

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA

DIPLOMOVÁ PRÁCA

2012

Iveta Kupcová

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

Magisterské/kombinované štúdium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Bc. Iveta KUPCOVÁ

INTEGRÁCIA DETI S ADHD, ADD, LMD

Praha 2012

Vedúca diplomovej práce:

PhDr. Eva Živčicová PhD.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master/Combined Studies
2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Bc. Iveta Kupcová

INTEGRATION OF CHILDREN WITH ADHD, ADD,
LMD

Prague 2012

Thesis Supervisor:

PhDr. Eva Živčicová PhD.

Prehlásenie

Prehlasujem, že predložená diplomová práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Použitú literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri práci čerpala, citujem a uvádzam v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.
V Biskupovej, dňa 14. 6. 2012 Bc. Iveta Kupcová

Pod'akovanie

V prvom rade moje pod'akovanie patrí vedúcej diplomovej práce PhDr. Eve Živčicovej PhD. za trpezlivosť pri odbornom usmernení, konzultáciách a taktiež za povzbudená a cenné rady. Ďalej by som sa touto cestou chcela pod'akovať všetkým, ktorí mi prejavili akúkoľvek pomoc pri realizácii tejto práce.

ABSTRAKT

KUPCOVÁ, Iveta: Integrácia detí s ADHD, ADD, LMD. Diplomová práca, Univerzita Jana Amosa Komenského. Katedra špeciálnej pedagogiky. Vedúci diplomovej práce: PhDr. Eva Živčicová, PhD.Praha, 2012. s.

Diplomová práca je zameraná na prejavy detí s ADHD/ADD v priebehu integrácie, ktorá sa stáva neoddeliteľnou súčasťou edukačného procesu.

V teoretickej časti je obsiahnutá základná terminológia týkajúca sa danej problematiky. Obsahuje 4 hlavné kapitoly zaoberajúce sa integráciou a jej podmienkami, poruchou ADHD/ADD ,diagnostikou a reedukáciou jej prejavov.

Praktická časť pozostáva z prípadových štúdií – kazuistík štyroch integrovaných detí s poruchou ADHD a dotazníkov určených ich rodičom a pedagógom. Cieľom je analýza vplyvu jednotlivých prejavov ADHD poruchy na celkové vzdelávanie, prácu a správanie integrovaného dieťaťa v škole aj v domácom prostredí.

Kľúčové slová

integrácia, individuálny vzdelávací plán, syndróm ADHD/ADD, hyperaktivita, impulzivita, symptomatológia, diagnostika a reedukácia ADHD/ADD.

ABSTRACT

Kupcová, Iveta: Integration of children with ADHD, ADD, LMD. Thesis, University of Jan Amos Comenius. Department of Special Education. Supervisor: Dr.. Eva Živčicová, PhD. Prague, the 2012th with.

The thesis is focused on how children with ADHD / ADD express themselves in the process of integration, which becomes an inseparable part of the educational process.

In the theoretical part we touch basic terminology related to the issue. It contains four main chapters about integration and its terms, ADHD / ADD diagnosis and re-education of its manifestations.

The practical part consists of case studies - case reports of four integrated children with ADHD and questionnaires for their parents and educators. The aim is to analyze the impact of individual symptoms of ADHD disorders in general education, work and behavior of the integrated child at school and at home.

Keywords: integration, individual educational plan, ADHD / ADD Syndrome, hyperactivity, impulsivity, symptoms, diagnosis and rehabilitation of ADHD / ADD.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČASŤ	12
1.INTEGRÁCIA	12
1.1 Legislatíva integrovaného vzdelávania SR.....	14
1.2 Výhody a nevýhody integrácie.....	15
1.3 Formy integrácie.....	16
1.4 Podmienky integratívneho vzdelania.....	17
1.4.1 Požiadavky integrácie.....	18
1.4.2 Základná pedagogická dokumentácia.....	19
1.4.3 Práva a povinnosti účastníkov integrácie.....	21
1.5 Individuálny vzdelávací plán.....	22
1.5.1 Princípy IVP.....	22
1.5.2 Ciele IVP.....	24
1.5.3 Význam IVP.....	25
2. VYMEDZENIE POJMOV ADHD/ADD	27
2.1 História skúmania a klasifikácia ADHD/ADD.....	29
2.2 Príčiny vzniku ADHD (etiológia).....	31
2.3 Symptomatológia ADHD/ADD.....	34
2.4 Poruchy sprevádzajúce ADHD/ADD.....	36
2.5 Prejavy správania u detí s ADHD/ADD.....	39
2.5.1 Prejavy v oblasti motoriky.....	39
2.5.2 Prejavy v oblasti reči a myslenia.....	40
2.5.3 Prejavy v oblasti vnímania.....	41
2.5.4 Prejavy v oblasti pozornosti a pamäti.....	42
2.5.5 Prejavy v oblasti emócií a správania.....	43
3. DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIÁ A TYPY ADHD/ADD	46
3.1 Diagnostika v praxi.....	50
3.2 Liečebné prístupy.....	53
4. REEDUKÁCIA PREJAVOV ADHD/ADD	58
4.1 V rodinom prostredí.....	58

4.2 V školskom prostredí.....	60
PRAKTICKÁ ČÁST.....	65
5. JEDNOTLIVÉ POSTUPY PRIESKUMU.....	65
5.1 Ciele prieskumu.....	65
5.2 Hypotézy prieskumu.....	65
5.3 Prieskumná vzorka.....	66
5.4 Metódy prieskumu.....	66
5.5 Metódy spracovania údajov.....	67
6.VÝSLEDKY PRIESKUMU A ICH INTERPRETÁCIA.....	68
6.1 Prípad č. 1.....	68
6.2 Prípad č. 2.....	72
6.3 Prípad č. 3.....	76
6.4 Prípad č. 4.....	80
6.5 Interpretácia výsledkov dotazníka.....	84
6.6 Verifikácia hypotéz.....	95
DISKUSIA.....	96
ZÁVER.....	97
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY.....	98
ELEKTRONICKÉ ZDROJE.....	102
ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV.....	103
PRÍLOHY.....	104

ÚVOD

Motto:

"Niekto, koho si zamilujete, živná pôda frustrácie,
zdroj zúfalstva a nekonečná hádanka- to je moje problemové dieťa,,
(Diana, matka dvoch detí)

Za posledné roky je viac počuť či už od učiteľov, ale aj rodičov, že dnešné deti sú zlé, nevychované, drzé, problémové a podobne. Tieto prívlastky bez výčitiek zvykneme prisúdiť aj deťom s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) a poruchou pozornosti bez hyperaktivity (ADD), ktoré boli v minulosti zaraďované do skupiny ľahkých mozgových dysfunkcií (LMD). Tieto poruchy nedovoľujú deťom naplno využívať svoje intelektové schopnosti. V dôsledku toho sa cítia frustrované, chýba im sebaúcta, medzi deťmi sú menej obľúbené a to spôsobuje, že sa môžu dostať do izolácie, čo väčšinou situáciu ešte zhorší aj do budúcnosti.

K téme diplomovej práce nás viedol aj fakt, aby sme nadobudli širší rozmer poznatkov a hlbšie prenikli a porozumeli problémom detí s ADHD/ADD, ich rodičov a učiteľov, ktorí sú nepochybne konfrontovaní reakciami z okolia. Chceme porozumieť správaniu a problémom týchto detí. Práca je tiež venovaná laickému adresátovi, aby na základe získaných informácií skôr vedeli pochopiť skupinu týchto ľudí.

Cieľom našej práce je upozorniť na problém detí s ADHD/ADD. Poukázať na vplyv jednotlivých prejavov tejto poruchy na celkové vzdelávanie, prácu a správanie integrovaného dieťaťa v škole aj v domácom prostredí. A následne na možnosti, ktoré by napomohli využiť ich potenciál.

V teoretickej časti informujeme o integrácií, podmienkach, spolupráci rodiny, školy, samotného dieťaťa, poradenského zariadenia a o význame individuálneho plánu. V druhej kapitole sa zameriavame na poruchy ADHD/ADD a im podobných, k

ich rozlíšeníu napomáhajú kritéria diagnostiky, ktoré sú obsiahnuté v tretej kapitole. O interakcii prostredia a reedukácii ponímame v štvrtej kapitole.

Obsah piatej kapitoly sme venovali kazuistikám v ktorých opisujeme jednotlivé prípady integrovaných detí, návrhy prijateľných riešení rodine i škole. Záver zahŕňa všetky poznatky ku ktorým sme dospeli.

TEORETICKÁ ČASŤ

1. INTEGRÁCIA

V dôslednom preklade v latinskom jazyku toto slovo znamená znovu vytvorenie celku. Ako jedna z najvýraznejších inovácií v našom školstve sa v prvej polovici deväťdesiatich rokov začal rozvíjať proces integrácie. Samotná integrácia bola pôvodne iniciovaná hlavne praxou, teda samotnými rodičmi postihnutých detí, ktorí doslova donútili školské orgány situáciu ich detí riešiť. Jej potreba vzniká vlastne pri kontakte dvoch navzájom odlišujúcich sa javov, situácií, postojov alebo aktivít. Tieto sa môžu prejavovať v podobe stresov, konfliktov a problémov narúšajúcich rovnováhu a harmóniu vzťahov, istoty a spokojnosti života.

Integrácia ako najvyšší stupeň socializácie je jedným z prostriedkov, ktoré pomáhajú tieto rozpory prekonať. Čo je teda integrácia?

Definíciou sa v odbornej literatúre zaoberá viacero autorov. Vágnerová (1999, s. 61) vidí integráciu ako formu adaptácie: „Môžeme ju chápať ako také začlenenie jedinca (z nejakého dôvodu odlišného) do prostredia majoritnej spoločnosti, kedy v nej dokáže bez problémov žiť, cíti sa byť prijatý a sám sa s ňou identifikuje. Integrácia je výsledkom procesu učenia na kognitívnej i emotívnej úrovni.“

Podľa Fischera a Škodu (2008, s. 23) môžeme integráciu vnímať ako „snahu o úplné zapojenie hendikepovaného jedinca, začlenenie a zapojenie v spoločnosti.“ Jesenský (1995, s. 46) integráciu poníma ako „spolužitie ľudí s postihnutím a ľudí bez postihnutia pri prijateľne nízkej miere konfliktnosti vzťahov týchto skupín“.

Novosad (2009) a Slowík (2007) sa zaoberajú otázkami integrácie, riešením teoretických i praktických otázok, kde možno sledovať ich dva smery. Charakteristiky oboch smerov sú nasledovné.

a) Asimilačný smer integrácie:

- Integrácia je záležitosťou ľudí s postihnutím

- Integrácia je stotožnenie sa minority s identitou majority
- Riešenie integrácie spočíva v začlenení ľudí s postihnutím do inštitúcií majority

b) Adaptačný smer integrácie:

- Integrácia je spoločným problémom ľudí s postihnutím a majority
- Integrácia vychádza zo vzájomného prijatia hodnôt majority a minority
- Začlenenie ľudí s postihnutím do spoločenských štruktúr majority nie je jedinou formou integrácie

Novosad (2009) chápe integráciu ako poslednú zo štyroch stupňov socializačného procesu. Pre spoločnosť je asimilačný smer integrácie ľahší spôsob, ale je menej vyhovujúci. Adaptačný smer prináša väčšiu náročnosť, ale benefity prináša obidvom sledovaným smerom. „Tam, kde sú skupiny ľudí nejakým spôsobom vyčlenené nemožno hovoriť o komplexnosti.“ (Horňáková, 2007, s. 157)

Asimilačný smer prechádza kvalitatívnym vývojom. V poslednom období sa súbežne s pojmom integrácia začína používať i termín inklúzia. Pre laikov je tento termín málo prebádaný. Horňáková (2007, s. 159) definuje: „samotný pojem inklúzia znamená zahrnutie, pojmá. Odlišnosť jednotlivca nie je rušivým faktorom, ale dostáva pozitívnu hodnotu“. Teda je krokom na ceste, kde sú postihnutí prijímaní a kde získavajú uznanie za svoj prínos k akejkolvek ľudskej činnosti práve vďaka svojej odlišnosti. Podľa Slowíka (2009, s. 32) je inklúzia „nikdy nekončiaci proces, v ktorom sa ľudia s postihnutím môžu v plnej miere zúčastňovať všetkých aktivít spoločnosti rovnako, ako ľudia bez postihnutia.“ Zdôrazňuje tiež, že „pokiaľ je to možné nie sú pri tom využívané žiadne špeciálne prostriedky a postupy. V tom môžeme vidieť zásadný posun od integračných postupov, ktoré spočívajú práve v zaistení špeciálnych prostriedkov, podpory a starostlivosti pre ľudí s postihnutím na to, aby mohli byť zapojení do činnosti v bežnom živote.“ „Je nutné zdôrazniť, že integrácia a inklúzia nie sú autonómnymi protipólmi

riešenia problémov, skôr sa ich metodické postupy vzájomne dopĺňajú a prelínajú.“(Novosad, 2009, s. 23) „Hlavný rozdiel je v tom, že kým pri integrácii sa od človeka s postihnutím vyžaduje istá miera prispôsobenia sa spoločnosti, v prípade inklúzie to nie je potrebné. Spoločnosť, ktorá sa riadi heslom „Vstúp, tu si ctíme odlišnosti!“ tak vytvára pre ľudí s postihnutím a znevýhodnením lepšie podmienky pre život.“ (Vávrová, 2009, s. 18). Je to nikdy nekončiaci proces, v ktorom deti a dospelí s postihnutím dostanú šance zúčastniť sa v plnom rozsahu na všetkých aktivitách, ktoré sú tiež otvorené intaktným jedincom.

1.1 Legislatíva integrovaného vzdelávania v SR

V oblasti vzdelávania žiaka so špeciálnym výchovno-vzdelávacími potrebami (ŠVPP) je najvýznamnejšou zmenou legislatívne zakotvená možnosť jeho individuálnej alebo kolektívnej integrácie do materských, základných a stredných škôl bežného typu. Po roku 1989 zmeny v školskej legislatíve umožnili dôkladnejšie zohľadňovať individuálne potreby, schopnosti a záujmy detí.

Práva a povinnosti účastníkov školskej integrácie sú uvedené v zákone č.29/1984 o sústave základných a stredných škôl(školský zákon) v znení neskorších predpisov a v ďalších zákonoch, vyhláškach, smerniciach a informatívno-metodických materiáloch dotýkajúcich sa problematiky integrovaného vzdelávania, medzi najvýznamnejšie patria:

- Zákon č. 596/2003 Z. z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach, o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov /antidiskriminačný zákon/ v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 279/1993 Z. z. o školských zariadeniach.

- Vyhláška č. 212/1991 Z. z. o špeciálnych školách v znení neskorších predpisov.
- Metodické usmernenie č. 3/2006-R k realizácii školskej integrácie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v základných a stredných školách.

1.2 Výhody a nevýhody integrácie

Snahou špeciálnej pedagogiky je pozitívna integrácia postihnutých detí do society školského systému. Školskú integráciu chápeme ako prostriedok k dosiahnutiu sociálnej integrácie. Tá môže byť chápaná ako adekvátna socializácia integrujúceho sa jedinca do sociálnej reality. Snahou všetkých špeciálno-pedagogických disciplín (somatopédie, psychopédie, logopédie, surdopédie, ophthalmopédie, etopédie a špecifické poruchy učenia) je integrácia postihnutých do adekvátnej reality.

Špeciálna pedagogika chápe integráciu ako vytváranie spoločenstva kde zdraví a jedinci s handicapom sú rovnoprávnymi členmi, ako spoločné sústredenie síl k ochrane a pomoci každému jednotlivcovi a vzájomné partnerské prijatie vo všetkých oblastiach a spoločenského života. (Vitková, 2004) Faktory ovplyvňujúce úspešnosť integrácie sú prepojené a zďaleka ich nie je možné zmerať a vyhodnotiť. Predovšetkým je potrebná kvalitná komunikácia na všetkých úrovniach a medzi všetkými zúčastnenými stranami. Aké sú teda najdôležitejšie faktory úspešnej integrácie? Michalík (2002, s. 41) uvádza tieto faktory: „rodičia a rodina, škola, učitelia, poradenstvo a diagnostika, prostriedky špeciálno-pedagogické (pomocný učiteľ, osobný asistent, doprava dieťaťa, rehabilitačné, kompenzačné a učebné pomôcky úprava vzdelávacích podmienok) a ďalšie faktory (architektonické bariéry, sociálne psychologické mechanizmy, organizácie zdravotne postihnutých).“

„Analytický pohľad na integráciu naznačuje dve kvality tohto javu. Proces začleňovania integrujúceho objektu do integrálnej society môžeme označiť za pozitívnu integráciu v prípade, že vo svojich dôsledkoch (primárnych a sekundárnych) je prínosom pre integrujúci sa objekt(jedinca,

skupinu, komunitu). Práve pozitívna integrácia je cieľom špeciálnej pedagogiky, sociálnej pedagogiky a ďalších prosociálne orientovaných napomáhajúcich disciplín. Genéza integračného procesu môže vyústiť do negatívnych dôsledkov – pre objekt integrácie. Hovoríme o negatívnej integrácií v sekundárnych dôsledkoch. Pozitívnu integráciou môže byť i vstup jedinca do sekty ako integrálnej society, ktorá má pozitívny vplyv na jedinca. Sekundárnym dôsledkom tohto začlenenia môže byť patologická závislosť so všetkými negatívnymi dôsledkami, vzniká patologický jav“ (Vítková, 2004, s.14).

Školskú integráciu treba chápať ako systém vzájomne sa podmieňujúcich opatrení právnych, sociálnych a pedagogických realizovaných za spolupráce všetkých zainteresovaných činiteľov. (Michalík, 2002)

1.3 Formy integrácie

Ku školskej integrácii žiaka s poruchami ADHD/ADD možno pristúpiť ak žiak vzhľadom na svoje špeciálne výchovno – vzdelávacie potreby v súlade s výsledkom psychologického, liečebno – pedagogického, špeciálno – pedagogického, podľa potreby aj lekárskeho vyšetrenia vyžaduje systematickú a dlhodobu uplatňovanú modifikáciu výchovno – vzdelávacieho procesu v zmysle úpravy, prostredia školy a triedy, organizácie a foriem výchovy a vyučovania, učebných postupov, učebného plánu a učebných osnov, potreby učebných a kompenzačných pomôcok a personálneho zabezpečenia.

V súčasnosti môžu deti so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami plniť školskú dochádzku tromi spôsobmi: (Záborská, 2009)

1. v špeciálnej škole,
2. v špeciálnej triede základnej školy, v špeciálnej triede strednej školy,
3. v bežnej triede základnej školy, v bežnej triede strednej školy.

Formy školskej integrácie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v základných školách a v stredných školách a práva a povinnosti účastníkov školskej integrácie upravuje § 32a až §32c školského zákona.

Školskú integráciu vymedzuje ako výchovu a vzdelávanie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v triedach škôl podľa školského zákona, okrem tried v špeciálnych školách, nasledovne:

- a) integrácia v špeciálnych triedach, pri ktorej sa žiaci so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami vzdelávajú v základnej škole alebo strednej škole v samostatných triedach. Časť vyučovania sa môže uskutočňovať v triede spoločne s ostatnými žiakmi školy. Na vyučovaní sú prítomní učitelia oboch tried. Niektoré vyučovacie predmety môže žiak absolvovať mimo špeciálnej triedy.
- b) individuálna integrácia, pri ktorej sú žiaci so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami zaraďovaní do tried a výchovných skupín s ostatnými žiakmi školy a sú vzdelávaní podľa individuálneho výchovno – vzdelávacieho programu, pričom učebné osnovy a výchovné postupy sú prispôbené ich vzdelávacím potrebám.
- c) špeciálne triedy v základných školách a špeciálne triedy v stredných školách sa zriaďujú spravidla pre žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, s rovnakým druhom postihnutia alebo kombináciou vyššie uvedených.

1.4 Podmienky integratívneho vzdelávania

Ak sa porucha aktivity a pozornosti premieta do vzdelávacieho procesu tak, že žiakovi je potrebné vytvoriť špeciálne podmienky na vzdelávanie, takýto žiak má špeciálne výchovno – vzdelávacie potreby a musí byť v škole evidovaný ako žiak so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami.

Za integrovaného žiaka sa považuje žiak so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, ktorý bol prijatý do základnej alebo strednej školy, na základe písomného vyjadrenia zariadenia špeciálno-pedagogického poradenstva (detského integračného centra alebo špeciálno – pedagogickej poradne), po vykonaných diagnostických vyšetreniach, pričom žiak s vývinovými poruchami učenia alebo správania môže byť evidovaný a

vykázaný ako integrovaný aj na základe písomného vyjadrenia pedagogicko-psychologickej poradne.

„ Rozhodnutie o prijatí žiaka do základnej školy vydáva riaditeľ na základe písomnej žiadosti zákonných zástupcov, písomného vyjadrenia zariadenia špeciálno – pedagogického poradenstva, po dôkladnom oboznámení sa s diagnózou a s prognózou žiaka, po prerokovaní s pedagógmi, ktorí budú žiaka vzdelávať, po prerokovaní na pedagogickej rade školy a po zabezpečení nevyhnutných materiálno technických a odbornó – personálnych podmienok.“ (§ 32b ods. 2 zákona č.29/1948 Zb. o sústave základných a stredných škôl(školský zákon) v znení neskorších predpisov)

V súvislosti s realizáciou uľahčenie integrácie žiakov so sociálne znevýhodneného prostredia do ZŠ môže riaditeľ školy ustanoviť profesiu asistent učiteľa (Metodický pokyn k zavedeniu profesie asistent pri výchove a vzdelávaní detí a žiakov so ŠVVP v predškolských zariadeniach, základných školách a v špeciálnych základných školách č.184/2003-095 vydaný MŠ SR dňa 6.12.3.2003). Asistent učiteľa sa podieľa na utváraní podmienok nevyhnutných na prekonávanie najmä jazykových, zdravotných a sociálnych bariér dieťaťa pri zabezpečovaní výchovno – vzdelávacieho procesu.

Medzi ďalšie podmienky patria požiadavky pedagogickej a odbornej spôsobilosti ktoré poníma (§ 4 ods. 5 vyhlášky MŠ SR č.41/1996 Z. z. o odbornej a pedagogickej spôsobilosti pedagogických pracovníkov a v znení neskorších prepisov).

1.4.1 Požiadavky integrácie

Na zabezpečenie výchovy a vzdelávania detí a žiakov so ŠVVP v školách a školských zariadeniach, ktorých zriaďovateľom, podmienky vytvára obec (§ 6 ods. 3 písm. c zákona č. 596/2003 Z.z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve).

Riaditeľ školy v spolupráci so školským špeciálnym pedagógom alebo zariadením špeciálno – pedagogického poradenstva pred prijatím žiaka vytvorí podmienky na integrované vzdelávanie žiaka, úpravu triedy a školy, vybavenie kompenzačnými pomôckami, prípadne ďalšie požiadavky na zabezpečenie

požadovanej úrovne integrovanej výchovy a vzdelávania žiaka (§ 32 ods. 3 zákona č. 29/1984 Zb. o sústave základných a stredných škôl (školský zákon) v znení neskorších predpisov a na základe Metodického usmernenia č. 3/2006-R z 24. Januára 2006 k realizácii školskej integrácie žiakov so ŠVVP v základných školách a v stredných školách).

Pri hodnotení alebo klasifikácií prospechu a správania integrovaného žiaka sa prihliada na možnosti vyplývajúce s jeho diagnózou (§ 32 b ods. 7 zákona č. 29/1984 Zb. o sústave základných a stredných škôl).

Za individuálne integrovaného žiaka so ŠVVP považujeme žiaka, ak je evidovaný v špeciálno – pedagogickej poradni alebo detskom integračnom centre, má vyplnený „Návrh na prijatie žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami do špeciálnej materskej školy, do materskej školy, do špeciálnej školy, do základnej školy a do strednej školy s odporúčaním špeciálno – pedagogického poradenského zariadenia k individuálnej integrácii.“ V tomto odporúčaní uvedie: odôvodnenie návrhu na individuálnu integráciu, adresu zariadenia, ktoré integrovaného žiaka eviduje a poskytuje mu služby a najbližší dátum prehodnotenia (§ 32 b zákona č. 29/1984 Zb. o sústave základných a stredných škôl) má v spolupráci so špeciálnym pedagógom vypracovaný individuálny vzdelávací plán.

