



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Specifické poruchy chování ADD a ADHD v předškolním věku

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R012 – Speciální pedagogika předškolního věku
Autor práce: **Tereza Rašínová**
Vedoucí práce: Mgr. Iva Lüftnerová



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Tereza Rašínová
Osobní číslo: P13001027
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku
Název tématu: Specifické poruchy chování a ADD a ADHD v předškolním věku
Zadávací katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

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

Cíl bakalářské práce: Popsat specifické poruchy chování ADD a ADHD, zjistit výskyt těchto poruch u dětí v mateřských školách a popsat práci s nimi.

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

Metody: Dotazník, pozorování.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

CARTER, R., 2014. Dítě s ADHD a ADD doma i ve škole: praktický rádce pro rodiče i učitele. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0621-7.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana, 2010. Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2697-7.

PACLT, I., PTÁČEK, R., FLORIAN, J., 2006. Hyperaktivita. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-71-7.

PELLETIER, Emmanuelle, 2014. Porucha pozornosti bez hyperaktivity: pomoc rodičům a učitelům. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0599-9. 238.

RIEF, F., 2010. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-728-2.

TAYLOR, F., 2012. Jak přežít s hyperaktivitou a poruchami pozornosti: rádce pro děti s ADHD a ADD. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0068-0.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Iva Lüftnerová

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

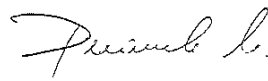
Datum zadání bakalářské práce: 23. dubna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 29. dubna 2016



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



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

V Liberci dne 23. dubna 2015

Prohlášení

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

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

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

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

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

Datum: 28.6.2016

Podpis: 

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. Ivě Lüftnerové za odborné vedení, trpělivost a pomoc, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala. Děkuji také učitelkám mateřských škol v Jablonci nad Nisou za jejich ochotu při sběru dat k mé bakalářské práci.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá specifickými poruchami chování ADD a ADHD v předškolním věku. Práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a empirickou. Teoretická část se zabývá popisem specifických poruch chování. Zabývá se zejména terminologií, příčinami, výskytem, diagnostikou, vztahem rodičů a dětí s AD(H)D, ale je i zaměřena na mateřské školy s dětmi s AD(H)D. Cílem empirické části bylo zjistit výskyt jedinců s AD(H)D v mateřských školách, a jaká je práce učitelek s těmito dětmi. Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření a pozorování. Na závěr práce je vyhodnocení výzkumného šetření a doporučení pro praxi

Klíčová slova

ADD, ADHD, specifické poruchy chování, porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita, předškolní věk

Annotation

This bachelor thesis deals with specific behavioral disorders ADD and ADHD in preschoolers. The work is divided into two parts, theoretical and empirical. The theoretical part describes these disorders, especially terminology, causes, incidence, diagnosis, relationship between parents and children with AD(H)D, but also focuses on preschoolers with AD(H)D. The aim of the empirical part was to determine the prevalence of individuals with AD(H)D at kindergarten and how teachers work with these children. Research was conducted through questionnaires and observations. In the end of the bachelor thesis there is an assessment of a questionnaire survey and suggested measures.

Key words

ADD, ADHD, specific behavioral disorders, attention deficit disorder, hyperactivity, impulsivity, preschool age

Obsah:

Seznam tabulek	9
Seznam grafů	10
Seznam použitých zkratk	11
Úvod.....	12
1 Terminologie	14
1.1 DSM-IV	14
1.2 MKN-10.....	15
2 Etiologie	15
2.1 Genetické příčiny.....	15
2.2 Biologické příčiny	16
2.3 Jiné příčiny.....	16
3 Výskyt ADD a ADHD.....	17
4 Projevy.....	18
4.1 Deficit pozornosti	18
4.2 Hyperaktivita	19
4.3 Hypoaktivita	20
4.4 Impulzivnost	21
4.5 Specifika inteligence a myšlení	22
4.6 Percepčně motorické poruchy.....	22
4.6.1 Poruchy motoriky a senzomotorické koordinace	22
4.6.2 Poruchy percepčních funkcí.....	23
4.6.3 Poruchy kognitivních funkcí	23
4.7 Poruchy emocí	24
5 Diagnostika specifických poruch chování.....	25
5.1 Výhody a nevýhody diagnózy AD(H)D.....	27
6 Farmakoterapie	27
7 Dítě s AD(H)D a rodina	29
7.1 Prožívání rodičů.....	29
7.2 Dítě s AD(H)D a sourozenci.....	30
7.3 Komunikace s rodiči	30
7.4 Rady pro rodiče.....	32
8 Dítě s AD(H)D a mateřská škola.....	33
8.1 Chování dětí v MŠ	34

8.2	Role pedagoga	35
9	Empirická část	36
9.1	Cíl práce.....	36
9.2	Výzkumná otázka a hypotézy	36
9.3	Použité metody sběru dat a popis výzkumného vzorku.....	37
9.4	Interpretace dat	39
9.4.1	Dotazníkové šetření.....	39
9.4.2	Pozorování.....	54
9.5	Vyhodnocování hypotéz	58
9.6	Doporučení pro praxi.....	59
	Závěr	61
	Seznam použitých zdrojů.....	63
	Seznam příloh	66

Seznam tabulek

Tabulka 1 Působnost učitelek v MŠ	39
Tabulka 2 Vzdělání	40
Tabulka 3 Seznámení s problematikou AD(H)D.....	41
Tabulka 4 Setkání s dítětem s AD(H)D v praxi.....	42
Tabulka 5 Děti s diagnostikovaným AD(H)D ve třídě	43
Tabulka 6 Diagnostikované děti a léky.....	44
Tabulka 7 Děti s příznaky AD(H)D ve třídě.....	45
Tabulka 8 Doporučení návštěvy pedagogicko-psychologické poradny	46
Tabulka 9 Práce s dětmi s AD(H)D	47
Tabulka 10 Dítě s AD(H)D a kolektiv ve třídě.....	48
Tabulka 11 Spánek a děti s AD(H)D	49
Tabulka 12 Začne-li dítě být neposedné dítě	50
Tabulka 13 Dítě se nechce zapojovat do aktivity	51
Tabulka 14 Dítě s AD(H)D a procházka	52
Tabulka 15 Více o AD(H)D.....	53

Seznam grafů

Graf 1 Působnost učitelek v MŠ	48
Graf 2 Vzdělání.....	49
Graf 3 Seznámení s problematikou AD(H)D	50
Graf 4 Setkání s dítětem s AD(H)D v praxi.....	51
Graf 5 Děti s diagnostikovaným AD(H)D ve třídě.....	52
Graf 6 Diagnostikované děti a léky	53
Graf 7 Děti s příznaky AD(H)D ve třídě	54
Graf 8 Doporučení návštěvy pedagogicko-psychologické poradny	55
Graf 9 Práce s dětmi s AD(H)D	56
Graf 10 Dítě s AD(H)D a kolektiv ve třídě	57
Graf 11 Spánek a děti s AD(H)D	58
Graf 12 Začne-li dítě být neposedné dítě.....	59
Graf 13 Dítě se nechce zapojovat do aktivity	60
Graf 14 Dítě s AD(H)D a procházka	61
Graf 15 Více o AD(H)D	62

Seznam použitých zkratk

ADD (Attention deficit disorder) Porucha pozornosti

ADHD (Attention deficit hyperaktivity disorder) Porucha pozornosti s hyperaktivitou

AD(H)D (attention deficit (hyperaktivity) disorder) Porucha pozornosti nebo porucha pozornosti s hyperaktivitou

CNS Centrální nervová soustava

DSM-IV (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder) Diagnostický statistický manuál psychiatrických poruch

IQ Inteligenční kvocient

MMD Malá mozková dysfunkce

MKN 10 Mezinárodní klasifikace nemocí

MŠ Mateřská škola

LDE Lehká dětská encefalopatie

LMD Lehká mozková dysfunkce

PPP Pedagogicko-psychologická poradna

SPCH Specifické poruchy chování

Úvod

Tématem bakalářské práce jsou Specifické poruchy chování ADD a ADHD v předškolním věku.

Jeden z důvodů výběru tématu je, že porucha AD(H)D je v dnešní době velmi diskutovaným tématem a dětí s diagnózou AD(H)D stále přibývá. Děti s touto poruchou přibývá zejména v předškolním věku, kdy se projevy specifických poruch chování jako je porucha pozornosti, impulzivita či hyperaktivita naplno projeví. Z těchto důvodů nás zajímala práce učitelky s dětmi se specifickými poruchami chování, a co učitelky dělají, když děti začínají být neklidné, což bývá pro ně plně charakteristické.

Pro správný vývoj dětí s AD(H)D je důležitá brzká práce s hyperkinetickou poruchou už od předškolního věku, a nejen samotná práce s dětmi, ale i s jejich rodiči. Ti do té doby pořádně ani nevěděli, že s jejich dětmi je něco v nepořádku. Pro rodiče je učitel ten, na koho se prvně obrací a první, kdo jim dává nějaké informace. V mnoha případech právě učitel v mateřské škole posílá dítě na diagnostiku do pedagogicko-psychologické poradny. Spolupráce a kvalitní komunikace mezi učitelem a rodiči je zcela zásadní.

Cílem bakalářské práce je popsat specifické poruchy chování ADD a ADHD a zjistit výskyt specifických poruch chování u dětí v mateřských školách. V neposlední řadě také popsat, jak učitelé v mateřských školách s dětmi s hyperkinetickou poruchou pracují. Celá bakalářská práce se skládá ze dvou částí, a to z části teoretické a empirické. Teoretická část je rozčleněna do osmi kapitol. První kapitola se zabývá terminologií, a zejména terminologií, která se objevuje v DSM-IV a MKN 10. Druhá kapitola řeší etiologii, a jak se porucha projevuje. Porucha AD(H)D má genetické, biologické a jiné příčiny. Ve třetí kapitole uvádíme výskyt specifických poruch chování. Čtvrtá kapitola popisuje projevy poruch.. Těch může být hodně. Zde se ale zaměřujeme nejdříve na ty základní, jako je deficit pozornosti, impulzivitu, hyperaktivitu či naopak hypoaktivitu. Dále na ty méně známé, jako je jistá specifika inteligence i myšlení, jímž děti s AD(H)D disponují. Poté se zaměřujeme na percepčně motorické poruchy. Do nich můžeme řadit poruchy motoriky a senzomotorické koordinace, poruchy percepčních, či kognitivních funkcí. V poslední řadě se v této kapitole zaměřujeme na emoční poruchy. Pátá kapitola obsahuje průběh diagnostiky a její plusy i mínusy.

V šesté kapitole se zabýváme farmakoterapií a řešíme, jaké léky mají děti dostávat a zda je vůbec potřebné podávat léky. Osmá kapitola se zaměřuje na dítě se specifickou poruchou chování a jeho rodinu. První podkapitola uděluje rady rodičům a zaměřuje se na práci s jejich dětmi. Druhá podkapitola se oproti tomu zabývá vztahem mezi sourozenci. V osmé kapitole popisujeme děti s AD(H)D v mateřské škole. Nejprve ukazujeme, jak se dítě se specifickou poruchou chování v mateřské škole chová. Dále jaká je role pedagoga v práci s dítětem a také, jak rodiče prožívají, jestliže má jejich dítě diagnostikované AD(H)D. Poslední, co v teoretické části probíráme, je komunikace mezi rodičem a pedagogem.

Empirická část zpracovává výsledky průzkumu, který byl zpracován pomocí dotazníkového šetření a pozorování. Dotazníky byly předány do mateřských škol a vyplňovaly je učitelky. Bylo jich rozdáno 25, a z toho se vrátilo 20 dotazníků. V dotazníkovém šetření se nejdříve ptáme na obecné otázky, jako je počet odpracovaných let a vzdělání. Následně se už dotazujeme na děti s AD(H)D, jejich výskyt ve třídách či práci učitelek s nimi. V pozorování se hlavně zaměřujeme na práci učitelek s dětmi se specifickými poruchami chování, a co dělají, když děti začínají být neklidné. Získané poznatky následně používáme v doporučení pro praxi, které se objevuje na závěr práce.

1 Terminologie

Terminologie se měnila už od počátku podle pojetí této problematiky a získávání nových informací o hyperaktivitě a přidružených poruchách. Minimální mozková dysfunkce, se dá považovat jako první pojem, u nás je používán termín Malá mozková dysfunkce (MMD). Další termín Lehká dětská encefalopatie (LDE) se používá od padesátých let dvacátého století. V šedesátých letech dvacátého století se začal používat pojem Lehká mozková dysfunkce (LMD) (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 9).

Lehká mozková dysfunkce je choroba s více příčinami a příznaky. Jde o příznaky, které se mohou vyskytovat společně, ale mohou se i lišit u každého jedince. Tyto příznaky jsou známkou oslabené funkce centrální nervové soustavy (CNS). Termín označuje lehké odchylky mentálního vývoje na základě oslabení CNS (Ptáček, Tyl, Tylová 1999 s. 3–4).

1.1 DSM-IV

V dnešní době se však nejčastěji používá syndrom ADD/ADHD. Syndrom AD(H)D vychází z DSM-IV. DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) se překládá jako Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace. Zkratka ADD znamená Attention Deficit Disorders, což v českém překladu znamená porucha pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity. ADHD je zkratka pro Attention Deficit Hyperactivity Disorders, v českém překladu to je porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Poruchou pozornosti trpí děti, které jsou nepozorné, příliš aktivní a impulzivní. Tyto příznaky jsou dlouhodobé a chronické. Děti tím trpí už od raných vývojových stadií a neodpovídají mentálnímu věku dítěte. Příznaky můžeme hlavně vidět v situacích vyžadující dlouhodobé udržení pozornosti, kontrolu pohybů nebo tlumení impulzů. Nejvíce jsou zjevné při vstupu dítěte na základní školu a při jeho studiu (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 10).

1.2 MKN-10

V mezinárodní klasifikaci nemocí jsou tyto poruchy pojmenovány jako hyperkinetické poruchy a označovány F90, což je skupina poruch, která se dá charakterizovat brzkým začátkem, kombinací velmi aktivního a špatně ovládaného chování s nadměrnou nepozorností a neschopností se dlouhodobě soustředit na daný úkol. Projevy jsou trvalé a objevují se ve všech situacích každodenního života. Hyperkinetické poruchy vznikají již v časném stádiu vývoje, většinou do pěti let života. Mezi hlavní rysy patří chybějící vytrvalost při činnosti vyžadující poznávací funkce. Jedinci opakovaně přecházejí od jedné aktivity k druhé, bez toho, aby některou aktivitu dokončili. Činnost je často velmi neorganizovaná. Děti s hyperkinetickou poruchou jsou opětovaně impulzivní či nedbalé (MKN-10, 229–230)

2 Etiologie

Expertí, kteří zkoumají specifické poruchy chování, přesně nevědí, kde problém začíná. Někteří tvrdí, že porucha přechází z rodiče na dítě. Jiní si zase myslí, že dítě by mohlo být vystaveno určitým chemikáliím (Taylor 2011, s. 25–26).

Hlavními činiteli jsou ty, se kterými dítě již přichází na svět. Činitelé jsou většinou získané nebo zděděné. V dnešní době se působení jednotlivých faktorů odhaduje takto: 50–70% je vlivem dědičnosti, 20–30% má za příčinu komplikace během těhotenství, při porodu a po něm a 10% je pozdějším vlivem. Vše jistě může působit dohromady. Porodní trauma se může také přidat k dědičným dispozicím. Jedinci s AD(H)D mají pravděpodobně větší sklon k nehodám a úrazům (Ptáček, Tyl, Tylová 1999, s. 9–10).

2.1 Genetické příčiny

Nejnovější studie tvrdí, že největší riziko zdědění AD(H)D je od příbuzného druhého stupně. Zde je větší riziko zdědění po mužské, například po dědečcích a strýcích, než po ženské linii (Munden, Arcelus, 2002, s. 52).

Studie ukazují, že 20–32% rodičů, kteří trpí hyperkinetickým syndromem má děti, u kterých se syndrom AD(H)D rovněž objevil. Ve studii, jež zkoumala 72 dětí se specifickými poruchami chování, se v 89 % ukázalo, že alespoň jeden rodič také trpí touto poruchou. To tedy potvrzuje, že u hyperkinetické poruchy jsou významné genetické dispozice (Paclt, Ptáček, Florián 2006, s. 17).

2.2 Biologické příčiny

Setkáváme se zde i s biologickým výkladem AD(H)D. Spousta odborníků se domnívá, že za tím vším je převážně biologická příčina potíží, zatímco za okrajové příčiny jsou spíše považovány vnější vlivy. Napovídá tomu fakt, že AD(H)D se dá léčit pomocí farmakoterapie, což je náprava příčin na fyziologické úrovni (Kolčárková, Lacinová 2008, s. 19).

Další etiologické modely uvádí Paclt (2006, s. 15). Kognitivní model, při němž dominuje obtíž s útlumem činnosti. Dítě nemá problém s rychlými reakcemi, ale spíše s nedostatkem útlumu. Druhý model je biochemický, ve kterém se odkrývá nedostatek některých neurotransmiterů, což je přenašeč informace mezi jednotlivými mozgovými buňkami, jinak nazývanými neurony. Což může být dopamin nebo noradrenalin.

