### **3.3 Symptomatika u dívek**

U dívek můžeme pozorovat méně zřetelných znaků ADHD ve srovnání s chlapci, proto je třeba klást otázky na symptomy ADHD u dívek obezřetněji. Například mají ADD bez hyperaktivity. Tento typ se vyskytuje též u chlapců. Nepozorný typ má většinou potíže v následujících oblastech:

#### **1. Učení a výkon:**

Pomalé pracovní tempo - nedokáže dokončit úkol smysluplně, nestačí jí čas na práci ve třídě. Denní snění (život ve světě fantazie). Rozptýlitelnost - nedokáže poslouchat, při čtení nedokáže navázat na to, co bylo čteno. Poruchy koncentrace, časté chyby z nesoustředěnosti, nevšímá si všech zadání úkolu. Zapomnětlivost. Rušivé chování při vyučování (povídá si, chichotá se). Nerovnoměrný výkon ve škole (jedničky i pětky z jednoho předmětu). I při dobré přípravě debakl při odpovědi (strach z odpovědi). Chybějící časový management (úkoly nevypracuje včas, nepřesnost). Neplnění povinností. Nerada konkuruje ostatním (hry, soutěže). Dezorganizace (nemá všechny pomůcky, chaos v osobních věcech, na psacím stole, ve školní tašce).

#### **2. Motivace a emoce:**

Stud a pocity viny pro své symptomy. Pocity, že je jiná než ostatní dívky (často působí chlapecky). Plachost, ustrašenost. Problémy dělat něco z vlastní vůle (ráno vstává z postele jen pod nátlakem). Citlivost na kritiku. Autostimulace (kousání nehtů, kroucení vlasů, oděvu, ohryzávání tužky). Labilita nálad, netrpělivost, nuda.

#### **3. Somatická úroveň:**

Těžkosti s usínáním. Sklon k nadváze. Somatizace (bolesti břicha, hlavy zejména v souvislosti se školními neúspěchy). Hypersenzitivita (citlivost na zvuky, dotyky, nesnášenlivost určitých textilií).

#### **4. Sociální chování:**

Těžkosti v sociálním okolí (časté spory s kamarádkami, sociální fobie). Nejistota (nevěří si, že může být dobrá). Impulzivita. Nerada hovoří před skupinou. Záliba ve videorách. Nedodržuje dohody.

## 5. Starší dívky:

Často mění témata hovoru. Nechuť ke škole. Chybějící pocit zodpovědnosti. Přehnané reakce. Labilita nálad, nízká frustrační tolerance, netrpělivost. Pocit psychického vyčerpání ze školy. Zvýšená konzumace kávy a kofeinových nápojů. Dezorganizace, přejídání. Potřeba pohybu pro dobrý pocit. Sociální nejistota. (Murgaš, 2011)

### 3.4 Symptomatika dítěte s ADHD v domácím prostředí

Rodiče dětí postižených ADHD poruchou popisují další symptomy týkající se rodinného prostředí. Patří sem porušený rytmus spánku a bdění. Mnohé z dětí jsou postiženy masivními poruchami usínání, kdy večer nejsou schopny usnout. Ráno pak, v důsledku nedostatečného odpočinku, nastává u dítěte problém vstát do školy.

Děti s ADHD často volí vyhýbavé strategie. Rády diskutují o smyslu svých povinností, čímž jejich splnění stále odkládají. Mnohdy se stává, že rodiče pak nakonec na splnění svého požadavku přestanou trvat. Další vyhýbavou strategií je mizení, kdy se dítě „vypaří“ v momentě, kdy je třeba něco udělat. Nedá se pak zapojit do nepříjemných záležitostí a ztrácí se z dohledu. Uchylují se též k podvodům, především tehdy, jestliže se jim nechce poslouchat výtky a necítí se v situaci dobře. Často by samy rády řešili situaci jiným způsobem, ale nedokáží to. Rodič vnímá podvod jako zklamání, které výrazně narušuje vztahy. Situace může vést až k pocitu dítěte, že když jej okolí vnímá jako špatné, tak ono tuto roli musí potvrzovat.

Dítě s ADHD vnáší rozpory nejen mezi rodiče, sourozence, tedy mezi nejbližší rodinu, ale i mezi rodiče a ostatní příbuzenstvo. Tyto konflikty vznikají zejména nejednotností výchovného přístupu, kdy jeden je výchovně neústupný a kritický a druhý zase shovívavý. Zejména přístup prarodičů bývá shovívavý a kritický k výchovným přístupům rodičů. Rodina pak může reagovat stažením, přestanou zvat návštěvy a příbuzné. Prohlubující se izolace pak vede k dalšímu přetěžování rodičů, kteří tak nemají od dítěte oddech. Stres rodičů prohlubují i školní povinnosti. Dítě s ADHD buďto odmítá plnit domácí úkoly, nebo nad nimi prosedí dlouhou dobu. Stává se, že psaní domácích úkolů končí konfliktem a zesilujícím odporem dítěte k domácí přípravě vůbec. Rodiče, kteří jsou vyčerpaní, hledají viníka v učiteli. Často se pak vyhýbají spolupráci se školou, neboť již odmítají poslouchat stálé stížnosti na své dítě. Vznikají těžko řešitelné konflikty. (Murgaš, 2011)

V zájmu dítěte je třeba se zaměřit především na:

1. Trpělivost, klid a optimistický výhled do budoucna.

2. Nešetřit povzbuzením, pochvalou a oceněním – pochvalu a ocenění je třeba vyjádřit i v případě, že dítě sice není úspěšné, ale projevuje snahu.
3. Nedopustit, aby se dítě naučilo něco špatně – pokud si dítě něco osvojí, tvrdošijně na tom ulpívá a velice obtížně se pak přeorietovává na jiný postup.
4. S dítětem je nutná spolupráce – dítě po celou dobu provázet. Předchází se tím nevhodnému chování či chybám v jeho práci. Je třeba vyloučit rušivé podněty.
5. Zásada „málo a často“ – dětem s ADHD vyhovuje spíše nárazové než dlouhodobé, soustavné zatěžování pozornosti. Práci přerušovat a pak se k ní vrátit. Odpočinek je vhodné dopřát vždy, kdy je u dítěte patrná únava.
6. Využít zájmu – zájem podněcuje pozornost. Má-li se dítě něco naučit, je třeba předem vzbudit jeho zájem. Nucení a tresty mohou jen zvyšovat odpor dítěte k dané činnosti.
7. Hodně pohybu – pohyb je pro dítě s ADHD důležitý. Takové dítě se však nerado přizpůsobuje režimu, proto není příliš vhodné jej nutit do kroužků či sportovních oddílů. Řízená aktivita není pro dítě s ADHD vhodnou volbou. Zařazení pohybové aktivity v rodině do běžného režimu dne je daleko vhodnější volba.
8. Zabránit pocitům méněcennosti – dítě si uvědomuje, že selhává v činnostech, které jsou pro ostatní děti běžně zvládnutelné. Je proto nutné najít činnost, kterou dítě zvládně a cítí se při ní úspěšné.
9. Zajistit v rodinném prostředí ovzduší spolupráce – dítě by se mělo cítit přijímané, platným členem rodiny. Je třeba proto podpořit dítě vždy ve chvílích, kdy je ochotné pomoci či udělat něco dobrého pro ostatní. Dítě je tedy možno úkolovat drobnými pracemi v domácnosti, neboť bývá velice činnorodé. Podporovat je když dělá druhým radost.
10. Spolupráce rodiny a školy – učitel by měl být porobně informován o příčinách obtíží, rodič by s ním měl být neustále ve styku. Rodče by měli dítě kontrolovat, ale netrestat, pomáhat. Je třeba vzít v úvahu, zda překážky, které dítě překonává, je schopno samo zvládnout. Netlačit na dítě, na jeho přílišné osamostatnění v činnostech, kde si ještě není jisté.
11. Spolupráce s lékařem – medikace dítěti poskytuje podporu, nikoli řešení problému. V případě, kdy je lékařem předepsána, je ale nutné ji dítěti pravidelně podávat.

12. Volit vhodné zaměstnání – pro dítě s ADHD zpravidla nebývá studium cílem. V mnoha případech je rádo, pokud již školu může opustit. V praktickém životě se pak zpravidla uplatňuje lépe, než naznačovala školní kariéra. Jako nevhodná se jeví povolání sedavá, sdůrazem na přesnost, dlouhé soustředění, spolehlivé vnímání. Jako vhodná se jeví zaměstnání v zemědělství, potravinářském průmyslu, služby. (Matějček, 1991)

*Pochopení a poznání problému, jimiž jsou obtíže obestřeny a mnohdy laicky vysvětlovány, když si je nelze rozumně vyložit a běžnými prostředky se je nedaří zdolat, zbavuje rodiče i vychovatele zbytečných pocitů viny a samo dítě osvobozuje od nespravedlivých trestů a nepřiměřeného tlaku na výkon. Zároveň dává naději a otvírá výhled do budoucnosti. Stává se zároveň základem smysluplné, cílené a na realitě založené systematické nápravy. Poznání a pomoc, tj. diagnostiku, nápravu a terapii, nelze od sebe oddělovat. Tvoří jeden společný, vzájemně se prohlubující a korigující dlouhodobý proces.* (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 164)

## **4 Ústavní výchova**

Ústavní výchova je jednou z forem náhradní výchovné péče jako součást systému zabezpečujícího péči o děti.

*Problematika ústavní výchovy je celospolečenský problém, který souvisí se sociálním klimatem společnosti, odráží aktuální hodnoty, postoje, názory, ekonomické možnosti a v neposlední řadě i politické priority. Vyjadřuje úroveň sociálního cítění, priority výchovných cílů, včetně kvality školského systému i postavení rodiny a reálných možností její podpory.* (Janský, 2004, s. 93)

### **4.1 Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy**

Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy upravuje Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní a ochranné výchově ve školských zařízeních a preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. Jedná se o diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy.