Bartoňová (2005) zdôrazňuje niektoré podmienky, ktoré by mali byť vytvorené pre úspešnú integráciu. Je to predovšetkým odborná pripravenosť pedagógov, ktorá priebeh štúdia žiaka s ADHD kladne ovplyvňuje. Učitelia by mali kolektív triedy na integráciu dieťa pripraviť a podať dôležité informácie. Nesmieme zabudnúť na potrebné materiálne vybavenie a správne usporiadanie učebne, kam spadá i nižší počet žiakov v triede.

1.4.2 Základná pedagogická dokumentácia

Poradenské zariadenie vystavuje integračný posudok, ktorý obsahuje základné informácie o : dieťati, osobitostiach vplyvu jeho diagnózy a prognózy na výchovno – vzdelávací proces, požiadavkách na úpravy prostredia triedy učebných postupov, organizácie výchovno – vzdelávacieho procesu, učebných

plánov a osnov, rozpis v ktorých oblastiach by sa mala náprava vykonávať. Ďalej metódy práce, spôsob hodnotenia – čoho by sa malo pri klasifikácii zohľadnenie týkať, rozsah starostlivosti mimo vyučovania. Zahŕňa taktiež doporučená kompenzačných a špeciálnych učebných pomôcok a personálnej pomoci.

Súčasťou povinnej dokumentácie individuálne integrovaného žiaka s ADHD/ADD je individuálny výchovno – vzdelávací program žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami schválené MŠ SR rozhodnutím 317/97-153 zo dňa 4.9.1997 s platnosťou od 1.9.1997 ktorý v spolupráci so školským špeciálnym pedagógom alebo zariadením špeciálno – pedagogického poradenstva vypracuje a priebežne dopĺňa triedny učiteľ.

Ďalšie metodické usmernenie k individuálnemu výchovno – vzdelávaciemu programu obsahuje informatívno – metodický materiál. (Úloha školského pedagóga v základnej škole, ktorý schválilo MŠ SR zo dňa 10.9.1999 podč.260/1999-44 s účinnosťou od 1.9.1999.)

Riaditeľ školy zodpovedá a v spolupráci so školským špeciálnym pedagógom alebo zariadením špeciálno-pedagogického poradenstva zabezpečuje, aby u integrovaných žiakov neprichádzalo k bezdôvodnému znižovaniu požiadaviek a aby nároky kladené na žiaka boli v súlade s jeho možnosťami. Pre integrované vzdelávanie v špeciálnych triedach v základných a v stredných školách platia rovnaké predpisy a pravidlá ako pre výchovu a vzdelávanie v špeciálnych školách príslušného typu, napríklad vyhláška o špeciálnych školách.

V špeciálnych triedach s vývinovými poruchami učenia v ZŠ sa na 1.stupni vyučujú podľa učebného plánu pre deti s poruchami učenia, schváleného MŠ SR č.320/1993 z. 2.3.1993 s platnosťou od 1.9.1993 a na 2. Stupni ZŠ podľa učebného plánu pre 5 – 9 roč. ZŠ – špeciálne triedy, pre žiakov s vývinovými poruchami učenia, schváleného MŠ SR č. 2780/98 platné od 1.9.1998.

1.4.3 Práva a povinnosti účastníkov školskej integrácie.

V súlade s Ústavou Slovenskej republiky a medzinárodnými dohovormi, ktoré ratifikovala aj Slovenská republika, sú v školskom zákone stanovené aj práva a povinnosti účastníkov školskej integrácie.

Žiak so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami má právo na individuálny prístup vo výchove a vzdelávaní rešpektujúci jeho schopnosti a zdravotný stav, na vyučovanie pedagógom s odbornou a pedagogickou spôsobilosťou, na výchovu a vzdelávanie v bezpečnom a zdravom prostredí, na úctu k svojej osobe a na zabezpečenie ochrany proti fyzickému a duševnému násiliu. Výkonom práv integrovaného žiaka nemôžu byť obmedzené práva ostatných účastníkov výchovno – vzdelávacieho procesu.

Určité práva a povinnosti pri integrovanom vzdelávaní žiaka so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami plynú aj pre rodiča, resp. zákonného zástupcu žiaka, napríklad pravidelne konzultovať problematiku vzdelávania žiaka s triednym učiteľom, so školským špeciálnym pedagógom, prípadne so zariadením špeciálno – pedagogického poradenstva.

Riaditeľ základnej alebo strednej školy, ktorá integrovanou formou vzdeláva žiaka so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami je povinný v spolupráci so školským špeciálnym pedagógom alebo zariadením špeciálno – pedagogického poradenstva oboznámiť príslušných zamestnancov školy s dôsledkami a možným vplyvom diagnózy integrovaného žiaka na výchovno – vzdelávací proces, s individuálnym výchovno – vzdelávacím programom žiaka, upozorniť na potrebu kompenzačných a iných pomôcok, ktoré bude žiak v škole používať, a zabezpečiť ich dostupnosť a vhodné priestory na ich uskladnenie.

Jedným zo základných predpokladov pre úspešné vzdelávanie žiakov so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami v podmienkach bežnej základnej školy alebo strednej školy je stanovenie správnej a presnej špeciálno-pedagogickej diagnózy. Z tohto dôvodu je potrebné paralelne s narastajúcim počtom integrovaných žiakov v bežných základných a stredných školách a so zriaďovaním špeciálnych tried v bežných školách vytvárať aj sieť detských

integračných centier a špeciálno – pedagogických poradní tak, aby boli dostupné pre všetky deti s postihnutím.

1.5 Individuálny vzdelávací plán

Individuálny vzdelávací program (ďalej len IVP) definuje špecifiká a modifikáciu výchovy a vzdelávania tak, aby žiak mohol byť čo najúspešnejší v podmienkach bežnej školy. Je to dokument, ktorého účelom je plánovanie vzdelávania žiaka podľa jeho špeciálnych výchovno – vzdelávacích potrieb, ktorý ma slúžiť a pomáhať všetkým ktorí sa podieľajú v tomto výchovno-vzdelávacom procese integrovaného žiaka.

IVP musí sledovať dve základné roviny. Prvou je obsah vzdelávania, určenie metód a postupov. V druhej rovine sleduje špecifické problémy, snaží sa obmedziť príznaky, eliminovať ťažkosti a vyzdvihnúť pozitívne oblasti vývoja dieťaťa.(Zelinková, 2001)

1.5.1 Princípy individuálneho vzdelávacieho plánu

Pri tvorbe IVP je nutné dodržať nasledovné princípy :

- a) Vychádza z diagnostiky odborného pracoviska (pedagogicko-psychologickej poradne, špeciálneho-pedagogického centra)
Učiteľ berie na vedomie zavery získané z diagnostiky odborných pracovníkov, aj keď nie všetky údaje napríklad o prenatálnom vývoji a dedičnosti nie sú rozhodujúce a nezasahujú priamo do tvorby IVP. Poznatky, ktoré upresňujú diagnózu, informujú o niektorých psychických kvalitach a poskytujú ďalšie dôležité informácie, ktoré by mali byť spracované do IVP, napr: tolerovať pomalé pracovné tempo dieťaťa, vytvárať také podmienky aby psychomotorický neklud čo najmenej ovplyvňoval prácu dieťaťa, rešpektovať vizuálny štýl učenia , krátkodobú pamäť a podobne.
- b) Vychádza z pedagogickej diagnostiky učiteľa

Učiteľ rešpektuje zistenie odborného pracoviska, pracuje s údajmi, ktoré k svojej práci potrebuje. Opiera sa však o vlastnú pedagogickú diagnostiku, skúsenosti a intuíciu. Pri rozhodovaní vo výchovno – vzdelávacom procese môže použiť získane údaje z testov, ktoré môže IVP obsahovať.

c) Rešpektuje závery az diskusie so žiakom a rodičmi

Základom pre spoluprácu s rodinou je podávať presné informácie pokiaľ je to len možné a podporovať aktivitu rodičov. Ak rodičia súhlasia s redukciou učiva vzhľadom k výrazným problémom dieťaťa, nemali by zlepšené výsledky chápať ako signál ku štúdiu na strednej škole. Pri nezaujme rodičov o prípravu na vyučovanie požadujú rôzne úľavy, j možné argumentovať spoločnou dohodou pri príprave programu. Podiel žiaka na tvorbe IVP sa mení podľa jeho veku a vyspelosti.

d) Je vypracovaný pre tie predmety, kde sa handicap výrazne prejavuje

Najčastejšie je to materinský a cudzí jazyk, matematika a fyzika. Pri ostatných predmetoch v prípade potreby uvádzame čiastkové doporučenia týkajúce sa písomných prejavov, hodnotenia a klasifikácie. Pedagogické hľadiska môžu byť uvedené spoločne pre viac predmetov.

e) Vypracováva ho vyučujúci daného predmetu

IVP vypracováva učiteľ, ktorý predmet vyučuje spolu s učiteľom z pedagogického centra. Odborné pracovisko uvádza meno pracovníka, s ktorým je možné IVP konzultovať. Tým sú rešpektované dve línie, ktoré je potrebné sledovať, a to obsah vzdelávania (poznatky, zručnosti a návyky, ktoré si žiak má osvojiť) a reedukačný proces zameraný na zmiernenie alebo odstránenie poruchy ADHD/ADD alebo príznakov s nou spojených.

Pracovník pedagogicko – psychologickej poradne nemôže vypracovať IVP, čo vyplýva z vyššie uvedeného, pretože nie je odborník pre výuku vo všetkých sledovaných ročníkoch a predmetoch. Je veľmi dôležité aby pedagóg, ktorý

vykonáva reedukáciu informoval učiteľa o pokroku dieťaťa a úlohach, ktoré aktuálne plní.

1.5.2 Ciele individuálneho vzdelávacieho plánu

Podľa Zelinkovej(2001)pri vypracovaní IVP učiteľ sleduje tieto ciele :

Ciele vzdialené

Tu je potrebné položiť si otázku: „Čo by mal žiak/štvudent zvládnuť, aby splnil profil absolventa jednotlivých stupňov?“ Je ťažké presne určiť do akej miery tolerovať žiaka/štvudenta vzhľadom k handicapu. Jeho výsledky by nemali byť vo výraznom rozpore s profilom absolventa daného typu strednej školy.Zvažovať uplatnenie žiaka po absolvovaní základnej školy by malo byť v dostatočnom predstihu.

Ciele dlhodobé

Pre splnenie dlhodobých cieľov je rozhodnutie v rukách učiteľa, ktorý vie akými poznatkami by mal žiak v danom ročníku disponovať. Učiteľ pozná učebné osnovy a úskalia výuky v jednotlivých ročníkoch a má právo ich upraviť tak, aby si žiak dokázal osvojiť aspoň základ. Učivo, ktoré žiak nie je schopný zvládnuť, preberá len orientačne.Preto je dôležité vzhľadom na naväznosť vedieť určiť základné učivo od dôležitého.Riaditeľ školy musí byť so zmenami učebných osnov oboznámený.

Ciele krátkodobé

Ide tu o zvolenie vhodných postupov, ktoré reagujú na zásadu, že dieťa treba učiť látku na takej úrovni, ktorú ešte zvláda.

Krátkodobé ciele sú zamerané na to čo by mal žiak zvládnuť v najbližšej dobe, ako budeme dieťa aktivizovať v danej oblasti a aké očakávame okamžité výsledky. Nejde tu len o zvládnutie poznatkov, ale malo by sa učiť riešiť problémy,organizovať informácie.

Aby mal IVP vo výchovno – vzdelávacom procese svoje opodstatnenie je potrebné rešpektovať individuálne potreby dieťaťa. Uplatňovať individuálny prístup v súčasnej dobe nejde niekedy inak ako prostredníctvom skupinového vyučovania, problémového vyučovania, samostatnej práce žiakov alebo za pomoci osobného asistenta.

„ Ak žiak nemá prideleného osobného asistenta na konkrétnej vyučovacej hodine musí niektoré úlohy vypracovávať sám, iné pod dohľadom spolužiaka, ďalšie spoločne s triedou. Pri frontálnej výuke je individuálny prístup veľmi obtiažny, ale nie nemožný.

Oblasti, ktorých by sa mal individuálny prístup dotýkať sú:

- metódy výkladu
- opakovanie a upevňovanie učiva
- overovanie učiva, rozsah písomných prác
- osobný prístup (pochvala, odmena)
- zohľadnenie niektorých charakteristík žiaka (pracuje pomalu, nestíha obavy
- z neúspechu, možnosť pohybu v triede)
- citlivosť u detí s neurotickými rysmi.“

(Zelinková, 2001, s.176-177)

1.5.3 Význam individuálneho vzdelávacieho plánu

Prínos IVP spočíva vo viacerých oblastiach. Nie je prekážkou k ďalšiemu vzdelávaniu, ale pomôckou k ďalšiemu a lepšiemu využitiu predpokladov. Má tiež motivačnú hodnotu. Dieťa má možnosť pracovať podľa svojich schopností individuálnym tempom, bez ohľadu na učebné osnovy a bez stresujúceho porovnávania so spolužiakmi. Vyučujúci sa tu nemusí obávať nesplnenia požiadavok učebných osnov. IVP nie je nemennou formou, ak sa ukáže, že je príliš náročný alebo naopak zbytočne ľahký, je potrebné ho upraviť. Vytvorenie programu má svoj význam i pre samotných rodičov. Zapájajú sa do prípravy dieťaťa, sú tak spoluzodpovednými za výsledky jeho práce. V konečnom dôsledku sú viac oboznámení s danou situáciou a perspektívou svojho

dieťaťa. Vhodné prístupy a postupy učiteľa a rodičov ho pobádajú k vyššej aktivite a tým sa mení jeho rola, preberá zodpovednosť za výsledky reedukácie. (Zelinková, 2001)

2. VYMEDZENIE POJMOV ADHD/ADD

Ľahká mozgová dysfunkcia (LMD) (z gréc. dys – predpona s významom nesprávny, porušený, z lat. functio – činnosť, a. minimal brain dysfunction, n. leichte hirndysfunktion, f – dysfunction legére cérébrale) je označenie pomerne širokej škály porúch učenia alebo správania či ich kombinácie u mentálne intaktných detí, a to od najľahších až po najťažšie stupne. (Vašek, 1994). Vychádza z dysfunkcie centrálnej nervovej sústavy (CNS). „Je na mieste otázka k čomu nám prakticky slúžia úvahy o eventuálnom poškodení či dysfunkcií CNS, keď po pridelení diagnózy sú rovnaké rozhodujúce behaviorálne príznaky“ (Kuchárska, 1997, s. 22 – 23).

Ako uvádza Třesohlavá a kol. (1983) ľahkú mozgovú dysfunkciu chápeme ako syndróm odrážajúci príznaky miernych vývojových porúch vzniknutých najčastejšie perinatálne, ktoré vytvárajú veľmi pestrý klinický obraz. Neveľké funkčné odchýlky mozgu môžu viesť k veľmi rôznym prejavom v oblasti intelektovej, motorickej, citovej, senzitivnej, senzorickej a vegetatívnej. Intenzita ochorenia sa rozvíja podľa vnútorných a vonkajších vplyvov, ktoré pôsobia v rôznych stupňoch i v rôznom čase.

LMD sa stáva zberným pojmom pre rôzne problémy v správaní spôsobené celým radom negatívnych vplyvov. Na to poukazoval i kolektív psychiatrov v USA, ktorí sa zaoberali tým či je možné vysloviť diagnózu „dysfunkcia mozgu“ bez lekárskeho vyšetrenia (Zelinková, 2001).

Všeobecne sa smeruje od označenia LMD, tento termín bol používaný viac než tridsať rokov od druhej polovice deväťdesiatich rokov dvadsiateho storočia. „Vývoj vedy prináša nové poznatky a pohľady. Došlo k odklonu od koncepcie mozgového postihnutia ktorú nahradil koncept deficitu. Iná úroveň poznania prináša stále sa spresňujúcu terminológiu, zúženie problematiky a tým možnosti nájdenia účinnejšej terapie“ (Zelinková, 2003,s. 204).

V súčasnej dobe je nahradený dvoma termínmi a to syndróm poruchy pozornosti ADD (Attention Deficit Disorder), ktorý nie je až tak v povedomí, možno aj preto, že sa impulzivita a hyperaktivita detí neprejavuje až tak nápadne. Ide o poruchu pozornosti pri ktorej dieťa je príliš kľudné, pasívne,

zasnene, reaguje pomalšie a nedokáže svoju pozornosť zamerať na to čo je podstatné. Má problémy pri perцепčno – motorických úlohách a poruchy učenia sa u týchto detí vyskytujú častejšie než u detí s ADHD.

Druhý termín je syndróm poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou (ADHD – Attention Deficit Hyperaktivity Disorder).Vzniká pôsobením určitých negatívnych vplyvov v období pred narodením, pri narodení a krátko po narodení dieťaťa, vplyvom dedičnosti alebo kombináciou obidvoch predchádzajúcich faktorov. Spolupodielajú sa aj vývojové činitele a v niektorých prípadoch aj činitele nám celkom neznáme, nezistiteľné (Žáčková, Jucovičová, 2003).

„ADHD je psychiatrická diagnóza, ktorá sa vzťahuje na deti (dospelých) s vážnymi sociálnymi a kognitívnymi problémami“ (Train, 1997,s.31).

ADHD (F 90) je vývojová porucha charakteristická veku dieťaťa neprimeraným stupňom pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Problémy sú chronické a je ťažko ich vysvetliť na základe neurologických, senzorických alebo motorických postihnutí, mentálnej retardácie alebo vážnych emočných problémov. Deficity sú evidentné v rannom detstve a sú pravdepodobne chronické. Nakoľko sa môžu zmierňovať s dozrievaním CNS, pretrvávajú v porovnaní s jedincami bežnej populácie rovnakého veku, pretože ich správanie sa vplyvom dozrievania mení. Problémy sú často spojené s neschopnosťou dodržiavať pravidla správania a podieľať sa opakovane po dlhšiu dobu na určitých pracovných výkonoch. Tieto evidentne biologické deficity ovplyvňujú interakciu dieťaťa s rodinou, školou a spoločnosťou,, (Barkley1990,sec. cit. In Zelinková 2003,s.196).

Hyperaktivita je porucha, ktorá postihuje tú oblasť mozgu, ktorá riadi spracovanie impulzov a zúčastňuje sa na triedení zmyslových vnemov a na schopnosti koncentrácie. Ide o extrémne zvýšenie úrovne aktivity vysoko nad bežnú hranicu.

Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou sa väčšinou prejavuje v priebehu vývoja dieťaťa, u niektorých detí sa prejaví skôr, u iných neskôr. Častejšie sa vyskytuje u chlapcov ako u dievčat, v pomere 3:1. Väčšinou však vystúpi do popredia v určitých pre dieťa zlomových situáciách (napr. problémy v rodine,

narodenie ďalšieho dieťaťa, vstup do MŠ alebo ZŠ). V priebehu vývinu dieťaťa sa prejavy ADHD menia pôsobením výchovy, reedukácie i celkovým dozrievaním centrálnej nervovej sústavy. Dieťa z tejto poruchy nevyrastie, hoci jednotlivé prejavy sa môžu meniť hlavne čo sa týka intenzity a miery výskytu. Vhodným pôsobením sa dá výrazne ovplyvniť schopnosť sebaregulácie správania dieťaťa a zvýšiť miera frustračnej tolerancie. Dieťa má možnosť samo seba usmerňovať, dosahovať vytýčené ciele, byť úspešné a tým predísť zlyhávaniu, frustrácii a poklesu sebavedomia.

Syndróm ADHD patrí medzi neurovývinové poruchy (Murgaš, 2004). Dnes ho charakterizujeme ako sociálno – psychologicko – neurologicko – psychiatricko – edukatívny problém, ktorý je typický poruchou motorického, perцепčného, kognitívneho a behaviorálneho systému. ADHD je porucha typická neurovývinovým oneskorením s odchýlnou maturáciou CNS, dysreguláciou neurotransmitterových systémov (najmä dopamínového a noradrenalinového) a je vysoko riziková pre vznik ďalších psychiatrických porúch (<http://www.zdn.cz/detail.htm.2005> hyperkinetické poruchy15.05.2012)

2.1 História skúmania a klasifikácia ADHD/ADD

William James popisuje jednotlivé symptómy poruch pozornosti v diele Principles of Psychology z roku 1890. Britský pediater G.F Still uvádza podľa svojich výskumov, že príčina nie je v zanedbaní výchovy, ale v poranení mozgu. Sttil v roku 1902 opísal „abnormálny psychický stav“ u detí a zaviedol pojem „deficit morálnej sebakontroly“. Hovorí o syndróme, ktorý sa prejavuje: „nedostatočnou schopnosťou udržať pozornosť neurologickou abnormalitou vrátane choreatických pohybov(tanca sv.Víta)ľahkými vrodenými anomáliami nekľudom, prchosťou, agresivitou, porušovaním pravidiel a ničením. Tieto syndromy prisúdil organickým, biologickým a vrodeným príčinám“ (Munden, Arcelus, 2006, s.11).

Hoffman v roku 1845 popísal jav, ktorý je známy pod názvom „hyperkynetický syndróm“. V dôsledku získavania rozsiahlych materiálov v

šesdesiatych rokoch bola sformulovaná definícia LMD podľa Clementsa : „Syndróm LMD sa vzťahuje na deti priemerné, priemerné alebo nadpriemerné všeobecnej inteligencie s určitými poruchami učenia a správania, v rozsahu od miernych po ťažké, ktoré sú spojené s odchýlkami funkcie centrálného systému. Tieto odchýlky sa môžu prejavovať rôznymi kombináciami oslabené vo vnímaní, v utváraní pojmov, riadení pamäti a v kontrole pozornosti, popudu alebo motoriky“ (Šturma, tamtiež, s. 14).

V nasledujúcich rokoch vznikali nové štúdie hľadajúce príčiny syndrómu LMD. Záujem o túto oblasť sa neustále zvyšoval. Osemdesiate a deväťdesiate roky 20 storočia boli rokmi mohutného rozvoja teórie a praxe tejto problematiky. Na základe dlhodobých pozorovaní a spracovaní obsiahnutých materiálov sa stáva porucha ADHD – najcitovanejšou a najopisovanejšou detskou poruchou. V manuále Americkej psychiatrickej asociácie sa objavuje pojem hyperaktívne chovanie DSM- II z roku 1968, DSM- III z roku 1980 využíva termín deficitná porucha pozornosti a DSM- IV z roku 1994, kde hovorí o syndróme ADHD (Pokorná, 2001).

Podľa Drtilkovej, (2007) Americká psychiatrická asociácia DSM- IV rozlišuje tri typy ADHD a to ADHD inattentive-type, (s prevládajúcou poruchou pozornosti), ADHD hyperaktivity/impulzivity-type, (s prevládajúcou hyperaktivitou a impulzivitou), ktorý sa vyskytuje najmenej a ADHD combined type (zmiešaný typ), ktorý sa vyskytuje najbežnejšie. „Šanca na zlepšenie stavu dieťaťa z veľkej časti závisí na miere hyperaktivity a agresivity. Deti s prevahou nepozornosti majú lepšie vyhliadky než tie, ktoré sú hyperaktívne a impulzívne. V druhom prípade je väčšie riziko vzniku poruchy správania s asociálnymi prejavmi. Veľa závisí na inteligencii, vplyve rodinného prostredia, na podpore rodiny a školy“ (Train, 2001, s. 62).

