



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



PORUCHY POZORNOSTI A PORUCHY POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R029 – Speciální pedagogika pro vychovatele
Autor práce: **Michaela Plačková**
Vedoucí práce: Mgr. Hana Joklíková



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Plačková**
Osobní číslo: **P12000475**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika pro vychovatele**
Název tématu: **Poruchy pozornosti a poruchy pozornosti s hyperaktivitou**
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: Zjistit informovanost rodičů dětí s ADHD/ADD a učitelů základních škol o ADHD/ADD.

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

Metody: Dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

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

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2010. Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2697-7.

PACLT, I., aj., 2007. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1426-4.

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

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

VÁGNEROVÁ, M., 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Hana Joklíková

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2015**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



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

V Liberci dne 23. dubna 2014

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) nezasaňuje 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:

Podpis:

Poděkování

Tímto velice děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Haně Joklíkové, Ph.D. za cenné rady a vstřícný přístup po celou dobu vzniku práce. Poděkování patří i Mgr. Miroslavu Meierovi, Ph.D. za praktické rady týkající se tvorby odborné závěrečné práce.

Michaela Plačková

Název bakalářské práce: Poruchy pozornosti a poruchy pozornosti s hyperaktivitou

Jméno a příjmení autora: Michaela Plačková

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2014/2015

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Joklíková, Ph.D.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá poruchou pozornosti a poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADD/ADHD). Cílem bakalářské práce je zjistit informovanost rodičů dětí s ADD/ADHD a učitelů základních škol o ADD/ADHD.

Teoretická část definuje poruchu ADD/ADHD, její diagnostiku a objasňuje její subtypy. Dále je pozornost věnována i komorbidním a přidruženým onemocněním. Vybrané kapitoly se pak věnují hlavním symptomům včetně dalších narušených funkcí. Přiblížena je vývojová variabilita obrazu ADD/ADHD a etiologie vzniku. Klíčovým bodem práce jsou specifika v přístupu k dětem s tímto syndromem, především zásady výchovného vedení a specifické intervenční přístupy ve škole. Nastíněny jsou i některé terapeutické metody, využívané při práci s jedinci s ADD/ADHD a jejich rodinnými příslušníky.

Praktická část představuje výsledky průzkumu, který se věnoval informovanosti rodičů dětí s ADD/ADHD a učitelů základních škol o dané poruše. Zvolenou metodou průzkumu byl dotazník distribuovaný mezi rodiče dětí s ADD/ADHD a učitele prvního a druhého stupně základních škol v Libereckém kraji.

Výsledky bakalářské práce ukázaly, že nejvíce informovaní o dané poruše jsou učitelé prvního stupně základních škol. Rodiče dětí s ADD/ADHD a učitelé druhého stupně základních škol mají znalosti o této poruše přibližně na stejné úrovni.

Klíčová slova: biochemický model, deficit pozornosti, děti, etiologie, genetický model, hyperaktivita, impulzivita, intervence, kognitivní model, komorbidita, metodologie, neurobiologický model, specifika přístupu, subtyp, syndrom, terapeutické metody, výchovné vedení, vývojová variabilita.

Title of the bachelor thesis: Attention Deficit and Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Author: Michaela Plačková

Academic year of the bachelor thesis submission: 2014/2015

Supervisor: Mgr. Hana Joklíková, Ph.D.

Summary:

Bachelor thesis deals with Attention Deficit and Attention Deficit Hyperactivity Disorders (ADD/ADHD). The target of the thesis is to find out the awareness of parents of children with this deficit and elementary school teachers about this issue.

The theoretical part defines the term of Attention Deficit and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. It also explains the concept of diagnosis and its subtypes. Selected chapters are devoted to the main symptoms including further associated disorders. The thesis introduces developmental variability of syndrom ADD/ADHD and pays attention to etiology. Key part talks about specific approach to the children with this syndrom, especially defines principles of educational leading and specific interventional approaches at school. The thesis also explains some therapeutical methods used when working with persons with ADD/ADHD and their family members.

The practical part presents the results of the survey which was dedicated to the awareness of parents of children with ADD/ADHD and elementary school teachers about the disorder. The chosen method of survey was a questionnaire distributed between parents of children with ADD/ADHD and primary and secondary school teachers in the Liberec region.

The results of the thesis showed that the most informed about the disorder are elementary school teachers. Knowledge of parents of children with ADD/ADHD and secondary school teachers about this disorder are approximately at the same level.

Key words: attention deficit, biochemical model, children, cognitive model, comorbidity, developmental variability, educational leadership, etiology, genetic model, hyperactivity, impulsivity, intervention, methodology, neurobiological model, specifics access, subtype, syndrome, therapeutic methods.

Obsah

Seznam grafů.....	8
Seznam použitých zkratk.....	9
Úvod.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 Definice poruchy pozornosti a poruchy pozornosti s hyperaktivitou.....	11
2 Diagnostika.....	13
3 Subtypy poruch pozornosti.....	15
3.1 Porucha pozornosti s hyperaktivitou.....	15
3.2 Porucha pozornosti bez hyperaktivity.....	15
3.3 Komorbidity dalších onemocnění.....	17
4 Symptomatologie.....	19
4.1 Základní symptomy.....	19
4.1.1 Deficit pozornosti.....	19
4.1.2 Hyperaktivita.....	20
4.1.3 Nadměrná impulzivita.....	20
4.2 Další narušené funkce.....	20
4.3 Vývojová variabilita obrazu poruchy pozornosti.....	24
5 Etiologie, příčiny vzniku.....	27
5.1 Kognitivní model.....	27
5.2 Neurobiologický model.....	27
5.3 Genetický model.....	28
5.4 Biochemický model.....	29
5.5 Další možné příčiny.....	29
6 Specifika přístupu k dětem s poruchou pozornosti.....	31
6.1 Zásady výchovného vedení.....	31
6.2 Terapeutické metody.....	33
6.3 Specifika vzdělávání (intervence ve škole).....	34
6.3.1 Ovlivňování poruchy pozornosti.....	35
6.3.2 Ovlivňování hyperaktivity.....	35
6.3.3 Ovlivňování impulzivity.....	35
6.3.4 Ovlivňování kognitivních a percepčně motorických poruch.....	36
6.3.5 Ovlivňování emočních poruch a poruch chování.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
7 Metodologické aspekty práce.....	39
7.1 Cíle práce.....	39
7.2 Formulované hypotézy.....	39
7.3 Použité metody sběru dat.....	39
7.4 Popis výzkumného vzorku.....	40
8 Vyhodnocení výsledků výzkumu a interpretace dat.....	41
8.1 Vyhodnocení hypotéz.....	68
DISKUZE.....	71
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	74
ZÁVĚR.....	77
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	82
Příloha A.....	83
Příloha B.....	88

Seznam grafů

Graf č. 1: Projevy dítěte s ADHD

Graf č. 2: Příčiny syndromu ADHD

Graf č. 3: Nevhodné rodinné zázemí dítěte s ADHD

Graf č. 4: Měnicí se variabilita obrazu syndromu ADHD

Graf č. 5: Úbytek hyperaktivity v dospívání a dospělosti

Graf č. 6: Porucha ADHD v dospělosti

Graf č. 7: Vliv pravidelného režimu dne

Graf č. 8: Nutnost častého trestu

Graf č. 9: Pozitivní vliv pochvaly

Graf č. 10: Posilování vhodného chování

Graf č. 11: Potlačování hyperaktivity

Graf č. 12: Organizovaná zájmová činnost

Graf č. 13: Kolektivní sporty

Graf č. 14: Vhodnost sportů na profesionální úrovni

Graf č. 15: Potřeba objasnění správného chování

Graf č. 16: Postupné sdělování informací a pokynů

Graf č. 17: Negativní osobnostní rysy dětí s ADHD

Graf č. 18: Komorbidita syndromu ADHD se specifickými poruchami učení

Graf č. 19: Poruchy psychomotorické funkce, paměti, řeči a myšlení

Graf č. 20: Emoční poruchy a poruchy nálad

Graf č. 21: Negativní vliv přehnaných nároků a kritizování na sebeúctu dítěte s ADHD

Graf č. 22: Schopnost dospívajícího se syndromem ADHD být odpovědný za své chování

Graf č. 23: Predikce zneužívání návykových látek

Graf č. 24: Farmakologická léčba a její vliv na zneužívání návykových látek

Graf č. 25: Spolehlivost IQ testů při diagnostice poruchy ADHD

Graf č. 26: Data pro hypotézu H1, H2, H3

Seznam použitých zkratk

ADD Attention Deficit Disorder – Porucha pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity

ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Porucha pozornosti s hyperaktivitou

Analýza ABC analýza událostí, které předchází nežádoucímu projevu chování a událostí, které následují s cílem změnit události a nežádoucí chování omezit

DSM–IV Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí (IV revize)

DSM–5 Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí (5 revize)

EEG elektroencefalogram

IQ test test používaný k měření inteligenčního kvocientu

KBT Kognitivně behaviorální teorie

LMD Lehká mozková dysfunkce

MKN–10 Mezinárodní klasifikace nemocí (10 revize)

SPUCH Specifické poruchy učení a chování

ZŠ základní škola

Úvod

Tématem bakalářské práce je syndrom poruchy pozornosti a poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADD/ADHD). Je častým, diskutovaným a zkoumaným tématem posledních desetiletí. I když výzkumy v této oblasti jasně potvrdily, že poruchy pozornosti a s touto poruchou spojené i poruchy chování, mají biologický podklad, stále ještě panuje mezi veřejností mnoho předsudků a mýtů. Poruchy pozornosti se projevují v chování a narušují proces učení, vzájemnou interakci mezi vrstevníky i dospělými. Správná a pečlivá diagnostika je nutnou podmínkou správné reedukační péče, ohleduplného a citlivého výchovného přístupu, jež napomáhá dětem s touto poruchou naučit se dostat projevy ADD/ADHD pod kontrolu, kontrolovat své chování a využít svůj duševní potenciál. Nevhodný postoj okolí k problémům dítěte může zásadním způsobem ovlivnit dětskou psychiku. Důležité je, aby všichni, kteří vstupují do kontaktu s dítětem s poruchou pozornosti, byli dostatečně informováni o potížích dítěte, aby nedocházelo k nedorozuměním a případným konfliktům z nepochopení příčin chování. Dítě s poruchou pozornosti bývá oslabené ve vlastnostech sebekontroly, sebeovládání a vytrvalosti, proto je vliv sociálního prostředí a vzájemná interakce s okolím mnohem podstatnějším prvkem ve výchově než u dětí normálně se vyvíjejících. Nutností je pochopit příčiny obtíží dítěte, naučit se reagovat na projevy chování patřičným způsobem, aby nebyl narušen psychosociální vývoj, chování citlivě korigovat, usměrňovat a posilovat morální vlastnosti i sebevědomí vychovávaného dítěte.

Teoretická část práce na základě odborných publikací a dalších zdrojů zabývajících se cílovou skupinou dětí, si za cíl klade, definovat syndrom ADD/ADHD, ozřejmit podmínky diagnostiky, přiblížit jednotlivé subtypy poruchy i komorbidity přidružených onemocnění, vymezit jednotlivé symptomy včetně vývojové variability, objasnit příčiny vzniku poruchy a především stanovit a vyložit specifický přístup k dětem s touto poruchou. Cílem praktické části práce je zjistit, zda existují významné rozdíly v informovanosti rodičů těchto dětí a učitelů prvního a druhého stupně základních škol a navrhnout opatření, jež mohou být prakticky využita v pedagogické praxi. Námi zjištěná data mohou pozitivně přispět ke zkvalitnění přístupu k dětem se syndromem ADD/ADHD.

TEORETICKÁ ČÁST

První kapitola práce definuje poruchu pozornosti a poruchu pozornosti s hyperaktivitou, druhá kapitola se věnuje podmínkám diagnostiky této poruchy. Ve třetí kapitole jsou popsány jednotlivé subtypy a přidružená onemocnění, jež se mohou vyskytovat společně se syndromem poruchy pozornosti. Čtvrtá kapitola charakterizuje základní symptomy včetně ostatních narušených funkcí a objasňuje i vývojovou variabilitu obrazu poruchy ADD/ADHD. Pátá kapitola vysvětluje, jaké mohou být příčiny vzniku této poruchy. Šestá kapitola se věnuje specifickým v přístupu k těmto dětem, zásadám výchovného vedení, využívaným terapeutickým metodám a intervenčním opatřením, jež by měly být uplatňovány ve školním prostředí.

1 Definice poruchy pozornosti a poruchy pozornosti s hyperaktivitou

Zkratka ADHD vychází z terminologie Americké psychiatrické asociace, jedná se o označení syndromu deficitu pozornosti spojeného s hyperaktivitou Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) nebo syndromu deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity Attention Deficit Disorder (ADD). Termín hyperkinetická porucha vychází z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10) a dělí se na dva subtypy: porucha pozornosti a aktivity a hyperkinetická porucha chování (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 9, 10).

Staršími a již překonanými termíny jsou i názvy jako lehká mozková dysfunkce (LMD), minimální mozkové poškození nebo lehká dětská encefalopatie. Termín ADD/ADHD je standardní ve většině vyspělých zemí, stejně tak termíny hyperkinetická porucha, porucha aktivity a pozornosti, ty se však s pojmem ADD/ADHD zcela nepřekrývají (Goetz, Uhlíková 2009, s. 13).

Termíny hyperkinetický syndrom a syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou jsou termíny pocházející z psychiatrické terminologie. V poradenské psychologické a pedagogické praxi zahrnujeme hyperaktivní děti pod termín specifické poruchy chování, jejichž specifikem je, že se liší od prostých poruch chování tím, že se jedná o problematiku vrozenou, za kterou děti nemohou, a kterou svými vlastními silami zpočátku nedokážou ovlivnit, na rozdíl od poruch chování, které nejčastěji vznikají vlivem sociokulturního prostředí nebo v důsledku snížených rozpoznávacích schopností, tzn. u dětí s mentální retardací nebo jiným zdravotním oslabením. Specifické poruchy chování se velmi často vyskytují v kombinaci se specifickými poruchami učení, z tohoto důvodu byly zahrnuty do obsáhlejšího termínu specifické poruchy učení a chování (SPUCH). Tito žáci jsou podle současných platných právních předpisů vedeni jako žáci se speciálními vzdělávacími potřebami (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 10, 11).

„Děti trpící hyperkinetickým syndromem s poruchou pozornosti chronicky trpí nepozorností, nadměrnou aktivitou a impulzivitou. Tyto charakteristiky se u nich výrazně projevují již v raných stádiích vývoje, a to zřetelněji, než odpovídá jejich mentálnímu věku.“ Hyperkinetický syndrom se vyskytuje asi u 6 % dětské populace v poměru chlapců a dívek 3 až 5 : 1. Děti trpící ADD/ADHD mají největší potíže s tím, aby udržely pozornost a vytrvaly v úsilí zaměřeném na daný úkol (Paclt 2007, s. 13).

ADD/ADHD je porucha, v jejímž pozadí leží biologická porucha, nejde o výsledek špatného rodičovského přístupu, v jistých ohledech se podobá ostatním dětským nemocem tím, že může mít při nesprávné léčbě vážné následky. Nedávné klinické zkušenosti a výzkum zdokumentovaly přetrvávání symptomů do dospělosti. První, kdo si uvědomí, že s chováním dítěte je něco vážného v nepořádku bývají obvykle rodiče. Řada jejich pokusů najít pro toto chování vysvětlení nebo nalézt způsob, jak je napravit, je často neúspěšná. Jakmile se však nalezne podstatná příčina problémů, může být přesné a citlivé vysvětlení potíží a léčby velmi užitečné nejen pro rodiče, ale i pro sourozence, spolužáky, učitele a vychovatele (Munden, Arcelus 2002, s. 11, 12).

Lougy a Rosenthal (2002, s. 9–11) uvádí, že syndrom ADD/ADHD nespočívá jen v narušené pozornosti a hyperaktivitě, nejedná se o vývojovou fázi, z které dítě vyroste, ani jej nezpůsobují rodiče. Dítě s touto poruchou nevypadá fyzicky odlišně od ostatních dětí, ve skutečnosti je mnoho dětí s ADD/ADHD spontánních, nadšených a kreativních. Tato porucha však ovlivňuje jejich celkové chování, ovlivňuje interakci s vrstevníky, učiteli a vychovateli. U většiny dětí, na rozdíl od všeobecného přesvědčení, můžou příznaky přetrvávat do dospělosti. Častěji jsou diagnostikováni chlapci, nicméně, v případě, že není přítomna hyperaktivita, je poměr výskytu mezi chlapci a dívkami stejný. Dívky jsou však i nadále nedostatečně diagnostikovány. Tato porucha postihuje v USA 3 % až 20 % národní populace.

Děti se syndromem ADD/ADHD, jak Michalová (2011b, s. 5) uvádí: „Neumějí domyslet důsledky svého chování a jejich projevy se mohou učitelům i spolužákům jevit jako schválnosti. Často nevycházejí s druhými lidmi a mívají špatné vztahy s vrstevníky. Nezřídka se stávají i oběťmi šikany.“ V důsledku jejich školních neúspěchů a špatných vztahů mívají snížené sebevědomí, někdy i deprese a pocity úzkosti. Je nutné si však uvědomit, že tyto děti za projevy svého chování vlastně nemohou. O to více je však třeba vést je s důsledností a s pochopením, aby byly schopny v dospělosti postavit se do běžného života v souladu se svými schopnostmi a předpoklady.

2 Diagnostika

Správná a přesná diagnostika této poruchy je nezbytným předpokladem následné péče, intervenčních opatření a vhodného přístupu ve prospěch postiženého jedince. V České republice stejně jako ve Velké Británii dávají psychiatři při určování psychických diagnóz přednost diagnostickým kritériím podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10). Mezi diagnostickými kritérii MKN–10 a diagnostickými kritérii podle Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí (DSM–IV), vydávaného Americkou psychiatrickou asociací jsou však značné rozdíly. Ukazuje se, že podle MKN–10 je opakovaně diagnostikována menší skupina dětí se závažnějšími příznaky než v případě klasifikace podle DSM–IV. Pokud budou kliničtí pracovníci trvat na tom, že dříve, než padne rozhodnutí terapeuticky pracovat s pacientem s ADD/ADHD, je nutné, aby splňoval diagnostická kritéria MKN–10, hrozí nebezpečí, že část dětí, splňujících kritéria DSM–IV, nikoliv však kritéria MKN–10, bude ochuzena o účinnou léčbu a náležitá opatření. Většina mezinárodních výzkumných prací se provádí u pacientů, kteří vyhovují podmínkám kritériím DSM–IV (Munden, Arcelus 2002, s. 18, 19).

Podle diagnostických kritérií DSM–IV musí hyperaktivní porucha s úbytkem pozornosti trvat dlouhé časové období (nejméně 6 měsíců). Je-li pozorována u dětí z menšinových etnických skupin či kultur, musí být posuzována ve vztahu k ostatním dětem z téhož prostředí a v téže mentálním věku. Aby se porucha pozornosti mohla kvalifikovat jako ADD/ADHD, musí nepříznivě ovlivňovat školní výkon dítěte a musí se projevovat zároveň výrazným rozporem mezi intelektovými schopnostmi dítěte a jeho aktuální školní výkonností. Pod poruchu pozornosti nespádají děti, jejichž primární postižení splňuje jiné diferenciálně diagnostické podmínky, např. poruchy učení, vážné emoční poruchy nebo mentální retardace. Vyloučeny jsou také děti, jejichž porucha pozornosti je závislá na nedostatku příležitostí ke vzdělávání, na náhlém akutním návalu potíží, jež jsou evidentně reakcí na stresující události spojené s funkcí rodiny, na narušení prostředí, v němž dítě žije, na zneužití nebo zneužívání, tělesné týrání, sexuální zneužití, včetně citové deprivace, posttraumatické stresové reakce nebo bolestivé či jinak traumatizující onemocnění, např. chronické onemocnění či akutní chirurgický výkon (Paclt 2007, s. 17).

Diagnostická kritéria v oblasti nemocí a poruch se pravidelně aktualizují, v roce 2013 došlo ke změně Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí vydaného Americkou psychiatrickou asociací. Diagnostická kritéria pro poruchu pozornosti v DSM–5 jsou v mnohém podobná těm, která jsou obsažena v DSM–IV. I nadále je používáno 18 příznaků a stejně se dělí na dva subtypy, tj. s převažujícími symptomy nepozornosti a hyperaktivity a impulzivity, z nichž nejméně šest příznaků je potřebných pro stanovení diagnózy. Bylo však provedeno několik změn. V kritériích je nově uveden požadavek, že se příznaky musí vyskytovat v každém prostředí a musí být přítomny

před dvanáctým rokem věku. Povolena je také komorbidita diagnózy poruchy autistického spektra. Syndrom ADD/ADHD byl v DSM-5 umístěn do kapitoly neurologických poruch tak, aby odpovídal výskytu symptomů i v dospělosti, protože se netýká jen dětí a dospívajících (Americká psychiatrická asociace, 2013).

Diagnostika syndromu je záležitostí týmové spolupráce lékařů (pediatra, neurologa, psychiatra), psychologů a speciálních pedagogů. Někdy jsou děti s podezřením na ADD/ADHD automaticky posílány na neurologické vyšetření, aby se potvrdil či vyvrátil tento syndrom. Abnormity při EEG vyšetření nemusí však být jednoznačně zachyceny, může se vyskytovat i naprostá absence neurologických známek, zvláště u neorganických příčin. Bylo by proto velkou chybou neposkytnutí potřebné péče takovýmto dětem (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 17).

„Psychologické vyšetření dítěte s ADD/ADHD klade zvýšené nároky na odbornost a zkušenost examinátora.” Nejen ve smyslu dobré znalosti příslušných metod a jejich klinické interpretace, ale také ve znalosti specifik projevů takového dítěte a jejich vlivu na samotné výsledky testování. Někteří autoři se domnívají, že výkon dítěte se syndromem poruchy pozornosti je natolik odlišný, že výsledky testů standardizovaných na běžnou populaci jsou u těchto dětí zcela nevalidní (Paclt 2007, s. 59). Při psychologickém vyšetření zjišťují psychologové výrazné nerovnoměrnosti v jednotlivých výkonech v intelektových testech. Některé výkony odpovídají nadprůměrným nebo velmi dobře průměrným výkonům, jedná se například o všeobecné vědomosti, sociální orientovanost, schopnost abstraktního a logického myšlení. Snížené výkony zpravidla vykazují subtesty, které jsou nejvíce ovlivněny příznaky poruchy koncentrace pozornosti, narušenou krátkodobou pamětí (např. subtesty zaměřené na matematiku a opakování čísel), ale také tendencí k impulzivním a většinou chybným řešením a perцепčně motorickými poruchami, kde je výkon významně ovlivněn poruchou zrakové diferenciaci, schopností prostorové orientace a představivosti a také poruchou schopnosti analýzy a syntézy. „Celkový výsledek testu je tak zkreslen poruchou pozornosti a je často zjevné, že dítě má na víc” (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 18).

Pokud je diagnóza ADD/ADHD potvrzena psychologem nebo psychiatrem, může být u dítěte navržena integrace, v rámci tohoto opatření dostává škola zvýšený finanční normativ na integrované dítě, ze kterého je financována speciální péče ve škole. Podmínkou je vypracování individuálního vzdělávacího plánu. V současné době je však kladen větší důraz speciální pedagogiky na poruchy učení (Munden, Arcelus 2002, s. 98, 99). „Často se stává, že dětem s ADD/ADHD je poskytována reedukační péče výukového rázu, ale v oblasti chování a rozvoje sociálních dovedností se pro ně ve školním prostředí nic nerealizuje” (Michalová 2011a, s. 43).

3 Subtypy poruch pozornosti

I když je narušená pozornost a impulzivita hlavním symptomem, přeci jen existují významné rozdíly v projevech této poruchy. Současné pojetí syndromu poruchy pozornosti bývá děleno do dvou podtypů: porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), porucha pozornosti bez hyperaktivity (ADD).

3.1 Porucha pozornosti s hyperaktivitou

Podle Kulišťáka (2011, s. 97, 98) se *porucha pozornosti s hyperaktivitou* vyznačuje nadměrnou pohybovou aktivitou, potížemi s udržením pozornosti, impulzivitou, problémy s chováním a přizpůsobením se ve školních zařízeních.

Děti s poruchou pozornosti, jež je provázena hyperaktivitou (ADHD), jsou v neustálém pohybu, nenechávají v klidu ruce ani nohy, vrtí se, padají ze židle, vyhledávají blízké předměty, s nimiž si hrají, nebo je vkládají do úst, nedokáží setrvat na místě. Jsou impulzivní a těžce se ovládají, často něco vyhrknou, nedokáží se dočkat, až na ně přijde řada, skáčou do řeči ostatním, často nadměrně mluví. Do nesnází se dostávají tím, že si věci nedokážou předem promyslet, nejdříve reagují, teprve potom přemýšlí. Často se zapojují do fyzicky nebezpečných činností, aniž by předem zvážily možné následky. Velké potíže mají také s přechodem od jedné činnosti ke druhé, nepřiměřeně silně reagují i na drobné podněty, mají malou sebeúctu a značnou frustrovanost, bývají agresivní a celkově jsou sociálně nevyzrálé (Riefová 2007, s. 18). Psychomotorický neklid dětí trpících poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou se může týkat celého těla, například již zmíněná zvýšená pohyblivost, nekoordinované rychlé pohyby, ale i jemných, stálých drobných pohybů rukou či nohou. Jemný psychomotorický neklid těchto dětí se může projevovat i jemnými záškuby mimického svalstva, v souvislosti s tím bývá zmiňována i tiková porucha. V jejich řečovém projevu bývá zaznamenána překotnost, děti za sebe chrlí slova, mnohdy nestačí slovy vyjádřit své myšlenky, někdy se i zajíkají či zadýchávají. Často také mluví velmi hlasitě, až křičí, aniž by si to uvědomovaly (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 31).

3.2 Porucha pozornosti bez hyperaktivity

U poruchy pozornosti bez hyperaktivity převládá sklon k pomalému osobnímu tempu, potíže se selektivní pozorností, dezorganizace, školní neúspěšnost se vztahem ke kognitivní dysfunkčnosti, vysoký výskyt poruch učení a větší náchylnost k výkonové úzkosti (Kulišťák 2011, s. 97, 98). Charakteristickými projevy chování dětí s poruchou pozornosti bez hyperaktivity (ADD) jsou podle Riefové (2007, s. 17): snadná rozptýlitelnost vnějšími podněty, problémy s nasloucháním a s plněním pokynů, potíže se zaměřením a udržením pozornosti, potíže se soustředěním se na úkol a jeho dokončením. Tyto děti podávají ve škole nevyrovnané výkony, často vypadají jako zasněné, mají

potíže se samostatnou prací, jejich studijní dovednosti jsou nedostačující, jsou nepořádné a často ztrácí své věci. U dítěte se syndromem ADD nepřevažuje hyperaktivita, takové dítě většinou ve třídě nevyrušuje a neupoutává na sebe pozornost, avšak pro dítě představuje vážný problém, protože značně zhoršuje jeho prospěch a je příčinou malé sebeúcty.

Podle Johna F. Taylora (2012, s. 20–22) je u těchto dětí výrazná také nerozhodnost, tzn. opak impulzivity, potíže s příliš pomalým rozhodováním. Děti se často cítí zmateně, když si musí vybrat nebo se rozhodnout, protože si nejsou jisti, která z možností je dokonalá. Děti s ADD bývají zcela nespravedlivě označovány jako líné, přestože jsou jenom pomalé. Inteligence však přímo nesouvisí s rychlostí. Existuje spousta pomalých, pečlivých a přitom vysoce inteligentních lidí, kteří jsou ve svých pracovních oborech velmi úspěšní. Bohužel se ale setkáváme s tím, že hyperaktivita bývá vnímána jako synonymum pro zlobení a hypoaktivita jako nedostatek nadání. Pomalé osobnostní tempo je však těmto dětem vrozené a nelze je urychlovat. Vyvíjením tlaku na rychlost dítěte hrozí, že se u něj dostaví panické reakce a hrozí mu neurotizace (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 32, 33).

Pro snadnější orientaci však budou oba subtypy dále uváděny pouze jako ADHD. Barkley odhalil odlišnosti mezi podtypy ADHD a předpokládá, že podtyp s nepozorností, tj. bez hyperaktivity může mít primární deficit v pozornosti zaměřené na výkon, zatímco u podtypu s hyperaktivitou je hlavním deficitem tlumení reakcí a kapacita selektivní nebo soustředěné pozornosti. Zdá se tedy, že podtypy ADHD mohou být děleny v oblasti kognice i chování (in: Kulišťák 2011, s. 97). Lougy a Rosenthal (2002, s. 9–11) uvádí dělení diagnózy ADHD do tří subtypů: typ převážně nepozorný (ADHD–I), typ převážně hyperaktivní a impulzivní (ADHD–HI) a typ kombinovaný (ADHD–C). Ne u všech dětí se projevují symptomy na stejné úrovni, žádné dvě děti nevykazují stejné formy chování.