Dopamin působí v sektoru, kde se filtrují všechny přicházející informace tak, aby nedošlo k zahlcení vyššího sektoru příliš velkým množstvím informací. Noradrenalin působí na prefrontální kortex (přední část mozku), kde sídlí složité kognitivní funkce, jako je plánování, pořádání, inhibice a udržení pozornosti (Pelletier 2014, s. 37).

2.3 Jiné příčiny

Jiné příčiny mohou být v užívání drog a alkoholu v těhotenství. Když matka užívá alkohol a drogy v těhotenství, nejenže to působí negativně na ni, ale hlavně poškozuje plod, který má v sobě. Existuje mnoho případů dětí s matkami, u kterých se zjistilo neurologické poškození, a objevují se u nich nejrůznější projevy poruchy pozornosti.

Vědecký výzkum dosud neprokázal vztah mezi syndromem AD(H)D a užívání drog a alkoholu v těhotenství, ale u dětí, které byly vystaveny drogám, se ukázaly mnohé neurologické nedostatky, které se vyskytují i u dětí se syndromem AD(H)D (Riefová 2010, s. 20).

Pokorná (2010, s. 132) upozorňuje na další vlivy, jako zvýšený spád těžkých kovů a vliv radioaktivity, otrava olovem, vliv některých léků a nakonec vliv prostředí. Také se musí brát ohled na osobnost dítěte, jeho celkový obraz, zranitelnost, temperament, schopnost adaptace, míru úzkosti, tolerance k zátěži a podpory, která je mu dáována. Všechny projevy chování musíme hodnotit dle věku a vývoje dítěte. Musí se zde vyloučit i jiné faktory. Například frustrace při obtížném úkolu, nedostatek motivace, zdravotní obtíže a v první řadě emoční problémy dítěte.

3 Výskyt ADD a ADHD

Vzhledem k tomu, že výklad AD(H)D se v různých zemích a projektech liší, nelze s přesností říci podíl ADD a ADHD. Některé názory se ovšem shodují, že 5 % dětské populace vyžaduje léčebné opatření se syndromem AD(H)D (Paclt, Ptáček, Florián 2006, s. 10).

Podle Riefové (2010, s. 19) odborníci odhadují, že dětí se specifickými poruchami chování je 3–10 % V odborných literaturách se spíše objevuje 3–5 %. To je s největší pravděpodobností podcenění výskytu. K podcenění může docházet vzhledem ke skutečnosti, že se AD(H)D u děvčat velmi špatně poznává. U dívek se spíše projevuje porucha pozornosti bez hyperaktivity.

Ukázalo se, že chlapců trpících hyperkinetickou poruchou je daleko více než dívek. Jednou z možných příčin může být i to, že se porucha u chlapců daleko dříve objevuje a kvůli většímu sklonu k hrubosti, která zdůrazňuje jejich problém. Dle výzkumu Taylora chlapci navštěvují ordinace zabývající se syndromem AD(H)D v porovnání s děvčaty výrazně častěji v poměru 2,5 : 1. Je zajímavé, že v každé zemi mají jiný výskyt i podíl. Třeba v australské stanici je podíl chlapců a dívek 10 : 1. V Číně se zase ukazuje, že počet chlapců s AD(H)D je třikrát vyšší než v Anglii (Munden, Arcelus 2006, s. 45).

4 Projevy

Porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivnost patří mezi základní znaky syndromu AD(H)D. Také můžeme sledovat i jiné přidružené poruchy, jako jsou percepčně motorické poruchy. Do percepčně motorických poruch patří poruchy motoriky, senzomotorické a motorické koordinace. Patří tam i poruchy percepčních funkcí a především sluchové a zrakové vnímání. V přidružených poruchách jsou také poruchy kognitivních funkcí, to jsou poruchy paměti, poruchy koncentrace pozornosti, ale i poruchy v myšlení a řeči. Nakonec zde mohou být emoční poruchy a poruchy chování. K AD(H)D jsou velmi často přidruženy i vývojové poruchy chování, jako je dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie a další. Některé poruchy se objevují již v raném věku dítěte, jiné zase v pozdějším věku, kdy se na děti kladou daleko větší nároky (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 22).

4.1 Deficit pozornosti

Deficit pozornosti je nenápadné postižení. Stačí jen letmé vyrušení, aby dítě trpící AD(H)D ztratilo pozornost. Vyrušení může přijít jak z vnitřních, tak z vnějších podnětů. Vnitřní vyrušení může být i takové, jako je kručení v břiše nebo vlastní myšlenka. Vnější podněty mohou být prakticky jakékoliv, třeba pták za oknem, škrábající cedulka na tričku či nepříjemný zvuk (Pelletier 2014, s. 23).

Pozornost je vytrvalé úsilí zaměřit se na určitý úkol. Udržení pozornosti u dítěte s AD(H)D je mnohem náročnější než pro intaktní dítě stejného pohlaví a věku. Největší potíží je s udržením pozornosti a zaměřením na plnění daného úkolu, které se už objevuje v předškolním věku, kdy si dítě hraje s hračkou jen chvíli a poté přejde zase k jiné. Nejhorší ovšem je, když je dítě nuceno udržet pozornost a soustředit se na jednostranné, nudné a opakující se úlohy. To mohou být domácí úkoly nebo stálý pracovní výkon (Paclt, Ptáček, Florián 2006, s. 6–7).

Nedostatečná pozornost souvisí se změnou aktivační úrovně zesílenou unavitelností a kolísáním výkonu. Deficit pozornosti ovlivňuje negativně všechny poznávací procesy a snižují účinek učení. Děti s poruchou pozornosti často bývají neklidné a váhavé. Jejich velkým problémem jsou úkoly doma i ve škole, ať už vůbec začít úkol dělat nebo ho

dokončit. Děti opětovaně neposlouchají rodiče ani učitele kvůli jiným myšlenkám, jež se jim honí hlavou. Myšlenky nemají urovnané a pořád se jim někde toulají. Často nedokážou zůstat jen u jedné věci, a proto přeskakují na jinou. Když se dokáží soustředit, tak jedině na věc, která je velmi zaujme, z tohoto důvodu je pro ně velice důležitá motivace (Vašutová 2008, s. 50–51).

Vcelku můžeme říci, že děti s AD(H)D mají schopnost koncentrace pozornosti jako vývojově mladší děti. Proto také reagují značně neadekvátně na různé situace a je pro ně těžké rozlišit, co je důležité a co ne (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 30).

Neschopnost dítěte se koncentrovat může znamenat velké problémy ve škole. Tyto problémy se mohou prolínat i do schopnosti vést šťastný život s rodinou a přáteli (Munden, Arcelus 2006, s. 24).

4.2 Hyperaktivita

Už od počátku vývinu motorických funkcí se začíná projevovat hyperaktivita, což se stává během prvních let života člověka. Jako první se objevuje u rukou. Ruce dítěte neustále kmitají, třepají se a všelijak pohybují. Potřeba nepřetržitě na něco sahat a hrát si s tím je mnohem větší než u intaktního dítěte. Dále si lze všimnout neustálého pohybu nohou, rukou, rtů a i jazyka (Serfontein 1999, s. 35).

Pohyby často odporují situaci a často se zdají bezúčelné. Největší obtíže se odehrávají ve škole. Děti často chodí po třídě i mimo přestávky, a to samozřejmě bez svolení učitele. Na své židli se pořád kroutí, hrají si se všemi věcmi, které mají na stole nebo kopají nohama do podlahy (Paclt, Ptáček, Florián 2006, s. 8).

Hyperaktivita se také ukazuje i u mluveného projevu. Nejčastěji se zaznamenává překotnost v mluvě dítěte. Dítě ze sebe překotně vydává slova bez většího rozmyslu a tak rychle, až se zajíká a zadýchává. Často se stává, že dítě nestačí své rychlé a hojné myšlenky vyjádřit slovy. Kvůli jeho impulzivnosti opakovaně skáče do řeči, ať už jiným dětem nebo učitelům. Člověk s hyperaktivitou mnohokrát mluví velmi hlasitě, až přechází do křiku. Dítě si hlasitou řeč mnohdy ani neuvědomuje a podivuje se, když ho na problém někdo upozorní.

Potom se dítě snaží mluvit potichu, ale nikdy mu to nevydrží příliš dlouho. Děti s ADHD mají velké potřebu prosadit se ve skupině jiných dětí a tudíž překřikují ostatní děti (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 31).

Nejenže děti s hyperaktivitou mají problémy s mimovolnými pohyby a mluvou, oni mají problém i usínáním. Jejich hyperaktivita je nutí převalovat se i v posteli. Dlouhá nečinnost je nutí vymýšlet důvody, proč nespát a jít dělat něco jiného. Děti s SPCH chodí nevyspalé a unavené do školy a to může být ještě větší příčinou nepozornosti. Když zrovna do školy nejdou, spí dlouho dopoledne a tím pádem zaspí důležitou část dne (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 32).

Hyperaktivita nepůsobí jen na samotné děti s AD(H)D, ale i na jejich rodiče. V důsledku hyperaktivity svých dětí se stávají velmi unavenými a skleslími. Svě děti musejí neustále hlídat a uklidňovat. Výchova se pro ně stává značně namáhavá a stává se, že své děti nevidí zrovna v nejlepším světle. Což může velice ovlivnit jejich vzájemný vztah v budoucnu (Munden, Arcelus 2006, s. 22).

Naštěstí dochází dle Serfonteina (1999, s. 36) kolem dvanáctého roku dítěte ke zmírnění všech obtíží týkající se nadměrné aktivity. Během pozdějšího dospívání se pohybují někde mezi hyperaktivitou a hypoaktivitou. Někdy se stává, že se z hyperaktivního dítěte stává naopak hypoaktivní.

4.3 Hypoaktivita

Dítě se syndromem ADHD trpí hyperaktivitou. Kdežto dítě s ADD kromě poruchy pozornosti může trpět hypoaktivitou. Hypoaktivita se projevuje zřetelnou apatičností. Hypoaktivní dítě se nerado účastní her a nerado sportuje. Celkově nikterak netouží po nějakých pohybových aktivitách. Stačí mu zahloubat se do svých myšlenek a snít. Kvůli tomuto příznaku se může prohlubovat porucha pozornosti (Serfontein 1999, s. 36).

Děti s hypoaktivitou jsou kromě apatie pomalé, těžkopádné, nemotorné a neohrabané. Ve škole nic nestíhají, nereagují pohotově a často bývají ve všem poslední. Děti s hypoaktivitou opětovaně a zcela nezaslouženě bývají nazývány línými, což vyvolává jejich viditelná pomalost. Jelikož vědí, že nestíhají dané úkoly včas dodělat, tak zrychlí

a už nad tím tolik nepřemýšlí, následkem je, že dělají hodně chyb. Kvůli tomu jsou též označovány za hloupé. Což je nespravedlivé označení. Inteligence nemá nic společného s rychlostí splnit dané úkoly. Děti také trpí zvýšenou unavitelností. Na to reagují ještě větším útlumem a někdy i zvýšenou podrážděností. Zde je velmi důležitá motivace. Cílená a zvýšená motivace aktivizuje dítě, aby podalo potřebný výkon a jeho reakce byla více přiměřená situaci. Zde rozhodně nepomáhá dítě urychlovat. Tím se na něj vyvíjí mnohem větší tlak a dítě začne být nejisté (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 32–33).

4.4 Impulzivnost

Impulzivita sebou nese často negativní důsledky. Dobře je patrná u impulzivního dítěte neschopnost anticipace (předjímaní) nebezpečí. Heslo u impulzivity zní: Nejdříve čin pak úvaha (Vašutová 2008, s. 51).

Impulzivnost je okamžitá reakce na podnět, chybí zde fáze rozmýšlení. Dítě koná podle svého prvního nápadu, aniž by si rozmyslelo postup a domyslelo důsledky nebo následky svého konání. Opětovaně reaguje nebyvale prudce a intenzivně. Bývá to spojeno se sníženými ovládacími schopnostmi. I zde můžeme postřehnout nerovnoměrné zrání dítěte, které se chová jako vývojově mladší dítě. Chybí sebekontrola a snížené je i sebeovládání. Chování dítěte je velmi často hlasité, živelné, spontánní a zbrklé (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 33).

Právě impulzivnost asi nejvíce komplikuje dítěti život, a když se k němu přidruží již zmíněná hyperaktivita, což rozhodně není výjimkou, stává se život rodiče dítěte s AD(H)D velmi složitý. Rodiče se začnou setkávat s takovými projevy, jako je běhání do silnice bez rozhlížení, nebo skákání ze stromu jako superman. Ovšem již zmíněné příznaky nemusí být ve všech případech. Na důsledky svého činu dítě většinou ani nepomyslí. Nejvíce je ohrožené dítě v raném věku, protože si nikterak nepřipouští žádné nebezpečí a vážně tím ohrožuje sebe i okolí (Serfontein 1999, s. 39).

Rodiče musí být mimořádně bdělí, aby své ratolesti uchránili před nehodami. Impulzivita mnohdy přináší problémy v sociálních situacích. Děti mají problémy v navazování a udržování přátelství. Opětovaně skáčou do řeči jiným dětem nebo i dospělým. Dále pošťuchují bezdůvodně jiné děti jen z prosté potřeby dělat něco. To se

stává ve společnosti pro dítě osudným, a proto nemůže velice často žádné kamarády najít, ačkoliv po nich hrozně touží. Dítě budí dojem, že si v nespolečenských schválnostech libuje, přesto to bývá naopak. Schválnosti bývají nevinné, někdy i dobře myšlené skutky, které jen nedopadnou tak, jak dítě zamýšlí (Munden, Arcelus 2006, s. 23).

Krom již zmíněných problémů děti s AD(H)D špatně zvládají okamžité nesplnění svých přání a požadavků. Velké problémy jim dělá trpělivě počkat, až na ně přijde řada. Všechno požadují ihned. Rodič se jim nemůže okamžitě věnovat, takže si pozornost nevhodným chováním. Nebo chtějí nějakou hračku, kterou má kamarád a jsou schopni si ji vzít i násilím. Děti trpící hyperkinetickou poruchou mají kvůli impulzivité problém ve škole. Jsou schopné reagovat okamžitě, ale často si ani nevyslechnou všechny požadavky, co se od nich očekává. Nastává také problém zapojování dětí do činnosti, která vyžaduje nějaké uspořádání, řád. Proto se raději volí aktivita taková, která znamená méně práce a brzkou odměnu (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 34).

4.5 Specifika inteligence a myšlení

Člověk, který trpí SPCH, nebývá nikterak inteligenčně omezován, většinou má průměrnou, někdy až nadprůměrnou intelektuální vyspělost. V testech na IQ v určitých případech nevyhází až tak dobře, a to zejména v testech zaměřených na pozornost a bezprostřední paměť. Hůře si také vede v oblasti sociální. U dětí s AD(H)D někdy nekoresponduje mentální věk s chronologickým věkem dítěte (Michalová 2007, s. 50).

4.6 Percepčně motorické poruchy

4.6.1 Poruchy motoriky a senzomotorické koordinace

Děti trpící diagnózou AD(H)D mají časté obtíže v jemné i hrubé motorice. Pro poruchu pozornosti se jako jeden z dřívějších názvů používal syndrom nemotorného dítěte. To plně vystihuje, jak takové dítě vypadá. Opětovné problémy s koordinací jsou typické pro děti trpící AD(H)D. V jemné motorice mohou přijít následné problémy například zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, také při jídle a další. Z nezvládnutí

jednoduchých úkonů přichází častá frustrace. V pozdějším věku tyto problémy vyústí v nečitelnosti a neúhlednosti jejich písma (Serfontein 1999, s. 20).

V oblasti hrubé motoriky mohou nastat následující problémy, například v jízdě na kole nebo míčových hrách. V praxi děti s AD(H)D bývají opětovaně vyřazovány z kolektivu hlavně z důvodu, že kazí hru svojí nešikovností. Často se děti stávají středem posměšků. Když se k překážce ještě přidá neschopnost prohry, připuštění neúspěchu a ještě horší podřízenost pravidlům, vzniká závažný sociální problém ve vrstevnické skupině dítěte (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 36).

Dále se u dětí se specifickými poruchami chování může objevovat artikulační neobratnost. Dítě má problémy ve vyslovování delších a obtížných slov. Též má nesnáze při vyslovování slov, která obsahují zároveň tupé a ostré sykavky či měkké a tvrdé slabiky. (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 35).

4.6.2 Poruchy percepčních funkcí

Osoby s AD(H)D trpí deficitem v percepční oblasti a zejména ve sluchové i zrakové oblasti. Deficity nejsou orgánové nýbrž funkční. To znamená, že orgán není poškozen. Dítě špatně rozlišuje podobné tvary. Problém se nejvíce projevuje ve čtení a psaní písmen tvarově podobných, jako je b – d, m – n a jiné. Pravolevá orientace je pro ně velmi obtížná a i v pozdním věku člověka. Také se zde projevuje nejen horší orientace v prostoru, ale i v čase. Ve sluchové oblasti děti špatně rozlišují podobné zvuky nebo hlásky, z tohoto důvodu jsou diktáty pro děti s poruchou percepčních funkcí nesmírně obtížné. Samozřejmě ne všechny děti s AD(H)D vykazují poruchy percepčních funkcí, ale velmi často tomu tak je (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 37).

