

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky

**PREVENCE SPECIFICKÝCH VÝVOJOVÝCH PORUCH U DĚTÍ ZE
ZNEVÝHODNĚNÉHO PROSTŘEDÍ, JEJICHŽ RODIČE JSOU
UŽIVATELI DROG**



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: **Božena Havlová**

Vedoucí práce: **Mgr. Lenka Šťastná**

Datum předložení: 27. května

PRAHA

2011

Poděkování

Děkuji vedoucí práce paní Mgr. Lence Šťastné za odborné vedení, vstřícnost, podnětné návrhy a připomínky, které mi při zpracování práce poskytla. Dále bych chtěla poděkovat paní Mgr. Jiřině Havlíkové, Bc. Simoně Sedláčkové, Ing. Tomáši Havlovi a Marii Luise Perelló BA (Hons), kteří mi poskytli konzultace. Rovněž bych zde ráda poděkovala pracovnímu týmu projektu, který se zabývá dětmi, jejichž rodiče jsou uživatelé drog, a který mi poskytl nezbytné informace pro zpracování moji práce. V neposlední řadě své rodině, která mi poskytla emoční podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziunivezitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 2. května 2011

Jméno a příjmení: Božena Havlová

Podpis

Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část.....	11
1. Úvod k teoretické části.....	11
2. Vývojová psychologie dítěte od 5 - 6 let	13
2.1. Tělesný vývoj	13
2.3. Každodenní činnosti.....	14
2.4. Řeč.....	14
2.5. Rozumové schopnosti.....	14
2.6. Hra, koníčky, hračky.....	15
2.7. Sociální vývoj	15
3. Rodina	16
3.1. Základní psychické potřeby dítěte.....	17
3.2. Psychická deprivace	17
3.3. Atmosféra v rodině, domov	18
3.4. Rodičovské způsoby chování a jejich vliv na chování dítěte	20
4. Některé zvláštnosti vývoje	21
5. Syndrom ADHD	22
6. Důležité je dítě jako celek.....	24
Praktická část.....	26
1. Cíl bakalářské práce	26
2. Výzkumné otázky.....	26
3. Metody.....	26
4. Výchozí předpoklady, hypotéky	27
5. Etická klausule.....	28
6. Kasuistická práce, prezentace případové studie	29

6.1. Výchozí stav a anamnézy	29
6.2. Osobní anamnéza dítěte	30
6.3. Rodinná anamnéza	31
6.4. Sociální anamnéza.....	33
6.5. Stav při přijetí dítěte do programu	34
6.6. Sběr dat z dokumentace dítěte	34
6.7. Analýza dokumentace a individuální plán	36
6.8. Pozorování matky a dítěte při intervencích	37
6.9. Rozhovory	39
Souhrn rozhovorů.....	45
6.10. Popis intervencí zaměřených na vzdělávání dítěte (intervence zaměřené na dítě, intervence zaměřené na matku dítěte)	45
Souhrn případu a výsledky.....	49
Diskuze	54
Závěry	56
Doporučení.....	57
Použitá literatura:	58
Přílohy	60

Vysoká škola: Univerzita Karlova v Praze

Fakulta: 1. lékařská

Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie

Akademický rok: 2010/2011

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Božena Havlová

Obor: Adiktologie

Rok imatrikulace: 2008

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná

Oponent: Mgr. Petra Holcnerová

Počet stran: 60

Název bakalářské práce: **Prevence specifických vývojových poruch u dětí ze znevýhodněného prostředí, jejichž rodiče jsou uživateli drog.**

Abstrakt (v ČJ):

Bakalářská práce se zabývá prevencí specifických vývojových poruch u dětí ze znevýhodněného prostředí, jejichž rodiče jsou uživateli drog. V práci se zabývám otázkou, jak vzdělávat tyto děti, jaký byl zjištěn přístup rodičů k výchově dítěte a jaký může mít vliv rodinného prostředí rodičů uživatelů na jeho vývoj. Jsou stanoveny předpoklady týkající se vzdělávání těchto dětí a to, že atmosféra rodinného prostředí může ovlivnit výsledky poskytovaných intervencí zaměřených na dítě, dále že může ovlivnit chování a výchovu předškolního dítěte, a že ADHD poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou lze pozitivně ovlivnit souborem odborných přístupů a dodržováním pokynů předaných matce. Cílem bakalářské práce je ukázat, jak lze pracovat na prevenci specifických vývojových poruch u dětí předškolního věku ze znevýhodněného prostředí a jak lze tyto děti vzdělávat pro konkurenční schopnost mezi svými vrstevníky. V práci jsou ukázky přístupů vedle běžných i

alternativní, které můžou zaujmout odborníky a motivovali děti a jejich rodiče k práci. Je vytvořena ukázka materiálů zaměřených na prevenci specifických vývojových poruch a popis intervencí zaměřených na dítě a matku. Cílem práce je porovnat vývoj průměrného předškolního dítěte stanovený vývojovými teoriemi s vývojem jednoho dítěte, jehož otec je uživatel pervitinu a matka abstnuje. Byla sledována výchova dítěte od 5 – 6 let publikovaná v literatuře a výchovný vliv rodičů na sledované dítě. Byly použity metody kvalitativního výzkumu, podrobně popsána kasuistika jednoho dítěte, sběr anamnéz, analýza dokumentace, pozorování, rozhovory s matkou, dítětem a odbornými pracovníky. Byly sledovány intervence zaměřené na dítě a na matku v časovém kontextu 1 rok. Výsledky výzkumu odpovídají na otázky a potvrzují stanovené předpoklady a souvislost mezi atmosférou rodinného prostředí a rodičovských přístupů na vzdělávání dítěte ze znevýhodněného prostředí, jejichž rodiče jsou uživateli drog, a tím na jeho vývoj. Jsou porovnány výsledky vývojové psychologie dítěte od 5 – 6 let v obecné populaci s dítětem sledovaným ve výzkumu. Jsou diskutovány výhody a nevýhody výzkumu. V závěru bakalářské práce jsou stanovena doporučení související s výzkumem. V příloze jsou ukázky vypracovaných pracovních listů dítětem.

Abstrakt (v AJ):

This work deals with the prevention of developmental disorders in children from disadvantaged backgrounds, with drug using parents. In this paper I look at the question of how to educate these children, what is the identified attitude of the parents towards the child's education and what effect the family environment of drug abusing parents has on the his/her development. There are a number of hypotheses concerned with the education of these children and with the fact that the family environment can affect the results of the interventions aimed at them. These hypotheses also cover the fact that the behaviour and education of preschool children can be improved, and that ADHD, disorder attention deficit linked to hyperactivity, can be positively modified with a set of professional approaches and if the mother follows the instructions given to her. The aim of this work is to show how it is possible to work on the prevention of developmental disorders in preschool children from disadvantaged

backgrounds and how these children can be educated to become capable among their peers. Examples of both conventional and alternative approaches have been provided, which would attract experts and motivate children to work. Materials aimed at the prevention of developmental disorders and a description of interventions aimed at the child and his/her mother have been outlined. The aim of this work is to compare the average development of the preschool child through development theories with the actual development of one specific child whose father is a methamphetamine user and whose mother abstains. A careful study was carried out of available literature on 5-6 year-old children and of the educational influence of the parents of the observed child. Qualitative research methods were used, as well as a detailed case study of the selected child, a compilation of case histories, an analysis of documentation, observation, and interviews with his mother, with the child and with professionals. A one-year thorough review of all interventions aimed at the child and his mother was accomplished. The research results confirm the initial assumption in relation to the link between the family environment and parental approach towards the education of children from disadvantaged backgrounds, whose parents are drug users, and the consequent effect on his/her development. A comparison is provided of the results in the development of 5-6 year-old children's psychology in the general population with that of the child observed in this research. A discussion on both the advantages and disadvantages of the research is included. In the concluding part of the work recommendations related to research are enclosed.

Klíčová slova (v ČJ):

Prevence, specifické vývojové poruchy a ADHD, rodiče uživatelé drog, atmosféra rodinného prostředí, intervence.

Klíčová slova (v AJ):

Prevention, specific developmental disorders and ADHD, parents of drug users, the atmosphere in a family environment, intervention.

Úvod

Dítě

Žije-li v povzbuzení, naučí se smělosti.

Žije-li v toleranci, naučí se trpělivosti.

Žije-li s pochvalou, naučí se oceňovat.

Žije-li v poctivosti, naučí se spravedlnosti.

Žije-li v bezpečí, naučí se věřit.

Žije-li přijímáno a obklopeno přátelstvím, naučí se ve světě hledat lásku.

Učitel'ské noviny č. 17 In Pešová & Šamalík (2006).

Při rozhodování o své závěrečné bakalářské práci studia adiktologie jsem zvolila téma: Prevence specifických vývojových poruch u dětí ze znevýhodněného prostředí, jejichž rodiče jsou uživateli drog.

Ukázka prevence specifických vývojových poruch u dětí ze znevýhodněného prostředí, jejichž rodiče jsou uživateli drog je stěžejní téma projektu, kterého se jako členka pracovního týmu účastním. Zpracování tohoto tématu může přinést nové poznatky do současné adiktologické praxe, ve které se dosud dětem uživatelů drog, dostává tak málo pozornosti. Tyto děti a rodiče samotní jsou ve velmi tíživé životní situaci. Mají šanci stát se dobrými rodiči, naučit se přijmout odpovědnost za sebe, ale také za své dítě. Ne každý z těchto rodičů je na tuto etapu připraven a potřebuje určitou dobu doprovázet.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na psychomotorický vývoj dětí předškolního věku běžné populace ve věku 5 - 6 let, výchovou dětí od 3 – 6 let, popis některých specifických vývojových poruch. Vliv rodinného prostředí na růst a vývoj dítěte.

Cílem bakalářské práce je porovnat vývoj průměrného předškolního dítěte stanovený vývojovými teoriemi s vývojem jednoho dítěte zapojeného do projektu, jehož otec je uživatel pervitinu a matka abstínuje.

Chci se zabývat výchovou dětí od 3 – 6 let podle doporučení publikovaných v literatuře a skutečnosti, kterou dítě prochází ve vlastní rodině (atmosféra v rodině - shoda, napětí).

Specifické vývojové poruchy je souhrnný název pro poruchy učení (SPU). Dítě, které je sledované jeví známky dyspraxie (porucha učení, kdy je narušeno osvojování, plánování a provádění volných pohybů) a syndrom ADHD , Attention Deficit Hyperaktivity Disorder, porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou. Dříve se pro tento syndrom používal název lehká mozková dysfunkce (LMD).

V bakalářské práci jsou ukázky reedukace, utváření nových návyků a dílčích dovedností, pohybová cvičení, masáže a lymfodrenáže, práce s matkou – instruktáže k vedení dítěte tak, jak s dítětem a matkou pracuje tým odborníků v rámci projektu Centra pro rodinu - Slunečnicová zahrada (Sedláčková, & Havlová, 2010).

Teoretická část

1. Úvod k teoretické části

V teoretické části práce jsem cíleně vyhledávala teorie v odborné literatuře, které jsou nejbližší k mé praktické části výzkumu.

V teoretické části popisuji vývojovou psychologii dítěte ve věku 5 - 6 let, výchovu dítěte od 3 - 6 let, vliv rodiny a její atmosféru na chování dítěte. Dále jsou popsány základní psychické potřeby dítěte a důsledky jejich nenaplnění, psychická deprivace. Dále jsem se zabývala dyspraxií a syndromem poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou (ADHD). Souhlasím s tvrzením podle Bruceové (1996), že multidisciplinární tým odborníků, se kterým se dítě setkává, má pohlížet na dítě jako celek. Tým profesionálů má být koordinován, jak bude také sledováno v praktické části výzkumu.

Úvodem teoretické části bych chtěla upozornit, že každé dítě je jedinečné, jak je publikováno v literatuře a popsáno níže v textu.

Děti nemají stejnou povahu, nezajímají se o stejné věci a jejich vývoj neprobíhá rovnoměrně. V něčem mohou být napřed, v něčem zase pozadu. V některých oblastech svého vývoje mohou udělat najednou velký pokrok, který ovšem v jiné oblasti doprovází útlum nebo zmatek. Průměrné dítě, které bývá popisováno v knihách, slouží jen jako praktická pomůcka. Mějme proto na paměti, že u každého dítěte je nutné respektovat a podpořit jeho vlastní rytmus, vývoj a potřeby (Bacus, 2009).

Podle Bacuse (2009) není pravda tvrzení, že to nejdůležitější se v životě dítěte odehrává, právě když dosáhne jednoho, tří nebo šesti let. Víme, že člověk je velmi tvárný a že mozek zůstává otevřený novým podnětům po celý život. Je tedy možné, abychom se změnili ještě v deseti, patnácti letech nebo dokonce v dospělosti.

Nicméně pravdou zůstává, že žádné životní období nemá na život člověka takový vliv, jako to, co prožije do svých šesti nebo sedmi let, a to v jakékoliv

oblasti, především ovšem v oblasti duševní. Je velmi důležité, aby toto období bylo pro dítě maximálně pozitivní.

Každé dítě je jedinečné, každý rodič má svou vlastní minulost, každá rodina má své zvyky a svou kulturu. Proto je na každém rodiči, aby sám zvolil, jak bude své dítě vychovávat a našel vlastní způsoby, jak v dítěti rozvíjet sebedůvěru, respekt, pocit bezpečí a lásku (Bacus, 2009).

Základní předpoklady pro zdravý vývoj dítěte jsou dispozice dítěte samotného po stránce tělesné i duševní, zevní vlivy, které na ně působí kladně nebo záporně a sociální prostředí, ve kterém dítě žije. Vlivy, které mohou dítěti uškodit ve vývoji jsou nazývány rizikovými faktory. Za nejvýznamnější rizikové faktory je považováno kouření matky v těhotenství, alkoholismus matky i otce, jejich drogová závislost a další rizikové chování (užívání nevhodných léků budoucí matkou, psychické strádání v těhotenství, nevhodné fyzické aktivity apod.). Tak vznikají poškození od nejtěžších, po drobné organické poškození mozku, které může způsobit lehké poškození funkcí mozku. Vývoj dítěte neodpovídá věku (Třesohlavá, Černá & Kňourková, 1990).

Pro společnost či jednotlivce může být těžké si připustit, že problémoví jedinci mohou přivádět na svět děti. Postupně jsme se naučili nebát se toho. Fenomén matky je v každém z nás zabudován hluboko a niterně. Naučili jsme se klientky neodsuzovat za užívání drogy v těhotenství a za nezájem o dítě, stejně jako neodsuzujeme ostatní klienty, za to že jsou závislí a berou drogy. Naučili jsme se přijímat tyto neradostné skutečnosti jako jeden z projevů zneužívání návykových látek (Prestová & Maxová, 2009). Dále je nutné uznat, že těhotenství a mateřství mohou představovat silnou motivaci a mohou pomoci ženám postavit se svým problémům s drogami a překonat je (Olszewski, Giraudon, Hedrich & Montanari, 2010).

Některé děti mají z různých důvodů jedno z nejdůležitějších období svého života poznamenáno vnějšími vlivy výchovy nebo prostředím, které mohou ovlivnit jejich přirozený vývoj.

Znevýhodněným prostředím pro zdravý růst a vývoj dítěte můžeme chápat i výchovu dítěte rodiči, kteří jsou nebo byli uživateli drog. Takové dítě může být emocionálně zanedbávané, i když jeho základní fyziologické potřeby

(např. dostatek jídla) jsou v podstatě zabezpečeny. Podle Matějčka (2005), je ztráta matky tradičně pokládána za zvlášť tíživou situaci v životě člověka. Ukázalo se, že i nepřítomnost otce, může být závažným deprivacním činitelem. Nízká ekonomická a společenská úroveň rodin bývá často kombinována s jinými nepříznivými a přitěžujícími okolnostmi jako je alkoholismus, drogová závislost, promiskuitní sexuální vztahy, nestálost prostředí apod. Dítěti se nemusí dostávat dostatečných podnětů smyslových, intelektových a citově může vážně strádat a být tedy zanedbáváno.

Vnitřními podmínkami potencionálně ohrožujících dítě zanedbáváním je především psychika primárních vychovatelů dítěte, jako je citová nezralost, povahová nevypělost. Takovým rodičům může chybět vřelost ve vztahu k dítěti, ale i základní vědomosti o jeho výživě, hygieně, vývojových potřebách.

Ekonomická situace rodiny souvisí často s její konstelací a podmiňuje více či méně její sociální zapojení nebo izolaci. Stejně je to tak i s psychickými zvláštnostmi či obtížemi rodičů, kteří jsou v důsledku toho více či méně společensky izolováni, ekonomicky ohroženi a rodina má větší tendenci se rozpadat (Matějček, 2005).

2. Vývojová psychologie dítěte od 5 - 6 let

Pětileté dítě působí tak, že harmonicky souzní se svým okolím, má rádo své rodiče, paní učitelku, školku, zvířátka. Všechno ho zajímá, velmi snadno dokáže spolupracovat s dospělým člověkem, je citlivější, méně netrpělivé a často je velmi milým společníkem (Bacus, 2009).

2.1. Tělesný vývoj

Dítě měří průměrně od 105 - 111 cm, váží 16 - 20,5 kg. V tomto věku dokáže už samo skákat na jedné noze nebo snožmo, udrží lépe rovnováhu. Jeho pohyby jsou mnohem přesnější. Zvládne jízdu na kole s pomocnými kolečky, rádo šplhá, klouže, skáče, plíží se po zemi apod. Koordinace pohybu rukou začíná být přesnější, preferuje jednu ruku, kterou používá s větší zručností. Kresby mají postupně stále více detailů (Bacus, 2009).

2.2. Povaha a osobnost

Dítě dokáže hájit svůj názor, v péči o své tělo je samostatnější, dožaduje se slyšet názor dospělých a jejich uznání. Dítě se už tolik nevzteká, pokud ano, vybíjí si vztek raději na předmětech než na lidech. Obavy ztrácejí svoji fantazijní podobu. Provádí čím dál méně hloupostí, když je přistiženo, může mít tendence popírat svoji vinu svádět ji na někoho jiného. I když stále dělá věci raději podle svého, je mnohem přístupnější k argumentům dospělých a rádo jim vyhoví, aby jim udělalo radost. Snaží se dodržovat stanovená pravidla, čeká na svolení rodičů a chce být „hodný kluk“ nebo „hodná holčička“. Mnohem lépe rozlišuje mezi skutečným a vymyšleným. Také již nelpí na tom, co je jeho (Bacus, 2009)

2.3. Každodenní činnosti

V otázce hygieny se už dokážou o sebe postarat samy (vyjma mytí vlasů), dokážou se samy obléci, zapnout knoflíky, patentky i zavázat tkaničky a o oblečení pečovat. Mohou mít velmi rozdílné potřeby spánku, některé děti ještě chodí spát odpoledne, v noci jsou schopné spát i 12 hodin (Bacus, 2009).

2.4. Řeč

Dítě v tomto věku mluví zcela plynule a téměř správně gramaticky. Pokud přetrvávají některé vady výslovnosti, je třeba se jim věnovat. Používá správně zájmena, správně časuje slovesa, užívá slovesné časy, začíná rozumět výrazům množství a především mluví velmi rádo (Bacus, 2009).