Diagnostické ústavy plní dle potřeb dítěte funkci diagnostickou, vzdělávací, terapeutickou, výchovnou a sociální, organizační a koordinační. Na základě znalostí konkrétních spádových zařízení v rámci regionu a jejich aktuálních možností, odpovídá

diagnostický ústav za rozmístování dětí do jednotlivých domovů a ústavů. Těm též poskytuje potřebnou metodickou a odbornou pomoc. Úkolem diagnostického ústavu je po dobu výchovně terapeutického pobytu dítěte zpracovat jeho komplexní diagnostiku, vymezit výchovné a vzdělávací priority a doporučit vhodné metody a přístupy. Přijaté dítě je třeba adaptovat na podmínky ústavní výchovy včetně kotvení potřebných hygienických, režimových a výchovných návyků. (Janský, 2004)

## **4.2 Problémy a úkoly ústavní výchovy**

Hlavním principem a prioritou ústavní výchovy je princip pomoci a ochrany dítěte. Prioritním úkolem zařízení poskytující péči dětem umístěným mimo vlastní rodinu je zajištění kvalitních podmínek vytvořených na podkladě pozitivních emočních vazeb a důvěře mezi dospělým a dítětem. Zásadním úkolem je podpora a péče, ale též výchova a resocializace. (Matoušek, 1999)

## **4.3 Problémové dítě ve školském výchovném zařízení – dilemata**

Situace dítěte s poruchami chování je specifická a složitá. Důvodem jejich umístění do ústavní výchovy jsou totiž poruchy chování jako takové. V souvislosti s integrací a specializací práce s dětmi s poruchami chování v ústavní výchově hovoříme o sedmi oblastech, které jsou stěžejní.

Komunitní pomoc vs. insitucionální řešení – je nutné u dětí, které nejsou samy vnitřně motivovány k pozitivní změně. Dochází k němu i v případech dětí, které nemají dostatečnou oporu v rodině, či není-li u nich dostatečná racionální korekce chování. V takových případech obvykle selhává ambulantní pomoc a je nutné jejich umístění.

Koedukace – V období puberty a dozrávání osobnosti se kromě jiného tvoří i vztah k druhému pohlaví. Pobyt v koedukovaném zařízení je pro dítě možností, jak si do budoucna utvořit zdravý vztah k druhému pohlaví. Pokud je dítě v zařízení nekoedukovaném, není možné tvořit a kultivovat vztahy k druhému pohlaví.

Třída, výchovná skupina, terapeutická skupina – vzniká problém, jestliže jsou všechny tři skupiny nebo alespoň dvě z nich personálně totožné. Dítě v pubertálním věku vnímá jako pozitivní zásadu, že čím je instituce uzavřenější, tím víc potřebuje střídat referenční skupiny.

Vnitřní diferenciaci vs. vnější diferenciaci – jde jednak o oddělování dětí s mentální retardací od dětí s intelektem v normě, a jednak též o rozlišování na základě typu, stupně



a závažnosti problému. Výhodou vnitřní diferenciacce je její flexibilita a pozitivní převýchovná vize, problém ale bývá v „nálepkování“ skupin a rozdílné pracovní vytiženosti a náročnosti pracovníků zařízení.

Otevřenost zařízení vs. uzavřenost zařízení – na jedné straně jde o stupeň volnosti, který umístěné děti mají (zájmové činnosti, možnost vzdělávání mimo zařízení) a na druhé straně i o míru inkluze do běžné společnosti. Přijetí zařízení za „své“ je důležitým faktorem, který se promítá i do atmosféry zařízení.

Heterogenní skupina vs. homogenní skupina – v heterogenní skupině se hůře realizují cílené programy, v homogenní skupině jsou pak děti s jedním symptomem, což může být problém (děti s ADHD, agresivní děti, léčebně-výchovné oddělení), vzniká kumulace jednoho problému a nenabízí jiné vzory pro korekci chování.

Náhradní rodinná péče vs. instituce – rozhodnutí, zda je pro dítě vhodnější instituce či náhradní rodinná péče, je individuální. Pro tuto volbu mohou být vodítkem případové konference. V současné době je nedostatek profesionálních pěstounů a pěstounů na přechodnou dobu. Zařízení náhradní výchovy jsou naopak naplněna. V minulosti došlo ke snižování kapacit těchto zařízení, v současnosti je míst nedostatek, zejména v diagnostických ústavech a dětských domovech se školou. (Škoviera, 2007)

#### **4.4 Vývojové zákonitosti dětí školního věku**

Pro dítě mladšího školního věku, tj. první dva roky povinné školní docházky, je charakteristický posun od dominantního postavení imaginativně emočních složek psychiky předškolního věku k převaze racionálně kognitivních složek s dominancí kognitivních funkcí. Dochází k oddělení „já“ od okolního světa, tudíž subjektivního prožívání od objektivní věcné orientace ve světě. Důležitým vývojovým předělem je dílčí ústup hry ve prospěch školní práce včetně zvýšených nároků na motivačně volní vlastnosti. Na počátku školní docházky je sebeobraz dítěte závislý na názorech autorit, tudíž na osobnosti učitele. Školní docházka pak mívá na dítě mladšího školního věku největší formativní vliv. Důležitou změnou psychiky u dítěte mladšího školního věku je počátek konformního přístupu k hodnotám pro dítě významným, jestliže jsou významné i pro jeho okolí. Současně dochází k rozvoji autonomní morálky dítěte s přizpůsobováním se prostředí. Dítě by v tomto období mělo být schopno vnímat mravní postoje a pociťovat vinu za své nesprávné chování. Postupně se rozvíjí i vyšší citová stálost umožňující dítěti navazovat užší přátelské vztahy s vrstevníky. Postupně dochází k ústupu autority a vlivu učitele ve prospěch vlivu silných a sociálně zdatných

vrstevníků. Počíná se projevovat skupinové klima. Vyrůstá kritičnost vůči okolí a zvyšuje se úroveň hodnocení mezilidských vztahů. Okolo jedenáctého či dvanáctého roku je dítě již schopno mravního hodnocení.

V tomto období dochází též k tvorbě a přijetí mužské a ženské identity. Dívky častěji projevují větší vcítění, úzkostnost či smysl pro pořádek. Prepuberta u chlapců je charakteristická postupným přenesením těžiště vztahů k otci. Prostřednictvím mechanismů sociálního učení získávají specificky mužské postoje, mužský způsob řešení problémů i vztah k ženám. Časté projevy negativismu, vzdorovitosti a nedůvěry vůči ženám pak mohou být příznaky poruch chování u chlapců, kteří vyrůstají v rodině bez otce. V prepubertálním období mají děti snahu přizpůsobit se normám a požadavkům vrstevnické skupiny. Období je charakteristické zvýšenou labilitou a citovou dráždivostí, mohou se vyskytovat adaptační potíže na školní požadavky.

Těžiště práce pedagogů ve školských výchovných zařízeních spočívá v reedukačních aktivitách, zejména ve zjišťování, přetváření a doplňování nedostatků ve výchově umístěných dětí. Školní edukace pak zasahuje do oblasti školního prospěchu dítěte i do oblasti společenské situace dítěte ve škole, neboť jsou to oblasti vzájemně se ovlivňující a provázané. (Janský, 2004)

## **5 Dětský diagnostický ústav**

Dětský diagnostický ústav v Liberci je významným preventivně-terapeutickým a diagnostickým zařízením v České republice. Kapacita zařízení je 48 lůžek. Spádová oblast pokrývá Liberecký a Ústecký kraj. V gesci DDÚ je síť 30 spádových zařízení náhradní výchovy v této lokalitě s celkovou kapacitou 1300 lůžek, jejíž evidenci, naplněnost a metodickou pomoc DDÚ realizuje. Součástí DDÚ je základní škola, kde jsou vzdělávány děti v nejrůznějších programech. Od r. 2013 je novou součástí též ambulantní terapeutická péče pro děti a mládež Libereckého kraje.

Dětský diagnostický ústav pracuje v komunitním terapeutickém systému s důrazem na systém, což je jeho velkou předností i výsadou. Má k tomu mimořádně dobré personální obsazení i prostorové podmínky. Kvalifikovaní středoškoláci, či vysokoškoláci s terapeutickým zaměřením a speciálně – pedagogickou kvalifikací. Krom toho zaměstnává 5 psychologů a 3 etopedy. Věková struktura a složení zaměstnanců odráží běžné sociální spektrum, pracovníky mladé, středního i staršího věku, polovina jsou muži a druhá polovina ženy.

Do DDÚ jsou přijímány děti ve věku zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky, přičemž dětská populace je velmi pestrá, děvčata i chlapci, kvůli kterým si jejich nejbližší okolí dělá starosti, s nápadnostmi v chování, či prožívání, děti týrané, zneužívané, či opuštěné, děti mentálně retardované i děti intelektově nadané, např. i žáci víceletých gymnázií, děti v krizi z rozvodu rodičů, či krizi vývojové- např. pubertální. Děti z rodin, kde se žije na hranici chudoby, ale i děti z rodin s velmi dobrým hmotným zabezpečením. Děti jsou přijímány na základě rozhodnutí soudu, či na základě dohody o dobrovolném pobytu.

Cílem diagnostického pobytu je provést kvalitní diagnostiku, poskytnout první sociální pomoc a kvalitní terapii včetně krizové intervence a nastartovat změny v chování či prožívání, které umožní návrat dítěte zpět do rodiny, pokud je to z hlediska nejlepšího zájmu dítěte možné. Vřazení dítěte do DDÚ je při potížích v chování, či prožívání výhodné krom výše uvedených skutečností proto, že ačkoli je realizován terapeutický proces, žije dítě v prostředí, které velmi užitečně modeluje jeho realitu – kontakt s rodinou /návštěvy, dovolenky/, vrstevníci, školní zátěž, povinnosti, relaxace, kontakt se zázemím stotisícového města a tím i různá pokušení, kterým se učí odolávat. Dítě není v realitě ochránářského zdravotnického zařízení, ale v jemu velmi blízkém světě. Prioritou je kontakt a spolupráce s rodinou dětí, její provázení a společné hledání řešení k nápravě těžkostí. Dále je zde velké pochopení pro individualitu každého jednoho dítěte při současně bezpečně nastavených a srozumitelných pravidlech pro všechny děti, které jim posléze umožňují snadnější návrat do běžného prostředí mimo zařízení.