Na základe symptómov ADHD rozlišujú Davidson a Neole (2001) tri subkategórie: Jednoduchá porucha pozornosti (ADD) , hyperaktivita a impulzivita, porucha pozornosti spojená hyperaktivitou a impulzivitou. Jedinci s prevládajúcou poruchou pozornosti sa často krát dopúšťajú chýb z nepozornosti, majú problém s organizáciou, strácajú veci, s problémami riešia slovné úlohy a ich pozornosť je ľahko ovplyvniteľná.

2.2 Príčiny vzniku ADHD/ADD (etiológia)

Príčiny vzniku syndrómu hyperaktivity s poruchou pozornosti nie je možné jednoznačne určiť. Názory odborníkov na etiológiu tejto poruchy sa stále rôznia a sú v rovine pravdepodobnosti.

V súčasnej dobe je všeobecne akceptovaný neurobiologický základ poruchy. Syndróm hyperaktivity môže mať podľa Vágnerovej (2002, s. 83) „rôzne príčiny najčastejšie ide o nejakú odchýlku funkcie CNS.“ Viacerí autori uvádzajú ako možnú príčinu ADHD abnormality v oblasti činnosti neurotransmitterov (prenášačov informácie medzi mozgovými bunkami a neurónmi). Ich aktivitu popisuje Serfontein (1999, s. 28) ako: „nezrelé mozgové bunky, ktoré neprodukujú dostatočné množstvo neuroaktívnej tekutiny. Významná redukcia množstva bunkovej tekutiny má za následok poruchy v prenose informácií medzi bunkami v postihnutej časti mozgu“.

Mozog jedincov s poruchami pozornosti neprodukuje dostatočné množstvo niektorých neurotransmitterov najmä dopamínu, ktorý je jedným z hlavných „energizérov“. Ako riešenie narušenej funkcie Train (1997, s. 43) uvádza „Látky ako dopamín, norepinfrin a serotonín, ovplyvňujú náš spôsob myslenia, cítenia a schopnosť koncentrácie pozornosti. Ak sú dysfunkčné ako u detí s ADHD, môžu byť tieto pochody poškodené a v dôsledku toho môže byť vážne porušené správanie.“

Hyperaktívny syndróm sa vyznačuje nedostatkom serotonínu, neurotransmiteru vyvolávajúceho pocit pohody a ukludnenia. Ďalej bol podobne ako pri depresii odhalený nedostatok dopamínu v ľavom frontálnom laloku. Hyperaktivita a znížená kontrola motoriky súvisí s dysfunkciou bazálnych ganglií, ktoré pravdepodobne obsahujú znížené množstvo dopamínu.

Oblasť frontálnej mozgovej kôry, ktorá je zodpovedná práve za exekutívne funkcie a priamo súvisí s procesmi pozornosti býva u hyperaktívnych jedincov štrukturálne zmenená. Tieto oblasti sú bohaté na dopamínové receptory a pri hyperkinetických poruchách bývajú zmenšené. Deficity anatómie a funkcie mozgového tkaniva skúmala v roku 1990 aj štúdia amerického Národného inštitútu duševného zdravia u dospelých

s hyperaktívnou poruchou pozornosti a zistila nedostatočné využitie glukózy vo frontálnych oblastiach mozgu. Ďalšie štúdie tohto inštitútu preukázali nedostatočné prekrvenie prefrontálnych oblastí (Ptáček, 2000). „Štúdie Hynda a jeho kolektívu z univerzity v Georgii ukazujú, že deti s ADHD majú o niečo menšie oblasti mozgového tkaniva v pravom frontálnom laloku. Frontálny lalok mozgu má rôzne funkcie, medzi ktoré patrí napríklad plánovanie a ovládanie podnetov“ (Munden, Arcelus, 2006, s. 53).

V súvislosti so vznikom hyperaktivity sa autori zmieňujú o psychologických faktoroch, napr. výchovných vplyvoch, o interakcii medzi rodičmi a dieťaťom, mieru jeho úzkostlivosti, či vyššej frustračnej tolerancie. „V mene industrializovanej spoločnosti, respektíve v treťom svete by bolo dieťa v tomto vývojovom stupni i dnes väčšinu času vlone v šatke a tým na tele matky. V treťom svete skutočne neexistuje problém hyperaktivity podobne ako v tej časti civilizovaného sveta, kde je ranná výchova zameraná na spomalenie slobody pohybu“ (Prekopová, 1994, s. 21).

Príčina ťažkostí tkvie v organizme dieťaťa. Môže ísť o vplyvy genetické, o následky nepriaznivých vplyvov počas tehotenstva či v priebehu pôrodu alebo krátko po ňom, o následky chorôb či úrazov a nakoniec o vplyv akýchkoľvek iných okolností, ktoré sa dotýkajú mozgu dieťaťa.

V súčasnosti sa podiel vplyvu jednotlivých faktorov odhaduje takto:

- dedičnosť 50 – 70%
- komplikácie počas tehotenstva, pri pôrode a po pôrode 20 – 30%
- neskoršie vplyvy 10%

(Tyl, Tylová, 2003)

Iní autori upozorňujú na ďalšie vplyvy, ako sú:

- a) genetické vplyvy
 - rodič, prarodič, súrodenec alebo iný člen rodiny mohol mať v detstve problémy so správaním, prípadne učením;
 - negatívne vplyvy počas tehotenstva, pôrodu a po ňom;
 - ochorenia matky počas tehotenstva sprevádzané vysokými teplotami, čo by mohlo ovplyvniť činnosť centrálnej nervovej sústavy;
 - traumy matky počas tehotenstva;

b) biochemické vplyvy

- nedostatočné množstvo dopamínu a noradrenalínu, ktoré pôsobia v mozgu akoneurotransmitery (chemické látky, ktoré prenášajú nervové signály);

c) štrukturálne abnormality vo vnútri mozgu

- mechanické poškodenie mozgu počas pôrodu;
- zápal mozgových blán krátko po narodení dieťaťa;

d) užívanie návykových látok počas tehotenstva

- drogy, alkohol, cigarety, svojvôľné užívanie nevhodných liekov;

e) vplyv toxických látok na dieťa v prvých troch rokoch života

- napr. otrava olovom

(Munden, Arcelus, 2002)

Príčinou vzniku ADHD môže byť jeden z faktorov, ale aj kombinácia niekoľkých faktorov spolu. Určenie príčin však môže pomôcť tímu odborníkov, určiť čo najpresnejšiu diagnózu a vypracovať efektívny reedukačný program. Nejde teda o prevýchovu pretože príčina nie je v morálke, ale je tu potreba odborného postupu, ktorý vychádza z psychoneurofyziológie poruchy.

„Samostatnou otázkou je osobnosť dieťaťa, jeho celkový obraz, temperament, zraniteľnosť, plasticita nervové soustavy, podpora, ktorá je mu davaná, schopnosť adaptácie, miera úzkostnosti, tolerancie k záťaži apod.“ Pokorná (2001, s.132). Význam určenia príčiny je hlavne pre dieťa samotné, je dôležité uznať, že problémy dieťaťa nemajú príčinu v jeho povahe a morálke, ale v biologických faktoroch.

2.3 Symptomatológia pri ADHD/ADD

Medzi základné symptómy ADHD predovšetkým patrí porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita, ktoré sa objavujú v rôznych intenzitách a nastaveniach. Okrem týchto základných prejavov syndromu ADHD/ADD môžeme pozorovať i ďalšie pridružené poruchy, ktoré s nimi úzko súvisia.

Poruchy pozornosti a hyperaktivita sú vo všeobecnosti sprevádzané poruchami exekutívnych a kognitívnych funkcií, motoricko – perцепčnej poruchy, poruchami emócií a afektov, impulzivity a sociálnej maladaptácie.

Väčšina autorov odbornej literatúry ako Hoschl, Libiger, Švestka (2002) a Paclt (2005) považujú za najvýznamnejšie tieto oblasti uvedených symptómov pri ADHD/ADD.

Porucha exekutívnych funkcií znamená zníženie schopnosti sebaregulácie a spätnej analýzy svojho správania, sebariadania, sebadotazovania, sebaovládania (emócie, impulzy), sebamotivovania. Exekutívne funkcie kontrolujú ľudské správanie v čase (Murgaš, 2004). Do ich rámca patrí plánovanie, tvorba analógií, dodržiavanie pravidiel, slovné uvažovanie. Pojem exekutívne funkcie si nemožno predstaviť ako jedno kortikálne riadiace centrum, ale ako multioperačný systém mozgu.

Porucha kognitívnych funkcií nepoukazuje na deficity v úrovni intelektových schopností. Práve deti s poruchou pozornosti a aktivity bývajú často v rámci intelektových skúšok podhodnotené pre svoju nepozornosť. Pod vplyvom poruchy pozornosti sa ich intelektový výkon znižuje o 10- 15 bodov (Paclt, 2005). Úroveň intelektových schopností je u týchto detí buď ľahko podpriemerná, priemerná alebo nadpriemerná. Napriek tomu sa v ich kognitívnych funkciách vyskytujú tieto deficity:

- oscilácia pozornosti
- ťažkosti v zrakovom i sluchovom aspekte pozornosti s nežiadúcim zapájaním motoriky do procesu poznávania
- narušenie procesu selekcie pozornosti, vytrvalosti a vôľového úsilia
- porucha analýzy a syntézy informácií

- znížená schopnosť priestorovej predstavivosti, evidentná najmä pri riešení geometrických úloh
- performačno – výkonové školské problémy (v 90%)
- časté problémy krátkodobej pamäti verbálnej (v 100%)
- poruchy učenia (Murgaš, 2004, Paclt, 2005) ako sú dyslexia – porucha čítania, ktorá býva častokrát spôsobovaná atypickou lateralitou, dysortografia – spomalené osvojovanie si písanej reči, dyskalkúlia – porucha aritmetických schopnosti a ďalšie, ktoré negatívne ovplyvňujú vzdelávanie detí ADHD/ADD

Percepčno-motorická porucha znamená hyperaktivitu s neschopnosťou sedavých aktivít a relaxácie, je prítomná dezorganizácia a diskontinuita priebehu motorických aktivít. Vágnerová(2005) uvádza, že hyperaktivita je symptóm odlišujúci poruchu ADD od ADHD, upozorňuje na to, že tieto deti disponujú väčším množstvom energie, hrozí im tak unaviteľnosť a s tým spojená podráždenosť. Prevedenie motorických úkonov je nepresné, neobratné, prchké, chaotické, nekoordinované. Táto oblasť symptómov zahŕňa aj prítomnosť tzv. neurologických odchýlok poukazujúcich na určité organické postihnutie. Motorický výkon pripomína mladšie dieťa a aj v neurologickom vyšetrení sú zrejmé tzv. "soft sign" – mäkké príznaky, typické pre vývojové oneskorenie alebo minimálne poškodenie CNS. Deti môžu mať problémy v sluchovej percepcii, v zrakovej percepcii, vyskytujú sa problémy v udržiavaní rovnováhy. Majú narušenú rozlišovaciu schopnosť veľkosti, schopnosť rozlišovať pravú a ľavú stranu, pojem hore a dole.

Porucha vizuomotorickej koordinácie znamená nedostatočnú úroveň integrácie jemnej motoriky so zrakovým vnemom a spôsobuje výrazné grafomotorické ťažkosti pri písomnom prejave (Košč, Novák 1997).

Porucha emócií a afektov sa prejavuje emočnou a afektívnou labilitou, nedôverou vo vlastné sily, dysfóriou, pocitmi nudy, iritabilitou, explozivitou. Nálady detí sa stredajú v krátkych časových intervaloch, niekedy sa prejavujú až agresivitou, inokedy nápadnou skleslosťou a pasivitou.

Impulzivita sa prejavuje nedostatočným potlačením a spracovaním impulzov. Znamená náhle, netrpezlivé a prekotné konanie, rýchle závery spôsobujúce vlastnú škodu, neschopnosť odložiť akciu, jednanie bez uvažovania nad jeho dôsledkami. Táto chaotickosť následne narúša gnozeologické funkcie, dieťa nespĺní zadanú úlohu napriek dobrým intelektovým dispozíciám na jej zvládnutie.

Je vyjadrená v oblasti:

- motorickej - hyperaktivita
- emočnej - náladové zvraty azlostné výbuchy
- kognitívnej - nepozornosť, zbrklosť a nerozhodnosť
- sociálnej - sociálna dezinhibícia, výrazna maladaptácia so zníženou schopnosťou tvoriť priateľské vzťahy a udržať si kamarátov

Sociálna maladaptácia znamená neschopnosť súhry s rovesníkmi, familiárnosť neprislúchajúca veku (napr. tykajú učiteľom, pýtajú sa na výšku platu, vek, rodinu atd.) a mnohé ďalšie maladaptívne prejavy spôsobujúce to, že tieto deti nie sú akceptované ich prostredím (doma, v škole, pri hrách a pod.). Z týchto situácií pramení ich frustrácia, ktorá spôsobuje zníženú toleranciu voči záťaži, vedie k negativizmu, výkyvom a neskôr až k závažným poruchám správania (krádeže, hazard, delikvencia, atď.). Deti s ADHD majú výrazne zvýšený počet konfliktov s rodičmi (Paclt, 2005).

Symptomatológia ADHD/ADD je nesmierne rozmanitá a vyskytuje sa v najrozličnejších kombináciách a podobách. Skupina detí s hyperaktívnym syndrómom je výrazne heterogénna, pretože každé dieťa je jedinečnou bytosťou s inou kombináciou prejavov správania, silných a slabých stránok, záujmov a zručností.

2.4 Poruchy sprevádzajúce ADHD/ADD

Keďže symptomatika ADHD/ADD je naozaj veľmi rozmanitá a jedná sa o širokospektrálnu poruchu, je v procese diagnostiky nanajvyš dôležité

diferenciálno – diagnostické vylúčenie iných diagnóz a syndrómov, ktoré by sa mohli javiť ako ADHD/ADD syndróm.

Kategória **opozičného správania ODD** (Oppositional defiant disorder). „Opoziché správanie sa líši od ADHD tým, že narušené správanie nepramení z porúch sústredenia ani impulzivity. Deti s opozičným správaním sú bezohľadnejšie, hlučnejšie, agresívnejšie ako deti s ADHD chýbajú im výčitky svedomia“ (Zelinková, 2001,s.169). Často svojou činnosťou obťažujú ostatných, sú zlomyseľné a mstivé. Pritom v prípade konfliktov nepovažujú sami seba za zdroj obtiaži, ale druhých. Tento pridružený jav, známy ako nerešpektovanie autority sa viac objavuje u chlapcov ako dievčat.

prípade **Tourettovho syndrómu** opakované záškľaby tela a motorické tiky môžu vzbudiť dojem, že sa jedná o hyperaktivitu (Munden, Arcelus, 2006). Tieto deti trpia rôznymi nervovými záškľbmi a repetičnými manierami, ako je opakované mrkanie očí, tiky tváre, úškľabky. Ako hyperaktívne sa môže javiť i dieťa, ktoré má problémy v porozumení a použití reči a v interpretácií toho čo sa okolo neho deje, jedná sa o deti s poruchami autistického spektra.

Bipolárna porucha (maniodepresívna psychóza), u dieťaťa sa v určitom časovom slede prejavuje striedanie neprimerane nadnesenej nálady, energie a aktivity s obdobiami zo zníženou energiou a aktivitou, sklúčenosťou a smutnou náladou. Medzi týmito epizódami bývajú rozlične dlhé intervaly. U týchto detí sa stretávame s nesprávne diagnostikovanou poruchou pozornosti. Rozpoznanie týchto poruch nie je jednoduché. U detí s ADHD sa často vyskytuje pred zjavným prepuknutím bipolárnej poruchy. Význam tu má i genetický faktor, lebo sa častejšie vyskytuje v niektorých rodinách, výrazne tu môže prispieť znalosť rodinnej anamnézy.

Úzkosť a depresia sú psychologicko – emočnými problémami, ktoré spôsobujú u detí zníženie sebadôvery a patiu, podráždenosť, uzavretosť, ťažkopádnosť a agresiu. Takéto deti ťažko nadväzujú vzťahy s rovesníkmi a sú precitlivelé (Train, 1997). Depresia je jedným z najčastejších problémov, ktoré ľudia v živote zažijú. Nepriaznivo ovplyvňuje schopnosť zvládať bežné situácie. Dieťa v depresívnom stave negatívne vníma seba, svet i všetko čo ho obklopuje. Apatia, sebaobviňovanie, hnev, menejcennosť, úzkosť a ďalšie iné

sa stavajú pocitmi, ktoré tento negatívny emocionálny stav umocňujú. Niektorí dospievajúci mladí ľudia sa snažia zakryť svoju depresiu, často krát nevhodným správaním.

Najčastejšie vyskytujúce sa poruchy spoločne s ADHD/ADD :

- opozičná porucha správania (40- 70%)
- poruchy správania (20- 56%)
- psychopatie (20%)
- úzkostné poruchy (10- 40%)
- depresívne poruchy (0- 45%, s vekom narastajú)
- bipolárna porucha (0- 27%)
- poruchy učenia (24- 70%)
- lexikálne – expresívne poruchy (10-54%)
- somatické a koordinačné problémy , neobratnosť (50%)
- znížená somatická výkonnosť v porovnaní s deťmi rovnakého veku (50%)
- náhodné otravy (trikrát zvýšené riziko)
- abuzérstvo (nadmerné požívanie chemických látok – alkohol, toxické látky ...)

(Hoschl, Libiger, Švestka, 2002 a Malá, 2005)

Ďalšie ochorenia vyskytujúce sa spolu s ADHD sú podľa Murgaša (2004):

- Tourettov syndróm
- enuréza
- mentálna anorexia

Niektoré deti majú príznaky dvoch, alebo i viacerých porúch. Prítomnosť každej z nich, ovplyvňuje prejavy tej druhej. Tak vznikajú vážne skutočnosti súvisiace so zvládnutím choroby.

2.5 Prejavy správania u detí s ADHD/ADD

Môže sa vyskytnúť len skupina prejavov a môžu mať rôznu intenzitu a frekvenciu. Preto je aj príprava korekčného programu pre dieťa veľmi špecifická a má výrazne individuálny charakter.

2.5.1 Prejavy v oblasti motoriky

Motorika je pojem vyjadrujúci celkovú pohybovú schopnosť človeka. Je významným faktorom v procese edukácie. „ Na efektívne výchovno – vzdelávacie pôsobenie sú nevyhnutné poznatky o úrovnivývinu motoriky vychovávaného jedinca.“ (Vašek, 1999, s. 111) Hyperaktívne dieťa býva neposedné, nešikovné, jeho pohyby sú nedostatočne koordinované a krčovité. Zosúladenie jednotlivých pohybov má dlhodobjšie trvanie, bez vytvorenia harmonického celku. Celkový pohybový prejav pôsobí na okolie rušivo a nápadne. Niekedy môže dôjsť k opaku a prejav dieťaťa je apatický, smutný, tlmený., „ Základom tejto dysfunkcie je neschopnosť tlmiť reakcie na podnety, ktoré ustavične prichádzajú do CNS dieťaťa.“ (Šturma, 1982 in Třesohlava, 1983, s. 51) Príčinou týchto motorických prejavov sú poruchy v oblasti predovšetkým jemnej (ide o narušenie pohybov malých svalových skupín – ruka) ale aj hrubej (narušenie pohyblivosti celého tela) motoriky. Jucovičová a Záčková (2010) poukazujú hlavne na poruchy jemnej motoriky v sebaobslužných aktivitách dieťaťa, ako sú obliekanie, zapínanie gombíkov, zaväzovanie šnúrok alebo práca s príborom. Porucha jemnej motoriky je viditeľná na písme dieťaťa, ktoré býva neuhladené a neusporiadané. Dieťa býva často roztržité pri domácich prácach a hrách, ničí hračky, veci mu z nepozornosti vypadávajú z rúk. Ťažko sa zapája do skupinových hier, má problémy počas telesnej, pracovnej aj výtvarnej výchovy. Typickým znakom býva zvýšená dráždivosť, prejavujúca sa neprimeranými reakciami na bežné podnety. Každé sústredenie dieťa stojí mnoho úsilia a energie, ktorého výsledkom býva únava. U niektorých sa únava prejavuje opačne, a to zvýšenou pohyblivosťou, aktivitou až vznikom afektívnych výbuchov. „ Hyperaktívne

detí reagujú na únavu ešte väčšou apatiou, prehĺbeným útlmom, niekedy ale reagujú podráždene.“ (Jucovičová, Záčková, Zorklerová, 2004, s. 58) Dieťa môže trpieť nespavosťou, precítnutím zo spánku, rozprávaním zo sna čo prispieva k jeho ranej únave.

Vonkajšie prejavy správania týchto detí sú mnohokrát mylne považované zo strany pedagógov i rodičov za lenivosť, znížený intelekt, čím sa nemusí takémuto dieťaťu dostať vždy odbornej starostlivosti.

2.5.2 Prejavy v oblasti reči a myslenia

„Myslenie ako psychický proces človeka umožňuje predvídať to čo bezprostredne nevnímal a nepozoroval a tým planovať chod udalostí a výsledky vlastnej činnosti.“ (Boroš, 2002, s.215) U detí s ADHD/ADD sa v tomto psychickom procese vyskytujú ťažkosti. Vzhľadom k nepokoju a impulzivite udržiavajú s námahou myšlienkový smer, ich myslenie sa javí ako neobratné, stereotypné, detské a konkrétne. Uniká im podstata danej situácie, javu tým, že sa sústredia iba na jeden konkrétny prvok. Myslenie úzko súvisí s obrazovými predstavami, ktoré sú u takýchto detí plytké a chudobné. Horšie vnímajú súvislosti, ťažšie zovšeobecňujú a chod myšlienok je neplynulý. Myslenie je úzko späté s rozvíjaním motoriky a reči, pričom sa navzájom všetky tri zložky ovplyvňujú. Chybné vnímanie môže súvisieť s artikulačnou neobratnosťou a nesprávnou výslovnosťou.

Reč býva niekedy nezrozumiteľná a nedokonalá z dôvodu rýchleho verbálneho prejavu, čo môže spôsobovať poruchy reči. U hyperaktívnych detí sa častokrát vyskytuje Dyslália – neschopnosť vyslovovať alebo používať hlásky alebo skupiny hlások v komunikačnom procese. Dieťa vynecháva neprizvučné slabiky, koncové spoluhlásky, posúva velárne hlásky dopredu atď. Ďalšou častou poruchou je nejednoznačná výslovnosť tvrdých a mäkkých slabík – špecifická asimilácia, ktorá je viditeľná aj v písomnom prejave dieťaťa. Jucovičová, Záčková (2010) uvádzajú okrem už spománaných porúch aj poruchy tvorby pojmov, čo spôsobuje slabú a obmedzenú slovnú zásobu. Dieťa si pri rozprávaní pomáha slovami tamten, tamto a podobne. Tieto detí majú problémy s pochopením kľúčových informácií – popis cesty,

slovných inštrukcií alebo jednoduchých návodov, odkazov. Komunikácia s takýmito deťmi býva komplikovaná, zložitá a vyžaduje si trpezlivosť, pochopenie a špecifický prístup. Logopedická starostlivosť v týchto prípadoch má svoje nezastupiteľné miesto i keď niekedy dochádza aj k spontánnemu zlepšeniu komunikačných schopností.

2.5.3 Prejavy v oblasti vnímania

V oblasti vnímania u detí s ADHD/ADD ide o poruchy funkcie zmyslových orgánov ako je zrak, sluch a hmat, spôsobené narušením analyticko – syntetickej činnosti centrálnej nervovej sústavy (CNS)., Ide tu o poruchu funkcie, nie orgánu – sluch a zrak je v poriadku, ale navonok sa zdá, akoby dieťa „zle videlo a počulo“ . “(Jucovičová, Žáčková, 2010 s. 37)

Častým problémom týchto detí je zle rozlišovanie podobných či zrkadlových tvarov. Dieťa obmieňa tvarovo podobné písmenka ako m – n, p – b – d., pletie si poradie čísiel čím sa stráca v riadku textu. Deti majú ťažkosti s určením miesta predmetov a vecí zobrazených na obrázku, problémy so skladaním rôznych tvarov do celku. Z hľadiska výučby to znamená, že dieťa nedokáže zložiť ani rozložiť slovo s písmenami a hlások. Všetky tieto poruchy tvoria základ problémov pri písaní, čítaní, matematike. „ Uvedené poruchy majú priamu súvislosť so vznikom špecifických vývinových porúch učenia (napr. dyslexia, dysortografia, dysgrafia, dyskalkulia, dyspraxia).“ (Jucovičová, Žáčková, 2010 s. 37) Taktiež sa stretáva aj s poruchou časovej, priestorovej a pravo – ľavej orientácie alebo s nevyhranenou a skrzyženou lateralitou.