2.5. Rozumové schopnosti

Často se ptá a o věcech hodně přemýšlí. Volí chybný závěr a má sklon ke zevšeobecnování. Nejenže dokáže poznat několik slov a již celkem dost písmen v knížkách, ale navíc je zkouší číst a psát. Dítě již zná své křestní jméno, adresu a ví, kolik je mu let. Dokáže sčítat a někdy i psát číslice (Bacus, 2009).

2.6. Hra, koníčky, hračky

Většinou si dokáže vyhrát samo a stále napodobuje činnost dospělých. Pohybové aktivity a pobyt venku stále zabírají značnou část dětských her. V tomto období si libuje v tom, co je doopravdy, kopíruje, napodobuje, obkresluje stejně často, jako si věci vymýšlí. Výsledek má pro ně větší hodnotu, než tvořivost. Má rádo, když se mu čtou knížky, má své, ve kterých si rádo listuje. Má rádo hudbu rytmus, televizní dívání s jeho oblíbenými pořady (Bacus, 2009).

2.7. Sociální vývoj

Dítě se začleňuje do kolektivu dětí a dětský svět staví do protikladu ke světu dospělých, ve kterém někdy hledá spojence. Je velmi vázané na otce, na nějž je hrdé. A snaží se dělat vše pro to, aby s ním byla maminka spokojená. Rádo pomáhá. Rodiče tvoří jeho střed světa a dítě věří, že ho dokážou před vším ochránit. Období mezi třetím a šestým rokem dítěte je zcela zásadní pro vývoj jeho sexuální identity. Proto dítě bezpodmínečně potřebuje, aby bylo v kontaktu s oběma rodiči (nebo s těmi, kdo je nahrazují). Otec i matka mají každý zcela specifickou úlohu, která je nezastupitelná, jejich role se navzájem doplňují a rodiče se s narozením dítěte zavazují je plnit (Bacus, 2009).

Podle Vágnerové (1997) vazba s otcem může být pro dítě alternativním zdrojem jistoty a bezpečí, ale i zdrojem stimulace. Vztah k otci bývá zpravidla sekundární, avšak může dojít i ke korekci nepříznivé zkušenosti, pokud by vazba s otcem kompenzovala neuspokojivý vztah s matkou. Dále uvádí, že dítě, které si vybuodovalo bezpečný vztah k oběma rodičům, získalo určitou výhodu a může profitovat z jejich rozdílnosti. Dále se zabývá otci, kteří slouží svým synům jako model mužského chování a chlapci se s nimi identifikují. Bacus (2009) se zabývá vztahy mezi sourozenci ve sledovaném období a uvádí, že se staršími sourozenci si již dítě dokáže hrát klidněji, ale vůči mladšímu sourozenci se stále dožaduje „práva staršího“. Dítě se učí vcítit do druhého, podělit se, dávat dárky. Pětileté dítě obvykle zná pravidla slušného chování, zdvořilostní pravidla, pokud s nimi přijde do kontaktu. Ale často na ně zapomíná a musíme mu je připomínat. V tomto věku si dítě přeje mít hodně kamarádů, je společenské a přátelské. Daří se mu už lépe prohrávat, to ovšem

neplatí pro všechny děti (Bacus, 2009). S porovnáním Vágnerová (1997) uvádí, že sourozenci mohou sloužit jako alternativní zdroj sociální stimulace, to znamená možnost další zkušenosti a její diferenciaci.

3. Rodina

Prvky tohoto systémů nejsou jednotliví lidé sami o sobě, nýbrž lidé ve vzájemných interakcích a vztazích. Rodinu bude jinak definovat právník, sociolog, národohospodář, jak tvrdí Matějček (2005).

Sobotková (2007) uvádí tři základní nosné principy funkční rodiny. Podle ní jsou to soudržnost, adaptabilita a komunikace. Dále uvádí, že soudržnost klade důraz na přiměřenou samostatnost jednotlivých členů rodiny, adaptabilita rodiny se týká schopnosti přizpůsobovat se změnám, nárokům a požadavkům života a komunikace je podle Sobotkové (2007) klíčovým principem rodinné atmosféry při řešení problémů a plánování změn. Přímou a otevřenou komunikaci označuje jako ochranný faktor v rodinném soužití, zatímco v nejasné a narušené komunikaci vidí znásobení negativních vlivů rizik a stresů.

Dále uvádí protektivní faktory posilující fungování rodiny, mezi které patří zdroje odolnosti rodiny a zvládací strategie. Zdroje odolnosti dále rozlišuje na vnější (např. sociální podpůrná síť, sociální podpora, socioekonomická stabilita rodiny a její kulturní úroveň) a vnitřní jako je soudržnost a flexibilita v rodině. Sociální podporu označuje Sobotková (2007) za „narázník“ či mediátor mezi stresem a možnou krizí rodiny. Sociální podpora poskytuje vedle emoční podpory, podporu sebevědomí (pocit, že jsou ceněni, respektováni) a síťovou podporu (pocit, že náleží do širší komunikační sítě). V neposlední řadě je to i instrumentální praktická pomoc (při různých činnostech v domácnosti, hmotná či finanční pomoc), informační pomoc, pomoc při hodnocení situace (vede k posílení sebehodnocení, posiluje naději ve vyřešení situace).

Podle Matějčka (2005) vnější znaky rodiny jsou z hlediska dítěte málo důležité. I když rodina není jedinou výchovnou institucí formující osobnost dítěte, má za předpokladu normálního fungování jedinečné a výsadní postavení v uspokojování jeho základních psychických potřeb. Je tomu tak mimo jiné proto, že v soužití s dítětem jsou do značné míry uspokojovány i základní psychické

potřeby jeho rodičů a ostatních rodinných vychovatelů. Jde o vzájemnost potřeb a jejich uspokojování, což současně znamená vzájemnost pocitu uvolnění, vzájemnost spokojenosti, radosti a ostatních pozitivních prožitků, které takové uspokojení potřeb provázejí (Matějček, 2005).

3.1. Základní psychické potřeby dítěte

Podle Matějčka (2005), by si měl psycholog a pracovníci v poradenské práci neustále připomínat pět základních psychických potřeb dítěte: pocit životní jistoty a lásky, přiměřených citových a smyslových podnětů, rodina jako základ výchovy s pocitem „domova“, hodnocení individuálních rozdílů ve vývoji dětí za deprivacních podmínek (podchycení dětí potencionálně ohrožených), prosazování potřeb a práv dítěte.

Porovnání s Trainem (2001), který mezi základní psychologické potřeby dítěte uvádí vedle potřeby lásky i důslednost, životní smysl, pocit sounáležitosti, podnětné prostředí, smysl pro úspěch a podvědomý pocit, že o něj má někdo zájem a že je přijímáno.

3.2. Psychická deprivace

Matějček (2005) definuje psychickou deprivaci jako nedostatečné uspokojení základních psychických potřeb v závažné míře a po dosti dlouhou dobu u dítěte ve vývoji od narození do staršího školního věku. Zdůrazňuje, že k deprivaci dochází za různých okolností v životě dítěte – v rodině, v denní kolektivní péči a především v trvalé péči ústavní. Dále uvádí, že má-li dítě vyrůstat v osobnost zdravou, zdatnou a společensky užitečnou, má vyrůstat v prostředí, kde jsou jeho psychické potřeby náležitě uspokojovány. Platí to především o potřebách sociálních a emocionálních – jinak řečeno, má vyrůstat v prostředí citově vřelém a stálém. Rodinnou výchovu tedy nutně charakterizuje i určité citové napětí. Rodiče prožívají starosti, zklamání, radosti, rozčilují se, vyčítají dítěti i sobě, truchlí, odpouštějí, někdy i rezignují a vzdávají se. S těmito reakcemi se počítá a přijímají se jako svědectví o jejich základním rodičovském vztahu k dítěti, o jejich „angažovanosti na jeho osudu“ (Matějček, 2005).

Fontana (1997) tvrdí, že první sociální vztah malého dítěte je vztah k matce nebo k její náhradě (hlavní pečující osoba). Toto rané sociální sepětí mezi

dítětem a jeho pečující osobou se nazývá připoutání (attachment), patrně se jedná o vrozený jev. Zajímavým zjištěním však je, že děti, které jsou vychovávány doma a jsou hlavní pečující osobou více omezovány, vykazují více projevů připoutání, než děti, které navštěvují mateřskou školu a celkově mají větší volnost. Vidíme tedy, že připoutání není samo o sobě ukazatelem uspokojivého sociálního a osobního vývoje v těchto raných letech. Dítě, ve kterém rodiče vyvolávají nervozitu a úzkost, se k nim může silně připoutat, neboť pro ně představují jedinou jistotu v jinak nejistém světě. Tak lze vysvětlit skutečnost, že některé děti z těžce deprimujícího domácího prostředí, kde jsou zanedbávány nebo kde se s nimi zachází krutě, přesto vykazují silnou vazbu ke svým rodičům, alespoň v raném věku. Citové poškození způsobené těmto dětem může být vážné a trvalé, přesto však dochází k připoutání. Vypadá to, že kojeneček je v zájmu svého přežití naprogramován tak, aby se připoutal k tomu, kdo o něj pečuje a to i v případě, kdy je tato péče nedostatečná. Z toho plynou důležité závěry. Připoutání se jeví jako nezbytné stádium v raném věku, probíhá zásadně mezi dítětem a nejvýznamnější pečující osobou a je prvním krokem v sociálním učení. Existuje výrazná souvislost mezi způsoby rodičovské péče a následným chováním dítěte. Deprimovaní jedinci nebývají schopni poskytnout potřebnou lásku a péči ani vlastnímu potomstvu. Škodlivé účinky raného zanedbávání nebo špatného zacházení mohou být v určité míře napraveny vhodnou kompenzační péčí později v dětství, nicméně rané zážitky mají na další vývoj mocný vliv (Fontana, 1997).

3.3. Atmosféra v rodině, domov

Podle Bacuse (2009) osobnost dítěte se vytváří v prvních šesti nebo sedmi letech života. Ovzduší, které vládne doma, a atmosféra v rodině určují, jakou představu si dítě vytvoří o životě a jaký bude mít temperament. Každodenní kontakt s rodinnými příslušníky vytváří natolik příjemné nebo nepříjemné prožitky, že ovlivňují utváření osobnosti dítěte. Příjemné zkušenosti dítěti dodají důvěru v budoucnost, naopak nepříjemné zkušenosti způsobí, že dítě bude věřit tomu, že celý svět je nepřátelský. Opakované hádky jsou pro dítě to nejbolestivější a mají na ně ten nejhorší vliv. Pokud se neshody týkají výchovy dětí, je lepší, a v tomto případě to platí dvojnásob, o nich hovořit bez přítomnosti dětí. Dítě potřebuje v každém věku a ze všeho nejvíce, když je

malé, rodinu, která má pevnou strukturu, kde najde klid, jež žije podle zaběhaných pravidel a je zároveň i přizpůsobivá. Pravidla poskytují dítěti pocit bezpečí a potěšení ze společně tráveného času jim dává rozumné rozměry. Rodiče by například měli dítě učit chápat, co od něho požadují, a měli by usilovat o to, aby atmosféra v rodině byla srdečná, tolerantní a plná důvěry. Takovou atmosféru vytvářejí ani tak „pro“ děti, ale spíše „společně“ s dětmi. Neměli by usilovat, aby se děti předčasně osamostatňovaly, ale měli by respektovat jejich individualitu a umožnit jim velkou míru svobody (Bacus, 2009). Co se týká atmosféry v rodině, můžeme zde mluvit i o adaptabilitě rodiny, která se týká podle Sobotkové (2007) flexibility a schopnosti rodinného systému měnit svou strukturu moci, role a pravidla vztahů v závislosti na vývojovém a situačním stresu. Vývojovým stresem rozumíme normální tranzitorní krize ve vývojovém cyklu rodiny, tzv. přechody (např. narození dítěte, jeho vstup do školy apod.). Situačním stresem může být např. vážné onemocnění člena rodiny, nepředpokládaná zátěž, která působí na celou rodinu. Sobotková (2007) se přiklání k názoru, že rodinný systém musí být jak adaptabilní, tak i hierarchicky uspořádaný, kdy rutina dodává životu rodiny organizovanost a pravidelnost, což zvyšuje pocit bezpečí jejich členů a efektivitu fungování rodinného systému.

Atmosféru v rodině mění také rozchod rodičů. Podle Traina (2001) děti bývají vystaveni nejenom bouřlivým výměnám názorů a emocím rodičů, kteří mezi sebou válčí, ale v té době se často o dítě nedokáží řádně postarat. Starší děti napodobují své rodiče a začnou být nepřátelské a agresivní. Dále uvádí, že chlapci po rozchodu rodičů, kteří zůstávají s matkou, mívají jisté potíže, související se ztrátou mužského vzoru, v níž mají potřebu se identifikovat anebo, že matky nemají schopnost uplatnit potřebnou autoritu při výchově.

Podle Fontana (1997) sociální život dítěte začíná doma. První sociální skupinou dítěte je rodina, která zůstává pro většinu dětí nejdůležitější skupinou po celé dětství. Avšak hned na druhém místě je to v mnoha ohledech škola, učitelé a okruh kamarádů s nimiž se tam dítě setkává. Mnoho dětí se dostane do obtíží tehdy, když vzorce sociálního chování (jakož i hodnoty a měřítko, jež jsou s nimi spjaty), kterým se dítě učí v jedné z těchto skupin, se výrazněji liší od těch, jimiž se učí v druhé. Takový konflikt mezi domovem a školou (školou)

nejen vyvolává v dítěti zmatek a odpor, ale může podstatným způsobem bránit jeho pokrokům ve školním učení.

3.4. Rodičovské způsoby chování a jejich vliv na chování dítěte

Fontana (1997) popisuje rodičovské způsoby chování ve čtyřech rodičovských stylech a zabývá se jejichmi důsledky.

První rodičovský styl nazývá autoritativní, kde popisuje rodičovské chování vyžadující od dětí, aby se chovaly rozumně, na úrovni odpovídající jejich věku. Je to styl vřelý, pečující, vyptává se na názory a city dítěte, rozhodnutí rodičů bývají dětem zdůvodněna. Naproti tomuto rodičovskému stylu je chování dítěte nezávislé, sebe prosazující, kamarádké k vrstevníkům, spolupracující, spokojené, usilující o co nejlepší výkon úspěšně.

Druhý rodičovský styl je autoritářský. V tomto stylu rodiče prosazují moc, ovládání dítěte bez vřelosti a oboustranné komunikace. Stanovují absolutní nároky, vyžadují poslušnost, úctu k autoritě a tvrdou práci. Chování dítěte má sklon k sociální izolaci, postrádá spontaneitu. Dívky bývají závislé a bez snahy o dobrý výkon. Chlapci mívají sklon k agresivitě vůči vrstevníkům.

Třetí rodičovský styl shovívavý od dětí žádá málo. Je přijímající, reagující a orientovaný na děti. Děti převládají s pozitivním a citovým laděním, avšak jsou nezralé, impulzivní postrádají přiměřenou společenskou odpovědnost a nedokážou spoléhat na sebe. Mají sklon k agresivitě.

Čtvrtý rodičovský styl zanedbávající se vykytuje u rodičů zaměstnanými příliš svými činnostmi. Styl nezájemný na životě dětí, bez zájmu o to, čím se děti zabývají. Vyhýbá se oboustranné komunikaci a málo si všímá názorů nebo citů dítěte. Děti vyrůstající pod vlivem tohoto chování rodičů mají sklon k náladovosti s nedostatkem soustředění. Jsou rozmařilé, neovládají své city a impulzy. Nestojí o školní výuku, často chodí za školu a mívají sklon k požívání drog.

Je samozřejmé, že někteří rodiče mohou během času svůj rodičovský styl měnit v průběhu doby nebo mohou být nevyhraněni a zaujímají postavení někde mezi právě popsányými styly. Přesto tento model čtyř stylů a jim

odpovídajících projevů u dětí poskytuje praktické vodítko v oblasti vzorců rodičovské péče a typických způsobů dětského chování (Fontana, 1997).

Train (2001) uvádí, že v rodinách, kde se vyskytují agresivní či delikventní děti, jejich rodiče nedokáží poskytnout dítěti dostatečný dohled, stanovit jasná a důsledná pravidla a cíle, projevit nesouhlas s nevhodným chováním, vyhýbají se konfrontaci důležitých témat, v krizových situacích nedokáží jednat jinak než emotivně.

4. Některé zvláštnosti vývoje

Podle Třesohlavé (Třesohlavá, Černá & Kňourková, 1990), psychický vývoj dítěte je vždy vázán na dobrý a správný vývoj tělesný. Obě složky se vzájemně stimulují. Nejprůkaznější opoždění vidíme u chronicky nemocných dětí, často hospitalizovaných, ale také kdy dítě zdravé prokazuje opoždění z nedostatečné stimulace zaviněné špatným domácím prostředím, nedostatečným zájmem rodičů. Dítě potřebuje pocítit dostatek zájmu a citu, aby vyspělo v sociálně dobře připraveného jedince.

Také děti, které mají menší vadu smyslů (zraku, sluchu), mohou lehce zaostávat ve vývoji, než se podaří správná korekce těchto odchylek. Neméně důležitá je výživa dítěte, životospráva, spánek, odpočinek, dostatek pobytu a pohybu na čerstvém vzduchu. Unaven, zanedbané, nesprávně živené dítě nerozvíjí své schopnosti, stejně tak, jako přemíra podnětů, neodpovídající věku dítěte, nijak rozvoji neprospívá. Veškeré uvedené špatné podmínky mohou způsobit nezralost nebo opoždění vývoje. Poruchy tohoto druhu jsou však nenapravitelné a je na lékařích, rodičích a celém okolí dítěte (včetně pedagogů v mateřské škole), aby se včas odhalily příčiny a rehabilitací se co nejdříve dítě vyrovnalo svým vrstevníkům a do školy přišlo dobře kompenzované (Třesohlavá, Černá & Kňourková, 1990).

Typ obtížně vychovatelného dítěte, jak uvádí Langmeier & Krejčířová (2006) je charakterizován jeho temperamentem s projevy spíš záporným, mrzutým laděním, nepravidelným rytmem fyziologických funkcí, vysokou intenzitou reakcí na zevní podněty, pomalým přizpůsobováním, případně vyhýbáním se novým zevním podnětům. Od kojeneckého věku tyto děti fňukají, nesplňují – li

se jim jejich nároky propadají vzteku. Od počátku vyžadují zvýšenou trpělivost, jednotnou a důslednou výchovu.

5. Syndrom ADHD

Train (2001) označuje syndrom ADHD Attention Deficit Hyperaktivity Disorder za poruchu projevující se nesoustředěností, hyperaktivitou či impulzivitou. U nesoustředěnosti upozorňuje, že dítě s touto poruchou se může jevit jako neposlušné, roztěkané a může vykazovat řadu chyb z nepozornosti. Hyperaktivitu popisuje jako chování dítěte s nevyčerpatelnou energií, pro které je obtížné chvíli posedět. Impulzivitou popisuje chování, které se projevuje impulzivně bez přemýšlení o důsledcích svého jednání, byť by mohlo být nebezpečné. S porovnáním Žáčkové & Jucovičové (2007), které uvádí, že lehké mozkové dysfunkce patří do skupiny specifických poruch chování. Mezi starší označení patřily malé mozkové dysfunkce (MMD), lehké dětské encefalopatie (LDE), hyperaktivní či hypoaktivní syndrom či hyperkinetický, hypokinetický. V posledních letech bývá nejčastěji užíván název syndrom poruchy spojený s hyperaktivitou (ADHD) nebo syndrom poruchy pozornosti bez hyperaktivity (ADD). Podle dysfunkce se jedná o děti často s průměrnou až nadprůměrnou inteligencí, které trpí poruchami chování a velmi často i učením v rozsahu od mírných po těžké, jež jsou spojeny s odchylkami funkce centrální nervové soustavy (CNS).