Umístění dětí u nás je pro děti pomoc, nikoli trest.

## **5.1 Specifické činnosti DDÚ Liberec**

- Komunitní terapeutický systém, v němž je kladen důraz na funkčnost systému a propojenost jednotlivých elementů systému, včetně návaznosti péče jednotlivých pedagogických, lidských a terapeutických intervencí a vlivů.
- Bereme v potaz individuální realitu dítěte a jeho osobní a rodinné možnosti s upřednostněním návratu dítěte zpět do rodiny, pokud je to jen trochu možné už z našeho zařízení.
- Kvalitní zájmová činnost, aktualizovaná s ohledem na konkrétní dětské složení, s přihlédnutím k individuálním zájmům.

- Individuální a skupinovou terapii a práci s celými rodinami realizují psychologové a etopedi ve spolupráci se sociálními pracovníci a speciálními pedagogy DDÚ. Precizně propracovaná je canisterapie i arteterapie.

- Metodická setkání pro zařízení náhradní výchovy – jako metodický orgán pro zařízení severočeského regionu realizuje naše zařízení dvě porady s odborným programem. Jedno velké setkání, na které jsou rovněž zváni kurátoři a sociální pracovníci z jednotlivých městských úřadů a okresů libereckého a ústeckého kraje.

- Metodická pomoc následným zařízením v naší síti – návštěvy odborných pracovníků alespoň 2x ročně v každém zařízení, v případě potřeby vícekrát.

- Snaha o individuální péči o děti obtížně zvládnutelné pedagogickými prostředky, které nejsou indikovány pro školské zařízení, ale přesto jsou k nám vřazovány, tatož péče je věnována dětem se zdravotními handicap.

- V zájmu zachování sourozeneckých vazeb jsme i v tomto roce brali sourozence, kteří ještě nezapočali školní docházku, které jsme dokázali přiměřeně věku rozvíjet i pozitivně ovlivňovat.

- DDÚ pracuje pod supervizí – případovou a týmovou.

- Ambulance DDÚ úzce spolupracuje se sociálními pracovníci OSPOD, ale i přímo s rodiči, či dětmi, které potřebují terapeutickou intervenci. Nejfrekventovanější příběhy se týkají komplikovaných rodinných vztahů, četné kazy se týkaly i zneužívání dětí, dále jsou konzultovány a kontraktovány dobrovolné pobyty. Ambulance také přebírá péči o děti po propuštění z dobrovolných pobytů, či ukončené péče na základě soudního rozhodnutí, pokud je to vhodné a je o ně zájem. Realizují se též případové konference.

## 5.2 Výchovně vzdělávací činnost DDÚ Liberec

Výchovně vzdělávací činnost vychází ze **Školního vzdělávacího programu pro zájmové vzdělávání dětí**. Jednotlivé výchovné činnosti se řídí dle Týdenních plánů činnosti, ve kterých se prolínají standardní a pravidelné činnosti s individuálně zaměřenými činnostmi, vycházejícími z aktuálního složení výchovné skupiny a z potřeb pedagogické i psychologické diagnostiky. Obsahem výchovných činností jsou složky **režimové** (dané denním programem), složky **odborně výchovné** (konkrétní výchovy dané Týdenními plány jednotlivých skupin), složky **relaxační** (zájmové a rekreační činnosti dané Ročním plánem a Týdenními plány

skupin), složky **komunitní** (komunitní systém, hodnotící systém) a složky **terapeutické** (souhrn individuálních a skupinových terapeutických činností v rámci komunitního systému, činnosti výběrové a zátěžové). Důraz je kladen na pohybové a sportovní aktivity (vzhledem k velkému procentu dětí s hyperaktivním syndromem), nedílnou součástí jsou i aktivity zaměřené na rozvoj sociability, utváření morálních postojů, norem a hodnotového systému, dále pak činnosti estetické, poznávací, turistické, rukodělné, přírodovědné, a jiné. Mimoškolní činnost je zaměřena na realizaci výchovných a výukových cílů formou naplňování volnočasových aktivit. Záměrně a cíleně volené akce umožňovaly zvnitřnění návyků k vhodnému využívání volného času dětí a pro pedagogické pracovníky jsou vhodnou příležitostí k prohloubení poznatků z hlediska diagnostiky. U vybraných dětí jsou ve spolupráci s etopedy, psychology a dalšími pracovníky realizovány výchovné postupy formou specifických výchovných a terapeutických činností, jako např. canisterapeutického programu, arteterapeutických dílen nebo individuálních volnočasových programů.

### **5.3 Psychologická péče DDÚ Liberec**

Psychologická péče se věnuje každému z dětí jak po stránce diagnostické, tak také terapeutické. Kromě toho, že je využívána celá škála diagnostických metod, včetně těch nejnovějších čerpá se i z poznatků předchozích vyšetření dítěte, tyto informace jsou pak porovnávány a doplněny o posouzení sociokulturního prostředí dítěte, jeho rodinného prostředí a vzájemných vztahů. Využíváním rozličných psychologických testů a kombinováním diagnostiky s terapií je tak minimalizováno riziko vzniku sekundární viktimizace z psychologického vyšetření. V rámci terapeutické práce je snaha především o vztahovou rehabilitaci a rozvoj osobnosti dítěte. Tyto terapeutické intervence vycházejí ze zaměření jednotlivých terapeutů a aktuální indikací dítěte. Používá se nejvíce dynamický přístup, ale i krizová intervence, přístup KBT, systemický přístup, práce s rodinou a rodinná psychoterapie i výchovné poradenství. S dětmi se pracuje jak individuálně, tak také skupinovou formou.

Individuální terapie je zaměřena podle potřeb dítěte na:

- krizovou intervenci,
- rozvoj pozitivních osobnostních vlastností,
- posilování psychické odolnosti k zátěži, při řešení konfliktů, v sebeovládání,
- posílení vztahů k rodině, zejména k těm členům rodiny, kteří mohou dítěti

poskytnout podporu, udržovat s ním kontakt a posilovat ho při zvládání jeho náročné životní situace, což pobyt v jakémkoliv zařízení bezesporu je,

- posilování sourozeneckých vazeb,
- změnu postojů a změnu v hodnotovém žebříčku dítěte, zejména týkajících se vzdělávání,
- a na další témata podle individuality dítěte.

Skupinová terapie, kterou vede psycholog a etoped, probíhá minimálně dvakrát týdně. Setkání se řídí pravidly, která si členové skupiny sami vytvořili. Využívá se jak jemného působení vrstevníků, tak i různých rituálů a prožitků získaných v různých terapeutických technikách. Děti mají možnost využít těchto setkání také k řešení jak svých osobních problémů, tak také vzájemných vztahů ve skupině. Jako velmi cenná se pro děti ukazuje možnost vyslechnout si zpětnou vazbu právě od vrstevníků a zároveň se učit, jak říkat to, co se nám na druhých líbí či nelíbí a to nezraňující slušnou formou.

Program skupinové terapie je tematicky zaměřen podle aktuálního psychického stavu a atmosféry ve skupině, zejména:

- sebepoznávání a sebereflexe,
- posílení důvěry a sebedůvěry,
- společenské chování, společenská pravidla,
- životní potřeby, životní hodnoty a životní plány,
- řešení konfliktů,
- agresivita a zvládání atak agresivity,
- rozvoj kreativity,
- relaxace, imaginace.

Cílem pobytu v DDÚ Liberec je komplexní diagnostika dítěte v oblasti sociální, speciálně pedagogické, psychologické, školní a zdravotní. V závěru pobytu dítěte je vyhotovena komplexní zpráva.

V závěru teoretické části bakalářské práce uvádíme kazuistiku chlapce se specifickými poruchami chování ADHD, který absolvoval pobyt v DDÚ Liberec.

## 5.4 Kazuistika

Chlapec 14 let přijat do dětského diagnostického ústavu pro nerespektování autorit, závažnou trestnou činnost, agresivitu. Chlapec absolvoval opakované pobyty na psychiatrii, středisko výchovné péče – bez výraznějšího efektu. Dle závěru psychiatrie diagnostikováno ADHD, socializovaná porucha chování, disharmonický vývoj, raná deprivace. Chlapec v péči otce a babičky. Matka se na výchově od jeho útlého dětství příliš nepodílela. Chlapec ji označoval jako osobu bez přístřeší.

Na zařízení se chlapec adaptoval celkem dobře, již zvyklý na pobytová zařízení, od počátku se zajímal o věci kolem, snaha předvést se v dobrém. V porovnání s předchozími zprávami se jevil jako vztahový, navazující se, s touhou po pozornosti dospělého, zároveň působil suverénním dojmem, snaha o posouvání hranic za zády dospělého, obcházení autorit, výklad vlastních pravidel. V jednání nezdrženlivý, jednal impulzivně, bez domýšlení důsledků. K ostatním dětem byl méně trpělivý, svou živostí a roztěkaností byl dětmi často vnímán jako rušivý element, sám projevoval snahu o dominanci ve skupině, čímž se dostával s ostatními do sporu. Projevoval se viditelný rozdíl chování za zády dospělého, kdy se dopouštěl vyhrožování ostatním dětem, byl necitlivý, posmíval se. Před dospělým pak uměl lépe ovládat své jednání, dokázal být nápomocný a ochotný. Chlapec se během pobytu dopustil několika závažných přestupků, kdy u sebe přechovával nůž, pomocí kterého ostatním dětem vyhrožoval, jinému chlapci pomohl skrýt a přechovat THC. Pokud s ním dospělý řešil prohřešky, byl výběrově vztahově k určitým osobám schopen přiznání, zejména když se domníval, že jeho přiznání bude polehčující okolností. U jiných autorit šel naopak okamžitě do opozice, snažil se navodit dojem, že přítomnost autority ignoruje, lhal, vztekal se, vulgárně nadával, osočoval ostatní, odváděl pozornost jiným směrem. Lépe vycházel s mužskou autoritou a muže snáze poslechl. Se ženami více diskutoval, byl na dně drzý, jako autoritu je mnohdy vůbec neuznával, dělal jim naschvály, odmítal spolupráci. Na druhou stranu ale toužil po jejich pozornosti, vlídném přijetí, dosycení. Často hovořil o pocitech strachu a ohrožení, které byly vázány na minulost, a zdůvodňoval potřebu ozbrojovat se. Objevily se i lehce obsedantní projevy, potřeba řádu, systému, kdy úzkostně dbal na udržování stabilních věcí, např. sezení u konkrétního stolu, na stejné židli, rovnání si věcí, spaní na jednom pokoji se stejnými dětmi. Jakákoli změna chlapce významněji zúskostňovala a znejistňovala a vedla k přehnaným reakcím ve formě zvýšeného neklidu, negativismu až agrese.