4.6.3 Poruchy kognitivních funkcí

Poruchy kognitivních funkcí byly registrovány u dětí s AD(H)D a hlavně chudší komplexní strategie. Děti s hyperkinetickou poruchou mají potíže s řešením problémů a rovněž v organizačních dovednostech. Problémy nenastávají v důsledku nedostatku dovedností či znalostí, ale jde spíše o nedostatečnou strategii při plnění úkolu.

Jejich strategie bývá špatně organizovaná a impulzivní, tím se stává značně neúčinná. Tyto nálezy indikují do skutečného problému ve výkonostních procesech (Paclt, Ptáček, Florián 2006, s. 12).

Jedna z nejvýznamnějších poruch kognitivních funkcí je porucha paměti. U dětí se specifickými poruchami chování se objevuje zhoršená krátkodobá paměť. Špatná krátkodobá paměť má za důsledek, že děti často zapomínají. Zapomínají pokyny, své věci, neustále něco ztrácejí a následně danou věc zase hledají. Děti s AD(H)D si nepamatují, co kam daly a kam právě šly a co tam měly udělat. To bývá náročné zvlášť ve spojitosti se školou. Děti si nepamatují, jaký měly domácí úkol, a když už mají, mnohdy ho zase nechají doma (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 37).

Dle Jucovičové, Žáčkové (2010, s. 38) platí pro děti se specifickými poruchami chování dokonalé rčení: „Jedním uchem tam, druhým ven.“ Když už dítě informaci vnímá, častokrát si ji ani nezapamatuje. Nejhorší je, jestliže se dá dítěti pokyn, který je delší či nějak složitější, dítě si buď pokyn vůbec nezapamatuje, nebo si pamatuje jenom konec nebo začátek. I z tohoto důvodu bývá označováno za líné. Rodiče se mylně domnívají, že dělá naschvály, protože se mu daný úkol nechce udělat.

Stejně jako u pozornosti i tady paměť ulpívá na jedné vzpomínce. Od této jedné vzpomínky je takřka nemožné se odpoutat a kvůli tomu si jen těžko vybavuje ostatní informace. Vybavení konkrétní situace bývá často obtížné. I přestože dítě informaci zná a ví, že už ji někdy slyšelo, nemůže si na ni vzpomenout. Zde nejvíce pomáhá prozradit dítěti klíčové slovo a dítě si tu danou věc snáze vybaví (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 39).

4.7 Poruchy emocí

Zhusta bývá zaměněno emoční ladění dětí se syndromem AD(H)D. Emočně laděné děti bývají mnohdy mrzuté či euforické, ačkoliv to vůbec neodpovídá prostředí, ve kterém se právě nacházejí. Právě výkyvy nálad jsou nejčastějším znakem emocionálních odchylek (Vašutová 2008, s. 51).

Specifické typy chování typické pro děti s AD(H)D:

- Nepružnost – neochota přizpůsobit se jakékoli situaci.
- Vztahovačnost – dítě si všechny poznámky bere až příliš k srdci a je náchylné k obviňování druhých z úmyslu ublížit mu.
- Rychlá proměnlivost nálad.
- Nesnášenlivost – agrese vůči jiným dětem.
- Neschopnost podřídit se autoritě a obecně uznávaným pravidlům.
- Nedostatek sebeúcty – těžko si uvědomují svoji důležitost v okolním světě.
- Deprese – přetrvávající špatná nálada, sociální izolace, pocit neštěstí, plačtivost a negativní pohled na svět.
- Úzkost – u 30% dětí s AD(H)D se objevují úzkostné poruchy, s tím často souvisejí somatické symptomy jako je bolení břicha, bolesti hlavy, obsedantně-kompulzivní chování, zvracení a jiné (Michalová 2007, s. 50).

5 Diagnostika specifických poruch chování

První rozdílnosti dětí s AD(H)D se objevují v domácím prostředí nebo v mateřské škole, proto je logické, že právě rodiče nebo pedagogové zachycují prvotní příznaky AD(H)D. Ti si všímají prvotních odlišností v dětském chování a reakcích. S tím souvisí první výchovné problémy a následně žádost o specializované vyšetření (Šauerová, Špačková, Nechlebová 2012, s. 65).

Specifické poruchy chování musí trvat nejméně šest měsíců, aby se mohly diagnostikovat. Projevy AD(H)D by měly být v každém prostředí stejné, a to jak doma, v rodině či v zájmovém kroužku. Jestliže jsou pozorovány u dětí z menšinových etnických skupin či kultur, musí být posuzovány ve vztahu k dětem ze stejného prostředí a stejného mentálního věku. Aby se porucha pozornosti mohla kvalifikovat

jako AD(H)D, musí negativně působit na školní výkon dítěte. Dále se musí ukazovat očividný rozpor mezi intelektuálními schopnostmi dítěte a jeho učební produktivitou (Paclt, Ptáček, Florián 2006, s. 9).

Diagnóza AD(H)D se určuje velice těžce. Žádné přesné diagnostické testy neexistují. Nejde se ani řídit dle symptomů, a to z důvodu jejich změny podle věku, podmínek a různých situací. Spousta dětí trpících specifickými poruchami chování má i jinou poruchu, která dokáže zastínit symptomy AD(H)D (Munden, Arcelus 2006, s. 58).

Pod poruchu pozornosti nespádají děti:

- s vážnou emoční poruchou
- s mentální retardací
- s nedostatečnou příležitostí ke vzdělávání nebo nedostatečným kontaktem s jazykem, ve kterém jsou podávány oficiální instrukce
- s náhlým akutním návalem potíží, které jsou reakcí na stresující události spojené s funkcí rodiny – to může být rozvod rodičů, úmrtí člena rodiny nebo blízkého příbuzného
- s narušeným prostředím, v němž dítě žije – změna bydliště, školy
- se zneužíváním – tělesné týrání, sexuální zneužití, citová deprivace
- s posttraumatickými stresovými reakcemi
- s bolestivými nebo jinak traumatizujícími onemocněními – akutní chirurgický výkon, chronické onemocnění (Paclt, Ptáček, Florián 2006, s. 9).

5.1 Výhody a nevýhody diagnózy AD(H)D

- Když dítěti přidělí diagnózu AD(H)D, je oprávněno k léčbě. Tuto diagnózu potřebují slyšet zdravotní instituce, které jsou financovány zdravotní pojišťovnou, aby mohly začít s léčením. Celkově diagnostikované dítě sebou přináší jistý příslib pomoci a opravňuje dítě s AD(H)D k terapii.
- Děti se specifickou poruchou chování se díky diagnóze stávají žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. To dětem dává nárok na specifický přístup, který je důležitý hlavně ve škole. Záleží ještě, jak se k problému postaví škola, ale jestliže diagnózu přijme a začne s dítětem spolupracovat na řešení problému, bude to mít příznivé účinky na samotné dítě.
- Z diagnózy AD(H)D se může stát jakási nálepka. Dítě může přijmout všechny symptomy AD(H)D za své. Navíc toho může i využívat jako omluvu za své chování a tím se vyhýbat zodpovědnosti za své chování.
- Více než přijatelným vysvětlením pro problémy dítěte je diagnóza AD(H)D, a to především pro rodiče. Pro ně je diagnóza jakési vysvobození a častokrát se jim ulevuje, dítě totiž není nevychované, ale nemocné (Kolčárková, Lacinová 2008, s. 33).

6 Farmakoterapie

Nedostatečná aktivace mozkové kůry, to je právě charakteristické pro specifické poruchy chování. Existuje mnoho léků, které podporují aktivaci mozkové kůry. V České republice může předepisovat léky na hyperkinetickou poruchu jedině lékař (Michalová 2007, s. 172).

Dle Jucovičové a Žáčkové (2015, s. 214) farmakoterapie je jedna z možností, jak ovlivnit projevy syndromu AD(H)D. Farmakoterapie u hyperkinetické poruchy začíná už na konci třicátých let 19. století, avšak největší rozmach se uskutečnil až

v padesátých a šedesátých letech. Určité léky z tohoto období se využívají dodnes. Účinnost farmakoterapie se u různých autorů liší. Někteří tvrdí, že farmakoterapie je ta nejuspěšnější léčba AD(H)D, jiní zase tvrdí, že dlouhodobá léčba působí negativně na emoční stránku dítěte.

Ne všichni pacienti reagují na léčbu pozitivně. Až u 30 % dětí farmakoterapie nezabírá. Nejčastějším lékem jsou stimulantia. U stimulantů musí ovšem lékař i stanovit správnou indikaci, aby dítěti pomohl. Stimulantia se může užívat už od čtyř let, ale jelikož v tomto věku ještě většinou není stanovena diagnóza, podává se až od šesti let. Maximální koncentraci má dítě tak jednu hodinu po podání přípravku a účinnost klesá až po čtyřech hodinách, kdy je dobré, dát dítěti další dávku. Terapie může trvat několik měsíců i let, avšak při dlouhodobé terapii se požaduje přerušit léčbu na nějakou dobu, a to nejlépe během školních prázdnin, kdy se dítě nepotřebuje tolik koncentrovat (Michalová 2007, s. 172).

Je zajímavé, že u dospělých jedinců se při podávání léků objevují opačné důsledky než u dětí. Děti léky zklidní, dospělé naopak povzbudí (Serfontein 1999, s. 95).

Důležité je rozlišovat užití medikace u různých druhů dětí se specifickou poruchou chování.

Jiné léky má dostávat:

- dítě s poruchou pozornosti s hyperaktivitou,
- dítě, které trpí jenom poruchou pozorností bez hyperaktivity,
- dítě s vysokou efektivitou a agresivitou,
- dítě, u kterého se objevuje zvýšená úzkost a deprese.

Pro správné zvolení medikace je nutné komplexní posouzení problematiky, a nejlepší je spolupráce všech odborníků, kteří s dítětem pracují. Bohužel tato situace v praxi běžně nenastává. Lékař, aniž by věděl všechny podrobnosti o dítěti, předepisuje dítěti tu nejběžnější a nejplošnější medikaci. Ta nepůsobí správně a dojde k vysazení léků a k nedůvěře rodičů k farmakoterapii i k odborníkům zabývajících se syndromem AD(H)D, což dítěti nemůže nikterak pomoci (Jucovičová, Žáčková 2015, s. 215–216).

7 Dítě s AD(H)D a rodina

Rodina má na vývoj dítěte s AD(H)D rozhodující a největší vliv. Pevné a stabilní vztahy mezi členy rodiny jsou zásadní pro nejlepší překonání problémů dítěte. Dítě potřebuje ke svému životu řád, důslednost a disciplínu. Podaří-li se v rodině takovéto podmínky vytvořit, má dítě všechny předpoklady, aby své úzkosti úspěšně překonalo (Serfontein 1999, s. 115).

Rodičovství hyperaktivních dětí v předškolním věku je speciální. Děti se specifickými poruchami chování mívají potíže s řízením svých emocí. Sociálně učící teorie klade důraz na rodičovství. To je důležité pro vývoj každého jedince, ale uznávají se i komplexní způsoby, které tvrdí, že rodiče a děti se vzájemně ovlivňují. Rovněž zdůrazňují důležitou roli, kterou dětské interní procesy hrají při motivaci k jejich chování (Harvey, Herberta, Stowe 2015, s. 5–6).

K rozporům zpravidla dochází v rodinách, kdy dítě či dospělý trpí syndromem AD(H)D. Dítě trpící AD(H)D neplní požadavky rodičů, nedělá domácí práce, zapomíná na úkoly, chodí pozdě na večeři, ráno pozdě vstává, chodí domů pozdě, není připravené, aby mohlo včas odejít do školy, neuklízí si pokoj, aktivně se nepodílí na chodu rodiny a obecně nedodrжуje to, na čem se rodina dohodla. Rodiče obvykle reagují tak, že přidávají další pravidla, nezřídka přibývají tresty a zákazy. Dítě na to reaguje vzdorovitě, bouří se. Rodiče reagují dalším zpřísněním pravidel. Rozjíždí se začarovaný kruh a nikdo neví, jak ho zastavit (Hallowell, Ratey 2007, s. 129).

7.1 Prožívání rodičů

Nejvážnější starosti si právě dělají rodiče při nástupu dítěte do mateřské školy. Hůře snášejí, že dítě špatně zvládá požadavky, které jsou na ně v mateřské škole kladeny, a nezapojuje se do kolektivu. Rodiče jsou vyčerpaní ze samotné výchovy a následně na ně nastává tlak od vedení školy za špatné chování dítěte. Také jsou neustále ve stresu, co dítě provede, nemusí to být žádné velké katastrofy, ale jen drobné nehody jako je neposlušnost nebo naschvály, které se stále opakují. Ty vedou k emoční frustraci dítěte i matky. Po špatných zkušenostech z mateřské školy se rodiče obávají nástupu do základní školy, kdy bude na dítě kladen nárok o hodně větší než v mateřské škole.

Z těchto důvodů rodiče pečlivě hledají a následně volí vhodnou školu, kterou by dítě bez větších potíží zvládalo. Častokrát se stane, že tuto školu nikdy nenajdou (Kolčárková, Lacinová 2008, s. 38).

7.2 Dítě s AD(H)D a sourozenci

Není třeba se obávat, že i ostatní sourozenci dítěte s AD(H)D musí mít stejné geneticky zakódované příznaky. Ovšem existují určitá rizika vypěstování podobných charakterových rysů. Pokud je dítě s AD(H)D mezi sourozenci nejstarší, ostatní přirozeně napodobují jeho chování a jednání. Často ani nemohou pochopit, proč jsou napomínáni. Těžkosti vznikají z toho, že rodiče přistupují k dítěti s AD(H)D jinak než k jeho sourozencům (Serfontein 199, s. 121).

Otec s matkou by si měli být vědomi jistých omezení a odlišných schopností dítěte se specifickými poruchami chování. Je vhodné přizpůsobit výchovné nároky a způsoby trestání jeho možnostem. Na ostatní sourozence nelze vždy reagovat stejně jako na dítě s AD(H)D. Čím je dítě starší, začne chápat, že jeho bratr či sestra mají jistý handicap, takže je v některých případech potřeba zacházet s ním jinak než s ostatními. I přesto platí, že by se ke všem sourozencům mělo přistupovat stejně. Spravedlivost a důslednost rodičů má na harmonický vztah mezi dětmi nesmírně důležitý vliv (Serfontein 1999, s. 122–123).

7.3 Komunikace s rodiči

Při komunikaci s rodiči je důležité mít jasně stanovený cíl a měl být pro ně splnitelný. Na začátku komunikace by se mělo říci, že všem záleží hlavně na dobré dítěti. Když rodič vidí zájem od pedagoga a vidí, že si nechce jenom stěžovat na jejich dítě, tak se většinou snaží spolupracovat. U rozhovoru by se mělo začínat s dobrými stránkami žáka a nejlépe je projevit uznání i rodičům a podotknout, jak to mají těžké. Pro rodiče je důležité, když někdo soucítí s jejich složitou situací. Vztah mezi učitelem a rodičem by měl být založen na partnerství. Pedagog se nesmí nad rodiče povyšovat. Je záhodno, aby se vytvořilo bezpečné prostředí, kde se nikdo nebojí projevit a prezentovat své

nápady. Pedagog má věnovat rodičům dostatečnou pozornost, naslouchat jim a projevovat upřímný zájem o to, co mu sdělují (Jucovičová, Žáčková 2007, s. 74–75).

Pro rodiče je důležité, aby:

- učitelé přesně rodičům řekli, co od nich přesně očekávají,
- učitelé byli ohleduplní a vnímaví,
- rodičům přesně říkali, co mají s dítětem doma nacvičit,
- učitelé byli pro rodiče přístupní.

Rodiny s dětmi se specifickými poruchami chování vyžadují pomoc s naučením, jak dítě zvládnout. Také potřebují vědět, že na řešení problému nejsou sami, a že stejné problémy mají i jiné rodiny (Riefova 2010, s. 141).

Pokaždé je lepší dát dohromady více eventuálních řešení, ze kterých si rodič i učitelé můžou vybírat, aby byly přijatelné pro všechny zúčastněné. Učitelé s rodiči by měli rozhodovat na základě kompromisů a ne na základě jednostranných požadavků, neustálého naléhání či vyhrožování. Jestliže se nenajde společné řešení ihned, je dobré to na čas odložit, ale nesmí se na problém zapomenout. Nejlépe si stanovit další termín shledání (Jucovičová, Žáčková 2007, s. 76).

Výchova dítěte se specifickými poruchami chování přináší doma i ve škole veliký stres, frustraci, ale i vyčerpání. Je dobré, když rodiče přímo vidí, jak učitel s dítětem pracuje i v kolektivu s dalšími třiceti dětmi ve třídě, což je náročné, protože tam jsou i jiné děti s problémy. Nejdůležitější pro úspěch ve škole je koordinace a vzájemná podpora rodiny a školy (Riefova 2010, s. 142).

Efektivní komunikaci brání:

- zvětšená zvědavost,
- neschopnost tolerance jak od učitele, tak od rodiče,
- přílišné zahrnování radami,
- nátlak, naléhání a vyhrožování,

- soudit a hodnotit druhou stranu,
- nedostatek empatie,
- používání zákazů a příkazů,
- netrpělivost (Jucovičová, Žáčková 2007, s. 77).