Dále uvádí, že vznikají většinou drobným minimálním poškozením centrální nervové soustavy v raných vývojových obdobích, v době před narozením, při porodu a také i časně po porodu (kdy je CNS, zejména u chlapců, značně zranitelná). Může se projevovat i vliv genetických odchylek a biochemických změn (např. nedostatek některých neurotransmiterů). Podle výzkumu Williams, N. M., Zaharieva, I. & Martin, A. et al. (2010) 410 dětí z Velké Británie s diagnózou ADHD vykazuje velké změny v DNA s porovnáním s kontrolní skupinou. Potvrzují tímto genetické důsledky a naznačují, že nejde jen o sociální konstrukt. Potvrzuje to i výzkum McFadden, J. (2010), který prokázal na vzorku 366 dětí s ADHD a kontrolní skupinou 1047 dětí, že ADHD

je genetická porucha, a že mozky těchto dětí se vyvíjí jinak s porovnáním s ostatními dětmi.

Žáčková & Jucovičová (2007), popisují ADHD jako drobnou poruchu centrální nervové soustavy, která způsobuje určité odlišnosti v chování a jednání dítěte. Jde tedy většinou o projevy vrozené, za které dítě nemůže, a které zpočátku nemůže samo ovlivnit. I když se jedná o projevy vrozené, můžeme je ale vhodnými výchovnými postupy ovlivnit a korigovat. Cílem je, aby se chování dítěte postupně stalo přijatelným (dodržováním stanovených hranic, respektování autority, sebeovládání aj.), aby však zároveň dítě nebylo frustrováno nepřiměřenými nároky. Částečně nám pomáhá i sám vývoj dítěte, protože tím, jak dítě dospívá, zraje i centrální nervová soustava a některé nevhodné projevy v chování dítěte ztrácejí na intenzitě, popř. vymizí. Není však dobré spoléhat na to, že vývoj sám vše spraví, protože správnou výchovou mu můžeme hodně napomoci.

Podle Žáčkové & Jucovičové (2007) jsou nejčastějšími projevy syndromu ADHD poruchy biorytmu, neklid, nespavost, poruchy soustředění, zvýšená pohyblivost, neohrabanost, neobratnost, afektivní výbuchy, nízká frustrační tolerance. Dochází ke konfliktům se sociálním okolím, dítě bývá vnímáno, jako nadměrně „živé“, zlobivé, hůře zvladatelné jak u dospělých, tak u svých vrstevníků. Často se dostávají do konfliktů a jejich nepřiměřené chování bývá považováno za důsledek nezvládnuté výchovy. V rodině dochází rovněž k výměnám názorů na správné a vhodné výchovné vedení dítěte – nejhorší je, když matka zůstane osamocena, je obviňována i svým partnerem. Nezřídka dochází ke křížení stylu výchovy, kdy se rodiče nedohodnou na jednotném postupu, což dítěti perspektivně škodí nejvíce. U těchto dětí lze sledovat opožděný vývoj řeči, nerovnoměrný vývoj (některé projevy odpovídají věku, některé předbíhají) Tyto děti například přeskočí některou z vývojových fází (nelezou, ale hned chodí).

U dětí předškolního věku lze pozorovat: poruchy motoriky, emoční poruchy a poruchy chování, koncentrace, pozornosti a paměti, poruchy řeči, vnímání a myšlení.

Pešová & Šamalík (2006) přidávají mimo výše uvedené poruchy i potíže ve vztazích, které se projevují výrazněji ve školském zařízení, kde tyto děti mají odlišné chování od ostatních.

Žáčkové & Jucovičové (2007) dále uvádějí, že každé dítě se syndromem ADHD nemusí trpět všemi poruchami a příznaky. Některé poruchy mohou být výrazné, jiné naznačené nebo mírné.

Nerovnoměrný vývoj, hyperaktivita nebo hypoaktivita, zvýšená efektivita a emocionalita bývají častou příčinou problémů při vstupu dítěte do předškolního zařízení. Někdy se objeví i problémy se sebeobsluhou (dítě je neobratné, těžkopádné, neustále si obléká tričko obráceně apod.). Často z těchto důvodů mívá odklad školní docházky, což dítěti pomůže k dozrání jeho centrální nervové soustavy. V tomto roce je vhodné s dítětem intenzivně pracovat a případně i předejít vzniku poruch učení.

Hlavními výchovnými zásadami důležitými pro výchovu dětí se syndromem ADHD jsou: vytvoření klidného, citového rodinného prostředí, stanovit řád, jasně a pevně vytyčit hranice ve výchově, důslednost, sjednocení výchovy v rodině, ale i se školou (mateřskou školou), soustředit se na kladné stránky dítěte, usměrňování aktivit, přívod přiměřených podnětů.

Mezi nesprávné výchovné postupy patří: nejednotná výchova, perfekcionistická výchova, příliš liberální, uvolněná, nevyvážená a nedůsledná výchova (Žáčková & Jucovičová, 2007).

6. Důležité je dítě jako celek

Podle Bruceové (1996) je velmi důležitou součástí vývoje dítěte jeho zdraví a úroveň životních podmínek, v nichž žije a výchova dítěte musí tyto primární potřeby uspokojovat. Pro vychovatele vyplývají ze znalosti těchto potřeb dítěte určité důsledky. Jisté požadavky to klade na multiprofesionální spolupráci. Vychovatelé nejsou kvalifikováni k tomu, aby přejímali odpovědnost za odbornou pomoc, kterou mají v oblasti výchovy nabízet specializovaná pracoviště nebo zařízení. Chápeme-li osobnost dítěte jako celek, je třeba také koordinovat práci jednotlivých odborníků ve výchovné práci.

Dále Bruceová (1996) uvádí, že tito dospělí, významně zasahují do života dítěte. Je třeba brát v úvahu, že rozsah a typ výchovné práce jsou rozmanité, což znamená, že dítě může přijít do kontaktu s velkým množstvím různých odborníků. Děti mladší pěti let tato rozmanitost má a je těžké jim ji zdůvodnit. Každé páté až šesté dítě v průběhu školní docházky potřebuje jistý druh speciální péče, podle Warnockovy studie (DES, 1978). Je proto naivní domnívat se, že učitel je jediným významným pedagogem – profesionálem, se kterým dítě přijde do styku. Výchova nemalé části dětské populace vyžaduje značně rozsáhlý okruh multiprofesionální pomoci, která přesahuje možnosti učitele, učitelky mateřské školy, nebo dětského lékaře. K těmto profesionálům patří například sociální pracovníce, dětský psycholog, neurolog, dětský psychiatr, rodinný psychoterapeut, logoped, rehabilitační pracovníci a další. To však neznamená, že multiprofesionální pomoc vyžadují pouze děti se zvláštními potřebami. Občas je v menší míře vyžaduje každé dítě. Rozmanitost péče a specifčnost dětských potřeb názorně ilustrují, že do dětského života může zasáhnout řada odborníků (Bruceová, 1996).

Praktická část

1. Cíl bakalářské práce

Cílem této bakalářské práce je ukázat, jak lze pracovat na prevenci vývojových poruch u dětí ze znevýhodněného prostředí, a jak lze tyto děti vzdělávat pro konkurenční schopnost mezi svými vrstevníky.

2. Výzkumné otázky

Jak vzdělávat děti ze znevýhodněného prostředí?

Jaký byl přístup rodičů uživatelů k výchově dítěte?

Může mít vliv rodinné prostředí rodičů uživatelů na vývoj dítěte?

3. Metody

Kasuistická práce je kvalitativní výzkumná práce, která spočívá ve výzkumu všech dostupných materiálů, zhodnocení a formulování závěrů zkoumané osoby (Pipeková et al., 1998). Jedná se o podrobně rozepsanou jednu kasuistiku dítěte od 5 - 6 let ze znevýhodněného prostředí, jehož otec je uživatel pervitinu, matka abstinuje

Sběr anamnéz je obecná metoda výzkumné práce, která sbírá údaje a základní data o osobě, která je popsána v kasuistice. Patří sem rodinná anamnéza, osobní anamnéza a vyšetření rodinného prostředí (Pipeková et. al., 1998).

Analýza dokumentace, analýza obsahu. Jedná se o rozbor písemných sdělení textu zkoumané osoby (Ferjenčík, 2000). Rozborem písemných sdělení textu v kasuistice jsou zdravotní dokumentace, psychologická vyšetření, rozbor anamnéz a intervencí.

Pozorování podle Ferjenčíka (2000) patří k nejzákladnějším technikám sběru dat. Pozorování je záměrné a zaměřené vnímání a myšlení, jehož cílem je rozpoznat nejdůležitější znaky, vlastnosti a příčiny, které k nim vedly. Při pozorování je důležité se soustředit na celou osobnost vyšetřovaného a nebrat do úvahy jen izolovaný výkon v určité oblasti. Pozorování umožňuje zkoumat

jedince, pomáhá zjišťovat jeho schopnosti, osobnostní vlastnosti, sociální vztahy, probíhající psychické stavy, které se manifestují navenek, a které charakterizují dotyčného člověka a současně ho odlišují od ostatních (Popelová et al., 1998). Pozorování matky a dítěte bylo plánovaně zaměřeno na chování dítěte při intervencích zaměřených na jeho vzdělávání a na chování jeho matky během intervencí. Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) byly sledovány znaky kvality nálady, přizpůsobivosti, intenzita reakcí. Rytmicita fyziologických pochodů (jídla, spánku a vyměšování) bylo sledováno v anamnestických údajích.

Rozhovor je zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat ve vědeckém výzkumu. Cílem rozhovoru je získat informace (Ferjenčík, 2000). Během intervencí byly s matkou a dítětem při rozhovoru využívány nejčastěji volné asociace, nestrukturované a polostrukturované rozhovory, kromě sběru anamnéz a dalších potřebných informací o dítěti a rodinných vztazích, ve kterých žije, kdy byl veden strukturovaný rozhovor s matkou s připravenými otázkami. Rozhovory byly vedeny průběžně.

Dále jsou v kasuistice uvedeny rozhovory strukturované s připravenými otázkami s odbornými pracovníky, kteří mají dítě v péči. Každému odbornému pracovníkovi byly položeny 3 stejné otázky:

1. Jak se choval Jiřík a matka při odborné práci na začátku programu?
2. Jak hodnotíte spolupráci rodiny s odborným pracovníkem?
3. Myslíte si, že vaše odborná práce s dítětem a matkou má vliv na prevenci specifických vývojových poruch, pokud ano jaký?

4. Výchozí předpoklady, hypotéky

Mám tři výchozí předpoklady. Jeden se týká vzdělávání dětí ze znevýhodněného prostředí a to, že atmosféra rodinného prostředí může ovlivnit výsledky poskytovaných intervencí. Dále, že atmosféra rodinného prostředí může ovlivnit chování a výchovu předškolního dítěte. A dalším předpokladem,

že ADHD, poruchu pozornosti a hyperaktivity lze pozitivně ovlivnit souborem odborných přístupů a dodržování pokynů předaných matce dítěte.

Matějček (2005) uvádí, že porozumění a úprava životních a pracovních podmínek může těžkosti dítěte s ADHD podstatně zmírnit a připravit tyto děti na docela uspokojivé společenské zařazení. Dále uvádí, že dítě s diagnózou ADHD v důsledku svých zvláštností žije také ve zvláštních ztížených podmínkách. Chceme-li mu účinně pomoci, musíme mu životní a pracovní podmínky upravit tak, aby se v nich pokud možno mohlo dítě chovat normálně a pracovat naplno, a pak tyto podmínky pomalu měnit a přizpůsobovat běžným a obvyklým, aby si na ně dětský organizmus zvykal a přizpůsoboval se jim. Jako velmi důležitý aspekt Matějček (2005) vidí v příznivém rodinném ovzduší a ve spolupráci rodiny a školy. Zdůrazňuje, že za poruchy a odchylky v chování dítěte v důsledku ADHD, dítě samo nemůže, ani jejich rodiče nebo škola, odborní pracovníci apod. Bylo by tedy výchovným nedorozuměním, kdybychom za to chtěli dítě trestat a nemá ani smysl někoho za to obviňovat.

5. Etická klausule

V práci jsou dodrženy etické principy vědeckého výzkumu.

Před zahájením výzkumu byl zabezpečen dobrovolný informovaný souhlas klientky výzkumu, která obdržela nezbytné informace ke svobodnému rozhodnutí účastnit se výzkumu a bylo jí dáno na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci sledovaného výzkumu. Byl zajištěn zástupný souhlas zákonného zástupce dítěte, a dítě bylo v rámci jeho možností informováno.

V kasuistice je používáno slovo klientka, otec, matka dítěte. Všechna jména nacházející se ve výzkumu jsou smyšlená. Čas i místo neodpovídá skutečnosti. Je zajištěný informovaný souhlas rodiče, který má dítě v péči.

6. Kasuistická práce, prezentace případové studie

V bakalářské práci je podrobně popsána jedna kasuistika dítěte od 5 - 6 let ze znevýhodněného prostředí, jehož otec je uživatel pervitinu, matka abstinguje.

Matka dítěte, které je sledováno ve výzkumu, Tereza (30 let), v minulosti užívala návykové látky s preferencí pervitinu. Dlouhodobě spolupracuje s poradnou (od svých 13 let). Pracovník poradny doporučil její dítě Jiříka (5 let) do programu (projektu), který se zabývá prevencí specifických vývojových poruch u dětí ze znevýhodněného prostředí, jejichž rodiče jsou uživateli drog, vzděláváním dítěte ke konkurenceschopnosti s jeho vrstevníky a přípravou dítěte na hlavní vzdělávací proud. Dále se projekt zaměřuje na zvyšování kompetencí rodičů v rozvoji osobnosti dítěte.

V programu pracuje multidisciplinární tým odborníků, kteří dlouhodobě sledují přirozený vývoj dítěte, jeho jednotlivé oblasti. Na základě screeningového vyšetření navrhuje individuální plán práce s dítětem. Individuální plán je souhrnem návrhu individuálního plánu dětským psychologem, sociálním pracovníkem, rehabilitačním specialistou a dalšími poradenskými odborníky. Podle takto vytvořeného individuálního plánu práce s dítětem jsou posilovány jednotlivé oblasti vývoje, které jsou vyvíjeny nerovnoměrně a mohly by dítě znevýhodnit v předškolním nebo školním vzdělávacím proudu v případě, že by se těmto oblastem nevěnovala dostatečná pozornost. Výrazně mohou tento vývoj ovlivnit rodiče a úkolem týmu je nejen navrhnout rodičům individuální plán práce s dítětem, ale i pracovat s nimi na nácvicích doporučených postupů.

6.1. Výchozí stav a anamnézy

Jiřík byl zaregistrován do projektu, když mu bylo 5 let, na doporučení poradenského pracovníka. Splňuje kritéria pro příjem do programu – dítě pochází ze znevýhodněného prostředí, otec je uživatel pervitinu, matka abstinguje. Jiříka přivedla jeho matka, která spolupracuje s poradnou více jak 13 let z důvodu užívání psychotropních látek, převážně pervitinu. V současné době abstinguje, jak je uvedeno a Jiříka má ve své péči.

6.2. Osobní anamnéza dítěte

Prenatální a perinatální anamnéza

Těhotenství matky: matka udává, že dítě bylo plánované a asi půl roku před těhotenstvím abstinovala a celé těhotenství návykové látky neužívala. V prvním trimestru těhotenství často zvracela a bylo jí nevolno. V 5. měsíci těhotenství prodělala angínu s vysokými teplotami, bez antibiotik. Zbytek těhotenství do porodu probíhal bez komplikací.

Porod: plánovaný císařským řezem týden po termínu. Při porodu byla nalezena zakalená plodová voda, u dítěte bylo podezření na infekci z plodové vody, proto bylo převezeno na JIP, dítěti byla nasazena antibiotika, umělá výživa, dítě bylo uloženo na vyhřívanou postýlku a sledováno. Kříšeno nebylo. Porodní váha byla 2,50 kg, míra 48 cm.

Postnatální anamnéza: šestinedělí: 14 dní po porodu pobyt na JIP, matka nekojila, pravidelné kontroly neurologa a hematologa. Během hospitalizace dítěte matka přijata na JIP, kde mohla o Jiříka pečovat a opakovaně pod instruktáží sester se pokoušela zahájit kojení, což se jí asi po 14 dnech hospitalizace dítěte na JIP podařilo. Dítě bylo kojeno 8 měsíců.

Anamnéza do 1 roku: kojenecké období, do 1 roku: Jiřík byl kojený do 8 měsíců s postupnými přídávky podle doporučení pediatra. Matka dítěte vzpomíná, že úporně žužlal prsty i celou pěst, dudlík však odmítal. Později se naučil sát z láhve s dudlíkem. Matka udává, že láhve také úporně okusoval. Motorika do jednoho roku byla nerovnoměrná. Nelezl po čtyřech, neseseděl, plazil se „jak had“, v 8. měsíci se sám postavil v postýlce. Přeskočil vývojové období lezení po čtyřech. Motoricky byl aktivní, přes den spával jen 1-2 hod., noc přespával do rána. Usínání bylo zdlouhavé, uspávala ho matka nebo otec.

Anamnéza do 3 let: dlouho žvatlal, byl nesoustředěný, agresivní, projevoval nervozitu, vztek. Podle matky do dvou let jen „pištěl“, nemluvil, od dvou let začíná používat „svoji řeč“ jednoslovně, nespojoval slova do vět, žvatlání přetrvávalo asi do 3 let. Hygienu neudržoval, do 3 let měl plínky, sám se nají od 2 let. V chování často projevuje vztek, když není „po jeho“, jak uvádí matka, neskládá své věci, neposlouchá pokyny rodičů, je nesoustředěný, netrpělivý,

agresivní nervozita, vztek, údery, házení věcí, týrání psa a ječení, vynucuje si, co sám uzná za vhodné, pokud mu to není umožněno nebo se mu něco nedaří, projevuje vztek. Kolem třetího roku vše zkouší „já sám“, obléká se, obouvá, je netrpělivý, vzteká se, kouše si nehty a bříška prstů v okolí nehtů. Usínání večer trvá asi půl hodiny, uspávají ho střídavě rodiče, přes den téměř nespává. Projevuje se typem obtížně vychovatelného dítěte.

Anamnéza od 3 – 5 let

Jemná motorika: začíná kreslit tužkou, výběr barev jen černá, vše černě začmárat.

Hrubá motorika: nejistá rovnováha, nesoustředěný v činnosti, roztěkaný, sleduje několik věcí najednou.

Sebeobslužnost: sám se nají a obléká. V chování stále vyžaduje pozornost, sám se nedokáže na delší dobu zabavit.