V individuálním kontaktu byl komunikativní, dožadoval se ho, byl vděčný za pozornost dospělého. Ve vztazích výrazně výběrový. Ve škole došlo během pobytu

k výraznému posunu oproti zprávám z původní kmenové školy. Vyhovoval mu malý kolektiv třídy, kde se dokázal lépe soustředit, byl schopen lépe spolupracovat a byl pečlivý na své věci.

U chlapce byly během pobytu patrné impulzivní, reaktivní agresivní projevy. Jeho zvýšené emoční napětí oslabovalo jeho kognitivní sféru, což předurčovalo zvýšené riziko afektivní exploze v podobě nekontrolované agrese. Do jisté míry šlo i o imitaci modelů agrese a saturaci potřeby získání pozornosti, sebeprosazení, uplatnění a uznání. Vývoj osobnosti disharmonický. Negativistické a agresivní jednání již fixováno, s přesahy k delikventnímu jednání. Chlapec emočně labilní a značně impulzivní. Schopen účelovému přizpůsobení se. Nečinilo mu problém lhaní, podvody, nepoctivost, krádež, vyhrožování. Při konfrontaci se choval protřele, zapíral, ačkoli byl jasným viníkem. Unikal před problémy, vytěsňoval je. Nepozorný, roztěkaný. Pokud byla jeho pozice ve skupině posílena, vymezoval se častými projevy, jakými jsou posměšky, vulgarity, nadávky, drzosti. Zátěž nezvládal. Nízká frustrační tolerance, přecitlivělý na kritiku. Jeho negativní činy byly předem plánovány. Navenek snaha vystupovat zdvořile, předvádět lítost, slibovat nápravu. Snížená schopnost empatie a anticipace následků svého chování. Zároveň ale u pubertálního již chlapce dosud přetrvávalo hodně dětské prožívání, touha po přijetí, pozornosti, ocenění, kterých se mu v minulosti vzhledem k náročnosti spojené s ADHD často nedostávalo.

Chlapec se kontaktoval během pobytu se svým otcem a babičkou, jezdil k nim na pravidelné víkendy. Aktuální vztah k otci se jevil jako spíše ambivalentní, pramenil z pocitu nedostatečného zájmu otce o něho. Chlapec refleктоval i občasnou hrubost ze strany otce, kdy výchovné potíže řešil otec i fyzickými tresty. Zároveň ale stál o jeho pozornost, společně trávený čas. Více pozitivně vnímal osobu babičky, která o chlapce pečovala od dětství. Odstup naopak vyjadřoval k osobě otcovy partnerky. Matku hodnotil jako osobu bez zájmu o něj.

U chlapce bylo zásadní stanovení jasných pravidel, důsledné dbání na jejich dodržování, nedat mu prostor k jejich obcházení, a aby si je vykládal ze svého pohledu. Naučit chlapce, že je žádoucí a výhodné dodržování pravidel. Posilovat jeho odolnost a rezistenci vůči závadovým nabídkám. Výchovnými opatřeními minimalizovat riziko skrytého závadového jednání. Vést k trpělivosti, posilovat jeho volní vlastnosti. Vyzdvihovat jeho školní úspěchy, výsledky zájmových aktivit. Rozvíjet chlapce zájmově – sport, hry, kresba. Umožnit mu navázat se na dospělou autoritu, přihlížet k jeho potřebě řádu a stability. Nutný zejména důsledný, ale laskavý a vztahový přístup s dostatečnou dávkou trpělivosti vzhledem k ADHD. Umožnění pravidelného kontaktu s rodinou.



## Praktická část

### 6 Cíle a hypotézy

Základním cílem průzkumu je zjistit, jaký vliv může mít prostředí ústavní výchovy na dítě se specifickými poruchami chování ADHD. Provedeným šetřením mapujeme, zda mohou být problémy dítěte s ADHD v prostředí ústavní výchovy eliminovány či kompenzovány a to především ve sféře školní a výukové problematiky a ve sféře vztahové především mezivrstevnických vztahů a vztahu k autoritám.

Než jsme přistoupili k samotnému šetření, položili jsme si několik otázek, které se týkaly problematiky dětí se specifickými poruchami chování umístěných v prostředí ústavní výchovy:

Jakou úlohu má pobyt dítěte v ústavní výchově? Jaké jsou nejčastější důvody umístění dětí se specifickými poruchami chování do ústavní výchovy? Nakolik je pro dítě umístěné v ústavní výchově zásadní kontakt s rodinou? Nakolik se u dítěte s ADHD může v prostředí ústavní výchovy změnit vztah ke školním povinnostem? Jaká je pozice dítěte v kolektivu a jaký je jeho postoj k autoritám?

Uvedené otázky, které jsme si položili, nám budou tvořit výchozí strukturu pro stanovení hypotéz:

**H1: Děti se specifickými poruchami chování ADHD bývají umíst'ovány do ústavní výchovy častěji z důvodů výchovných problémů než z důvodu vztahových problémů v rodině či sociálních důvodů.**

Myslíme si, že častější příčinou umístění dětí s ADHD do ústavní výchovy jsou poruchy chování, než rodinné vztahy, neboť tyto děti nebývají příliš školně úspěšné a navíc mají problematické postavení v kolektivu vrstevníků. Vzhledem k neúspěchům v těchto oblastech se u nich častěji objevují poruchy chování, neboť často nedokáží neúspěch kompenzovat přijatelným způsobem.

**H2: Děti se specifickými poruchami chování ADHD bývají častěji umíst'ovány do ústavní výchovy z rodin neúplných než z rodin úplných, kde se na výchově podílejí oba rodiče.**

Domníváme se, že do ústavní výchovy bývají častěji umisťovány děti s ADHD z rodin, které nejsou úplné. V úplných rodinách se na výchově dítěte podílí oba rodiče, struktura úplné rodiny je stabilnější než struktura rodin, kde jeden z partnerů chybí, či rodin, kde je jeden z rodičů nahrazen jiným partnerem. Funkční rodina dokáže problém nalézt a zvládnout. V neúplných rodinách je rodič na rozpoznání a řešení problému většinou sám, chybí mu též emoční podpora druhého rodiče. Velice často se taková rodina může potýkat i s ekonomickým nedostatkem, což je pro ni rizikové. Pokud rodič řeší finanční a existenční problém, zbývá pak méně energie a času na ostatní problémy. Při rodinách doplněných, kde nový partner „přebírá“ roli rodiče, může nastat kolaps této role tím, že roli druhého rodiče buďto sám neche plnit, nebo mu není dovolena a dítě pak nového partnera jako výchovnou autoritu nerespektuje. U dítěte s ADHD je nutností dodržování pravidelného režimu, což ovlivňuje chod rodiny jako celku. Ostatní členové rodiny se musí tomuto režimu podřizovat, což může vést ke konfliktům mezi jednotlivými členy rodiny. Dítě s ADHD je tudíž pro rodinu zátěží, se kterou se musí vyrovnávat. Rizikové rodiny pak tuto situaci zvládají obtížněji. Umístění dítěte do ústavní výchovy pak může být jediným řešením krizové situace.

**H3: Jestliže bude dítěti s e specifickými poruchami chování ADHD umístěném v ústavní výchově nastaven pravidelný režim přípravy na vyučování, dojde ke zlepšení školní motivace dítěte.**

Myslíme si, že pokud je dítě s ADHD umístěno do ústavní péče, je mu nastaven pevný režim s jasnými pravidly. Příprava na vyučování je součástí denního režimu zařízení. Tento fakt může vést k tomu, že dítě rychleji uvykne pravidelnosti. Postupně tedy dojde ke zlepšení školní motivace a to i v důsledku menšího počtu žáků ve třídě a možnosti více individualizovaného přístupu k dítěti.

## **7 Použité metody**

### **7.1 Nestandardizovaný dotazník**

Pro dotazníkové šetření byl využit nestandardizovaný dotazník, u něhož byly využity uzavřené, polouzavřené a otevřené otázky. Dotazník byl zaměřen na úkoly a cíle, jichž mělo být dosaženo.

## 7.2 Analýza spisové dokumentace

Analýzu spisové dokumentace jsme použili pro zjištění dalších informací u dětí umístěných do Diagnostického ústavu v Liberci. Jde o doplňující metodu výzkumu k jiným výzkumným metodám, sloužící pro jejich validaci.