John F. Taylor mluví o tomto rozdílu pomocí analogie balíčku karet. Každá karta představuje jeden charakteristický rys ADHD, přičemž každé dítě obdrží karty, které reprezentují určité chování, ale některé děti budou dostávat jen několik karet, a ostatní jich dostanou mnohem více (in: Lougy, Rosenthal 2002, s. 11–13). Projevy v chování u konkrétního dítěte bývají důsledkem kombinace bazálních příznaků onemocnění, přidružených psychických poruch a vlivů prostředí, tedy toho, jak se kdo k dítěti chová, v jaké žije rodině, jaké jsou jeho osobnostní rysy a jaké má štěstí na učitele a spolužáky. Intenzita projevů poruchy ADHD je nerovnoměrná a pro rodiče bohužel nepředvídatelná, což způsobuje mylné přesvědčení, že dítě dělá schválnosti a může být za ně chybně kritizováno (Goetz, Uhlíková 2009, s. 19). „Z výzkumu i z praxe je dnes známo, že během vývoje se míra vyjádření různých příznaků u jednoho dítěte může měnit. Postupem času může jedinec vystřídat příslušnost k všem uváděným subtypům” (Michalová 2011b, s. 40).

3.3 Komorbidity dalších onemocnění

Komorbidity lze podle Kohoutka chápat jako „současný výskyt více nemocí“ (2015). Porucha pozornosti se může vyskytovat i v kombinaci s jinými poruchami nebo onemocněními, jako například porucha chování, porucha opozičního vzoru, tikovými poruchami, poruchami školních dovedností, emočními a úzkostnými poruchami, poruchami nálad, spánku nebo zneužíváním návykových látek. Podle Goetze a Uhlíkové (2009, s. 76–78) se tyto poruchy mohou vyskytovat v kombinaci s ADHD, ale mohou být přítomny také samostatně a v tom případě mají svou vlastní terapii. Vážnějšími *poruchami chování* trpí asi 14 % pacientů s ADHD.

„Děti, především chlapci, s ADHD a komorbidními poruchami chování mají zvýšené riziko perzistence poruchy do dospělosti, včetně výskytu agresivity, delikvence, abúzu drog a antisociálního jednání v dospělosti“ (Drtilková, Šerý, aj. 2007, s. 190). V průběhu socializace se dítě musí naučit odložit aktuální uspokojení, což je v případě dětí s ADHD náročný úkol. Porucha chování se obvykle projevuje neadekvátním chováním k lidem a neschopností navázat a udržet přijatelné sociální vztahy. Každé dítě potřebuje ke svému zdravému vývoji zažít silný citový vztah ze strany svých nejbližších, o dětech se syndromem ADHD to platí dvojnásob. Pokud u dítěte s ADHD převažují genetické dispozice na úrovni temperamentu, existuje zde zvýšené riziko, že rodič bývá také takto disponován a sám se chová problematicky, pro dítě je potom nežádoucím modelem chování. Zvýšené riziko poruch chování představují také změny ve fungování rodiny, dané její neúplností. Role osamělého rodiče je mnohem náročnější, přičemž nepříznivý může být nedostatek otcovské autority a mužského vzoru chování. „Značná část dětí s poruchou chování žije v neúplné rodině a o většinu se stará pouze matka. Výchova v těchto rodinách bývá extrémní a rodiče používají nevyhovující výchovné strategie“ (Vágnerová s. 779–786).

Pokud nedejde včas k odhalení příčin závažného chování dítěte, může docházet k jeho celkovému postupnému zhoršování v oblasti psychické i sociální. Nepochopením příčin chování dítěte, kdy je dítě spíše kritizováno, je po něm důrazněji požadována disciplína a plnění více méně náročných úkolů, ale pomoci se mu nedostává, má jeho chování a jednání sestupnou úroveň. Dítě se mnohdy vymyká rodičovským představám, na mnohé podněty reaguje zcela odlišně a výrazně neadekvátně. Rodiče v podstatě jeho potřebám nerozumějí, neví, jak se k němu chovat, jsou ze své role méně citově uspokojeni a mohou se přiklonit až k extrémním postojům k dítěti od zavrhuječích k hyperprotektivním. Sami se potom mohou cítit méněcenní. Nechápací sociální reakce veřejnosti mohou takovýto postoj ještě posilovat. Narušena je také potřeba životní perspektivy, kdy si rodiče neumí představit, jaký osud čeká jejich dítě, budoucnost a životní perspektiva je nejasná (Michalová 2011b, s. 23–25). Podle Paclta (2007, s. 143) bylo na základě provedených studií prokázáno, že tyto děti byly se stoupajícím věkem vystaveny stále většímu množství zákazů a fyzických trestů. Obtížně

zvládnutelný temperament v raném věku byl tedy stabilním prediktorem externalizovaných problémů s chováním.

Poruchu opozičního vzdoru zjišťujeme až u 40 % dětí s ADHD. Přestupky dětí s poruchou opozičního vzdoru nejsou však tak závažné, jako u poruch chování. *Poruchami školních dovedností* trpí asi 30 % dětí s ADHD. Děti s kombinací *úzkostné poruchy* a ADHD jsou citlivější na nežádoucí účinky léků používaných na ADHD, proto je potřeba se nejprve zaměřit na projevy a zdroj úzkosti. Tyto děti bývají méně impulzivní, takže jsou i méně nápadné a bylo u nich také zjištěno významně nižší sebevědomí. Základními typy *poruch nálady* jsou deprese a bipolární afektivní porucha. Depresi charakterizuje smutná nebo podrážděná nálada, nezájem o aktivity, plačtivost. Bipolární afektivní porucha se vyznačuje střídáním epizod zhoršené nálady a obdobími, kdy má naopak pacient pocit zvýšené energie, zrychleného myšlení a chová se hyperaktivně. Může být obtížně rozeznatelná od ADHD a spíše se s ní setkáme u dospívajících. Rozlišení je však velmi důležité, protože projevy mánie zhoršuje podání stimulancií a antidepresiv, která se používají pro léčbu ADHD. Tiky, tedy mimovolné a opakující se projevy v podobě pohybů nebo zvuků (např. pomrkávání, pokašlávání, záškuby těla) zjišťujeme asi u 10 % dětí s ADHD. V porovnání s ostatními dětmi mají děti s ADHD častěji přidružené poruchy spánku (noční děsy, náměsícnictví, mluvení ze spánku nebo noční můry). Pokud se ADHD pojí s depresí a úzkostnými poruchami, jsou poruchy spánku ještě častější. Opakovaně je potvrzována vyšší tendence k experimentům a *zneužívání návykových látek* mezi dospívajícími s ADHD, přičemž toto riziko roste, pokud je přítomna i porucha chování. Výsledky studií ukázaly, že u neléčených pacientů s ADHD až polovina v dospělosti užívá drogy, u léčených je míra užívání drog srovnatelná s běžnou populací (Goetz, Uhlíková 2009, s. 75–78).

4 Symptomatologie

Symptomatologii lze podle Hartla definovat jako: „Vědu o jednotlivých příznacích (symptomech) nemoci a o jejich klasifikaci” (Hartl, Hartlová 2000, s. 579). Porucha pozornosti se vyznačuje základními příznaky, vlastnostmi, tedy symptomy typickými pro jedince s ADHD.

4.1 Základní symptomy

Symptomy poruchy pozornosti bývají nejvýraznější ve školním prostředí, v kolektivu ostatních dětí a v situacích, které kladou požadavky na přizpůsobení se pravidlům. Jak mnozí autoři uvádí, jsou základními symptomy osob se syndromem ADHD *deficit pozornosti, hyperaktivita a impulzivita*.

4.1.1 Deficit pozornosti

Deficit pozornosti je multidimenzionální a může se vztahovat k deficitu čilosti, vzrušivosti, výběrovosti podnětů, soustředěné pozornosti, k těkavosti, k nedostatečnému rozsahu chápání. Děti s ADHD mají největší potíže s udržení pozornosti nebo volního úsilí zaměřeného na plnění daných úloh, významná je snížená vytrvalost při plnění úloh, zvláště takových, které nepřinášejí bezprostřední pozitivní odezvu, jež je pro dítě významná. Pozornost dítěte je snadno odvedena k jinému zajímavějšímu úkolu. Problémem je tedy nejen porucha pozornosti, ale i vytrvalosti (Paclt 2007, s. 13, 14). Sergeant považuje za zvlášť relevantní právě narušené energetické rezervy, jež mají přímý vztah k motorickému výstupu a úsilí, které se projevuje motivací a reakcí na vlastní možnosti (in: Kulišťák 2011, s. 101).

Rodiče a učitelé dětí s ADHD pozorují a popisují, že nejčastějšími projevy dětí jsou chyby z nepozornosti. V zadání úloh například přehlédnou detaily, v diktátech zapomínají háčky, čárky, při počtech vynechají některé příklady nebo ve dvojciferném výsledku, který správně vypočítaly, zapomenou napsat jedno číslo. Dětem s ADHD po vyrušení mnohem déle trvá, než se znovu vrátí k původní činnosti. Ne vždy je však problém se sníženou schopností se soustředit. Rodiče opakovaně popisují, že jejich dítě dokáže sedět u počítačové hry, aniž by vnímalo cokoli v okolí. Pestrá a proměnlivá počítačová hra je dokáže zaujmout na mnohem delší dobu než domácí úkol, mají totiž vrozenou tendenci preferovat aktivitu, která přináší okamžitou odměnu. Kvůli poruše soustředění je psaní úkolů obtížné, postupem času proto získávají děti s ADHD k domácí přípravě odpor, který je tím větší, čím více jsou k učení nuceny. V kombinaci s emoční nevyrovnaností může být psaní domácích úkolů pro děti a rodiče denní konfliktní situací (Goetz, Uhlíková 2009, s. 20, 21).

4.1.2 Hyperaktivita

Druhým základním rysem ADHD je *hyperaktivita*, tj. nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity. Neklid, vrtění se, neúčelné pohyby těla jsou u těchto dětí běžným jevem. Při školní práci pohybují rukama i nohama, povídají si s jinými dětmi, skáčou jiným do řeči nebo vydávají atypické zvuky (Paclt 2007, s. 14). Hyperaktivita, tzn. aktivita nepřiměřená okolnostem je asi nejnápadnějším z projevů dítěte s ADHD. Rodiče i učitelé popisují tyto děti jako neposedné, neustále si s něčím hrající, vrtí se na židli, při hodině vstávají, pobíhají po třídě nebo vyrušují. Nevydrží stát v klidu a třeba poskakují na místě. Postupem věku se jejich zevní neklid může měnit na pocit vnitřního nepokoje především v situacích, kdy je nutné setrvat na místě. Hyperaktivita se projevuje i v nadměrné hovornosti, málokdy pustí druhého ke slovu nebo ho často přerušují. Svou hyperaktivitu jen velmi obtížně přizpůsobují různým situacím. Potřebují mnohem více času ke zklidnění, po přechodu z herních aktivit jsou mnohem déle „roz dováděné“. Veškeré činnosti, které by vyžadovaly pomalost a pečlivost vykonávají v tryskovém tempu a za cenu mnoha chyb (Goetz, Uhlíková 2009, s. 25–27).

4.1.3 Nadměrná impulzivita

Nadměrná *impulzivita* je propojena s poruchou vytrvalosti ve volném úsilí a nedostačivostí v útlumu chování. Tyto děti rychle odpovídají v různých situacích, aniž by čekaly, až budou dokončeny instrukce a mohly tak adekvátně zhodnotit, co se od nich v dané situaci vůbec vyžaduje. V důsledku impulzivních řešení bývají časté omyly z nepozornosti, mohou však selhávat i při uvažování o negativních nebo dokonce život ohrožujících následcích. Následkem bývá, že se častěji zapojují do rizikových činností. Pro tyto děti je rovněž problematické čekat, až na ně přijde řada ve hře nebo jiné činnosti mající určitý řád. Pokud jsou postaveny před úlohy, které vyžadují, aby odsunuly bezprostřední odměnu a pracovaly pro dosažení dlouhodobějšího cíle, za nějž mohou očekávat větší odměnu, velmi často volí menší odměnu, k jejímuž dosažení je zapotřebí méně práce (Paclt 2007, s. 14, 15). Učitelé popisují, že děti s ADHD často vykřikují při vyučování, nevydrží počkat, až je učitel vyvolá, odpovídají dříve, než byla dokončena otázka. Při písemné práci impulzivní děti začínají pracovat dřív, než si pořádně přečtou zadání. Impulzivita se také negativně promítá v jejich vztahu k vrstevníkům, jen obtížně se zařazují do kolektivu, bývají považovány za sebestředné a bývají tak kamarády odmítány. Ve vztazích mívají potíže s vytrvalostí, snadno vztah ukončí pro drobné nedorozumění, později mohou však svého rozhodnutí litovat (Goetz, Uhlíková 2009, s. 28–31).

4.2 Další narušené funkce

Výše uvedené symptomy bývají považovány za klíčové, nejsou však jedinými příznaky této poruchy. Porucha pozornosti bývá většinou rozpoznána až po nástupu do školy, protože při učení způsobuje nejvíce starostí. Podle Jucovičové a Žáčkové (2010, s. 22–35) je důležité si uvědomit,

že děti s poruchou pozornosti mají narušeny také *percepčně motorické funkce, kognitivní funkce*, především *poruchy paměti*, ale i *poruchy v oblasti myšlení a řeči*, s čímž souvisí i zvláštnosti v jejich komunikaci. V důsledku takto narušených funkcí má ADHD souvislost s vývojovými poruchami učení. S prožíváním sama sebe souvisí *emoční poruchy* a následně i *poruchy chování*. Tyto autorky zmíněné poruchy řadí mezi základní projevy ADHD u dětí školního věku. Syndrom ADHD je multidimenzionální záležitostí a podle toho je třeba s dítětem pracovat, tedy komplexně, se všemi projevy poruchy. Reedukační a terapeutická činnost je zaměřena především na tyto příznaky, protože působí dítěti s poruchou pozornosti obtíže při školní práci i v běžném životě.

Poruchy motoriky a senzomotorické koordinace se u dětí trpících ADHD projevují obtížemi v jemné nebo hrubé motorice. Tyto děti bývají neobratné, někdy nešikovné, jejich pohyby jsou málo koordinované, často je patrné i zvýšené svalové napětí, pohyby jsou křečovitě, někdy vážně i integrace pohybů v jeden celek, například při tanci či aerobiku, jízdě na kole, míčových hrách, dlouhodobější je i proces automatizace pohybů. Nápadněji se však porucha projevuje v oblasti jemné motoriky, například při sebeobsluze (zavazování tkaniček, zapínání knoflíků apod.). Potíže s jemnou motorikou se projevují i při hře s ostatními dětmi, především při různých pohybových, soutěživých hrách nebo při výtvarné a pracovní výchově. Písmo těchto dětí bývá hodnoceno jako pomalé, neúhledné, neuspořádané, nečitelné. Podobně je tomu i při rýsování a kreslení. Děti, které mají poruchu i v mikromotorice očních pohybů, mívají problémy i s vývojovými poruchami učení: dyslexií, dysortografií, dysgrafií i dyskalkulií. Je-li porušena motorika mluvidel, objevuje se artikulační neobratnost nebo specifické asimilace řeči. S vývojovými poruchami učení souvisí deficity v percepční oblasti, a to jak sluchové, tak i zrakové, a bývají dávány do souvislosti s dysgnózií (lehčí poruchou nebo opožděním vývoje v oblasti vnímání). Tyto obtíže spočívají v přesnější diferenciaci, analýze a syntéze vjemů (například špatné rozlišování podobných tvarů či podobných zvuků nebo hlásek). Časté bývají u těchto dětí i poruchy pravolevé orientace a orientace v prostoru i čase (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 35–37).

Pro děti s ADHD jsou typické *poruchy paměti*, především krátkodobé, tzv. provozní paměti, nejobtížnější je zapamatování si akustických nově získaných informací, které jsou uchovávány sluchovou pamětí. Postižen je však celý paměťový proces, tj. ukládání, systematizování i vybavování si informací z paměti. V důsledku poruch paměti tyto děti často zapomínají nejen pokyny, ale i své věci, stále něco ztrácejí a hledají, nepamatují si proč někam šly, a co tam měly udělat. Zapomínají domácí úkoly, pomůcky, ale problém jim dělá i osvojování, fixace, třídění a pohotové vybavování učiva. Pokud je pokyn, který dítěti dáváme delší a složitější, nezapamatuje si jej vůbec, nebo třeba jen konec či začátek. Někdy se také stává, že jejich paměť, stejně jako pozornost, ulpívá na jedné vzpomínce, od které se dítě dlouho nedokáže odpoutat, a proto si nemůže vybavit ostatní informace (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 38, 39).

Myšlení nebývá významně narušeno, je ale narušena jeho struktura a využitelnost v praxi, výkon dítěte neodpovídá jeho schopnostem. Vývoj rozumových schopností je nerovnoměrný, dochází ke kolísání ve výkonnosti. Bývá uváděno, že myšlení dětí s ADHD je nepružné, ulpívavé až stereotypní, nebo naopak chaotické, zmatené. Dítě lpí na jedné myšlence, nedokáže se od ní odpoutat, téká od podnětu k podnětu, neudrží myšlenkovou souvislost. Dítě se zabývá určitou částí a není schopno postihnout situaci globálně. Myšlení je buď příliš rychlé, nebo naopak pomalé, těžkopádné, je narušena plynulost a harmoničnost myšlení. Některé děti hůře vnímají souvislosti, hůře zobecňují, v myšlení hyperaktivních dětí bývá určitá nerovnoměrnost ve zrání, jejich myšlení se potom jeví infantilní, neodpovídající jejich věku. Někteří autoři však poukazují na to, že tato nelineárnost a difúzita v myšlení, kdy dítě reaguje na více podnětů a z těch teprve vyvozuje následek, dokazuje netypičnost, originálnost myšlení těchto dětí. Často totiž přijdou na zcela nová a zajímavá řešení, která ostatní nenapadnou (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 40, 41).

S poruchami myšlení souvisí i *poruchy řeči*. Poruchy porozumění řeči vznikají vlivem poruch sluchové diferenciacie a dysgnózie. Děti nechápou jemné odstíny smyslu sdělení, ale i význam některých slov. K těmto poruchám však přispívá i kolísání pozornosti, kdy se dítě nesoustředí na to, co druhý člověk říká. K poruchám aktivní řeči jsou řazeny poruchy artikulace a rytmu řeči. U hyperaktivních dětí bývá reedukace déletrvající, vady výslovnosti jsou většinou úpornější a více četnější. Vyskytuje se artikulační neobratnost, specifické asimilace. Někdy bývá řeč nesrozumitelná, děti hovoří překotně, vlivem touhy říci co nejrychleji co nejvíce informací, rovněž bývá řeč často i neadekvátně hlasitá. Jazykový cit bývá také často omezen, pozorujeme i opožděný vývoj řeči, dítě začíná mluvit později než jeho vrstevníci. U dětí s ADHD se objevuje porucha tvorby pojmů, jejich slovní zásoba bývá chudší. Omezena je i schopnost pohotově se vyjádřit, mají tak potíže uplatnit svoje vědomosti, především při ústním zkoušení, ale mnohdy nedokážou ani adekvátně vyjádřit své myšlenky a city. Slohové práce těchto dětí bývají obsahově chudší, prosté, stručné. Řečový projev bývá chaotický, zmatený, neuspořádaný, často v řeči přeskochí nějakou důležitou informací, aniž to zpozorují, objevuje se i stereotypní používání některých výrazů a vět. Pro okolí může být řeč hyperaktivního dítěte hůře srozumitelná. Stejně však může být pro tyto děti hůře srozumitelná řeč druhých, nechápou jednoznačně obsah sdělení, nevycítí signály podle tónu hlasu. Dochází tak k častým nedorozuměním a problémům v komunikaci (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 41–43).

Děti s ADHD často trpí *poruchami emocí*, bývají silně emočně labilní, reagují na podněty neadekvátně, bouřlivě a infantilně. Tyto poruchy sebeovládání, afektivní a agresivní reakce mohou být i obranným mechanismem v situacích, kdy dítě prožívá subjektivně nadměrnou zátěž. Tyto děti se jen těžko přizpůsobují proměnlivým podmínkám, důvodem je jejich impulzivita v reagování a ulpívání na naučených stereotypch a zlozvycích, které se jen těžko přeučují. Odmítají měnit své zvyky a na změny reagují neochotou, podrážděním a hněvem. Jsou svým způsobem hodně rigidní

a konzervativní, často se jeví i jako sociálně nezralé. S výkyvy nálad pak souvisejí i výkyvy výkonnosti. Někteří autoři uvádějí, že u těchto dětí zaznamenávají určitou citovou plochost, zdá se, jakoby tyto děti potlačovaly svoje city, mívají proto i výrazně snížené sebevědomí, i když to mnohdy na první pohled tak nevypadá. Samy se cítí ohroženy reakcemi okolí a mají tak zvýšenou potřebu se bránit. I když se hypoaktivní děti jeví jako klidné, dokážou rovněž reagovat afektivně, zdánlivě se u nich neprojevují žádné změny v chování, ale jejich vnitřní neklid postupně narůstá, a pak stačí malý podnět a dochází k afektivnímu výbuchu, projevuje se tak nízká frustrační tolerance. Přestože jsou tyto děti přecitlivělé, někdy mívají potíže se vžít do pocitů druhých lidí. Činí jim mnohdy potíže rozlišit, co je vhodné a co naopak nevhodné. Bouřlivě například vnucují své přátelství ostatním dětem, ale stejně rychle ve svých citech ochladnou. Pro ostatní děti je toto chování nečitelné, a proto nebývají v kolektivu ostatními dětmi přijímány. Protože nejsou pro své chování většinou okolím přijímány, snaží se někdy upoutat pozornost nevhodným způsobem. Tyto děti však touží po náklonnosti, lásce a obdivu, ale kvůli svým projevům se mnohem častěji dostávají do situací, kdy jsou napomínány, kritizovány a odmítány, a to nejen ve školním prostředí, ale i mezi svými nejbližšími v rodinném prostředí. Opakované selhávání v různých situacích má za následek, že si dítě přestává věřit, může se uzavírat do sebe, trpět pocity méněcennosti, vnímat samo sebe v negativním světle (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 43–47).

Děti s ADHD mají sklon si i jednoduché napomenutí vysvětlit jako absolutní zhodnocení, těžko snášejí kritiku a neúspěch, často se urážejí, reagují přehnaně a neadekvátně situaci. Lehce se vzdávají, mají pocit, že se jim nikdy nic nepovede a mohou se tak začít vyhýbat řadě aktivit. Na druhou stranu bývají velmi srdečné a dokážou se velmi silně pro něco nadchnout, často tak nacházejí netradiční řešení problémů, což jim v budoucnu může přinést úspěch v oborech, ve kterých je kladem kreativita a citová bezprostřednost (Goetz, Uhlíková 2009, s. 28–31).

Goetz a Uhlíková (2009, s. 22) charakterizují tyto děti jako neorganizované. Jejich narušená schopnost organizovat věci podle systému, potíže se stálostí a vytrvalostí určitého plánu jsou příčinou neschopnosti těchto dětí udržet si ve svých věcech pořádek. Mají obtíže naplánovat si dopředu nějakou činnost v postupných krocích, když už si nějaký plán udělají, tak ho často nedodrží. Zapomínají na domluvené schůzky, nenosí školní pomůcky, vynechávají domácí úkoly nebo napíšíou jiné cvičení. Podle Lougyho a Rosenthala (2002, s. 13) se problém s organizováním projevuje i v potížích, které mají se zapojením se do organizovaných kolektivních sportů. Nápadná je však naopak jejich schopnost dlouhodobě se soustředit na zajímavou, proměnlivou a odměnu bezprostředně přinášející počítačovou hru nebo dlouhodobé sledování akčních filmů. Podle Jucovičové a Žáčkové (2010, s. 20) děti, které hrají počítačové hry neúměrně dlouhou dobu, bývají přetížené jednostranně působícími podněty, a v důsledku tohoto dlouhodobého zatížení mohou vznikat poruchy koncentrace pozornosti. Čímž se jejich potíže neustále prohlubují.

Děti s ADHD obvykle nebývají vytrvalé a cílevědomé. Přesto, že se mohou pro nějakou činnost lehce nadchnout, po určité době jejich zájem opadne, při neúspěchu se lehce vzdávají. Příčinou je zhoršená schopnost odložit odměnu a vytvořit si dlouhodobý plán s jasně vymezenými postupnými cíli, které pomáhají překlenout nudné nebo obtížné úseky daného úkolu. Proto jim i psaní domácích úkolů a školní práce zabírají více času než ostatním dětem. Rodiče dětí s ADHD popisují, že jejich děti mají zhoršený smysl pro čas. Bylo zjištěno, že uvědomovat si delší časový úsek je pro ně obtížnější, stejně tak jsou nepřesné jejich odhady pro trvání aktivit v budoucnosti. Otázka vnímání času u dětí s ADHD je však velmi složitá a její vysvětlení stále není jednoznačné (Goetz, Uhlíková 2009, s. 22–24).

Mnoho dětí, u kterých se prokáže ADHD je považováno rodiči a učiteli za neposlušné, popisují, že dítě často neposlechne ani v situaci, kdy pokyn zaregistrovalo. Odpoví sice přiměřeně situaci, ale požadovaný úkon neprovede. Podle Goetze a Uhlíkové (2009, s. 24–27) je důvodem, že tito jedinci mají zhoršenou schopnost převést slovní instrukci do podoby vnitřního programu, který ovlivní jejich chování, i proto těmto dětem delší dobu trvá, než se pustí do nějaké činnosti, což souvisí se zmiňovanou tvorbou vnitřních instrukcí i s vývojem řeči. Vnitřní řeč (samomluva) prochází určitým vývojem. Během vyžívání dítěte se vnitřní řeč odpoutává od jednoduchého popisu současných událostí a stává se prostředkem, který umožňuje řídit chování. Vnitřní řeč je u dětí s ADHD méně rozvinutá, částečně se proto snaží tento handicap kompenzovat tím, že si hovoří samy pro sebe nahlas. Komentují, co právě dělají, předfíkávají si různé úkoly nebo připomínají slíbené odměny či možné tresty. Některé děti s ADHD mají potíže i se spánkem, mají nepravidelný rytmus spánku. Ve spánku projevují děti větší pohybovou aktivitu, padají z postele, probouzejí se obvykle velmi časně, ale večer později usínají. Zhoršená kvalita spánku negativně ovlivňuje pozornost a náladu dětí po celý den.

Každé dítě s ADHD však nemusí trpět všemi výše uvedenými příznaky a poruchami, některé projevy mohou být velmi výrazné, jiné pouze naznačené, mírné. Jsou-li tyto projevy výrazné a zřejmě již v předškolním věku, často podle Jucovičové a Žáčkové (2010, s. 52) dítěti pomůže odložení školní docházky o jeden rok, protože dozríváním nervové soustavy se některé projevy poruchy mohou zmírnit. Je však vhodné s dětmi v tomto roce intenzivně pracovat, abychom usměrnili některé projevy v chování, případně předešli vzniku poruch učení. Je proto důležité znát také vývojovou variabilitu obrazu ADHD, uvědomovat si zvláštnosti, vnímat změny v projevech této poruchy v závislosti na věku dítěte tak, abychom mohli na dítě výchovně působit a ono bylo schopno žít se svou poruchou v kolektivu ostatních dětí i dospělých.

4.3 Vývojová variabilita obrazu poruchy pozornosti

S věkem dítěte se projevy jeho chování mění a podle Michalové (2011b, s. 40–45) tak jedinec s ADHD může vystřídat příslušnost ke všem uváděným subtypům. Nejtypičtější pro *novorozence nebo*

kojence s hyperaktivitou bývá výrazná nepravidelnost v denním režimu, nepravidelně usíná, nepravidelně se probouzí. Některé děti spí celkově méně, nevydrží v klidu odpočívat, provádí spoustu bezúčelných pohybů, které u nich mnohdy vyvolávají i nevolnosti a zvracení, protože nevydrží v klidu ani po jídle.

V *batolecím období* často stále přetrvává nepravidelnost v denním režimu, v noci většinou špatně spí a v noci jsou bojácné. Nevydrží dlouho u žádné zábavy ani hry, všechny aktivity je za chvíli omrzí. Pro některé jedince je typický nerovnoměrný psychomotorický vývoj, některé fáze zcela vynechá a potom se k nim teprve vrací (Michalová 2011b, s. 45). Jucovičová a Žáčková (2010, s. 24) uvádějí, že hyperaktivní děti často přeskóčí některou vývojovou fází tím, že nelezou, ale hned chodí, přičemž první krůčky zaznamenáváme již kolem desátého měsíce věku. Někdy však bývá naopak psychomotorický vývoj zpomalen, stejně tak se vyskytuje i opožděný vývoj řeči.

U některých dětí s ADHD se v *předškolním období* začíná projevovat jejich nešikovnost, řeč bývá často opožděna, obzvláště v přesnosti artikulace. Lze také někdy pozorovat náznaky obtíží ve vrstevnických kontaktech. Zvýšená aktivita a nepozornost bývá charakteristická až pro 40 % dětí tohoto věku, ale rozhodně se nemusí jednat o syndrom ADHD. Děti, u nichž však porucha přetrvává bývají enormně živé, stále vyžadují pozornost druhé osoby, typická je také náladovost, podrážděnost, sklon k hněvu a agresivitě či neposlušnosti (Michalová 2011b, s. 45, 46). Přetrvávají potíže s delším soustředěním na jednu činnost. Činnosti, v kterých mají potíže (např. v grafomotorice nebo v oblasti zrakové percepce), odmítají vykonávat (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 25).