Infekční onemocnění: z dětských infekčních onemocnění zatím prodělal jen neštovice.

Operace: uzdička na jazyku, bulka u oka, zašívání brada po úrazu.

Ostatní odborná péče: dochází na logopedii, kam chodí na pravidelné kontroly, s matkou procvičuje řeč. Neurologické kontroly navštěvuje jedenkrát ročně.

Školní anamnéza: Jiřík začal chodit do MŠ od 2,5 let, ale z důvodu kapacity školky a jeho chování byla docházka ze strany školky ukončena.

V září v 5,5 letech nastoupil do mateřské školy. Školní docházka mu byla odložena o jeden rok pro nezralost.

6.3. Rodinná anamnéza

Matka dítěte: matka Jiříka (30 let) od svých 14 let užívala návykové látky s preferencí pervitinu. V 17 letech ústavně léčena pro syndrom závislosti v psychiatrické léčebně (PL) s detoxikací jeden měsíc. Léčebný pobyt hodnotí pro sebe jako neúčinný a to především proto, že na oddělení nebyl problém sehnat si drogy a užívat je, aniž by o tom personál věděl. Nelíbil se jí ani přístup personálu ke klientům, který označuje slovy: „Co mi tu chtějí povídat, když tu mají drogy a neřeší to.“ Tato zkušenost se jí nezamlouvala a k další

léčbě neměla důvěru. Dosud neabsolvovala pobytovou dlouhodobou léčbou. Od 14 let navštěvuje poradnu, nejprve s rodiči, v posledních letech sama. V současné době abstínuje (6 let) s krátkodobými relapsy. Dlouhodobě navštěvuje poradnu kde spolupracuje na své abstinenci.

Otec dítěte (32 let) dlouhodobě užívá návykové látky s preferencí pervitinu. Několikrát se pokoušel sám abstinovat, nikdy nebyl dlouhodobě pro závislost léčen.

Sourozenci: Jiřík má 2 sourozence, nevlastní sestru Tamaru (12 let), která je svěřena do výchovy mateřských prarodičů a vlastního bratra Tomáše (3 roky), se kterým žije ve společné domácnosti společně s matkou a nyní i s jejím novým přítelem.

Výchovný styl v rodině a vztahy mezi rodiči: matka je samoživitelkou a s otcem Jiříka a Tomáše se rozešla po té, co se vrátil k užívání drog. V té době byly Jiříkovi asi 4 roky. Do té doby otec dětí žil s rodinou, pracoval a o obě děti se, podle matky, dobře staral. S Jiříkem si často hrál a trávil s ním hodně času, zvláště v době, kdy se jim narodil další syn. Matka dětí udává, že když zjistila, že otec dětí je znovu na pervitinu, užíval ho už v té době nejméně rok. Vysvětlil jí, že musel začít znovu s užíváním proto, aby vše lépe zvládal, rodinu a zaměstnání, hodně pracoval, aby mohla zůstat doma s dětmi. V té době se mezi partnery začaly zvyšovat konflikty. Otec dětí často vyčítal matce, že Jiříka špatně vychovává, že Jiřík neposlouchá, unavuje ho být s ním a hlídat ho. Často se na Jiříka zlostně obořil a i na jeho matku a obviňoval ji před dětmi ze všeho možného, nejvíce z toho, že je doma s dětmi, on je živí a ona Jiříka špatně vychovala. Problémy mezi partnery stále narůstaly, rodina se ocitla bez finančních prostředků. Matka vzala obě děti a přestěhovala se s nimi na krátkou dobu ke svým rodičům, kde má ve výchově i svou první dceru Tamaru. Později si našla nájemní byt, ve kterém nyní žije s dětmi a se svým novým přítelem.

Otec dětí nyní žije v Praze, s dětmi se stýká příležitostně. Otec si v poslední době vzal Jiříka na víkend po domluvě s matkou a opakovaně ho nevrátil matce domů podle původní domluvy. Návrat Jiříka od otce se opozdil o několik dní,

bez předchozího oznámení matce. Jiřík po takových návratech se zhoršil v chování, začal lhát, neposlouchá matku.

6.4. Sociální anamnéza

Ekonomický stav rodiny: matka je v současné době doma na mateřské dovolené a pobírá rodičovský příspěvek, dávky státní sociální podpory, má minimum finančních prostředků. Otec na děti přispívá nepravidelně, v poslední době vůbec. Průměrné a bazální potřeby rodiny jsou zajištěny. Rodině vypomáhají prarodiče ze strany matky, kteří mají v péči její nejstarší dceru.

Bydlení: Jiřík žije ve společné domácnosti se svoji matkou, vlastním mladším bratrem a v současné době s novým přítelem matky v pronajatém, nově zrekonstruovaném bytě. Byt je čistý, udržovaný, slunný a jednoduše zařízený.

Důležité osoby v Jiříkově životě

Matka: matka se o Jiříka dobře stará, Jiřík nejeví známky zanedbanosti, má s ním dobrý vztah. Jiřík se na ni často obrací, vynucuje si její pozornost, stále se chce prosadit, někdy neposlouchá, odsekává nebo vybuchuje. Matka na to reaguje klidně, nekřičí, netrestá, situace řeší vysvětlováním a domlouváním.

Otec: otec o Jiříka pečoval společně s jeho matkou asi do 4 let. Když se rodiče rozešli, Jiřík se na otce často ptá, chce být s ním, těší se na něho, když má pro něj přijít.

Sourozenci: vlastní mladší bratr, se kterým žije a jeho nevlastní sestra, která je v péči prarodičů ze strany matky. Na mladšího bratra často neprávem žaluje, má s ním konflikty, ubližuje mu.

Prarodiče: ze strany matky často Jiříka i s jeho mladším bratrem hlídají v domácnosti, kde pečují o jejich starší nevlastní sestru. Jiřík je u babičky a dědečka rád, těší se k nim. Ze strany otce hlídají obě děti příležitostně, když si otec vezme děti na víkend. Podle matky dítěte babička ze strany otec má problémy s alkoholem.

6.5. Stav při přijetí dítěte do programu

Jiřík (5 let) byl přijat do programu na doporučení pracovníka poradny, se kterou matka dlouhodobě spolupracuje. Matka přivedla obě děti, Jiříka a jeho mladšího bratra Tomáše.

Chování Jiříka před zapojení do programu v pěti letech: Jiřík se často obrací na matku, vyžaduje její pozornost, vzteká se, kouše si nehty a bříška prstů do krve, je nesoustředěný. Matka uvádí, že v mateřské škole si učitelky stěžují, že si Jiřík zavádí prsty do análního otvoru a výměšky znečišťuje okolí. Toto chování provádí výhradně v mateřské škole, doma toto chování nezaznamenala. Mladšího bratra fyzicky napadá, lže a vše na něj svádí, je konfliktní.

6.6. Sběr dat z dokumentace dítěte

Příjem Jiříka, 5 let: váha 13,5 kg, míra 105 cm

Vzhled/chování: je drobné postavy, patrná hyperaktivita, neklid, nápadně okousané nehty, agresivní projevy k matce a bratrovi, dožaduje se pozornosti.

Řeč: mluví špatně, přes nos (patlavost, huhňavost), je mu obtížně rozumět.

Barvy: pozná 5 barev (červená, žlutá, zelená, modrá, černá).

Čísla: počítá do pěti, plete pořadí čísel.

Kreslení: primitivní držení tužky, tužku drží křečovitě v pěst (hrstičkový úchop).

Jemná motorika: drobnější kostičky stavebnice celkem zvládá, skládání papíru (šipky) neumí, vzdává se, vzteká. Celkově je jemná motorika opožděná.

Hra: podle nálady, pobíhá, křičí, bratrovi bere hračky, ubližuje mu. Uklidní se při stálém nabízení nových podnětů (stavba garáže z kostek, hra s auty). Nevydrží u hry, zatím neprojevuje výraznější zájem o řízenou činnost.

Sebeoslužná činnost: stravování – nají se sám od dvou let, hygienu udržuje od 3 let, s oblékáním má potíže s některými částmi oděvu.

Zpráva od pediatra: pravidelné preventivní prohlídky, pro syndrom ADHD pravidelné kontroly na neurologii, očkovací plán dodržen, z dětských onemocnění neštovice, úraz brady.

Zpráva z neurologického vyšetření: hyperaktivita s poruchou pozornosti, deficit pozornosti, impulsivnost, neúčelné pohyby, poruchy motoriky v udržení rovnováhy, agresivní projevy.

Vyšetření psychologem: hrubá motorika se rozvíjí přiměřeně, v jemné motorice se objevuje koordinační nepřesnost. Chlapec drží tužku pravou rukou, nicméně během vyšetření ji přehazuje, výrazný nesprávný úchop (v dlani), bez přítlaku na tužku, při neurčitěm typu laterality (vyhraněná ruka, pravé oko). Grafomotorika je výrazně nezralá. Řeč je po stránce aktivní a pasivní slovní zásoby kompenzovaná, je patrný specifický logopedický nálezn mnohačetná patlavost (dyslalia multiplex), řeč je místy nesrozumitelná. Pravolevá orientace na sobě je v pořádku, v prostoru dochází k záměnám v pravolevé prostorové orientaci. Percepční funkce nezralé, chybují ve zrakovém rozlišování, zkouška sluchu pro ne spolupráci nebyla ukončena. Závěr vyšetření: chlapec s diagnózou ADHD, úkolová nezralost, nezralá grafomotorika.

Vyšetření odbornými pracovníky (cvičitelka zdravotní tělesné výchovy, masáže, lymfodrenáže, nutriční terapeut): Jiřík se při vyšetření projevoval neklidem, hyperaktivitou, impulsivitou. Držení těla uspokojivé, bez známek svalové dysbalance. Udržení rovnováhy na jedné noze bez problémů, pohyby poněkud málo koordinované, nepřesné, patrné zvýšení svalového napětí, především šíje. V oblasti jemné motoriky problémy v sebeobsluze při oblékání. Zjevná porucha motoriky mluvidel s artikulační neobratností (dítě je vedeno na logopedii). Doporučené procvičování rovnováhy, orientace v prostoru, cvičení dechová na svalová uvolnění, rytmická – nácvik rytmu. Cvičení střídat s relaxací. Masáže krku a šíje, lymfodrenáže. Výživová doporučení jsou popsána v intervencích zaměřených na matku dítěte.

6.7. Analýza dokumentace a individuální plán

Rozbor písemných sdělení:

Z rodinné anamnézy vyplývá, že Jiřík žije v neúplné rodině, stará se o něj matka, která je samoživitelkou, s otcem se vídá nepravidelně. Jiřík je na otce silně citově vázán, při návratu z návštěv od otce k matce se projevuje agresivně, jeho chování se zhorší. Během těhotenství matka abstinovala, dříve byla uživatelkou drog s preferencí pervitinu. V průběhu porodu, kritická zátěž, kdy se novorozenec nalokal zakalené plodové vody a byl umístěn na novorozeneckou jednotku intenzivní péče (JIP) a byly mu nasazeny antibiotika. Po návratu z porodnice probíhají pravidelné kontroly na neurologii, kde byla diagnostikována ADHD. Jiřík je nyní v péči logopeda a neurologa. Sociální anamnéza je uspokojivá, bazální potřeby rodiny jsou zajištěny, matce vypomáhají její rodiče.

Ze zdravotní dokumentace vyplývá, že Jiřík má diagnózu ADHD (hyperaktivita s poruchou pozornosti), která patří mezi neurovývojové poruchy. V chování dítěte se projevují všechny znaky poruchy: nesoustředěnost, poruchy pozornosti, poruchy motoriky, impulsivnost, hyperaktivita.

Dokumentace ostatních odborníků potvrzuje, že Jiřík se projevuje a jeví znaky ADHD, čemuž odpovídá i jeho nesoustředěné a impulzivní chování, popisované v dokumentaci. Má vadu řeči, nekoordinované pohyby, zvýšení svalového napětí v šíji a krku. Má potíže s oblékáním některých částí oděvu, při zapínání apod.

Ve všech jednotlivých kategoriích dokumentace se objevuje potvrzení diagnózy ADHD, potíže s chováním dítěte. Intervence a doporučení odborných pracovníků jsou shrnuty v individuálním plánu.

Individuální plán

Řeč: pokračovat a monitorovat logopedickou péči

Intervence zaměřené na zrakovou analýzu a syntézu, rozvoj postřehu, pozornosti a orientace, logického myšlení, rozvoj jemné motoriky, grafomotoriky, kresbu a počítání: vést k úkolové připravenosti, trénovat výdrž při činnostech, podpora a asistence při výchovném vedení, přiměřené nároky a pozitivní zpětné vazby, rozvíjet problémové a nezralé oblasti, grafomotorika s nácvikem správného úchopu tužky, přítlak na tužku, uvolňovací cvičení, kresba, rozvíjet zrakové rozlišování, trénovat počítání do 10, vyjmenovat dny v týdnu, pojmenování a rozlišování tvarů. Citlivě akceptovat zvýšenou unavitelnost a výkyvy ve výkonech.

Zdravotní tělesné cvičení: prevence a cvičení ke správnému držení těla, procvičování rovnováhy, orientaci v prostoru, cvičení rytmu, dechová a relaxační cvičení, cvičení na svalová uvolnění.

Masáže: krku a šíje pro svalová uvolnění

Lymfodrenáže: k uvolnění lymfatického systému krku, čelních a lícních dutin a intracraniálního prostoru.

Výživa: zdravá výživa, základy stolování, pitný režim

Režimová opatření: spolupráce s mateřskou školou, jednotné postupy, v režimu dne, výživa, cvičení, relaxace, vycházky, a odpočinek.

Korekce chování: při všech aktivitách

Pomoc matce při zvyšování rodičovských kompetencí: informace, nácviky ke všem intervencím zaměřených na dítě, vedení k samostatnosti při řešení svých záležitostí

6.8. Pozorování matky a dítěte při intervencích

Během poskytovaných intervencí se matka zapojuje do aktivit v programu, plní zadané úkoly, pokud jsou děti nemocné, omlouvá je dostatečně předem, spolupracuje. Má pro děti na odpoledne strávené v poradně připravenou svačinu a pití. Konflikty a prance bratrů Jiříka a Tomáše řeší klidně, vysvětluje, netrestá, vše řeší domluvou. Někdy také, když Jiřík nechtěl poslechnout,

nevhodně používala výhružku (např. :“...obleč se rychle, nebo tě tu nechám a půjdu sama“). Její chování k dětem při zadávání úkolů je přívětivé, klidné, vysvětlující, napomínající. Nedaří se jí dodržovat časy, chodí většinou o 10-15 min. později, vždy se omluví a má připravený nějaký důvod jejich zpoždění.

Děti do programu přicházejí oblečeny vhodně podle počasí a ročního období, oblečení je pohodlné a čistě.

Jiřík se zpočátku v poradně na matku upíná, sleduje její pohyb, pokud zůstává sám, vyhledává ji. Postupem času si zvyká na prostředí, běhá po okolí, vybíhá na chodbu, dveře, které jsou otevřeny, tam běží. Vysvléká se rychle, věci pohazuje po zemi, neuklízí je po sobě. Na domluvu matky nedbá, matka věci uklízí za něj. Při oblékání chce nejprve sám, věci, které mu nejdou obléci ho přivádí do neklidu, matka mu pomáhá. K mladšímu bratru se projevuje agresivně, ten ho napodobuje, jsou mezi nimi časté konflikty. K ostatním dětem se Jiřík chová podobně. Při hře, která ho dokáže zaujmout, se chová soustředěně, vydrží však krátkou chvíli a zaměří se na jiný objekt. Výsledek plnění zadaných úkolů ovlivňovala Jiříkova nálada, se kterou do poradny přicházel, která se někdy i situačně změnila. Při rozhovoru vyžaduje pozornost, některým pracovníkům poradny si sedá na klín, vyžaduje oční kontakt, když něco sděluje. Jeho řeč je na začátku péče v poradně nesrozumitelná, během času dělá však velké pokroky. Když mluví o otci, začne se škrábat v oblasti anální krajiny, je neklidný, odpovídá jednoslovně. V podstatě si na moc věcí nevzpomíná. Úkoly plní podle situační nálady. Pokud má dobrou náladu, plní úkoly rád. Upřednostňuje tělesná cvičení, do kterých se s vervou zapojuje, tématické hry před písemným projevem. Při písemných projevech (kreslení) nevydrží dlouho sedět, mění polohy, zpočátku přehazuje tužku v ruce.

6.9. Rozhovory

Rozhovor s matkou dítěte

Zpočátku rozhovor o samotě s matkou lze realizovat pouze v případě, pokud je Jiřík zaměstnaný dalším pracovníkem poradny. V případě, že se mu nikdo nevěnuje a práce (námětová hra) ho nezaujme, vyžaduje stále pozornost matky. Postupem času se stává v poradně samostatnějším. Rozhovory byly vedeny polostrukturovaně a průběžně během návštěv v poradně. Při rozhovorech matka uvedla, že chce spolupracovat s dětmi v nabízeném programu, že očekává pomoc při výchově dětí. Často si s nimi neví rady, proto vše řeší „v klidu“, bojí se, že vystavení Jiříka konfrontace, by mohlo znamenat, ho vůbec nezvládnout. Uvedla, že na jejich otce není spolehnout, nebydlí s nimi, když přijede a děti si odveze, nevrací je v dohodnutý čas zpět. Pomáhají jí její rodiče, kteří často hlídají obě děti. Po návratu od otce Jiřík má opakovaně zhoršené chování. Je paličatý, drzý, poručnický, kopíruje otce, jak sděluje matka. Vrací se zpět ke zvykům, které již byly eliminovány, a to především k zavádění si prstů do análního otvoru a znečišťovat pak rukou okolí. Matka s otcem dětí nechce úplně přerušit vztah a zvažuje svoje možnosti. Otec stále na děti nepřispívá. Uvažuje, že kdyby přestal brát drogy, můžou spolu znovu začít žít jako rodina. Když s ním hovoří na toto téma, zapírá, že pervitin užívá a léčbu nepřipouští. Matka zvažuje možnost soudně zakázat otci styk s dítětem. Obává se dalších návštěv hlavně u Jiříka, který je vždy „rozhozený“, jak udává a nezvladatelný. Má ale rozporuplné pocity z toho, že Jiřík má otce rád a často se na něj ptá. Zatím represivně zakázat možnost styku otce s dětmi odmítá.

Po 11 měsících zapojení Jiříka do programu byly matce položeny 3 otázky:

1. Vzpomínáte si, jak se choval Jiřík na začátku programu/projektu?
2. Jak hodnotíte spolupráci s odborníky programu/projektu, co vám a Jiříkovi nejvíce pomohlo?
3. Co pozitivního přinesly pro vás a pro Jiříka návštěvy v poradně a účast v programu/projektu?

Na první otázku matka uvedla, že ji bylo nabídnuto zapojení se do projektu s Jiříkem v době, kdy se rozcházela s jeho otcem. Bylo to pro ni těžké období i pro jejich obě děti. Jiřík odloučení od otce bral velmi negativně, okusoval si prsty, vztekal se, byl paličatý, neposlušný, agresivní, nechtěl s nikým spolupracovat.