7.4 Rady pro rodiče

Pro děti s poruchou pozornost jsou nejlepší jen krátké jednoduché pokyny, ty mají být konkrétní a přímé. Rodiče by měli aplikovat právě krátké a přímé pokyny u všech úkolů, které zadávají svým dětem. Rodiče mají problémy, že mluví až přespříliš a jejich mluva se pro dítě stává nudná a ztratí soustředění. Proto si dítě nezapamatuje, co má udělat. Je dobré, když příkaz či úkol dítě zopakuje a rodič se ujistí, že ho dítě poslouchalo. Dítě hned tak nezapomene, co má dělat. Když dítě neudělá, co se po něm žádá, se v běžné společnosti mylně pokládá za neposlušnost, ale může za to spíše jeho zapomnětlivost a nepřímé pokyny rodičů (Carter 2011, s. 37–38).

Uklidnit dítě a přitom také zachovat klid, je velice těžké. Odborníci doporučují:

- Požadavky na dětské chování by měly být krátké a realistické. Nejlépe, když to s dítětem probereme.
- Klidné vysvětlení, jak byla porušena pravidla, a že to rozhodně bude mít svoje důsledky, je lepší než křik.
- Oddělení dítěte od jeho chování je přínosné.
- Není dobré vyhrožovat dítěti, pokud hrozba nejde vyplnit.
- Sarkasmus u dětí s AD(H)D není vhodný, děti jej často nechápu.
- Zachování klidu rodičů je velice obtížné, ale velmi důležité (Laver-Bradbury, Thompson, Weeks a kol. 2016, s. 68).

Jako každé dítě se i dítě se specifickými poruchami chování snaží o samostatnost. Pro matku je velmi obtížné nechat dítě cokoli udělat, aniž by vůbec nezasáhla. Často ví, že

ona sama by danou prací měla mnohem rychleji a lépe než dítě. Matka nesmí podlehnout své netrpělivosti, jinak se dítě naučí, že se nemusí na nic soustředit a namáhat se. Neznamená to ovšem, že by neměla svému dítěti pomáhat, to určitě ne. Jen musí vystihnout správný okamžik, kdy pomoci, aby se dítě naučilo samostatnosti, ale také neztratilo zájem o věc kvůli svému neúspěchu. (Goetz, Uhlíková 2009, s. 73)

Děti s AD(H)D potřebují okamžité důsledky pro jejich špatné chování. Je však důležité, aby rodiče poznali vývojově vhodné předpoklady pro jejich dětské chování. Rodiče mohou také přidávat domácí práce, což přispívá k rozvíjení smyslu pro zodpovědnost v rodině. Je dobré, když rodiče spolupracují s učitelem dítěte a vypracují plán, který podporuje dětské konkrétní pozitivní cíle (Ghuman, Ghuman 2014, s. 120–121).

8 Dítě s AD(H)D a mateřská škola

Specifické poruchy chování se vyhraňují právě v předškolním věku. V tomto období se však snižuje sociální tolerance okolí k projevům AD(H)D a odchylkám od normy. Vývoj dítěte bývá nerovnoměrný a v mnoha oblastech opožděný. Nejvíce je opožděný vývoj vidět v oblasti hrubé motoriky, která je neobratná a špatně koordinovaná. Dítě se nedokáže vyrovnat manuální zručností ostatním dětem ve stejném věku. Objevuje se zde nešikovnost při sebeobsluze i při práci s kreslicím náčiním. Často bývá opožděna i řeč a především po stránce obsahové, objevují se zde i agramatismy a obsahová chudost. To se projevuje v menší schopnosti porozumět svému okolí, ale i v neúměrné náročné schopnosti vybavit si adekvátní verbální řečový pojem pro jistý předmět, činnost nebo jev (Michalová 2007, s. 71–72).

Výchova a vzdělávání žáka s AD(H)D ve školním kolektivu s sebou nese určitou náročnost, těžkosti a rizika, s nimiž se musejí vyrovnávat pedagogové i ostatní žáci. Samotné dítě s AD(H)D nese veliké riziko, vždyť úspěšnost jeho zapojení může ovlivnit další jeho vývoj i způsob prožití dětství. Špatné zapojení do kolektivu může způsobit ztíženou sociální adaptaci. Dítěti, které není úspěšně zapojeno do vzdělávání, hrozí možné závažné životní selhání. Na dobrém průběhu prožití období školní docházky závisí přijetí pravidel a vybudování si vztahů s ostatními dětmi a pedagožkou v mateřské škole (Škrdálková 2015, s. 39).

8.1 Chování dětí v MŠ

Většina dětí s AD(H)D není dostatečně vyzrálých na to, aby se vyrovnaly s řádem, který v mateřských školách panuje. Největším problémem je jejich nevyzrálost v sociálních a emocionálních dovednostech. Na procvičení emocionálních dovedností potřebují mnohem více času než intaktní děti. Mezi negativní jevy současnosti je nárůst počtu dětí se specifickými poruchami chování. Děti s AD(H)D mají při nástupu do mateřské školy nevyzrálý nervový systém a nedostatečně vyvinutý mechanismus zvládnání situací. Učitelky v mateřských školách se pak s problematikou setkávají jako první a musí hledat způsob, jak každému dítěti poskytnout nezbytnou pomoc a odpovídající péči i vzdělání, které se pro něho stanou základem celoživotního vzdělávání. (Riefová 2010, s. 163)

Neusměrňované obtížné chování dítěte s poruchou AD(H)D okamžitě přivádí učitelku v mateřské škole do rozporuplného citového rozpoložení. Její bezmoc vůči dítěti je viditelná. V těchto situacích bývá učitelka bezradná a neposlušnost dítěte v ní vyvolává zlost. Na druhé straně se zde objevuje lítost vůči dítěti, protože cítí jeho bezmoc kontrolovat situaci a jeho velkou osamělost. K takovému dítěti nevede cesta projevoáním odstupů, nýbrž projevy náklonnosti (Prekopová, Schweizerová 2008, s. 134).

Děti, které se nedokážou soustředit, neovládají se a nemůžou déle setrvat u skupiny či třídy, potřebují ke znovunabytí sebekontroly čas a prostor. Často se jim poskytuje čas a prostor přímo ve třídě. Tato místa jsou přímo určená, může to být koutek s knížkami či jiným pracovními pomůckami. Nejlepší možnost je dát dítěti samostatnou možnost volby odejít a vrátit se ke skupině. Klíčová technika řízení chování je nasměrovat pozornost dítěte jinam a na špatné cestě ho zastavit dříve, než bude zapotřebí ho napomenout. Učitelka proto musí být vnímavá a musí dítě pozorně sledovat (Riefová 2010, s. 168–169).

Dítě v mateřské škole vnímá náklonnost jako oporu a orientaci, projevuje-li se nejen slovy, ale především tělesným dotykem. Více než kterékoliv jiné dítě potřebuje neklidné dítě, aby mohlo sedět u učitelce na klíně a to z důvodu své sociální nezralosti. Dělá mu problémy řídit sám sebe. Na procházce potřebuje ruku učitelky, aby bylo schopno jít ve

skupině. Velká skupina třídy v mateřské škole pro něj znamená nadměrné zatížení. Potřebuje malou skupinu a neustálou individuální náklonnost učitele. To však může vyvolat žárlivost ostatních dětí. Nejen děti s AD(H)D a učitelky, ale i ostatní děti se cítí bezradně. Významné je mluvit o odlišnosti jedince i s ostatními dětmi. Děti poté projeví mnohem více pochopení a je pro ně snazší pochopit jeho nedostatky (Prekopová, Schweizerová 2008, s. 134–135).

8.2 Role pedagoga

Pedagog v mateřské škole se obvykle stává prvním člověkem, který dokáže vidět symptomy a řekne, že vše není v pořádku. On upozorňuje na odchylky ve vývoji dítěte a doporučuje vyšetření u psychologa. Pedagog na rozdíl od rodiče si jednání dítěte nebere osobně a dokáže mít nadhled. Právě pedagog, kdo hájí zájmy dítěte bez ohledu na to, jak problematické dítě je. Učitel se snaží dosáhnout spolupráce, jak s dítětem, tak s jeho rodiči. Měl by se snažit o posilování konkrétních dovedností a schopností, se kterými má žák problémy. Důležité pro učitele je si uvědomit, že dítě se musí učit i to, co jiné děti dávno umějí, a že dítěti s AD(H)D obvykle trvá déle, než si osvojí nějakou dovednost. Dítě se kvůli nižší pozornosti a nedostatečnému pocitu přijetí do kolektivu učí obtížněji a jeho reálné možnosti nemusejí korespondovat míře intelektu. Často dítě některé věci zvládá a pouze zkouší pedagogovy hranice trpělivosti (Škrdílková 2015, s. 40–41).

9 Empirická část

Empirická část bakalářské práce navazuje na teoretickou část této práce. V ní jsou uvedeny cíle bakalářské práce, hypotézy a samostatný výzkum. Průzkum byl zaměřen na zjištění výskytu dětí s AD(H)D v mateřských školách a na způsoby práce s nimi.

9.1 Cíl práce

Cílem empirické části bylo zjistit, jaký je výskyt dětí s AD(H)D v mateřských školách a také, jaká je práce učitelek v mateřských školách s těmito dětmi. Práce s dětmi též souvisí se vzděláním učitelek a jejich informovaností o poruše AD(H)D. Kvalitní práce s dětmi se specifickými poruchami chování je velmi důležitá pro jejich osobní růst i budoucí život. Proto je nutné, aby učitelky o poruše AD(H)D věděly co nejvíce. Z tohoto důvodu je dalším cílem empirické části poučení do praxe.

9.2 Výzkumná otázka a hypotézy

Výzkumná otázka

V jaké míře se v běžné mateřské škole vyskytují děti s diagnózou AD(H)D a jak učitelé pracují s těmito dětmi?

Hypotézy

H1 V běžné třídě mateřské školy je více dětí s podezřením na poruchu AD(H)D, ale 0–1 se stanovenou diagnózou AD(H)D.

H2 Učitelé s těmito dětmi pracují více individuálně než s intaktními dětmi.

H3 Nejčastěji učitelky zařazují dětem navíc speciální aktivity.

9.3 Použité metody sběru dat a popis výzkumného vzorku

Sběr dat byl prováděn v dubnu 2016 formou dotazníkového šetření a rozhovoru, Data byla zpracována kvantitativně i kvalitativně. Dle Gavory (2008, s. 34–35) kvantitativní výzkum obsahuje čísla. Zjišťuje se zde množství, rozsah nebo frekvence výskytu. Číselné údaje se dají zpracovat, vypočítat jejich průměr, či vyjádřit v procentech. Objevuje se zde nestrannost tazatele. Kdežto v kvalitativním výzkumu se uvádí zjištění ve slovní podobě. Tazatel se snaží proniknout do situace, protože tak ji může porozumět a předat dále.

Použitá metody jsou dotazník a nestrukturované pozorování.

Gavora (2008, s. 122) uvádí, že dotazník je nejfrekventovanější metodou zjišťování údajů. Dotazník je tedy především vhodný pro hromadný sběr informací.

Vlastní dotazník obsahoval 15 uzavřených či polouzavřených otázek. Na začátku byl krátký úvod, ve kterém byl uveden účel dotazníku, anonymnost dotazníku a jak ho vyplňovat. Na výzkum bylo připraveno 25 dotazníků. Ty byly předány do běžných mateřských škol v Jablonci nad Nisou. Respondenti byli učitelé mateřských škol. Návratnost dotazníků byla uspokojivá. Vrátilo se jich 20.

U nestrukturovaného pozorování byl určený jen cíl a prostředí, ve kterém se pozorování uskutečňovalo, nebyly zde dopředu vytvořeny hodnotící škály nebo pozorovací systémy (Gavora 2008, s. 192). Pozorovali jsme děti s poruchou AD(H)D v 5 třídách v Jablonci nad Nisou. Jedno pozorování se uskutečňovalo po jeden den od nástupu dítěte do mateřské školy až do jeho odchodu. Smyslem pozorování bylo zjistit chování dětí s AD(H)D a popsat práci učitelek s těmito dětmi.

Cíl pozorování v otázkách

- Jaký vztah mají děti k jedinci s AD(H)D?
- Jak se dítě s AD(H)D chová během volné aktivity
- Jak se dítě chová během řízené aktivity
- Co učitelka dělá jestliže, dítě začne být neposedné?
- Jak se učitelka chová k dítěti v rámci procházky venku?
- Spí dítě s AD(H)D v MŠ? A jestliže ne, co učitelka dělá, aby dítě nerušilo ostatní děti?
- Pracuje učitelka s dětmi více individuálně?

9.4 Interpretace dat

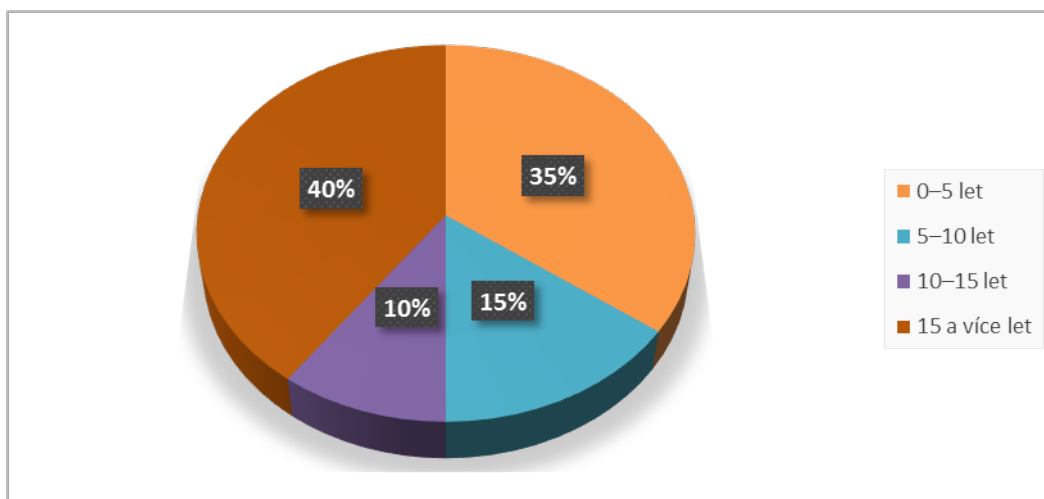
9.4.1 Dotazníkové šetření

Otázka č. 1

Jak dlouho působíte jako učitelka v mateřské škole?

Tabulka 1 Působnost učitelek v MŠ

	Celkový počet	%
0–5 let	7	35,00 %
5–10 let	3	15,00 %
10–15 let	2	10,00 %
15 a více let	8	40,00 %



Graf 1 Působnost učitelek v MŠ

Nejvíce dotazovaných učitelek působí v mateřské škole 15 a více let a to celkem 40 % učitelek. Dále 35 % učitelek působí v mateřské škole 0–5 let, 15 % učitelek 5–10 let a nejméně 10 % učitelek působí v mateřské škole 10–15 let.

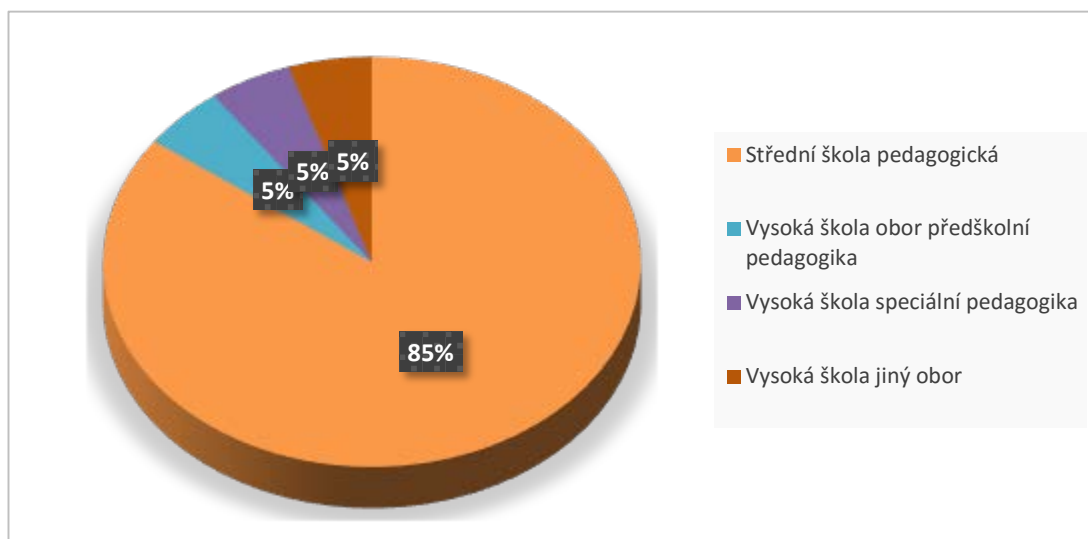
Z toho vyplývá, že učitelky, které byly dotazovány, mají velkou nebo naopak minimální zkušenost s dětmi s AD(H)D.

Otázka č. 2

Jaké máte vzdělání?