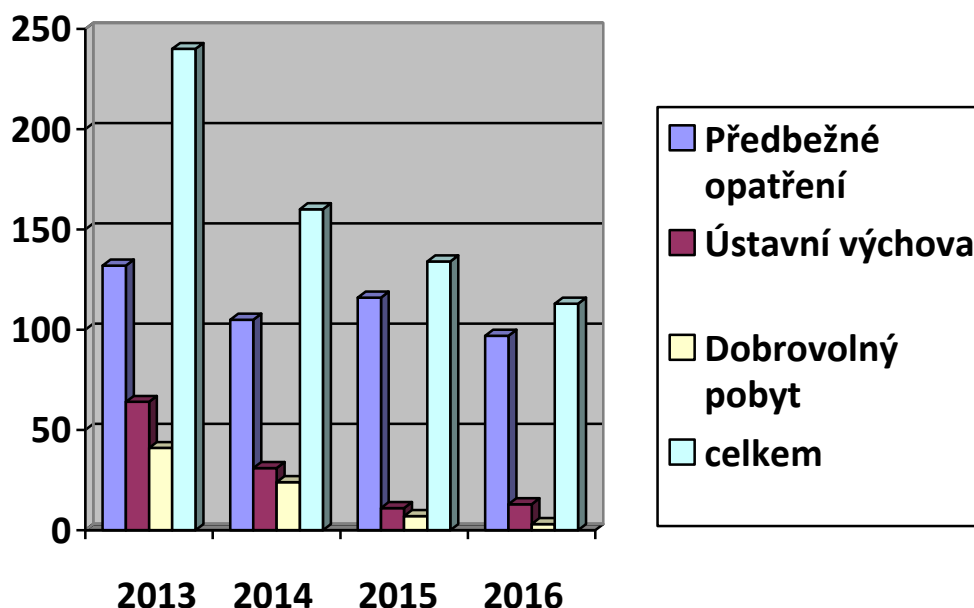
## 8 Vyhodnocení průzkumového šetření

### 8.1 Vyhodnocení analýzy spisové dokumentace

V následující části bakalářské práce vyhodnocujeme informace získané studiem spisové dokumentace dětí se specifickými poruchami chování ADHD, umístěnými v období od roku 2013 do roku 2016 do Diagnostického ústavu v Liberci (v textu dále jen DDÚ Liberec). Získané poznatky byly zaznamenány do tabulek a grafů.

Tabulka 1: Počty dětí umístěných do Dětského diagnostického ústavu od roku 2013 do roku 2016

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Předbežné opatření</b>	<b>132</b>	<b>105</b>	<b>116</b>	<b>97</b>
<b>Ústavní výchova</b>	<b>64</b>	<b>31</b>	<b>11</b>	<b>13</b>
<b>Dobrovolný pobyt</b>	<b>41</b>	<b>24</b>	<b>7</b>	<b>3</b>
<b>celkem</b>	<b>240</b>	<b>160</b>	<b>134</b>	<b>113</b>

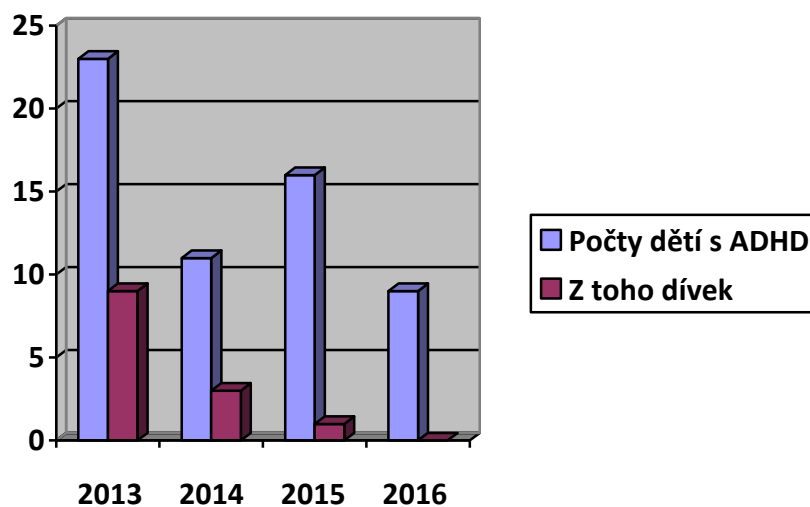


Obrázek 1: Počty dětí umístěných do Dětského diagnostického ústavu od roku 2013 do roku 2016

Tabulka a graf č. 1 znázorňují počty dětí umístěných v letech 2013-2016 do Dětského diagnostického ústavu v Liberci. Děti mohou být přijímány na podkladě soudního rozhodnutí, jakými jsou předběžné opatření a ústavní výchova. Taktéž mohou být přijímány na podkladě uložené ochranné výchovy. Tento typ umístění se v těchto letech neobjevil, není tudíž v tabulce uveden. Děti mohou být přijímány ale i na bázi dobrovolného pobytu, o který žádají sami rodiče. Jedná se o hrazenou službu. Z tabulky a grafu je patrné, že nejčastěji byly děti v těchto letech přijímány na podkladě předběžného opatření, následně pak na podkladě ústavní výchovy.

Tabulka 2: Počty dětí se specifickými poruchami chování ADHD umístěných do Dětského diagnostického ústavu v Liberci od roku 2013 do roku 2016

	2013	2014	2015	2016
<b>Počty dětí s ADHD</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>9</b>
<b>Z toho dívek</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

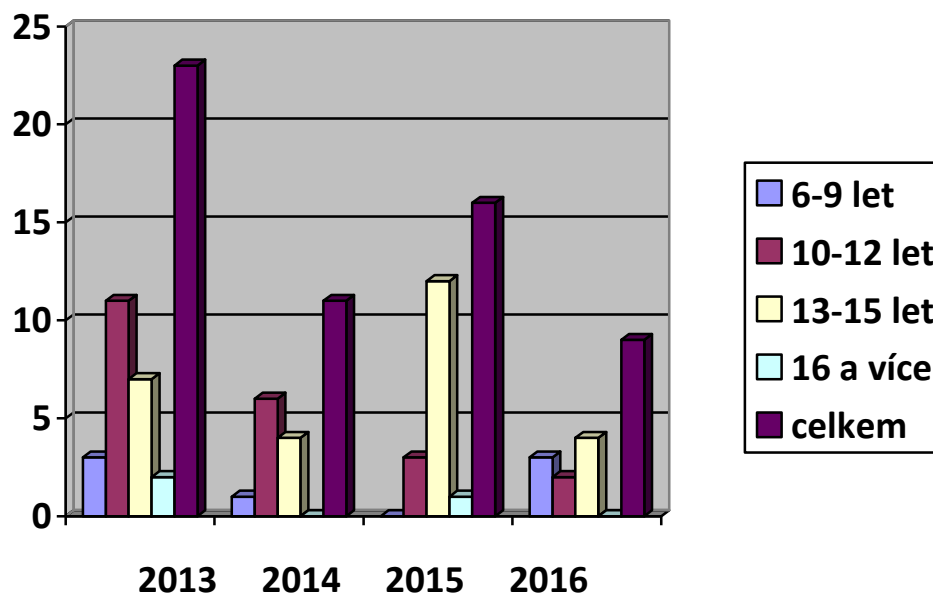


Obrázek 2: Počty dětí se specifickými poruchami chování ADHD umístěných do Dětského diagnostického ústavu v Liberci od roku 2013 do roku 2016

Tabulka a graf č. 2 ukazují, že ve výrazně větším počtu dětí se specifickými poruchami chování ADHD zastupují chlapci. Dívek je výrazně méně. Oficiální studie udávají poměr zastoupení chlapců a dívek mezi dětskými pacienty s ADHD v rozmezí 2:1 až 9:1 a v epidemiologických studiích 2:1 až 3:1. Domníváme se, že problémy dívek jsou patrně v běžném prostředí rodiny lépe zvládnutelné. Chlapci pak mívají výrazné poruchy chování, mají více agresivních projevů a jsou tedy častěji umisťováni do ústavní výchovy. Dalším důvodem méně častého zastoupení dívek s ADHD v ústavní výchově může být i fakt, že u dívek je diagnostika ADHD složitější, mnohdy nemusí být vůbec objevena, neboť může být zaměňována s jinými obtížemi. Například ve škole může být dívka s ADHD považována jen za méně nadanou.

**Tabulka 3:** Děti s ADHD umístěné v DDÚ Liberec dle věku

	2013	2014	2015	2016
<b>6-9 let</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>10-12 let</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>13-15 let</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>4</b>
<b>16 a více</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>celkem</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>9</b>



**Obrázek 3:** Děti s ADHD umístěné v DDÚ Liberec dle věku

Analýzou bylo zjištěno, že největší zastoupení umístěných dětí s ADHD má věková kategorie dětí od deseti do patnácti let. Jedná se o období mladšího a staršího školního věku. V tomto období se objevují problémy zejména ve škole, jsou to problémy jak výukové, tak i výchovné. Ty mohou gradovat nástupem puberty, kdy dochází k odklonu od rodičů a středem zájmu dítěte se stávají vrstevníci.

## 8.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření

V následující části bakalářské práce představujeme poznatky, které se podařilo získat prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku, který byl rozeslán etopedickým zařízením – dětským diagnostickým ústavům a dětským domovům se školou. Dotazník byl vyplňován pedagogickými pracovníky těchto zařízení, jednalo se o učitele, vychovatele, etopedy či psychology těchto zařízení.

## 8.3 Charakteristika zkoumaného vzorku respondentů

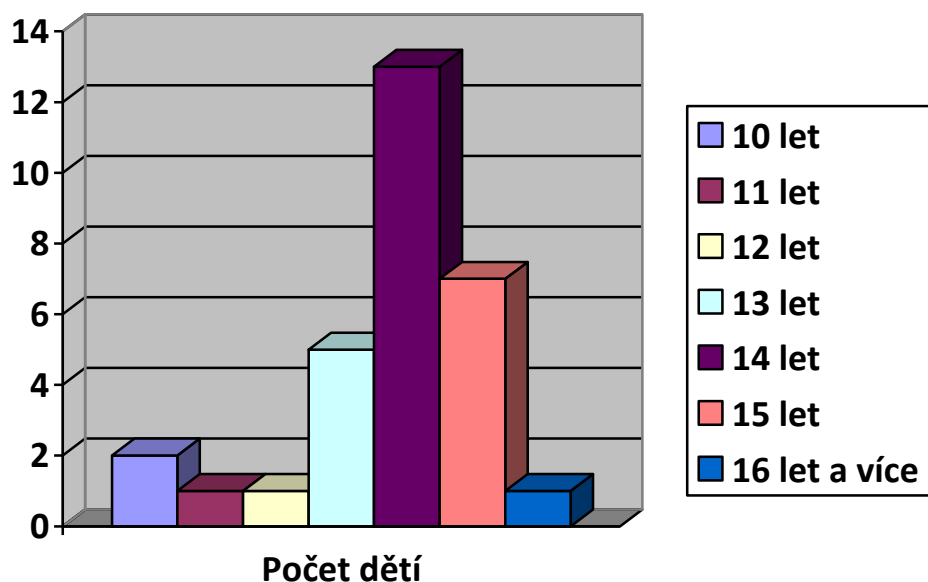
Pro naši bakalářskou práci jsme použili vzorek 30 dětí, které měly diagnostikovány specifické poruchy chování ADHD a současně byly umístěny do ústavní péče. Jednalo se

o děti ve věku od 10 do 16 let, které plnily povinnou školní docházku. Ze zkoumaného vzorku 30 dětí, bylo 6 dívek a 24 chlapců.