Na druhou otázku, jak hodnotí spolupráci s odborníky odpovídá, že se jí ulevilo, že se nemusí přetvařovat. Pracovníci v poradně ji znají i její problémy a nemusela nic vysvětlovat a přitom ji pomáhali s výchovou obou dětí, hlavně Jiříka, se kterým bylo od narození více práce, vzhledem k jeho diagnóze. Vzhledem k tomu, že žije na malém městě a má pocit, že všichni znají její minulost, že se zřekla prvního dítěte, dcery, kterou vychovávají její rodiče, měla pocit, že ji nikdo nevěří, že bude žít rodinu se dvěma dětmi a nebude brát drogy. „Úřady se na mě dívaly skrz prsty a nevěřily mi, že jsem se změnila. Bylo pro mě těžké jít a znovu tam chodit zkoušet prosit znovu. Před tím jsem měla chlapa, který mě podržel, ale on v té době odešel. Některý úřednice jsou rázný.“ Pomohlo ji, že se někdo jiný Jiříkovi věnoval v době, když jeho otec od nich odešel, zvláště hodnotí, že odbornými pracovníky jsou i muži. Ve školce, kam začal docházet, jsou také jen paní učitelky. I když Jiřík zpočátku nechtěl s nikým spolupracovat, postupem času vidí, že ho vše baví, zajímá se, ptá se, potřebuje neustále něco vysvětlovat. Všechny aktivity byly prospěšné, nejvíce ze všech aktivit si myslí, že Jiříkovi pomohly masáže a lymfodrenáže. Do dvou let se Jiřík nechtěl moc chovat a mazlit. Měla pocit, že tělesný kontakt mu vadí. V náručí byl neklidný, připisovala to syndromu ADHD. Po prvních masážích se zklidnil, matka se je naučila a od té doby je Jiřík sám vyžaduje. Má je rád, dělá mu to dobře.

Třetí otázka, co pozitivního přinesly pro matku a Jiříka návštěvy v poradně zapojení do projektu, odpovídá, že si uvědomila, že děti jsou na prvním místě. Že do poradny dříve chodila kvůli sobě, rozcházela se s partnerem a otcem svých dětí, byla to pro ni nová situace a chtěla ji pomoci řešit. Ale při zapojení dětí do projektu si uvědomila, že děti jsou na prvním místě, že musí vše vydržet, když bude v pořádku, budou v pořádku i její děti. Mohla si o všem podrobně popovídat, že pro děti není důležité jen to, že mají co jíst a střechu

nad hlavou. Byla na to dřív pyšná, že se dokázala o ně takto postarat, to bylo hlavně to, co sociální pracovnice, když měla dohled, u ní sledovaly. Jestli jsou děti oblečené, jestli má pro ně zásobu potravin apod. Dnes vidí, že potřebují daleko víc. Je vděčná, že má svoje zázemí, svoji rodinu.

Rozhovor s dítětem

Jiřík se jeví zpočátku při rozhovoru nedůvěřivý. V poradně se mu líbí, chodí do ní rád. Nejraději má auta a cvičení a masáže. Malovat ho moc nebaví. Během rozhovoru odbíhá pro další hračky, popisuje je. Chtěl by být „skejtista“ tak jako kamarád jeho matky, který ho učí jezdit „na prkně“. Také chodí rád k babičce, kde bydlí jeho nevlastní sestra Tamarka. Rád chodí ven s maminkou a jezdí na kole. Také má míč a kope fotbal. Ve školce se mu líbí jen někdy. Mamince doma rád pomáhá a zalévá ji kytky na okně. S tatínkem byli daleko, jeli tam vlakem. Byla tam jeho babička, ta se o ně starala. Odpovědi na to, co s tatínkem dělali, jsou pouze jednoslovné nebo uvádí, že si už nevzpomíná, že to zapomněl.

Rozhovor s pracovníky, kteří mají dítě v péči

Rozhovory s odbornými pracovníky byly strukturované. Byly položeny každému odbornému pracovníkovi 3 stejné otázky:

1. Jak se choval Jiřík a matka při odborné práci na začátku programu/projektu?
2. Jak hodnotíte spolupráci rodiny s odborným pracovníkem?
3. Myslíte si, že vaše odborná práce s dítětem a matkou má vliv na prevenci specifických vývojových poruch, pokud ano, jaký?

Otázka č. 1/ Odborný pracovník	Jak se choval Jiřík a matka při odborné práci na začátku programu/projektu?
Vedoucí poradenský pracovník	Rodina jevila známky nestability, matka v té době odcházela od otce dětí. Jiřík měl projevy deprivace, „visí“ na tátovi, což se projevilo např. tak, že mu nakreslil obrázek a stále si ho hlídal, že je pro tátu a musí mu ho dát, bylo to pro něj v tu chvíli velmi důležité. Při práci se projevoval nesoustředěně, neklidně, nespolupracoval, u hry nevydržel, byl agresivní k mladšímu bratrovi.
Sociální pracovnice	Matka měla a stále má slušné inteligentní vystupování, časté konflikty synů řeší klidně, domluvou, vždy spolupracovala dobře. Jiřík byl somaticky drobný, neuznával autority žen. Matku a ženy v týmu neposlouchal, byl neklidný, nesoustředěný, nevydržel u hry, často se vztekal.
Lymfoterapeut, zdravotní cvičení	Matka vždy spolupracovala, projevovala zájem. Jiřík od počátku hyperaktivní, zpočátku potíže s rovnováhou (chůze po špičkách, na laně, přes překážky, holubička apod.) a soustředěností („chytání ryb“). Pokud pracoval s bratrem a Jiříkovi to se nedařilo, vztekal se. Samostatná práce s ním byla lepší.
Rozhovor s psycholožkou	Matka má zájem o práci s dítětem v poradně, od počátku spolupracuje. Jiřík zpočátku plní úkoly, pro neklid a nepozornost vstupní vyšetření není dokončeno. Ostatní popsáno v individuálním plánu.

Otázka č. 2/ Odborný pracovník	Jak hodnotíte spolupráci rodiny s odborným pracovníkem?
Vedoucí poradenský pracovník	Spolupráce s matkou vždy dobrá. Otec nespolupracuje, v současné době užívá návykové látky. Když jsou děti v péči otce, je zřetelné zhoršení Jiříkova chování k matce, pracovníkům poradny i práci. Myslím si, že pro Jiříka je jeho otec klíčová postava, projevuje smutek po tátovi, vyhlíží ho, nedává pozor.
Sociální pracovnice	Matka vždy spolupracovala bez problémů. Do poradny dojíždí vlakem, byla ji vyřizena dávka cestovného. Pokud jsou děti nemocné, omlouvá je. Myslím si, že je Jiřík doma nezvladatelný a matka s ním nechce do konfliktu, a tak raději vše řeší klidem. Myslím si, že Jiřík „visí“ na tátovi více než jeho bratr. Stále o tátovi mluví: „táta říkal, táta má...“
Lymfoterapeut, zdravotní cvičení	Matka vždy dobře spolupracuje, zajímá se a často se ptá na instrukce, které se chce naučit. K Jiříkovi je velmi shovívavá. Pokud se Jiřík vrací z návštěvy od otce, spolupráce s ním se zhorší, uráží se, pokud není po jeho, ale dá se zvládnout. Otec nespolupracuje.
Rozhovor s psycholožkou	Matka spolupracuje dobře. Ve výchově je ale nedůsledná, moc neřádá a nevede Jiříka k odpovědnosti.

<p>Otázka č. 3/ Odborný pracovník</p>	<p>Myslíte si, že vaše odborná práce s dítětem a matkou má vliv na prevenci specifických vývojových poruch, pokud ano, jaký?</p>
<p>Vedoucí poradenský pracovník</p>	<p>Jiřík se zlepšil v několika ohledech. Projevuje výdrž při všech aktivitách, dává si pozor, aby jeho práce vypadala hezky, snaží se. Agresivita k bratrovi přetrvává. Myslím si, že byly posíleny oblasti, ve kterých zaostával, což potvrzuje kontrolní psychologické vyšetření.</p>
<p>Sociální pracovnice</p>	<p>Určitě zlepšení, spolupracuje, vydrží, práci dokončí, zejména, když se mu něco slíbí „za odměnu“. Více si povídá. Myslím si, že matka má dost starostí s jeho chováním. Doma může procvičovat s Jiříkem oblasti, které se u nás naučí včetně přístupu k učení.</p>
<p>Lymfoterapeut, zdravotní cvičení</p>	<p>Ve všech oblastech zlepšen. Lépe se soustředí, udrží rovnováhu, vydrží u aktivit, spolupracuje rád, těší se. Vyžaduje lymfodrenáže, matka byla poučena a provádí je doma, Jiřík je vyžaduje i od ní. Matka několikrát uvedla, že se po lymfodrenážích zklidní a není tak agresivní. Tělesné cvičení zaměřené na soustředění a rovnováhu může podpořit psychickou stabilitu Jiříka. Matka má možnost naučit se přístupy k učení Jiříka a intervence zaměřené na matku ji pomáhají při výchově dětí.</p>
<p>Rozhovor s psycholožkou</p>	<p>Kontrolní vyšetření dopadlo dobře, ochotně spolupracoval, hrubá motorika přiměřená, jemná přetrvává koordinační nepřesnost, kresba v normě, tvary poměrně dobře zvládá, početní pojmy upevněny, percepční nezralost. Má odklad školní docházky pro nezralost. Během dalšího roku mu spolupráce s matkou a poradnou může napomoci ve vyrovnání některých oblastí, které jsou pozadu.</p>

Souhrn rozhovorů

Ve všech rozhovorech je patrná shoda o spolupráci matky s poradnou a v tom, že se Jiřík zlepšil v mnoha oblastech, což potvrzuje kontrolní psychologické vyšetření. Další důležitý aspekt z rozhovorů je postřeh sociální pracovníce, která uvedla, že Jiřík neuznával autority žen. Také matka dítěte zvláště pozitivně hodnotí, že v odborném týmu, který pracuje s Jiříkem jsou i muži. Všichni se shodli, že otec je pro Jiříka „klíčovou osobou“, nebo že je Jiřík na něm fixovaný. Mužská část v pracovním týmu může Jiříkovi pomoci se identifikovat s mužskou rolí, kterou ztratil odchodem svého otce od rodiny. Z rozhovorů dále vyplývá, že Jiřík se po návratech z návštěv od otce vždy zhorší, což se prokázalo v jeho chování a ve výsledcích poskytovaných intervencí.

6.10. Popis intervencí zaměřených na vzdělávání dítěte (intervence zaměřené na dítě, intervence zaměřené na matku dítěte)

Popis intervencí zaměřených na dítě

Intervence byly zaměřeny na rozvoj řeči, zrakové analýzy a syntézy, rozvoj postřehu, pozornosti a orientace, jemné motoriky a grafomotoriky, kresbu, počítání, zdravotní tělesné cvičení, procvičování rovnováhy a koordinace pohybů, orientace v prostoru, soustředěnost, relaxace, lymfodrenáže, korekce chování.

Intervence zaměřené na rozvoj řeči

Jiřík chodí do logopedické poradny pro mnohačetnou patlavost. Matka je instruována, aby Jiříka opakovaně opravovala, mluvila na něj pomalu, vytvářela jednoduché slovní věty, s malým počtem slov. Od Jiříka během všech intervencí byla vyžadována správná výslovnost. Pracovníci poradny a matka při běžné řeči Jiříka prováděli její korekci a vhodně Jiříka opravovali při špatné výslovnosti některých slov. Jiné intervence nebyly využívány z důvodu odborného vedení Jiříka na logopedii, kterou pravidelně navštěvuje.

Intervence zaměřené na zrakovou analýzu a syntézu, rozvoj postřehu, pozornosti a orientace, logického myšlení, rozvoj jemné motoriky, grafomotoriky, kresbu a počítání:

Intervence byly vedeny podle metodiky pro mateřské školy a první ročníky základní školy, Šimonovy pracovní listy č. 6 a 8 podle Kárové (2007). Příklady vypracovaných pracovních listů Jiříkem, jejich jsou uvedeny v příloze 1, obrázek č. 1 - 7.

Analýza: prostřednictvím manipulace s předměty, třídění předmětů podle tvaru, záměrné manipulace do skupin.

Syntéza: skládání jednoduchých předmětů ze dvou částí, skládání obrázků z více částí (puzzle).

Odborný pracovník poradny Jiříkovi stručně vysvětlil zadaný úkol a nechal ho úkol vypracovat. Instrukce byly následně vysvětleny matce, které bylo doporučeno a předvedeno, jak procvičovat úkoly doma.

Intervence zaměřené na tělesná cvičení, procvičování rovnováhy a koordinace pohybů, orientace v prostoru, soustředěnost, dechová cvičení, relaxace, masáže, lymfodrenáže:

Tělesná cvičení a relaxace byly pod vedením cvičitelky zdravotní tělesné výchovy a podle metodiky Zemánková & Vyskotová (2010), Srdečný, Osvaldová & Srdečná (1997), Třesohlavá, Černá & Kňourková (1990).

Intervence zaměřené na tělesná cvičení byly střídány s relaxačním dechovým cvičením nebo masážemi a lymfodrenážemi, které napomáhaly svalovému uvolnění především šíje a krku. Relaxační cvičení a masáže výrazně tlumily agresivitu a neklid. Jiříkovi byla nabízena pestrá škála tělesných aktivit a lákavé aktivity. K procvičování rovnováhy byly používány labilní pomůcky jako je např. rehabilitační míč, úseč, pro koordinaci pohybů švihadlo, kuželky, procvičování pozornosti a koordinace jemné motoriky – udice na ryby a další techniky. Ukázky metod cvičení viz příloha 2 a 3, obrázky č. 8 - 10.

Masáže: léčebná metoda, při níž na povrchu těla vyvoláme místní i vzdálené reflexní změny. Podrážděním nervových receptorů dojde k nervové odezvě, která má celkový charakter, dochází k vyplavení hormonů do krevního řečiště.

Místní odezva má charakter prosté reakce na mechanické působení, zlepšení chemických pochodů v buňkách, prokrvení kůže, zvýšenému přísunu kyslíku a živin do buněk s odplavováním odpadních produktů (Sedmík, 1999).

Manuální lymfodrenáž u neurologických onemocnění podle Bechyně (1996) při chronickém zánětu nosních dutin, patra a dásní může, zvláště v předškolním věku, vyvolat chronické přetížení odtokových lymfatických cest a vznik městnání lymfy v intracraniálním prostoru. Tak vzniká encephalopatie, která může být vyjádřena výrazněji u lehkých mozkových dysfunkcí u encephalopatů po porodu kleštěmi, kdy se vyvíjí nejen obtíže s učením, ale jsou dyslektiky, dysgrafiky a dysortografiky. Jak známo 40 % lymfy odchází z intracraniálního prostoru skrze lamina cribriformis a dutinami os sphenoides do krční bariéry. Ze zpětného městnání vzrůstá proteinová zátěž v mozku a tím edematizace. Projevem je výrazná psychická zátěž při poruchách mozkových funkcí, nedostatek koncentrace, nebo naopak zvýšená kinetóza, která bývá důvodem konfliktu učitele s žákem, který je neoprávněně trestán, místo aby byl ošetřen a léčen lékařem. Mimo klinické projevy ukazuje EEG v mnohých případech charakteristické zpomalení mozkových proudů jakožto obraz funkčních poruch. Děti s adenopathií (tonsila pharyngica) mají výrazně postižené intelektuální chápání i psychomotoriku. Při správně vedené lymfodrenáži v obličeji a hlavě s eventuálními intenzivními hmaty na krku dochází k výrazným změnám i vizáži v obličeji (Bechyně, 1996).

Intervence zaměřené na zdravou výživu

Jiříkovi byla předána na CD výukovém nosiči počítačová hra s názvem Výživa hrou aneb s Danem jíme zdravě, kde hrou a zábavnou formou je znázorněno, co jíme, z čeho se jídlo skládá, jak trávíme, znalosti o zdravém jídle a další metodiky. Instruktaž byla předána matce, Jiřík mohl hru hrát v domácím prostředí. Ukázka výukových materiálů CD nosiče Schwarz & Brázdová (2006), viz příloha 4, obrázky č. 11 – 13.

Intervence zaměřené na korekci chování

Pod pojmem poruchy chování se rozumí negativní odchylky v chování některých osob od normy, kterou je to, co jako běžné hodnotí jiné osoby či skupiny. V diagnostice vycházíme z obecných údajů o sociálně narušeném,

jako je rodinná a osobní anamnéza, charakteristika prostředí, psychosomatická vyšetření (Krejčířová, 2002).

Při všech intervencích a aktivitách se pracovníci snažili ovlivnit chování Jiříka svým přístupem. Drobný neklid např. dotykem na rameno, očním kontaktem, mimikou obličeje, vlastním klidným vystupováním, častou pochvalou za správné chování, pozitivní zpětnou vazbou nad splněným úkolem. Matku vedly ke spolupráci.

Popis intervencí zaměřených na matku dítěte

Zvyšování rodičovských kompetencí a zvýšení rodičovské autority u Jiříka, nácviky jak s Jiříkem procvičovat a trénovat jednotlivé vývojové oblasti, které potřebují posílit: matka se účastnila výše popsanych intervencí s Jiříkem, byla seznámena s metodikou a byly ji vysvětleny postupy cvičení. Její vzdělávání v oblasti zvyšování rodičovských kompetencí bylo zaměřeno na zavedení pravidelného rodinného režimu, určitého řádu v běžných rodičovských aktivitách. Režim dne pro Jiříka byl zaměřen na vstávání, školku, hru, vycházky, dostatečný pohyb, pravidelný spánek, odpočinek. Poradnu navštěvoval s matkou z počátku 1x týdně.

Doporučení matce, přístupy k dětem s poruchami chování, praktické zásady podle Alana Traina (Krejčířová, 2002): rodiče, vychovatelé a učitelé by měli spolupracovat, předvídat problémy, opakovat pokyny, často dítě chválit, zaměřit se na odměňování dítěte, používat okamžité časté a odpovídající postupy, předvést pravidla, rozdělit úkoly do menších celků, které dítě zvládne a zaměřit se na možný úspěch, poskytnout únikovou cestu - klidné místo, udržet přiměřenou hladinu stimulace – nabídnout řadu alternativních činností. Důraz je třeba klást na předem známý rozvrh na jasné vymezení činností a následné jasné očekávání po ukončené či neukončené práci.

Intervence zaměřené na zdravou výživu dítěte: matka byla seznámena s vhodnou výživou a pitným režimem pro dítě. Jídelní chování bylo doporučeno usměrnit do pěti pravidelných jídelních dávek, s omezením sladkostí, s dostatkem čerstvého ovoce a zeleniny, mléčných výrobků, celozrnného pečiva, libová masa, přílohy. Jídelníček byl doporučený, aby byl pestrý a měl by

Jiříkovi chutnat. Zároveň bylo doporučeno usměrňovat Jiříkovo chování při jídle, dodržovat základy stolování a pravidelnost v jídle.

Intervence zaměřené na korekci chování dítěte: matka byla vedena ke spolupráci s pracovníky poradny, byla pochválena za klid, který projevovala, když se snažila řešit neustálé konflikty mezi svými dětmi. Usměrňovala Jiříkovo chování domluvou. V rozhovoru však uvedla, že ji k tomu vede strach, že po zlém bude chování Jiříka ještě více nezvladatelné. Bylo ji doporučeno, aby začala Jiříka usměrňovat malými zákazy, na kterých se předem společně s ním domluví a ty pak striktně dodržovala a učila tím Jiříka odpovědnosti za své chování. Dále ji bylo doporučeno vést k Jiříkovi dostatek pozitivních zpětných vazeb za plnění jeho úkolů.