Okrem vyššie uvedených porúch niektoré deti majú narušené aj vnímanie vlastného tela, ktoré spolu s narušenou jemnou a hrubou motorikou spôsobujú neschopnosť dieťaťa uspieť v športových a v záujmových aktivitách, čo často vedie k horšiemu začleneniu sa do kolektívu.

2.5.4 Prejavy v oblasti pozornosti a pamäti

Pamäť a pozornosť sú u detí ADHD/ADD v úzskom spojení. Samotný proces zapamätovania je považovaný skôr ako dôsledok buď poruch pozornosti alebo poruch ukladania a spracovania získaných informácií. Poruchy pozornosti môžeme pozorovať už v predškolskom veku dieťaťa, pri bežných detských hrách a aktivitách. Dieťa má problémy pri dodržiavaní pravidiel hier, prechádza od jednej činnosti do druhej, nedokáže si vypočuť rozprávku, nevie sa dlhšie hrať s jednou hračkou, stále vyžaduje nové podnety. Pri činnostiach ktoré sú pre dieťa zaťažujúce a nedostatočne motivujúce sa porucha koncentrácie pozornosti prejavuje najviac, v týchto momentoch dokáže využiť všetky možnosti ako dané aktivity prerušiť alebo ukončiť. Naopak situáciám preňho zaujímavých (počítačové hry, sledovanie TV, obľúbené stavebnice...) sa dokáže venovať naplno. Neschopnosť udržania pozornosti a sústredenosti má nepriaznivý dopad nielen na samotné vzdelávanie ale aj na osvojovanie si praktických činností potrebných v bežnom živote každého jednotlivca ako aj jeho začlenenie sa do spoločnosti a pracovného procesu. Dieťa ťažšie získava sebaobslužné, hygienické i pracovné návyky.

„ Šturma rozdeľuje ťažkosti pozornosti na niekoľko najčastejšie sa vyskytujúcich základných odchýliek:

- a) únava pozornosti – signalizuje únavu CNS, pri zámernej činnosti rýchlo rastie, hlavne na neskorších vyučovacích hodinách a pri domácej príprave. Posilňujú ju aj poruchy v pravidelnosti denného režimu i drobné ochorenia (nádcha, ...).
- b) neprimeraná fluktuácia pozornosti – nadmerné kolísanie pozornosti zdanlivo bez príčiny spôsobuje veľmi nerovnomerné výkony dieťaťa.
- c) príliš malý rozsah pozornosti – dieťa nedokáže vnímať celú situáciu naraz, ale uvedomuje si len niektoré jej zložky, preto výsledky práce bývajú nepresné. Táto odchýlka sa odráža aj pri vytváraní pojmov, ktoré bývajú tiež nep

- d) generalizovaná a nevýberová pozornosť – neschopnosť dieťaťa zamerať sa na podstatné znaky a podnety situácie, dieťa je upútávané všetkým (viazanosť na podnety).
- e) uľpievanie pozornosti – neschopnosť odpútať sa od jedného predmetu, činnosti a preniesť pozornosť na ďalší (rigidita), alebo prejsť z jedného spôsobu riešenia na ďalší (perseverácia). Napríklad ak dieťa sčítavalo príklady, robí tak aj vtedy, keď má odčítavať“ (Třesohlava, 1983, s. 62).

Dôležitosť krátkodobej pamäte je pri získavaní základných poznatkov a ďalšieho vzdelávania neodmysliteľnou súčasťou celého poznávacieho procesu. V dôsledku porúch pamäti, deti sú zabúdľivé, neustále strácajú veci, ich schopnosť zapamätať si akékoľvek pokyny je takmer nulová. Dieťa síce informáciu na okamih zaznamená, ale jeho pamäť nie je schopná ju uložiť. Podľa Serfonteina (1999) pamäť dieťaťa pracuje na princípe „jedným uchom dnu, druhým von“. Taktiež uvádza, že poruchy krátkodobej pamäte sa u detí s ADHD/ADD vyskytujú najviac v sluchovej oblasti. Nejedná sa len o poruchu zaznamenávania a uchovania informácie do pamäte, ale aj jej následného vybavenia. Čo ovplyvňuje bežné činnosti, celkovú prípravu a samotný proces výchovy a vzdelávania dieťaťa v školskom a domacom prostredí.

2.5.5. Prejavy v oblasti emócií a správania

Prežívanie a vlastne správanie človeka k veciam a javom okolitého sveta a k sebe samému, svojmu konaniu a k iným ľuďom sa mnoho krát odvíja od skutočnosti ako je prijaté svojím najbližším okolím. Deti s ADHD/ADD dennodenne narážajú na neúspechy v činnostiach, ktoré nemôžu voľovým úsilím ovplyvniť. Opakujúce zlyhávajúce dieťa a nesprávne výchovné zásady a hodnotenia zapričiňujú stavy podráždenosti, pasivity, depresívnej nálady a zvykne sa objaviť i euforická nálada. Pre slabú schopnosť sociálneho cítenia – empatie sú mnohokrát aktérmi konfliktných situácií. Veľakrát svojim správaním ubližujú a nevedia prečo. Nedokážu správne vnímať signály z prostredia a tým si neuvedomujú nebezpečenstvo situácie, nemajú strach. Je

veľmi obtiažné ich reakcie predvídať ale i zvládať, čo si vyžaduje zvýšenu ostražitosť rodičov. Stretávame s afektívnymi výbuchmi, ktoré sú sprevádzané slovnou až fyzickou agresiou voči okoliu a sebe. Reagujú tak z dôvodu nízkej frustračnej tolerancie. „, Napriek to mu, že hypoktívne detí sa prejavujú skôr ako kľudné, utlmené dokážu rovnako reagovať afektívne. Zdanlivo sa u nich neprejavujú navonok žiadne zmeny v správaní, ale postupne narastá vnútorný nepokoj, dieťa sa cíti nespokojné , „v nepohode“ , a potom stačí malý podnet a dochádza k afektívnemu výbuchu, už pri zmienenej nízkej frustračnej tolerancii.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 45) Agresívne neadekvátne správanie dokáže vzbudiť aj bežný pokyn rodiča či učiteľa. Citové rozpoloženie a následné výkyvy nálad ovplyvňujú ich výkonnosť. Pri dobrej nálade ich výkon stúpa a naopak pri zlej sa im nič nedarí, sú podráždené či náchylne k afektívnemu správaniu.

Kvôli častým emočne nepriaznivým situáciám, ktoré zažívajú túžia po náklonnosti, láske, uznaniu a obdive ešte naliehavejšie ako ostatné detí. Nedostatok týchto činiteľov sa výrazne premieta do ich celkového správania. „, Deti s ADHD často majú dobré a nevinné zámery, napriek tomu budia dojem, že nespolečenské naschvaly a nežiadúce prejavy obľubujú. Ich správanie býva zamieňané za opozičné alebo za antisociálne, kedy sa dieťa zdanlivo snaží o nežiadúci chod udalostí z negatívnych pohnútok. Po rokoch neustálych problémov a obviňovania si mladí ľudia s ADHD niekedy vytvoria opozičné, či antisociálne vzorce správania. Často to však býva naplnenie negatívneho očakávania zo strany dospelých.“ (Munden, Arcelus, 2002, s.23)

V oblasti správania počínanie dieťaťa je ovplyvňované symptómami syndrómu ADHD/ADD. Bežné situácie sa pre ňo stávajú nezvládnuteľné a ťažké. Neustále vedie boj o uznanie, úspech, priazeň kde sa stáva skôr porazeným ako víťazom.

Dieťa zvykne riešiť problémové situácie prostredníctvom špecifických stratégií, ako sú:

- a) Únik – útekou sa snaží vyriešiť vzniknuté problémy, nie vždy si však svoje konanie uvedomuje. Dieťa si vymýšľa napríklad rôzne zdravotné

ťažkosti. Odchody z domu, zo školy, z neoblúbených vyučovacích predmetov koná skôr vedome.

- b) Regresia – týmto spôsobom ktotý tiež nazývame „krokom späť“ sa začne dieťa správať akoby malo o pár rokov menej, kedy ešte kladené naroky na seba zvládalo. Vyberá si mladších kamarátov, pretože sú menej kritickí, viac ho obdivujú a tým zažíva pocit prijatia a úspechu.
- c) Zapretie neúspechu a jeho zľahčovanie – dieťa nevidí, že sa mu niečo nepodarilo, konečný neúspech si vôbec neuvedomuje. Naopak zľahčovanie neúspechu či prehier v rôznych aktivitách si dieťa uvedomuje, bierie ich na ľahku váhu alebo začne zľahčovať úspechy ostatných detí. Môže tu nastať skresľovanie reality hlavne u starších detí.
- d) Pútanie pozornosti – dieťa s ADHD/ADD nedisponuje až takým množstvom silnejších a lepších stránok ktorými môže zaujať. Preto často púta pozornosť predvádzaním, šaškovaním alebo provokovaním rodičov, učiteľov a detí.
- e) Útok – dalo by sa povedať, že najlepšia obrana je útok. Neúspech rieši či už slovným alebo fyzickým napadaním voči okoliu i sebe samom. Tieto nevhodné spôsoby správania dieťaťa vytvárajú nezhody a konflikty v prostredí v ktorom žije. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

3. DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIA A TYPY ADHD/ADD

Diagnostické kritériá, ktoré odborníci používajú, sa aktualizujú a zlepšujú v súvislosti so skvalitňovaním znalostí v oblasti chorôb a porúch. Aby sme predišli nežiadúcim dôsledkom je veľmi dôležité včas a správne stanoviť diagnózu.

V súčasnej dobe existujú a používajú sa dva hlavné klasifikačné systémy (súbory diagnostických kritérií):

1. Svetovej zdravotníckej organizácie(The International Classification of Diseases, 10 edition, alebo ICD-10) u nás známa ako Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10.revizie alebo MKCH-10). Práve o tento systém sa opiera aj metodicko informatívny materiál MŠ SR (Žiak s poruchami správania v základnej a strednej škole).
2. Klasifikačný systém Americkej psychiatrickej asociácie(the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,4th edition), alebo DSM- IV vymedzuje diagnostické kritéria v oblasti poruchy pozornosti hyperaktivity a impulzivity.Už samotné označenie poukazuje na značné rozdiely.

U nás sa v prevažnej miere používa klasifikačný systém MKCH – 10, z hľadiska diagnostických kritérií sa zameriava na narušenú pozornosť a hyperaktivity.

Kritéria pre ADHD podľa MKCH – 10 :

„**Nepozornosť**“- aspoň šesť z nasledujúcich príznakov nepozornosti pretrváva najmenej šesť mesiacov v takej miere, že má za následok neprispôsobivosť dieťaťa a neodpovedá jeho vývojovému štádiu:

1. často sa mu nedarí pozorne sa sústrediť na podrobnosti alebo robí chyby z nepozornosti v škole, pri práci alebo pri iných aktivitách
2. často neudrží pozornosť pri plnení úloh alebo pri hraní

3. často sa zdá, že nepočúva, čo mu hovoríme
4. často nedokáže postupovať podľa pokynov alebo dokončiť školskú prácu, domáce práce alebo povinnosti na pracovisku (nie preto, aby sa stávalo do opozície alebo by nepochopilo zadanie)
5. často nie je schopné usporiadať si úlohy a činnosti
6. často sa vyhýba úlohám, napríklad domácim prácam, ktoré si vyžadujú sústredenie
7. často stráca veci potrebné na vykonávanie určitých úloh alebo činností, napr. školské pomôcky, perá, knihy hračky, nástroje
8. často sa dá ľahko vyrušiť vonkajšími podnetmi
9. často je pri bežných denných činnostiach zábudlivé

Hyperaktivita- aspoň tri s nasledujúcich príznakov hyperaktivity pretrvávajú po dobu najmenej šesť mesiacov v takej miere, že majú za následok neprispôsobivosť dieťaťa a nezodpovedajú jeho vývojovému štádiu:

1. často bezúčelne pohybuje rukami alebo nohami, vrtí sa na stoličke
2. pri vyučovaní alebo v iných situáciách, keď má zostať sedieť, vstáva zo stoličky
3. často pobieha alebo chodí v situáciách, v ktorých to nie je vhodné (u dospievajúcich detí a dospelých sa môžu vyskytovať pocity nekludu)
4. často je nadmerne hlučné pri hraní alebo má problémy chovať sa ticho pri odpočinkových činnostiach
5. trvale vykazuje nadmernú motorickú aktivitu, ktorú nie je schopné podriadiť spoločenským podmienkam a požiadavkám

Impulzivita- aspoň jeden s nasledujúcich príznakov impulzivity pretrváva po dobu najmenej šesť mesiacov v takej miere, že má za následok neprispôsobivosť dieťaťa a nezodpovedá jeho vývojovému štádiu:

1. často vyhrkne odpoveď skôr, ako bola dokončená otázka
2. často nevydrží stáť v rade alebo nedokáže počkať, kým na ňá príde rada pri hre alebo v kolektíve

3. často prerušuje ostatných alebo sa im pletie do rozhovoru (napr. skáče iným do reči, ruší ich pri hre)
4. bez ohľadu na spoločenské zvyklosti a obmedzenia nadmerne rozpráva“ (Munden, Arcelus, 2006, s. 16 – 18).

Hlavné rozdiely podľa spomínaných autorov Munden, Arcelus (2006, s.19) sú tieto:

1. „ DSM-IV Klasifikuje vlastnosť (často je neprimerane urozprávané) ako príznak hyperaktivity. MKCH – 10 uvádza podobný, ale presnejší popis správania (rozpráva nadmerne bez ohľadu na spoločenské zvyklosti a zábran) ako príznak impulzivity.
2. DSM-IV vyžaduje, aby šesť alebo viac symptómov pre „hyperaktivitu-impulzivitu“pretrvávalo po dobu najmenej šiestich mesiacov v takej miere, že majú za následok neprispôsobivosť dieťaťa a nezodpovedajú jeho vývojovému štádiu.Pretože jetu zahrnutých šesť symptómov hyperaktivity (a tri symptómy impulzivity), je možné že aj deti bez symptómov nedostatočnej kontroly impulzivity by mohli spĺňať diagnostické kritéria pre ADHD.Toto má značný význam vo chvíli, keď súčasný vedecký názor smeruje k tomu, že základným príznakom ADHD a hyperkinetickej poruchy patrí práve nedostatočná kontrola impulzivity.“

„V praxi to znamená,že MKCH – 10 zahrňa menšiu skupinu detí so závažnými príznakmi a kritéria DSM – IV sú uplatniteľné pre oveľa širšiu skupinu,ktorá priaznivo reaguje na liečbu.Hrozí tu teda,že ak sa pri stanovení diagnózy lekár, psychológ striktne drží MKCH – 10,časť detí bude ochudobnená o náležité opatrenia a pomoc.Častejšie používanie diagnostických kritérií DSM – 4 má pred MKCH – 10 i ďalšiu výhodu. Väčšina medzinárodných výskumných prác a štúdií veľkých a dobre navrhnutých projektov vypracovaných na základe výskumu z rôznych pracovísk sa robí u pacientov, ktorí vyhovujú podmienkam kritérií DSM – IV“ (Munden, Arcelus 2006, s. 19).

„Aby mohli klinický pracovníci európskych krajín používať k svojej práci výsledky týchto štúdií budú ich musieť aplikovať na rovnakú klinickú populáciu tzn.na takú, ktorá bola vybraná podľa diagnostických kritérií DSM – IV“ (Jucovičová, Žáčková 2010, s.15-16).

Kritéria pre ADHD podľa DSM – IV:

A. Porucha trvajúca najmenej 6 mesiacov, pri ktorej sa objavuje najmenej 8 z nasledujúcich 14 – stich symptómov, a to v takej miere, že prejavy dieťaťa nezodpovedajú jeho veku:

1. Často sa nekludne hrá s rukami, bezúčelne pohybuje nohami ,alebo sa vrtí na stoličke.V čase dospievania môžeme obmedziť kladnú odpoveď na tuto položku iba na také prípady,kedy adolescent hovorí otom,že prežíva subjektívne pocity vnútorného nepokoja.
2. Dieťa má problémy s tým aby vydržalo kludne sedieť, i keď je o to požiadané.
3. Ľahko ho vyrušia(prípadne odvedú od práce) vonkajšie stimuly.
4. Pri hrách s pevnými pravidlami či v spoločenských (resp.skupinových) mu robí problémy vyčkať až kým nepríde na neho rad.
5. Často vyhrkne odpoveď na otázku ešte pred tým, ako ten, kto sa pýta a vôbec ju stačil vysloviť (čo vedie k častým chybám).
6. Robí mu problémy riadiť sa inštrukciami iných osôb (a nie je to kôli opozičnému správaniu ani kôli nepochopeniu),napríklad mu robí problém dokončiť nejakú prácu.
7. Má problémy sústrediť sa či už na úlohy, alebo pri hrách.
8. Často „prebieha“ od jednej nedokončenej činnosti ku druhej.
9. Robí mu problém hrať sa po tichu.
10. Často je nadmerne urozprávané, prekotne rozpráva.
11. Často prerušuje iných, alebo im skáče do reči, napríklad sa mieša do hier iných detí.
12. Často to vypadá, akože neposlúcha čo sa mu hovorí.

13. Často stráca veci, ktoré sú potrebné v škole, či celkovo pre rôzne dôležité činnosti, či už doma, alebo v škole (napr. hračky, perá, knihy, domáce úlohy).
14. Často sa zapája do fyzicky nebezpečných činností, neberie vôbec do úvahy možné následky (pritom to nerobí kvôli tomu, že by vyhľadávalo nebezpečie pre nebezpečie), napr. vbehne na cestu skôr než sa poobzerá.

B. Porucha sa začína výraznejšie prejavovať pred siedmym rokom života.

C. Porucha nespĺňa kritéria vývojovej poruchy (pervasive development disorder).

Je treba ešte dodať, že v základe sa u nás rozlišujú 3 typy ADHD poruchy:

- ADHD s prevahou poruchy pozornosti
- ADHD s prevahou hyperaktivity a impulzivity
- ADHD s poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou

Jucovičová a Žáčková (2010) poruchu diferencujú z hľadiska pedagogicko – psychologickej praxe podľa závažnosti kritéria.

- Mierny typ ADHD
- Stredný typ ADHD
- Vážny typ ADHD

3.1 Diagnostika v praxi

Diagnostika sa spája s označením procesu, súboru odborných aktivít, kým diagnóza vyjadruje výsledok tohto procesu. Diagnostika dieťaťa je dlhý a zložitý proces rôznych vyšetrení, pozorovaní a rozhovorov. Hyperkinetické poruchy možno diagnostikovať vo všetkých vekových kategóriách od detstva až do dospelosti. Rovnaká porucha sa líši príznakmi v rôznom veku.

K určeniu správnej diagnózy sa podieľajú odborníci z radov psychologov, pedagógov, psychiatrov, neurológov a špeciálnych pedagógov. Spolupráca týchto odborníkov je veľmi dôležitá, lebo každý z nich sa venuje inému aspektu poruchy. Často prvé impulzy pre vyšetrenie prichádzajú od rodičov a učiteľov. K potvrdeniu, že dieťa spĺňa diagnostické kritéria

ADHD/ADD je nutné získať informácie o jeho osobnosti, vzťahoch v rodine, sociálnych vzťahoch, o jeho prednostiach, ale aj negatívnych rysoch osobnosti. Zdrojom týchto dôležitých informácií sú okrem sledovaného dieťaťa aj samotní rodičia, ktorý sa formou rozhovoru a dotazníkov vlastne zapájajú do diagnostického procesu.

Diagnóza ADHD/ADD sa určuje veľmi ťažko, rovnaké zložky impulzivita, nepozornosť, hyperaktivita sa u každého dieťaťa môžu prejavovať inak, v závislosti na situácií a podmienkach v ktorých sa nachádza (Munden a Arcelus, 2006).

Kucharska (1997, s. 23) nepovažuje medicínsky model poskytovania školskej starostlivosti, kde sa dieťa pokladá za zdravé pokiaľ nemá stanovenú diagnózu za úplne správne riešenie. „Z hľadiska klienta (ale i rodičov a učiteľov) je dôležité, aby obdržal pomoc, keď má problém a nie až keď dostane diagnózu.“

Nemôžeme vylúčiť, že diagnostické označenie v niektorých prípadoch slúži skôr ku škode ako ku prospechu dieťaťa. „Nálepkovanie dieťaťa môže zo sebou prinášať nevýhody, ako očakávanie okolia dieťaťa, že sa bude chovať podľa „nálepky“ a v neposlednom rade môže dieťa svoju diagnózu využívať ako ospravedlnenie svojho správania“ (Train, 1997, s.57).

„ADHD/ADD ako oslabenie nervového systému sa môže prejavovať vo všetkých mentálnych funkciách: v pozornosti, sústredení myslení, vôle a plánovaní, pamäti a učení, chovaní a sebaovládání. Preto musí byť komplexná a opierať sa o nálezy ako psychologické tak aj neurologické.“ (Tyl, Tylová, 2003, s. 84)

Samotný diagnostický proces u detí s ADHD/ADD môžeme rozdeliť na viacere časti:

- a) Anamnéza – prostredníctvom anamnestického vyšetrenia zistíme podstatné informácie o doterajšom vývoji dieťaťa, ktoré nám pomáhajú určiť jeho momentálny stav. Podrobná anamnéza obsahuje tri zložky, a to osobnú, rodinnú a sociálnu anamnézu.

- b) Somatické a pediatrické vyšetrenia – pre správne určenie diagnózy je potrebné uskutočniť fyziologické vyšetrenia, ktoré neraz odhalia príznačný výskyt viacerých drobných organických anomálií.
- c) Neurologické a laboratorné vyšetrenia – výsledky neurologických (elektrofyzilogické vyšetrenie) a laboratorných (biochémia, sérologia, genetika) vyšetrení potvrdzujú alebo vylučujú prítomnosť akútnych, chronických, metabolických a degeneratívnych ochorení.
- d) Psychologické vyšetrenie – zisťuje psychický vývin dieťaťa, úroveň socializácie a poznávacích procesov, citovú a sociálnu zrelosť.
- e) Špeciálno pedagogické – prostredníctvom zmyslov je dieťa schopné vnímať okolité prostredie. Napríklad narušením sluchovej a zrakovej percepcie vznikajú problémy v rozvoji celkového vnímania. V oblasti reči sa prevádza podrobný rozbor vývinu a úrovne reči. U týchto detí je častý výskyt špecifických poruch učenia, v tvorbe pojmov a logickom myslení. Z porúch správania je častá emocionálna labilita, impulzivita, infantilné správanie a agresivita.

Diagnostické aktivity v zmysle uvedeného sa zameriavajú na okruhy:

- zisťovanie úrovne vedomosti
- zisťovanie sociability
- zisťovanie úrovne motoriky
- zisťovanie laterality
- zisťovanie úrovne vývinu reči
- zisťovanie úrovne sebaobsluhy
- orientačné vyšetrenie funkcie zmyslových orgánov (Zelinková, 2001)

Impulzivnosť, nepokojnosť a nepozornosť sú symptómy príznačné pre akékoľvek dieťa, ale obvykle sa prezentujú u zdravých detí v malej intenzite. Keď detská impulzivnosť, nesústredenosť, slabá koncentrácia a nepozornosť

začnú ovplyvňovať výkon dieťaťa v škole, vážnym spôsobom narúšajú sociálne vzťahy a chovanie doma, vtedy je vhodné aby bolo dieťa vyšetrené na ADHD/ADD. Pretože intenzita jednotlivých symptómov sa veľmi často mení, ADHD sa môže sa tiež vyskytovať v kombinácii s jinými poruchami, čo môže veľmi diagnostiku sťažiť.