Ve *školním věku* se mnohdy děti s poruchou pozornosti velice těžko podřizují školním pravidlům. Neudrží pozornost na práci, a někdy také kazí aktivity ostatních dětí. Často reagují zkratkovitě v důsledku své impulzivity. Reagují a chovají se na celkově nižší sociální úrovni než věkově stejně staré děti, což je důsledkem jejich emoční nezralosti. Ve vrstevnických vztazích se dostávají do sporů a mnohdy nepatří ani mezi nejoblíbenější děti. Minimálně 25 % dětí s ADHD trpí zároveň některou z forem specifických poruch učení. Neúspěch ve výuce v kombinaci s menší oblibou mezi dětmi je příčinou jejich nízkého sebevědomí, které se snaží kompenzovat nevhodným upozorňováním na sebe a zlobením. Ve věku 7–10 let se u 30–50 % dětí s ADHD rozvíjí porucha chování nespecifická, ale objevují se i úzkostné poruchy a poruchy nálady (Michalová 2011b, s. 47, 48). Někdy se k těmto projevům v předškolním a školním období přidávají i poruchy spánku a přijímání potravy (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 26). Podle Paclta (2007, s. 19–21) mohou být dalšími přidruženými zdravotními problémy také opakované infekce horních cest dýchacích, alergie, astma, strabismus a emoční poruchy.

S příchodem *adolescence* se zmírňuje hyperaktivita, naproti tomu obvykle nápadně probíhá socializace, i když individuálním způsobem, v závislosti na somatických změnách, změnách osobnosti

i na všech sociálních vlivech prostředí. Jedinec s ADHD většinou zatím nebývá připravený zvládnout zodpovědnost za své chování. Pokud rodiče veškerou odpovědnost přesunou pouze na své dospívající dítě, ve většině případů tuto přemíru zodpovědnosti nezvládne. Někteří dospívající experimentují s drogami, kouří, propadají hazardním hrám nebo provozují jiné asociální chování, v důsledku čehož dochází v rodinách k defektním vztahům mezi rodiči a dospívajícími dětmi (Michalová 2011b, s. 48, 49). Paclt (2007, s. 21, 22) uvádí, že některé studie vazbu hyperaktivity v dětství a alkoholu v dospělosti potvrdily, jiné však nikoliv, ale tato souvislost se jeví jako možná. Osobnostní vlastnosti dětí s ADHD predisponují k abúzu drog. Paclt však odmítá tvrzení, že by léčba stimulancií v dětství měla vliv na pozdější zneužívání drog či alkoholu.

Období dospívání, je na straně rodičů leckdy spojeno s úzkostí z osamostatňování a citového vzdalování dětí. Přetrvávající impulzivita a tendence dětí s ADHD riskovat rodiče zúzkostňuje, rodiče postupně ztrácejí nad svými dětmi kontrolu a považují své adolescenty za neschopné převzít za sebe odpovědnost, jejich snaha udržovat děti ve větší závislosti vytváří vzájemné napětí a střety. Není proto snadné najít společně přijatelnou míru volnosti a nepřímé kontroly nad dospívajícími hyperaktivními dětmi (Drtílková, Šerý, aj. 2007, s. 171).

5 Etiologie, příčiny vzniku

Etiologie zůstává v mnohém zatím neobjasněná, symptomatiku je třeba vždy posuzovat v rámci celkového kontextu pacienta a jeho prostředí. Mezi mnoha autory však převládá přesvědčení, že příčiny jsou multifaktoriálního charakteru, tzn. jsou kombinací mnoha vlivů, především dědičnosti, organického poškození mozku, nerovnováhy v činnosti neurotransmiterů, ale i vlivu prostředí. Na jejím vzniku se tedy podílí vlivy genetické, prenatální i perinatální. Pacltem (2007, s. 25–32) jsou uváděny čtyři následující výzkumné modely: kognitivní, neurobiologický, genetický a biochemický.

5.1 Kognitivní model

Kognitivní model vyzdvihuje chybný informační proces a problémy s útlumem činnosti. Z neurologického hlediska to pravděpodobně souvisí s temporální (spánkovou) dynamikou, kdy se předpokládá deficit serotoninu, způsobující u dětí s ADHD neobvykle pomalé útlumové mechanismy. Nejvíce jsou dotčeny funkce pracovní paměti, sebeovládání (afektivně motivačního nabuzení), internalizace řeči a plánování a reorganizace činnosti. Sergeantova teorie se zabývá i otázkou, zda se nejedná o skrytou dysfunkci energetických mechanismů (in: Paclt 2007, s. 25). Sergeant se pokusil o souhrnný výklad syndromu ADHD zformovaný kognitivně energetickým modelem, který řeší deficity na úrovni kognitivních procesů, (kódování, centrální zpracování a tvorba odpovědi), energetických rezerv (arousal, aktivace a úsilí) a systému řízení a exekutivní funkce (tj. prováděcí a řídicí funkce vztahující se k čelním lalokům). Tento model se snaží upozornit na skutečnost, že nejde jen o potíže s inhibicí (potlačení), ale i o vliv špatného energetického stavu, který má účinek na funkčnost dítěte s ADHD (in: Kulišťák 2011, s. 101).

5.2 Neurobiologický model

Neurobiologický model zdůrazňuje vzájemné funkční souvislosti centrální nervové soustavy. K důležitým funkčním a psychofyziologickým systémům patří procesuální zpracování informací, systém arousalu, systém útlumu chování a limbický systém. Tyto systémy zahrnují prakticky všechny mozkové oblasti (Paclt 2007, s. 26). Z hlediska zkoumání pozornosti se ukázalo, že pozornost není jen vlastností jediné oblasti mozku, ale také není souhrnnou funkcí jako celku. Teorie pozornosti podle Treismanové vychází z faktu, že určitá chování jsou prováděna s velmi nízkou nebo vůbec žádnou úrovní pozornosti, jsou považována za automatická, kdežto jiná vyžadují plně angažovanou pozornost. Treismanová předpokládá, že si zrak v raném věku ukládá některé jednoduché a užitečné vlastnosti pozorované scény (fixace pozornosti, které jsou kombinovány do podoby daného objektu), přičemž proces pozornosti spojí jednotlivé charakteristiky do jednoho objektu, který je později vnímán jako celek. Soustředěná pozornost vybírá a spojuje předložené charakteristiky. Tyto informace v pozdějších

obdobích slouží k vytváření a obnovování souborů vnímaných objektů (in: Kulišťák 2011, s. 90–92). Lze předpokládat souvislost s ranou senzoricou deprivací či přeskokování určitých vývojových stádií (např. lezení), které může zapříčinit pozdější potíže v prostorové orientaci a potíže s plně angažovanou pozorností. Také Michalová (2011b, s. 58) uvádí, že porucha pozornosti a s ní spojená porucha chování, koreluje s anxiózním a neurotickým vývojem, vlivem rané senzoricke deprivace, jež je důsledkem blokády nervové soustavy a souvisí s procesem myelinizace neuronů, jehož počátky začínají narozením jedince a trvají intenzivně do 6. roku života. Tento proces doznívá okolo 15. roku života.

Neurobiologické aspekty jako příčina syndromu ADHD v současnosti dominují, neboť se ukázalo, že vlivy prostředí tvoří spíše složku sekundární, která modifikuje obraz příznaků do určitého fenotypu. Kvantitativní EEG studie u chlapců s ADHD našly pomalou aktivitu ve frontálních oblastech mozku a sníženou beta-aktivitu v oblastech temporálních. Syndrom ADHD však nelze vysvětlit pouze prefrontálním deficitem, neboť se tím přehlídí výše uvedené energetické aspekty a provázanost pozornostních sítí také na parietální (temenní mozkový lalok) a podkorové mozkové struktury (Kulišťák 2011, s. 99–101).

5.3 Genetický model

Genetický aspekt je založen na zjištění, že hyperkinetický syndrom je pětkrát častější u dětí rodičů, u kterých se tato porucha také vyskytuje. Možný je však také vliv perinatální hypoxie, která ovlivňuje nezralou dopaminergní transmissi. Genetické vlivy u mužů a žen nejsou pravděpodobně zcela identické. V pokusu na zvířatech bylo prokázáno, že v průběhu pubertálního vývoje dochází u samců k výraznějšímu snížení dopaminergní aktivity. Tyto změny mohou být významné při rozvoji některých vývojově podmíněných poruch dětského a dospělého věku, především u hyperkinetického syndromu, který se vyskytuje častěji u chlapců než u dívek (Paclt 2007, s. 31). Goetz a Uhlíková (2009, s. 69) zhodnocením mnoha výzkumných studií došli k závěru, že ADHD má až z 80 % dědičný základ a vnější faktory, jako je například výchova, životní prostředí dítěte nebo biologické vlivy (např. průběh těhotenství) hrají roli podstatně menší. Ukázalo se to ve studiích jednovaječných dvojčat, odděleně vyrůstajících, kdy se zjistilo, že pravděpodobnost výskytu ADHD u obou sourozenců je až 80 %. Neznamená to však, že by rodič s ADHD měl 80% pravděpodobnost, že sám bude mít potomka s touto poruchou. Jestliže je výskyt ADHD v celkové populaci přibližně 5 %, a u rodiče se stejnou poruchou je pětkrát vyšší, pak mezi potomky pacientů, kteří v dětství trpěli ADHD, je 25 %. Pokud u těchto rodičů přetrvávají příznaky ADHD i do dospělosti, je pravděpodobnost přenosu poruchy na potomka ještě vyšší. Také podle Michalové (2011b, s. 57) „nejnovější studie dokazují, že z genetického hlediska je ohrožena danou poruchou spíše mužská populace.”

5.4 Biochemický model

Biochemické aspekty předpokládají narušení neuronálních synapsí. Neurotransmitery jako jsou dopamin, noradrenalin a serotonin se koncentrují ve specifických oblastech mozku a řídí řadu činností. Dopamin reguluje soustředění pozornosti, přijímání informací a činorodost, noradrenalin usměrňuje vzrušení a zodpovídá za posilování, např. paměťových spojů, serotonin zase řídí impulzy a puzení k činnostem. Změna hladiny těchto látek modifikuje pozornost, pocity, myšlení a činnost. Neurotransmitery aktivují receptory, jejichž citlivost ovlivňuje momentální koncentrace neurotransmiterů na synapsích. Chronická expozice vysokými koncentracemi neurotransmiterů snižuje citlivost receptorů, zatímco jejich chronická blokáda vyvolává jejich přecitlivělost. Receptory neustále ladí svou citlivost a jsou životně důležité při zajišťování neurochemické homeostázy. Citlivost receptorů může být ovlivňována léky, alkoholem, kokainem, metabolickými poruchami, vývojovými traumaty, neurotoxiny či genetickými odchylkami (Paclt 2007, s. 32). To zřejmě vysvětluje fakt, že jedinci s ADHD mají vyšší predispozice k závislostem a poruchám chování, zapříčiněných vlivem nevhodného výchovného vedení. Podle Vágnerové (2008, s. 781) bývá hyperaktivita spojena se změnou koncentrace dopaminu v mozkomíšním moku. Zrání, které vede ke zklidnění, je doprovázeno poklesem jeho hladiny. Biologické dispozice k poruchovému jednání vznikají na úrovni narušené struktury čítí centrální nervové soustavy. Podstatný je především rozvoj frontálního kortexu (mozk. kůry) a jeho spojení s dalšími subkortikálními (podkorovými) i korovými oblastmi mozku. Tato fylogeneticky nejmladší část mozku definitivně dozrává až v adolescenci. Rubia hovoří o opožděném zrání frontální kůry mozku u dětí a adolescentů s ADHD, jež je způsobeno nedokonalou myelinizací neuronů (in: Kulišťák 2011, s. 102).

5.5 Další možné příčiny

Mezi některými speciálními pedagogy nebo psychology, kteří působí v pedagogicko psychologických poradnách se objevují i názory, že příčinou poruchy pozornosti může být i problém s *přetrvávajícím symetrickým tonickým šíjovým reflexem*. Americké speciální pedagožky N. E. O' Dell a P. A. Cook navázaly na práce americké lékařky M. L. Benderové a poukázaly na skutečnost, že u dětí s poruchou aktivity a pozornosti zcela nevymizí dětský symetrický tonický šíjový reflex. Názory výše uvedených autorek, i přes prokazatelné terapeutické výsledky, nejsou všemi odborníky přijímány. Přetrvávající symetrický tonický šíjový reflex je automatický pohyb, který způsobuje, že horní polovina těla pracuje v protikladu k dolní polovině. Toto nastává u dětí, které v raném věku nelezly nebo lezly jen krátkou dobu, začaly chodit velmi brzy, dlouhou dobu zůstávaly v chodítkách a ohrádkách. Pro optimální vývoj motoriky by proto děti v raném věku měly lézt po kolenou alespoň šest měsíců. Autorky uvádějí, že minimálně u 75 % dětí, které mají problémy s učením (ADHD, poruchy školních dovedností) nacházejí nevyvinutý symetrický tonický šíjový reflex v různém stupni.

Pohyby dítěte s nedostatečně vyvinutým tonickým šíjovým reflexem jsou ovládány, vždy pokud dojde k napnutí horní nebo dolní poloviny těla, protilehlá polovina těla se automaticky ohýbá, což má za následek potíže s koordinací pohybů a sezením. Při sezení dítě pociťuje napětí ve svalech, což ho nutí k hledání příjemnější pozice, vrtí se, hrbí, natahuje nohy, vstává atd. Také psaní je pro tyto děti obtížnou činností. Každý pohyb ruky při psaní způsobuje změnu napětí krku a kyčlí, následkem čehož děti píšou v sevřené, omezené a křečovitě pozici, která nedovoluje změnu ve svalech. Narušena je i směrová orientace těla, obě strany těla se pohybují symetricky a dítě nemá dostatek podnětů pro uvědomování si levé a pravé strany těla. Pro vývoj směrové orientace považují uvedené autorky za důležité především lezení, při němž si dítě postupně uvědomuje jednotlivé strany svého těla. Děti, které dostatečně nelezou, mají problémy se směrovou orientací, obtížněji určují levou a pravou stranu, což se negativně projevuje i při rozeznáváním směru písmen a posloupnosti. Zmiňované autorky vypracovaly soubor metod pro diagnostiku i soubor metod pro nápravu problémů, která spočívá v jednoduchých cvicích napodobujících pohyby malého dítěte ve fázi lezení. Při cvičení dochází k dokončení vývoje symetrického tonického šíjového reflexu, dítě dodatečně získává volní kontrolu nad svými pohyby (Kulička 2014).

6 Specifika přístupu k dětem s poruchou pozornosti

Jak již bylo zmíněno, děti s ADHD mají nedostatky ve zvládnání zátěže, zjednodušují složité informace, jsou zranitelnější a mají sklony k depresivitě, obtížně vyjadřují city a mají větší sklon k situacím snadněji zvládnutelným. Podle Kulišťáka (2011, s. 98) vede zvýšení požadavků ze strany podnětů k ještě většímu narušení pozornosti a impulzivity s nezralým vyhýbáním se vnější stimulaci, proto doporučuje snížení chronického distresu, strukturaci výchovného prostředí a dovolit dětem vytvářet adaptivnější strategie řešení problémů.

„Protože každý člověk s ADHD je jedinečný, doporučují odborníci pro každé dítě jiný přístup. Některé děti berou na ADHD léky, jiné ne. Některé děti pracují s odborníky hlavně na nápravě chování, jiné na lepším soustředění” (Taylor 2012, s. 41). Léčebná péče v podobě *farmakoterapie*, spočívá v užívání rozličných psychofarmak, psychostimulancií, antidepresiv, antipsychotik či antihypertenziv. Podle Drtílkové a Šerého aj. (2007, s. 146) vzniká u neléčených hyperkinetických poruch v adolescenci závažné riziko rozvoje poruch chování a zneužívání alkoholu a drog. Jako nejúčinnější v léčbě hyperkinetického syndromu se jeví *léčba farmakoterapií v kombinaci s psychoterapií*. Experti však vždy musí u každého dítěte individuálně zvážit poměr mezi prospěchem a možným rizikem léčby psychofarmaky. Některými nežádoucími účinky užívaných psychofarmak mohou být totiž i změny v chování u dětí, suicidální myšlenky, halucinace, psychózy, mánie, projevy agresivity, epileptické záchvaty, poruchy srdečního rytmu aj. Drtílková (in: Drtílková, Šerý, aj. 2007, s. 250) je však přesvědčena, že úspěšná farmakologická léčba má příznivý vliv na atmosféru v rodině, zlepšuje vztahy s rodiči a sourozenci, omezuje nutnost neustálého napomínání a trestů. „Rovněž Taylor potvrzuje, že ...riziko vzniku závislosti u dětí léčených stimulancií je téměř dvakrát nižší než u dětí bez léčby ADHD. Vysvětlení tohoto protektivního účinku souvisí pravděpodobně s komplexní redukcí symptomů ADHD, především ovlivněním studijních výsledků a rodinných vztahů a s určitým preventivním působením na možný rozvoj pozdějších poruch osobnosti” (in: Drtílková, Šerý, aj. 2007, s. 146).

6.1 Zásady výchovného vedení

Výchova dítěte je procesem, který směřuje k přípravě dítěte začlenit se úspěšně do společnosti, tedy socializací. K tomu, aby se dítě v budoucnu stalo člověkem, jež je schopen přijmout normy společnosti, člověkem kompetentním a sebevědomým, je nutné, jak uvádí Jucovičová a Žáčková (2010, s. 55, 56), *vytvořit klidné, citově proteplené rodinné prostředí*, dát najevo lásku k dítěti, tak aby dítě zažilo v rodině pocit sounáležitosti, aby cítilo, že jej rodiče mají rádi, i když někdy zlobí. Každé dítě by mělo zažívat atmosféru, kdy je pozitivně přijímáno takové, jaké je. Naše požadavky na dítě musí být přiměřené a pro dítě zvládnutelné. Laskavý přístup však musí být v rovnováze s dodržováním

určitého řádu, každé chování by mělo mít svá pravidla a hranice. *Jasně stanovená pravidla*, mantinely v chování je také potřeba neustále připomínat, vyplatí se vytvořit tato pravidla za aktivní účasti dítěte i v písemné formě. Klid a vyrovnanost rodiče či pedagoga je nezbytným příkladem žádaného chování. Nervozita dospělých se na dítě snadno přenáší a afekt ještě zhoršuje. Také pravidelný režim dne přináší dítěti jistotu a usnadňuje mu orientaci v průběhu dne, jeho svět je přehledný a jasně uspořádaný, v pravidelném denním režimu nacházejí oporu a jistotu. Náhlé změny snášejí jen velmi těžce.

Další důležitou zásadou je *důslednost*. Pravidla, která jsme si stanovili, je nutné také dodržovat, nutná je důsledná kontrola, prováděná ovšem nedirektivním, taktickým způsobem. Kontrolovat dítě je třeba pravidelně a často. Požadavek důslednosti ve výchově ovšem neznamená přílišnou tvrdost. V případě, že dítě projevuje snahu, je možný kompromis. Důležité je také *sjednotit výchovné přístupy*, pokud je jeden rodič důsledný a druhý ne, dítě se naučí využívat výhod takového jednání. Jednotný přístup hraje velkou roli i ve škole u všech vyučujících i vychovatelů, netřeba připomínat, že vzájemná spolupráce školy a rodiny je základním předpokladem řešení problémů dítěte s poruchou pozornosti (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 56, 57).

Dítě s poruchou pozornosti zažívá převážně neúspěchy, umožněním *prožít mu úspěch*, předcházíme negativním reakcím a chování. Chválíme dítě i za malé, dílčí pokroky, oceňujeme snahu. Dítě, které nemá úspěchy ve školní práci, je dobré podporovat v činnostech, ke kterým má nadání (sport, zpěv, výtvarné aktivity apod.). Negativní chování spíše ignorujeme, oceňujeme to, co dítě udělalo správně. Je mnohem účinnější naučit se pracovat s přidělováním a odnímáním odměn a výhod než s tresty. Tresty mohou vést k ještě větší zatvrzelosti dítěte, stejně tak působí i vyčítání, mentorování a ironizování. Důležitý je pro dítě s touto poruchou *dostatečný přísun přiměřených podnětů*. Zvýšenou pohyblivost a aktivitu bychom u dítěte neměli potlačovat násilím. Při každé volné chvíli je nutné dát dítěti možnost co největšího volného pohybu. V zájmové činnosti má dítě možnost se odreagovat, ale být i úspěšné. Ale i zde je nutné dbát na rovnováhu, aby nedošlo k přetížení, efekt by byl obrácený, jeho obtíže by se mohly prohloubit, klesala by jeho schopnost soustředit se a hyperaktivita by se zvyšovala. Dítě může být zahlceno nejen přemírou aktivit, ale i množstvím příkazů a zákazů, které se na něj hrnou ze všech stran. Nejlépe mu vyhovují jednoduchá, jasně formulovaná pravidla. Dítě, které je nuceno neustále poslouchat pokyny od rodičů, často není ani schopno dostatečně vnímat obsah řečeného (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 58, 59).

Ani handicap v podobě poruchy pozornosti, která negativně ovlivňuje studijní dovednosti a chování dětí s touto poruchou však nemusí nutně znamenat, že dítě bude v dospělosti neúspěšné, že v budoucnosti propadne drogám nebo se stane bezdomovcem. Goetz a Uhlíková (2009, s. 116) varují před přehnanými obavami rodičů, považují je za „škodlivé sebenaplňující proroctví.“ Přehnaná

nedůvěra rodičů může způsobit, že právě proto se bude adolescent dopouštět činů, jichž se anxiózní rodiče nejvíce obávají. Také Bartoňová (2004, s. 157, 158) poukazuje na úskalí úzkostné péče a přehnané podpory ze všech stran, která dětem neprospívá, protože se nenaučí překonávat překážky, zároveň však varuje i před extrémním nedostatkem podpory dítěte. Dítě musí cítit, že je rodinou milováno a podporováno, ale současně potřebuje zažívat pocit, že se může i samo rozhodnout.

6.2 Terapeutické metody

Pokud si rodiče při výchově svých dětí nevěří, potřebují poradit, podpořit či navést na správné a účinné výchovné metody, mohou se poradit s odborníky. Mnohými odborníky jsou propagovány psychoterapeutické metody, mezi ty nejúčinnější a nejvíce využívané patří výcvik rodičů a behaviorální terapie, kognitivně behaviorální terapie a rodinná terapie. Munden a Arcelus (2002, s. 88–93) popisují techniky *výcviku rodičů* a *behaviorální terapii*, která pracuje především s rodiči samými, nikoli přímo s dětmi. Terapeut nejprve zjišťuje podstatu a rozsah problémů, jak vznikly a jak je doposud rodiče zvládali, následně vybere ty psychologické postupy nápravy, jež vyhovují konkrétní rodině. Obecné rady pro rodiče nejsou nijak zvlášť účinné, postupový plán musí brát v úvahu projevy ADHD u konkrétního dítěte. Řada technik na zlepšení chování dětí je založena na principu učení k získání žádoucích reakcí a vzorců chování výměnou za nežádoucí. Osvědčily především techniky Analýza ABC a pozitivní podpora, jež spočívá v tom, že projevy chování dětí jsou ovlivněny předcházejícími událostmi i událostmi, které následovaly po daném projevu jejich chování. Technika pozitivního posilování pracuje s postupy, jež využívají ocenění přijatelného chování. Rodiče potřebují nejprve dítěti co nejpodrobněji popsat, které chování od něho čekají, musí chování dítěte komentovat zcela jasně, jedině tak může dítě začít chápat, co se od něj očekává a za jakých podmínek bude odměněno.

Kognitivně behaviorální teorie (KBT) se zaměřuje na myšlení, emoce, tělesné reakce a pozorovatelné chování. Tyto složky jsou navzájem provázány, proto změna v jedné složce má vliv na zbylé tři. Důsledkem dlouhodobého negativního myšlení a s ním spojeného negativního chování má jedinec snížené sebevědomí, je celkově v napětí, snižuje se potřeba tělesného pohybu, zhoršuje se jeho interakce s okolím, jedinec se postupně straní druhých lidí a dostává se do izolace (Pešek, Praško, Štípek 2013, s. 16–18). Podle Říčana a Krejčířové (2006, s. 499) je terapeutický důraz KBT kladen na prožitkový význam praktického dění. Theiner (in: Drtílková, Šerý, aj. 2007, s. 177, 178) popisuje, že KBT pracuje s myšlenkami a kognitivními procesy, především u dětí depresivních a úzkostných. Je důležité si však uvědomit, že některé příznaky ADHD jsou především biologicky podmíněné a nelze je vůlí ovlivnit. Jedná se především o poruchu pozornosti a do určité míry i hyperaktivitu. Pomocí kognitivně behaviorální metody tedy nelze ovlivnit to, že dítě ve škole nedává pozor a nesoustředí se na výklad učitele.

Rodinná terapie považuje problém ADHD za záležitost celé rodiny, nehledá obvykle příčiny, ale soustředí se na zlepšení komunikace a porozumění mezi členy rodiny s cílem pomoci jim najít vlastní řešení problémů, které ADHD a jiné okolnosti způsobily. Tato metoda je vhodná především v rodinách, kde jsou vztahy mezi příslušníky rodiny napjaté nebo se bortí (Munden, Arcelus 2002, s. 93).

6.3 Specifika vzdělávání (intervence ve škole)

Ještě donedávna se vědci domnívali, že mozek dospělého člověka je již dotvořen do definitivní podoby a nemůže se vyvíjet k lepšímu. Studie Eleanor Magiurové z Univerzity v Londýně ukázala, že pod vlivem vhodných podnětů zvenčí se určité oblasti nervových buněk mohou přetvářet. Tato badatelka zkoumala šestnáct londýnských řidičů taxi a zjistila, že jejich zadní hipokampus je ve srovnání s kontrolní skupinou padesáti mužů větší. Její předpoklad je, že se hipokampus takto vypracuje, pokud je posilován tím, že řidič taxi často vyhodnocuje informace o směru jízdy a hledá orientaci ve velkém městě. Tuto schopnost mozkové kapacity modifikovat svou strukturu nebo funkci jako odpověď na učení a poškození mozku definujeme jako plasticitu mozku. Trevarthen upozorňuje, že „plasticitu mozku lze ovlivnit ještě dříve než učením především kladným emočním prostředím” (in: Kulišťák 2011, s. 73–77).

„Příčinou některých problémů souvisejících s ADHD je nedostatečná motivace a nízké sebevědomí, což může být také důsledkem toho, že učitelé a rodiče s dětmi s ADHD špatně pracují” (Munden, Arcelus 2002, s. 97). Prediktorem úspěchu, vytrvalosti a odolnosti je vůle, Vůle zaměřená tím správným směrem může v mnohém ohledu zkvalitnit život všem jedincům, kteří mají potíže se zaměřením pozornosti. Děti s ADHD mají oslabené volní vlastnosti, proto je nezbytné se ve výchově a vzdělávání zaměřit na rozvoj a výchovu k pevné vůli, přičemž klíčovým předpokladem pevné vůle je i přítomnost vzorů tzn. rodičů, vychovatelů a učitelů. Školství, založené pouze na strachu z represe však vůli příliš neposiluje, děti se takto učí být aktivními pouze pod nátlakem a motivace mizí. Podle Bartoňové (2004, s. 158, 159) může být psychosociální postavení dětí ovlivněno i postoji učitelů a spolužáků. Pokud učitel vnímá dítě s tímto handicapem jako problémové, nenadané, líné, nepořádné, vzpurné, nesamostatné, myslí si o něm, že na rozdíl od jiných spolužáků nemá zájem o výuku, u dítěte se pod tlakem neúspěchů a pro příliš dlouhou, někdy až několikahodinovou domácí přípravu vyvine nechuť nebo dokonce odpor ke škole. V takových případech velmi záleží na citové podpoře ze strany rodičů a schopnosti rodičů a učitelů domluvit se na společných krocích ve prospěch dítěte.

6.3.1 Ovlivňování poruchy pozornosti

Z hlediska možného *ovlivňování poruchy pozornosti* je ve škole důležité vytvořit dítěti vhodné podmínky, prostředí třídy by proto mělo být pro dítě přehledné, aby v něm nevyvolávalo chaos. V zasedacím pořádku je vhodné umístit dítě tak, aby pozornost dítěte nebyla během vyučování odpoutávána vedlejšími, rušivými podněty, ale nutný je zvýšený dohled učitele. Pokud to situace dovoluje, „je dobré volit vhodné místo v zasedacím pořádku třídy tak, aby dítě bylo co nejbližší učiteli“ Střídáním činností předcházíme únavě, při práci na dítě nespěcháme, vedeme jej k rozfázování prováděné činnosti na jednotlivé kroky. Důležité je vytvořit dítěti bezpečné prostředí, v němž se cítí být přijímáno takové, jaké je (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 65–73).