Tabulka 2 Vzdělání

	Celkový počet	%
Střední škola pedagogická	17	85,00 %
Vysoká škola obor předškolní pedagogika	1	5,00 %
Vysoká škola speciální pedagogika	1	5,00 %
Vysoká škola jiný obor	1	5,00 %



Graf 2 Vzdělání

Naprostá většina učitelek má jen střední vzdělání pedagogické a to celkem 85 %. 5 % učitelek kromě střední školy pedagogické uvedlo vysokou školu a obor školský management. Také 5 % učitelek vystudovalo vysokou školu obor předškolní pedagogika a 5 % učitelek má vystudovanou vysokou školu obor speciální pedagogika.

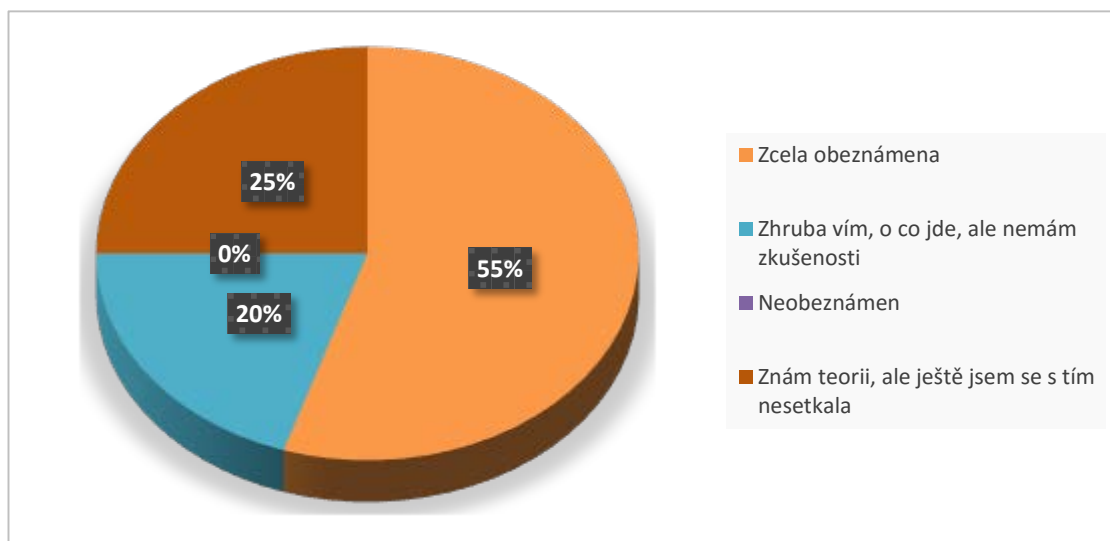
Z výsledků lze jasně říci, že na učitelky mateřské školy není požadováno větší vzdělání než střední škola pedagogická, a proto nemají důvod studovat dále. Jediný důvod ke zvýšení vzdělání snad může být vyšší pozice třeba jako ředitelka mateřské školy nebo vlastní zájem a touha si vzdělání zvýšit.

Otázka č. 3

Jak dobře jste seznámena s problematikou AD(H)D?

Tabulka 3 Seznámení s problematikou AD(H)D

	Celkový počet	%
Zcela obeznámena	11	55,00 %
Zhruba vím, o co jde, ale nemám zkušenosti	4	20,00 %
Neobeznámen	0	0,00 %
Znám teorii, ale ještě jsem se s tím nesetkala	5	25,00 %



Graf 3 Seznámení s problematikou AD(H)D

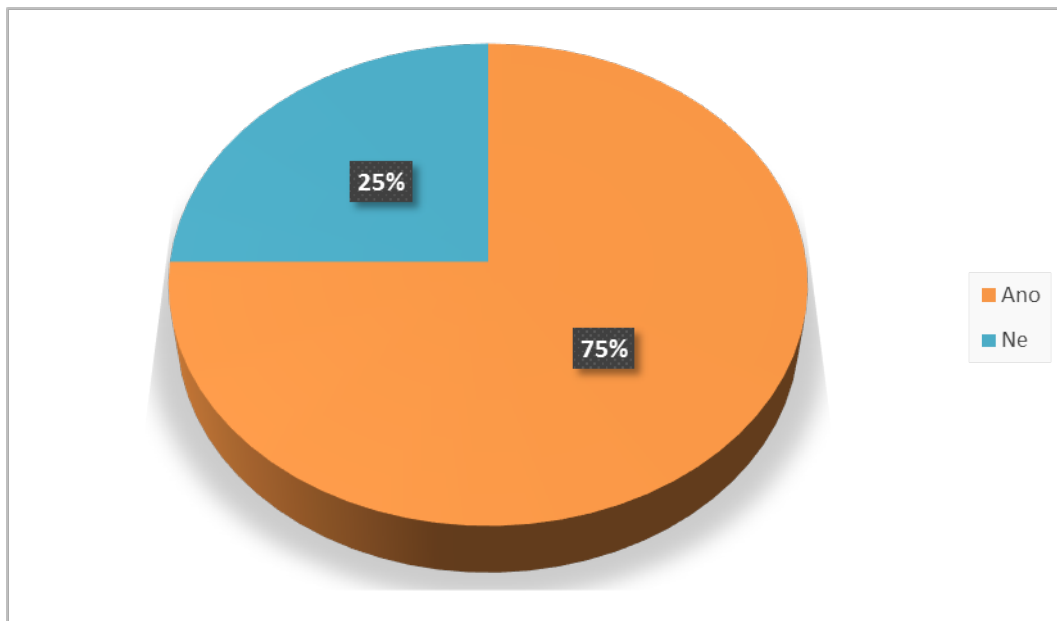
Většina účastníků je zcela obeznámena s problematikou AD(H)D a to celkem 55 % učitelek. 20 % dotazovaných jsou zhruba obeznámeny s problematikou AD(H)D, ale nemají potřebné zkušenosti. Celkem 25 % učitelek zná teorii, ale ještě se specifickými poruchami chování nesetkaly.

Otázka č. 4

Setkala jste se ve své praxi s dítětem s AD(H)D?

Tabulka 4 Setkání s dítětem s AD(H)D v praxi

	Celkový počet	%
Ano	15	75,00 %
Ne	5	25,00 %



Graf 4 Setkání s dítětem s AD(H)D v praxi

Celkem 75 % učitelek se setkalo ve své praxi s dítětem se specifickou poruchou chování. Naopak 20 % učitelek se s takovým dítětem nesetkalo.

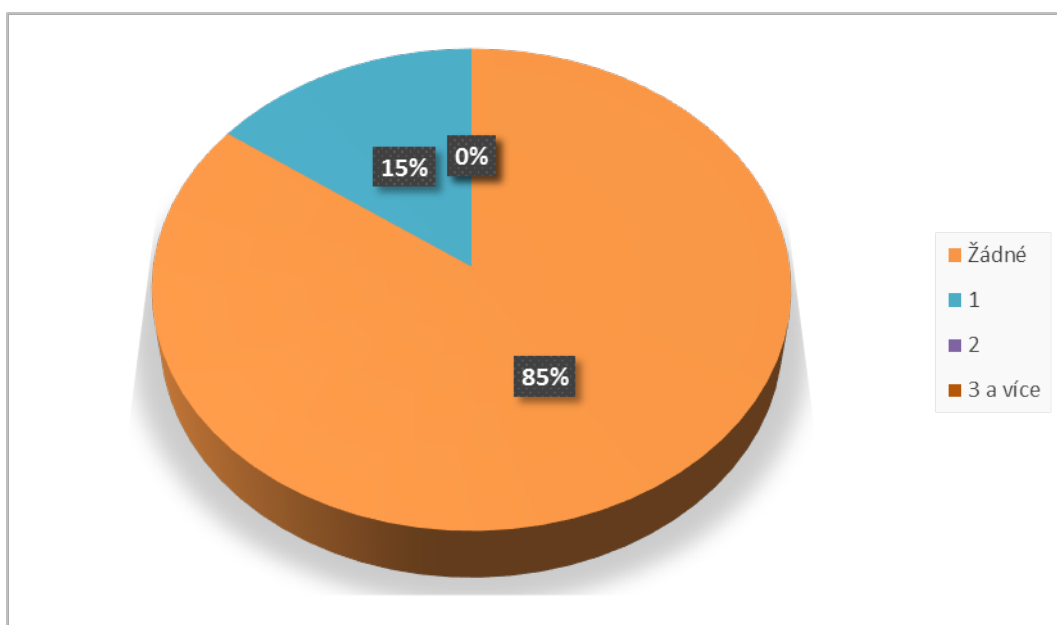
To, že se některé učitelky nesetkaly s dítětem s AD(H)D neznamena, že nevědí, jak se s ním pracuje, protože většina dětí se diagnostikuje až v pozdějších letech. Každá učitelka poznala nějaké dítě s příznakem specifických poruch chování jako je hyperaktivita, impulzivita či nepozornost a všechny mají své přístupy, jak s tímto dítětem pracovat.

Otázka č. 5

Kolik máte ve třídě diagnostikovaných dětí s AD(H)D?

Tabulka 5 Děti s diagnostikovaným AD(H)D ve třídě

	Celkový počet	%
Žádné	17	85,00 %
1	3	15,00 %
2	0	0,00 %
3 a více	0	0,00 %



Graf 5 Děti s diagnostikovaným AD(H)D ve třídě

Většina respondentů odpověděla, že ve třídě momentálně nemají diagnostikované dítě s AD(H)D a to celkově 85 % dotazovaných. Jedno dítě s diagnózou AD(H)D mají ve své třídě 15 % učitelek.

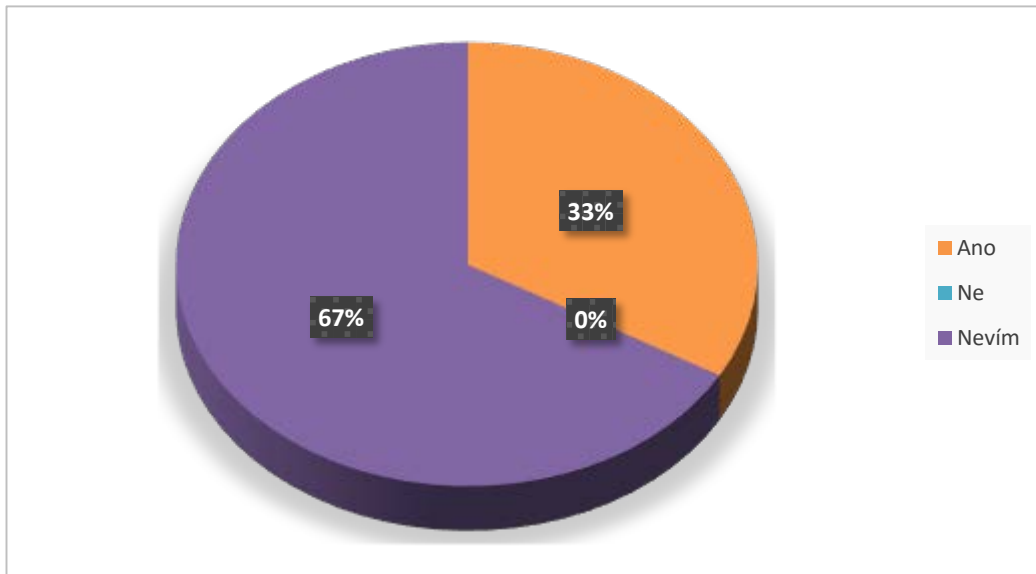
I přestože se diagnóza AD(H)D objevuje stále častěji, neznamená to, že musí být nutně v každé třídě. Jelikož se diagnóza určuje až v pozdějších letech je málo pravděpodobné, že ve třídách bude dětí s AD(H)D hodně. Zato v mnohem větší míře se budou ve třídě objevovat děti s příznaky AD(H)D. Tvrzení si můžeme ověřit v následujících otázkách.

Otázka č. 6

Jestliže máte nějaké dítě s diagnózou AD(H)D, bere dítě léky na tuto poruchu?

Tabulka 6 Diagnostikované děti a léky

	Celkový počet	%
Ano	1	33,33 %
Ne	0	0,00 %
Nevím	2	66,67 %



Graf 6 Diagnostikované děti a léky

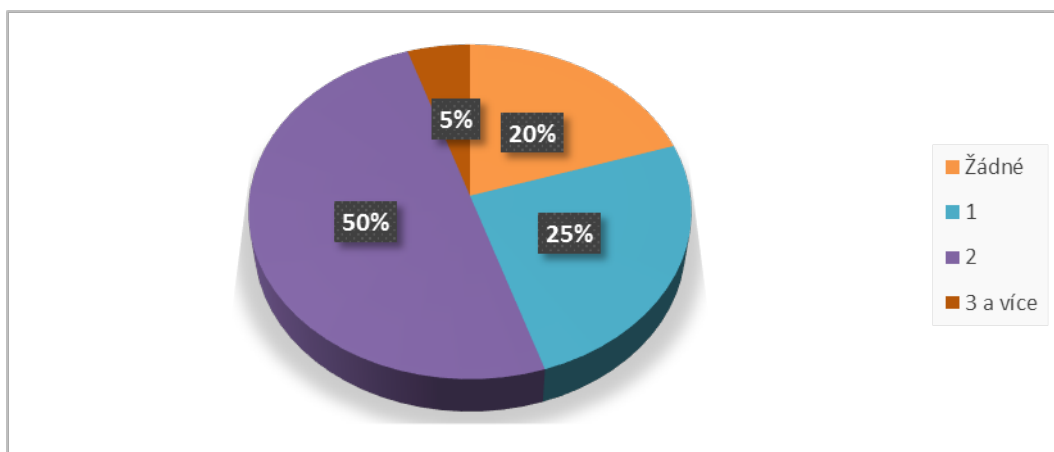
Z těch 3 učitelek, co odpověděly, že mají ve třídě žáka s diagnózou AD(H)D, 67 % zaškrtnulo, že neví, jestli dítě bere nějaké léky a 33 % učitelek označilo odpověď, že léky bere.

Otázka č. 7

Máte ve třídě nějaké dítě s příznaky AD(H)D jako nepozornost, hyperaktivita či impulzivita?

Tabulka 7 Děti s příznaky AD(H)D ve třídě

	Celkový počet	%
Žádné	4	20,00 %
1	5	25,00 %
2	10	50,00 %
3 a více	1	5,00 %



Graf 7 Děti s příznaky AD(H)D ve třídě

Další otázka zjišťovala, kolik dětí s příznaky AD(H)D jako je impulzivita, hyperaktivita nebo nepozornost, je ve třídě. Žádné dítě ve své třídě nemá 20 % učitelek. 1 dítě s příznaky AD(H)D má 25 % učitelek. Polovina respondentů odpověděla, že má ve třídě 2 žáky s těmito příznaky. V poslední řadě 5 % učitelek má 3 a více dětí s příznaky AD(H)D.

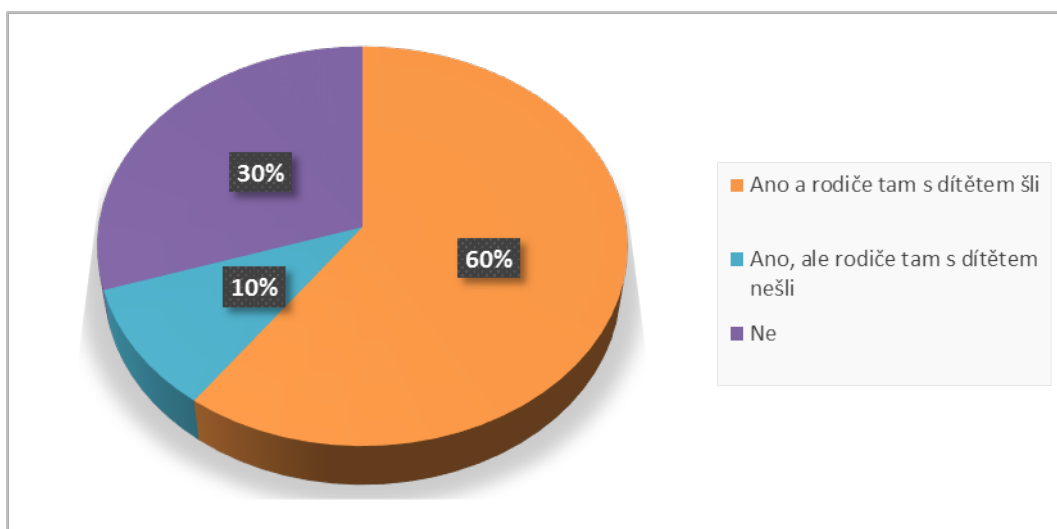
To potvrzuje fakt, že děti se diagnostikují až v pozdějších letech svého života, ale že mají příznaky, ne vždy znamená, že budou mít specifickou poruchu chování. Někdy příznaky mohou znamenat pouhou nevychovanost, či zanedbávání ze strany rodičů.

Otázka č. 8

Doporučili jste někdy rodičům návštěvu pedagogicko-psychologické poradny kvůli možné diagnostice?

Tabulka 8 Doporučení návštěvy pedagogicko-psychologické poradny

	Celkový počet	%
Ano a rodiče tam s dítětem šli	12	60,00 %
Ano, ale rodiče tam s dítětem nešli	2	10,00 %
Ne	6	30,00 %



Graf 8 Doporučení návštěvy pedagogicko-psychologické poradny

Více než polovina respondentů odpovídala na tuto otázku kladně. 70 % učitelek zaškrtnulo, že rodiče s dětmi poslaly do pedagogicko-psychologické poradny, kvůli možné diagnóze, z toho 60 % jich bylo úspěšných a rodiče PPP navštívili a 10 % rodičů i přes učitelčino doporučení PPP nenavštívili. 30 % respondentů odpovědělo, že dítě nikam neposílalo.