Najčastejšie je syndrom ADHD diagnostikovaný medzi 6. až 9. rokom života dieťaťa. Podtyp s prevahou hyperaktivity a impulzivity býva diagnostikovaný o 3-4 roky skôr (Drtílková, 2007). Podľa Traina(2001) je možné vzhľadom k charakteristikám detského veku vysloviť diagnózu ADHD najskôr medzi 4. a 5. rokom dieťaťa. Je tiež možné, že se na poruchu ADHD nemusí prísť.

3.2 Liečebné prístupy

Porucha ADHD/ADD zasahuje mnoho oblastí života dieťaťa. Správne liečebné prístupy umožňujú do určitej miery ovplyvniť veľmi silné problémy, ktoré komplikujú nielen školský výkon ale aj ich osobný život a socializáciu. Jedná sa o medicínsky prístup kde vlastne užívanie liečiv pôsobí na funkciu neurotransmitterov, ktorú sme spomínali v kapitole etiológie. to napomáha k zlepšeniu kontroly chovania a tým aj priaznivejšiu sociálnu odozvu. Psychoterapeutický prístup je založený na rôznych technikách napomáhajúcich ku zvýšeniu sebadôvery a vyrovnanosti. „Oba prístupy sa snažia dieťa posilniť zlepšiť jeho výkonnosť a celkovo mu uľahčiť život.“ (Train, 1997, s. 51)

„Voľba **farmakoterapie** by mala byť záležitosťou skúseného odborníka, ktorý nepristupuje k dieťaťu formálne, mal by mať k dispozícií komplexné informácie o ňom a na základe týchto informácií a závažnosti príznakov ADHD/ADD posúdiť a navrhnúť vhodnosť medikácie prípadne zvážiť kombináciu oboch prístupov.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 184)

Najčastejšie používané lieky sú psychostimulancia ako **Atomoxetin**, **Ritalin** posilňujú účinnosť neurotransmitterov(dopamín, noradrenalín). Pri užití stimulancia je dieťa schopné lepšie sa sústrediť, impulzivita a hyperaktivita sa

utlmia a zvyšuje sa u neho pozornosť. Tradičné stimulujúce lieky zasahujú symptómy rýchlo, ale sú účinné iba tri alebo štyri hodiny. Na udržanie pozitívnych výsledkov liečby bolo preto potrebné dávkovať lieky až tri razy denne. Niektoré lieky sú navrhnuté tak, aby postupne uvoľňovali účinnú látku počas celého dňa čím sa minimalizujú výkyvy v účinnosti, ktoré pacienti zažívajú pri užívaní iných liekov. Medzi stimulujúce lieky novšej generácie patria napríklad: OROS methylphenidate HCl, methylphenidate, a síran dextroamphetamine sulphate. Ďalšou voľbou sú antidepresíva, ktorých účinnosť je zhruba u 30-50% pacientov s hyperkinetickými poruchami (Malá, 2004). Rozhodnutie či má dieťa dostávať lieky, závisí predovšetkým na dohode rodičov s lekárom.

Medzi psychoterapeutické prístupy, ktoré je možné využiť na pomoc deťom s ADHD/ADD ale aj rodičom, učiteľom, rodinným príslušníkom patria:

Psychoterapia

Cieľom je zlepšiť vzájomnú spoluprácu pri zvládaní príznakov ADHD/ADD, posilňovať sebavedomie dieťaťa a učiť vytvárať pozitívnu komunikáciu s okolím. Významným liečebným prostriedkom psychoterapie je vzťah terapeuta a klienta, ktorý je založený na vzájomnej úcte, porozumení a empatii, pričom slovo a rozhov tvoria základ celého procesu terapie. Pod vedením odborníka sa využívajú ďalšie podporné prostriedky, ktorými sú cvičenie, relaxácia, práca s predmetmi, s predstavami, tanec, kresba a sugescia. V priebehu sedení terapeut s klientom komunikuje a na základe získaných informácií sa snaží stanoviť účinnejšie prístupy na zvládanie daného problému. „Psychoterapia môže byť zameraná na jednotlivca, pár, rodinu, skupinu s cieľom odstrániť chorobné príznaky, klienta resocializovať, rozvíjať, redukovať alebo opäť začleniť.“ (Ďuricová, bedeker zdravia 2009/3, s. 75)

Behaviorálna terapia

Je zameraná na konkrétne správanie dieťaťa v súvislosti z prostredím v ktorom vyrastá. „ Základom je presvedčenie, že každé správanie (normálne aj abnormálne) je naučené v interakcii s prostredím. Terapeut sa pokúša

porozumieť tým okolnostiam, ktoré priebeh učenia ovplyvňujú a následne dosiahnuť cieľ, tj. Zmenu správania, ktoré bráni klientovi v úspešnom a samostatnom fungovaní.“ (Ďuricová, bedeker zdravia, 2009/3, s. 75) Behaviorálna terapia napomáha dieťaťu odhaliť jeho vlastné silné stránky osobnosti a vytvoriť tak zdravé sebavedomie a sebaúctu, pomocou rôznych metód. Tieto metódy majú rôzny okruh indikácie, to znamená, že niektoré sa dajú aplikovať na širší okruh problémov a iné na užší.

„Behaviorálna terapia je založená na využívaní princípov učenia k získaniu žiadúcich reakcií a vzorcov správania výmenou za nežiadúce. Terapeut používa konkrétne prípady zo života dieťaťa a snaží sa aby ich dieťa pochopilo a dokázalo ich využiť pri riešení problémov, ktoré sa vyskytujú v každodennom živote.“ (Munden, Arcelus, 2006, s. 90)

Terapia rodičov detí s ADHD/ADD

Pri akejkoľvek terapii je dôležitá spolupráca aj s rodičmi dieťaťa s ADHD/ADD. Terapeuti vytvárajú rôzne špeciálne tréningy, ktorých cieľom je naučiť rodičov relaxovať, osvojiť si nekonfliktnú a pozitívnu cestu k dieťaťu a v neposlednom rade ho prijať také aké je. Napríklad zúčastňujú sa skupinových cvičení, pracujú s vydeonahrávkami, oboznamujú sa a vzájomne si vymieňajú skúsenosti s inými rodičmi,.

Tréning asertivity

Tu sa môže dieťa naučiť bez obáv a vhodným spôsobom vyjadrovať myšlienky a pocity. Umožňuje dieťaťu aby bolo aktívnejšie, sebaistejšie a viac komunikovalo s ostatnými.

Technikapozitívneho posilovania

Princípom tejto techniky je nasledujúca odmena za správanie dieťaťa. Podľa Munden a Arcelusa (2002) dieťa reaguje na určité podnety silnejšie alebo častejšie pokiaľ vie že bude odmenené. Nielen rodičia, ale aj učitelia by mali vysvetliť dieťaťu, čo sa od neho očakáva v jeho správaní a možné dôsledky, pokiaľ to nesplní. Každé vhodné správanie by malo byť v rozumnej

miere odmenené. Je však potrebné uvedomiť si, že každé dieťa je jedinečné a rovnaká odmena nemusí byť vždy dostatočne motivujúca pre všetky deti. Z poznatkov štúdií sa technika pozitívneho posilovania ukázala v prípade deti s ADHD ako veľmi účinná.

Rodinná terapia

Je zrejme, že ADHD nie je len problémom jednotlivca ale dotýka sa priamo celej rodiny. Táto terapia sa nezameriava len na príčiny, ale sústreďuje sa aj na zlepšenie vzájomnej interakcie členov rodiny, tak aby sa problémy ktoré dieťa prežíva zmiernili a tiež našli nové riešenia problémov.

Analýza ABC

Analýza ABC sa osvedčila ako zmiernujúci prostriedok nežiadúcich prejavov správania dieťaťa s ADHD . Je to proces dôkladného zaznamenávania udalosti a situácií, ktorým predchádza nežiaduce správanie. „ Terapeut požiada rodičov, aby zaznamenávali udalosti, ktoré predchádzali nežiaducému správaniu dieťaťa. Potom sa spolu s nimi pokusí zostaviť schému, ktorá ukazuje, ako sa dieťa za určitých okolnosti nevhodne prejavuje. Jasný popis toho, čo dieťa robí a hovorí, pomôže terapeutovi pochopiť, to čo rodičia i dieťa prežívajú.“ (Mundem, Arcelus, 2002, s.91) Následnou analýzou terapeut spolu s rodičmi sa usiluje o vytvorenie zmien v situáciach, ktoré aktivujú alebo spôsobujú nežiaduce správanie dieťaťa.

EEG – Biofeedback

Touto metódou sa u dieťaťa zábavnou formou napomáha k harmonizácii mozgovej aktivity a k rýchlejšiemu vyzrievaniu nervovej sústavy, čím sa stáva pre deti atraktívnou. Metóda využíva počítačovú techniku. Snímacia elektroda priložená na temeno hlavy a EEG snímač zachycuje mozgové vlny, ktoré prenáša do počítača. Tyl a Tylová(2003) uvádzajú dôležitosť úvodného vyšetrenia a následných diagnostických procesov (pamäť, pozornosť, sústredenie...), ktoré je potrebné zlepšiť a zistiť prečo činnosť mozgu nezodpovedá normálu. Dieťa sleduje hru na obrazovke a ovláda ju svojou mentálnou aktivitou. silou svojej myšlienky, vidí ako snimi „pohybuje“ napríklad nejakým obrázkom na obrazovke

a býva tým skutočne zaujaté. Počítač ukazuje zmeny EEG spektra dieťaťa počas hry. Vo chvíli, keď dôjde k navodeniu vnútorného klúdu a sústredenia je dieťa odmeňované. Mozog sa tak učí efektívnejšiemu spôsobu práce, ktorý si zapamätá a potom používa automaticky. Terapeut dohliada nad celým procesom tréningu, sleduje snímané hodnoty na počítači a podľa potreby nastavuje náročnosť hry. Biofeedback napomáha k zlepšeniu koncentrácie, zvládaniu impulzivity, k zmierneniu motorického neklúdu, hyperaktivity a zníženiu vnútorného napätia. Účinnosť liečby je podmienená viacerými sedeniami, pričom už po niekoľkých sedeniach dochádza k zlepšeniu stavu dieťaťa. Liečba nie je návyková, nebolí a nemá vedľajšie účinky.

Okrem nami uvedených psychoterapeutických metód a techník existuje ešte veľa ďalších, ktoré sa zameriavajú na individuálnu, skupinovú prácu s dieťaťom ako i na rodinnu terapiu.

Napríklad metódy:

- zamerané na relax – svalové uvoľnenie, dychové cvičenie
- Trampoliling
- Dramatoterapia
- Muzikoterapia
- Hipoterapia
- Canisterapia

Konečným cieľom týchto metód je dosiahnutie z efektívneho systematického výchovno – vzdelávacieho procesu a vzájomnej spolupráce s rodičmi ako i celková socializácia dieťaťa.

4. REEDUKÁCIA PREJAVOV ADHD/ADD

4.1 V rodinnom prostredí

Rodina by mala byť miestom v ktorom dieťa nachádza lásku, pochopenie, pocit bezpečia a istotou, ktorá zaisťuje jeho osobný rast, orientáciu v jeho životných situáciách a poskytuje všestranú pomoc pri zvládaní problémov. Okrem samotného dieťaťa z diagnózou ADHD/ADD, táto skutočnosť priamo zasahuje aj do samotnej funkčnosti rodiny.

Dom postavený na dobrom základe má predpoklad, že nespadne len tak ľahko. V živote dieťaťa sa takýmto základným kameňom stáva puto so svojou matkou prípadne osobou, ktorá ju nahradzuje. Ak chýba táto prvotná väzba v živote dieťaťa, môže byť ťažké vytvoriť podobný vzťah k iným ľuďom.

„Potrebuje vedieť, že v jeho živote sú ľudia, ktorý budú vždy na blízku a že za rovnakých okolnosti môže očakávať rovnaké reakcie a že niektoré pravidla platia bez výnimky“ (Train, 1997, s.65).

Každé dieťa potrebuje mať okrem primárnych potrieb naplnené aj tie psychologické. Pocit, že sa od neho niečo očakáva a že tieto očakávania sú nielen v jeho záujme, ale tiež v záujme ostatných ako i samotná vidina dosiahnuteľného cieľa je pre neho istou motiváciou. Musí cítiť, že pre ostatných niečo znamená a že je súčasťou siete vzťahov, ktorá mu dáva pocit vlastnej identity. Dieťa s ADHD/ADD si vyžaduje omnoho viac istoty a jeho správanie je ovplyvňované situáciou v okolí. Náhle zmeny, vzťahy a pomery v rodine vo veľkej miere vplývajú na jeho prejavy v správaní.

Samotná láska je starostlivosť o čo najlepšie zaistenie všetkých potrieb o ktorých sme sa zmienili. Bezpodmienečne byť milované a prijímané.

Výchovné zásady v rodine

Výchova hyperaktívneho dieťaťa je veľmi náročná hlavne pre rodičov. Eliminovať prejavy jeho nežiadúceho správania vyžaduje neskutočne veľa trpezlivosti, porozumenia a naučiť sa mať optimistický výhľad do budúcnosti.

Láskavy a kľudný prístup k dieťaťu by mal byť v rovnováhe s dodržiavaním určitého poriadku.

Pozitívny a jednotný prístup obidvoch rodičov je najdôležitejšou zásadou pri výchve dieťaťa. Na často spomínanú jednotnosť vo výchove Pokorná (2001) odpovedá netreba sa báť nejednotného prístupu, dieťa si ľahko zvykne na jednotlivé postoje ľudí, ktorý ho obklopujú: „ Dieťa potrebuje vidieť, že si dospelý cez rôzne postoje niekedy i rozdielne názory, prejavujú vzájomnú úctu“(Pokorná,2001,s.144). Každý z nich má svoju špecifickú rolu, nezastupiteľné miesto.

„ Dieťa by sa malo naučiť, že svoje osobné záujmy a potreby musí zjednotiť a niekedy i podriadiť potrebám a nárokom ostatných“ (Jucovičová, Žáčková, 2010,s.56).

Pre organizovanie činností a času je dobré dieťa s ADHD naučiť zvyknúť si na pravidelný režim, ktorý mu dáva možnosť vedieť čo sa od neho očakáva, predstavuje preň určitú predvídavosť a priestor pre rituály, ktoré mu dávajú pocit bezpečia a istoty.Pri dodržiavaní pravidiel, ktoré sa mu stanovili je bezpodmienečne nutná dôslednosť. Pokiaľ možno najlepšie nedirektívnym, nenápadným a taktným spôsobom sa snažíme zistiť efektívnosť pravidiel a či si požadované činnosti osvojí. Pre modifikovanie jeho ďalšieho správaniaje potrebná spätná väzba. Mala by obsahovať čo najviac pozitív, vždy je čo oceniť. Negatíva je potrebné podať citlivo, ako informáciu o prekročení stanovených hraníc.„Bez dôvery a pozitívneho očakávania nemôžeme u dieťaťa vyvolať pozitívne zmeny. Preto nepripomínajme minulé chyby, ale zvyšujeme pocit sebaúcty dieťaťa“(Pokorná 2001,s.145). Neprihliadnime však pritom chyby dieťaťa, musíme mudat' vedieť, že s určitým riešením situácie nesúhlasíme. Je treba s nim prebrať možné spôsoby nápravy situácie, pomôcť mu, ale hlavnú aktivitu musí prejavíť dieťa. Správna komunikácia a potreba načúvať je tu nezastupiteľna.

„Tresty môžu mať svoje nezastupiteľné miesto, ale iba ako súčasť celkovo pozitívneho prístupu, kde poukazujú na citovú zaujatosť trestajúceho.Trest musí nasledovať hneď po priestupku, aby si dieťa uvedomilo nesprávnosť svojho konania“(Zelinková, 2001,s.158). Aby sme netrestali dieťa za to čo

nedokáže, alebo neurobí vedome zle Pokorná hovorí: „Je správne pýtať sa ho pri každom neúspechu, čo si myslelo, ako situáciu videlo ono, čo si povedalo. Naučíme ho tak, aby sledovalo svoje pocity, želania, svoje vnútorné prežívanie. Iba keď bude rozumieť samo sebe môže svoje správanie ovplyvniť a porozumieť i druhým“ (Pokorná, 2001 s. 143-144). Neustále upozorňovanie, negatívne postoje a trestanie situáciu iba zhoršuje. Čo sa môže druhotne prejaviť výrazom asociálnych postojov dieťaťa. Preto by mali odmeny prevažovať nad sankciami. „Je dobré sa naučiť skôr pracovať s oceňovaním, výhodami, pochvalami s ich pridelovaním a odobraním, než s trestami. Zásoba trestov sa skoro vyčerpá a naviac hrozí, že si dieťa na ne zvykne natoľko, že nakoniec nepôsobia účelovo.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 58)

Mnoho krát zmieňovanú aktivitu týchto detí, by rodičia a všetci čo sa podieľajú priamo na výchove by mali mať na pamäti, že dieťa s hyperaktivitou nasilným potlačením a zamedzovaním pohybu iba uškodíme. Aktivitu dieťaťa usmerňujeme a primerane podnecujeme. Napríklad objavením jeho záľub, záujmov a následne ich zaistením tým kompenzuje z časti svoje nezdary, čo mu napomáha ľahšie sa zaradiť do kolektívu vrstovníkov. Situácie, ktoré prežívajú s deťmi sú aj pre nich samých veľmi špecifické a keď sa im aj podarí jeden problém vyriešiť, väčšinou sa objaví ďalší. Je to neustály boj vyžadujúci obrovské množstvo energie, trpezlivosti, pochopenia a lásky.

4.2 V školskom prostredí

„Cesta na ktorú sa vaše dieťa vydá, keď sa pustí vašej pomocnej ruky, aby sa učilo jednat' s druhými ľuďmi v susedstve, v škole a v akejkol'vek skupine, môže byť ľahká. Jediné čo problémové deti potrebujú je pochopenie a prijatie ich spôsobu správania“ (Sheedyová- Kurcinková 1991, s. 231).

Prosredie školy, neustále sa zvyšujúce požiadavky školy to všetko vytvára situácie, ktoré si vyžadujú prispôbenie. To je však u detí s ADHD/ADD omnoho ťažšie v porovnaní s intaktnými deťmi. Výsledky výchovno vzdelávacieho procesu nie sú závislé iba od jedinca, ale i od

rodiny, zvláštnosti školskej triedy, školy a učiteľského zboru. K uľahčeniu adaptácie dieťaťa s ADHD/ADD na jednotlivé zmeny je vhodné zabezpečiť určité podmienky, ako napr. nižší počet žiakov, asistent pedagóga a ďalšie, ktoré sme už spomenuli v prvej kapitole. V škole sa vytvára nový typ vzťahov medzi vrstovníkmi, medzi učiteľom a žiakmi. Postoj k školským povinnostiam a zapojenie sa do samotného procesu učenia v nemalej miere ovplyvňuje osobnosť učiteľa., Deti a mladiství potrebujú učiteľa ako celistvého človeka, osobnosť s ľudským vzťahom, s porozumením pre triedu i pre osobné problémy jednotlivých žiakov“ (Čáp, Mareš 2001, s.265). K vytvoreniu vhodnej klímy v škole majú výrazny vplyv vzťahy rodičov a učiteľov. Na základe ktorých si dieťa formuje postoj k škole a školským povinnostiam. Výchova detí je veľmi náročná založená na dôslednosti a pokojnom vedení. Mat' v triede hyperaktívne dieťa a úspešne ho zvládnuť vyžaduje vlastnosť pedagogického taktu, schopnosti vcítiť sa do problému dieťaťa, dokázať ho motivovať a podporovať v jeho úsilí. Za neúspechy ho neodsudzovať a nepodceňovať. Aby mohol všetky tieto aspekty naplniť potrebuje mať dostatočný prehľad a znalosti. Učiteľ, ktorý je dostatočne oboznámený s metódami a prístupmi k žiakovi s ADHD/ADD dokáže predchádzať nežiadúcim prejavom správania týchto detí a vie zareagovať na problémy v ich vzťahoch. Práca s takýmto dieťaťom je nesmierne náročná nielen pre učiteľov, ale aj pre rodičov. Pre dosiahnutie úspechu je nevyhnutná a veľmi dôležitá spolupráca rodiny, školy i poradenského zariadenia, ktoré poskytuje potrebné odborné informácie a usmerňuje celý proces reedukácie.

Špeciálne pedagogické odporúčania, ktoré je potrebné uplatňovať vo výchove a vzdelaní dieťaťa s ADHD/ADD zároveň dávajú samotnému učiteľovi zamyslieť sa nad vlastným prístupom, postupmi, formami, ktoré využíva vo výchove a vzdelávaní žiaka s poruchou a ich možnou zmenou. Aby sa stal vyučovací proces pre dieťa prítiahlivejší a slúžil svojmu účelu je vhodné dodržiavať nasledovné zásady: (Jucovičová, Žáčková, 2010).

- dosiahnuť pravidelnosť denného režimu v školskom aj domácom prostredí

Matky detí s hyperkinetickou poruchou vypovedajú o tom, že deťom vyhovuje pravidelnosť a systematickosť pri práci, nebráni sa tak spolupráci ako, keď sa sním pracuje sporadicky. (Pokorná, 2010)

- v škole mať žiaka neustále na očiach, najlepšie v prvej lavici pred katedrou učiteľa, čím sa zabezpečí možnosť individuálneho prístupu a zároveň eliminácia rušivých vplyvov okolia. Experimentujeme s usporiadaním lavíc občas deti presadíme - sledujeme efekt. Harmonizujeme prostredie.

- informácie a príkazy dávať jasne a cielene, primerane štrukturovať požiadavky. Používame priame, krátke výstižné vety. Meníme intenzitu hlasu. Dôležité pokyny posilníme pomocou vizuálneho, alebo telesného kontaktu.

- umiestniť na pracovnú plochu len tie pomôcky, ktoré dieťa na prípravu nevyhnutne potrebuje,

- počas učenia robiť kratšie prestávky, striedať pracovné aktivity s relaxačnými. Pri silnom nepokoji na vyučovaní je možné zaradiť uvoľňovacie sekvencie, pomocou hier zameraných na telo, prípadne na istý čas opustiť lavicu (relaxačný kútik).

- náročnejšie úlohy rozkrokovat' na sekvencie jednoduchších krokov, ktoré dieťa vypracuje samostatne a ďalej pokračovať až po zvládnutí čiastkovej úlohy. Chyby opravíme hneď, aby sa neopakovali, odmeňujeme aj pohotovosť a snahu, nie len výsledok.

- počítat' s duplicitným časom. Pri ústnom overovaní nenaliehame na pohotovú odpoveď, snažíme sa byť ústretoví. U časovo limitovaných písomných prácach, nehodnotíme ako chybovať čo dieťa nestihne dokončiť, uprednostníme kvalitu pred kvantitou. Pri matematických ulohách umožníme zrkovú oporu predpísaním príkladov, odlišíme tak chyby spôsobené neschopnosťou udržať v pamäti zadanie príkladu.