6.3.2 Ovlivňování hyperaktivity

Dítě s *hyperaktivitou*, které trpí motorickým neklidem se nedoporučuje nutit ke klidu násilně. Pokud se dítě musí soustředit na to, aby klidně sedělo, nezvládne se soustředit na důležitější úkoly, musí vynakládat velké úsilí, a tím se také rychleji unaví. Rozhodně nelze dítě za projevy hyperaktivity trestat nebo mu dávat za příklad jiné klidnější žáky. Mnohem přínosnější je na mírný motorický neklid nereagovat. Vhodné je dítěti dopřát dostatek možností k pohybovému uvolnění, důležitý je volný pohyb bez přílišného organizování. Náročné a příliš soutěživé sporty nejsou příliš vhodnými pro dítě s ADHD, může v nich selhávat a prohlubovat tak své pocity nedostačivosti. Kolektivní sporty provozované na vrcholové úrovni většinou těmto dětem nevyhovují, protože jsou zde vystaveny velkému tlaku. Únava dítěte s hyperaktivitou se paradoxně může projevit ještě větším motorickým neklidem a nesoustředěností, vhodná je proto relaxace, jež výrazně tlumí agresivitu. Významný vliv má na dítě celkové klima třídy, je nutné naučit ostatní spolužáky na negativní reakce dítěte s ADHD nereagovat. Ve třídě vždy budujeme atmosféru porozumění, pochopení a uvědomění, že každý jsme jiný, a proto máme také různé potřeby (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 69–73).

6.3.3 Ovlivňování impulzivity

Možností ovlivňování impulzivity dítěte by měl být nácvik ovládnutí jeho reakcí, vedeme jej k sebepoznání a seberegulaci. Využíváme například technik modelace dané situace nebo dramatizace s cílem, aby si dítě uvědomovalo svůj projev a vnímalo jej i z jiného úhlu pohledu. Impulzivní reakce spíše ignorujeme, v klidu přivádíme dítě k původní činnosti či jej taktně upozorníme, že daný projev není vhodný. Pokud dítě jedná přehnaně impulzivně, snažíme se takovou impulzivní reakci přerušit a vést dítě k fázi rozmyšlení a domýšlení důsledků impulzivního chování (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 74, 75).

6.3.4 Ovlivňování kognitivních a percepčně motorických poruch

Porucha pozornosti se týká se i kognitivních poruch. Jak uvádí Jucovičová a Žáčková (2010, s. 75–77), je nutné se u dětí s ADHD zaměřit i na *ovlivňování poruch motoriky a motorické koordinace*. Při činnostech souvisejících s motorickou dovedností se vyplatí nešetřit chválou a oceňováním i malých, dílčích úspěchů, přestože výsledek neodpovídá našim představám. Metodických materiálů, jež se zabývají nácvikem a rozvojem jemné motoriky je nepřehledné množství, lze proto uplatnit různá grafomotorická cvičení doporučená při reedukaci grafomotoriky a u dětí se specifickými poruchami učení. Musíme brát v úvahu, že některé děti s ADHD mají i poruchu mikromotoriky očních pohybů, která se projevuje nejen při čtení (dyslexie), ale také v orientaci v prostoru, resp. mikroprostoru, což ovlivňuje výkon při čtení, psaní, počítání, rýsování nebo orientaci na mapě.

Tyto děti mají často *poruchy paměti*, mají větší obtíže se zapamatováním učiva, například v naukových předmětech na druhém stupni základní školy. Rodiče dětí s ADHD často chybují v tom, že požadují samostatnost dítěte v učení naráz. Efektivnímu učení se dítě musí naučit postupně, pomoc rodiče je nutné odnímat po dílčích krocích. Při výuce využíváme názorné pomůcky, multisenzorický přístup a vlastní aktivitu dítěte. Dítě si daleko lépe osvojí a zapamatuje to, na co samo přijde, co objeví, co mu připadá smysluplné, zajímavé. Zapomínání či nereagování dítěte na pokyny předejdeme tím, že naše pokyny jsou jasné, stručné a obsahují vždy jen jednu informaci, kterou lze doplňovat obrázky nebo obrázkovými schémata. Učitel by také měl častěji dítě s ADHD kontrolovat, zda si zapsalo zadání domácích úkolů (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 77–79).

Možnostem ovlivňování percepčních poruch je věnována velká nabídka pracovních sešitů a publikací s různými cvičeními a hrami zaměřenými na jejich odstranění. Podrobnější návody k práci s těmito dětmi najdeme v literatuře zaměřené na tuto oblast. Při reedukaci zrakového a sluchového vnímání postupujeme podle obecných zásad. V případě výrazných obtíží ve *zrakovém vnímání* vždy postupujeme od vnímání konkrétních předmětů a manipulace s nimi k jejich znázornění. V další fázi se zaměřujeme na abstraktní tvary a symboly a na závěr na složitější schémata (např. geometrické tvary, tvary připomínající písmena, vlastní písmena). Nácvik orientace provádíme v makroprostoru, mikroprostoru i v tělesném schématu. Speciálně se zaměříme na nácvik levo-právěho pohybu očí, jehož zvládnutí je nutné v počátcích výuky čtení i psaní (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 82–85).

Při reedukaci *sluchového vnímání* vždy začínáme s využíváním nepohybujícího se zdroje zvuku a postupně přecházíme k pohybuujícímu se zdroji, přičemž se nejprve zaměřujeme na vnímání zvuků neřečových přirozených, poté reprodukováných, zvládá-li je dítě přecházíme na zvuky řečové, kdy porovnáváme dvojice slov či slabik (nesmyslných i dávajících smysl), rozlišujeme tvrdé a měkké slabiky, krátké a dlouhé samohlásky, znělé a neznělé hlásky. Zpočátku by měly být zvuky zřetelné,

postupně je však nahrazujeme zvuky méně zřetelnými, kdy je již potřeba větší vnímavosti a jemnějšího rozlišení. Cvičení provádíme zpočátku ve výhodných akustických podmínkách, ty se však později mohou zhoršovat (např. zní doprovodná hudba, mluvíme v rychlejším tempu, hovoří více osob najednou). Rozlišujeme tak sluchovou figuru na pozadí, vedeme děti ke schopnosti odlišit podstatné zvuky od nepodstatných. K reedukačním cvikům sluchového vnímání patří také nácvik vnímání a reprodukce rytmu či nácvik sluchové analýzy a syntézy (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 82–91). Rozvoj smyslového vnímání je významný především v předškolním věku, ale také na prvním stupni základní školy.

Jednoduchými dětskými hrami lze stimulovat *myšlení dětí i řeč*, například schopnost zobecňovat, rozvoj logického myšlení a rozvoj slovní zásoby. Poruchy řeči, kterými děti s ADHD často trpí, by měly být z větší části odstraněny již před vstupem do základní školy. Přetrvávají-li i na základní škole, je třeba, aby se dětem intenzivně věnoval odborník – logoped ve spolupráci s rodinou, případně školou. Omezenou slovní zásobu lze ovlivňovat podněcováním dítěte k neustálému vyprávění. Obecným problémem je nedostatek komunikace rodičů a dětí, rodiče toho o svých dětech málo vědí, nemají čas s nimi hovořit. Na omezené slovní zásobě se v současné době podílí i fakt, že děti málo čtou, tištěné slovo pomáhá slovní zásobu rozvíjet. Je tedy třeba přivádět děti nenásilnou a poutavou formou ke čtení (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 92–94).

6.3.5 Ovlivňování emočních poruch a poruch chování

Z hlediska možnosti *ovlivňování emočních poruch a poruch chování se* jako nejdůležitější zásada jeví zásada klidného, neafektivního prostředí. Neklid rodiče nebo učitele se na dítě přenáší. Afektivním reakcím dítěte můžeme předcházet nácvikem různých relaxačních technik. Dítěti je také nutné věnovat pozornost, i když je v klidu, nejen v případě nevhodného chování, jen tak bude schopné si uvědomit, že takové chování je žádoucí a správné. Podporovat, oceňovat správné chování je vždy efektivnější, protože dítě si spíše zapamatuje to, co bylo podpořeno, čemu byla věnována zvýšená pozornost. Nevhodné chování bývá posilováno i pocitem dítěte, že mu není věnován dostatek pozornosti a zájmu dospělých. Velmi důležité je naslouchat pocitům dítěte, mluvit s ním co nejvíce, co prožívá, jak prožívá chování svých kamarádů či sourozenců, jak prožívá svůj úspěch a jak naopak neúspěch. Dítě s ADHD je potřeba dlouhodoběji vést ke schopnosti emocionálního sebevyjádření. Měli bychom také zamezit prezentaci násilí před dítětem, protože opakované dlouhodobější vystavování takovým situacím může negativně ovlivnit budoucí citový život dítěte a vést k nápodobě takového chování, u dětí s ADHD to platí obzvlášť. Na nesprávné chování se snažíme spíše nereagovat, afektivní chování dítěti někdy slouží k připoutání pozornosti dospělého, proto není vhodné na afekt dítěte reagovat také afektem. Pokud to není nezbytně nutné (např. pokud se nejedná o afekt ohrožující dítě nebo někoho jiného) je lepší nezasahovat a počkat, až se dítě uklidní, teprve potom si

s ním v klidu popovídat. Před pasivním vysvětlováním však upřednostňujeme aktivní spoluúčast dítěte, hledání kompromisů a navrhování různých řešení. Pokud je nutné zareagovat na nesprávné chování trestem, měli bychom využívat přirozených důsledků vyplývajících z daného chování. Měli bychom si uvědomit, že trestání je vždy až krajním řešením, zabírá většinou jen krátkodobě, sice potlačí dočasně nevhodné chování, ale neřeší jeho příčinu. Pokud dítě potrestáme, vyplatí se důslednost, nezkontrolovaný nebo příliš rychle odpuštěný trest ztrácí účinnost. Dítě by mělo přesně znát pravidla soužití, uvědomovat si, co se stane, pokud tato pravidla překročí. Vyplatí se, když si společně soubor pravidel vytvoříme, například formou jednoduchých hesel, vtipných obrázků, obrázkových schémat. Vždy ale platí, že dospělý by měl být v dodržování těchto pravidel dítěti příkladem (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 103–109). Říčan a Krejčířová (2006, s. 497) uvádějí, že psychoterapeutické důsledky v oblasti sebedůvěry, sebeuplatnění, motivace a úspěšnějšího vytváření vrstevnických vztahů má také rozvíjení tělesné zdatnosti.

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část navazuje na část teoretickou a jsou v ní představeny výsledky průzkumu, který se věnoval informovanosti rodičů a učitelů dětí s poruchou pozornosti a poruchou pozornosti s hyperaktivitou, a týkal se především projevů, příčin a specifických přístupů k dětem s touto poruchou. Stěžejní kapitolou praktické části je interpretace získaných dat, diskuze a praktické využití výsledků práce, jejich prospěšnost a uplatnění v pedagogické praxi.

7 Metodologické aspekty práce

Kapitola „Metodologické aspekty práce“ se týká stanovených cílů práce, formulovaných hypotéz, použitých metod sběru dat a popisu výzkumného vzorku.

7.1 Cíle práce

Cílem práce je popsat míru informovanosti rodičů dětí s ADHD a učitelů základních škol týkající se této poruchy, a na základě zjištěných skutečností navrhnout opatření pro pedagogickou praxi. Konkrétně pak, prostřednictvím ověřování stanovených hypotéz, je jejím cílem zjistit, zda existují významné rozdíly v míře informovanosti jednotlivých skupin respondentů, tzn. rodičů dětí s ADHD, učitelů prvního stupně základních škol a učitelů druhého stupně základních škol. Námi zjištěná data mohou být prakticky využita v pedagogické praxi, mohou významně přispět ke zkvalitňování přístupu k dětem s tímto syndromem ze strany rodičů, učitelů a vychovatelů.

7.2 Formulované hypotézy

H1: Rodiče dětí s ADD/ADHD mají méně znalostí týkající se poruchy jejich dítěte než učitelé prvního stupně základních škol.

H2: Rodiče dětí s ADD/ADHD mají méně znalostí týkající se poruchy jejich dítěte než učitelé druhého stupně základních škol.

H3: Učitelé prvního stupně základních škol mají více znalostí o ADD/ADHD než učitelé druhého stupně základních škol.

7.3 Použité metody sběru dat

Sběr dat probíhal formou *kvantitativního výzkumu*. Gavora (2010, s. 35) uvádí, že kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji, zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevů a číselné údaje se dají matematicky zpracovat. Kvantitativně orientovaný výzkum dává možnost jednoznačného

vyjádření výzkumných údajů v podobě čísel. Číselné údaje je možné sčítat, vypočítat jejich průměr, vyjádřit je v procentech apod.

Klasický pedagogický výzkumu prochází jednotlivými fázemi, jsou jimi stanovení problému, formulace hypotézy, verifikace hypotézy a vyvození závěrů a jejich prezentace (Chrásková 2007, s. 12). Použitou metodou je *dotazník* (viz. příloha A, B). Podle Gavory (2010, s. 121) je dotazník nejfrekventovanější metodou zjišťování údajů a základní podmínkou racionálně plánovaného výzkumu je jasně stanovený cíl dotazníku. K účelu výzkumu byl použit dotazník vlastní konstrukce, sestavený na základě studia odborné literatury podle Gavorovy metodiky. V dotazníku byly převážně uzavřené dichotomické otázky, některé otázky však nabízely širší škálu alternativ, zjišťovány byly i některé faktografické údaje. Dotazníky byly distribuovány v časovém období říjen 2014 až listopad 2014 prostřednictvím osobního předání.

7.4 Popis výzkumného vzorku

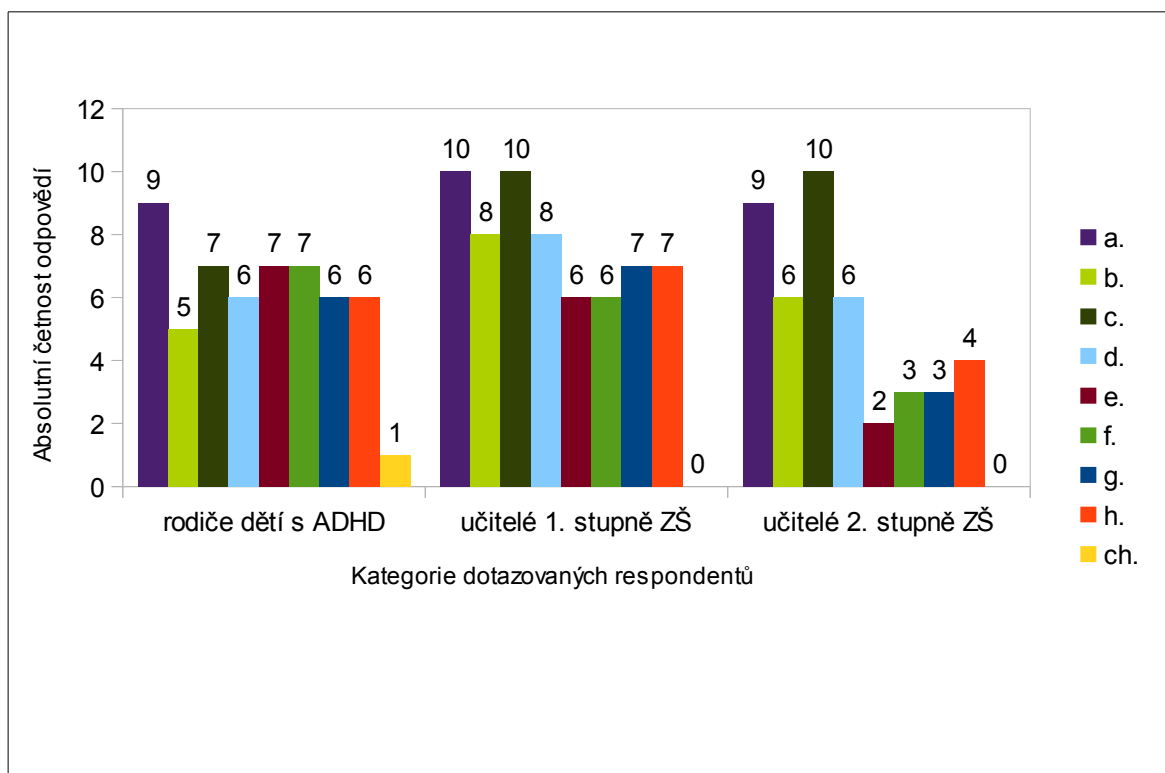
Výzkumný vzorek sestává z třiceti respondentů, z tohoto množství je deset rodičů dětí s ADD/ADHD, deset učitelů prvního stupně základních škol a deset učitelů druhého stupně základních škol. Všichni oslovení pedagogové i rodiče pocházejí z Libereckého kraje. Mezi dotazovanými rodiči převažovaly ženy, v poměru devět žen ku jednomu muži. Jeden z respondentů byl ve věku mezi dvaceti až třiceti lety, tři dotazovaní respondenti byli ve věku třiceti až třiceti pěti let, šest rodičů dosáhlo věku třiceti pěti let a více. Vysokoškolsky vzdělaný byl jeden rodič dítěte s ADHD, pět dotazovaných dosáhlo středoškolského vzdělání, tři vystudovali učňovský obor bez maturity, jeden z rodičů měl pouze základní vzdělání. Mezi učiteli prvního stupně byly pouze ženy, devět z deseti dosáhlo vysokoškolského vzdělání, jeden dotazovaný pedagog má prozatím jen středoškolské vzdělání, v současnosti si však doplňuje vzdělání. Pedagogická praxe vyučujících prvního stupně základní školy se u tří respondentů pohybovala v rozmezí jeden až pět let, u dvou pedagogů se pohybovala v rozmezí pěti až deseti let, dva učitelé dosáhli pedagogické praxe v rozmezí deseti až dvaceti let, dvacet a více let praxe dosáhli tři pedagogové prvního stupně základní školy. Mezi učiteli druhého stupně byla také převážná většina žen, mezi dotázanými se nacházel pouze jeden muž. Všichni pedagogové druhého stupně měli vysokoškolské vzdělání. Jeden z respondentů, učitelů druhého stupně uvedl, že jeho pedagogická praxe se pohybuje mezi pěti až deseti lety, u šesti učitelů se pedagogická praxe pohybovala v rozmezí mezi deseti až dvaceti lety, tři dotazovaní pedagogové dosáhli dvacetileté praxe a více.

8 Vyhodnocení výsledků výzkumu a interpretace dat

Tato kapitola se věnuje vyhodnocení získaných dat. Vyhodnocení výsledků výzkumu jednotlivých položek je vizualizováno pomocí grafů. Součástí každého grafu je příslušný komentář. Každý graf je uveden zněním jedné položky dotazníku.

Položka č. 1:

Možné projevy dítěte s poruchou pozornosti



Graf č. 1: Projevy dítěte s ADHD

Jak je vidět v grafu č. 1, bylo v nabídce první položky uvedeno osm variant možných symptomů poruchy ADHD. Všechny uvedené varianty byly typickými charakteristikami dítěte s poruchou pozornosti, jedna varianta obsahovala možnost nevím.

a. V první variantě byly uvedeny symptomy obsahující nadměrnou pohybovou aktivitu, hovornost, nepozornost, impulzivitu a problémy s přizpůsobením se normám a pravidlům. Tuto možnost považovalo za správnou devět z deseti dotazovaných rodičů dětí s ADHD a devět z deseti učitelů druhého stupně základní školy. Všech deset učitelů prvního stupně základní školy správně určilo tento symptom.

b. Varianta druhá se týkala pomalého osobnostního tempa, dezorganizovanosti a potíží v naslouchání a plnění pokynů. Pět rodičů označilo tento symptom, jako typický projev dítěte s ADHD, jako možný jej dále označilo osm učitelů prvního stupně a šest učitelů druhého stupně.

c. Třetí varianta obsahovala potíže se samostatnou prací a vytrvalostí, potíže dokončit započatou práci. Rodiče uvedli v sedmi případech tento symptom jako charakteristický pro dítě s ADHD, stejně tak jej správně označili všichni učitelé prvního i druhého stupně.

d. Ve čtvrté variantě byly popsány symptomy, které se týkaly méně plynulého řečového projevu, jež bývá chaotický a zmatený. V řeči děti s ADHD často přeskočí nějakou důležitou informaci nebo zapomenou, na co vlastně mají odpovědět. Tuto variantu, jako pravdivou označilo šest rodičů, osm učitelů prvního stupně a šest učitelů druhého stupně základní školy.

e. Pátá varianta se týkala poruch motoriky, senzomotorické koordinace, kterou označilo za správnou sedm rodičů, šest učitelů prvního stupně, dva učitelé druhého stupně.

f. Šestá varianta uváděla poruchy zrakového a sluchového vnímání, správně ji označilo sedm rodičů, šest učitelů prvního stupně a tři učitelé stupně druhého.

g. Následující sedmá varianta obsahovala symptom poruchy paměti, myšlení i řeči, kterou jako symptom uvedlo šest rodičů, sedm učitelů prvního stupně a tři učitelé druhého stupně základní školy.

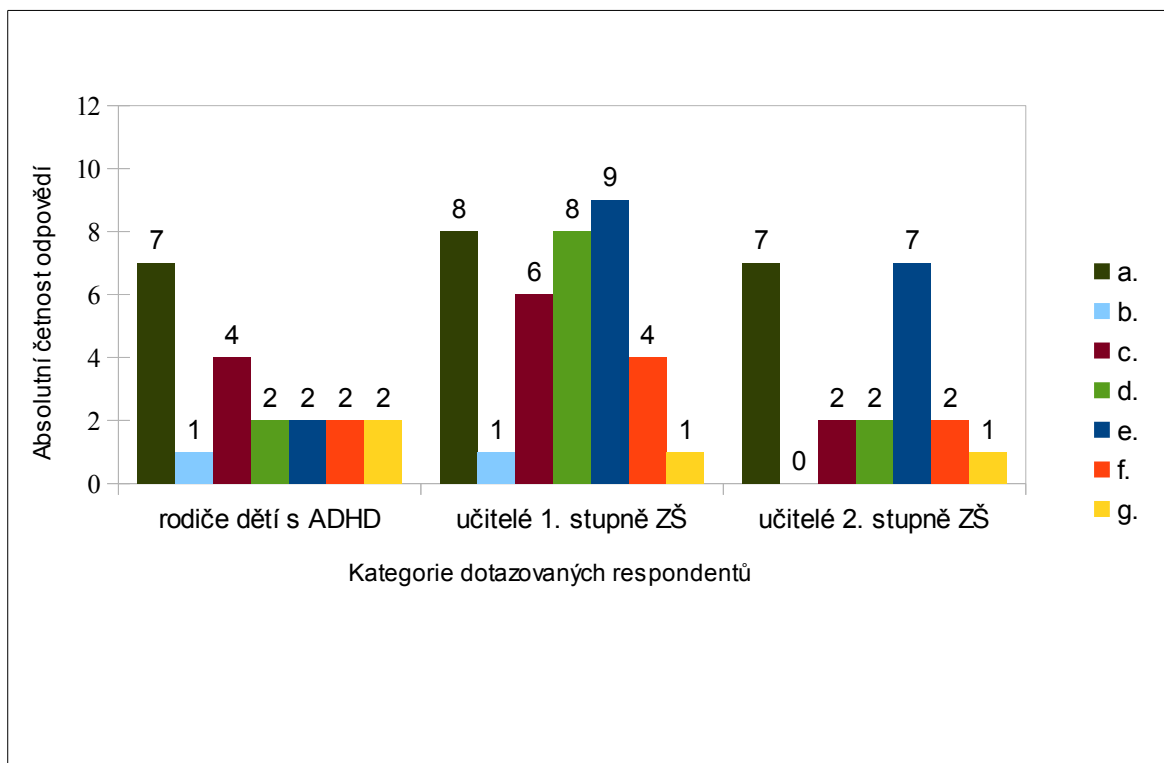
h. Osmá varianta se týkala citové nevyrovnanosti, nízké frustrační tolerance, menší odolnosti vůči kritice a neúspěchu. Citovou nevyrovnanost správně uvedlo šest rodičů, sedm učitelů prvního stupně a čtyři učitelé druhého stupně.

ch. Varianta nevím. Pouze jeden z dotazovaných rodičů uvedl, že neví, jaké projevy se týkají dítěte s ADHD.

Z grafu č. 1 vyplývá, že rodiče dětí se syndromem ADHD mají znalosti, týkající se projevů jejich dítěte vyrovnanější nežli učitelé druhého stupně základních škol. Učitelé druhého stupně považují za nejvýraznější projevy nepozornosti, impulzivity, nadměrné pohybové aktivity, ale i pomalého osobnostního tempa a problémy s řečovým projevem, za nejvýraznější považují především potíže se samostatnou prací. Poruchy motoriky, senzomotoriky, zrakového a sluchového vnímání, poruchy myšlení, paměti, ale i citové nevyrovnanosti zřejmě nejsou u dětí středního či vyššího školního věku tolik výrazné. Nejvyšší míru znalostí projevů dětí s ADHD prokázali učitelé prvního stupně.

Položka č. 2:

Příčiny syndromu ADHD



Graf č. 2: Příčiny syndromu ADHD

Graf č. 2 ukazuje, že v nabídce druhé položky bylo uvedeno sedm odborníky uznávaných a možných variant příčin vzniku poruchy pozornosti.

a. Jako vliv organického poškození mozku v období prenatálním, perinatálním a postnatálním jej uvedlo sedm rodičů, osm učitelů prvního stupně, sedm učitelů druhého stupně.

b. Variantu, která obsahovala vliv nevhodného výchovného prostředí, například nesoulad mezi rodiči, velký počet jedinců v rodině, nižší až nízký socioekonomický status rodiny nebo i kriminalitu rodičů, uvedl jeden z dotázaných rodičů, jeden učitel prvního stupně, ale žádný z pedagogů druhého stupně.

c. Třetí varianta se týkala vlivu dědičnosti. Jako možnou ji uvedli čtyři rodiče, šest pedagogů prvního stupně, dva učitelé druhého stupně.

d. Vliv nerovnováhy v činnosti neurotransmiterů označili dva rodiče, osm učitelů prvního stupně a dva učitelé druhého stupně.

e. Správnou variantu – kombinaci výše uvedených vlivů, především vliv dědičnosti, organického poškození mozku, nerovnováhy v činnosti neurotransmiterů i nevhodný vliv prostředí, uvedli dva dotázaní rodiče, devět učitelů prvního stupně, sedm učitelů druhého stupně.

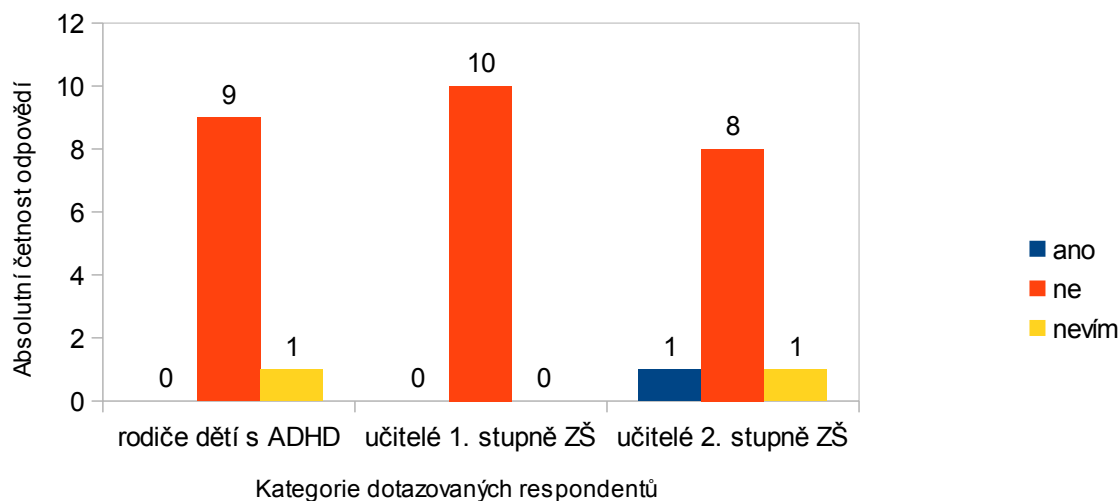
f. Vliv nadměrné konzumace potravin, jež obsahují nadbytek cukru a potravinových aditiv, který nebyl vědecky prokázán, uvedli jako možnou příčinu dva rodiče, čtyři učitelé prvního stupně, dva učitelé druhého stupně.

g. Jako možnou, ale dosud neprokázanou etiologii – vliv dlouhodobého, neadekvátního využívání počítačové techniky, označili dva rodiče, jeden pedagog prvního stupně a jeden pedagog druhého stupně.

Rodiče dětí s ADHD se domnívají, že nejčastější příčinou syndromu je poškození mozku dítěte v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. Je však možné, že námi uvedená možnost, tj. kombinace dědičnosti, organického poškození mozku, nerovnováhy v činnosti neurotransmiterů a nevhodného vlivu prostředí nebyla rodičům příliš srozumitelná. Učitelé prvního stupně opět prokázali nejvíce znalostí, týkajících se možných příčin vzniku syndromu ADHD. Učitelé druhého stupně si také ve většině případů uvědomují, jaké vlivy mohou působit na vznik syndromu.