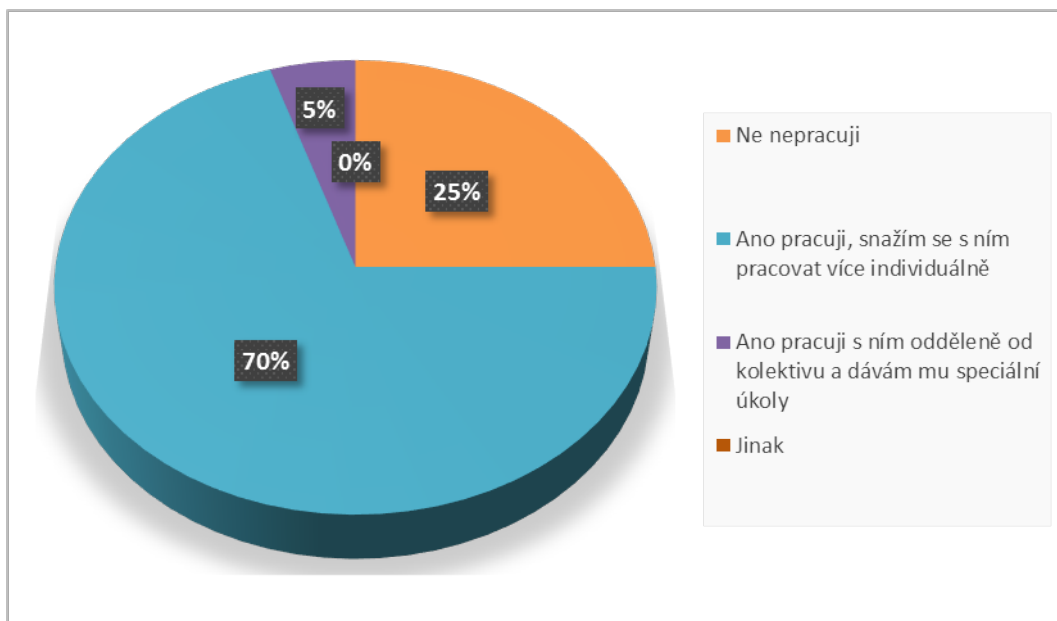
Z odpovědí vyplývá, že učitelé si jako první všimají, že s dětmi není něco v pořádku a doporučují rodičům možný způsob zjištění, co s nimi doopravdy je.

Otázka č. 9

Pracujete s dětmi, které mají diagnostikované AD(H)D nebo s dětmi s příznaky AD(H)D jinak než s dětmi intaktními?

Tabulka 9 Práce s dětmi s AD(H)D

	Celkový počet	%
Ne pracuji	5	25,00 %
Ano pracuji, snažím se s ním pracovat více individuálně	14	70,00 %
Ano pracuji s ním odděleně od kolektivu a dávám mu speciální úkoly	1	5,00 %
Jinak	0	0,00 %



Graf 9 Práce s dětmi s AD(H)D

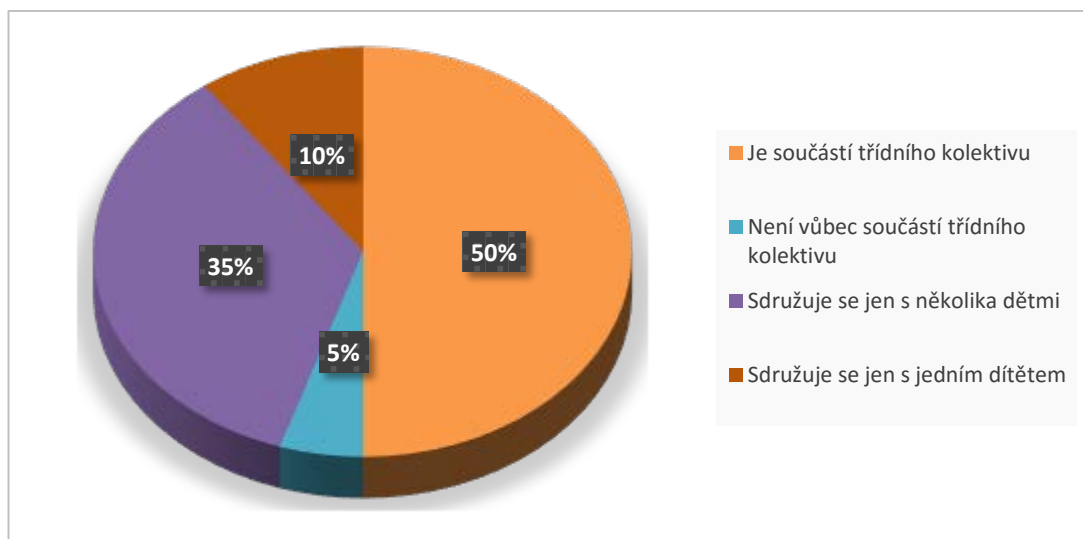
Celkově 25 % učitelek nepracuje s dětmi s AD(H)D nebo s příznaky AD(H)D jinak než s intaktními dětmi. Více než polovina respondentů pracuje s dětmi se specifickými poruchami chování jinak, a spíše více individuálně, toto praktikuje 70 % učitelek. 5 % dotazovaných odpovědělo, že s dítětem pracuje odděleně od ostatních a dává mu speciální úkoly.

Otázka č. 10

Jak se děti s AD(H)D nebo s příznaky AD(H)D začleňují do třídního kolektivu?

Tabulka 10 Dítě s AD(H)D a kolektiv ve třídě

	Celkový počet	%
Je součástí třídního kolektivu	10	50,00 %
Není vůbec součástí třídního kolektivu	1	5,00 %
Sdružuje se jen s několika dětmi	7	35,00 %
Sdružuje se jen s jedním dítětem	2	10,00 %



Graf 10 Dítě s AD(H)D a kolektiv ve třídě

Polovina dotazovaných zaškrtnula, že dítě je součástí kolektivu. 5 % učitelek zodpovědělo na tuto otázku, že žák není vůbec součástí třídního kolektivu. Celkově 35 % učitelek označilo odpověď, že děti se sdružují jen s několika dětmi a 10 % učitelek tvrdí, že se dítě sdružuje jen s jedním dítětem.

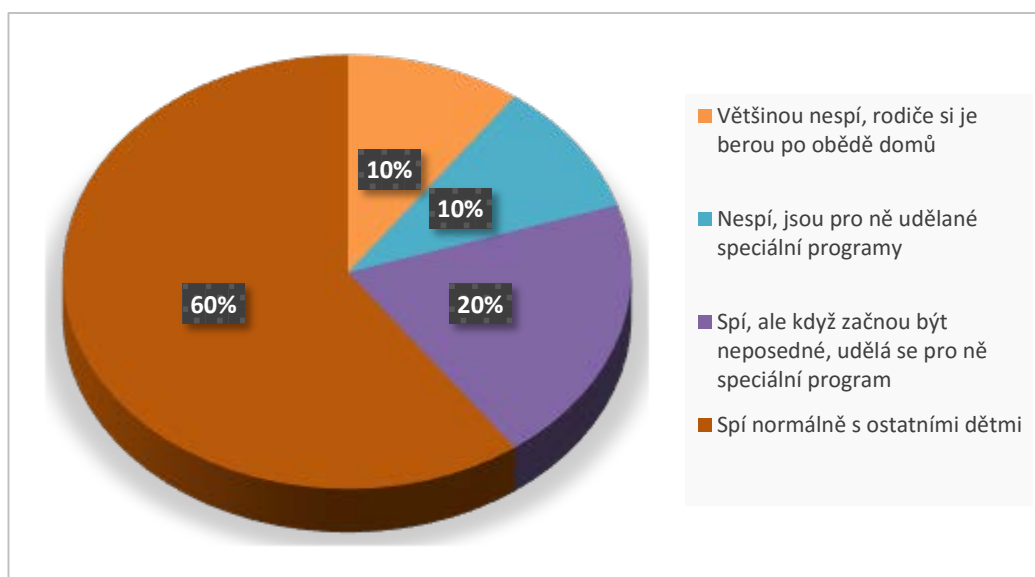
Tady záleží na individualitě dítěte, každé dítě je jiné. Některé děti jsou samotářské i bez poruchy AD(H)D. Ačkoliv si děti obtížněji hledají přátele, neznamená to, že si je dříve či později nenajdou.

Otázka č. 11

Spí děti s nebo příznaky AD(H)D v mateřské škole?

Tabulka 11 Spánek a děti s AD(H)D

	Celkový počet	%
Většinou nespí, rodiče si je berou po obědě domů	2	10,00 %
Nespí, jsou pro ně udělané speciální programy	2	10,00 %
Spí, ale když začnou být neposedné, udělá se pro ně speciální program	4	20,00 %
Spí normálně s ostatními dětmi	12	60,00 %



Graf 11 Spánek a děti s AD(H)D

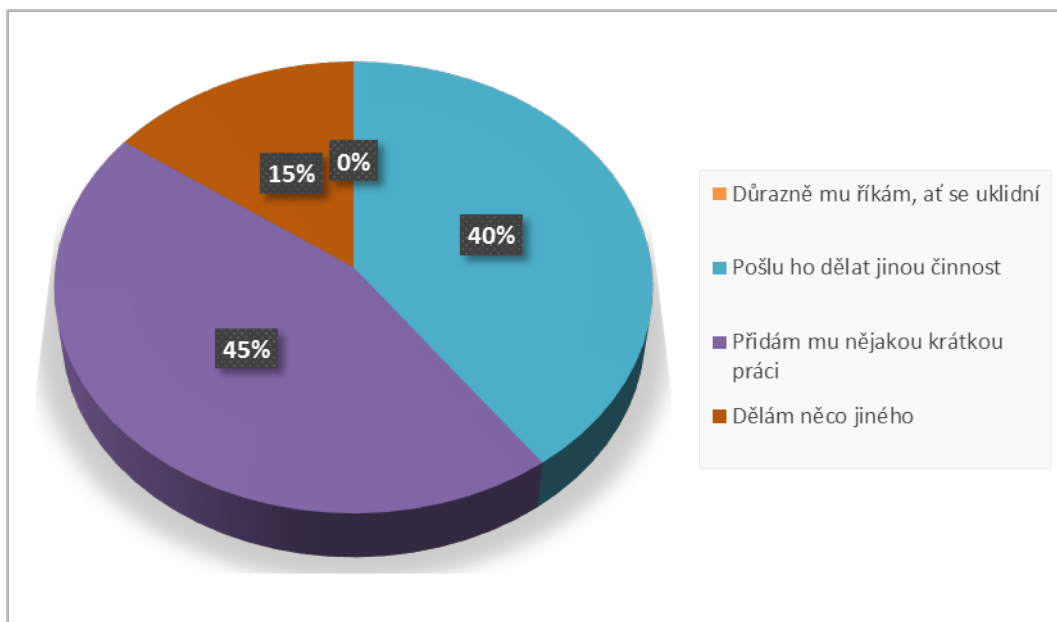
Děti většinou nespí, protože si je berou rodiče domů, to odpověděli 10 % respondentů. Také 10 % respondentů odpovědělo, že děti nespí, a proto jsou pro ně připravené speciální úkoly. Žáci spí, ale když začnou být neposední, udělá se pro ně speciální program, tak odpovědělo 20 % učitelek. Přes polovinu dotazovaných odpovědělo, že děti spí normálně s ostatními dětmi.

Otázka č. 12

Když dítě začne být neposedné, co s ním děláte?

Tabulka 12 Začne-li dítě být neposedné dítě

	Celkový počet	%
Důrazně mu říkám, ať se uklidní	0	0,00 %
Pošlu ho dělat jinou činnost	8	40,00 %
Přidám mu nějakou krátkou práci	9	45,00 %
Dělám něco jiného	3	15,00 %



Graf 12 Začne-li dítě být neposedné dítě

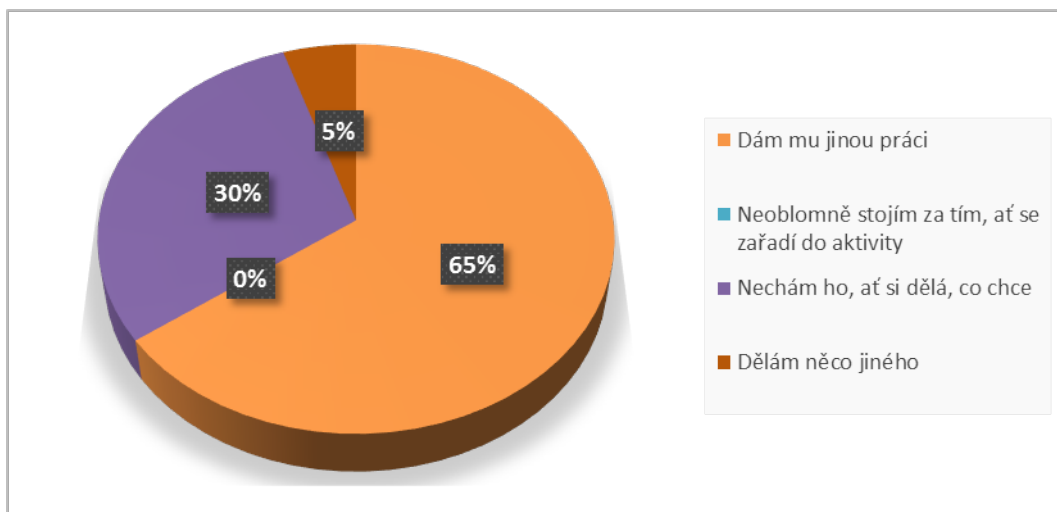
Nikdo neříká důrazně dětem, ať se uklidní, když začnou být neposedné. 40 % učitelek pošle děti dělat jinou činnost. Skoro polovina dotazovaných dětem přidá nějakou jinou práci. 15 % učitelek dělá něco jiného. Buď se s dítětem dopředu domluví, co bude dělat, když už nemůže zůstat na místě. Jiná učitelka napsala, že se ho zeptá, co chce dělat a poté to dělají. Nebo jdou s dítětem na chodbu a tam ho uklidní.

Otázka č. 13

Nechce-li dítě s AD(H)D zapojovat do aktivity, která je určená pro všechny děti, co děláte?

Tabulka 13 Dítě se nechce zapojovat do aktivity

	Celkový počet	%
Dám mu jinou práci	13	65,00 %
Neoblomně stojím za tím, ať se zařadí do aktivity	0	0,00 %
Nechám ho, ať si dělá, co chce	6	30,00 %
Dělám něco jiného	1	5,00 %



Graf 13 Dítě se nechce zapojovat do aktivity

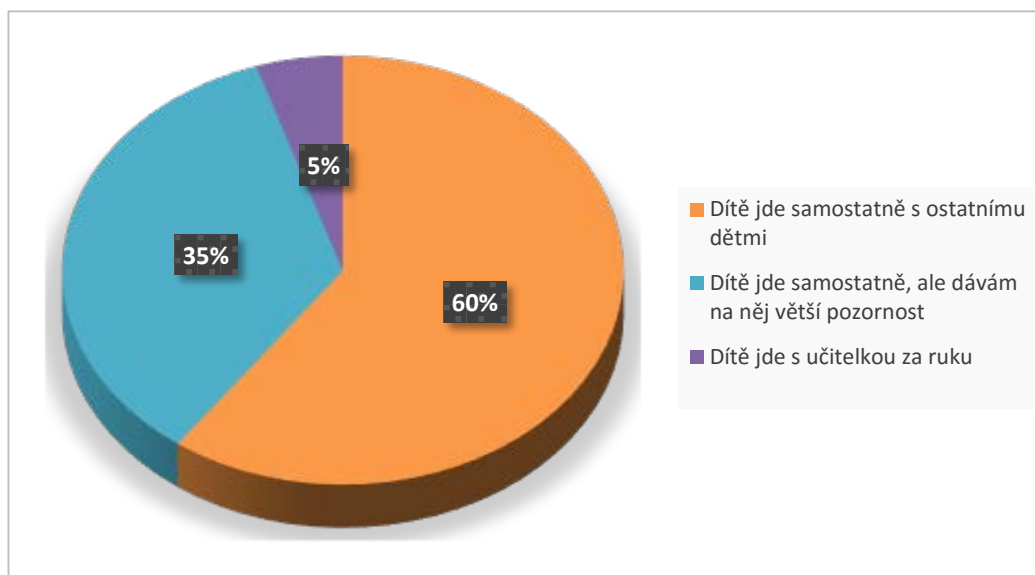
Více než polovina respondentů odpověděla, že nechce-li se dítě zapojovat do společné aktivity, připraví mu raději aktivitu jinou. Žádná učitelka neoblomně netrvá na tom, ať se žák do aktivity zapojí. 30 % učitelek nechá dítě, ať si dělá, co chce. 5 % učitelek dělá něco jiného a to, že se s ním domluví, co chce dělat a udělají nějaký kompromis či jinou relaxační činnost.

Otázka č. 14

Jdete-li s dítětem s AD(H)D na procházku ven, kde dítě jde?