- všetky informácie podávať multisenzorickými postupmi, informácie vyznačovať farebne, čo najviac používať názor. Učíme dieťa dávať pozor na neverbálne podnety, aby lepšie udržali pozornosť, poskytujeme často spätnú väzbu o ich správaní_ aj pozitívnu. Ak dieťa oslovíme pozeráme naň.
- umožniť dieťaťu akúkoľvek fyzickú aktivitu, ktorá napomôže pri odbúrání napätia a stresu (rozdávanie zošitov, umývanie tabule, podávanie pomôcok).Necháme mu prevziať za niečo zodpovednosť, necháme mu pocítiť, že jeho príspevok je pre triedu dôležitý, povzbudíme rodičov, aby to uskutočňovali aj doma.
- pri práci dodržiavať vytrvalosť a dôslednosť,
- dostatočne skoro si stanoviť presné hranice.Zostavíme jasný rozvrh činností a napíšeme pre každého zrozumiteľné, krátke pravidlá správania sa v škole, alebo mimo nej i dôsledky za ich nedodržanie
- osvedčilo sa uzavrieť s dieťaťom dohodu, v ktorej sú pravidlá záväzné pre obe strany (dieťa tak môže predvídať, čo bude nasledovať po splnení alebo nasplnení určitej úlohy a má motiváciu),
- mať pozitívny prístup, navodiť celkovo dobrú atmosféru a tým sa vyhnúť vyhraneným konfliktom.Pri rušivom a neprimeranom správaní dieťaťa zostaneme pokojný a nezvyšujeme hlas.Napomínať, nadávať, alebo viesť diskusie v danej chvíli je nezmyselné.Počkáme až sa dieťa upokojí potom predebátujeme, prípadne navrhujeme ako by mohlo reagovať inak.
- viditeľná snaha a dobrá vôľa i malé pokroky, by mali byť ocenené.Pravidelne a systematicky oceňovať vhodné správanie (vhodné vyriešenie konfliktu, zvládnutie situácie,pomoc spolužiakovi a pod.)

Pri práci s deťmi s ADHD/ADD je veľmi dôležité trvať na dodržiavaní týchto zásad a nestrácať nádej, hoci pokroky sú len malé. Aj za malý úspech je potrebné dieťa pochváliť a povzbudiť ho hoci vieme, že opäť prídu „horšie dni“, ktoré budú stáť rodičov, učiteľov i dieťa veľa námahy a trpezlivosti. A hoci to možno navonok vyzerá inak, aj tieto deti očakávajú podporu, pochopenie a túžia po našej pozornosti, aj keď to prejavujú neprimeraným spôsobom. Svoje prejavy nedokážu ovládať a nerobia to vedome alebo schválne, preto nie je vhodné ich za takéto správanie trestať. Práve v týchto chvíľach je pre dieťa nesmierne dôležitý pocit bezpečia a lásky zo strany rodiny a blízkeho okolia.

PRAKTICKÁ ČASŤ

5. JEDNOTLIVÉ POSTUPY PRIESKUMU

Nie všetky príznaky sa vyskytujú u všetkých detí s ADHD. Môže sa vyskytnúť len skupina prejavov s rôznou intenzitou a frekvenciou. Preto aj samotný proces vzdelávania a výchovy takéhoto dieťaťa je špecifické a vyžaduje si individuálny prístup.

5.1 Ciele prieskumu

Hlavný cieľ:

V rámci prieskumu sme sa zamerali na analýzu vplyvu jednotlivých prejavov ADHD poruchy na celkové vzdelávanie, prácu a správanie integrovaného žiaka v škole aj v domácom prostredí.

Vedľajšie ciele:

- Zistiť najviac vyskytujúce sa problémy ovplyvňujúce pozornosť dieťaťa.
- Zistiť príčiny neprimeraných prudkých reakcií, ktorých dôsledkom často býva agresivita či už v škole alebo doma.
- Zistiť do akej miery zainteresovaný dodržiavajú dohodnuté postupy a pravidlá.

5.2 Hypotézy prieskumu

H1: Predpokladáme, že väčšina rodičov hodnotí integráciu žiaka s ADHD do bežnej ZŠ ako prínosnú.

H2: Predpokladáme, že podľa rodičov je najčastejším prejavom v správaní dieťaťa s ADHD je impulzivita, časté zmeny nálad a problémy v rovesníckom kolektíve.

5.3 Prieskumná vzorka

V prieskumnej časti zameranej na prípadové štúdie štyroch detí, ktoré sú integrované s diagnózou ADHD na prvom stupni ZŠ Škultetého v Topolčanoch. Prostredníctvom rodičov a triednych učiteľov a špeciálneho pedagóga sme mohli uskutočniť rozhovor a vyplniť dotazník.

5.4 Metódy prieskumu

V snahe získať čo najviac informácií o dieťati zo všetkých možných zdrojov sme využili v našom prieskume viacero metód, a to : pozorovanie, neriadený rozhovor, dotazník. Vďaka ktorým sme mohli vyvodiť relatívne závery a potvrdiť, alebo vyvrátiť hypotézy.

Metóda literárna: Štúdiom a prácou s literárnymi prameňmi zaoberajúcimi sa výskumnou problematikou sme získali cenné informácie a poznatky pre náš prieskum.

Metóda pozorovania: Spôsob skúmania pomocou ktorého sa oboznamujeme spriechom nejakého deja, udalosti alebo správania človeka. Môže sa uskutočňovať v prirodzených, alebo upravených podmienkach. Prebieha všade kde dochádza k interakcii medzi deťmi, deťmi a dospelými, kde sa dieťa neakým spôsobom prejavuje. Pozorovanie môže byť krátkodobé, dlhodobé, náhodné, systematické. V našom prieskume sme realizovali náhodné pozorovanie. Podľa Zelinkovej (2001) náhodné pozorovanie môže mať signálny význam, upozornenia na možný výskyt určitého javu.

Metóda rozhovoru: Zvolili sme si formu voľného rozhovoru, ktorý sme viedli s rodičmi a pedagógmi nami sledovanou prieskumnou vzorkou ako aj so špeciálnym pedagógom poradenského zariadenia. Obsahom rozhovoru boli otázky zamerané na konkrétne prejavy a správanie detí v škole a doma. Počas

realizácie rozhovoru bolo nutné zaistiť kľudné a príjemne prostredie. V priebehu je nutné robiť si poznámky.

Metóda dotazníka: Táto empirická metóda umožňuje získať potrebné informácie v krátkom čase a zabezpečuje sprostredkovaný komunikačný kontakt medzi výskumníkom a respondentom. Pozostáva zo súboru otázok, ktorými sa skúmajú názory respondentov na javy a procesy, ktoré sú v centre záujmu výskumníka (László, 2003).Náš dotazník nezávisle od seba vyplnili rodičia i triedny učitelia, ktorí s deťmi pracujú. Získane výsledky nám umožnili zmapovať frekvenciu a intenzitu jednotlivých prejavov správania.

5.5 Spracovanie údajov

Získane údaje sme spracovali pomocou nasledovných metód:

Metóda analýzy a syntézy: Zaoberajú sa rozborom už hotového materiálu. Syntéza sa chápe ako opätovné zjednocovanie prvkov na celok. Uvedené metódy sme využili pri kvalitatívnom spracovaní a vyhodnocovaní získaných faktov a údajov, pri zisťovaní vzťahov a poznatkov vyplývajúcich z odpovedí respondentov.

Metóda štatistického spracovania faktov:Uvedená metóda patrí spolu s typologickým a porovnávacím spôsobom medzi základné spôsoby kvantitatívneho spracovania výskumného materiálu.Na zverejnenie štatistických údajov sme použili grafy vytvorené v programe Excel.

6. VÝSLEDKY PRIESKUMU A ICH INTERPRETÁCIA

6.1 Prípád č.1

Miloš je 8- ročný chlapec, ktorý je v súčasnej dobe integrovaný v druhom ročníku ZŠ ako dieťa s ADHD s pridruženou poruchou učenia (dyslexia) .

Z rozhovoru s rodičmi

Anamnéza dieťaťa: matka bola počas tehotenstva sledovaná pre hypertenziu, pôrod prebehol cisárskym rezom, bez komplikácií. V detstve (do 3 rokov) opakovane prekonal zápal dýchacích ciest (mal 10x zápal priedušiek) . V šiestich mesiacoch mal zlomeninu pravej ramennej kosti ako dôsledok dopravnej nehody. Ďalšiu dopravnú nehodu prekonal v štyroch rokoch a jej dôsledkom bol slabý otras mozgu. Do šiestich rokov utrpel väčšie množstvo menších úrazov ako dôsledok výraznej instability (mal odreniny, zlomenú ruku a nohu, ľahšie úrazy hlavy). Matka uvádza, že počas tejto doby absolútne nedokázal odhadnúť možné nebezpečenstvo a vyžadoval neustály dozor. Ako trojročný bol hospitalizovaný s febrilnými kŕčmi a krátkodobou stratou vedomia. V súčasnej dobe sledovaný psychológom, detským neurológom, alergológom, špeciálnym pedagógom. Neurológ a psychológ sa zhodujú na tom, že u dieťaťa je prítomná disociácia neuropsychického vývinu v neprospech rečových funkcií.

Neurologické vyšetrenie potvrdilo na základe CT nálezu diagnózu ADHD, výrazné kolísanie pozornosti, neschopnosť koncentrácie a výraznú pohyblivosť.

Psychologické vyšetrenie poukazuje na dysproporčné rozloženie úrovne jednotlivých psychických funkcií a procesov. Pokles výkonu sa vyskytuje v zložke krátkodobej pamäte (verbálnej aj akustickej), v zložke verbálneho uvažovania a abstraktno- vizuálneho uvažovania. Kvantitatívne uvažovanie je

priemerné. Pri práci badateľná neposednosť, nestálosť výkonov, dekoncentrácie pozornosti.

Špeciálnopedagogické vyšetrenie potvrdilo, že u dieťaťa sa vyskytujú deficity v oblasti zrakovej a sluchovej percepcie, v pravo-ľavej a priestorovej orientácii, problémy so zameraním a udržaním pozornosti. Má ťažkosti aj vo vizuomotorickej koordinácii. Grafomotorické testy poukazujú na organickú etiológiu. Čo sa týka školských zručností, boli zistené výrazné deficity v čítaní a písaní. Vôbec nie je osvojený proces analýzy a syntézy. Nemá zafixované všetky písmená a mýli si hlásky tvarovo podobné (m,n,u) a zrkadlové (b,d,p). Pri čítaní nerozlišuje dĺžku slabík, zamieňa poradie hlások a slabík v slove alebo vynecháva hlásky. Často domýšľa konce slov podľa zmyslu čítaného textu. Číta monotónne, bez intonácie, s problémami číta aj dvojslabičné slová. Vyskytuje sa u neho dvojité čítanie. Pri čítaní je badateľný motorický nekľud, neurotické prejavy a vysoká miera unaviteľnosti. Čítací výkon je výrazne podpriemerný a nezodpovedá intelektovým schopnostiam dieťaťa. Odpis textu zvláda len s pomocou, prepis nezvláda vôbec. Diktát písať odmieta.

Na základe týchto skutočností a po konzultácii s triednou učiteľkou bolo navrhnuté, aby dieťa opakovalo 1. ročník, s čím však rodičia nesúhlasili. Žiakovi bola navrhnutá individuálna integrácia v bežnej triede ZŠ, pričom má vypracovaný IVP zo slovenského jazyka. Cieľom je, aby si zafixoval všetky hlásky, zvládol proces analýzy a syntézy pri čítaní, naučil sa pracovať s textom a aby čítanie bolo efektívne. Potom bude možné zamerať sa na jeho grafický prejav a písanie diktátov.

U Miloša sa prejavujú problémy v správaní v škole i doma. Preto bolo potrebné upraviť pracovné prostredie a trvať na dodržiavaní režimu nielen v škole, ale aj v domácom prostredí.

Prejavy dieťaťa v domácom prostredí: podľa rodičov je ťažko ovplyviteľný, odmieta sa učiť a pripravovať do školy. Často si vynucuje rôzne pre neho obľúbené činnosti plačom, pri nesplnení požiadaviek je agresívny, ničí hračky, na verejných miestach vedome upútava pozornosť nevhodným správaním. Matka sama priznala, že v niektorých situáciách bola taká zúfalá, že mu ustúpila a požiadavky radšej splnila. Poradenské zariadenie jej navrhlo

navštíviť s dieťaťom detského psychiatra, čo však odmietla. Navštevuje však pravidelne psychológa a špeciálneho pedagóga.

Z rozhovoru s triednym učiteľom

Prejavy žiaka v školskom prostredí: neustále vykrikuje, vrtí sa, vybieha z lavice, čím vyrušuje svojich spolužiakov. Nevie nájsť svoje pomôcky a učebnice, pri práci vyžaduje neustály dozor, veľmi rýchlo sa unaví, často sa dostáva do konfliktov so spolužiakmi. Pri vysvetľovaní nového učiva potrebuje dlhší čas na jeho pochopenie a viac príkladov na precvičenie. Jeho zošity sú neúhlľadné, často aj pokrčené a špinavé. Na výsledku práce mu nezáleží a rýchlo stráca záujem o akúkoľvek činnosť.

Z rozhovoru so špeciálnym pedagógom poradenského zariadenia

Zmeny navrhnuté v školskom prostredí: umiestniť žiaka v triede do prvej lavice, blízko učiteľky. Tu mu môže najľahšie zabezpečiť potrebný individuálny prístup a zároveň sa eliminuje vplyv rušivých podnetov. Jeho práca je rozdelená na viac kratších úsekov a je striedaná s ľahšími činnosťami. Ide hlavne o činnosti, ktoré mu umožnia pohyb a v triede ich aj tak musí niekto vykonávať, takže nevzbudzujú pozornosť ostatných žiakov (napr. zotieranie tabule, rozdávanie zošitov, podávanie pomôcok učiteľovi, atď.).

Zmeny navrhnuté v domácom prostredí: stanoviť si spolu s dieťaťom denný režim a čo najdôslednejšie ho dodržiavať. Presne určiť kedy je čas na prípravu do školy, kedy na oddych, na hry a ostatné obľúbené činnosti. Dohodnúť sa z dieťaťom na tom, že obľúbené činnosti bude vykonávať až po splnení povinností. Nevhodné správanie dieťaťa nepodporovať splnením požiadaviek len preto, aby „bol klud“. Vysvetliť mu vždy každú situáciu, ktorú nezvláda a pomôcť mu nájsť prijateľnú formu konania a správania na dosiahnutie cieľa.

Výstup, analýza, záver

Ako uvádza učiteľka môžeme konštatovať, že u Miloša nastalo výrazné zlepšenie hlavne vo vyučovacích výsledkoch. Veľké úspechy dosiahol v slovenskom jazyku, hlavne v čítaní. Začal samostatne čítať, dokonca sa dožadoval od matky nových kníh. Dosiahnutie úspechu a zvýšenie sebavedomia má za následok určité zlepšenie správania v škole. Miloš pracuje podľa presne určeného režimu a jeho dodržiavanie mu pomohlo v utváraní určitého systému v práci a v učení. A to je dôležitým predpokladom na dosiahnutie ďalších úspechov. Hyperaktivita a impulzívne správanie sú podľa učiteľky oveľa lepšie zvládnuteľné.

V domácom prostredí sú úspechy o niečo menšie. Rodičia sú veľmi pracovne vyťažení a priznali, že dodržiavanie režimu doma je skôr sporadické. To spôsobuje u dieťa pocit neistoty, zmätku a prakticky mu znemožňuje určitým spôsobom si zorganizovať čas i činnosti doma. Preto doma naďalej pretrvávajú problémy pri učení, odmietanie povinností a problémové správanie. Na Milošovom zlepšení v škole má významný podiel snaha zo strany učiteľky, ktorá sa snaží dieťaťu pomôcť, spolupracuje so školským špeciálnym pedagógom i s poradenským zariadením. Jej snahu rodičia veľmi oceňujú. Obidve strany vnímajú zlepšenie vzájomných vzťahov.

V rámci integrácie boli pre žiaka navrhnuté zmeny v systéme práce v škole. Žiak je v škole v blízkosti učiteľky, prácu má rozdelenú do určitých časových blokov, ktoré sa striedajú s relaxačnými činnosťami. Vzdelávacie problémy žiaka a jeho výkyvy v správaní boli eliminované tým, že časové úseky počas ktorých je žiak v triede nezvládnuteľný, pracuje s ním individuálne asistent učiteľa, školský psychológ alebo špeciálny pedagóg. V škole má zostavený na jednotlivé dni presný harmonogram činnosti, ktoré bude vykonávať, čím sa pre neho sprehľadnili jeho povinnosti a dokáže lepšie odhadnúť čas na relax a obľúbené činnosti. Podľa slov učiteľky mu tento systém práce vyhovuje a v rámci možností sa zlepšilo aj jeho správanie a vzťahy so spolužiakmi. Žiak sa stal menej rušivým pre ostatných spolužiakov. Začlenenie žiaka môžeme

považovať za úspešné, pretože výrazne napomohlo zlepšeniu jeho vzdelávacích výsledkov a pomohlo aj pri eliminácii nežiadúcich prejavov v správaní.

6.2 Prípád č.2

Patrik má 9 rokov a v súčasnej dobe je integrovaný v druhom ročníku ZŠ ako žiak s poruchou správania (ADHD), so symptómami porúch učenia (dyslexia, dysgrafia) a narušenou komunikačnou schopnosťou. Navštevuje triedu pre žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou, kde je 12 žiakov. Nízky počet žiakov v triede umožňuje učiteľovi uplatniť požadovaný individuálny prístup a žiak má lepšie podmienky na integrované vzdelávanie.

Z rozhovoru s rodičmi

Anamnéza dieťaťa: dieťa bolo narodené pradžasne v 7. mesiaci tehotenstva. Od narodenia sledovaný urológom- dg. Hydronefróza. Prekonal bežné detské ochorenia. Od ranného predškolského veku bol sledovaný psychológom a logopédom pre výraznú instabilitu a narušený rečový prejav. Z uvedených dôvodov mal o 1 rok odloženú školskú dochádzku. Výraznejšie problémy nastali až po nástupe do školy. V tomto období došlo aj k odlúčeniu rodičov a k odchodu otca od rodiny.

V súčasnej dobe je sledovaný psychológom, detským psychiatrom, logopédom a špeciálnym pedagógom. Pravidelne navštevuje terapeutické sedenia u detského psychiatra a korekcie u špeciálneho pedagóga.

Psychologické vyšetrenie potvrdilo ľahko odkloniteľnú pozornosť, celkovo znížené psychomotorické tempo, pri práci pretrvávajúci motorický nekľud, problémy so zameraním a udrжанím pozornosti. Intelektový výkon výrazne dysproporčne profilovaný (výraznejší pokles v zložke abstraktno-vizuálneho uvažovania, slabšia úroveň pamäte).

Psychiatrické vyšetrenie poukazuje na výraznú instabilitu, impulzivitu, nástojčivosť v správaní. Pri vyžadovaní dlhšej sústredenej činnosti je badateľný motorický nekľud, odmietanie činnosti až neurotické prejavy. Len s problémami reaguje na inštrukcie, často sa javí až deštruktívne (doslova sa „rúti“ cez ľudí i predmety) bez potreby ospravedlniť sa, či nápravy predmetov.

Svoje správanie dokáže čiastočne korigovať, pokiaľ je kľudne upozornený a dôsledne kontrolovaný. Je zaznamenané výberové reagovanie na inštrukcie (splní len tie pokyny, ktoré sú pre neho ľahké a vykonáva ich rád). Všetky prejavy správania (hyperaktivita, impulzivita) spolu s poruchou pozornosti poukazujú na prítomnosť ADHD.

Terapia psychiatra je preto zameraná na korekciu neželaných prejavov správania a celkové zlepšenie sebaregulácie.

Logopedické vyšetrenie reč je výrazne dyslalická, narušená je expresívna stránka reči, v rečovom prejave sú prítomné agramatizmy. Je potrebné rozvíjať fonematickú diferenciáciu oromotoriky, vyvodzovať hlásky, fixovať a automatizovať ich vo verbálnom prejave.

Špeciálnopedagogické vyšetrenie potvrdzuje u dieťaťa deficit v oblasti sluchovej percepcie (sluchová analýza a syntéza, fonologické rozlišovanie), zrakovkej percepcie (rozlišovanie inverzných tvarov, rozlišovanie figúry a pozadia), v oblasti priestorovej a pravo-ľavej orientácie, vo vizuomotorike, slabšiu pamäť, narušenú koncentráciu pozornosti.

Vzhľadom na uvedené deficity a výrazné adaptačné problémy v škole dieťa nebolo schopné zvládnuť 1. ročník. Nakoľko poradenské zariadenie matka kontaktovala až na konci školského roku, navrhli sme, aby dieťa opakovalo 1. ročník, s čím matka súhlasila. To dieťaťu veľmi prospelo a učivo 1. ročníka si osvojil bez väčších problémov. Zvládol techniku čítania, osvojil si všetky hlásky a výrazne sa zlepšil aj grafický prejav dieťaťa. Veľkú rolu však zohrala úprava prostredia v škole i doma, stanovenie pevného denného režimu a veľmi dobre zostavený IVVP, ktorý triedna učiteľka vypracovala po konzultácii s rodinou, špeciálnym pedagógom i všetkými zainteresovanými odborníkmi.

Aj naďalej sa však v správaní dieťaťa prejavuje ADHD, sú prítomné symptómy porúch učenia (dyslexia, dysgrafia) a narušený rečový prejav.

Z rozhovoru s rodičmi

Prejavy dieťaťa v domácom prostredí: je veľmi hyperaktívny, ťažko ovládateľný, matka uvádza, že ju rešpektuje len sporadicky. Často sa dostáva do sporov alebo fyzických konfliktov so staršou sestrou. V spoločnosti dospelých

sa snaží upútať na seba pozornosť za každú cenu, je bez zábran. Veľké problémy mu v súčasnej dobe robí príprava do školy. Podľa matky sa učí denne viac ako 3 hodiny, ale len veľmi ťažko sa sústreďí a niečo si zapamätá. Táto činnosť je sprevádzaná plačom, odmietaním, niekedy afektívnymi prejavmi. Preto sa snaží učeniu vyhnúť. V domácom prostredí má vo svojich veciach neporiadok a je lenivý, spolieha sa na to, že väčšinu vecí za neho urobí sestra alebo matka.

Z rozhovoru s triednym učiteľom

Prejavy žiaka v školskom prostredí: v prostredí triedy je podľa učiteľky instabilný, vykrikuje, často sa snaží presadiť si za každú cenu svoje požiadavky a keď sa mu to nepodarí, je vzdorovitý a odmieta pracovať. Pracovné tempo je veľmi nízke, rýchlo sa unaví, pri práci potrebuje individuálnu pomoc. Často hľadá svoje veci, na lavici má neporiadok. Ľahko ho rozptýli akýkoľvek zvuk alebo predmet v okolí a citlivo reaguje na zmeny prostredia. Dobrý vplyv má na neho pochvala a povzbudenie.

Z rozhovoru so špeciálnym pedagógom poradenského zariadenia

Zmeny navrhnuté v školskom prostredí: dohodnúť sa s dieťaťom na presnom dennom režime a trvať na jeho dodržaní. Rozdeliť pre neho náročné úlohy (čítanie, odpis, prepis, gramatické cvičenia) na menšie celky, ktoré je schopný zvládnuť. Striedať prácu s oddychovými a relaxačnými činnosťami, čím sa zvýši výkonnosť a klesne instabilita. Umiestniť žiaka v priestore triedy tak, aby boli eliminované rušivé vplyvy a zároveň mu mohol učiteľ poskytnúť individuálny prístup- najlepšie v prvej lavici, blízko katedry učiteľa.

Zmeny navrhnuté v domácom prostredí: zostaviť pevný denný režim (určiť presný čas na prípravu na vyučovanie, na hru, na odpočinok) a dôrazne trvať na jeho dodržiavaní. Poveriť ho určitými úlohami, ktoré bude pravidelne plniť. Oblíbené činnosti povoliť dieťaťu len vtedy, ak splní svoje povinnosti a bude mať vo svojich veciach poriadok. Nedovoliť, aby jemu určené úlohy a povinnosti robila za neho matka alebo sestra. Prípravu na vyučovanie je vhodné rozdeliť na viac kratších časových úsekov. V prestávkach môže dieťa vykonávať obľúbenú činnosť. Dĺžku prestávky si matka s dieťaťom dohodnú

vopred. Nevhodné prejavy správania na verejnosti eliminovať tým, že je tichým, ale dôrazným hlasom upozornený. Zároveň je potrebné mu vysvetliť, že týmto spôsobom nič nedosiahne a dať mu na výber niekoľko prijateľných riešení situácie, z ktorých si môže vybrať.