### Věk umístěných dětí se specifickými poruchami chování ADHD

Tabulka 4: Věk umístěných dětí s ADHD

Věk dítěte	Počet dětí
10 let	2
11 let	1
12 let	1
13 let	5
14 let	13
15 let	7
16 let a více	1



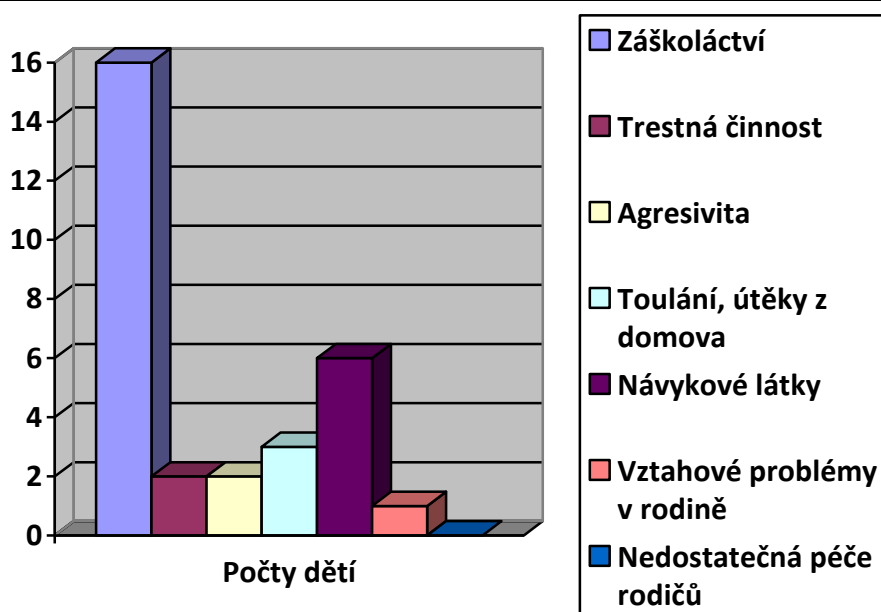
Obrázek 4: Věk umístěných dětí s ADHD

Dle zjištěného věkového složení dětí tvoří počtem nejvíce zastoupenou skupinu dětí ve věku 14 let. Jedná se o děti v pubertálním věku. S nástupem puberty se dítě dostává do náročné etapy svého života. Velice často dochází vlivem pubertálních změn ke konfliktům s autoritou, a to nejen rodičovskou. Děti v tomto věku hledají osobní i společenskou identitu, v důsledku čehož nastávají konflikty či vzájemná nepochopení. Pokud rodina při řešení konfliktů selhává, pak bývá nucena situaci řešit za přispění odborné pomoci. Pokud ale selhává i ambulantní intervence odborníků, může nastat situace, kdy je třeba dítě na určitý čas umístit do ústavní péče a to v případech, kdy potíže dítěte jsou již takového rázu, že je není možno zvládnout v původním prostředí.

### Důvody umístění dětí se specifickými poruchami chování do ústavní výchovy

Tabulka 5: Důvody umístění

Důvody umístění	Počty dětí
Záškoláctví	16
Trestná činnost	2
Agresivita	2
Toulání, útky z domova	3
Návykové látky	6
Vztahové problémy v rodině	1
Nedostatečná péče rodičů	0



Obrázek 5: Důvody umístění



Z průzkumu je zřejmé, že většina dětí se specifickými poruchami chování ADHD, umístěných do ústavní výchovy, je umístěna pro záškoláctví. Objevilo se i toulání a útky z domova a experimentování s užíváním návykových látek, taktéž trestná činnost a agresivní chování. Vztahové problémy v rodině byly stěžejním důvodem pro umístění dítěte pouze v jednom případě. Nedostatečná péče rodičů se jako důvod umístění neobjevila ani v jednom případě.

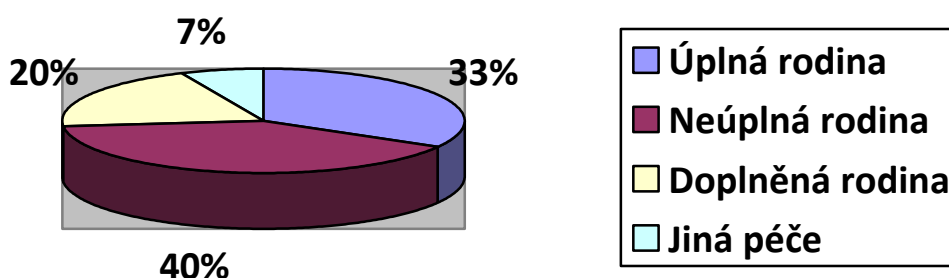
Z uvedených dat tedy vyplývá, že děti se specifickými poruchami chování ADHD jsou častěji umířovány do ústavní výchovy z důvodů výchovných problémů než z důvodů sociálních, jako je nedostatečná péče rodičů či vztahových problémů v rodině.

**Hypotéza č. 1 se potvrdila.**

**Typ rodiny dětí se specifickými poruchami chování ADHD umístěných v ústavní výchově**

Tabulka 6: Typ rodiny umístěného dítěte

Neúplná rodina	Doplněná rodina	Úplná rodina	Jiná péče
12	6	10	2



Obrázek 6: Typ rodiny umístěného dítěte

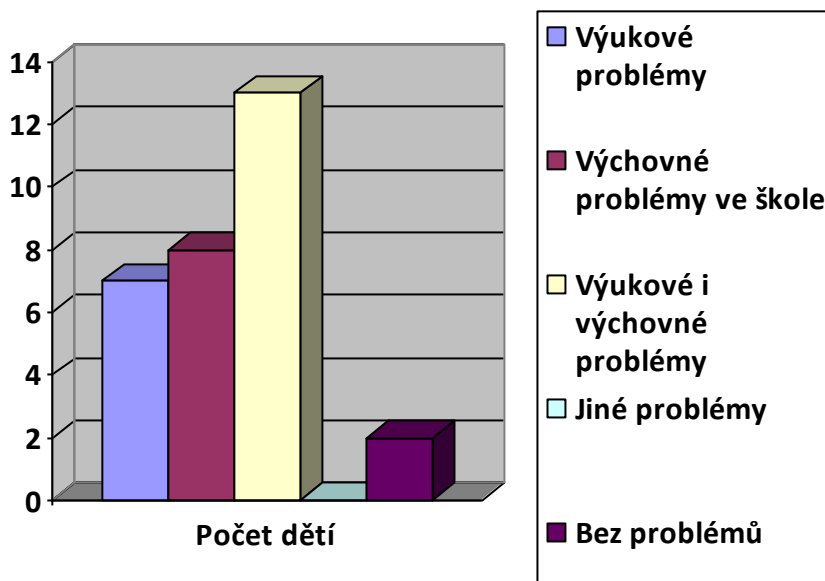
Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že největší počet umístěných dětí je z rodin, kde jeden z rodičů chybí. Dítě se specifickými poruchami chování ADHD je výchovně náročné a rodiče jsou nuceni řešit mnoho konfliktních situací. Výhodnější pro jejich překonání je, když dítě pochází z rodiny, kde jsou zastoupeni oba rodiče a oba se mohou na výchově dítěte společně podílet. K umístění dítěte s výchovnými obtížemi do ústavní výchovy dochází tedy častěji v případě, že výchovu dítěte zabezpečuje pouze jeden z rodičů a druhý se na výchově podílí jen občas, či vůbec. O doplněné rodině hovoříme v případě, kdy o dítě pečuje jeden rodič se svým novým partnerem. Tento stav nastal celkem v šesti případech. Jiná péče se objevila ve dvou případech, jednalo se o pěstounskou příbuzenskou péči.

**Hypotéza č. 2 se potvrdila.**

**Charakteristika problémů, které mají děti se specifickými poruchami chování umístěné v ústavní výchově, vzhledem k školním povinnostem**

Tabulka 7: Charakteristika školních obtíží umístěných dětí s ADHD

<b>Charakteristika obtíží</b>	<b>Počet dětí</b>
<b>Výukové problémy</b>	7
<b>Výchovné problémy ve škole</b>	8
<b>Výukové i výchovné problémy</b>	13
<b>Jiné problémy</b>	0
<b>Bez problémů</b>	2



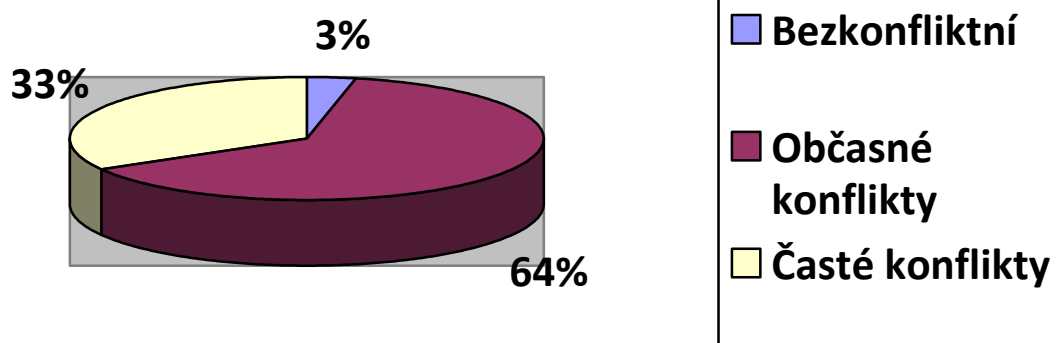
Obrázek 7: Charakteristika školních obtíží umístěných dětí s ADHD

Ze zjištěných údajů je patrné, že děti se specifickými poruchami chování ADHD umístěné v ústavní výchově mají ve škole v největším zastoupení obtíže jak s výukou, tak i s chováním. Mezi výukové obtíže byla zahrnuta jak příprava na vyučování, tak i prospěch dítěte a vztah ke školním povinnostem.