Položka č. 3:

Děti s poruchou pozornosti ve většině případů nemají vhodné rodinné zázemí, rodiče se s dětmi doma neučí, zvýšená dráždivost a agresivita těchto dětí je zapříčiněna především nevhodnou výchovou v rodině.



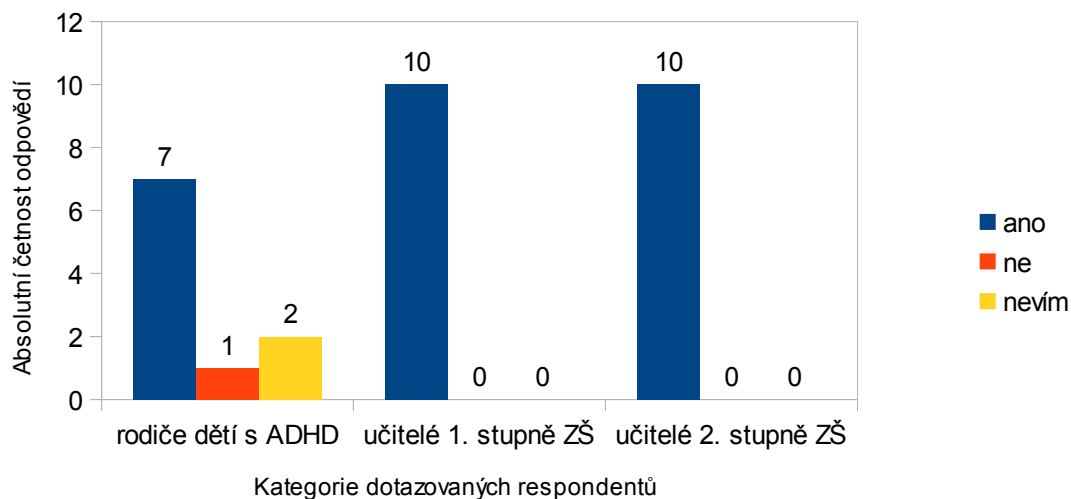
Graf č. 3: Nevhodné rodinné zázemí dítěte s ADHD

Z grafu č. 3 je patrné, že devět rodičů z deseti zaujalo k tomuto tvrzení nesouhlasné stanovisko, stejný názor projeví všichni učitelé z prvního stupně základních škol a osm učitelů druhého stupně základních škol. Jeden učitel druhého stupně základní školy však s tvrzením, že potíže dětí s ADHD jsou způsobeny především nevhodnou výchovou v rodině souhlasil. Jeden rodič a jeden učitel druhého stupně uvedl, že nezná správnou odpověď.

Většina dotazovaných respondentů je správně přesvědčena, že syndrom ADHD není primárně způsoben nevhodným rodinným zázemím dítěte.

Položka č. 4:

Variabilita obrazu syndromu ADHD se mění, projevy dítěte s poruchou pozornosti se tak mohou s věkem měnit.



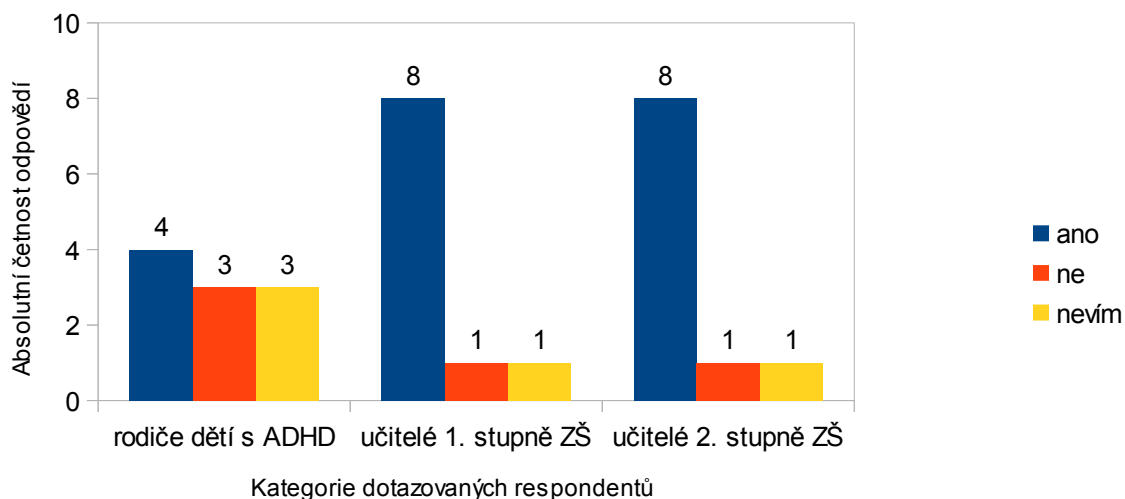
Graf č. 4: Mění se variabilita obrazu syndromu ADHD

Tvrzení, že variabilita obrazu syndromu ADHD se může s věkem měnit, potvrdilo sedm rodičů dětí s ADHD, všech deset učitelů prvního stupně a všech deset učitelů druhého stupně základních škol, což je na první pohled zřejmé z grafu č. 4. Jeden z rodičů zaujal odmítavé stanovisko, dva rodiče odpověděli, že nevědí, zda je toto tvrzení správné.

Všichni pedagogové si správně uvědomují, že variabilita obrazu syndromu ADHD se během vývoje jedince mění. Jak uvádí Michalová (2011b, s. 44): „S věkem jedince se mění projevy jeho chování. Vychovatelé se musí průběžně přizpůsobovat novým reakcím dítěte a používat nové výchovné postupy, neboť ty staré již nefungují.”

Položka č. 5:

V období dospívání dítě s ADHD většinou ztrácí na hyperaktivitě, ale ostatní projevy této poruchy dále přetrvávají.



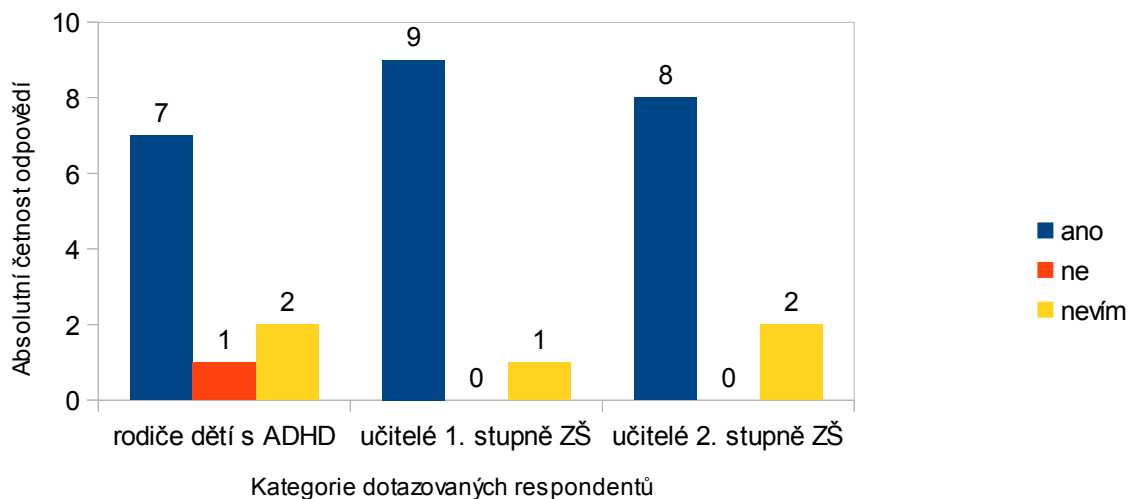
Graf č. 5: Úbytek hyperaktivity v dospívání a dospělosti

Z grafu č. 5 je patrné, že čtyři rodiče dětí s ADHD, osm učitelů prvního stupně a osm učitelů druhého stupně odpovědělo, že v období dospívání a dospělosti ztrácejí jedinci s ADHD na hyperaktivitě, ale ostatní projevy syndromu poruchy pozornosti stále přetrvávají. Pro variantu, že tomu tak není, byli tři rodiče, jeden pedagog z prvního stupně základní školy a také jeden pedagog z druhého stupně základní školy. Správnou odpověď neznali tři dotázaní rodiče, jeden učitel prvního a jeden učitel druhého stupně základní školy.

Většina pedagogů obou stupňů základních škol si uvědomuje, že hyperaktivita dítěte během dospívání již není nejvýraznějším rysem osobnosti. Podle Michalové (2011b, s. 48) se „s příchodem adolescence hyperaktivita zmírňuje.“

Položka č. 6:

Porucha ADHD může přetrvávat až do dospělosti.



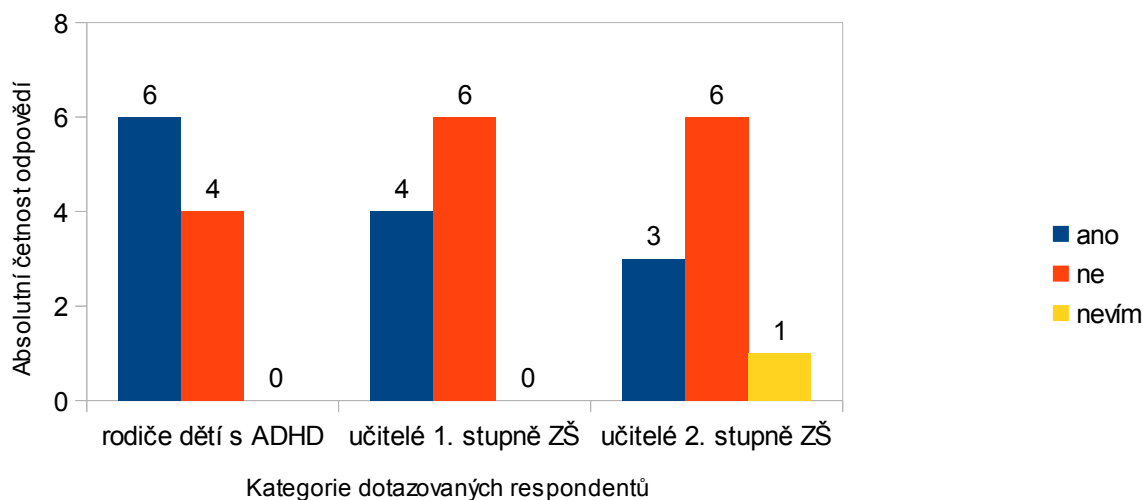
Graf č. 6: Porucha ADHD v dospělosti

Také z grafu č. 6 je na první pohled zřejmé, že zcela správně se sedm rodičů se domnívá, že porucha pozornosti přetrvává do dospělosti, stejně tak je o tom přesvědčeno i devět z deseti učitelů prvního stupně a osm učitelů druhého stupně. Jeden rodič nesouhlasil s tímto tvrzením. Dva rodiče, jeden učitel prvního stupně a dva učitelé druhého stupně uvedlo neutrální variantu „nevím“.

Většina respondentů je správně přesvědčena, že porucha pozornosti může přetrvávat do dospělosti, takto správně však odpovědělo nejvíce učitelů prvního stupně základních škol. Paclt (2007, s. 123) uvádí, že „asi u 40–50 % pacientů s ADHD přetrvává výrazná porucha z dětství a adolescence do dospělosti.“

Položka č. 7:

Dítě s ADHD nesnáší nudu, upřednostňuje neustálé a náhlé změny, proto se cítí lépe, pokud nemusí dodržovat pravidelný režim dne.



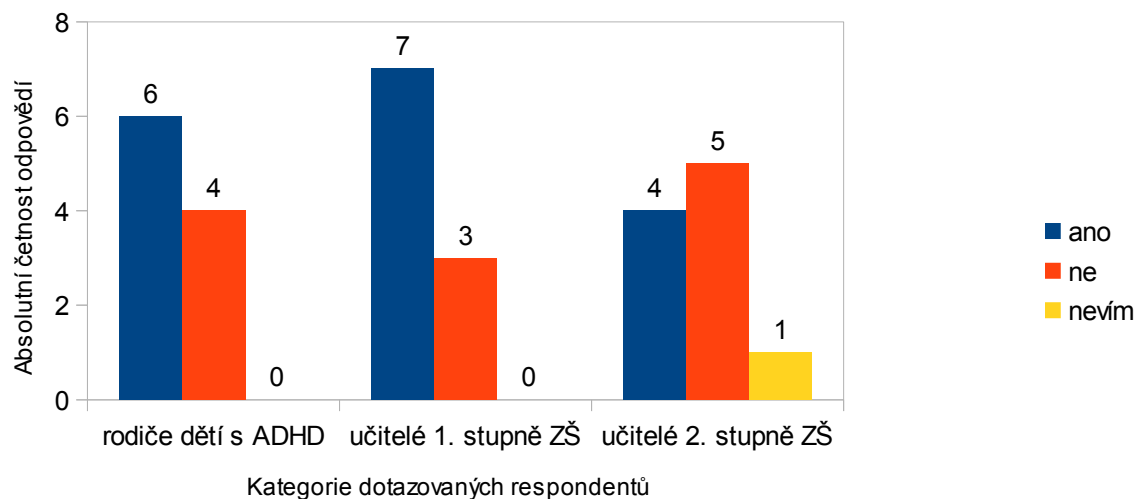
Graf č. 7: Vliv pravidelného režimu dne

Jucovičová a Žáčková uvádí (2010, s. 73), že: „Pro zklidnění dítěte je důležitý určitý pravidelný režim, řád. Neklid dítěte bývá často vyvolán nejistotou, očekáváním něčeho neznámého, co přijde, nepřehledností situace.” Jak dokládá graf č. 7, šest rodičů chybně uvedlo, že se dítě s ADHD cítí lépe, pokud nemusí dodržovat pravidelný režim dne, stejně chybně odpověděli čtyři učitelé prvního stupně a tři učitelé druhého stupně základních škol. Čtyři rodiče, šest učitelů prvního stupně a šest učitelů druhého stupně nesouhlasili s tímto tvrzením, to znamená, že se zcela správně domnívají, že pravidelný režim dne přispívá k lepší adaptabilitě a orientovanosti dítěte se syndromem ADHD. Se správností tohoto tvrzení si nebyl jistý pouze jeden učitel druhého stupně, proto uvedl variantu „nevím”.

Výsledná data této položky již nebyla tak jednoznačná, jako u předcházejících otázek. Nadpoloviční většina rodičů uvedla, že se děti cítí lépe, pokud nemusí dodržovat pravidelný režim dne, je však možné, že jen nesprávně porozuměli položené otázce. Více znalostí s vhodným přístupem k dětem s ADHD prokázali učitelé obou stupňů základních škol.

Položka č. 8:

Pravidla a řád musí dodržovat všechny děti, proto negativní chování dítěte s ADHD nelze ignorovat, dítě musíme potrestat či pokárat pokaždé, když poruší pravidla. Jen tak si bude schopné uvědomit, co je správné chování a co není.



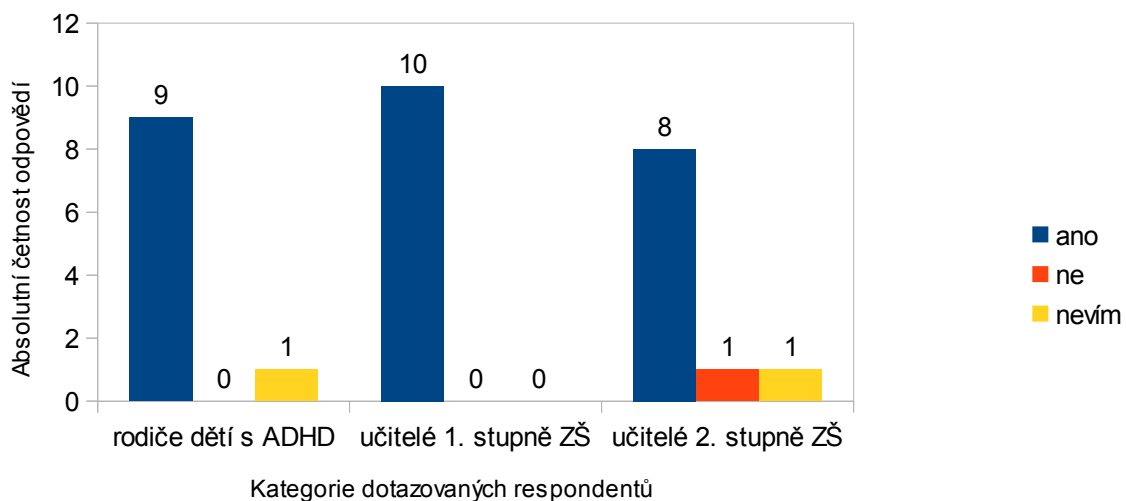
Graf č. 8: Nutnost častého trestu

Jak dokládá graf č. 8, bylo pro nás alarmujícím zjištěním, že nadpoloviční většina rodičů a učitelů prvního stupně s tímto tvrzením souhlasila. Šest rodičů dětí s ADHD a sedm učitelů prvního stupně se domnívají, že dítě musíme potrestat pokaždé, když poruší pravidla. Stejný názor projevili ale jen čtyři učitelé stupně druhého. Opačný názor, který je mnohými odborníky přijímaný, doporučovaný a vhodný přístup k dítěti s poruchou pozornosti, vyjádřili pouze čtyři rodiče a tři učitelé prvního stupně, ale celá polovina, tj. pět učitelů druhého stupně. Jak uvádí Jucovičová a Žáčková (2010, s. 105), je nutné „na nesprávné chování spíše nereagovat, dítě si zapamatuje to, co bylo podpořeno, čemu byla věnována zvýšená pozornost.“ Nutné je si uvědomit, že trest není řešením problému, vhodnější je zjistit příčiny nevhodného chování, aby bylo možné jej v budoucnu eliminovat. Variantu „nevím“ uvedl pouze jeden učitel druhého stupně základní školy.

Z grafu č. 8 jasně vyplývá, že učitelé prvního stupně a rodiče dětí s ADHD se zcela nesprávně domnívají, že je nutné dítě potrestat či pokárat pokaždé, když poruší pravidla. U této položky prokázali učitelé druhého stupně více znalostí vhodnějšího přístupu k dětem s ADHD.

Položka č. 9:

Dítě s poruchou pozornosti chválíme co nejčastěji, i za malé dílčí pokroky, i když výsledek zcela neodpovídá našim představám. Přispíváme tak k utváření žádaných způsobů chování.



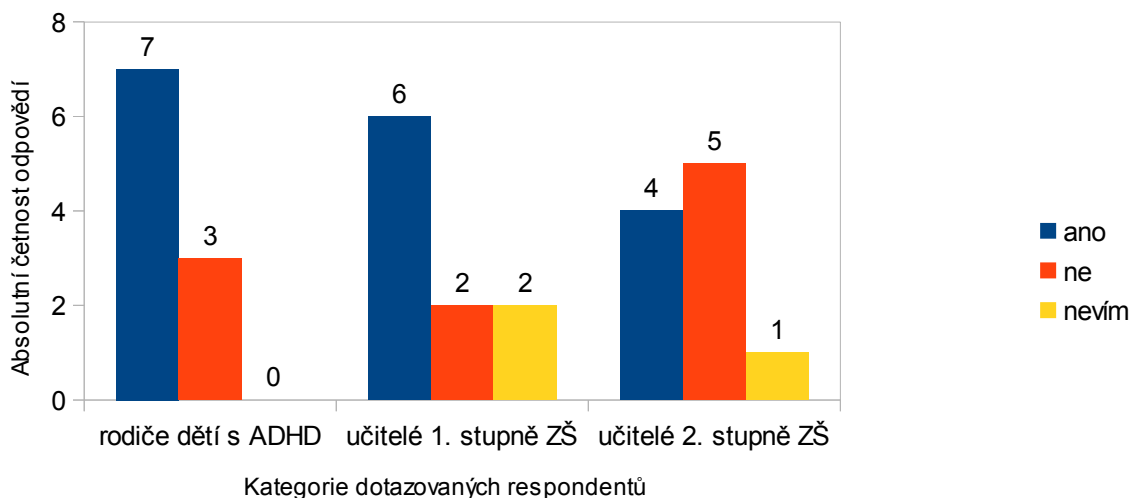
Graf č. 9: Pozitivní vliv pochvaly

Jucovičová s Žáčkovou (2010, s. 75–105) doporučují: „Správné chování je nutné podporovat, upevňovat pochvalou...vyplatí se nešetřit oceňováním i malých dílčích úspěchů, přestože výsledek neodpovídá našim představám” Pozitivní vliv časté pochvaly potvrdilo devět rodičů dětí s poruchou pozornosti, všichni učitelé prvního stupně a osm učitelů druhého stupně, což nám jasně ukazuje graf č. 9. S nutností chválit i za malé dílčí pokroky nesouhlasil jen jeden učitel druhého stupně. Jeden rodič a jeden učitel druhého stupně zaujali neutrální stanovisko, tzn., že nevěděli, zda je tento motivující přístup k dítěti s poruchou pozornosti vhodný.

Všichni respondenti jsou zcela správně přesvědčeni o pozitivním vlivu pochvaly, nejvíce znalostí však opět prokázali učitelé prvního stupně základních škol.

Položka č. 10:

Pokud je dítě zaujato nějakou pro něj zajímavou činností, z našeho pohledu se chová hezky, raději si jej nevšímáme a využijeme této vzácné chvíle k obnově síly a odpočinku.

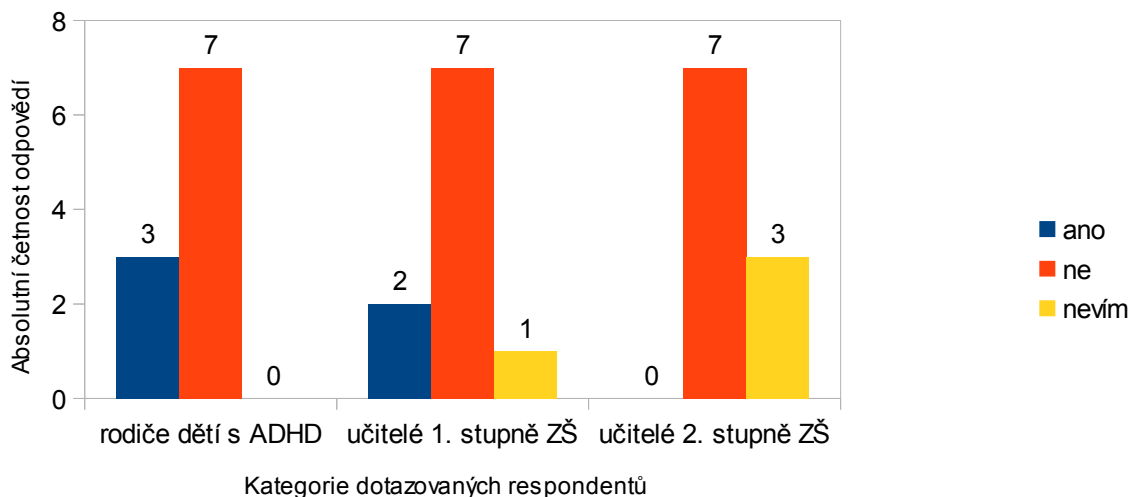


Graf č. 10: Posilování vhodného chování

Graf č. 10 jasně dokládá, že variantu, která uvádí, že pokud je dítě z našeho pohledu hodné a chová se hezky, tak si dítěte raději nevšímáme a věnujeme se odpočinku a obnově svých sil, zvolila nadpoloviční většina rodičů a učitelů prvního stupně, tzn. sedm rodičů, šest učitelů prvního stupně, ale pouze čtyři učitelé druhého stupně základních škol. Pět učitelů druhého stupně se správně domnívá, že dítěte si musíme všimnout i v době, kdy je v klidu, protože jen tak si bude schopné uvědomit, že tento způsob chování je žádoucí. Podle Jucovičové a Žáčkové (2010, s. 105– 108): „Dítěti je nutné věnovat pozornost, i když je v klidu, nic se neděje. Někdy je nevhodné chování posíleno i pocitem dítěte, že mu není věnován dostatek pozornosti a zájmu ze strany dospělých.“ Stejný názor vyjádřili i tři rodiče dětí s ADHD a dva učitelé prvního stupně. Se správností tvrzení si však nebyli jisti dva učitelé prvního stupně a jeden učitel druhého stupně základní školy. Učitelé druhého stupně základních škol v položce č. 10 prokázali mnohem více znalostí, které se týkají pozitivního posilování správného chování, z odpovědí však není zcela však jasné, jaký správný přístup by v tomto případě zvolili. Rodiče a učitelé prvního stupně základních škol ve většině případů volili druhou možnost, tj. zasloužený odpočinek, což je zřejmě způsobeno velkou vyčerpaností sil, k němuž v kontaktu s dítětem se syndromem poruchy pozornosti dochází v období mladšího školního věku z důvodu hyperaktivity a emoční rozladěnosti dítěte velmi často.

Položka č. 11:

Zvýšenou aktivitu dítěte je potřeba potlačovat, např. pokud dítě u čtení nebo psaní není v klidu, vrtí se, kope nohama. Lépe se bude soustředit, pokud těmto neúčelným pohybům těla zabráníme.



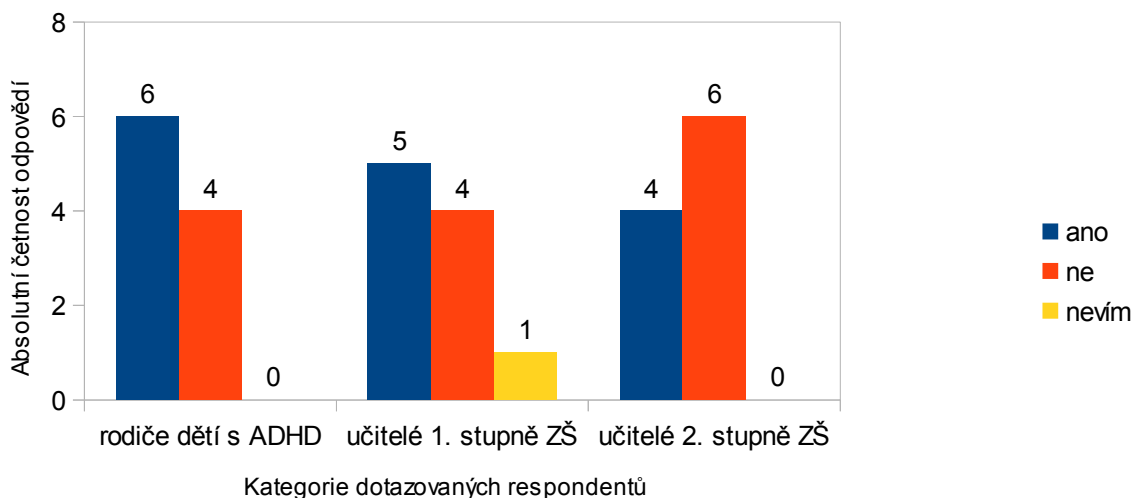
Graf č. 11: Potlačování hyperaktivity

Tři rodiče dětí s poruchou pozornosti a dva učitelé prvního stupně základní školy se domnívají, že je potřeba hyperaktivitu a neúčelné pohyby dětí s ADHD potlačovat, nikdo z učitelů druhého stupně však s uvedeným tvrzením nesouhlasil. Z grafu č. 11 je patrné, že variantu „ne” uvedlo shodně sedm rodičů, sedm učitelů prvního i sedm učitelů druhého stupně, tzn, že se správně domnívají, že je vhodnější, pokud na mírné projevy hyperaktivity nebudeme reagovat. „Rozhodně se nedoporučuje nutit dítě, které trpí motorickým neklidem, násilně ke klidu. Když se soustředí na to, aby klidně sedělo, nesoustředí se pak na důležitější činnosti. Navíc je to stojí velké úsilí, takže se rychleji unaví” (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 69). Správností tohoto předpokladu si nebyl jistý jeden učitel prvního stupně a tři učitelé druhého stupně.

Výsledky položky č. 11 byly velmi vyrovnané, stejný nadpoloviční počet všech respondentů je přesvědčen o správnosti tvrzení, že nadměrnou pohybovou aktivitu dítěte nelze potlačovat, lepší je na mírný motorický neklid nereagovat.

Položka č. 12:

Dítě s ADHD potřebuje svou nadměrnou aktivitu vybit, je tedy potřeba zaměstnat jej co největším množstvím organizované zájmové činnosti.