Další intervence: zvyšování informovanosti o poskytnutí a možnostech využití sociálních dávek, sociálních příplatků na bydlení, dávky hmotné nouze, příspěvek na živobytí a doplatek na bydlení, problematika dlužného výživného.

Zvyšování dovedností a komunikačních schopností k vyřizování svých záležitostí při jednání s úřady.

Souhrn případu a výsledky

Souhrn případu

Cílem bakalářské práce je ukázat, jak lze pracovat na prevenci vývojových poruch u dětí ze znevýhodněného prostředí, a jak lze tyto děti vzdělávat pro konkurenceschopnost mezi svými vrstevníky. Dále snaha o ukázkou přístupů, vedle běžných i alternativních, které by mohly zaujmout odborníky a motivovat děti a jejich rodiče k práci. Moderním trendem ve výuce může být i ukázkou počítačové hry Výživa hrou aneb s Danem jíme zdravě, která je určena pro předškolní děti nebo body terapii masáží a lymfodrenáží.

V práci je vytvořena ukázka materiálů zaměřených na prevenci specifických vývojových poruch a popis intervencí zaměřených na matku dítěte. Byly sledovány výzkumné otázky:

Jak vzdělávat děti ze znevýhodněného prostředí?

Jaký byl zjištěn přístup rodičů uživatelů k výchově dítěte?

Může mít vliv rodinného prostředí rodičů uživatelů na vývoj dítěte?

Dalším cílem bakalářské práce bylo porovnat vývoj průměrného předškolního dítěte stanovený vývojovými teoriemi s vývojem jednoho dítěte, zapojeného do projektu, jehož otec je uživatel drog a matka abstinguje. Byla sledována výchova dětí od 3 – 5 let publikovaná v literatuře a výchovný vliv rodičů na dítě.

V práci je podrobně popsána jedna kasuistika dítěte od 5 – 6 let ze znevýhodněného prostředí, jehož otec je uživatel pervitinu, matka abstinguje. Dítě jeví známky dyspraxie a trpí syndromem ADHD.

Byly použity metody kvalitativního výzkumu, sběr anamnéz, analýza dokumentace, pozorování, rozhovory s matkou dítěte, dítětem a odbornými pracovníky. Byly sledovány intervence odborného týmu zaměřené na dítě a na matku dítěte v časovém kontextu 1 rok.

Před zahájením výzkumu jsem stanovila tři výchozí předpoklady:

Jeden se týká vzdělávání dětí ze znevýhodněného prostředí a to, že atmosféra rodinného prostředí může ovlivnit výsledky poskytovaných intervencí.

Druhý, že atmosféra rodinného prostředí může ovlivnit chování a výchovu předškolního dítěte.

A třetím předpokladem bylo, že ADHD lze pozitivně ovlivnit souborem odborných přístupů a dodržování pokynů předaných matce.

Výsledky

Podle vývojové psychologie dítě ve věku 5 – 6 let vykazuje v běžné populaci určitou psychomotorickou úroveň a jisté dovednosti.

Jiřík, který byl sledovaný v kvalitativním výzkumu, se v některých oblastech vývoje shoduje s běžnou populací (některé rozumové schopnosti – zájem o nové věci, udržování hygieny), v některých jeví známky oslabení (podrobně

popsány níže v textu). Zátěž ve vývoji je patrná v tom, že trpí syndromem ADHD, dyspraxií a logopedickou vadou.

V tělesném vývoji je na dolní hranici růstu, 105 cm a jeho tělesná váha je pod dolní hranici, 13,5 kg. (V teorii jsou uvedeny tyto parametry: výška 105 – 111 cm, váha 16 – 20,5 kg).

Povaha a osobnost Jiříka nespĺňuje obecná kritéria vývojové psychologie pro agresivitu, neposlušnost, impulzivitu, vztekání se, hyperaktivitu, nespĺprací. Tyto projevy chování mohou být připisovány syndromu ADHD. Podle teorie duševní vývoj dítěte je ovlivněn i temperamentem dítěte, kde Jiřík vykazuje typ obtížně vychovatelného dítěte se znaky s nízkou přizpůsobivostí, negativním mrzutým laděním, vysokou intenzitou reakcí na zevní nové podněty. Není-li splněno jeho přání, projevuje se vztekem.

V otázce udržování hygieny splňuje kritéria vývoje obecné populace, avšak sebeobslužnost je slabá, počítá s pomocí matky, jeví známky dyspraxie.

V řeči se neshoduje s vývojem v běžné populaci, má vadu řeči, která může být připsána dyspraxii.

V rozumových schopnostech je oproti běžné populaci slabý, má potíže ve slovní zásobě, dorozumívání, nejeví známky chuti o učení.

Při hře je impulzivní, nevydrží u hry dlouho, mění činnosti.

V kolektivu je nedůvěřivý. Slabý v separaci od matky, fixace na otce, který rodinu opustil. Chování neposlušné, hyperaktivní, impulzivní.

Rodinné prostředí destabilizované.

Jiřík má odklad školní docházky pro nezralost.

Jak lze vzdělávat děti ze znevýhodněného prostředí bylo sledováno v intervencích odborných pracovníků zaměřených na dítě a matku dítě, v pozorování, rozhovorech s účastníky výzkumu a ve sledování anamnestických údajů. Na počátku výzkumu anamnestické údaje dítěte a jeho rodiny potvrzují známky dyspraxie a syndrom ADHD. V rozhovorech se odborní pracovníci shodují, že chování dítěte se projevovalo nesoustředěností,

nespoluprací, agresivitou, hyperaktivitou, impulzivitou, neposlušností vůči matce a neuznávání autority žen. Vstupní psychologické vyšetření potvrdilo diagnózy (dyspraxie a ADHD) a byl nastaven individuální plán práce s dítětem a matkou. Multidisciplinární tým odborníků se zaměřoval na jednotlivé oblasti vývoje s prevencí specifických vývojových poruch. Výhodou projektu se ukázalo, že tým odborníků v jednom zařízení, může působit na dítě jako celek. Kontrolní psychologické vyšetření bylo realizováno za půl roku a potvrdilo zlepšení v soustředěnosti dítěte a v jeho spolupráci. V hrubé a jemné motorice bylo patrné zlepšení. Byl vytvořen nový individuální plán na další období s doporučením pokračování v procvičování.

Jak lze vzdělávat děti ze znevýhodněného prostředí je v práci prezentováno v podrobném popisu jednotlivých intervencí a v přílohách, kde jsou ukázky vypracovaných pracovních listů. Dítě bylo vzděláváno podle individuálního plánu sestaveného pracovním týmem odborníků po vyšetření jednotlivých oblastí vývoje dítěte. Intervence byly zaměřeny na slabé oblasti psychomotorického vývoje dítěte a syndrom ADHD. Soubor odborných přístupů zaměřených na tělesné cvičení, procvičování rovnováhy, koordinace pohybů, dechová cvičení, relaxace a masáže, především manuální lymfodrenáž byly z pozorování a rozhovorů pozitivně hodnoceny ve smyslu zklidnění dítěte. Matka se masáže naučila praktikovat a Jiřík je od ní vyžaduje. Masáže pomohly matce k tělesnému kontaktu s Jiříkem, kterému se před tím, podle ní, vyhýbal. Ve výzkumu byl dlouhodobě sledovaný zájem matky a dítěte o vzdělávání, jejich spolupráce, docházka, plnění úkolů. Zájem byl potvrzen díky tomu, že matka s dítětem pravidelně do programu dochází, pokud jsou děti nemocné, tak je omlouvá předem. Plní úkoly předložené odborníky. Jednotlivě posilované oblasti vývoje dítěte jsou hodnoceny a průběžně kontrolovány.

Druhá výzkumná otázka se zabývá tím, jaký byl zjištěn přístup rodičů uživatelů k výchově dítěte. S porovnáním s teorií k odpovědi na tuto otázku byly využity metody pozorování, rozhovory, sběr rodinné a osobní anamnézy dítěte. V pozorování matky s dítětem a v rozhovorech s účastníky výzkumu se opakovaně objevuje nejednotná výchova rodičů, nejednotný výchovný

rodičovský styl. U matky se jeví rodičovský styl jako shovívavý, který od dítěte žádá málo. Matka v rozhovoru přiznává, že se bojí řešit konflikty dětí přísně, že Jiřík neposlouchá, a že jeho chování bude nevladatelné. Matka se projevovala jako přijímající, převládá s pozitivním a citovým laděním, konflikty dětí a agresivitu Jiříka řeší domluvou, avšak nezabraňuje impulzivě a projevované agresivitě a nevede k odpovědnosti dítěte za jeho chování. Takový přístup vede Jiříka k agresivitě a shoduje se s teorií. Nebyla možnost sledovat přímo výchovný styl otce. Výsledek výchovného stylu otce je zprostředkovaný z rozhovorů s matkou a odbornými pracovníky, sběru rodinné anamnézy a z chování Jiříka při intervencích, když se vrací od otce, kde se jeví, že otec dítěte projevuje rodičovský styl zanedbávající. Většinu času se neúčastní na životě svého syna, bez zájmu, čím se zabývá, málo si všímá názorů nebo citů dítěte. Styk s ním je nepravidelný, matka přesně neví, jak je o děti v té době postaráno. Tento přístup otce může vzbuzovat u Jiříka náladovost s nedostatkem soustředění. Přístup rodičů k výchově byl zjištěn nejednotný.

Třetí otázka se zabývá vlivem rodinného prostředí rodičů uživatelů na vývoj dítěte. Porovnání s teorií a ke zjištění otázky byly využity všechny výše popsané metody výzkumu. Z rozhovorů a z anamnézy vyplývá, že na počátku výzkumu rodina jevila známky nestability, matka odcházela od otce dětí, který asi po tříleté abstinenci začal opět užívat pervitin. Rodinné prostředí bylo zjišťováno pozorováním v místě bydliště matky s dítětem, z rozhovorů s matkou, odborníky, z rodinné anamnézy. Matka i odborní pracovníci se shodli, že Jiřík je na otce fixovaný a s jeho nepřítomností v rodině není vyrovnaný.

Bylo zjištěno, že dítě si otec nepravidelně bere po domluvě s matkou na víkendy. Po těchto návštěvách se Jiříkova spolupráce s odborníky vždy zhoršila. Matka popisuje zhoršené chování, neposlušnost, paličatost, je drzý, kopíruje otce. Vrací se ke zvykům, které již byly eliminovány. Byly zjištěny změny v chování a změny výsledků při intervencích zaměřených na dítě po návštěvách u otce.

Můžeme říct, že vzdělávání dítěte ze znevýhodněného prostředí může ovlivnit výsledky poskytovaných intervencí. Druhý předpoklad, že atmosféra rodinného prostředí může ovlivnit chování a výchovu předškolního dítěte, a že syndrom ADHD můžeme pozitivně ovlivnit souborem odborných přístupů a dodržování pokynů předaných matce.

Diskuze

Z výsledku je patrné, že může být souvislost mezi atmosférou rodinného prostředí a rodičovských přístupů na vzdělávání dítěte ze znevýhodněného prostředí, jejichž rodiče jsou uživateli drog a tím na jeho vývoj.

V diskusi bych se chtěla vrátit k tvrzení v úvodu práce, že každé dítě je jedinečné. Vývoj dítěte neprobíhá rovnoměrně, některé děti mohou být pozadu a v některých oblastech napřed s porovnáním s běžnou populací. Průměrné dítě, jak je popisováno v literatuře, slouží jen jako praktická pomůcka (Bacus 2009).

Nicméně dítě sledované ve výzkumu jeví několik známek slabých oblastí vývoje, které mohou být připisovány syndromu ADHD, dyspraxií a logopedické vadě. Výzkum potvrdil, že vzdělávání dítěte a posilování jeho slabých oblastí má souvislost s atmosférou v rodině a s rodičovskými přístupy.

Vedle sledovaných otázek a předpokladů výzkum prokázal některé další výhody projektu, který se zabývá prevencí specifických vývojových poruch učení. Výhodou pracovního týmu, jak se ve výzkumu ukázalo je, že na dítě mají koordinovaný ucelený pohled odborníků, i když samostatně pracují s dítětem na posilování jeho jednotlivých oblastí. Další výhodou je dobrá znalost prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a znalost anamnézy matky, která poradnu dlouhodobě navštěvuje, což se ukázalo jako výhoda nejen pro dítě, ale i pro matku. V jednom z rozhovorů uvedla, že s dítětem začala docházet do programu v době, kdy se rozcházela s jeho otcem. Po určité době práce několika odborníků s dítětem si uvědomila, že dítě musí být v jejím životě na prvním místě. Dosud si myslela, že tomu tak je. Posuzovala to podle chování sociálních pracovníků, které ji při návštěvách bytu kontrolovaly potraviny

pro dítě, postýlku, čistotu, střechu nad hlavou apod. Přístup několika odborníků k jejímu dítěti, které se jeví tak náročné na výchovu, bylo pro ni novým poznáním. Jak uvádí v rozhovoru, když se s partnerem rozhodli abstinovat, žít rodinu a mít děti, cítila nedůvěru okolí a určitou stigmatizaci související s jejich dlouholetým užíváním drog a tím pocit sociální izolace. Uvedla, že pracovní tým ji pomohl cítit se v roli matky bezpečně a pomohli ji překonat těžké období rozchodu s partnerem. Další výhodou se ukazuje, že projekt sledovaný ve výzkumu umožňuje včasnou diagnostiku a depistáž dítěte, které by mohlo mít specifickou poruchu učení (SPU). Intervence cíleně zaměřené na obtíže dítěte mohou následně minimalizovat SPU, pomoci a připravit dítě na hlavní vzdělávací proud.

Nevýhodou pro výzkum bylo, že nemohl být realizován i s otcem dítěte, pro jeho ne spolupráci. Informace o výchovném stylu otce, jeho přístup k dítěti a matce byl zprostředkován jen z rozhovorů s matkou, odbornými pracovníky a z pozorování chování dítěte při intervencích po návštěvách u něj. Mezi další nevýhodou lze považovat, že v odborné literatuře jsou dostupnější informace týkající se zkušeností a problémů závislých matek než otců.

Prokázaná fixace Jiříka na otce, který v současné době je mimo rodinu a aktivní uživatel pervitinu, může být závažným deprivacním činitelem pro dítě. Dokladem toho je i rozhovor s matkou, kde uvedla, že otec se o dítě po porodu řádně staral, volný čas věnoval jen jemu a rodině. Matka sama si uvědomuje důležitost otce a jeho ztrátu. Objevují se nové domněnky, které souvisí s relapsem otce, který již v době narození Jiříka abstinovat. Matka udává, že si vzal více práce z finančních důvodů a v té době se zhoršit vztah mezi ním a Jiříkem, který potřeboval více péče a pozornosti vzhledem ke své diagnóze. ADHD a jeho projevy ovlivňuje psychický vývoj Jiříka a jeho postavení v rodině. Atmosféra v rodině při rozchodu rodičů, vyčítání otce, že Jiřík je nezvladatelný a nevychovaný, připisování viny matce za jeho chování, může mít vliv na zhoršení Jiříkova stavu a návratu již eliminovaných příznaků. Rodiče se dostávají do konfliktů a nepřiměřené chování Jiříka je považováno za důsledek nezvládnuté výchovy. Rodiče nejsou dohodnuti na jednotném postupu, jak se

prokázalo, což dítěti škodí nejvíce. U těchto dětí lze sledovat opožděný vývoj řeči, nerovnoměrný vývoj (Matějček, 2005). Vzděláváním obou rodičů, zvyšováním jejich rodičovských kompetencí by mohlo jejich konflikty snížit a vztahy stabilizovat. Předpoklad, že atmosféra v rodině může mít vliv na vzdělávání dítěte ze znevýhodněného prostředí se v této kasuistice potvrdil. Odborní pracovníci mohou poskytnout sice řadu intervencí zaměřených na dítě, které se následně můžou projevit, z výše uvedených zjištění, nízkými výsledky. Fungování rodiny posilují protektivní faktory, mezi které patří zdroje odolnosti, jako je i sociální podpora rodiny a zvládací strategie rodiny její soudržnost a flexibilita (Sobotková, 2007).

Výchova dětí z nemalé části dětské populace vyžaduje značně rozsáhlý okruh multiprofesionální pomoci, která přesahuje možnosti rodičů, učitelů, pediatrů (Bruceová, 1996). U dětí rodičů uživatelů to platí dvojnásob. U závislých osob se v anamnéze objevuje opakující se téma zneužívání, zanedbávání v dětství, nejednotná výchova rodičů, rodičovský styl příliš autoritářský, shovívavý nebo zanedbávající. Mohou také v anamnéze mít SPU nebo ADHD. Myslím si, že někteří rodiče uživatelé nebo abstinující mají upřímnou snahu vychovávat své děti co nejlépe. Často nemají s výchovou dětí ani své vlastní dobré zkušenosti. Navíc pokud mají po své dlouholeté drogové kariéře děti, jsou okolím jako rodiče přijímáni s nedůvěrou.

Závěry

Cílem bakalářské práce bylo ukázat jak předcházet specifickým vývojovým poruchám u dětí ze znevýhodněného prostředí, jejichž rodiče jsou uživateli drog. Snažila jsem se ukázat a popsat příklady intervencí zaměřených na dítě a matku, která má dítě v péči. Vybrala jsem dítě, které má zjištěnou diagnózu dyspraxie a ADHD a snažila jsem se ukázat intervence, které by mohly posilovat jeho slabé oblasti. Byly zodpovězeny výzkumné otázky. V diskusi jsem se zabývala výhodami a nevýhodami výzkumu. Výzkum prokázal souvislost mezi atmosférou v rodině a výsledky dítěte u poskytovaných intervencí. Dítě se SPU a ADHD má jiné postavení v rodině, ve škole a mezi

svými vrstevníky. Koordinovaný přístup odborníků, kteří pomáhají dítěti a matce může pozitivně ovlivnit a preventivně působit na vývoj dítěte. Dítěti se zvyšuje šance uspět mezi svými vrstevníky a v životě (Matějček, 2005). Ovlivnění výsledku intervencí se prokázalo podmíněním rodinných vlivů, které na dítě působí. Podle Bacuse (2009) žádné životní období nemá na život člověka takový vliv, jako to, co prožije do šesti nebo sedmi let, a to především v oblasti duševní. Můžeme říci, že existuje výrazná souvislost mezi způsoby rodičovské péče a následným chováním dítěte.

Doporučení

Doporučuji vzdělávat rodiče dětí ze znevýhodněného prostředí, kteří jsou uživateli drog, jak v oblasti vývoje dítěte, tak v oblasti SPU a ADHD. Zvyšováním znalostí rodičů se zvyšuje šance dítěte v hlavním vzdělávacím proudu a může přispět i ke stabilizaci rodinného prostředí, která má souvislost s chováním dítěte a jeho výsledky poskytovaných intervencí. Dále doporučuji ve shodě s teorií uskutečňovat síť podpůrné sociální péče a pomoci, poskytovat emoční podporu a podporovat sebevědomí rodičů, že jsou ceněni a respektováni a v neposlední řadě i instrumentální praktickou pomoc. Doporučuji obdobný výzkum, u kterého bude možné sledovat i zkušenosti a vnímání otců v dané problematice.