Tabulka 14 Dítě s AD(H)D a procházka

	Celkový počet	%
Dítě jde samostatně s ostatními dětmi	12	60,00 %
Dítě jde samostatně, ale učitelka na něj dává větší pozor	7	35,00 %
Dítě jde s učitelkou za ruku	1	5,00 %



Graf 14 Dítě s AD(H)D a procházka

Celkově 60 % učitelek dítě s AD(H)D nebo s příznaky AD(H)D nechá jít samostatně s ostatními dětmi. 35 % dotazovaných nechá jít dítě samostatně, ale dbá na zvýšenou opatrnost. 5 % učitelek jde s dítětem raději za ruku.

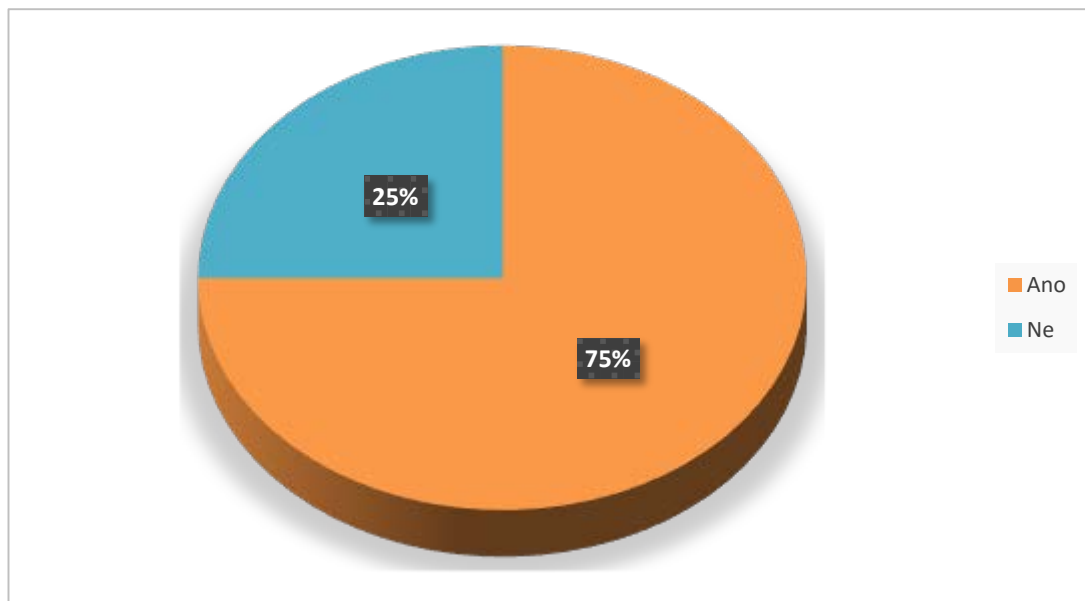
V této oblasti také záleží na individuálním dítěti i na jeho aktuálním stavu. Jsou dny, kdy je klidné a může jít samo, ale i dny, kdy se třeba špatně vyspalo a není v té nejlepší kondici, a proto raději s ním jdou za ruku.

Otázka č. 15

Chtěli byste se dozvědět více o poruše AD(H)D?

Tabulka 15 Více o AD(H)D

	Celkový počet	%
Ano	15	75 %
Ne	5	25 %



Graf 15 Více o AD(H)D

Celkem 75 % dotazovaných by chtělo vědět více o poruše AD(H)D. Čtvrtina respondentů nechce vědět více o poruše AD(H)D. Jedna učitelka napsala, že to prozatím nebylo třeba, ale plánovaná inkluze vše změní a bude potřeba získávání více poznatků.

9.4.2 Pozorování

Jména, která se zde objevují, jsou zcela fiktivní.

Pozorování č. 1

Pozorovatel seděl v rohu a sledoval, jak se s dítětem pracuje. Na první pohled bylo ihned jasné, který chlapec trpí specifickou poruchou chování, byl jím Tomáš. Tomášovi je 5 let. Při volné aktivitě chlapec pobíhal od jednoho hracího koutku k druhému. Učitelka napomínala Tomášovo běhání, ale on za chvíli běhal zase. U ničeho příliš dlouho nevydržel a i přesto, že si chtěl hrát s různými dětmi, byl odmítán. Nakonec se ho učitelka ujala sama a stavěli spolu puzzle.

Při řízené aktivitě to bylo horší. Chlapec vyrušoval, vstával od stolu, když se něco vysvětlovalo, nedával pozor. Učitelka řešila problém různými způsoby. Nejdříve mu domlouvala, ať se uklidní, což pomohlo vždy jen na chvíli. Když ani domlouvání nezabíralo, dala dítěti v rohu nějakou jinou práci, třeba stavění kostek. Zde se stalo, že ostatní děti začaly žárlit a chtěly si hrát s ním. Učitelka ostatním dětem musela vysvětlit, proč Tomáš může a oni ne.

Při procházce venku šel chlapec vždy v blízkosti učitelky. Ta na něj dávala větší pozor. Šel za ruku s tím neklidnějším dítětem, které ho trochu zpomalovalo. Učitelka dávala často pauzy, kde něco zkoumali, nebo hráli nějakou hru.

Chlapec spal s ostatními dětmi, ale zhruba v polovině spací doby se probudil, začal sebou házet a vrtět se. Učitelka pro něj došla a šli na kraj spací místnosti, kde byl stůl. Tam mu dala na vymalování obrázků. Když ho vymalovávání přestalo bavit a začal odbíhat od stolu, začali spolu s učitelkou skládat puzzle. Zde bylo vidět, že činnost dělají často.

Při tomto pozorování lze vidět, že učitelka už měla více žáků s AD(H)D nebo jen příznaky AD(H)D. Věděla, co má dělat, když se dítě začíná vrtět či odbíhat do stolu.

Pozorování č. 2

V dalším případě byla pozorována dívka Šárka a té byly 4 roky. I tady bylo ihned rozpoznat, že trpí AD(H)D. Dívka si při volné činnosti nechtěla hrát sama, ale v kolektivu nebyla příliš oblíbená a nikdo si s ní hrát nechtěl. Jedna skupina dětí si stavěla bunkr z velkých molitanových kostek. Ona ze začátku stavěla s nimi, ale po chvíli na bunkr dala kostku tak prudce, že celý bunkr rozházela. Ostatní děti si s ní opět nechtěly hrát. Musela přijít učitelka a vysvětlovat jim, že ona určitě nechtěla. Také jim řekla, že je přece trochu jiná a je třeba na ni brát ohledy.

Při společné aktivitě se dívka chovala ještě hůře. Děvče vstávalo a odbíhalo během ranního kruhu i během jiných aktivit. Učitelka si s ní nevěděla rady. Když už se nedala snést dívčina nepozornost, učitelka poslala holčinu do kouta. Tam to bylo ještě horší, dívka tam samozřejmě nevydržela a i odtamtud odbíhala. Učitelka zkoušela všechno, od uplácení po vyhrožování, a že řekne tatínkovi o její nevychovanosti, až přijde. Občas i zvýšila hlas.

Na procházce byla Šárka více klidná. Dívka si užívala toho, že může být venku, a že s ní někdo jde za ruku, i když to po většinu času byla právě učitelka. Po obědě si holčičku brali rodiče domů.

Z pozorování lze usuzovat, že učitelka moc neví, co s dítětem s ADHD dělat.

Pozorování č. 3

Ve třídě byl jeden chlapec s příznaky specifických poruch chování. Chlapcovi bylo 6 let a jmenoval se David. Chlapec byl velmi hyperaktivní, ve třídě běhal od jedné činnosti ke druhé. Měl kamaráda, který byl o něco mladší a menší než on sám. S tím chodil všude a vždy musel být vedle něho. Kamarád musel dělat vše, co on chtěl, a když byli spolu, bylo vše v pořádku. Jenže učitelka děti od sebe oddělila. David začal křičet a bouchat okolo sebe. Učitelka musela počkat, až se uklidní. Poté mu trpělivě vysvětlovala, že nemůže být jenom s tím jedním chlapcem.

Řízená aktivita probíhala v celku klidně. Učitelka vždy, když viděla, že chlapec začíná jevit známky neklidu, řekla, ať pro něco dojde, nebo mu dala jinou speciální činnost. Po většinu času se ho snažila neoddělovat od kolektivu, ale spíše využít jeho aktivitu jinak.

Při procházce učitelka nechala chlapce jít s jeho nejlepším kamarádem. Také dbala na jeho bezpečnost, a když šli okolo velké silnice, raději ho vzala za ruku sama.

Spaní s chlapcem bylo trochu problematické. Chlapci dlouho trvalo, než se ustrojil do spacího oblečení a ještě déle, než usnul. Když usínal, pořád se vrtěl a kopal nohama. Chlapec spal co nejbližší u učitelky a trochu dále od ostatních dětí. Jelikož k chlapci spánek nepřicházel, a začínal se více a více vrtět. Učitelka ho zavolala k sobě a dala mu tekutý kinetický písek, ať si s tím hraje. Když už viděla, že ho to nebaví, našla mu jinou činnost.

Zde bylo vidět, že učitelka má mnoho zkušeností s poruchou ADHD a hlavně i s tímto konkrétním dítětem. Už věděla, co si s ním má počít, a jak ho uklidnit.

Pozorování č. 4

Pozorován byl chlapec jménem Jakub, kterému byly 4 roky. Při volné aktivitě si nechtěl vůbec hrát s ostatními dětmi a pořád běhal za učitelkou, stále se jí na něco ptal a chtěl jí se vším pomáhat. Učitelka mu s klidem odpovídala, ale snažila se ho poslat k ostatním dětem, aby si s nimi hrál. Snažil se poslechnout, ale po chvíli se opět vrátil k učitelce. Nakonec si s ním učitelka povídala, zatím co stříhala papír na pozdější aktivitu. Ptala se ho na různé děti ve třídě. Přitom bylo jasně patrné, že chlapec má problémy se zapamatováním jmen ostatních dětí. Učitelka se ho ptala, co dělá Lukáš a on odpověděl, že neví, kdo je Lukáš a učitelka se ho ptala vícekrát a na různé děti. Chlapec si s učitelkou povídal až do začátku řízené aktivity, u toho různě přešlapoval, poskakoval, chodil okolo ní, pak si zase sedl.

Při řízené aktivitě chlapec seděl hned vedle učitelky. Jako řízenou aktivitu měli kreslení kytek temperami. Vypadalo to, že chlapce kreslení baví, ale jen do té doby, kdy vylil vodu a celý se zmáčel. Chlapec byl celý rozlíčený, už nechtěl nic dělat a začal se velmi rozčilovat, že už nic takového dělat nebude. Učitelka zachovala klid a počkala, až se sám uklidní, potom mu řekla, že se každému může voda vylít. Následně poslala chlapce převléknout a řekla mu, ať si jde na chvíli s něčím hrát. Po nějaké době si ho k sobě zase zavolala a dodělali spolu výkres, Chlapcův výkres nebyl vůbec úhledný, spíše připomínal čmáranici.

Procházka byla poklidná. Chlapec šel s učitelkou za ruku a nadšeně ji vyprávěl o své rodině, a co dělali o víkendu. Po obědě si ho vyzvedla maminka a šli domů.

Bylo vidět, že chlapec na učitelce lpí a ta se snažila ho nesměrovat k ostatním dětem, ale ne moc úspěšně. Proto, že s ním byla často, věděla, co s ním má dělat, když se rozčílí.

Pozorování č. 5

Tentokrát jsme pozorovali Filipa, kterému bylo 5 let. Při volné činnosti si hrál s ostatními chlapci a stavěli dráhu pro vlak. Filip si vzal mašinku, že s ní pojede, jenže jel tak rychle, že mašinka vyjela z dráhy. Jiný chlapec se na něj naštvál a začal mu říkat, že nesmí s autem rychle jezdit, tak ho Filip uhodil. Učitelka na Filipa zvýšila hlas a poslala ho na hanbu do kouta. Chlapec začal hrozně křičet, že se mu to nelíbí a nemohl se uklidnit. Tak ho učitelka vzala za ruku a šla s ním do koupelny. Chlapec se vrátil s mokrým obličejem, ale už se nevztekal. Zbytek volné aktivity strávil u učitelky.

Řízená aktivita nejdříve začala společným cvičením. Chlapec jakoby zapomněl na scénu, co se předtím odehrála, a užíval si cvičení. Při cvičení byl ze všech dětí nejaktivnější. Učitelka mu dovolila některé cviky opakovat vícekrát než ostatním dětem, třeba u opičí dráhy, kterou měli nachystanou. Poté měli chvíli s učením a procvičovali si geometrické tvary. Filip je pořád vykřikoval dopředu a skoro vždy odpověděl špatně. Někdy prostě jenom vykřikl, že to neví. Učitelka mu říkala, ať nechá odpovědět i jiné děti, ale na varování nebral žádný zřetel.

Při procházce šel chlapec s ostatními dětmi a učitelka ho nikterak nekontrolovala. To bylo asi i tím, že chodili v rámci možností bezpečnými cestami. Jednou se Filip odtrhnul od ostatních a běžel napřed. Učitelka za ním volala, ale on nereagoval a běžel dále. Naštěstí se schoval jenom za strom a bafnul na ostatní. Učitelka mu pořádně vyčínila a už šla s ním za ruku. Spánek proběhl dobře, chlapec hned usnul a spal až do konce spací doby.

Zde bylo vidět, že učitelka nemá až tak moc zkušeností s poruchou AD(H)D. Nejspíš dříve žádné dítě s AD(H)D neměla, a proto nevěděla, na jaké situace si dát větší pozor.

9.5 Vyhodnocování hypotéz

Hypotéza č. 1

V běžné třídě mateřské školy je více dětí s podezřením na poruchu AD(H)D, ale 0–1 s opravdu stanovenou diagnózou AD(H)D.

Na tuto výzkumnou otázku se zaměřovala otázka č. 5 a č.7. V otázce č. 5 většina učitelek uvedla, že nemají žádné diagnostikované dítě ve třídě. Jenom 3 učitelky uvedli, že mají ve své třídě žáka s diagnózou AD(H)D. Otázka č. 7 ovšem byla, kolik mají ve třídě dětí s příznaky AD(H)D, jako je nepozornost, hyperaktivita či impulzivita. 4 učitelky uvedly, že nemají žádné dítě ani s příznaky. Čtvrtina respondentů uvedla, že má 5 dětí s příznaky AD(H)D. Polovina učitelek má 2 děti s hyperaktivitou, nepozorností či impulzivitou a jedna dotazovaná uvedla, že má 3 a více dětí s příznaky AD(H)D.

Hypotéza byla verifikována.

Hypotéza č. 2

Učitelky s těmito dětmi pracují více individuálně než s intaktními dětmi.

Otázkou se zabýval dotazník hlavně v položce č. 9. Ta se ptá na to, jestli učitelky pracují s dětmi, které mají diagnózu AD(H)D nebo jen příznaky AD(H)D, jinak než s intaktními dětmi. 5 respondentů odpovědělo, že nepracují. Většina učitelek se snaží pracovat s dětmi více individuálně. Jedna dotazovaná odpověděla, že s dítětem s AD(H)D nebo příznaky AD(H)D pracuje odděleně od kolektivu a dává mu speciální úkoly.

Otázkou se zabývalo i pozorování. Přestože většina učitelek napsala, že s dětmi pracují více individuálně, v praxi to tak úplně nefungovalo. V běžné třídě mateřské školy není moc velký prostor pro individuální práci s jakýmkoli dítětem.

Jelikož je jen jedna učitelka na hodně dětí, nemůže mít čas se individuálně věnovat všem. Ale určitá snaha tam byla. Většinou taková, že učitelky měly připraveny individuální úkoly pro ty děti, které nutně práci potřebovaly.

Hypotéza byla verifikována.

Hypotéza č. 3

Nejčastěji učitelky přidávají dětem navíc speciální aktivity.

Tímto se v dotazníku zabývá otázka č. 12. Učitelky odpověděly, že když dítě začne být neposedné, přidají mu jinou krátkou práci nebo ho pošlou dělat jinou aktivitu. Některé učitelky odpověděly, že se s dítětem nejdříve poradí, co samo chce dělat, a aktivitu pak dělá. Při pozorování se vždy učitelky snažily nejdříve zabránit tomu, aby dítě vůbec nezačalo pobíhat, skákat, odbíhat či vztekat se a to tak, že ho posílaly pro různé věci a snažili se dítě nějak zabavit. Avšak někdy se jim úkol nepovedl a ony musely vše řešit jinak. Kromě vymýšlení jiných aktivit, což bylo nejčastější, také domlouvaly, přesvědčovaly, posílaly do kouta, někdy i zvýšily hlas a to vše, aby se dítě trochu zklidnilo.

Hypotéza byla verifikována.

9.6 Doporučení pro praxi

V kapitole jsme sepsali několik doporučení pro praxi, která se hodí pro všechny osoby, jež se setkávají s dětmi s AD(H)D.