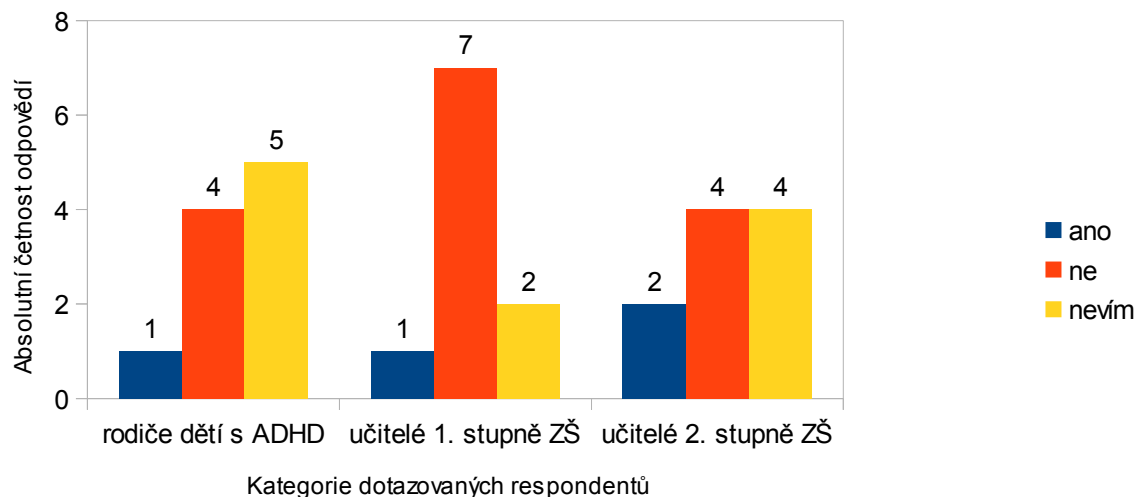
Graf č. 12: Organizovaná zájmová činnost

Graf č. 12 ukazuje, že šest rodičů je přesvědčeno, že je nutné jejich dítě s hyperaktivitou zaměstnat co největším množstvím organizované zájmové činnosti, stejně smýšlí pět učitelů prvního stupně a čtyři učitelé druhého stupně. Opačný, vhodnější názor měli shodně čtyři dotázaní rodiče a čtyři učitelé prvního stupně základních škol a také šest učitelů z druhého stupně. Jistý si nebyl jen jeden učitel prvního stupně základní školy.

Rodiče dětí s ADHD jsou v nadpoloviční většině přesvědčeni o správnosti zaměstnat své děti co největším množstvím organizované zájmové činnosti. Učitelé obou stupňů si již správněji uvědomují, že nadměrné zatížení dětí může působit na dítě s ADHD negativně. Nejlépe odpověděli učitelé druhého stupně základních škol. Jak tvrdí Jucovičová a Žáčková (2010, s. 69), „je vhodné dát dítěti prostor a dostatek možností k pohybovému uvolnění. Důležitý je volný pohyb, bez přílišného organizování, nenáročné pohybové hry nebo sportovní činnost, ke které má dítě nadání. Nedoporučují se ale příliš soutěživé hry nebo náročné sporty, protože v nich může dítě selhávat a prohloubit tak své pocity nedostačivosti.“

Položka č. 13:

Nejvíce těmto dětem vyhovují především kolektivní sporty.



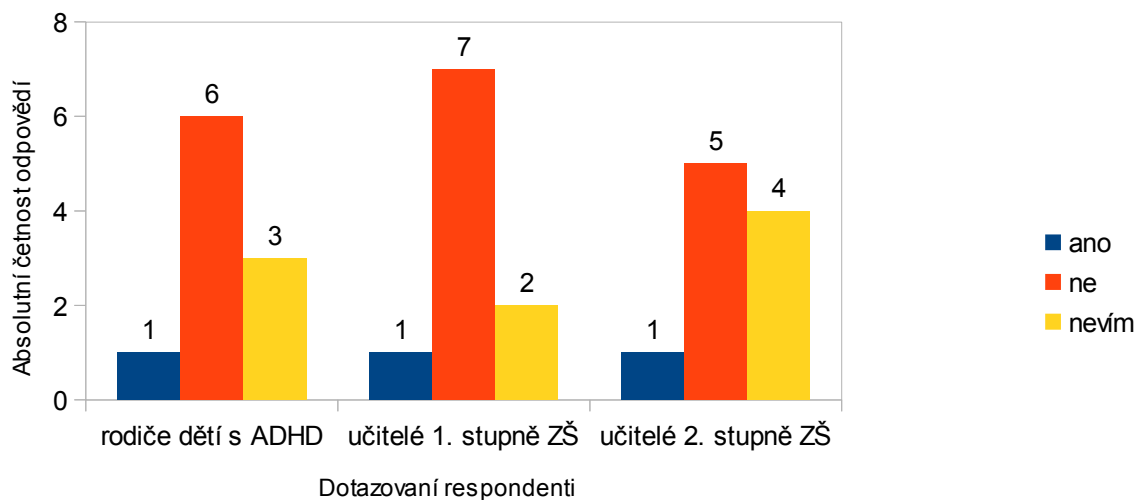
Graf č. 13: Kolektivní sporty

Graf č. 13 dokládá, že pouze jeden rodič, jeden učitel prvního stupně a dva učitelé druhého stupně základních škol se domnívají, že dětem s ADHD nejvíce vyhovují kolektivní sporty. Čtyři rodiče, sedm učitelů prvního stupně a čtyři učitelé druhého stupně nesouhlasili s uvedenou charakteristikou. Zda je tato charakteristika dětí s ADHD správná, nevědělo pět rodičů, dva učitelé prvního stupně a čtyři učitelé druhého stupně.

Většina učitelů prvního stupně si je dobře vědoma, že dítě s poruchou pozornosti, jak uvádí Lougy a Rosenthal (2002, s. 13) má problém se zapojením se do organizovaných kolektivních sportů. Hůře chápe pravidla, není schopné čekat, až na něj přijde řada, mívá častěji konflikty s vrstevníky, brzy se vzdává a neumí prohrávat. Učitelé druhého stupně si tímto tvrzením nejsou již tolik jisti, zřejmě proto, že vlivem dospívání dětí s ADHD tyto potíže nejsou již tolik výrazné, jako v mladším školním věku.

Položka č. 14:

Vhodné jsou také sporty prováděné na profesionální úrovni.



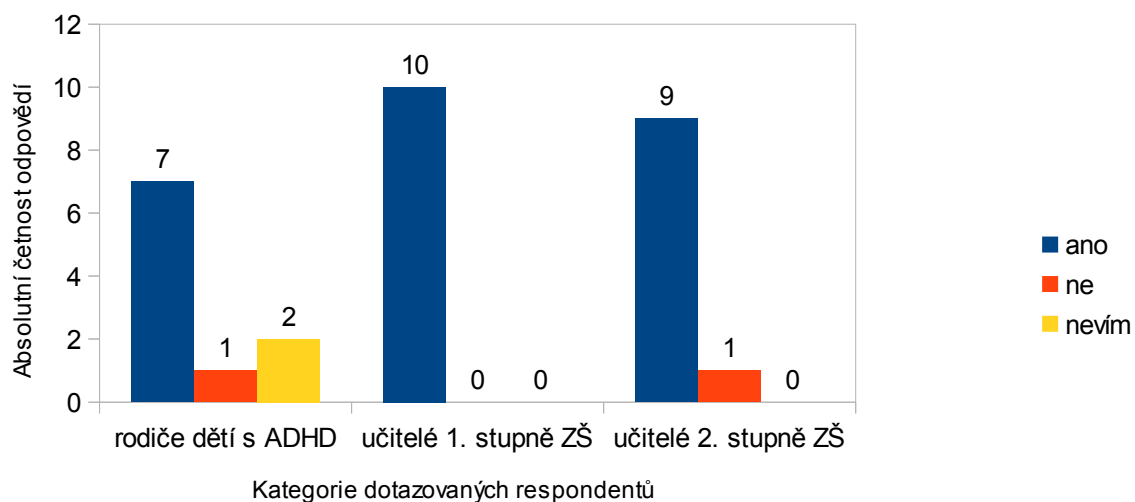
Graf č. 14: Vhodnost sportů na profesionální úrovni

Z grafu č. 14 je již na první pohled patrné, že souhlas s tímto, ve většině případů mylným tvrzením, vyjádřil jen jeden rodič, jeden učitel prvního a jeden učitel druhého stupně základní školy. Šest rodičů dětí s ADHD, sedm učitelů prvního stupně a pět pedagogů z druhého stupně se správně domnívají, že sporty prováděné na profesionální úrovni nejsou příliš vhodné pro děti s poruchou pozornosti, z důvodu přehnaných nároků a velkému tlaku. Variantu „nevím“ uvedli tři rodiče, dva učitelé prvního stupně a čtyři učitelé druhého stupně.

Nejvíce znalostí opět projevili učitelé prvního stupně základních škol, kteří si velmi dobře uvědomují, že přehnané nároky na děti s oslabenými volnými vlastnostmi nejsou tyto děti schopné zvládnout. „Hyperaktivním dětem většinou nevyhovují kolektivní sporty provozované na vrcholové úrovni, protože jsou zde vystaveny velkému tlaku, časté a pravidelné tréninky jsou zátěží, soutěživost je vhání do konfrontace s ostatními dětmi” (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 69, 70).

Položka č. 15:

Dítěti s ADHD musíme nejprve jasně a konkrétně vysvětlit, co je a co není správné chování, a jaké chování od něj požadujeme, protože často nechápe význam toho, co myslíme pojmy „hodné dítě“ a „zlobivé dítě“.



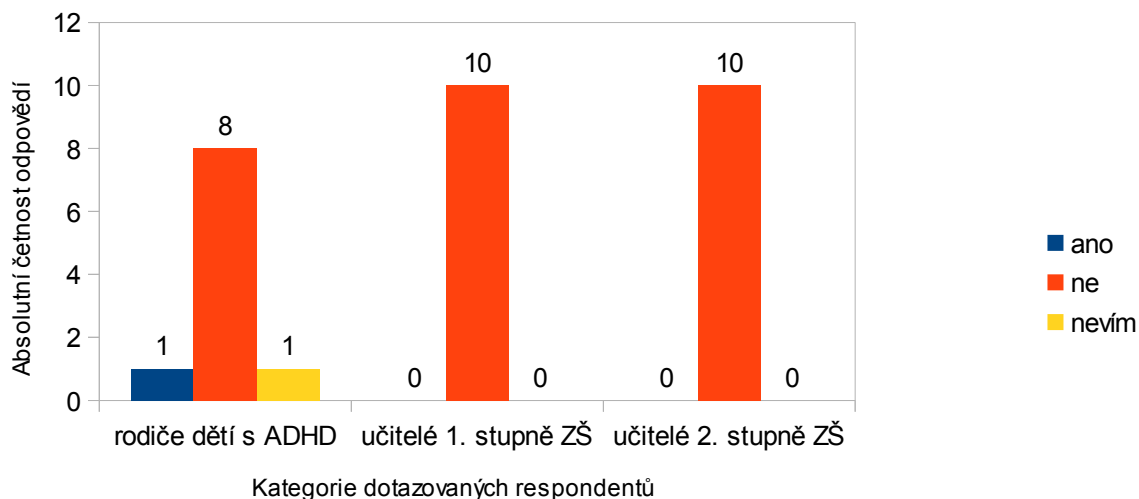
Graf č. 15: Potřeba objasnění správného chování

„Dítě by mělo mít jasně a stručně vymezeno, jaké chování se od něj očekává a jaké ne, co je ještě přijatelné chování a co už ne. Nemůžeme od něj očekávat, že na to přijde sám” (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 56). Tuto položku správně zodpověděla většina rodičů i pedagogů. Jako správný tento postoj označilo sedm rodičů, všech deset učitelů prvního stupně a devět učitelů druhého stupně základní školy. Negativně se vyjádřil jen jeden z rodičů a jeden z učitelů druhého stupně. Pouze dva rodiče odpověděli, že neznají správnou odpověď na tuto otázku.

Většina respondentů souhlasila s nutností jasně a srozumitelně dětem vysvětlit, co je a co není správné chování. Jednoznačně však správně odpovědělo nejvíce učitelů prvního stupně.

Položka č. 16:

Při zadávání pokynů, je efektivnější, pokud všechny dílčí informace sdělíme dítěti najednou, dítě si tak pokyny snáze zapamatuje.



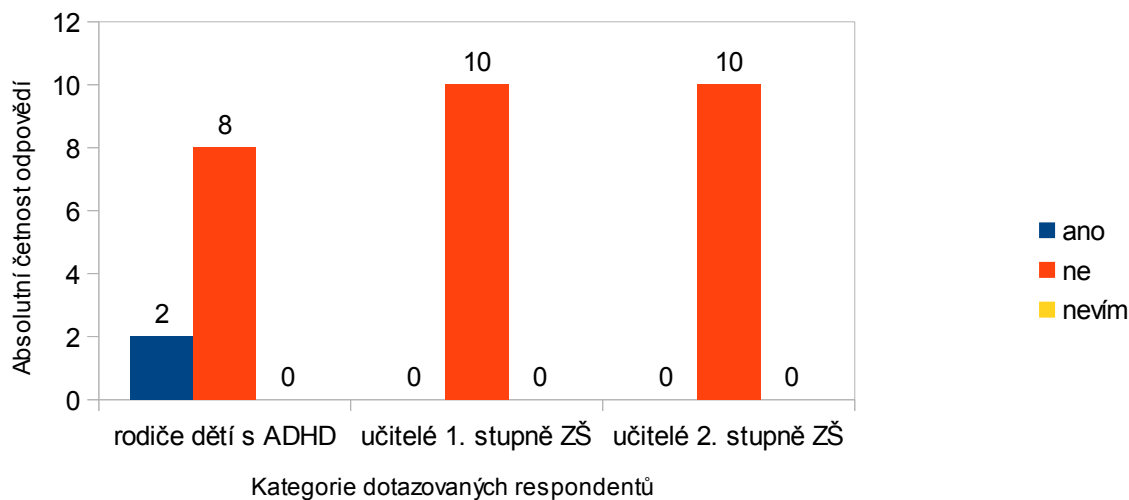
Graf č. 16: Postupné sdělování informací a pokynů

„Zapomínání, a tudíž i nereagování na pokyny předejdeme tím, že pokyny jsou jasné, stručné a obsahují jen jednu informaci nebo požadavek, vícečetné požadavky nebo informace dítě z velké části zapomene či poplete” (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 78). Také tato položka byla převážnou většinou respondentů zodpovězena správně. Všichni pedagogové prvního i druhého stupně nepovažovali tento celistvý přístup zadávání informací a pokynů za efektivní, jako nevhodný jej označilo také osm rodičů. Jeden dotázaný rodič nevěděl, jaký je správný a efektivní postup při zadávání pokynů dítěti s ADHD a jen jeden z rodičů si mylně myslí, že je efektivnější zadávat dětem s poruchou pozornosti všechny pokyny a dílčí informace najednou.

Všichni pedagogové si zcela jasně uvědomují, že je mnohem efektivnější podávat dítěti s ADHD informace v dílčích krocích, z důvodů oslabených paměťových funkcí a narušené pozornosti.

Položka č. 17:

Děti se syndromem ADHD jsou především líné, nevychované a dělají schválnosti, jen aby na sebe upozornily.



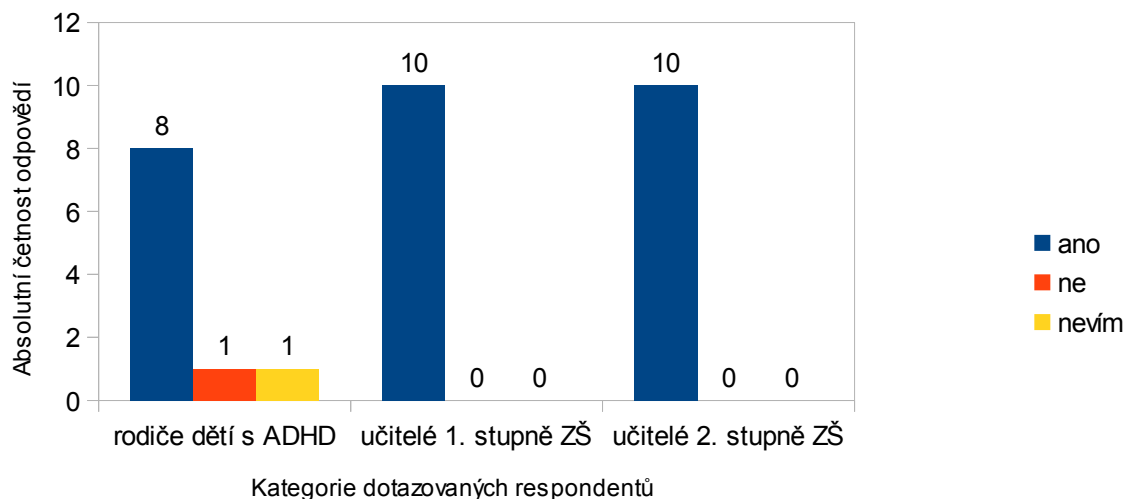
Graf č. 17: Negativní osobnostní rysy dětí s ADHD

Tento postoj schválili dva dotázaní rodiče. Osm rodičů s touto negativní charakteristikou dítěte s ADHD nesouhlasilo, stejné nesouhlasné stanovisko zaujali všichni pedagogové obou stupňů základních škol.

Všichni pedagogové obou stupňů základních škol si jsou vědomi, že dítě s ADHD nedělá schválnosti a za svou poruchu nemůže.

Položka č. 18:

Častými přidruženými poruchami, které se vyskytují v kombinaci s poruchou pozornosti jsou i poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie).



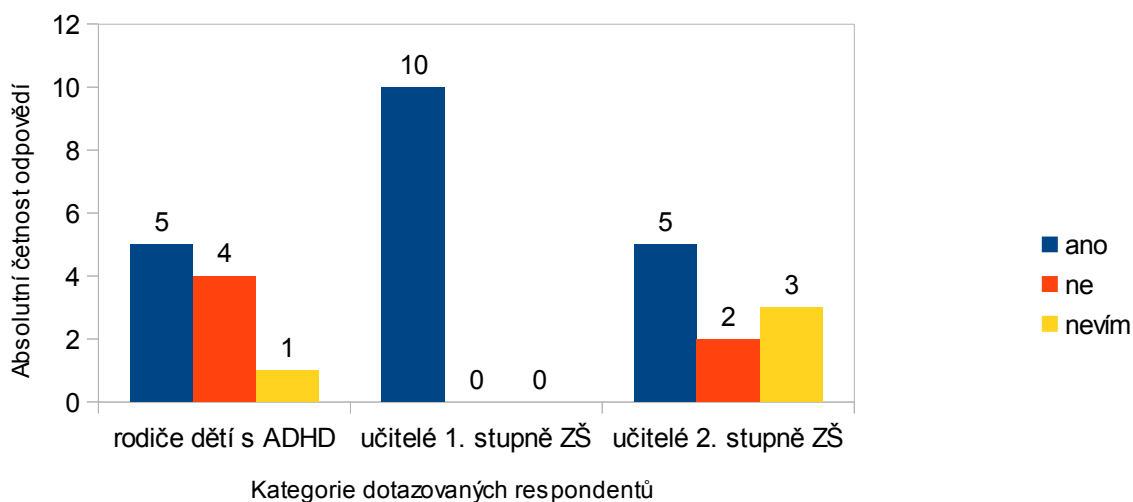
Graf č. 18: Komorbidita syndromu ADHD se specifickými poruchami učení

Všichni pedagogové správně uvedli, že děti s ADHD častěji nežli jiné děti, trpí přidruženými specifickými poruchami učení, stejně odpovědělo i osm z deseti dotázaných rodičů. Pro variantu, že tomu tak není, byl jen jeden rodič, variantu „nevím“ uvedl také pouze jeden z oslovených rodičů.

Valná většina respondentů si správně uvědomuje častou souvislost syndromu ADHD se specifickými poruchami učení. Více znalostí než rodiče však prokázali pedagogové obou stupňů základních škol. Se vznikem specifických vývojových poruch učení souvisí podle Jucovičové a Žáčkové (2010, s. 36, 37) porucha percepčních a kognitivních funkcí, jež u dětí s ADHD bývá častá.

Položka č. 19:

U dětí se syndromem ADHD bývají velmi časté poruchy koordinace pohybů velkých svalových skupin i drobných, jemných pohybů, časté jsou i kognitivní poruchy, např. poruchy psychomotorické funkce, poruchy paměti, řeči i myšlení.



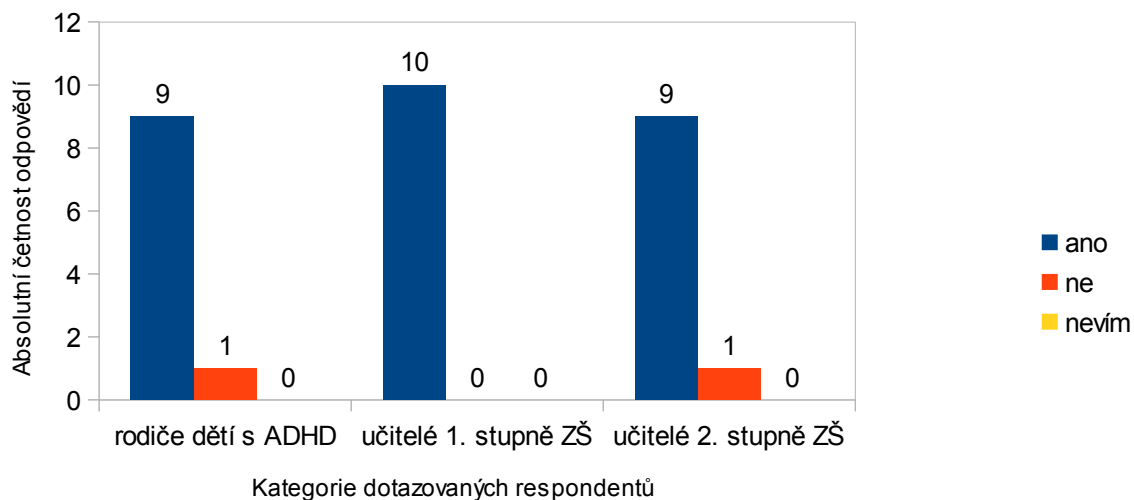
Graf č. 19: Poruchy psychomotorické funkce, paměti, řeči a myšlení

Polovina z dotazovaných rodičů a učitelů druhého stupně i všichni pedagogové prvního stupně základních škol si uvědomují, jak Jucovičová a Žáčková (2010, s. 51) popisují, že tyto děti mají velmi často potíže s koordinací pohybů velkých svalových skupin nebo jen jemných drobných pohybů, časté jsou poruchy psychomotorické funkce, poruchy paměti, především pracovní paměti a poruchy řeči i myšlení aj. Čtyři rodiče se vyjádřili odmítavě k tomuto popisu, stejný názor vyslovili dva pedagogové druhého stupně základní školy. Správnou odpověď neznal jeden z rodičů a tři učitelé druhého stupně základních škol.

Zcela jednoznačně si jsou všichni učitelé prvního stupně vědomi potíží, se kterými se musí děti s ADHD velmi často ve svém životě potýkat.

Položka č. 20:

Děti s poruchou pozornosti častěji trpí emočními poruchami a poruchami nálad.



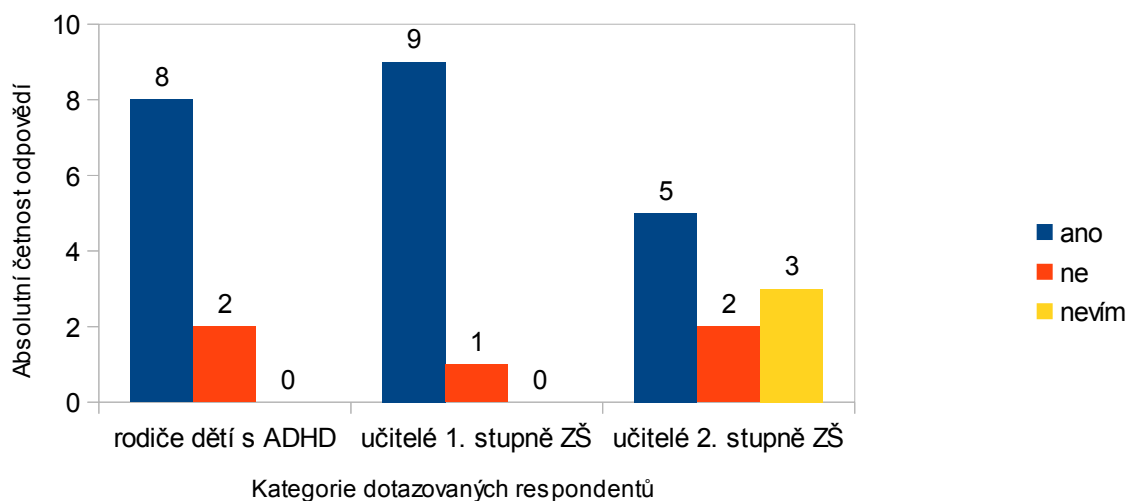
Graf č. 20: Emoční poruchy a poruchy nálad

„Většina autorů, kteří se zabývají hyperaktivními dětmi, se shoduje, že děti s ADHD trpí často poruchami emocí, bývají silně emočně labilní, pozorujeme u nich časté výkyvy nálad, rychlé přechody od pláče ke smíchu a naopak” (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 43, 44). Převážná většina respondentů tuto položku velmi správně určila. Devět z deseti rodičů, stejný počet učitelů druhého stupně a všichni pedagogové prvního stupně základní školy si uvědomují, že děti s ADHD jsou mnohem více než jiné děti emočně nevyrovnané. Tuto typickou charakteristiku dítěte s poruchou pozornosti odmítl pouze jeden rodič dítěte s ADHD a jeden učitel druhého stupně základní školy.

Nejvyšší počet správných odpovědí získali učitelé prvního stupně základních škol.

Položka č. 21:

Tyto děti mají malou sebeúctu, nevěří si, bývají úzkostné nebo dokonce trpí depresemi, což je mimo jiné způsobeno i četnými neúspěchy, které ve svém životě zažívají, častým kritizováním a přehnanými nároky, jež jsou na ně kladeny.



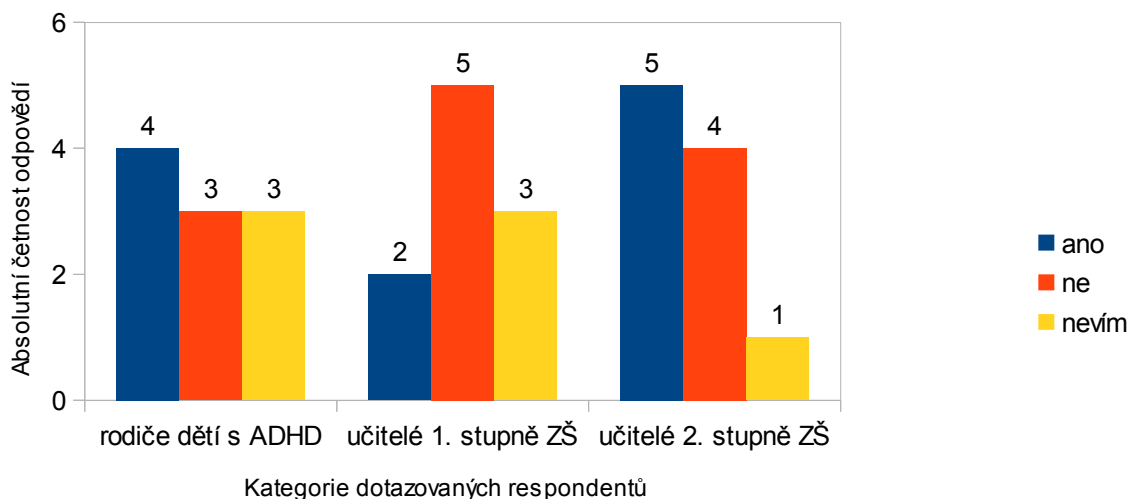
Graf č. 21: Negativní vliv přehnaných nároků a kritizování na sebeúctu dítěte s ADHD

Podle Jucovičové a Žáčkové (2010, s. 45) mají tyto děti „zvýšenou potřebu bránit se, jsou vnímavější a zranitelnější...ač se to nezdá, mívají proto také výrazně snížené sebevědomí, sebepojetí.“ Negativní vliv častého kritizování, neúspěchů a přehnaných nároků na sebevědomí a sebeúctu dítěte se syndromem ADHD potvrdilo osm rodičů dětí s ADHD, devět učitelů prvního stupně, ale pouze polovina učitelů druhého stupně. Dva rodiče, jeden pedagog prvního stupně a dva učitelé stupně druhého s pravdivostí této premisy nesouhlasí. Tři učitelé z druhého stupně základních škol uvedli, že neznají správnou odpověď.

Většina rodičů i učitelů prvního stupně základních škol si uvědomuje, že sebevědomí a sebeúctu dítěte s ADHD je možné velmi lehko, a mnohem snáz než u jiných dětí narušit nevhodným nadměrně kritickým postojem okolí, protože tyto děti bývají více vztahovačné, nesnášejí neúspěch a kritiku, často se urážejí a i jednoduché napomenutí si vykládají jako absolutní zhodnocení. Učitelé prvního stupně opět prokázali nejvyšší míru znalostí, týkajících se vhodného přístupu k dítěti s ADHD.

Položka č. 22:

V období dospívání by již dítě s ADHD mělo být připraveno zvládnout nést za své chování odpovědnost, rodiče by měli veškerou odpovědnost přesunout na své dospívající dítě.