Výstup, analýza, záver

V školskom prostredí si učiteľka dohodla s dieťaťom systém určitých činností a úloh, ktoré musí dodržiavať. (naučil sa hlásiť, ak chce niečo povedať, redukovalo sa vybiehanie z lavice). Patrik sa stal pomocníkom učiteľky, čo umožňuje zamestnať zmysluplnými fyzickými aktivitami a tým redukovat hyperaktivitu. Nakoľko sa Patrik vzdeláva v menej početnej skupine detí, umožňuje to učiteľke poskytnúť mu individuálnu pomoc a zároveň dôslednejšie dodržiavať režim. Prejavy dieťaťa sú menej rušivé a podľa učiteľky je ľahšie usmerniteľný. Naučil sa udržať si na pracovnej ploche relatívny poriadok, hoci občas ešte potrebuje usmernenie. Zvýšená citlivosť na vonkajšie podnety a vyššia miera unaviteľnosti naďalej pretrvávajú. Patrikovi veľmi prospelo, že sa naučil pracovať podľa režimu, pretože vie, čo bude nasledovať a tým pádom výrazne ustúpili jeho snahy o presadzovanie sa za každú cenu. Matka sa snaží dodržať režim aj v domácom prostredí. Z toho dôvodu nastalo aj tu zlepšenie situácie. Patrik má doma presne určený program na celý deň. Výrazne sa zlepšila situácia čo sa týka domácej prípravy na vyučovanie. Učí sa v kratších časových úsekoch a keďže týmto spôsobom postupuje aj v škole, nerobí mu to väčšie problémy. Má pridelené povinnosti, ktoré musí denne plniť a hoci sa im niekedy snaží vyhnúť, matka sa snaží byť dôsledná. Naučil sa upratať si svoju izbu bez pomoci matky alebo sestry. Čo sa týka nevhodných prejavov správania, tieto sa do určitej miery redukovali, majú miernejší priebeh a podľa matky sú ľahšie zvládnuteľné. Matka však hovorí, že správanie Patrika je ešte stále dosť nepredvídateľné.

Zmena systému práce a štrukturalizácia činností v škole i domácom prostredí žiakovi výrazne prospeli. Opakovanie 1, ročníka a zlepšenie vzdelávacích výsledkov napomohli odstrániť väčšinu neželaných prejavov správania v škole.

Nadalej je potrebné pristupovať k žiakovi individuálne a akceptovať jeho špeciálne výchovno – vzdelávacie potreby, nakoľko prejavy poruch učenia pretrvávajú. Činnosti v škole, ktoré sú pre neho náročné, sú rozdelené na čiastkové úlohy, ktoré sa striedajú s ľahšími úlohami. Triedna učiteľka potvrdila, že integrácia jej umožnila vytvoriť žiakovi také podmienky na prácu, ktoré mu umožnia dosiahnuť optimálne výsledky a zároveň akceptovať jeho špecifiká.

6.3 Prípad č.3

Dominik je 8- ročný chlapec, ktorý je integrovaný ako žiak s poruchou správania (ADHD) s pridruženými poruchami učenia (dyslexia, dysgrafia). Integrácia prebieha v 1. ročníku ZŠ. Dominik 1. ročník už navštevoval, ale pre výraznú neprispôsobivosť a problémy v učení preradený do nultého ročníka. V priebehu jedného školského roka dvakrát zmenil školu. Mal výrazné problémy v správaní nielen v škole, ale aj v domácom prostredí. V tomto období začal navštevovať terapie detského psychiatra.

Z rozhovoru rodičov

Anamnéza dieťaťa: tehotenstvo matky rizikové, po pôrode bol kriesený. Prekonal bežné detské ochorenia. Už v predškolskom veku bol sledovaný psychológom pre hyperaktivitu. Výrazné zhoršenie najmä v správaní, nastalo po nástupe do ZŠ. Prejavila sa agresivita, impulzivita a problémy v učení. Matka žije so synom sama a chlapec ju takmer vôbec nerešpektuje.

Psychologické vyšetrenie poukazuje na dysproporčné rozloženie intelektových schopností- výkon vo verbálnej časti je nerovnomerný. Slabšia je aj úroveň vizuomotorickej koordinácie. Grafický prejav nesie známky organicity. Celkové psychomotorické tempo je znížené. V popredí celkového prejavu je výrazná psychomotorická instabilita a porucha koncentrácie pozornosti, čo poukazuje na syndróm ADHD.

Psychiatrické vyšetrenie hovorí o detskej osobnosti so sklonmi k agresivite a impulzívnemu správaniu. Fyzická i verbálna agresivita sa

prejavuje nielen v škole, kde je smerovaná žiakom i učiteľom, ale aj v domácom prostredí, kde je smerovaná hlavne proti matke. Je veľmi citlivý na podnety a jeho reakcie sú neprimerané. Pri činnosti vyžadujúcej zvýšenú pozornosť sa vyskytujú neurotické prejavy- tiky tváre i celého tela, hryzenie nechťov, žmolenie oblečenia. Rýchlo a nepredvídateľne mení náladu a jeho správanie je nestále. Psychiater navrhol psychoterapiu spojiť s medikamentóznou liečbou, čo však matka odmietla. Psychoterapia je zameraná na reguláciu správania a úpravu vzťahu matky a syna.

Špeciálnopedagogické vyšetrenie potvrdzuje, že u dieťaťa sa vyskytujú výrazné oslabenia v oblasti zrakovej a skuchovej percepcie. Deficity sú aj vo vizuomotorike, priestorovej i pravo- ľavej orientácii a v oblasti pamäte. Má problémy so zameraním a udržaním pozornosti. Pri práci je badateľná dekoncentrácia pozornosti a motorický neklud. Uvedené oslabenia výrazne ovplyvňujú výkony dieťaťa v škole a spôsobujú jeho zlyhávanie, čo má za následok preťaženie a problémové správanie. Je potrebné konštatovať, že dieťaťu veľmi prospelo absolvovaním nultého ročníka, pretože došlo k posilneniu výkonov v oslabených oblastiach a tým sa zlepšili predpoklady na zvládnutie školských požiadaviek. Učivo 1. ročníka zvláda bez väčších ťažkostí, problémy so správaním však naďalej pretrvávajú.

Z rozhovoru s rodičmi

Prejavy dieťaťa v domácom prostredí: podľa matky ťažko zvládnuteľný, tvrdohlavý, za každú cenu sa snaží dosiahnuť svoje požiadavky. Vyskytujú sa prejavy agresivity (hlavne slovej) voči matke a jej priateľovi. Tieto prejavy sa vystupňovali hlavne v období, keď matka čakala ďalšie dieťa. Dominik sa vulgárne vyjadroval na jej adresu a niekoľko krát ju udrel do brucha. Po narodení dieťaťa sa situácia zlepšila, dokonca si k sestre vytvoril veľmi pekný vzťah. Problémy v správaní však naďalej pretrvávali. Matka sama priznala, že po narodení dieťaťa „nemá na neho nervy „a nezvláda ho. Aby mala klud, nechá ho robiť čo chce, čím ešte posilňuje nevhodné správanie.

Z rozhovoru s triednym učiteľom

Prejavy žiaka v školskom prostredí: podľa učiteľky je neposedný, často vykrikuje, vyrušuje ostatných pri práci. Svoje veci má rozhádzané po celej triede, neustále niečo hľadá. Často vyvoláva konflikty, bije sa, pri hádkach používa vulgárne výrazy. Nerešpektuje pokyny učiteľa, často sa správa negativisticky a odmieta pracovať. Pri práci vždy potrebuje individuálnu pomoc a usmernenie. Rýchlo sa unaví a potom stráca záujem o prácu. Pochvala a dobré známky nie sú pre neho motiváciou, na výsledku práce mu väčšinou nezáleží. Je ochotný pracovať, ak môže potom vykonávať obľúbené činnosti.

Z rozhovoru so špeciálnym pedagógom poradenského zariadenia

Zmeny navrhnuté v školskom prostredí: keďže žiak sedel v poslednej lavici, navrhli sme jeho umiestnenie v triede do prvej lavice blízko učiteľa. Dôležité je dohodnúť si so žiakom pravidlá a dôsledne trvať na ich dodržaní. Je potrebné zostaviť mu presný harmonogram činností (denný režim). Dohliadnuť, aby mal na lavici len tie pomôcky, ktoré momentálne potrebuje a trvať na tom, by mal ostatné veci uložené na určenom mieste. Počas hodiny striedať prácu s oddychovými činnosťami, prácu rozdeliť na kratšie a menej náročné úseky.

Zmeny navrhnuté v domácom prostredí: vytvoriť aj doma v rámci možností režim a snažiť sa dodržať ho (určiť si čas na učenie, na hru, na oddych, a pod.). Poveriť ho drobnými povinnosťami, ktorými môže matke pomôcť a obľúbené činnosti mu povoliť až po splnení povinností. Na výbuchy agresivity nereagovať vyhrážkami, zákazmi alebo fyzickým trestom, ale prejaviť náklonnosť, objasniť ho, dať mu pocit istoty. Zároveň mu treba vysvetliť situáciu pomôcť mu nájsť prijateľné varianty riešenia.

O plnení povinností vyplývajúcich z dohodnutého režimu s dieťaťom nediskutovať, jednoducho trvať na jeho dodržaní.

Vystup, analýza, záver

V tomto prípade sú výsledky v porovnaní s predchádzajúcimi dvoma najslabšie. Príčinou môže byť nestálosť rodinného prostredia i problematická spolupráca školy a rodiny. V školskom prostredí je situácia pomerne

komplikovaná, nakoľko problémové správanie dieťaťa a snaha učiteľky vždy to riešiť s matkou, majú za následok vyhrotenie ich vzájomného vzťahu, čo sa z obidvoch strán prejavuje aj na dieťati. Matke bolo navrhnuté umiestnenie dieťaťa do inej školy s čím ona nesúhlasila. Vyučovacie výsledky sú však s prihliadnutím na celkový stav dieťaťa pomerne dobré a matka je s nimi spokojná. Problémom naďalej zostáva správanie. Počas vyučovania je podľa učiteľky Dominik stále neposedný, ale vykrikovanie a vyrušovanie ustúpilo, keď bol presadený do prvej lavice. Týmto spôsobom sa pravdepodobne snažil upútať na seba pozornosť. Stále sa prejavuje instabilita, dekoncentrácia pozornosti, zvýšená citlivosť na vplyvy prostredia a vyššia unaviteľnosť. Je pomerne ťažké zmotivovať ho k akejkoľvek činnosti. Často odmieta pracovať a vykonávať zadanú činnosť. Dodržovanie režimu je skôr sporadické. Problémy v správaní sa najviac prejavujú počas prestávok, kedy dochádza k častým konfliktom medzi Dominikom a ostatnými deťmi- učiteľka hovorí, že sa bije, vulgárne sa vyjadruje a je agresívny. V domácom prostredí len ťažko môžeme hovoriť o dodržiavaní režimu. Naďalej pretrvávajú problémy v správaní. Matka sama priznáva, že dieťa nezvláda a zvažuje umiestnenie v diagnostickom ústave. V tomto prípade môžeme hovoriť, napriek snahe odborníkov, o úplnom zlyhaní rodinného prostredia. Napriek snahe poradenského zariadenia v tomto prípade dochádza k opakovanému zlyhávaniu rodiny.

Dodržiavanie odporúčaní poradenského zariadenia je pomerne problematické v domácom i školskom prostredí. Učiteľka ma so žiakom narušený vzťah nakoľko je častým terčom najmä jeho verbálnych útokov. Spolupráca školy a rodiny tiež nie je bez problémov. Situácia v rodine bola nestála, matka takmer vôbec nedodržiavala odporúčania poradenského zariadenia a sama priznávala, že sy nezvláda. V škole žiak pôsobil rušivo, bol neposedný a agresívny. Mal výrazné problémy aj v kolektíve rovesníkov. Rodičia jeho spolužiakov opätovne upozorňovali školu na nevhodné jeho správanie a sklony k šikane. V tomto prípade sme nezaznamenali takmer žiadne úspechy. Matke bola navrhnutá zmena školy a vzhľadom na dlhodobé problémy návrh zvažovala. Začala navštevovať pedopsychiatra za účelom usmernenia

nežiadúcich prejavov – agresivity, verbálnej i fyzickej, asociálne správanie, neprimerané sexuálne správanie s prihliadnutím na vek.

6.4 Prípado č.4

Lukáško je 9-ročný chlapec s diagnostikovaným syndromom ADHD s intelligenčnými schopnosťami nachádzajúcimi sa v pásme vyššieho nadpriemeru.

Z rozhovoru s rodičmi

Anamnéza dieťaťa: tehotenstvo matky prebehlo bez komplikácií, pôrod bol spontánny, ale komplikovaný, preťahovaný, dieťa po pôrode trpelo silnou dojčenskou žltackou. Apgar score-10. Dojčené nebolo, sedelo ako päť-mesačné, chodiť začalo jako osem-mesačné, rečový vývin v norme.

V rodine sa syndróm ADHD s vyvíjajúcou sa poruchou správania vyskytuje tak u biologického otca, ako aj u sesternice, dcéry sestry biologického otca. Matka uvádza aj informácie, získané od starej mamy dieťaťa, že podobné problematické prejavy správania sa vyskytli aj u vzdialenejších členov rodiny z otcovej strany.

V súčasnosti žije dieťa spolu s matkou už sedem rokov v novej rodine, tvorenej ešte nevlastným otcom a mladším dvoj-ročným bratom. S biologickým otcom sa stretáva sporadicky, podľa záujmu otca o dieťa. Navštevuje tretí ročník bežnej ZŠ, je naďalej integrovaný ako žiak so špeciálno-pedagogickými potrebami. Na časti vyučovania pracuje individuálne so školským psychológom. Dosahuje vynikajúce vyučovacie výsledky

Psychologické a špeciálno-pedagogické vyšetrenie zo záverov vyšetrení vyplýva, že celkové intelligenčné schopnosti dieťaťa sú profilované do pásma vyššieho nadpriemeru (WISC-137) s pridruženou výraznou poruchou pozornosti, symptomatikou syndromu ADHD, s formujúcou sa poruchou správania. Výrazná porucha pozornosti a hyperaktivita sa prejavila už v prvom roku života, pomoc psychológa matka vyhľadala, keď mal dva roky.

Jeho hyperaktivita sa prejavovala neprekonateľnou potrebou akejkoľvek pohybovej aktivity a neschopnosťou udržať pozornosť dlšie ako pár minút pri akejkoľvek činnosti, prítomné boli prvky agresivity v správaní voči sebe aj okoliu. Absentovali hrové aktivity primerané veku, jeho pozornosť bola zameriavaná čiste účelovo. Nebol schopný rešpektovať jednoduché príkazy, absentovala potreba spánku počas dňa. S dieťaťom začal pracovať psychológ a špeciálny pedagóg, formou stimulačného programu a cielených hrových aktivít. Čo dieťaťu veľmi prospelo. Do 1. ročníka ZŠ nastúpil ako integrovaný žiak vzdelávania so špeciálno-pedagogickými potrebami (na základe prevládajúcich prejavov sy. ADHD) a na vyučovaní pracoval pod dohľadom školskej psychologičky, postupoval podľa programu KUPOS a školského špeciálneho pedagóga, zvlášť na hodinách čítania, pretože od novembra čítal plynulo aj zložitejšie texty a počas týchto hodín sa najvýraznejšie prejavovala jeho porucha pozornosti a hyperaktivita, čo narúšalo priebeh vyučovania.

Okrem individuálneho vzdelávania v podmienkach školy, je odporúčaná spolupráca rodičov s ČŠPP pri stimulačných aktivitách a individuálnych a skupinových terapiách zameraných na eliminovanie nežiadúcich prejavov správania sa u dieťaťa v záťažových situáciách.

Z rozhovoru s rodičmi

Prejavy dieťaťa v domácom prostredí

najväčšie zmeny nastali po presťahovaní sa z 2-izbového bytu do rodinného domu s veľkou záhradou, kde pribudol aj pes. Lukáš je nútený brať na seba povinnosti, ktoré vyplývajú zo starostlivosti o domáce zvieratko. Po zmene prostredia a kamarátov nastali výrazné zmeny v správaní sa Lukáša voči rovesníkom. Má väčší priestor na hry s deťmi, viac pohybových aktivít, nie je nútený existovať v priestoroch bytu. Problematický je u naďalej ranný harmonogram, Lukáš naďalej pod časovým tlakom reaguje trucovito, vykonáva príkazy s nechuťou, dokonca opačne ako sa od neho očakáva.

Vzhľadom k tomu, že má sklony k technickým a elektrotechnickým činnostiam, rodičia ho stimulujú vhodnými konštruktívnymi stavebnicami (Lego, Merkúr a pod.) a obmedzujú prístup k počítaču, pretože to u neho podporovalo nežiadúce formy správania.

Z rozhovoru s triednym učiteľom

Prejavy dieťaťa v školskom prostredí

Keďže matka nastúpila do práce, Lukáš býva v školskom klube do 16tej hodiny a pracuje v krúžkoch zameraných na tvorivosť a tvorivé vyjadrenie. Je zaradený do skupiny, kde vychovávateľka spolupracuje so špeciálnym pedagógom pri aktivitách v popoludňajších hodinách.

Vyučovacie výsledky má naďalej vynikajúce, patrí medzi najlepších žiakov, rád číta, na hodinách musí byť neustále zamestnaný striedavými činnosťami, pretože pri poklese záujmu o činnosť ruší vyučovanie. Ustúpili však agresívne prejavy správania sa voči spolužiakom, pozornostné problémy síce naďalej pretrvávajú, ale sú ľahšie korigovateľné.

Z rozhovoru so špeciálnym pedagógom poradenského zariadenia

Zmeny navrhnuté v školskom prostredí

Prideliť miesto v prvej lavici, zaistiť tak individuálny kontakt s učiteľom. V prípade agresivity zachovať klud a celú situáciu sním prebrať osamote.

Zmeny navrhnuté v domácom prostredí

Striedať prácu s oddychovými a relaxačnými činnosťami. Oblúbené činnosti povoliť dieťaťu len vtedy, ak splní svoje povinnosti. Zostaviť pevný denný režim. Využiť voľno časové aktivity pre nadané deti. Posilňovať hodnotu priateľstva, brať jeho kamarátov vážne, vypočuť si zážitky ktoré s nimi prežije, pomôcť tak k naväzovaniu kamarádskeho vzťahov. Využiť niektorú z terapií.

Výstup, analýza, záver

Ako spomína učiteľka jeho reakcie dokážu vždy prekvapiť. Vie, že sa má správať slušne, nevie vyhodnotiť správne situáciu a reaguje príliš impulzívne.

Podpora a povzbudenie ho motivujú k ďalším výkonom. Je vidieť, že veľa a rád číta, jeho slovná zásoba je bohatá.

Lukáško trávi v týždni individuálne 2 hodiny so školskou psychologičkou, kde sa jeho aktivity zameriavajú na oblasti korekcie nežiadúcich prejavov správania, korekcie pozornosti a terapeutické sedenia. Tieto sedenia sú

zahŕňané do rozvrhu dlhodobo, prebieha skúšobne skupinová terapia detí a ADHD na škole, kde je zaradený aj Lukáš.

Počas týždňa dodržiava harmonogram, kde sú presne časovo vymedzené aktivity, či už krúžky, príprava do školy, pohybové aktivity. Víkendy trávi čo najviac vonku, začal preferovať pohybové aktivity, ku ktorým mal doposiaľ odpor, vyhýbal sa im. Keďže má rád zvieratká, veľa času strávi so svojim psíkom v záhrade, rešpektuje jeho potreby, dokáže sa o neho postarať, navzájom sa rešpektovať. Matka uvažuje počas letných prázdnin využiť hipoterapiu, prípadne letný tábor, do ktorého mala obavy zatiaľ Lukáša prihlásiť.

Integrácia sa v tomto prípade javí ako veľmi prospešná nakoľko u Lukáša neboli problémy s učením, podstatou bola úprava programu v škole tak aby sa dosiahla eliminácia rušivých vplyvov na vyučovanie. Žiak dostáva pracovné zadania navyše a pravidelne pracuje so školským psychológom a pedagógom. Pokiaľ bol Lukáš v škole dopredu oboznámený s činnosťami, ktoré musí ešte urobiť bol oveľa pokojnejší a ochotnejší spolupracovať. Vzhľadom k tomu, že individuálnym prístupom na vyučovaní sa u Lukáša odstránili do určitej miery nevhodné prejavy správania podmienené poruchou pozornosti a hyperaktivity, bude aj naďalej vzdelávaný ako žiak so špeciálno-pedagogickými potrebami integrovaný v podmienkach bežnej ZŠ.

6.5 Interpretácia výsledkov dotazníka

Otázky určené pre rodičov č. 1,2,3,4

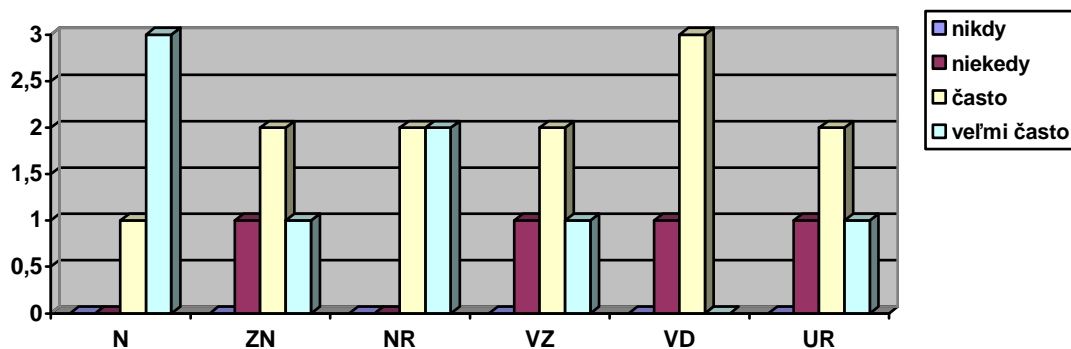
Otázky určené pre učiteľov č. 3,4

Tab. 1: Impulzivita

Možnosti	nikdy	niekedy	často	veľmi často	Počet odpovedajúcich respondentov na otázku
Prejavy					
netrzeplivosť	0	0	1	3	4
zmena nálady	0	1	2	1	4
nepriemerané reakcie	0	0	2	2	4
výbuchy zlosti	0	1	2	1	4
vyrušovanie detí	0	1	3	0	4
unáhlené reakcie	0	1	2	1	4
Spolu získaných odpovedí	0	4	12	8	

Zdroj: Analýza vlastného prieskumu

Graf 1: Frekvencia jednotlivých prejavov impulzivity.



Zdroj: Analýza vlastného prieskumu

Legenda: N – netrzeplivosť
 ZN – zmena nálady
 NR – nepriemerané reakcie

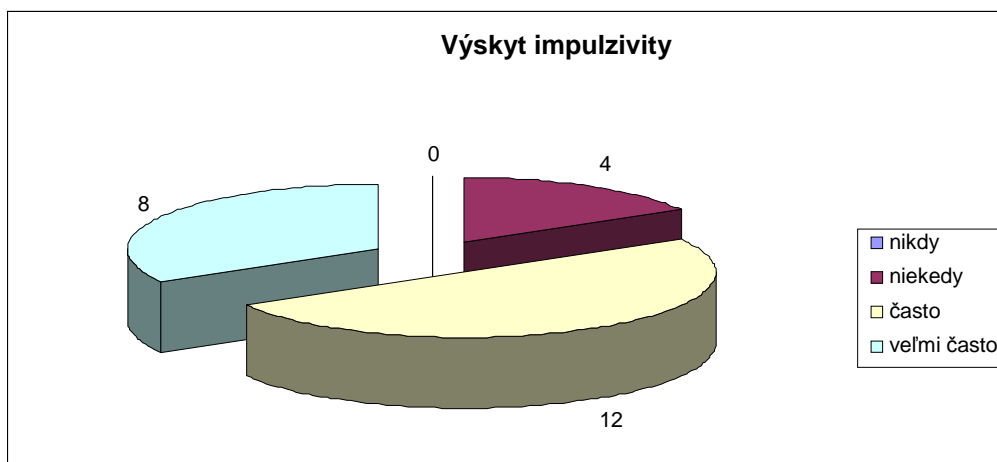
VZ – výbuchy zlosti
 VD – vyrušovanie detí
 UR – unáhlené reakcie

Prvým okruhom otázok sme sa zamerali na prejavy ovplyvňujúce impulzivitu u detí s ADHD.