### Vztahy dětí se specifickými poruchami chování ADHD umístěnými v ústavní výchově k vrstevníkům

Tabulka 8: Vztahy dětí s ADHD umístěnými v ústavní výchově k vrstevníkům

Vrstevnické vztahy	Bezkonfliktní	Občasné konflikty	Časté konflikty
Počty dětí	1	19	10



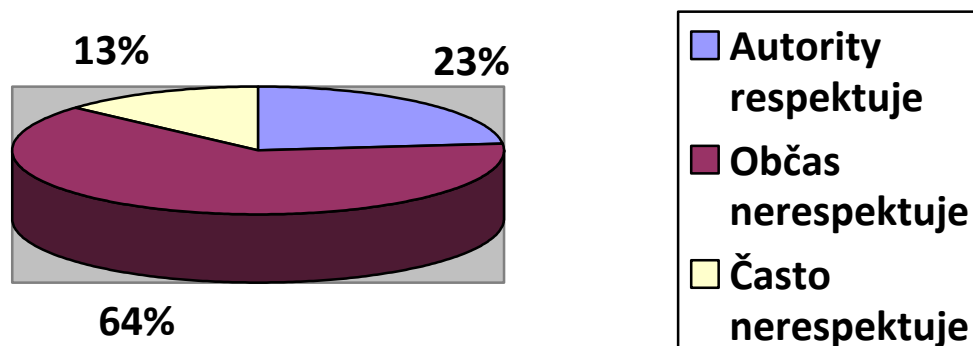
Obrázek 8: Vztahy dětí s ADHD umístěnými v ústavní výchově k vrstevníkům

Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že převažoval počet dětí, které měly občasné konflikty s vrstevníky. Časté konflikty se vyskytly u 10 dětí. Bezkonfliktní vztahy k vrstevníkům se nevyskytly ani v jednom případě. Dítě s ADHD je často pro své vrstevníky méně „srozumitelné“, častěji se tudíž může dostávat do konfliktů. Dítě s ADHD obtížně navazuje hlubší a trvalejší přátelství, v kolektivu vrstevníků se častěji dostává na okraj. Svými vrstevníky bývá často vnímáno jako „provokativní“, v kolektivu může zastávat roli „outsidera“.

### Vztahy dětí se specifickými poruchami chování ADHD umístěných do ústavní péče ve vztahu k autoritám

Tabulka 9: Vztahy dětí s ADHD umístěnými v ústavní výchově k autoritám

Vztah k autoritám	Autority respektuje	Občas nerespektuje	Často nerespektuje
Počty dětí	7	19	4



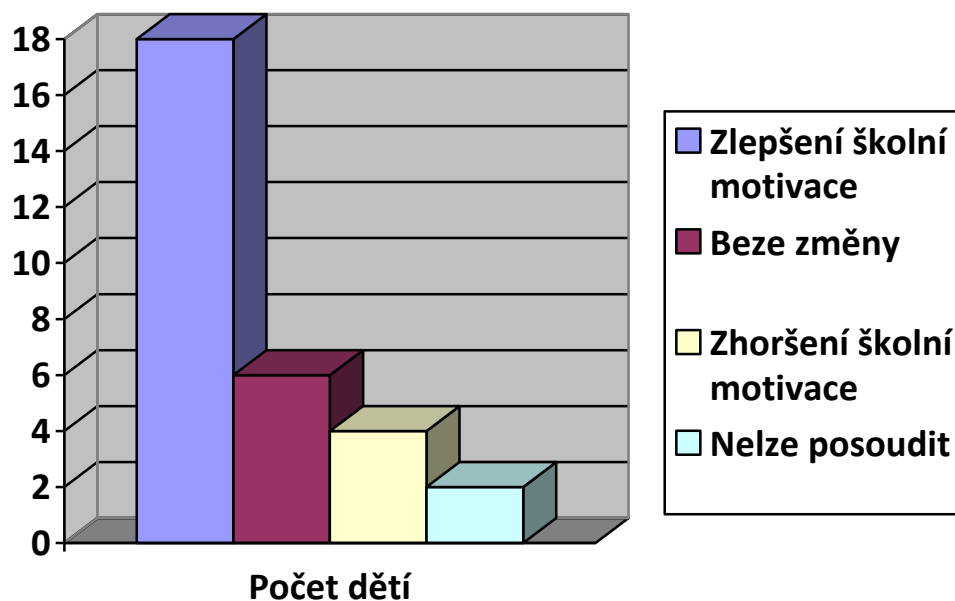
Obrázek 9: Vztahy dětí s ADHD umístěnými v ústavní výchově k autoritám

Z průzkumu vyplývá, že nejčastěji se vyskytovalo občasné nerespektování autorit. Zahrnujeme sem drzosti, vulgarity, nevhodné komentáře směrem k autoritám, svévolné odchody z dosahu dospělého, vtipkování. Tyto projevy mohou postupně přerůstat v otevřený konflikt, střety s autoritami. V případě střetu s autoritou, např. učitelem, je pak nutná etopedická intervence směrem k dítěti či změna výchovného působení.

### Změna školní motivace v průběhu pobytu dětí se specifickými poruchami chování ADHD v ústavní výchově

Tabulka 10: Změna školní motivace

Školní motivace	Počet dětí
Zlepšení školní motivace	18
Beze změny	6
Zhoršení školní motivace	4
Nelze posoudit	2



Obrázek 10: Změna školní motivace

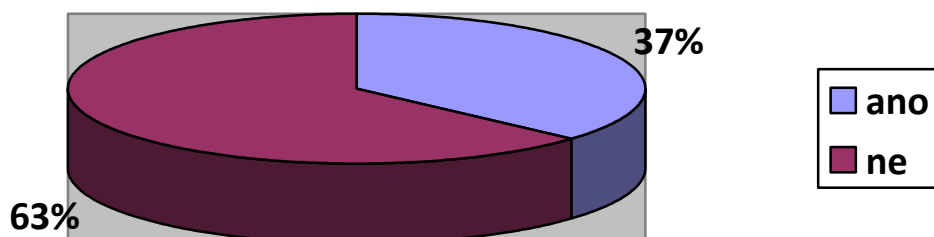
Z uvedených dat lze říci, že převažuje případ, kdy dítě s ADHD během pobytu v ústavní výchově zlepšilo svou školní motivaci. Domníváme se, že k tomuto výsledku vedou dva důvody. Předpokládáme, že v prostředí ústavní výchovy dochází k úpravě režimu dítěte tak, aby dítě mělo dostatek času na školní přípravu. Pravidelný režim s jasně danými pravidly pomáhají dítěti s ADHD zlepšit školské výkony jak ve smyslu prospěchovém, tak i ve smyslu školní motivace. Velký důraz je pak kladen na pravidelnou přípravu na vyučování, která je zařazena do denního režimu. Druhým důvodem pak může být fakt, že v prostředí ústavní výchovy je dítě vyučováno ve třídě s menším počtem žáků než v běžném typu školy. Častěji je tedy uplatňován individuální přístup k dítěti, zejména pak, využívá-li pomoci asistenta pedagoga. Výuka v běžném typu školy je pro dítě s ADHD náročnější i vzhledem k více konkurenčnímu prostředí a důrazu na větší samostatnost při školní práci.

**Hypotéza č. 3 se taktéž potvrdila.**

### Využití asistenta pedagoga ve škole pro dítě s ADHD v ústavní výchově

Tabulka 11: Využití asistenta pedagoga pro dítě s ADHD

Asistent pedagoga	ano	ne
Počty dětí	11	19

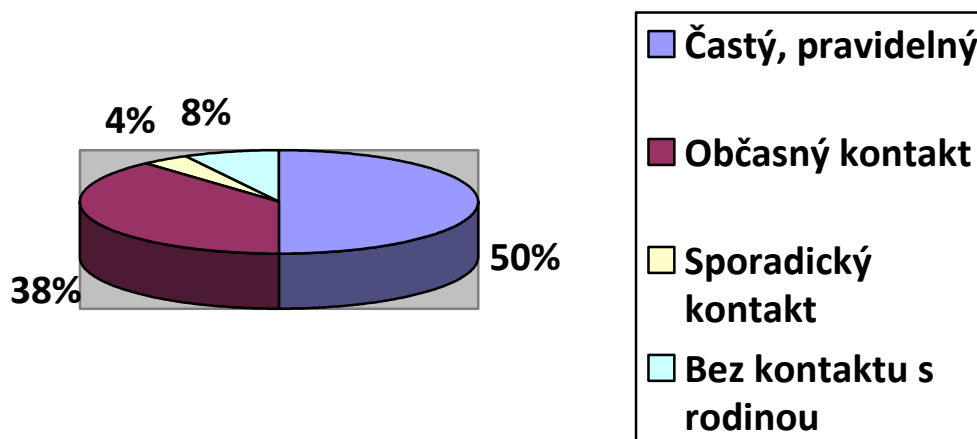


Obrázek 11: Využití asistenta pedagoga pro dítě s ADHD

**Kontakty dětí se specifickými poruchami chování ADHD umístěnými v ústavní výchově s rodinou**

Tabulka 12: Kontakty umístěných dětí s ADHD s rodinou

<b>Kontakt s rodinou</b>	<b>Častý, pravidelný</b>	<b>Občasný kontakt</b>	<b>Sporadický kontakt</b>	<b>Bez kontaktu s rodinou</b>
<b>Počty dětí</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>2</b>



Obrázek 12: Kontakty umístěných dětí s ADHD s rodinou

Pro děti umístěné v ústavní výchově je kontakt s rodinou zcela zásadní. Spolupráce s rodinou je stěžejní, neboť cílem je návrat dítěte v co možná nejkratší době zpět do rodinného prostředí, pokud je to možné. Častým a pravidelným kontaktem s rodinou jsou myšleny pravidelné pobyty dítěte v původní rodině, jak víkendové či prázdninové a návštěvy rodičů za dítětem v zařízení, do něhož je umístěno. S rodiči je pak konzultováno vše, čeho dítě během pobytu dosáhne, jeho nezdary i úspěchy, pokroky. Z uvedených dat je patrné, že častý a pravidelný kontakt s rodinou má 13 dětí ze zkoumaného vzorku. Při občasném kontaktu nejsou víkendy v rodině pravidelné, jsou občasné, ať už z důvodu menšího zájmu rodiny, či dítěte samotného. Tento případ nastal celkem u 10 dětí. Sporadický kontakt rodiny nastal v jednom případě, jednalo se o rodinu, která dítě navštívila v zařízení během jeho umístění pouze dvakrát. Úplně bez kontaktu byly dvě děti, jednalo se o náhradní rodinnou péči, kdy příbuzenská/pěstounská péče byla na žádost pěstounů zrušena pro výrazné poruchy chování dítěte, které již pěstouni nebyli schopni zvládat.