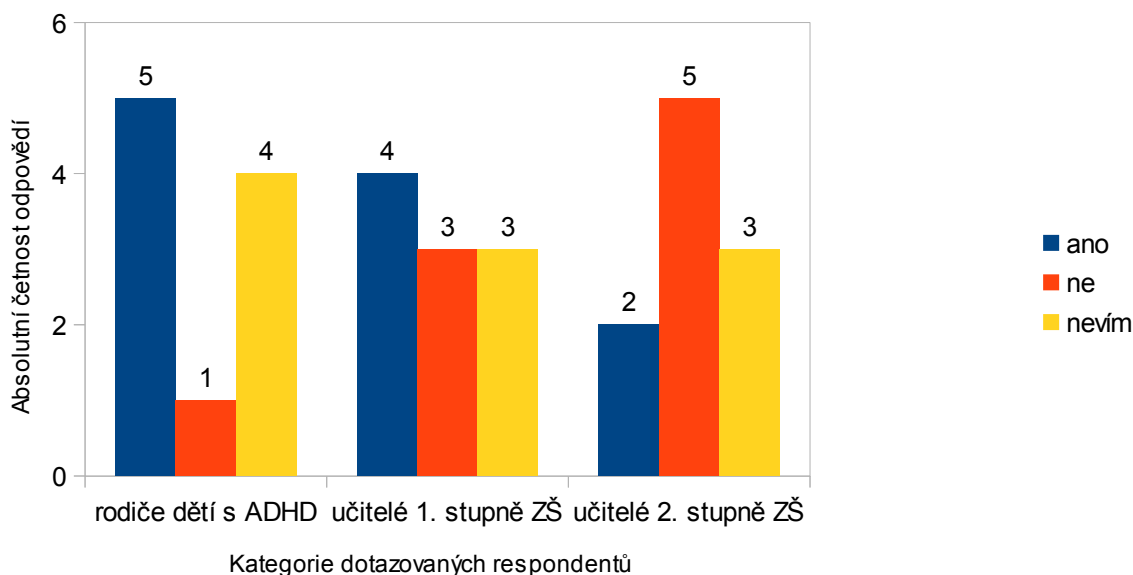
Graf č. 22: Schopnost dospívajícího se syndromem ADHD být odpovědný za své chování

Polovina učitelů druhého stupně, čtyři rodiče dětí se syndromem ADHD a jen dva učitelé prvního stupně základních škol se kladně vyjádřili k tomuto postoji, domnívají se, že dospívající jedinec s poruchou pozornosti je již schopen nést za své chování plnou odpovědnost. Pouze tři z deseti rodičů, polovina učitelů prvního stupně a čtyři učitelé druhého stupně si správně myslí, že jedinec s poruchou pozornosti ještě nebývá připraven zvládnout zodpovědnost za své chování. Jak Michalová uvádí, „pokud rodiče přenesou odpovědnost pouze na své dospívající dítě, ve většině případů tuto samostatnost a přemíru zodpovědnosti dospívající dítě nezvládne” (2011b, s. 49). Variantu „nevím” označili tři rodiče dětí se syndromem ADHD, stejný počet pedagogů prvního stupně a jeden pedagog druhého stupně.

Nejvíce učitelů prvního stupně správně uvedlo, že dospívající jedinec se syndromem ADHD bývá sociálně i emočně na nižším stupni vývoje než ostatní intaktní jedinci, a proto ve většině případů nebývá v období dospívání ještě připraven nést za své chování plnou odpovědnost.

Položka č. 23:

Osobnostní charakteristiky dětí s ADHD předurčují v období dospívání k zneužívání návykových látek.



Graf č. 23: Predikce zneužívání návykových látek

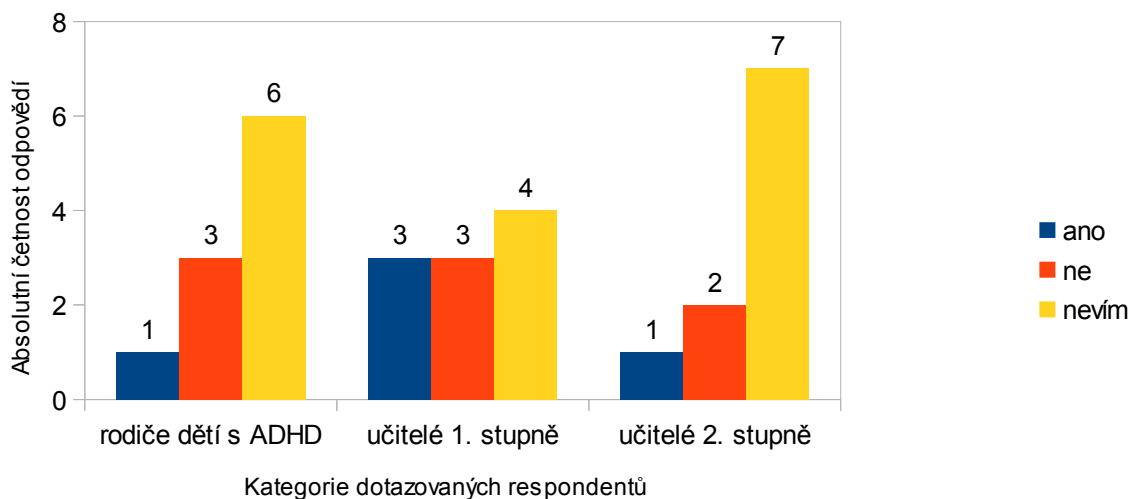
Polovina rodičů vyjádřila souhlas s touto znepokojující predikcí, stejně se vyjádřili jen čtyři pedagogové prvního stupně a pouze dva pedagogové druhého stupně základních škol. Jeden rodič dítěte s poruchou pozornosti, tři pedagogové prvního stupně a celá polovina učitelů druhého stupně základních škol se domnívá, že osobnostní charakteristiky dítěte s ADHD nepředurčují v období dospívání k abúzu návykových látek. Čtyři rodiče nevěděli, zda je tato předpověď pravdivá a k této variantě se přidali tři pedagogové prvního stupně a tři pedagogové druhého stupně základních škol.

Na tuto položku odpovědělo nejvíce rodičů dětí se syndromem ADHD. Mnozí autoři se shodnou na tom, že osobnostní charakteristiky dětí s ADHD, čili děti s nižší frustrační tolerancí, nižší odolností proti stresu a vyšší mírou sugestibility jsou vnímavější k abúzu návykových látek. Paclt (2007, s. 21, 22) uvádí, že „hypotéza o tom, že osobnostní vlastnosti dětí s ADHD je v dospělosti predisponují k abúzu drog (s výjimkou alkoholu) ve zvýšené míře oproti běžné populaci, se v podstatě potvrdila.”

Rodiče dětí s ADHD jsou proto oprávněně znepokojeni touto predikcí.

Položka č. 24:

Jedinci s ADHD, kteří jsou farmakologicky léčeni (např. stimulancií nebo antidepresivy), častěji inklinují k závislostem na návykových látkách.



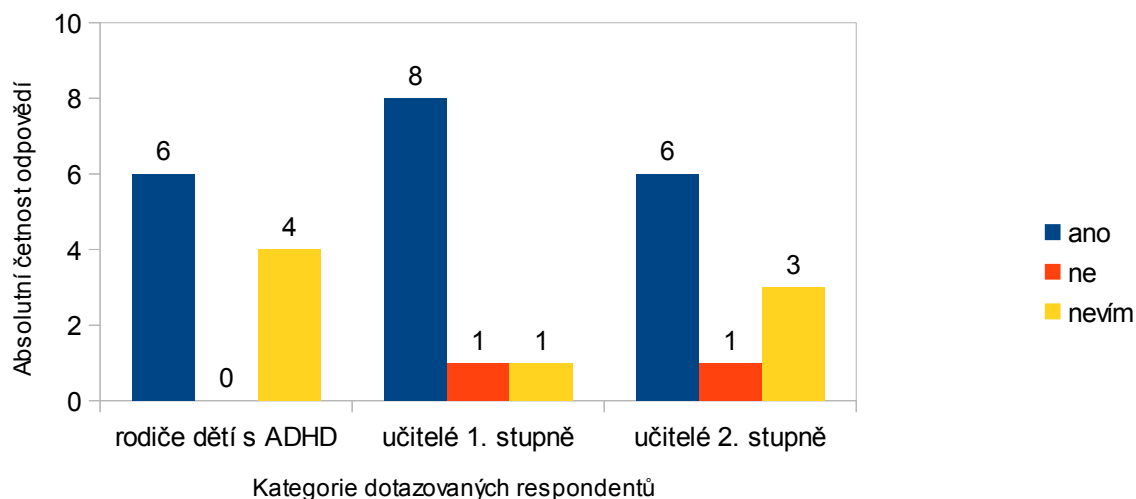
Graf č. 24: Farmakologická léčba a její vliv na zneužívání návykových látek

Většina dotazovaných respondentů zřejmě není přesvědčena o jednoznačném pozitivním vlivu farmakologické léčby a jejího možného, i když neprokázaného negativního vlivu na pozdější zneužívání návykových látek. Variantu „nevím“ uvedlo šest rodičů, čtyři učitelé prvního stupně a sedm učitelů druhého stupně. Jeden rodič dítěte s ADHD, tři pedagogové prvního stupně a jeden učitel druhého stupně základní školy s tímto neprokázaným tvrzením souhlasí. Tři rodiče, tři pedagogové prvního stupně a dva pedagogové druhého stupně jsou zřejmě přesvědčeni o pozitivním a neškodném vlivu antidepresiv a stimulancií, protože uvedli, že s uvedeným tvrzením nesouhlasí.

Podle tvrzení mnohých autorů, např. Paclta, Drtílkové a Šerého aj. nemá farmakologická léčba vliv na pozdější zneužívání návykových látek. Z grafu č. 24 jasně vyplývá, že tato otázka je stále velmi kontroverzní, patrně z důvodů negativních vedlejších účinků léčiv, která byla, a stále je, v minulosti v léčbě dětí s poruchami emocí a nálad hojně využívána. Nicméně nejvíce vědomostí v této otázce prokázali rodiče dětí s ADHD a učitelé prvního stupně.

Položka č. 25:

Při diagnostice dítěte s ADHD nebývají IQ testy příliš spolehlivým parametrem měření skutečné a přirozené inteligence dítěte, protože výkony dítěte s poruchou pozornosti bývají nevyrovnané.



Graf č. 25: Spolehlivost IQ testů při diagnostice poruchy ADHD

Většina dotazovaných respondentů si uvědomuje omezenost a nespolehlivost výkonových intelektových testů při diagnostice dítěte s poruchou pozornosti, z důvodu primárního deficitu a zvýšené unavitelnosti dítěte s ADHD. „Hartman (in: Paclt 2007) se dokonce domnívá, že hyperkinetický syndrom a poruchy pozornosti představují natolik odlišný kognitivní styl, že výsledky testů standardizovaných na běžnou populaci jsou u těchto dětí zcela nevalidní.” Kladně tedy odpovědělo šest z deseti rodičů, stejný počet učitelů druhého stupně a osm z deseti učitelů prvního stupně. Jeden pedagog prvního a jeden pedagog druhého stupně základní školy se domnívá, že testy inteligence jsou při diagnostice dítěte s poruchou pozornosti spolehlivým parametrem měření skutečné a přirozené inteligence dítěte s ADHD. Na tuto položku nedokázali odpovědět čtyři rodiče dětí, jeden pedagog prvního stupně a tři učitelé druhého stupně základních škol.

Nejvyšší míru informovanosti o diagnostice dětí s poruchou pozorností prokázali učitelé prvního stupně základních škol.

8.1 Vyhodnocení hypotéz

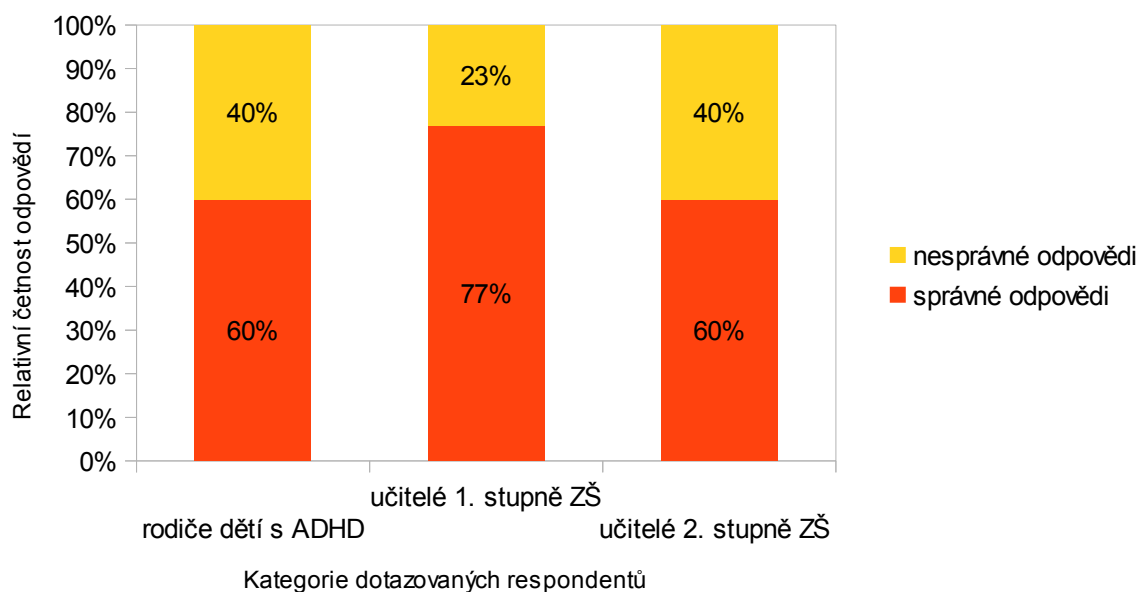
Pro objektivní vyhodnocení stanovených hypotéz bylo nutné vyčíslit získaná data v podobě bodového ohodnocení daných položek. Každé položce jsme přiřadili maximální možný počet bodů, které lze správným zodpovězením položky získat od všech respondentů dané kategorie, tzn. kategorie rodičů dětí s ADHD, učitelů prvního stupně základních škol a učitelů druhého stupně základních škol. V první položce, týkající se možných projevů dítěte s ADHD, bylo možno získat až 80 bodů, protože všechny uvedené charakteristiky byly možnými projevy dítěte s ADHD. Ve všech ostatních položkách bylo možné v rámci jedné kategorie respondentů, možné získat vždy po 10 bodech čili stejný počet, jako nejvyšší možné množství správně zodpovězených položek v rámci jedné kategorie respondentů.

Tabulka 1: Bodové ohodnocení správných odpovědí

	Rodiče dětí s ADHD	Učitelé 1. stupně ZŠ	Učitelé 2. stupně ZŠ
Absolutní max. bodové hodnocení	320 bodů	320 bodů	320 bodů
Relativní max. bodové hodnocení	100 %	100 %	100 %
Absolutní četnost	193 bodů	247 bodů	193 bodů
Relativní četnost	60,3 %	77,2 %	60,3 %

Jak vyplývá z tabulky č. 1 maximální možný získaný počet bodů v rámci jedné kategorie byl 320 bodů čili 100% úspěšnost v testu dotazníkového typu. Dále je z tabulky možné vyčíst, že učitelé prvního stupně mají nejvíce znalostí o syndromu ADHD. Učitelé druhého stupně základních škol a rodiče dětí s poruchou pozornosti získali stejný počet bodů.

Následující graf ukazuje procentuální vyjádření dat, získaných od dotazovaných respondentů.



Graf č. 26: Data pro hypotézu H1, H2, H3

H1: Rodiče dětí s ADD/ADHD mají méně znalostí týkající se poruchy jejich dítěte než učitelé prvního stupně základních škol.

Tato hypotéza byla potvrzena pravděpodobně z důvodu vyššího dosaženého vzdělání učitelů prvního stupně základních škol a požadovaných a nutných specifických znalostí učitelů o dané poruše, získaných během studia svého oboru.

Přijímáme hypotézu H1.

H2: Rodiče dětí s ADD/ADHD mají méně znalostí týkající se poruchy jejich dítěte než učitelé druhého stupně základních škol.

Hypotéza nebyla potvrzena. Jedním z důvodů, proč hypotéza nebyla potvrzena by mohl být fakt, že rodiče dětí s ADHD získali vyšší bodové ohodnocení v první položce, která se týkala projevů dítěte s poruchou pozornosti. Je nanejvýš pravděpodobné, že každý rodič své dítě zná velmi dobře a je si vědom jeho charakteristických projevů. Učitelé druhého stupně naopak prokázali o něco větší znalosti (celkem se jedná ale jen o 10 získaných bodů navíc), které se týkají správného přístupu k dítěti s ADHD.

Odmítáme hypotézu H2.

H3: Učitelé prvního stupně základních škol mají více znalostí o ADD/ADHD než učitelé druhého stupně základních škol.

Hypotéza byla potvrzena pravděpodobně z důvodu vyšší míry orientovanosti učitelů prvního stupně v dané problematice, získané během svého studia, ale také nutnosti a ochotě získávat neustále nové poznatky, které se zabývají problematikou vývojových poruch učení a chování, tedy i poruchou ADD/ADHD.

Přijímáme hypotézu H3.

DISKUZE

V následující kapitole podrobíme diskuzi některé výchozí body a následná zjištění našeho výzkumu. Teoretická část práce definovala v první a druhé kapitole poruchu pozornosti a poruchu pozornosti s hyperaktivitou a její diagnostiku. Třetí kapitola přiblížila jednotlivé subtypy poruchy, ale i komorbiditu dalších onemocnění. Čtvrtá kapitola objasnila základní symptomy poruchy i vývojovou variabilitu obrazu ADHD. Teoretická část práce se v páté kapitole zmínila také o etiologii vzniku syndromu. Za klíčový bod práce bychom mohli považovat kapitolu šestou specifika přístupu k dětem s ADHD, především výchovné vedení, vybrané terapeutické metody a specifika vzdělávání ve škole. Výzkumné šetření realizované jako součást praktické části se zaměřilo na informovanost a orientovanost rodičů dětí s ADHD a pedagogů základních škol v problematice týkající se této poruchy. Cílem práce bylo zjistit, zda existují významné rozdíly v informovanosti mezi rodiči těchto dětí, učiteli prvního a učiteli druhého stupně základních škol, ale také možnosti praktického využití výsledků šetření v pedagogické praxi. Zjištěná data by mohla pozitivně přispět ke zkvalitnění přístupu k dětem se syndromem ADHD.

Výsledky bakalářské práce ukázaly, že v problematice dětí s ADHD se nejlépe orientují učitelé prvního stupně základních škol. Učitelé druhého stupně dosáhli stejného skóre vědomostí týkající se dané problematiky jako rodiče dětí s ADHD, i přesto, že všichni dotazovaní učitelé druhého stupně jsou vysokoškolsky vzdělaní. Mezi dotazovanými rodiči byl vysokoškolsky vzdělaný pouze jeden rodič, polovina jich dosáhla středoškolského vzdělání, tři rodiče se vyučili v učňovském oboru bez maturity a jeden rodič dospěl pouze k základnímu vzdělání. Z mého osobního pohledu dotazovaní učitelé prvního stupně i rodiče dětí s poruchou pozornosti přistupovali k našemu výzkumu velmi ochotně, získat zkoumaná data od učitelů druhého stupně již nebylo tak snadné.

Délka pedagogické praxe podle našeho názoru nebyla významným činitelem, jež by mohl ovlivnit výsledná data, věkové rozvrstvení pedagogů bylo podle našeho úsudku rovnoměrné. V kategorii 1–5 let pedagogické praxe byli tři učitelé prvního stupně, v kategorii 5 – 10 let to byli dva učitelé prvního stupně a jeden pedagog druhého stupně, v kategorii 10–20 let se nacházeli dva učitelé prvního stupně a šest učitelů druhého stupně a v kategorii 20 let a více jsme oslovili tři učitele prvního stupně a tři učitele druhého stupně základních škol.

Relevantní podmínkou úspěšné školní práce je přátelský vztah učitele a žáka, ale také rodiny a školy. Na vzájemné obviňování zde není prostor. Poučený pedagog a poučený rodič je schopen motivované práce s dítětem, je schopen si uvědomit realistické cíle, jež je dítě s poruchou pozornosti schopné zvládnout. Výzkumná studie Bílkové uvádí (2012, s. 125–138), že klíčovým faktorem zdárného průběhu socializace dítěte s ADHD v rodině a škole jsou především postoje vychovatelů

(rodičů a pedagogů) k tomuto postižení, jež se jeví jako daleko důležitější, než je míra závažnosti poruchy. Jejich výzkumné šetření dále analyzuje rizikové faktory, jež bývají často zdrojem konfliktů mezi školou a rodinou, jako nejvýznamnější se projevuje především výkonová motivace dítěte. Výsledky této studie dokládají, že matky dětí s ADHD očekávají od učitelů profesionální přístup k sobě i dítěti, což bez dostatečné informovanosti o dané poruše nelze. Z výzkumu dále vyplynulo, že učitelé mají zájem o včasnou diagnostiku dítěte, zároveň se ale obávají zvýšených nároků, jež jsou na ně při práci s těmito dětmi kladeny.

Porucha pozornosti je v současnosti často diskutovaným tématem, neznámá to však, že by se její výskyt náhlým způsobem zvýšil. Vzestupnou tendenci by však mohla zaznamenat komorbidita ADHD a poruch chování. Zvyšováním nároků na dítě se syndromem ADHD ze strany učitelů a rodičů, častým kritizováním a mnohými neúspěchy lze významným způsobem snížit sebedůvěru dítěte, které následně může prožívat strach ze školy, pocity rezignace, úzkosti, deprese, nezájmu o učení, nebo se u něj naopak může projevit vzpurnost a vzdorovité chování, které může v budoucnu vyústit až v asociální chování jedince s ADHD. Výzkum Martanové (2011 s. 4) prokazatelně vyzdvihuje příznivé psychoterapeutické účinky zkoumaného multisystémového terapeutického modelu, jehož principy ve své práci podrobně popisuje, na chování a projevy dětí ve škole, doma i ve vztazích mezi vrstevníky. Z jejího výzkumu vyplývá, že učitelé vyzývají ke změně výchovného přístupu v rodině. Rodiče by zase rádi získali pomoc při výchově tak, aby dokázali být důslednější a lépe stanovovali hranice svým dětem.

Z námi prováděného výzkumného šetření můžeme usuzovat, že rodiče dětí s ADHD pravděpodobně ne vždy užívají vhodné a účinné výchovné strategie. Výchova a vzdělávání dětí s tímto postižením není jednoduchou záležitostí, vyžaduje znalost dané problematiky, pozitivní postoj k syndromu, schopnost využívat správnou taktiku při domácí výchově i školní intervenci. Rodiče dětí s tímto postižením bývají často obviňováni, že se svým dětem příliš nevěnují, že jejich výchova je nedostačující. Tato kritika se dotýká především matek, které mohou být negativními reakcemi okolí stresovány a zúskostňovány. Jejich stres, úzkost a obavy se zákonitě musí transferovat i na jejich děti, jež trpí citovou nevyrovnaností a bývají nadměrně vnímavé ke všem negativním projevům. Za zmínku stojí i fakt, že převážná většina dětí s poruchami chování vyrůstá v neúplných rodinách nebo se na jejich výchově podílí převážně jen matky, které ve své osamělé roli často selhávají.

Vytvoření vhodných rodinných podmínek je základním předpokladem pomoci dětem s ADHD. Jen sebejistý a informovaný rodič, který sám sebe může lépe hodnotit ve své rodičovské roli, zvládne úspěšněji nesnáze s výchovou neklidného dítěte. Výzkum Lacinové a Škrdlíkové (2008 s. 1–55) přibližuje práci rodičovských skupin pořádaných Klubem rodičů a přátel neklidných a hyperaktivních dětí při Centru pro rodinu a sociální péči v Brně. Jedná se o skupinovou práci rodičů pod odborným

vedením, která se věnuje tématům, jako například kompatibilita temperamentu mezi rodičem a dítětem, partnerským vztahům mezi rodiči dítěte, bezpodmínečnému přijetí dítěte a stanovování hranic ve výchově dítěte, zvládnání hněvu, vyjadřování emocí, problematika mezigeneračních souvislostí spojených s výchovou atd.

Některé výzkumné práce poukazují na nedostatečné znalosti učitelů o problematice syndromu ADHD, například výzkum Zapletalové (2013, s. 49), jehož cílem bylo zjistit, jaký je přínos integrace dítěte s ADHD do běžné školy a určit, zda jsou v praxi užívány zásady a opatření pro zmírňování obtíží dítěte se syndromem ADHD. Potřebu dalšího vzdělávání pedagogů dokazuje i výzkumná práce Škrdlíkové (2013, s. 39), kde sami pedagogové přiznávají, že při zvyšujícím se trendu inkluzivního vzdělávání, by uvítali možnosti svého profesního růstu v oblasti speciálního školství.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výsledků námi provedeného výzkumu, ale i na základě předložených diskutovaných otázek, si dovoluujeme v této kapitole navrhnout některá opatření, jež by mohla podle našeho názoru významně přispět ke kvalitnějšímu přístupu okolí k dítěti s ADHD. Tato doporučení mohou být důležitá při uplatňování speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Některá doporučení by mohla pomoci bezradným či tápajícím rodičům objevit vhodnější přístupy při výchově dítěte s tímto postižením. Vyšší informovanost týkající se dané problematiky může příznivě ovlivnit i postoje okolí k tomuto syndromu.

Aby bylo dítě psychicky odolné, je nutné začít již od prenatálního věku. Zdravý životní styl, psychická a fyzická pohoda matky ovlivňuje plod již v zárodečném stádiu vývoje. Po narození jsou pro dítě významné především kladné emoční vztahy s rodiči, přiměřenost stimulujících podnětů, častý oční kontakt matky a dítěte, taktilní stimulace, správný vývoj posturálních reflexů, řečového vývoje a mnohé jiné. Mnozí autoři, např. Vágnerová (2008 s. 202) kladou velký důraz na rozvoj sociálních dovedností v předškolním věku. Předškolní dítě si osvojuje základní způsoby sociálního chování především v rodině...„naučí se komunikovat, vnímat projevy jiných lidí a chápat je, vcítit se do jejich nálady, respektovat jejich potřeby, ale i ovládat vlastní emoce...Pokud by si zafixovalo méně vhodné způsoby chování, bude mít v interakci s cizími lidmi problémy, které budou posilovat jeho nejistotu a sklon k nepřiměřenému reagování.”

Důvodů, proč si dítě neosvojí vhodné způsoby chování může být mnoho, jedním z nich může být i fakt, že v současnosti žije mnoho rodin odděleně, o děti se potom stará především matka. Nezvladatelný temperament hyperaktivního dítěte vyčerpává natolik, že mnohdy může používat nevyhovující výchovné strategie, aniž si to však uvědomuje. Také mezi našimi dotazovanými rodiči převažovaly ženy, v poměru devět žen ku jednomu muži. Výzkumná studie Loukové (2012 s. 154– 157) upozorňuje, mimo jiné, také na neblahý vliv rozpadu rodiny a následný vznik poruch chování. My bychom se přimlouvali za snahu o **aktivnější zapojení emočního mužského elementu při výchově** dětí. Nutno však podotknout, že prostá přítomnost náhradního rodiče v rodině nemůže být dostačující náhradou emočně angažovaného rodiče. Domníváme, že další výzkumné práce by se mohly dále zabývat tímto tématem.

Další důvod, proč někteří rodiče používají nevyhovující výchovné strategie, může být skutečnost, že rodiče mohou být zmateni, jestliže se dítě jejich chová odlišně než sourozenci. Rodiče jeho potřebám nerozumějí a nevědí, jak se chovat k dítěti, jež je zvýšeně dráždivé a není schopné se sociální dovednosti učít spontánně nápodobou jako jiné děti. Bílková ve své výzkumné práci (2012, s. 138) vyzdvihuje účinný způsob práce s dětmi s ADHD a jejich rodinami prostřednictvím

rodičovských terapeutických či tréninkových skupin. Domníváme se, že by mnozí rodiče přivítali **větší psychosociální podporu při výchově a socializaci** svého potomka, v podobě nabídek rodinných terapií, tréninkových skupin či kognitivně behaviorální terapie. Nutno však podotknout, že podpora těmto rodinám by musela mít i sociální charakter, jelikož finanční nákladnost těchto terapií je značná. Zamýšlíme se také nad možnou větší spoluprací školních psychologů s rodiči, a také nad jejich profesní připraveností poskytovat rodinám dětí s výchovnými problémy nácvik sociálních dovedností, například v rámci terapeutických tréninkových skupin. Na rozdíl od autorů Paclta, Ptáčka, Floriána (2006, s. 21) se domníváme, že tyto terapie mohou být pro děti s ADHD a jejich rodiny velmi přínosné.