Použitá literatura:

- Bacus, A. (2009). Vaše dítě ve věku od 3 – 6 let. Praha: Portál.
- Bechyně, M., & Bechyňová, R. (1996). Mízní otok – lymfodém, komplexní terapie. Praha: Phlebomedica.
- Bruceová, T. (1996). Předškolní výchova. Praha: Portál.
- Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologického výzkumu. Praha: Portál.
- Fontana, D. (1997). Psychologie ve školní praxi. Praha: Portál.
- Kárová, V. (2007). Šimonovy pracovní listy 6. Praha: Portál.
- Kárová, V. (2007). Šimonovy pracovní listy 8. Praha: Portál.
- Krejčířová, O. et al. (2002). Kapitoly ze speciální pedagogiky. Praha: Eteria.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). Vývojová psychologie. Havlíčkův Brod: Grada.
- Matějček, Z. (2005). Výbor z díla. Praha: Karolinum.
- McFadden, J. (2010, September 30). *Attention deficit disorder genetic roots*. The Guardian, from <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2010/sep/30/attention-deficit-disorder-genetic-roots>
- Olszewski, D., Giraudon, I., Hedrich, D. & Montanari, L. (2010). Hlasy žen. Zkušenosti a vnímání žen, které musí v Evropě čelit problémům souvisejícím s drogami. Praha: Centrum adiktologie a SCAN.
- Pešová, I., & Šamalík, M. (2006). Poradenská psychologie pro děti a mládež. Havlíčkův Brod: Grada.
- Pipeková, J. et al. (1998). Kapitoly speciální pedagogiky. Brno: Paido.
- Prestová, I., & Maxová, V. (2009). Ženy a drogy. Praha: Sananim.
- Sedláčková, S., & Havlová, B. (2010). Centrum pro rodinu - Slunečnicová zahrada. Praha: MŠMT.
- Sedmík, J. (1999). Masáže, kompletní kniha masážních technik. Praha: Svoboda.
- Sobotková, I. (2007). Psychologie rodiny. Praha: Portál.

- Srdečný, V., Osvaldová, I., & Srdečná, H. (1997). Správné držení těla. Praha: Onyx.
- Srdečný, V., Osvaldová, I., & Srdečná, H. (1997). Cvičení podle Klappa. Praha: Onyx.
- Schwarz, J., & Brázdová, Z. (2006). Výživa hrou aneb s Danem jíme zdravě. Benešov: Institut Danone. Výukový CD - Rom nosič.
- Train, A. (2001). Nejčastější poruchy chování dětí. Praha: Portál.
- Třesohlavá, Z., Černá, M., & Kňourková, M. (1990). Dříve než půjde do školy. Praha: Avicenum.
- Vágnerová, M. (1997). Vývojová psychologie I. Praha: Karolinum.
- Williams, N. M., Zaharieva, I., & Martin, A. et al. (2010, September 30). *New study claims ADHD 'has a genetic link'*. The Lancet, from [[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61109-9/abstrakt](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61109-9/abstrakt)] doi: 10.1016/S0140-6736(10)61109-9
- Zemánková, M., & Vyskotová, J. (2010). Cvičení pro hyperaktivní děti. Havlíčkův Brod: Grada.
- Žáčková, H., & Jucovičová, J. (2007). Metody práce s dětmi s LDM (ADHD, ADD) především pro rodiče a vychovatele. Praha: D+H.

Přílohy

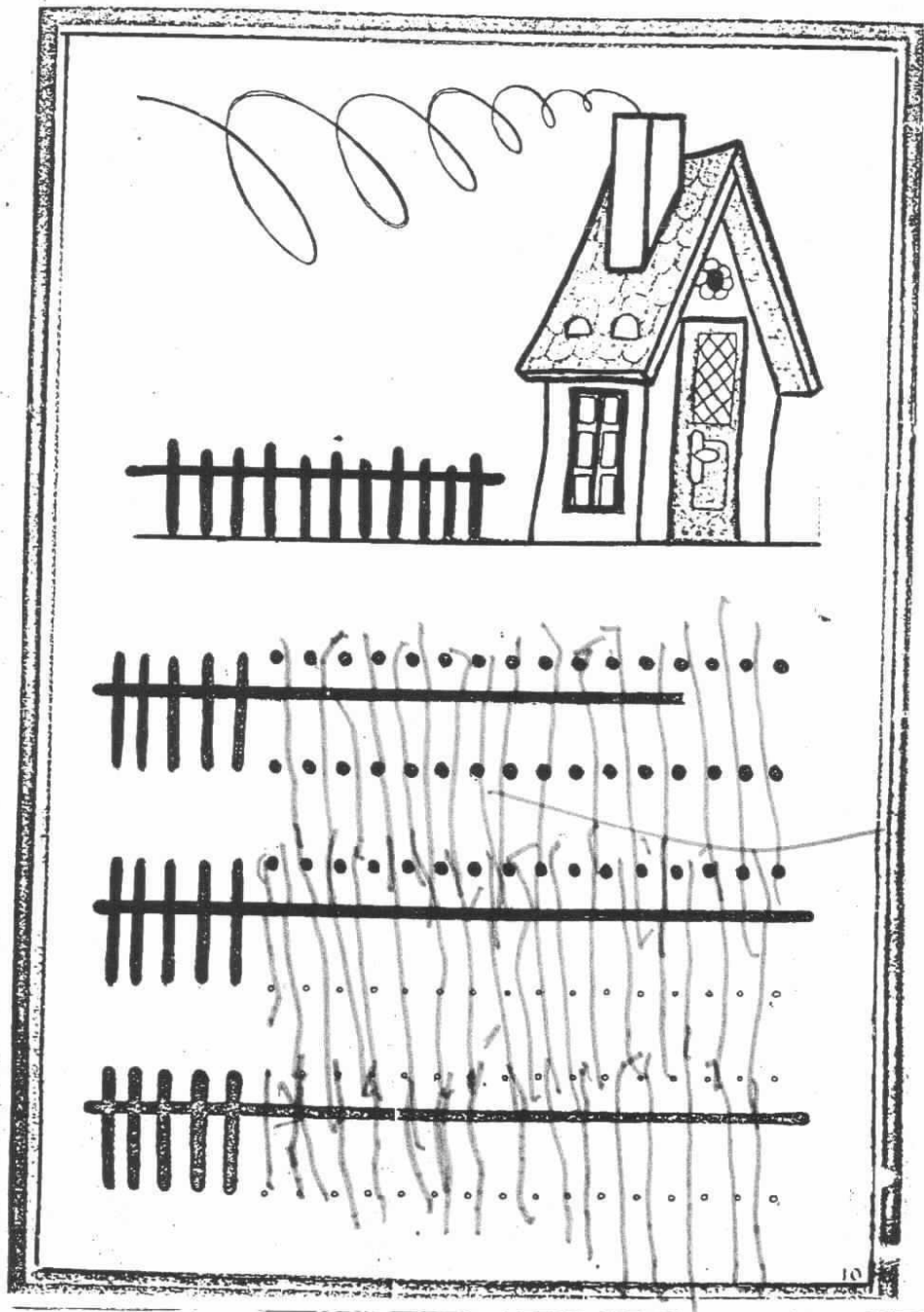
Příloha 1: Příklady vypracovaných pracovních listů. Kárová, V. (2007). Šimonovy pracovní listy č. 6, 8. Praha: Portál.

Příloha 2: Ukázky metod cvičení. Zemánková, M., Vyskotová, J. (2010). Cvičení pro hyperaktivní děti. Havlíčkův Brod: Grada.

Příloha 3: Ukázky metod cvičení. Srdečný, Osvaldová, Srdečná (1997). Správné držení těla. Cvičení podle Klappa. Praha: Onyx.

Příloha 4: Ukázka výukových materiálů ke zdravé výživě. Schwarz, J., Brázdová, Z. (2006). Výživa hrou aneb s Danem jíme zdravě. Benešov: Institut Danone. Výukový CD- Rom nosič.

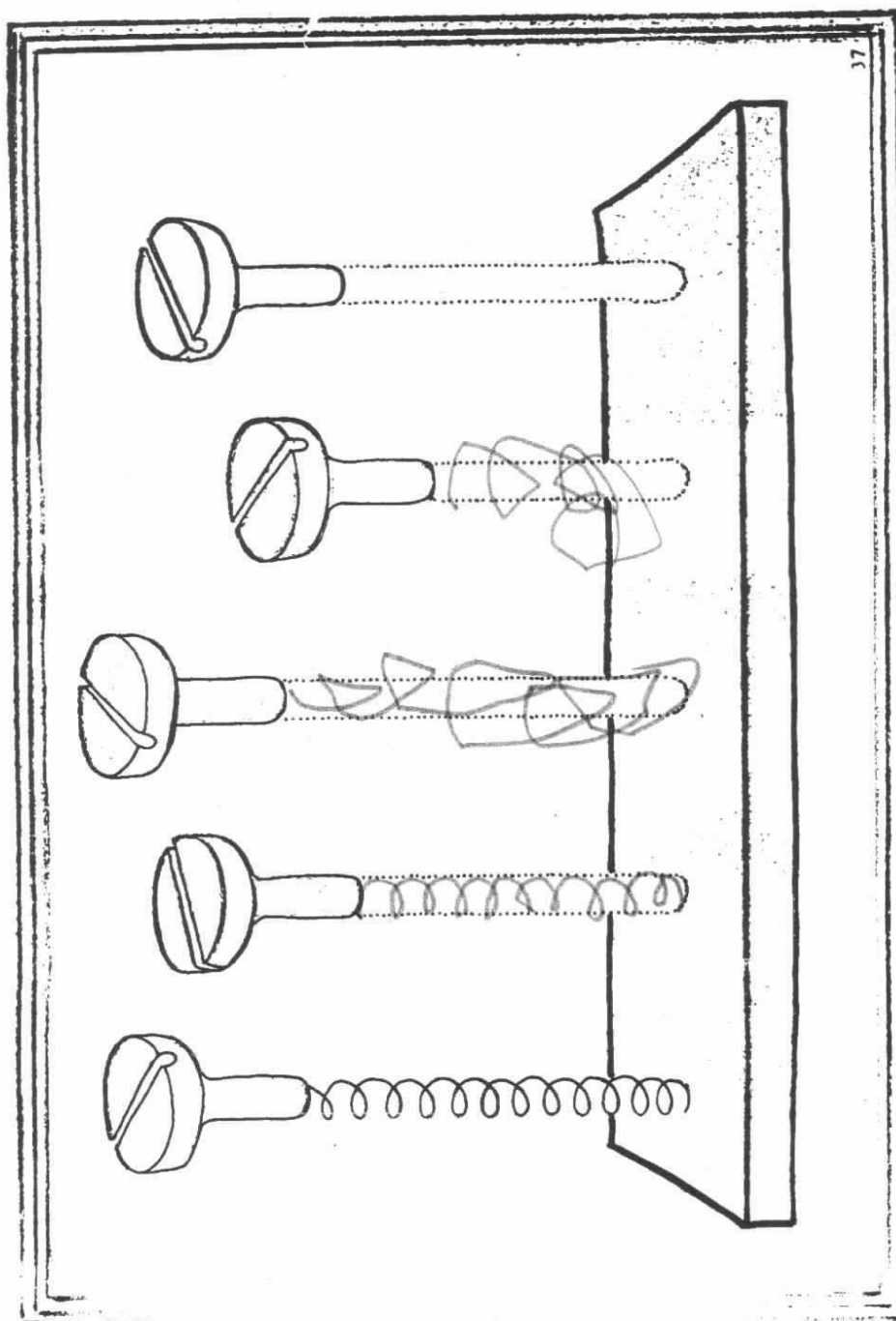
Příloha 1, obr. 1
Příklady vypracovaných pracovních listů



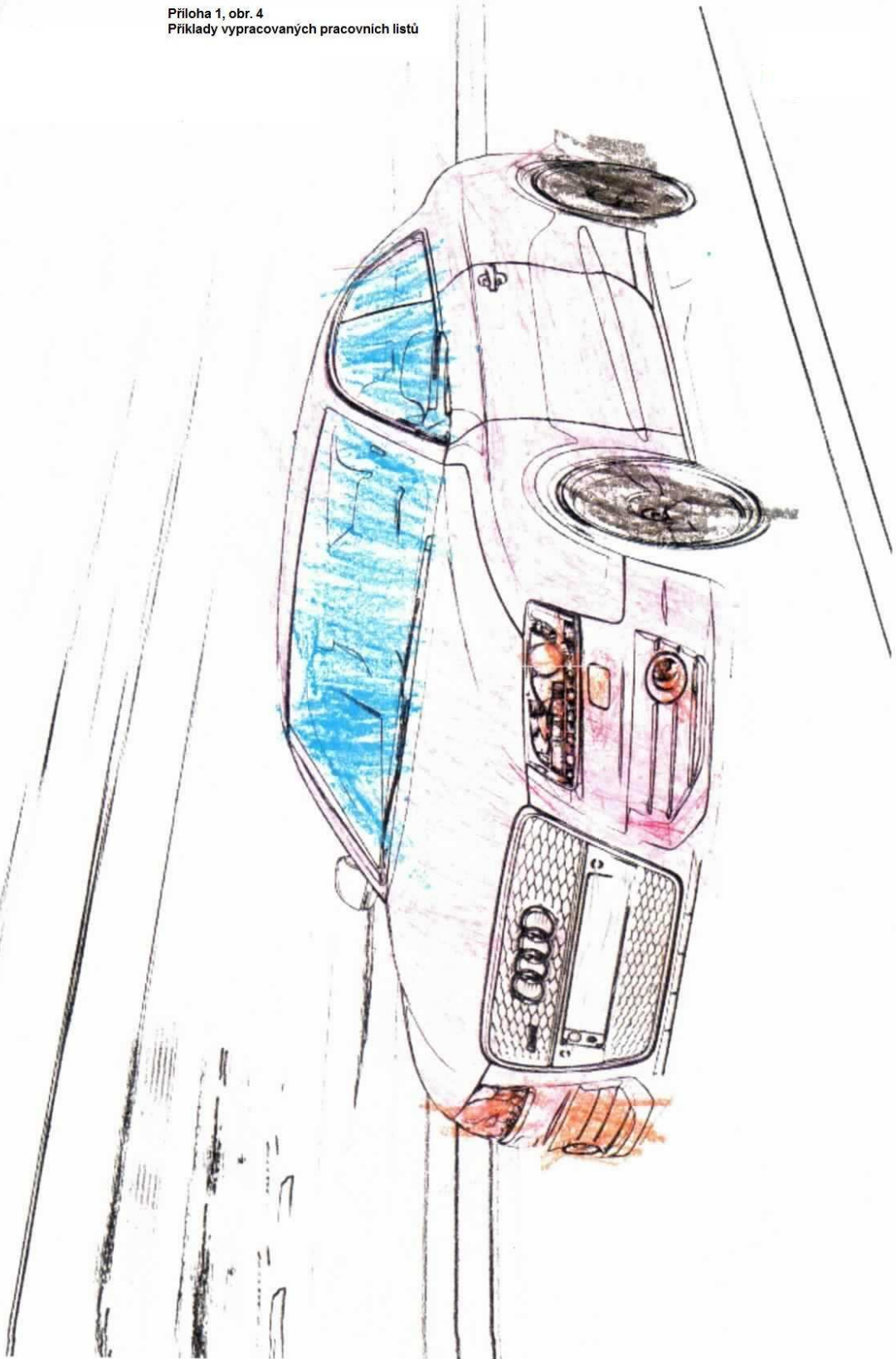
Příloha 1, obr. 2
Příklady vypracovaných pracovních listů



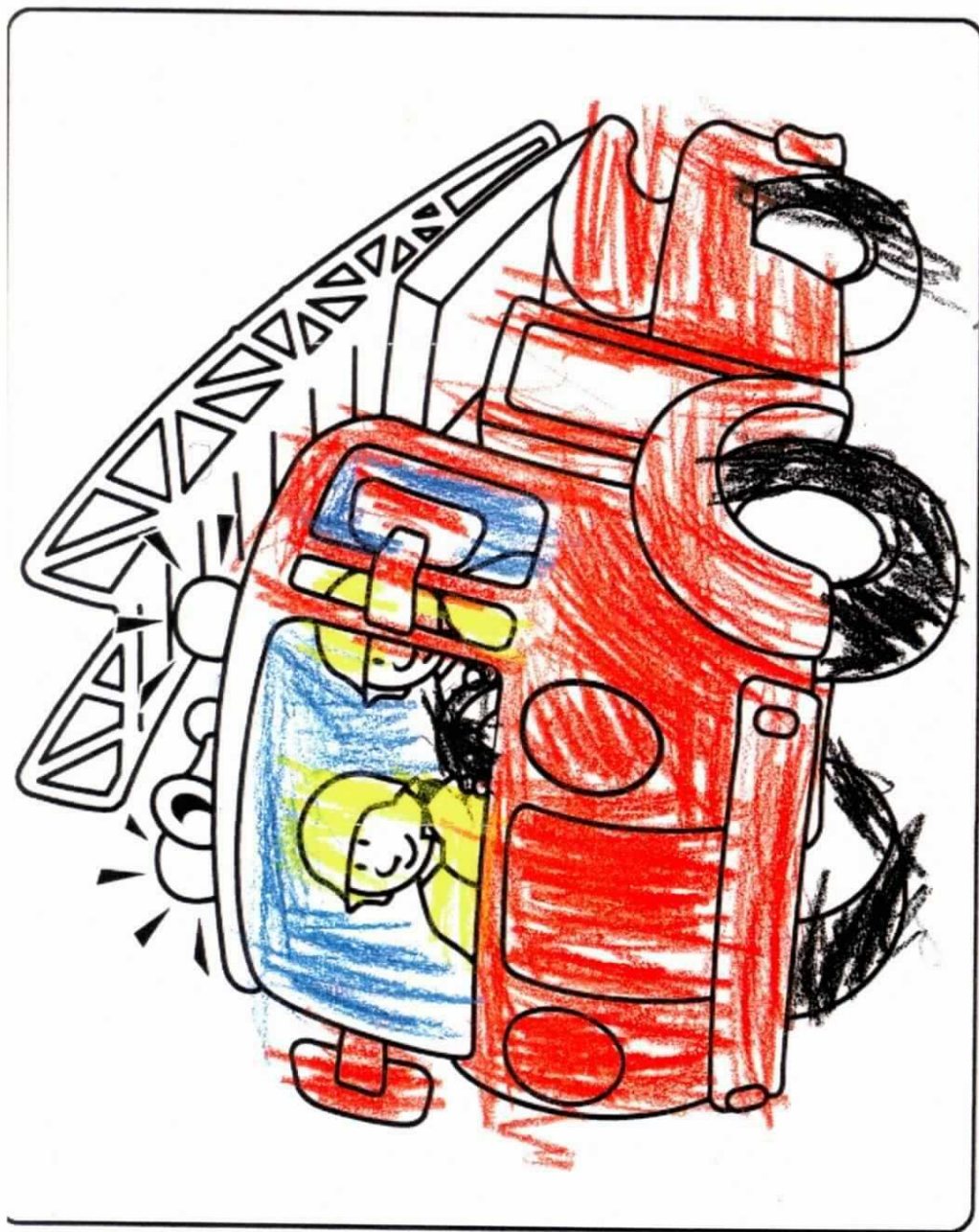
Příloha 1, obr. 3
Příklady vypracovaných pracovních listů