## 8.4 Vyhodnocení hypotéz

Pro naši bakalářskou práci jsme si stanovili tři hypotézy, které byly předmětem našeho průzkumového šetření. K dispozici mám následující výsledky:

**H1: Děti se specifickými poruchami chování ADHD bývají umisťovány do ústavní výchovy častěji z důvodů výchovných problémů než z důvodu vztahových problémů v rodině či sociálních důvodů.**

Hypotéza, kterou jsme si stanovili, se nám potvrdila na základě odpovědí na otázku č. 3 a následného vypracovaného grafu č. 5. Z uvedených skutečností vyplývá, že děti se specifickými poruchami chování ADHD jsou umisťovány do ústavní výchovy častěji pro výchovné problémy než ze sociálních důvodů či vztahových potíží v rodině.

**Hypotéza č. 1 byla potvrzena.**

**H2: Děti se specifickými poruchami chování ADHD bývají častěji umisťovány do ústavní výchovy z rodin neúplných než z rodin úplných, kde se na výchově podílejí oba rodiče.**

Druhá hypotéza byla zaměřena na typ rodiny, ze které dítě přichází. Nejčastěji jsou umisťovány do ústavní výchovy děti se specifickými poruchami chování ADHD z rodin neúplných. Zjištěné skutečnosti jsou pak potvrzeny vyhotoveným grafem č. 6. Děti umístěné z rodin úplných byly zastoupeny v menším počtu.

**Hypotéza č. 2 byla potvrzena.**

**H3: Jestliže bude dítěti s e specifickými poruchami chování ADHD umístěném v ústavní výchově nastaven pravidelný režim přípravy na vyučování, dojde ke zlepšení školní motivace dítěte.**

Třetí hypotézu jsme zaměřili na školní motivaci dětí se specifickými poruchami chování ADHD umístěnými v ústavní výchově. Podařilo se nám zjistit, že skutečně většina umístěných dětí během pobytu v ústavní výchově zlepšila svou školní motivaci. Tyto skutečnosti jsou potvrzeny v grafu č. 10.

**Hypotéza č. 3 byla potvrzena.**

## **Závěr**

Bakalářská práce je věnována problematice dětí se specifickými poruchami chování ADHD, které jsou umístěny v ústavní výchově. Průzkumové šetření zjišťovalo, jaké jsou důvody umístění dětí, jaký smysl má pro tyto děti pobyt v ústavní výchově, jejich vztah k vrstevníkům a autoritám, vztah ke školním povinnostem a kontakty s jejich původními rodinami během jejich pobytu v ústavní výchově.

Pro průzkum byla zvolena metoda analýzy spisové dokumentace a dotazník, který jsme navrhli. Analýza spisové dokumentace mapovala pobyty dětí s ADHD v Dětském diagnostickém ústavu v Liberci během let 2013-2016. Dotazníkovým šetřením bylo například zjištěno, z jakých typů rodin přicházejí děti se specifickými poruchami chování do ústavní výchovy. Výchova dítěte s ADHD klade na rodiny daleko větší nároky, do rodinného života přináší mnoho starostí, které bývají často provázeny pocity nejistoty, úzkosti a strachu. Rodina pak může ve větší či menší míře selhávat, zejména není-li její struktura pevná. Častěji jsou pak umisťovány do ústavní výchovy děti se specifickými vývojovými poruchami chování z rodin neúplných.

Pro dítě umístěné v ústavní výchově je jejím hlavním úkolem princip pomoci a ochrany dítěte. Prioritním úkolem zařízení poskytující péči dětem umístěným mimo vlastní rodinu je zajištění kvalitních podmínek vytvořených na podkladě pozitivních emočních vazeb a důvěře mezi dospělým a dítětem. Zásadním úkolem je podpora a péče, ale též výchova a resocializace. Dítě pak setrvává v ústavní výchově pod dobu nezbytně nutnou. Prioritou je kontakt a spolupráce s rodinou dětí, její provázení a společné hledání řešení k nápravě těžkostí. Dále je zde velké pochopení pro individualitu každého jednoho dítěte při současně bezpečně nastavených a srozumitelných pravidlech pro všechny děti, které jim posléze umožňují snadnější návrat do běžného prostředí mimo zařízení.

### **Závěrečná doporučení:**

Pomoci dítěti se specifickými poruchami chování ADHD umístěnému v ústavní výchově zažít úspěch. Nalézt takovou oblast, kde si dítě zažije úspěchy a uspokojení z činnosti, a to jak ve školní sféře, tak i volnočasově.

Zajistit pokud možno stabilní a vřelé prostředí s jasně stanovenými pravidly, při jejich důsledném dodržování. Dítě by si mělo být vědomo, toho, že je okolím přijímáno.

Nastavit pravidelný režim, jehož součástí je příprava na vyučování, volnočasové aktivity, ale dát prostor i pro odpočinek dítěte. Dbát na pravidelnost a častější střídání činností v kratších časových úsecích.

Pomoci dítěti stabilizovat jeho pozici v kolektivu, monitorovat jaké postavení zaujímá v kolektivu vrstevníků, zda nezastává roli „outsidera“. Kultivovat jeho vztahy k vrstevníkům a druhému pohlaví.

Zajistit a podporovat kontakt dítěte s rodinou v co největší možné míře. Spolupracovat s rodinou, aktivizovat rodinu i dítě a pomoci jim překlenout případné vztahové obtíže.

Dítě provázet a podporovat, pomoci mu zvládnout situaci, kdy je umístěno mimo rodinu. Pomoci mu nalézat řešení při nápravě těžkostí.

Postupovat v co nejlepším zájmu dítěte a pomoci jeho návratu zpět do rodinného prostředí, pokud je to možné.

## Seznam použitých zdrojů:

- DRTÍKOVÁ, I., ŠERÝ, O., et al., 2007. *Hyperkinetická porucha ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-419-5.
- JANSKÝ, P., 2004. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. 1. vyd. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-114-7.
- LECHTA, V., 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky: Dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.
- MATĚJČEK, Z., 2011. *Praxe dětského psychologického poradenství*. 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0000-0.
- MATOUŠEK, O., 1999. *Ústavní péče*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Slon. ISBN 80-85850-76-1.
- MUNDEN, A., ARCELLUS, J., 2008. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-430-4.
- MURGAŠ, M., a kol., 2011. *Vývin mozgu a jeho poruchy*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-369-1.
- POKORNÁ, V., 2010. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-807367-817-3.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol., 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.
- ŠKOVIERA, A., 2007. *Dilemata náhradní výchovy*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-318-5.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Dotazník pro respondenty

Příloha č. 1:

**Dotazník:**

**1. Pohlaví dítěte**

- a) Dívka
- b) Chlapec

**2. Věk umístěného dítěte – uveďte: .....**

**3. Důvody umístění:**

- a) Záškoláctví
- b) Trestná činnost
- c) Agresivita
- d) Toulání, útěky z domova
- e) Návykové látky
- f) Vztahové problémy v rodině
- g) Nedostatečná péče rodičů
- h) Jiné – uveďte.....

**4. Typ rodiny umístěného dítěte:**

- a) Úplná rodina – oba rodiče
- b) Neúplná rodina – jeden z rodičů chybí
- c) Doplněná rodina – nový partner
- d) Jiná péče (pěstounská péče, péče 3. osoby)

**5. Charakteristika školních obtíží:**

- a) Dítě má ve škole výchovné problémy
- b) Dítě má ve škole výukové problémy (prospěch, příprava na vyučování...)
- c) Dítě má ve škole jak výukové, tak i výchovné problémy
- d) Jiné problémy – uveďte.....
- e) Dítě je ve škole bez problémů

**6. Vztahy k vrstevníkům:**

- a) Dítě má časté konflikty s vrstevníky
- b) Dítě má občasné konflikty s vrstevníky
- c) Dítě je bezkonfliktní

**7. Vztahy k autoritám:**

- a) Dítě autority respektuje
- b) Občas nerespektuje
- c) Autority nerespektuje

**8. Změna školní motivace v průběhu pobytu:**

- a) Dítě během pobytu zlepšilo svou školní motivaci (vztah ke školní práci a povinnostem)
- b) Dítě během pobytu zhoršilo svou školní motivaci
- c) Školní motivace zůstala beze změny
- d) Nelze posoudit

**9. Využívá dítě ve škole asistenta pedagoga?**

- a) Ano
- b) Ne

**10. Kontakt s rodinou**

- a) Dítě má častý a pravidelný kontakt s rodinou (pravidelné víkendové a prázdninové pobyty v rodině)
- b) Dítě má občasný kontakt – uveďte jak často.....
- c) Sporadický kontakt (rodina se téměř nekontaktuje) – uveďte.....
- d) Dítě je bez kontaktu