Z našeho výzkumu vyplynulo, že učitelé by rádi zvýšili své povědomí o specifických poruchách chování. Z toho vyplývá zvýšit informovanost pedagogů. Ke zvýšení informovanosti lze dosáhnout hned několika způsoby. Nejlépe by bylo do osnov středních či vysokých škol se zaměřením na předškolní pedagogiku zařadit problematiku specifických poruch chování, nebo alespoň na téma hyperkinetické poruchy klást větší důraz. Další možnost je vytvořit nějaký kurz již pro učitelky mateřských škol, a to zejména pro starší učitelky, které nemají s diagnózou AD(H)D

tolik zkušeností. Kurzy přijdou vhod i ostatním učitelům, protože věda se vyvíjí a získává stále nové poznatky.

Existuje řada různých zdrojů, kde se lze dozvědět něco o poruše AD(H)D, ale ne všechny jsou důvěryhodné. Proto doporučujeme si důvěryhodnost vždy ověřit a nejlépe projednat vše se speciálním pedagogem, pedagogicko-psychologickou poradnou či školním psychologem.

Do třídy, která má více dětí se specifickou poruchou chování, se doporučuje umístit méně dětí na jednu učitelku. Také by byla možnost přivést do třídy osobního asistenta. To však bývá veliký problém, a hlavně z důvodu malých finančních prostředků mateřských škol a neochoty příspěvní kraje.

Doporučujeme vytvořit nějakou příručku, která by vystihovala problematiku AD(H)D. Příručka by pomáhala rodičům i pedagogům. Zde uvádíme náčrt toho, co by taková příručka měla obsahovat:

- Popis AD(H)D
- Příčiny, projevy a výskyt AD(H)D
- Diagnostika AD(H)D
- Charakteristika vývojových období dětí s AD(H)D
- Různé kazuistiky dětí s AD(H)D
- Doporučení pro rodiče a učitele

Závěr

Bakalářská práce se zabývá specifickými poruchami chování ADD a ADHD v předškolním věku. Tato diagnóza se v dnešní době objevuje stále častěji a učitelé, kteří pracují v mateřských školách, se s ní musí vypořádat. Proto je důležité, aby věděli, jak s dětmi se specifickými poruchami chování pracovat a jak jim pomoci zvládnout svoje emoce, hyperaktivitu či impulzivitu.

V teoretické části jsme se zaměřovali na celkový popis poruchy AD(H)D, a zejména na její terminologii, výskyt, příčiny, projevy, diagnózu, farmakoterapii. Zvláště jsme řešili dítě s AD(H)D a jeho rodinu, která to s dítětem nemá vůbec jednoduché. Poslední část v teoretické části bakalářské práce se zabývá dítětem se specifickými poruchami chování v mateřské škole.

Empirická část se zabývá výzkumem. Ve výzkumu jsme použili dotazníkové šetření a pozorování. Dotazníky byly osobně dány do mateřských škol. Celkově jich bylo předáno 25 a návratnost byla vcelku hojná, protože se vyplněných dotazníků vrátilo 20. Dotazník byl vlastní konstrukce a obsahoval 15 otázek, které se zaměřovaly na výskyt specifických poruch chování v mateřských školách a na práci učitelek s dětmi s hyperkinetickou poruchou. První dvě otázky v dotazníkovém šetření obsahovaly dotazy na osobní růst v kariéře. Další otázky se zabývaly přímou přítomností dětí se specifickými poruchami chování ve třídě mateřské školy, a zda se učitelky vůbec setkaly s dítětem s touto poruchou. Ostatní otázky se hlavně zaměřovaly na práci učitelek s dětmi s AD(H)D. Pozorování bylo zaměřeno na děti se specifickými poruchami chování v mateřských školách v Jablonci nad Nisou. Pozorovali jsme pět tříd, kde se vyskytovaly děti právě s AD(H)D. Rovněž byla pozorována práce učitelek, a jak učitelky s těmito dětmi zachází. Každé pozorování bylo uskutečňováno po celý jeden den. Výsledky průzkumu bylo, že na jednu třídu v běžné mateřské škole připadá žádné nebo jedno dítě s diagnózou AD(H)D, avšak vyskytují se zde více dětí s příznaky AD(H)D. Každá učitelka měla trochu odlišný způsob práce s dětmi, každý způsob byl více či méně úspěšný.

Cílem bakalářské práce bylo popsat specifické poruchy chování ADD a ADHD v předškolním věku, zjistit výskyt těchto poruch u dětí v mateřských školách a popsat práci s nimi. Domníváme se, že cíl bakalářské práce se nám podařilo splnit

Jako pokračování práce by mohlo zjistit, jaká je informovanost rodičů o specifických poruchách chování. Popřípadě by šel vypracovat výzkum na výskyt dětí s AD(H)D v základních školách či na práci učitelek v základních školách právě s dětmi s AD(H)D.

Nejtěžší pro všechny osoby, které se dostávají do styku s dětmi s AD(H)D, je zachovat klid. Jestliže se dítě dostane do afektu, většinou mu nepomůže, když se na něj křičí, spíš musíme zachovat klid, počkat až se dítě uklidní a až potom s ním rozumně promluvit. To a ještě více se právě v bakalářské práci zjistilo, a proto ji považujeme za přínosnou. Práce nám přinesla nové informace o specifických poruchách chování. Dále jsme zjistili, jak se děti s AD(H)D chovají v běžné mateřské škole, a jaké mají učitelé problémy v práci s těmito dětmi. Práce nemusí být přínosná pouze pro nás, ale i pro všechny jedince, kteří se dostávají do kontaktu s dětmi se specifickými poruchami chování jako je ADD a ADHD.

Seznam použitých zdrojů

CARTER, R., 2014. *Dítě s ADHD a ADD doma i ve škole: praktický rádce pro rodiče i učitele*, Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0621-7.

GAVORA, P., 2008. *Úvod do pedagogického výskumu* 4. rozš. vyd., Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-2391-8.

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P., 2009. *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*, Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-630-4.

GHUMAN, J., GHUMAN, H., 2014. *ADHD in preschool children: assessment and treatment*, New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-994892-5.

HALLOWELL, E., RATEY, J., 2007. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti: [poruchy pozornosti a hyperaktivita, rozpoznání, řešení, prevence]*, Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-154-5.

HARVEY, E., HERBERT, S., STOWE, R., 2015. *Parenting hyperactive preschoolers: clinician guide*, New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-020463-1.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2007. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě?: metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele* 2. vyd., Praha: D + H. ISBN 978-80-903869-1-4.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*, Praha: Grada. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2697-7.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2015. *Máme dítě s ADHD: rady pro rodiče*, Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5347-8.

KOLČÁRKOVÁ, I., LACINOVÁ, L., 2008. *Rodičovství očima matek neklidných dětí*, Brno: Barrister & Principal. ISBN 978-80-87029-47-3.

LAVER-BRADBURY, C., THOMPSON, M., WEEKS, A., 2016. *Šest kroků ke zvládnutí ADHD: manuál pro rodiče i učitele*, Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1035-1.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: duševní poruchy a poruchy chování. 1992. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-37-9.

MICHALOVÁ, Z., 2007. *Sonda do problematiky specifických poruch chování*, Havlíčkův Brod: Tobiáš. ISBN 80-7311-075-X.

MUNDEN, A., ARCELUS, J., 2002. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: ADHD, ADD: [přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky]*, Praha: Portál ISBN 80-7178-625-X.

MUNDEN, A., ARCELUS, J., 2006. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky* Vyd. 2., Praha: Portál. ISBN 80-7367-188-3.

PACLT, I., PTÁČEK, R., FLORIAN, J., 2006. *Hyperaktivita*, Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-71-7.

PELLETIER, E., 2014. *Porucha pozornosti bez hyperaktivity: pomoc rodičům a učitelům*, Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0599-9.

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

PREKOP, J., SCHWEIZER, C., 2008. *Neklidné dítě* 2. vyd., Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-351-2.

RIEF, S., 2010. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD* . 4. vyd, Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-728-2.

TYL, J., PTÁČEK, R., TYLOVÁ, V., 1999. *Nové metody nápravy lehkých mozkových dysfunkcí*, Praha: Feedback Institut.

SERFONTEIN, G., 1999. *Potíže dětí s učením a chováním*, Praha: Portál. ISBN 80-7178-315-3.

ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E., 2012. *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4369-1.

ŠKRDLÍKOVÁ, P., 2015. *Hyperaktivní předškoláci: výchova a vzdělávání dětí s ADHD*, Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0928-7.

TAYLOR, F., 2012. *Jak přežít s hyperaktivitou a poruchami pozornosti: rádce pro děti s ADHD a ADD*, Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0068-0.

VAŠUTOVÁ, M., 2008. *Děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování a násilí ve školním prostředí*, Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-7368-525-6.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Příklad záznamového archu

Příloha č. 1

Dotazník:

Dobrý den, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na fakultě přírodovědně-humanitní a pedagogické v Liberci chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který mi bude sloužit jako podklad k bakalářské práci na téma: Specifické poruchy chování ADD a ADHD v předškolním věku. Dotazník se ptá na děti s ADD a ADHD a na Vaši práci s nimi. Dotazník je anonymní, veškerá získaná data budou využita pouze pro účely mé bakalářské práce.

U každé otázky zakroužkujte nebo zvýrazněte jednu odpověď. V některých otázkách můžete dopsat i svoji vlastní odpověď.

1) Jak dlouho působíte jako učitelka v mateřské škole?

- a) 0–5 let
- b) 5–10 let
- c) 10–15 let
- d) 15 a více let

2) Jaké máte vzdělání?

- a) Střední škola pedagogická
- b) Vysoká škola obor předškolní pedagogika
- c) Vysoká škola obor speciální pedagogika
- d) Vysoká škola jiný obor – napište jaký

3) Jak dobře jste seznámena s problematikou AD(H)D?

- a) Zcela obeznámen
- b) Zhruba vím, o co jde, ale nemám zkušenosti

- c) Neobeznámen
 - d) Zním teorii, ale ještě jsem se s tím neselekala
- 4) Setkala jste se ve své praxi s dítětem s AD(H)D
- a) Ano
 - b) Ne
- 5) Kolik máte ve třídě dětí diagnostikovaných s AD(H)D?
- a) Žádné
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3 a více
- 6) Jestliže máte nějaké dítě s diagnózou AD(H)D, bere dítě léky na tuto poruchu?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 7) Máte ve třídě nějaké dítě s příznaky AD(H)D jako je nepozornost, hyperaktivita či impulzivita?
- a) Žádné
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3 a více

- 8) Doporučili jste někdy rodičům návštěvu pedagogicko-psychologické poradny kvůli možné diagnostice?
- a) Ano a rodiče tam s dítětem šli
 - b) Ano, ale rodiče tam s dítětem nešli
 - c) Ne
- 9) Pracujete s dětmi, které mají diagnostikované AD(H)D nebo s dětmi s příznaky AD(H)D jinak než s dětmi intaktními?
- a) Ne nepracuji
 - b) Ano pracuji, snažím se s ním pracovat více individuálně
 - c) Ano pracuji s ním odděleně od kolektivu a dávám mu speciální úkol
 - d) Jinak – napište jak
- 10) Jak se děti s AD(H)D nebo s příznaky AD(H)D začleňují do třídního kolektivu?
- a) Je součástí třídního kolektivu
 - b) Není vůbec součástí třídního kolektivu
 - c) Sdružuje se jen s několika dětmi
 - d) Sdružuje se jen s jedním dítětem
- 11) Spí děti s AD(H)D v mateřské škole
- a) Většinou nespí, rodiče si je berou po obědě domů
 - b) Nespí, jsou pro ně udělané speciální programy
 - c) Spí, ale když začnou být neposedné, udělá se pro ně speciální program
 - d) Spí normálně s ostatními dětmi

12) Když dítě začne být neposedné, co s ním děláte

- a) Důrazně mu říkám, ať se uklidní
- b) Pošlu ho dělat jinou činnost
- c) Přidám mu nějakou krátkou práci
- d) Dělán něco jiného – napište co

13) Nechce-li se dítě s AD(H)D zapojovat do aktivity, která je určena pro všechny děti, co děláte?

- a) Dám mu jinou práci
- b) Neoblomně stojím za tím, ať se zařadí do aktivity
- c) Nechám ho, ať si dělá, co chce
- d) Dělán něco jiného – napište co

14) Jdete-li s dítětem s AD(H)D na procházku ven, kde dítě jde?

- a) Dítě jde samostatně s ostatními dětmi
- b) Dítě jde samostatně, ale učitelka na něj dává větší pozor
- c) Dítě jde s učitelkou za ruku

15) Chtěli byste se dozvědět více o poruše AD(H)D?

- a) Ano
- b) Ne

Velmi děkuji za spolupráci při vyplňování dotazníku. Tereza Rašínová

Příloha č. 2

Příklad záznamového archu

Jméno: Tomáš

Věk: 5 let

Jaký vztah mají děti k jedinci s AD(H)D?	Tomáš má snahu si hrát s ostatními dětmi, ti ho spíše odmítají. Učitelka jim vysvětlovala, že mají na Tomáše dávat větší ohledy.
Jak se dítě s AD(H)D chová během volné aktivity	Chlapec běhá od aktivity k aktivitě, žádnou z nich pořádně nedodělá. Tomáš běhá po třídě a hraje si většinou o samotě.
Jak se dítě chová během řízené aktivity	Tomáš je neposedný, nevydrží sedět s ostatními dětmi. Pořád si poposedává a chce vstávat.
Co učitelka dělá, jestliže dítě začne být neposedné?	Učitelka ho nejdříve napomínala, poté mu domlouvala a následně ho poslala dělat jinou aktivitu.
Jak se učitelka chová k dítěti v rámci procházky venku?	Učitelka, poslala Tomáše jít s nejkliďnějším dítětem za ruku, zároveň jej měla vždy po ruce a to především v situacích, kdy hrozilo nějaké nebezpečí.
Spí dítě s AD(H)D v MŠ? A jestliže ne, co učitelka dělá, aby dítě nerušilo ostatní děti?	Tomáš spal v MŠ, ale jen půlku spací doby, následně se vrtěl a tak ho učitelka posadila ke stolu a dala mu speciální aktivitu.
Pracuje učitelka s dětmi více individuálně?	Učitelka se snažila. Například při volné aktivitě s ním stavěla puzzle.

Poznámky:

Tomáš nevydrží dlouho u žádné aktivity. Teď přeběhl z koutku s auty do koutku s kuchyňkou. Pokusil se hrát si s dívkou, dívka mu řekla: „Běž si hrát s někým jiným“ Tomáš zase šel jinam a konkrétně ke stolu, šel si kreslit. Tam seděl sám. U stolu vydržel velmi krátkou dobu. Následně si běžel skládat lego, tam si hrál s chlapečkem, po delší době naštvane hodil lego na zem. Chlapec se na něj zlobil. Učitelka se ho ujala, dala mu puzzle a chvíli stavěla s ním. Tomáš vypadal, že je rád, že s ním někdo je. Puzzle nedostavěl a šel zase k autíčkám. U aut si přivlastnil veliké auto a začal s ním zběsile pobíhat po celé třídě. Učitelka ho několikrát napomenula, ať neběhá tak rychle, ale nepomohlo to. Naštěstí nastal čas na společnou aktivitu.

Učitelka probírala s dětmi květiny, děti seděly u stolu a hádaly, jaké květiny jsou na obrázku. Tomáš po chvíli začal vyrušovat. Když k němu přišel obrázek s květinou, hodil ho na zem. Učitelka ho napomenula a řekla mu, ať jde obrázek zvednout. Tomáš poslechl a běžel ho sebrat. Po nějakou dobu byl klid, pak ale začal vstávat a chtěl jít pryč. Učitelka ho opět napomenula a začala mu domlouvat. Říkala, že to je přece zajímavé a že už aktivita nebude dlouho trvat. Chlapec poslechl a umírnil se. Situace se odehrálo ještě několikrát. Nakonec učitelce došla trpělivost a poslala ho hrát si s kostkami. Ostatní děti si také chtěly hrát. Ona jim musela vysvětlit, že oni nemůžou si jít hrát a že musejí na Tomáše brát ohledy, protože nemůže za to, že nevydrží dlouho sedět na židli. Při další aktivitě se opakovala podobná situace a učitelka ho po delší době poslala kreslit.

Děti šly ven, chlapec se rychle a samostatně oblékl a jako první čekal na lavičce, na které opět dlouho nevydržel a začal pobíhat po šatně. Venku šel ve dvojici s velmi klidnou dívkou. Kdykoliv chtěl někam utéci, ona se nedala a držela ho zpátky. Učitelka se snažila být vždy v jeho blízkosti, kdyby se něco stalo a to hlavně v pasážích, kde bylo nebezpečno, třeba u silnice. Učitelka občas cestu přerušila, třeba když se koukali po květinách, které si ten den osvojili. Vždy po delší době dělala pauzy a učitelka třeba nechala děti oběhnout strom na louce či přeskočit klacek. Chlapec byl klidný a žádné větší problémy nenastaly.

Tomáš při povinném spánku usnul hned, ale zhruba v půlce doby, která byla vymezena právě na spánek, se probudil. Jelikož neměl co dělat, začal sebou házet a vrtět se tak, že vyrušoval ostatní děti. Když už to vypadalo, že chlapec opravdu znovu neusne, učitelka mu dovolila vstát. Šli na kraj spací místnosti ke stolu, kde mu dala na vymalování obrázek. Jakmile ho vymalovávání přestalo bavit a začal opět vyrušovat, šla učitelka k němu, začali stavět puzzle, zrovna ty, které ráno nedostavěl.