Příloha 1, obr. 4
Příklady vypracovaných pracovních listů

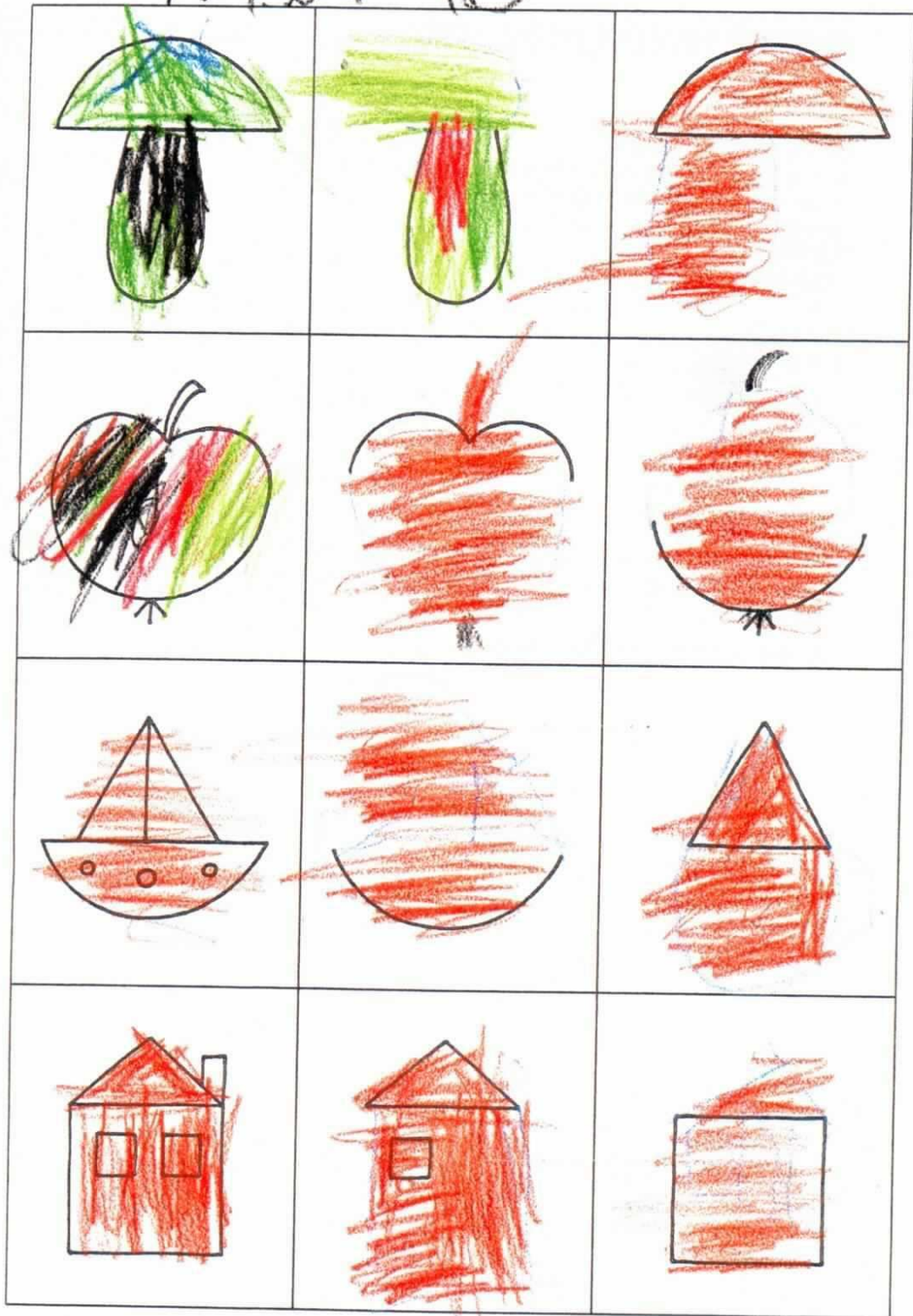


Příloha 1, obr. 5
Příklady vypracovaných pracovních listů

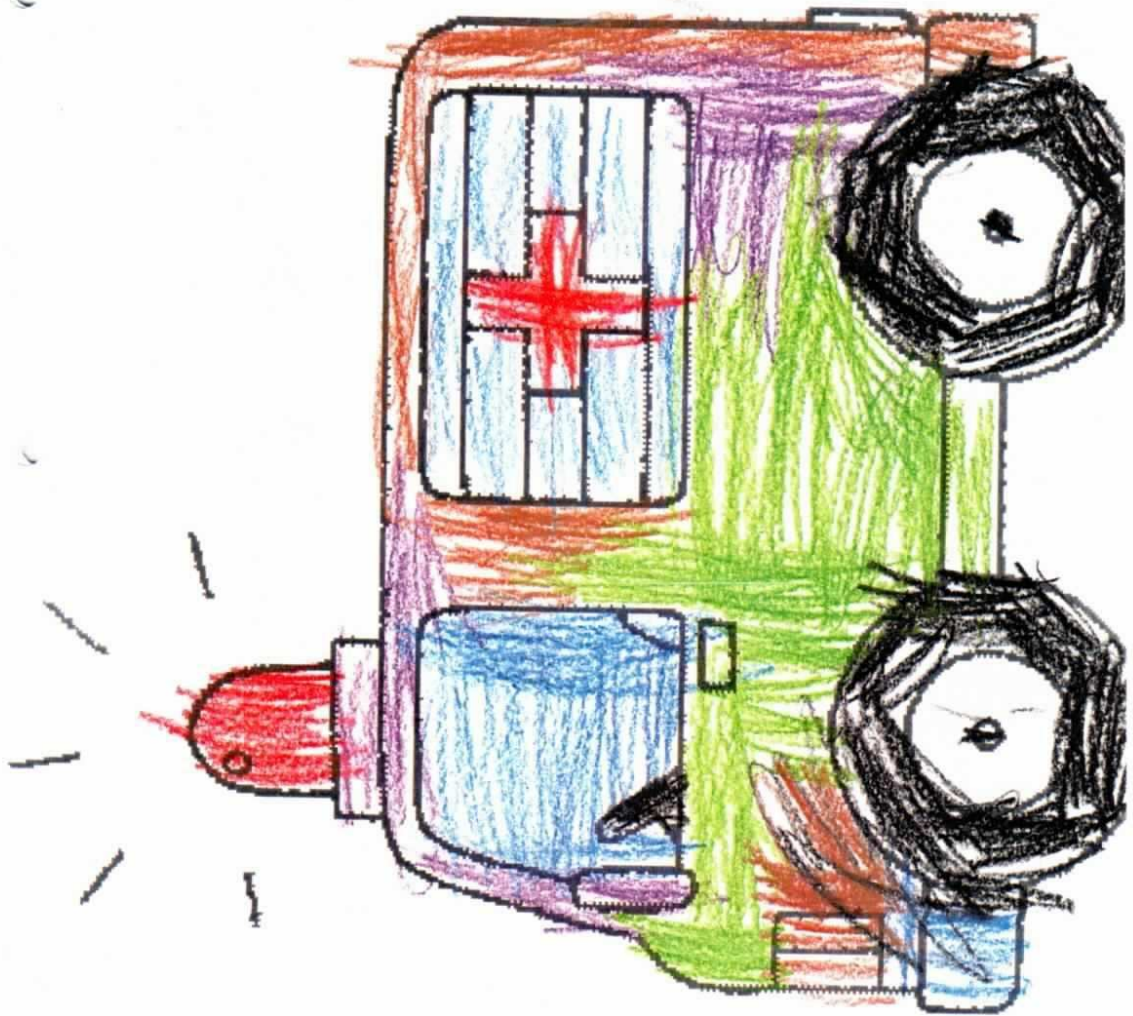


~ M D F 10

Příloha 1, obr. 6
Příklady vypracovaných pracovních listů



Příloha 1, obr. 7
Příklady vypracovaných pracovních listů



ROVNOVÁHA

1. kymáčení	
2. houpání na ušecích	
3. chůze na místě (Brain Gym)	
4. modifikace chůze	<ul style="list-style-type: none"> ▪ po špičkách ▪ po patách ▪ po malíkové hraně ▪ jako šnek ▪ provazochodec ▪ pozpátku ▪ ve dřepu
5. „veverka“	<ul style="list-style-type: none"> blesky hradby panák skákání po jedné noze pletěnka
6. rovnovážné cviky	<ul style="list-style-type: none"> hřib holubička orel vítěz strom lodka klubičko
7. pět cviků na gymnastickém míči	<ul style="list-style-type: none"> ▪ houpání ▪ čárkování ▪ doprava-doleva ▪ dopředu-dozadu ▪ kroužení tam a zpět ▪ zpět
8. „mosty“	

RELAXACE

polohy				„strom“	„tygřík“	„zajíc“
místní relaxace				český	japonský	turecký
sedy				český	japonský	turecký
DÝCHÁNÍ				piný dech	do břicha	do hrudníku
				M U A	kašlavé dýchání (kapalabhit)	chrupkavé dýchání (udžaji – stažené hlasivky)
				vibrace		
NÁCVIK RYTMU						
bubnování – rytmus						
	2 (tam – tam)	3 (raz – dva – tři)	5 (dum – dum – ta – dum – ta)			

CHŮZE PO KOLENOU

Ve vzpřímené nebo polovzpřímené poloze a při svižném tempu zařadíme toto cvičení do úvodní části bloku. Rotační pohyb trupu je zde možno dobře lokalizovat, protože je vyloučena substituce pohybu v kolenních a hlezenních kloubech, které se těžko ubráníme při cvičení ve stojící nebo v chůzi. Rovněž úklony v polovzpřímené poloze, provedené švihem k předsunutému kolenu, jsou velmi účinné. Polohou trupu se dají zacylit úklony do různé výše páteře.

Chůze po kolenu v předklonu klade velké nároky na svaly téměř celého těla. Zařadíme ji tedy pro pokročilé cvičence jako prvek velké obtížnosti. Návěk můžeme provádět staticky na místě ve dvojicích, kdy druhý cvičenec přidržuje paty cvičícího pro zajištění rovnováhy.



Provedení

① Chůze po kolenu s rotací trupu

ZP: klek mírně rozkročný, kolena od sebe na šíři dlaně, upažit poníž.

Na každý krok švihové otočení trupu k předsunutému kolenu. Cvičit ve svižném tempu, aby nedošlo ke ztrátě rovnováhy. Kolena se nezdvíhají, sunou se po podlaže.

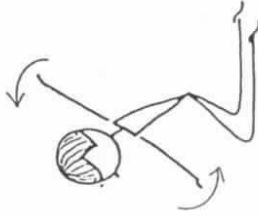


CHŮZE PO KOLENOU

② Chůze po kolenu s úklony

ZP: klek mírně rozkročný, mírný rovný předklon, upažit.

Na každý krok švihový úklon k předsunutému kolenu.



③ Chůze po kolenu s výdržemi

ZP: klek mírně rozkročný, zapažit, upažit, ruce v týli či „do svícnu“.

Při pohybu kolenem vpřed uvolnit trup, po dokročení výdrž ve vyrovnané poloze. Měnit polohu paží i hloubku předklonu trupu (vzpřímená poloha, polovzpřímená v mírném předklonu nebo v rovném předklonu).



LEZENÍ

Základní poloha je vzpor klečmo. Paže napjaty v loktech, ruce položeny na zemi v šíři ramen, špičky prstů směřují vpřed. Trup v horizontální poloze uvolněně zavěšen mezi pletenec pažní a pánev. Hlava zatažena vzad, brada mírně přitlačena ke krku. Stehna s bérce svírají pravý úhel, nártý spočívají na zemi. U malých dětí je lezení pohybový projev automatický, páteř se plynule vychyloje ve vlnovce se strany na stranu. U starších cvičenců je třeba lezení naučit metodicky. Provedení

① Návčik pohybu nestejnostranných končetin (křížem)

Při tomto způsobu lezení se pohybuje současně pravá horní a levá dolní končetina a opačně.

Koleno se sune po podložce (nezvedá se) a pokládá se k vnitřnímu okraji stejnostranné ruky.

Tento způsob lezení ovlivňuje nekompenzované oblouky páteře (frontální) ve tvaru písmene „C“.



② Návčik pohybu stejnostranných končetin

Tento „mimochoďní“ způsob chůze, kdy se pokládá současně pravá ruka, pravé koleno a levá ruka, levé koleno, vyrovnává dvojitě zakřivení páteře ve tvaru písmene „S“.



③ Návčik pohybu končetin a hlavy

Při pomalém lezení nebo ve výdržích sleduje hlava pohyb trupu. Zatažena vzad se uklání a mírně otáčí na tu stranu, kde je opřena horní končetina. (Cvičencům toto složité držení přiblížíme povelom: „Přivrátit hlavu, podívat se spatra na opřenou ruku“.)

Páteř opisuje při pohybu v určitém okamžiku konvexní křivku na tu stranu, kde ruka a koleno jsou od sebe vzdáleny. Pohyb hlavy zvýrazní úklon v hrudní páteři.

LEZENÍ

Metodické poznámky

Paže se pohybují vpřed sunutím nebo velkým obloukem (upažením po zemi), či kralovým pohybem a rotací trupu.

Lezení procvičujeme po přímce, po obvodu kruhu oběma směry nebo po vlnovce.

Ovlivnění vyšších partií hrudní páteře dosáhneme lezením na pokrčených pažích.

Lezení je základem celé metodické řady. V rychlejším tempu má lezení mobilizující účinek a zařazujeme je do úvodní části hodiny. Lezení v pomalém tempu s výdržemi má účinek protahovací, posilovací a koordináční. Zařadíme je do střední části cvičebního bloku. Prvky rovnovážnými, vyžadujícími soustředění, vyplníme část závěrečnou.

Výdrže provádíme po každém kroku nebo mezikroku. Má-li být cvičení symetrické volíme lichý počet mezikroků.



Rovnovážné výdrže s protažením šije a držení lopatek.

Horizontální poloha pánve bez vytáčení boků.

Korigující výdrž v podporu pravou klečmo na pravém kolenně.

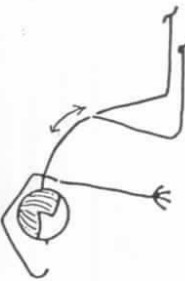
Levá noha opřena špičkou o zem, levá paže uvolněna ve vzpažení.

Pánev a hrudník v čelné rovině. Levostranné končetiny zvýrazňují úklon a protažení. (Totéž na druhou stranu.)

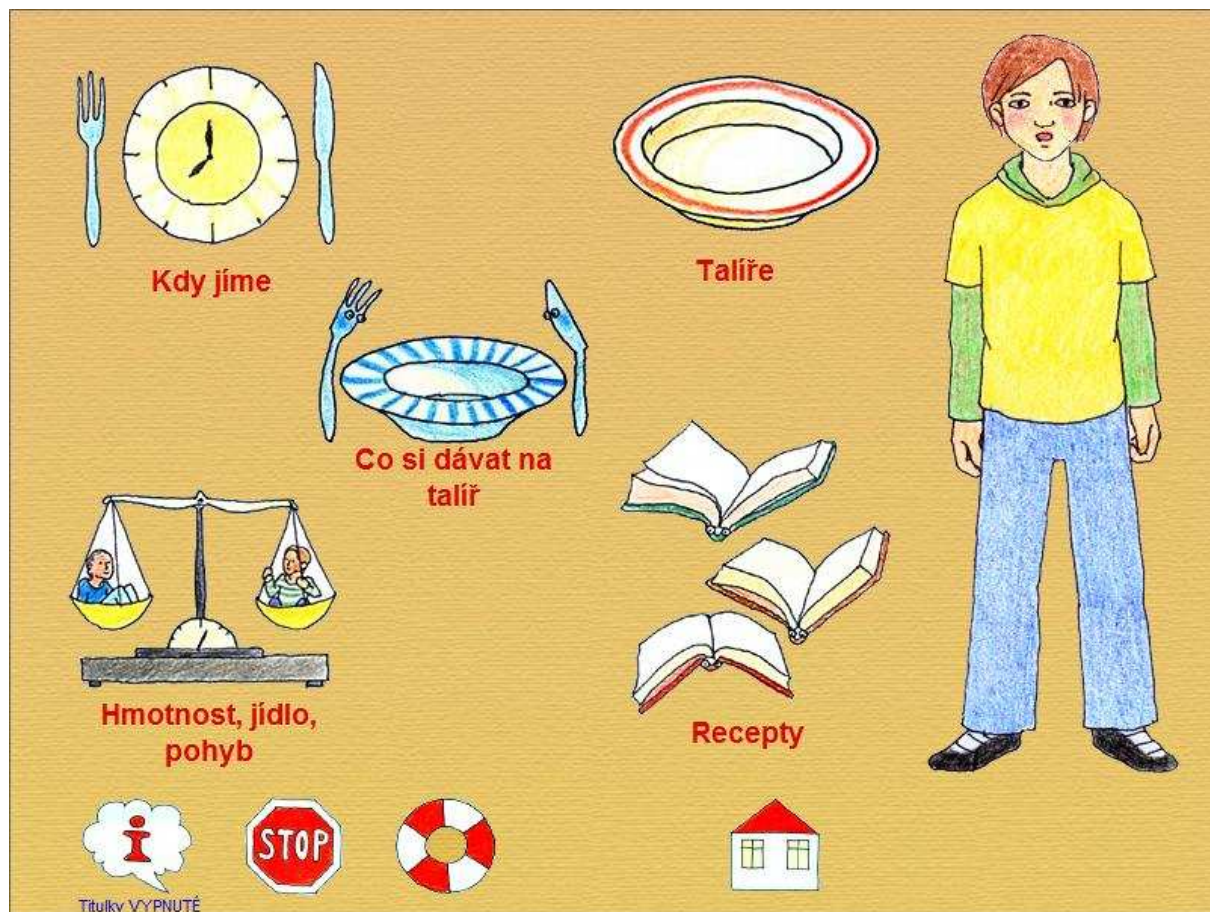
Klek mírně rozkročný levou vpřed (fáze lezení).

Levá ruka opřena o napjaté prsty. Pravá pokrčena vzpažmo mírně dovnitř, mírný záklon hlavy, hled do pravé dlaně ruky

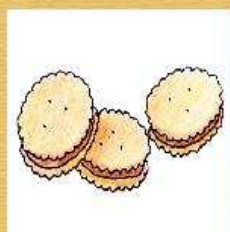
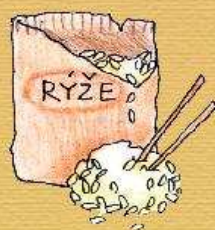
Tah vzpažené paže dotváří oblouk páteře.



Příloha 3, obr. 10
Ukázky metod cvičení



Vyber, co nepatří mezi zdravou výživu.



Výborně.

body

300

správně

3

chybně

1

A large, hand-drawn red arrow pointing to the right, positioned below the score boxes.

Příloha č. 4, obr. 13