Ve školním prostředí působí dítěti s postižením velké potíže narušení energetických rezerv, malá vytrvalost při plnění úloh, lehce rozptýlitelná pozornost i hyperaktivita. Psychoedukační podpora je však poskytována především dětem se specifickými poruchami učení. Navíc, pokud má dítě nadprůměrný intelekt a nevyskytuje se komorbidita specifické poruchy učení, bývá mnohdy tento syndrom dlouho nerozpoznán a podpory a péče se dítěti a rodině nedostane včas. Hrozí zde neurotizace dítěte, jelikož rodiče nechápou potíže svého dítěte, mohou na ně mít nepřiměřené nároky, zvláště pokud jsou přesvědčeni, že jejich dítě má na víc, ale svůj potenciál nevyužívá. Je důležité si uvědomit, že „studijní dovednosti nejsou tvořeny pouze intelektovými schopnostmi, ale podílí se na nich více faktorů, včetně schopnosti a ochoty učit se” (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 204). V současné pedagogické praxi stále převládá výuka, při níž musí všichni žáci stačit tempu třídy, kladen je důraz na výkon, dochází k neustálému srovnávání se spolužáky. Žák, který tempu třídy nestačí na základě opakovaných prožitků neúspěchu a narušenému vztahu s učitelem i spolužáky rezignuje na vzdělávání jako takové. Domníváme se, že jedním z navrhovaných opatření by mělo být **navýšení systematické a pravidelné psychoedukační podpory** dítěti s postižením a jeho rodiči ze strany škol a školských poradenských zařízení po celou dobu školní docházky. Také Bílková (2012, s. 123–138) vidí jako velmi přínosnou vzájemnou spolupráci rodiny, školy a poradenských zařízení. Klíčovou vnímá především práci poradenských zařízení s rodiči, jako s osobami nápravného procesu, tak aby došlo ke zvýšení rodičovských kompetencí. Uvádí, že matky, které tuto kvalitu naplňují mají rovnoprávnější postoje ke škole a jsou připraveny více se podílet na školní práci.

Zajímavým se nám jeví také stále se v praxi více prosazující styl **hodnocení žáků formou sebehodnocení**, jež podle našeho názoru podporuje motivaci žáků. Je zde vyžívána „chyba” jako přirozená součást procesu učení, neuplatňuje se jen represivní styl výuky využívající negativní nebo pozitivní hodnocení vyučujícími, jež nemusí vždy odpovídat subjektivnímu sebehodnocení žáka.

Z našeho výzkumu také vyplynulo, že učitelé druhého stupně základních škol nemají dosud dostatečné znalosti o syndromu ADHD. Naším návrhem pro pedagogickou praxi je **zvyšování informovanosti pedagogů**, dle mé osobní zkušenosti by se mohlo jednat např. o aktivnější spolupráci poradenských pracovišť a učitelů prvního i druhého stupně základních škol formou metodických setkání, která by se tématem ADHD i mnohými jinými tématy zabývala, a přinášela tak pedagogům nové poznatky z oblasti vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Závěrem bychom rádi upozornili také na výzkumnou studii Adamíka, Ondrejky, Vyšehradského a Tonhajzerové (2010, s. 360), která poukazuje na to, že při snaze o ovlivňování hyperaktivity nepozornosti a impulzivity se mnohdy zapomíná na léčbu poruch spánku, které u dětí často nebývají vůbec diagnostikovány. Většina dětí s ADHD však bývá ráno po probuzení nevyspalá a unavená, což negativně ovlivňuje jejich pozornost a školní výkony. Domníváme se, že některé další výzkumné studie, by se tímto tématem mohly zabývat v budoucnu ještě podrobněji.

ZÁVĚR

Bakalářská práce pojednává o syndromu ADD/ADHD. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda existují významné rozdíly v informovanosti o tomto syndromu mezi učiteli prvního a druhého stupně základních škol a také mezi rodiči těchto dětí a učiteli prvního a druhého stupně. Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje šest kapitol, které se zabývají definováním poruchy ADD/ADHD, diagnostikou, jednotlivými subtypy poruchy, jejími symptomy, etiologií vzniku a specifiky v přístupu k dětem s touto poruchou. Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum, pro nějž byl zvolen dotazník vlastní konstrukce, sestavený na základě studia odborné literatury. Výzkum probíhal ve čtyřech vybraných základních školách v Libereckém kraji. Získané poznatky byly následně analyzovány a vyhodnoceny. Náš výzkum ukázal, že nejvíce informovaní o poruše ADD/ADHD jsou učitelé prvního stupně základních škol. Rodiče dětí s ADHD a učitelé druhého stupně základních škol prokázali stejnou míru znalostí a informovanosti o tomto syndromu. Práce také podrobuje diskuzi některé výchozí body a následná zjištění výzkumu. Na základě provedeného výzkumného šetření a námi zjištěných dat, ale i na základě uvedené diskuze, navrhuje tato práce některá opatření, jež by mohla být využita v praxi.

Dítě s ADD/ADHD může vzhledem k jeho citové nevyrovnanosti zažívat mnohé nepříjemné okamžiky. Událostí, které mohou v dítěti s poruchou pozornosti vyvolat tyto nepříjemné pocity je mnoho. Velmi záleží na tom, jak se dítě dokáže vyrovnat se zátěží, ve které se ocitlo, a jakou má sociální oporu ve svých nejbližších. Podle Vágnerové (2008, s. 48, 49) přináší výchova dětí mnoho frustrujících okamžiků, protože v podstatě spočívá v usměrňování a omezování bezprostředního uspokojování potřeb a vytváření sociálně žádoucích způsobů uspokojování těchto potřeb. Záleží na celkovém emoční klimatu výchovy, na tom, zda je jednání dospělého pro dítě dostatečně srozumitelné a předvídatelné.

Každému dítěti, a dítěti s tímto syndromem obzvláště, je potřeba vytvořit láskyplné prostředí, ve kterém dospělý dává dítěti najevo svou náklonnost, často jej chválí, nejen za dobrý výkon, ale i za snahu. Je důležité každé dítě přijímat takové jaké je, i s jeho individuálními odlišnostmi. Negativní reakce blízkých lidí mohou mít na dětskou psychiku neblahý vliv v podobě sníženého sebehodnocení a sebedůvěry, ale i následných projevů nevhodného chování. Vždy je nutné si uvědomit reálné možnosti a schopnosti dítěte, rozpoznat jeho kladné stránky, odhalit to, co dítě baví, to v čem je dobré a podporovat jej v této činnosti, rozvíjet tak zdravé sebevědomí dítěte. Pokud dítě zažívá opakovaný neúspěch může být frustrováno, někdy i nedosažitelnými aspiracemi svých rodičů. Dospělý by měl vždy jít dítěti příkladem, učit jej správnému chování, trpělivosti a přiměřeným reakcím.

Závěrem bych se ráda podělila o svou osobní zkušenost s obětavým přístupem speciální pedagožky Radky Kyselové, která v rámci speciálního poradenství velmi aktivně spolupracuje s rodiči dětí s ADHD i s učiteli základních škol. Rodičům dětí s ADHD nabízí tréninky oslabených nervových spojů, věnuje se nápravám přidružených specifických poruch učení a cvičením zaměřených na vyváženou koordinaci pohybů. Pro učitele základních škol organizuje metodická setkání, jež přispívají ke kvalifikovanějšímu přístupu učitelů k žákům se speciálními vzdělávacími potřebami.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADAMÍK, P., ONDREJKA, I., VYŠEHRADSKÝ, R., TONHAJZEROVÁ, I., 2010. Hyperkinetická porucha ADHD, hyperkinetický syndróm a poruchy spánku v detstve. In: *Národní registr výzkumů o dětech a mládeži* [online]. [vid. 19.02.2015]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1348642619.pdf>

AMERICKÁ PSYCHIATRICKÁ ASOCIACE 2013. *Highlights of Changes from DSM – IV – TR to DSM – 5*. [online]. [vid. 26.06.2014]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Owner/Documents/zm%C4%9Bna%20DSM%20IV%20na%20DSM%205.pdf>

BARTOŇOVÁ, M., 2004. Základní problematika specifických poruch učení. In: VÍTKOVÁ, M., aj. *Integrativní speciální pedagogika, integrace školní a sociální*. 2. rošř. a přeprac. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.

BÍLKOVÁ, Z., 2012. Rodinná a školní socializace dětí s ADHD. In: *Národní registr výzkumů o dětech a mládeži* [online]. [vid. 18.02.2015]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1339409477.pdf>

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

GAVORA, P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozš. čes. vyd. Brno: Paido. ISBN 978- 80-7315-185-0.

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

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80- 7178-303-X.

CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978- 80 - 247-1369-4.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2697-7.

KOHOUTEK, R. 2015. *ABC Slovník cizích slov* [online]. [vid. 07.01.2015]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/komorbidity>

KULIČKA, 2014. Hyperkinetické poruchy. In: *Kuličkovy stránky* [online]. Aktualiz. 16.09.2014. [vid. 26.09.2014]. Dostupné z: http://www.kulickovy.estranky.cz/clanky/hyperkineticke-poruchy-_f90_.html

KULIŠTÁK, P., 2011. *Neuropsychologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-891-3.

LACINOVÁ, L., ŠKRDLÍKOVÁ, P., 2008. Koncepce a teoretická východiska práce s rodičovskou skupinou Klubu rodičů a přátel neklidných hyperaktivních dětí. In: *Národní registr výzkumů o dětech a mládeži* [online]. [vid. 19.02.2015]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1355738545.pdf>

LOUGY, R. A., ROSENTHAL, D. K., 2002. *ADHD A Survival Guide for Parents and Teachers* [online]. [vid. 07.04.2013]. ISBN 1-878267-43-4. Dostupné z: http://books.google.cz/books?id=YPItQyYVGdkC&printsec=frontcover&dq=adhd&hl=cs&sa=X&ei=GIFhUdOIKMLaOu3rgbgJ&redir_esc=y#v=onepage&q=adhd&f=false

LOUKOVÁ, T., 2012. Vliv vybraných psychomotorických aktivit na pozornost dětí mladšího školního věku. In: *Národní registr výzkumů o dětech a mládeži* [online]. [vid 18.02.2015]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1371033444.pdf>

MARTANOVÁ, V., P., 2011. *Efektivita poradenské péče o děti s poruchami chování*. In: *Národní registr výzkumů o dětech a mládeži* [online]. [vid. 18.02.2015]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1339411897.pdf>

MICHALOVÁ, Z., 2011a. *Edukace žáků s problémovým chováním, poruchami adaptace, poruchami chování a emocí*. Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-7372-719-2.

MICHALOVÁ, Z., 2011b. *ADD/ADHD v kontextu poruch chování*. Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-7372-733-8.

MUNDEN, A., ARCELUS, J., 2002. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita – přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-625-X.

PACLT, I. aj. 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1426-4.

PACLT, I., PTÁČEK, R., FLORIÁN, J. 2006. Hyperaktivita. In: *Národní registr výzkumů o dětech a mládeži* [online]. [vid. 23.02.2015]. ISSN 80-86991-71-7. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1378735338.pdf>

PEŠEK, R., PRAŠKO, J., ŠTÍPEK, P., 2013. *Kognitivně behaviorální terapie v praxi – pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0501-2.

RIEFOVÁ, S., F., 2007. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole – praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-257-7.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.

TAYLOR, J., 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.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

ZAPLETALOVÁ, V., 2013. Integrace žáků s ADHD v běžné škole. In: *Informační systém Masarykovy univerzity* [online]. [vid. 23.02.2015]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/371470/pedf_b?info=1;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dadhd%20agenda:th%26start%3D1

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník pro rodiče dětí s ADD/ADHD

Příloha B: Dotazník pro učitele základních škol

Příloha A

DOTAZNÍK PRO RODIČE DĚTÍ S ADD/ADHD

Vážená paní, vážený pane

dovoluji si Vám poslat dotazník s prosbou o jeho vyplnění. Provádím výzkum pod záštitou vedoucího katedry sociálních studií a pedagogiky Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické Technické univerzity v Liberci. PaedDr. ICLic. Michala Podzimka, Th.D., Ph.D. Výzkum se zabývá informovaností rodičů a učitelů dětí s poruchou pozornosti a poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADD/ADHD), týkajících se především projevů, příčin a specifických přístupů k dětem s touto poruchou. Získané údaje budou využity ke zkvalitnění specifického přístupu k dětem s ADD/ADHD.

S pozdravem Michaela Plačková

1. Dítě s poruchou pozornosti se může projevovat: (Zakroužkujte libovolný počet odpovědí, o kterých se domníváte, že jsou správné.)

- a) Nadměrným pohybem a nadměrnou hovorností, nepozorností, impulzivitou a unáhlenými reakcemi, problematickým chováním, neposlušností a neochotou přizpůsobit se daným pravidlům, neposedností (nevydrží chvíli v klidu).
- b) Pomalým osobnostním tempem, neschopností naplánovat si nějakou činnost, potížemi v naslouchání a plnění pokynů dospělých. Často vypadá, jako by nevnímalo, co mu sdělujeme a co od něj požadujeme. Vypadá jako zasněné, nevnímá okolí.
- c) Potížemi se samostatnou prací a vytrvalostí, má potíže dokončit započatou práci. Obtížně se zapojuje do činnosti, která ho nebaví (např. domácí úkoly).
- d) Menší plynulostí při řeči, především při odpovědích na otázky. Řeč bývá někdy zmatená a chaotická, často přeskočí nějakou důležitou informaci nebo zapomene, na co vlastně má odpovědět.
- e) Potížemi s koordinovaným pohybem, často se obtížně učí jezdit na kole, je neobratné při hře s míčem. Bývá nešikovné i při nácvičce jemných a přesných pohybů (např. zavazování tkaniček, zapínání knoflíků apod.). Také kresba bývá nepřesná a písmo neúhledné. Může mít potíže orientovat se v prostoru, plete si pravou a levou stranu. Potíže má i se čtením nebo s orientací v učebnici (ztrácí se v textu).
- f) Obtížemi s vnímáním drobných rozdílů mezi obrázky či písmeny. Při čtení často zaměňuje písmena nebo číslice. Stejně tak nepřesně vnímá i sluchem, např. jinak slyší některé hlásky. Potíže mu činí výslovnost obtížnějších slov.
- g) Obtížemi se zapamatováním učiva, ale i se zapamatováním si pokynů, nepamatuje si, co mělo udělat, často zapomíná domácí úkoly a pomůcky, ztrácí věci, je nepořádné. Časté jsou

vady řeči a výslovnosti, slovní zásoba je chudší. Může sice chrlit množství slov, ale používá stále stejná slova, která nevyjadřují přesně to, co chce. Na otázky odpovídá jen velmi stručně, případně jen „ano“ nebo „ne“.

h) Citovou nevyrovnaností, menší odolností vůči kritice a neúspěchu. Je urážlivé, neumí prohrávat. Na jednoduché napomenutí reaguje přehnanými reakcemi. Pokud je kritizováno, raději se vyhýbá mnohým aktivitám, má pocit, že je k ničemu a nic neumí.

ch) Nevím.

2. Příčinou syndromu ADHD je především: (Zakroužkujte libovolný počet odpovědí, o kterých se domníváte, že jsou správné.)

a) Vliv organického poškození mozku, ke kterému došlo v průběhu těhotenství, během porodu nebo těsně po porodu (konzumace alkoholu a kouření matky v těhotenství nebo předčasné či komplikované porody, infekční nebo bakteriální onemocnění matky během těhotenství, novorozenecká žloutenka apod.)

b) Vliv nevhodného výchovného prostředí (např. nesoulad mezi rodiči, velký počet jedinců v rodině, nižší dosažené vzdělání rodičů, kriminalita rodičů).

c) Vliv dědičnosti.

d) Vliv nerovnováhy v činnosti neurotransmiterů, které přenášejí signály mezi různými oblastmi mozku.

e) Kombinace výše uváděných vlivů především dědičnosti, organického poškození mozku, nerovnováhy v činnosti neurotransmiterů, ale i vlivu nevhodné výchovy.

f) Vliv nadměrné konzumace potravin, které obsahují nadbytek cukru a potravinových aditiv, jejichž konzumace v neúměrném množství negativně ovlivňuje schopnost soustředění a zvyšuje hyperaktivitu a impulzivitu.

g) Vliv dlouhodobého zatížení jednostranně působícími podněty, především déle trvající využívání počítačové techniky.

(V následujících otázkách zakroužkujte nebo podtrhněte prosím jednu z variant.)

3. Děti s poruchou pozornosti ve většině případů nemají vhodné rodinné zázemí, rodiče se s dětmi doma neučí, zvýšená dráždivost a agresivita těchto dětí je zapříčiněna především nevhodnou výchovou v rodině.

ANO NE NEVÍM

4. Projevy dítěte s poruchou pozornosti se mohou s věkem měnit.

ANO NE NEVÍM

5. V období dospívání dítě s ADHD většinou ztrácí na hyperaktivitě (neúměrné pohybové aktivitě), ale ostatní projevy této poruchy dále přetrvávají.

ANO NE NEVÍM

6. Porucha ADHD může přetrvávat až do dospělosti.

ANO NE NEVÍM

7. Dítě s ADHD nesnáší nudu, upřednostňuje neustálé a náhlé změny, proto se cítí lépe, pokud nemusí dodržovat pravidelný režim dne.

ANO NE NEVÍM

8. Pravidla a řád musí dodržovat všechny děti, proto negativní chování dítěte s ADHD nelze ignorovat, dítě musíme potrestat či pokárat pokaždé, když poruší pravidla. Jen tak bude schopné si uvědomit co je správné chování a co není.

ANO NE NEVÍM

9. Dítě s poruchou pozornosti chválíme co nejčastěji (i za malé dílčí pokroky, i když výsledek zcela neodpovídá našim představám), přispíváme tak k utváření žádaných způsobů chování.

ANO NE NEVÍM

10. Pokud je dítě zaujato nějakou pro něj zajímavou činností (chová se z našeho pohledu hezky, je v klidu), raději si jej nevsímáme, využijeme této vzácné chvíle k obnově síly a odpočinku.

ANO NE NEVÍM

11. Zvýšenou aktivitu dítěte je potřeba potlačovat (např. pokud dítě u čtení nebo psaní není v klidu, vrtí se, kope nohama), lépe se bude soustředit, pokud těmto neúčelným pohybům těla zabráníme.

ANO NE NEVÍM

12. Dítě s ADHD potřebuje svou nadměrnou aktivitu vybit, je tedy potřeba zaměstnat jej co největším množstvím organizované zájmové činnosti.

ANO NE NEVÍM

13. Nejvíce těmto dětem vyhovují především kolektivní sporty.

ANO NE NEVÍM

14. Vhodné jsou také sporty, prováděné na profesionální úrovni.

ANO NE NEVÍM

15. Dítěti s ADHD musíme nejprve jasně a konkrétně vysvětlit, co je a co není správné chování a jaké chování od něj požadujeme (např. Líbí se mi, jak...), protože často nechápe význam toho, co myslíme pojmy „hodné dítě“ a „zlobivé dítě“.

ANO NE NEVÍM

16. Při zadávání pokynů, je efektivnější, pokud všechny dílčí informace sdělíme dítěti najednou, dítě si tak pokyny snáze zapamatuje.

ANO NE NEVÍM

17. Děti se syndromem ADHD jsou především líné, nevychované a dělají schválnosti, jen aby na sebe upozornily.

ANO NE NEVÍM

18. Častými poruchami, které se vyskytují ve spojení s poruchou ADHD jsou i poruchy učení (dyslexie – porucha čtení, dysgrafie – porucha úpravy písma, dysortografie – porucha pravopisu, dyskalkulie – porucha matematických schopností).

ANO NE NEVÍM

19. U dětí se syndromem ADHD bývají velmi časté poruchy koordinace pohybů velkých svalových skupin (např. neobratnost při hře s míčem nebo jízdě na kole apod.) i drobných, jemných pohybů (např. nešikovnost v zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, psaní, kreslení), poruchy paměti (obtížněji si osvojují učivo), řeči (špatná výslovnost, malá slovní zásoba).

ANO NE NEVÍM

20. Děti s poruchou pozornosti jsou častěji než jiné děti citově nevyrovnané, náladové, vztahovačné, často reagují neadekvátně situaci (např. agresivitou), jsou zvýšeně afektivní (podrážděné).

ANO NE NEVÍM

21. Tyto děti mají malou sebeúctu, nevěří si, bývají úzkostné nebo dokonce trpí depresi, což je mimo jiné způsobeno i četnými neúspěchy, které ve svém životě zažívají, častým kritizováním a přehnanými nároky, které na ně mají rodiče, vychovatelé nebo učitelé.

ANO NE NEVÍM

22. V období dospívání by již dítě s ADHD mělo být připraveno zvládnout nést za své chování odpovědnost, rodiče by již měli veškerou odpovědnost přesunout na své dospívající dítě.

ANO NE NEVÍM

23. Děti s ADHD mají v období dospívání častěji (než jiné děti) sklon k zneužívání návykových látek.

ANO NE NEVÍM

24. Děti s ADHD, kteří jsou farmakologicky léčeni (např. stimulancií nebo antidepresivy), mají v dospělosti větší sklon k závislostem na návykových látkách.

ANO NE NEVÍM

25. Při diagnostice dítěte s ADHD nebývají IQ testy příliš spolehlivým parametrem měření skutečné a přirozené inteligence dítěte, protože výkony dítěte s poruchou pozornosti bývají nevyrovnané.

ANO NE NEVÍM

26. Vaše pohlaví.

a) muž b) žena

27. Váš věk.

a) 20–30 let b) 30–35 let c) 35 a více let

28. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

a) základní vzdělání b) učňovský obor
c) středoškolské vzdělání d) vysokoškolské vzdělání d) jiné

Příloha B

DOTAZNÍK PRO UČITELE ZÁKLADNÍCH ŠKOL

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vám poslat dotazník s prosbou o jeho vyplnění. Provádím výzkum pod záštitou vedoucího katedry sociálních studií a pedagogiky Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické Technické univerzity v Liberci. PaedDr. ICLic. Michala Podzimka, Th.D., Ph.D. Výzkum se zabývá informovaností rodičů a učitelů dětí s poruchou pozornosti a poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADD/ADHD), týkajících se především projevů, příčin a specifických přístupů k dětem s touto poruchou. Získané údaje budou využity ke zkvalitnění specifického přístupu k dětem s ADD/ADHD.

S pozdravem Michaela Plačková

1. Dítě s poruchou pozornosti se může projevovat: (Zakroužkujte libovolný počet odpovědí, o kterých se domníváte, že jsou správné.)

- a) Nadměrnou pohybovou aktivitou a hovorností, nepozorností, impulzivitou, problémy s chováním a přizpůsobením se normám a pravidlům.
- b) Pomalým osobnostním tempem, dezorganizovaností, potížemi v naslouchání a plnění pokynů.
- c) Potížemi se samostatnou prací a vytrvalostí, mají potíže dokončit započatou práci.
- d) Méně plynulým řečovým projevem, který bývá zmatený a chaotický. V řeči děti často přeskočí nějakou důležitou informaci nebo zapomínají, na co vlastně mají odpovědět.
- e) Poruchami motoriky a senzomotorické koordinace.
- f) Poruchami zrakového a sluchového vnímání.
- g) Poruchami paměti, ale i poruchami v oblasti myšlení a řeči, s čímž souvisí i zvláštnosti v jejich komunikaci.
- h) Citovou nevyrovnaností a nízkou frustrační tolerancí.
- ch) Nevím.

2. Příčinou syndromu ADHD je především: (Zakroužkujte libovolný počet odpovědí, o kterých se domníváte, že jsou správné.)

- a) Vliv organického poškození mozku, ke kterému došlo v průběhu těhotenství, během porodu nebo těsně po porodu (konzumace alkoholu a kouření matky v těhotenství, předčasné nebo komplikované porody, nedostatečné okysličení mozku dítěte, infekční nebo bakteriální onemocnění matky během těhotenství, novorozenecká žloutenka apod.)

b) Vliv nevhodného výchovného prostředí (např. nesoulad mezi rodiči, velký počet jedinců v rodině, nižší až nízký socioekonomický status rodiny, kriminalita rodičů).

c) Vliv dědičnosti.

d) Vliv nerovnováhy v činnosti neurotransmiterů (dopaminu, noradrenalinu, serotoninu), které přenášejí signály mezi různými oblastmi mozku.

e) Kombinace výše uváděných vlivů především dědičnosti, organického poškození mozku, nerovnováhy v činnosti neurotransmiterů, ale i vlivu prostředí.

f) Vliv nadměrné konzumace potravin, které obsahují nadbytek cukru a potravinových aditiv, jejichž konzumace v neúměrném množství negativně ovlivňuje schopnost soustředění a zvyšuje hyperaktivitu a impulzivitu.

g) Vliv dlouhodobého zatížení jednostranně působícími podněty, především neadekvátní využívání počítačové techniky.

(V následujících otázkách prosím zakroužkujte nebo podtrhněte jednu z variant.)

3. Děti s poruchou pozornosti ve většině případů nemají vhodné rodinné zázemí, rodiče se s dětmi doma neučí, zvýšená dráždivost a agresivita těchto dětí je zapříčiněna především nevhodným výchovným vedením v rodině.

ANO NE NEVÍM

4. Variabilita obrazu syndromu ADHD se mění, projevy dítěte s poruchou pozornosti se tak mohou s věkem měnit.

ANO NE NEVÍM

5. Postupem času dítě s ADHD (tj. v dospívání) většinou ztrácí na hyperaktivitě, ale ostatní projevy této poruchy dále přetrvávají.

ANO NE NEVÍM

6. Porucha ADHD může přetrvávat až do dospělosti.

ANO NE NEVÍM

7. Dítě s ADHD nesnáší nudu, upřednostňuje neustálé a náhlé změny, proto se cítí lépe, pokud nemusí dodržovat pravidelný režim dne.

ANO NE NEVÍM

8. Pravidla a řád musí dodržovat všechny děti, proto negativní chování dítěte s ADHD nelze ignorovat, dítě musíme potrestat či pokárat pokaždé, když poruší pravidla. Jen tak bude schopné si uvědomit co je správné chování a co není.

ANO NE NEVÍM

9. Dítě s poruchou pozornosti chválíme co nejčastěji (i za malé dílčí pokroky, i když výsledek zcela neodpovídá našim představám), přispíváme tak k utváření žádaných způsobů chování.

ANO NE NEVÍM

10. Pokud je dítě zaujato nějakou pro něj zajímavou činností (chová se z našeho pohledu hezky, je v klidu), raději si jej nevsímáme, využijeme této vzácné chvíle k obnovení síly a odpočinku.

ANO NE NEVÍM

11. Zvýšenou aktivitu dítěte je potřeba potlačovat. (např. pokud dítě u čtení nebo psaní není v klidu, vrtí se, kope nohama), lépe se bude soustředit, pokud těmto neúčelným pohybům těla zabráníme.

ANO NE NEVÍM

12. Dítě s ADHD potřebuje svou nadměrnou aktivitu vybit, je tedy potřeba zaměstnat jej co největším množstvím organizované zájmové činnosti.

ANO NE NEVÍM

13. Nejvíce těmto dětem vyhovují především kolektivní sporty.

ANO NE NEVÍM

14. Vhodné jsou také sporty, prováděné na profesionální úrovni.

ANO NE NEVÍM

15. Dítěti s ADHD musíme nejprve jasně a konkrétně vysvětlit, co je a co není správné chování a jaké chování od něj požadujeme, protože často nechápe význam toho, co myslíme pojmy „hodné dítě“ a „zlobivé dítě“.

ANO NE NEVÍM

16. Při zadávání pokynů, je efektivnější, pokud všechny dílčí informace sdělíme dítěti najednou, dítě si tak pokyny snáze zapamatuje.

ANO NE NEVÍM

17. Děti se syndromem ADHD jsou především líné, nevychované a dělají schválnosti, jen aby na sebe upozornily.

ANO NE NEVÍM

18. Častými přidruženými poruchami, které se vyskytují v kombinaci s poruchou ADHD jsou i poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie).

ANO NE NEVÍM

19. U dětí se syndromem ADHD bývají velmi časté i kognitivní poruchy (např, poruchy psychomotorické funkce, poruchy paměti, řeči i myšlení).

ANO NE NEVÍM

20. Děti s poruchou pozornosti častěji trpí emočními poruchami a poruchami nálad.

ANO NE NEVÍM

21. Tyto děti mají malou sebeúctu, nevěří si, bývají úzkostné nebo dokonce trpí depresemi, což je mimo jiné způsobeno i četnými neúspěchy, které ve svém životě zažívají, častým kritizováním a přehnanými nároky, jež jsou na ně kladeny.

ANO NE NEVÍM

22. V období dospívání by již dítě s ADHD mělo být připraveno zvládnout nést za své chování odpovědnost, rodiče by již měli veškerou odpovědnost přesunout na své dospívající dítě.

ANO NE NEVÍM

23. Osobnostní charakteristiky dětí s ADHD předurčují v období dospívání k zneužívání návykových látek.

ANO NE NEVÍM

24. Jedinci s ADHD, kteří jsou farmakologicky léčeni (např. stimulancii nebo antidepresivy), častěji inklinují k závislostem na návykových látkách.

ANO NE NEVÍM

25. Při diagnostice dítěte s ADHD nebývají IQ testy spolehlivým parametrem měření skutečné a přirozené inteligence dítěte, protože výkony dítěte s poruchou pozornosti bývají nevyrovnané.

ANO NE NEVÍM

26. Vaše pohlaví.

MUŽ ŽENA

27. Počet roků vaší pedagogické praxe je.

0–5 let 5–10 let 10–20 let 20 let a více

28. Dosažené vzdělání (doplňte prosím vaší specializaci).

a) VŠ

b) SŠ

c) Jiné

29. Působím na.

a) Prvním stupni ZŠ

b) Druhém stupni ZŠ