Z daných výsledkov nám vyplýva, že nami vybraté prejavy uvedené v tab. č. 1 sa vyskytujú v správaní detí našej prieskumnej vzorky často až veľmi často.

Pričom odpoveď často bola uvedená 12x, veľmi často 8x, niekedy 4x a nikdy ani raz.

Graf 2: Výskyt impulzivity



Graf 2 nám poukazuje na skutočnosť, že impulzivita sa u detí s ADHD prejavuje vo zvýšenej miere.

Otázky určené pre rodičov č. 5, 6, 7, 8, 9

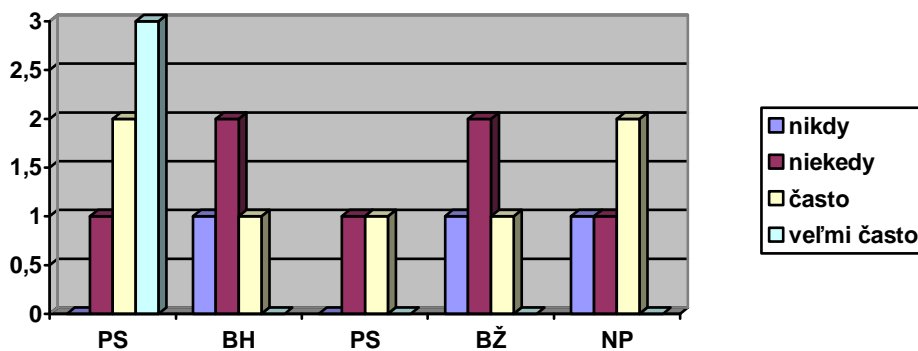
Otázky určené pre učiteľov č. 5

Tab.2: Somatopedické problémy

Možnosti	nikdy	niekedy	často	veľmi často	Počet odpovedajúcich respondentov na otázku
Prejavy					
poruchy spánku	0	1	1	2	4
bolesti hlavy	1	2	1	0	4
poruchy stravovania	0	2	2	0	4
bolesti žalúdka	1	2	1	0	4
neurotické prejavy	2	2	4	0	8
Spolu získaných odpovedí	4	8	9	3	

Zdroj: Analýza vlastného prieskumu

Graf 3: Frekvencia somatických prejavov



Zdroj – Analýza vlastného prieskumu

Legenda – PS – poruchy spánku
 BH – bolesti hlavy
 PS – poruchy stravovania
 BŽ – bolesti žalúdka

NP – neurotické prejavy

Somatopedické problémy sa podľa výsledkov dotazníka prejavujú u všetkých skúmaných detí, z toho najčastejšie trpia neurotickými prejavmi a poruchami

spánku. Veľmi časte poruchy spánku mali 2 deti, časte 1 dieťa a niekedy sa tento problém vyskytoval u jedného dieťaťa. Bolesti hlavy mali 3 deti , 2 niekedy a často 1. Poruchy stravovania u 2 deti boli časté a u ďalších dvoch sa prejavovali len sporadicky. Bolestami žalúdka trpeli niekedy 2 deti, 1 často a 1 nikdy. Neurotické prejavy potvrdili aj učitelia aj rodičia u 2 deti ako časte , u 1 iba niekedy a u 1 vôbec. Z tab.2 môžeme teda vyrozumiť, že každé dieťa z našej výskumnej vzorky trpelo nejakým somatopedickým problémom.

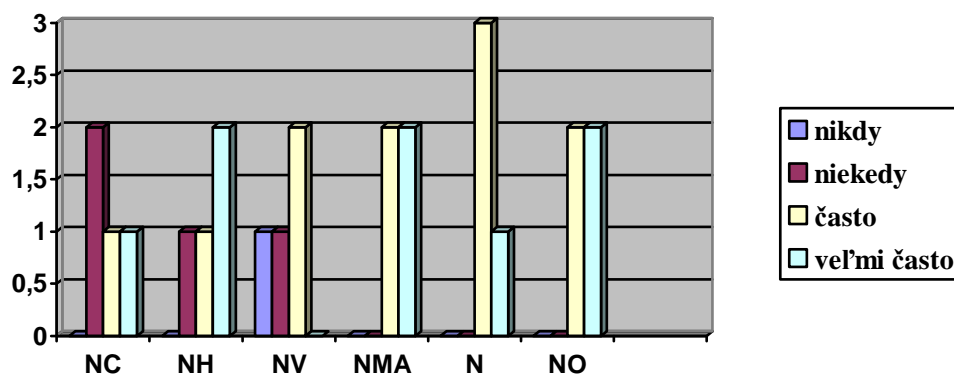
Otázky určené pre rodičov č. 10, 11, 12
 Otázky určené pre učiteľov č. 6, 7, 8

Tab. 3: Hyperaktivita

Možnosti	nikdy	niekedy	často	veľmi často	Počet odpovedajúcich respondentov na otázku
Prejavy					
nadmerná citlivosť	0	2	1	1	4
nesamostatnosť pri hre	0	1	1	2	4
ničenie vecí vo svojom okolí	1	1	2	0	4
nadmerná motorická aktivita	0	0	2	2	4
netrpezlivosť	0	0	3	1	4
neschopnosť organizácie	0	0	2	2	4
Spolu získaných odpovedí	1	4	11	10	

Zdroj: Analýza vlastného prieskumu

Graf 5: Frekvencia jednotlivých prejavov hyperaktivity



Zdroj: Analýza vlastného prieskumu

Legenda – NC – nadmerná citlivosť na vonkajšie podnety
 NH – nesamostatnosť pri hre
 NV – ničenie vecí vo svojom okolí
 NMA – nadmerná motorická aktivita
 N – nepozornosť
 NO – neschopnosť organizácie

Výskyt a frekvencia jednotlivých prejavov hyperaktivity u nami sledovanej vzorky bol častý až veľmi častý. Na nadmernú citlivosť trpeli 2 deti iba niekedy, 1 často a 1 veľmi často. Problém samostatnosti pri hre sa u 2 detí vyskytoval veľmi často, často u 1 a niekedy tiež u 1 dieťaťa. Veci vo svojom okolí ničili často 2 deti, 1 niekedy a nikdy len 1 dieťa. Nadmerná motorická aktivita sa prejavovala u všetkých detí, z toho u 2 bola veľmi častá a u ďalších 2 často. Netrpelivosť bola veľmi častým prejavom u 1 dieťaťa a častým u 3 detí. Problémy s organizáciou mali 2 deti veľmi často a 2 často.

Netrpelivosť, nadmerná motorická aktivita a neschopnosť organizácie boli najväčšími problémami nami sledovaných detí.

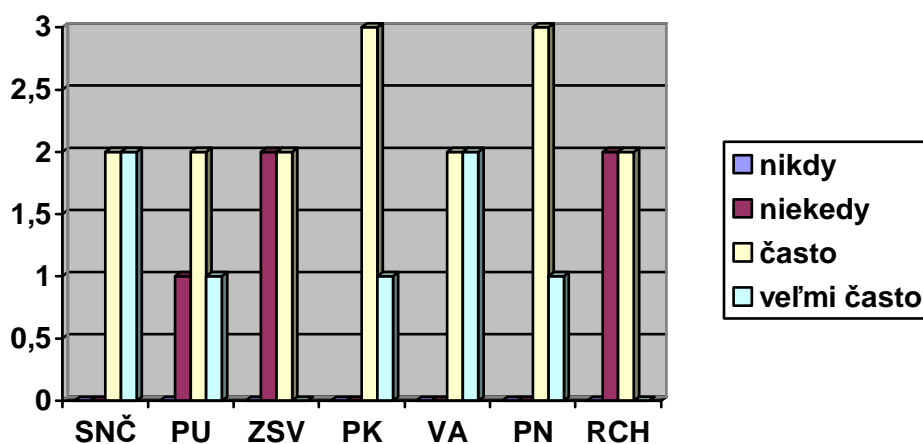
Otázky určené pre rodičov č.13, 14, 15
 Otázky určené pre učiteľov č. 9, 10, 11, 12

Tab. 4: Poruchy pozornosti - učenie

Možnosti	nikdy	niekedy	často	veľmi často	Počet odpoved. respondentov na otázku
Prejavy					
striedanie a nedokončenie činností	0	0	2	2	4
problémy s učením	0	1	2	1	4
zábudlivosť, strácanie vecí	0	2	2	0	4
problémy s koncentráciou	0	0	3	1	4
vyhýbanie sa aktivitám vyžadujúcich zvýšene sústredenie	0	0	2	2	4
prejavy neprítomnosti	0	0	3	1	4
robenie chýb v dôsledku nepozornosti	0	2	2	0	4
Spolu získaných odpovedí	0	5	16	7	

Zdroj: Analýza vlastného prieskumu

Graf 6: Frekvencia jednotlivých prejavov porúch pozornosti



Zdroj: Analýza vlastného prieskumu

Legenda – SNČ – striedanie a nedokončenie činnosti

PU – problémy s učením

ZSV – zábudlivosť, strácanie vecí

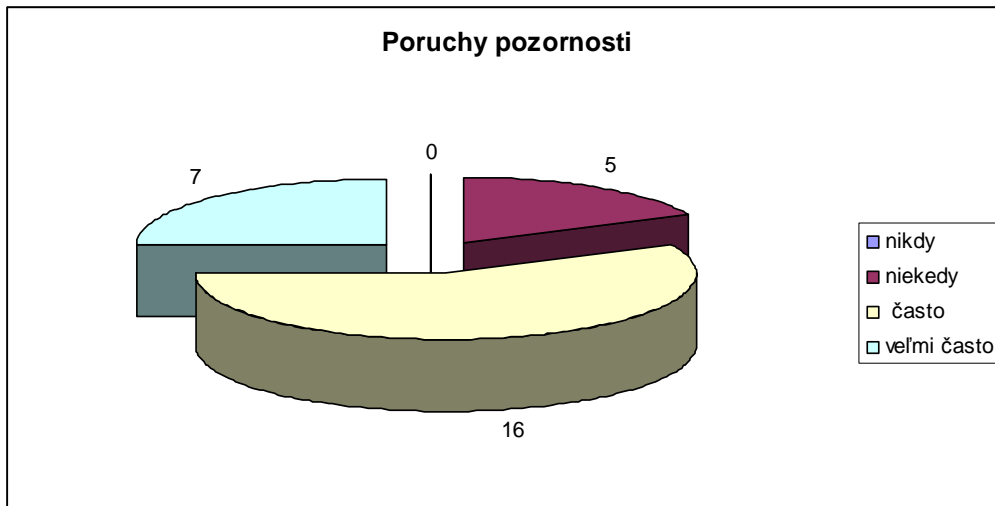
PK – problémy s koncentráciou

VA – vyhýbanie sa aktivitám vyžadujúcich zvýšené sústredenie

PN – prejavy neprítomnosti

RCH – robenie chýb v dôsledku nepozornosti

V tab. č.4 sme sa zamerali na intenzitu porúch pozornosti – učenia. Najviac uvedenou odpoveďou na jednotlivé otázky bola varianta často a to 16x, veľmi často 7x a niekedy 5x. U všetkých detí sa poruchy pozornosti a učenia prejavovali s rozličnou intenzitou.



Zdroj: Analýza vlastného prieskumu

Z Grafu č. 7 vidíme, že prejavy pozornosti a učenia sú neodeliteľnou súčasťou dieťaťa s ADHD.

Otázky určené pre rodičov č. 16, 17

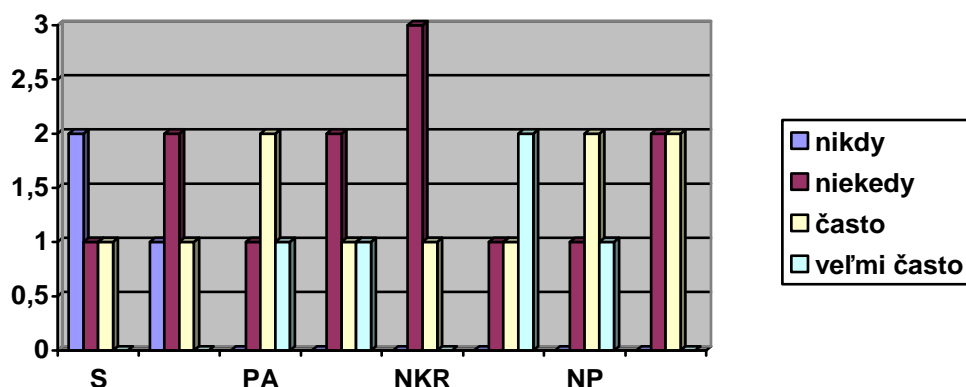
Otázky určené pre učiteľov č. 13, 14 ,15 ,16 ,17 ,18

Tab. 5: Interakcia v rámci sociálneho prostredia

Možnosti	nikdy	niekedy	často	veľmi často	Počet odpoved. respondentov na otázku
Prejavy					
strach z nových ľudí a situácií	2	1	1	0	4
nerozprávanie pravdy	1	2	1	0	4
podradenie sa autorite	0	1	2	1	4
konflikty s deťmi	0	2	1	1	4
nadväzovanie kontaktov s rovesníkmi	0	3	1	0	4
problémové situácie	0	1	1	2	4
neakceptovanie pravidiel	0	1	2	1	4
neuznanie vlastnej chyby	0	2	2	0	4
Spolu získaných odpovedí	3	13	12	5	

Zdroj: Analýza vlastného prieskumu

Graf 9: Frekvencia jednotlivých prejavov v rámci interakcie v sociálnom prostredí.

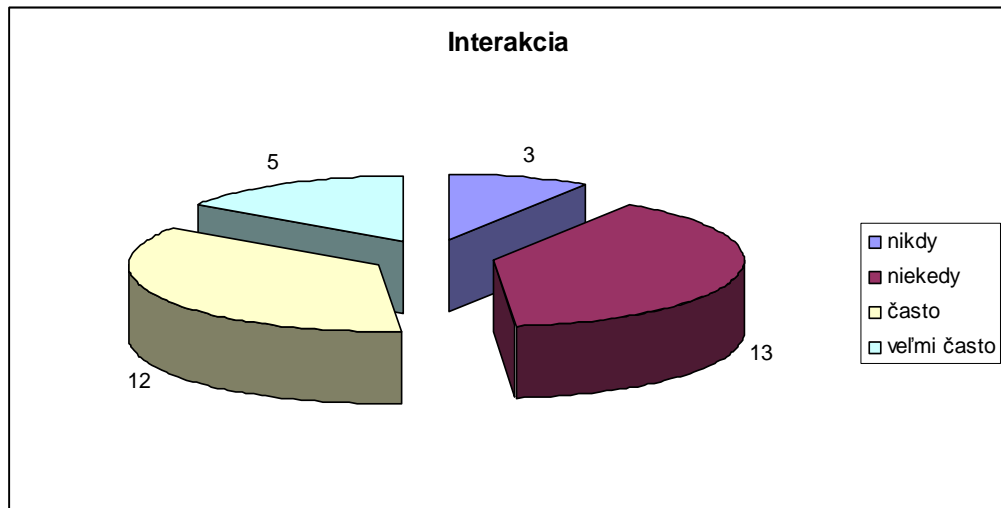


Zdroj: Analýza vlastného prieskumu

Legenda – S – strach s nových ľudí a situácií
 NP – nerozprávanie pravdy
 PA – podradenie sa autorite
 KD – konflikty s deťmi
 NKR – nadväzovanie kontaktov s rovesníkmi
 PS – problémové situácie
 NP – neakceptovanie pravidiel
 NVCH – neuznanie vlastnej chyby

Poslednou skupinou otázok v tab. č. 5 sme sa zamerali na problémové prejavy dieťaťa s ADHD v rámci sociálneho prostredia v ktorom vyrastá – žije. Vzájomné pôsobenie rozličných faktorov na riešenie vzniknutých situácií, strach z nového a nadväzovania nových kontaktov, problémy rešpektovania autorít a neakceptovanie daných pravidiel ako i neuznanie vlastnej chyby sa u detí našej prieskumnej vzorky vyskytovali v značnej miere. Sumarizáciou všetkých odpovedí na jednotlivé otázky sme získali nasledujúce odpovede. Niektoré nami uvedené prejavy alebo problémy sa u detí nikdy nevyskytovali 3x, naopak niekedy 13x, často 12x a 5x veľmi často.

Graf 10: Výskyt prejavov a problémov porúch ADHD v sociálnom prostredí



Zdroj: Analýza vlastného prieskumu

Graf 10 nám poukazuje vplyv prejavov a problémov detí s ADHD v rámci sociálneho prostredia. Môžeme teda vidieť, že samotný syndrom ADHD skutočne ovplyvňuje život dieťaťa v škole aj v domácom prostredí.

6.6 Verifikácia hypotéz

Na základe vyššie uvedených zistení z rozhovorov, pozorovania a dotazníka a analýzy týchto výsledkov môžeme prijať tieto závery.

H1: Predpokladáme, že rodičia hodnotia integráciu žiaka s ADHD do bežnej ZŠ ako prínosnú.

Hypotéza 1 bola potvrdená. Z nášho prieskumu vyplýva, že rodičia vnímajú integráciu ako prínosnú. I keď v jednom z našich prípadov nemôže tento proces prebiehať naplno z dôvodu častého zlyhávania rodiny.

H2: Predpokladáme, že podľa rodičov je častým prejavom v správaní dieťaťa s ADHD je impulzivita, časté zmeny nálad a problémy v rovesníckom kolektíve.

Hypotéza 2 bola potvrdená. Nakoľko rodičia v rozhovoroch často spomínajú problémy, ktoré zapríčiňuje impulzivita. Danú skutočnosť potvrdzuje aj zvýšený počet odpovedí na otázky ktoré šetria impulzivitu.

DISKUSIA

Prieskumné zistenia sa týkali detí, ktoré sú integrované do bežných tried základnej školy. Pričom sme sa zamerali na analýzu vplyvu jednotlivých prejavov ADHD poruchy na celkové vzdelávanie, prácu a správanie dieťaťa v škole a domacom prostredí. Spracovanie prípadových štúdií a ich analýza nám dáva odpoveď na náš stanovený cieľ. Kde sme zistili dané skutočnosti.

Vplyv symptómov poruchy ADHD ako sú impulzivita, somatické problémy, hyperaktivita, pozornosť. Vo veľkej miere ovplyvňujú výchovno-vzdelávací proces a samotné správanie k sebe a okoliu. Čo nám zobrazujú grafy č.8 a 9.

Impulzivita detí z našej výskumnej vzorky sa prejavuje vo zvýšenej miere. Zo somatických problémov sa u nich vyskytujú neurotické prejavy a poruchy spánku. Z tabuľky č.3 môžeme vidieť, že netrpezlivosť, nadmerná aktivita a neschopnosť organizácie boli najväčšími problémami nami sledovaných detí. Grafmi č.6 a 7, znázorňujeme odpovede na otázky pozornosti, kde je vidieť, že je neodeliteľnou súčasťou ADHD/ADD syndrómu. Ďalej sme z rozhovorov a náhodného pozorovania zistili, že príčinami neprimeraných prudkých reakcií, ktorých dôsledkom býva agresivita či už v škole alebo doma. U detí sa objavili z dôvodu nesplnenia ich požiadaviek, problémami s podriaďovaním autority, neúspechu pri riešení úloh v škole, nezvládanie vzťahov. Jedným z našich vedľajších cieľov bolo zistiť najviac vyskytujúce sa problémy ovplyvňujúce pozornosť dieťaťa. Nami sledovaná vzorka detí má najviac problémy s pozornosťou pri činnostiach vyžadujúcich zvýšenú koncentráciu. napr. pri oboznamovaní sa s novým učivom, rýchla unaviteľnosť, prejavy neprítomnosti. Na základe zistení z jednotlivých prípadov môžeme povedať, že zainteresovaní dbali na dodržiavanie dohodnutých postupov a zásad navrhnutých špeciálnym pedagógom. V troch prípadoch v jednom prípade je spolupráca nedostačujúca z dôvodu neustáleho zlyhávania rodiny.

Globálne môžeme konštatovať, že vo všetkých prípadoch integrovaných detí s poruchou ADHD nastalo zlepšenie stavu i keď v rôznej miere.

ZÁVER

Cieľom našej práce bolo uskutočniť teoretickú analýzu ADHD/ADD poukázať na potrebu dôkladného poznania tohoto problému a podať reálny pohľad na situáciu týchto detí v domácom a školskom prostredí. Na základe rozboru konkrétnych prípadov sme sa oboznámili s možnými faktormi ovplyvňujúcimi vznik tejto poruchy, s jej prejavmi a s možnými spôsobmi výchovy a vzdelávania detí s ADHD/ADD

Vzhľadom na veľmi rôznorodé prejavy ADHD/ADD je nesmierne dôležitá včasná diagnostika, spolupráca rodiny, školy a poradenského zariadenia. V rámci integrovaného vzdelávania týchto detí je dôležité presné vypracovanie plánu reedukácie a jeho dôsledné dodržiavanie.

Rozbor štyroch sledovaných prípadov poukázal na to, že integrácia detí z ADHD môže priniesť výrazné pokroky pre dieťa i pre rodinu, v ktorej dieťa žije. Vždy to však veľmi závisí od ľudí, s ktorými dieťa prichádza denne do kontaktu a od ich prístupu. Je potrebné mať veľkú mieru trpezlivosti, taktu, dôslednosti a vôľu akceptovať takéto dieťa, hoci úspechy sú iba malé a prichádzajú pomaly. Pokiaľ však všetci zainteresovaní dodržiavajú dohodnuté postupy a pravidlá, úspechy sú nepopierateľné.

Práca nemala za cieľ komplexné zmapovanie problematiky ADHD/ADD. Jej zámerom skôr bolo poukázať na konkrétne problémy pri práci s hyperaktívnymi deťmi, načrtnúť možnosti ich riešenia a poukázať na mieru účinnosti postupov navrhnutých u jednotlivých detí, nakoľko nie je možné určiť všeobecne platné postupy pre prácu so všetkými deťmi s ADHD.

Metodické postupy a odporúčania uvedené v tejto práci by mali pomôcť rodičom a pedagógom zvládnuť základné situácie, ktoré so sebou prináša klinický obraz tejto poruchy a tým môžu byť prínosom pre špeciálnopedagogickú prax.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BAJO, I. – VAŠEK, Š. 1994. *Pedagogika mentálne postihnutých*, I. vydanie. Bratislava: Sapienta, 1994. ISBN 80-967180-1-0.

BARTOŇOVÁ, M. 2005. *Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paido, 2005. ISBN 80-86633-38-1.

BOROŠ, 2002 Úvod do psychologie. Iris, 2002. ISBN 80-8055-991-1.

ČÁP, J., MAREŠ, J. 2001 *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X

DRTLÍKOVÁ, I. 2007. *Hyperaktivní dítě. Vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperaktivní poruchou (ADHD)*. Praha, Galén 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.

FISHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Triton, 2008. 205s. ISBN 978-80-7387-01450

HORNÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava. Občianske združenie Sociálna práca, 2007, 175s. ISBN 987-80-89185-28-3

JESENSKÝ, J. *Kontrapunkty integrace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. 234 s. ISBN 80-7184-030-0

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. 2003. *Metody práce s dětmi s LMD - především pro rodiče a vychovatele*. Praha: D & H, 2003. ISBN 80-239-4468-1.

JUCOVIČOVÁ, D.- ŽÁČKOVÁ, H. 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 238 s. ISBN 978-80-247-2697-7.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., ZÖRKLEROVÁ, R. 2004. *Máte nesústředěné, nepokojné dítě? Metódy práce s deťmi s LMD – predovšetkým pre rodičov A vychovávateľov*. Praha: D+H 2004.

KUCHARSKÁ, A. 1997. *Specifické poruchy učení a chování*. Praha : Portál, 1997. 231 s. ISBN 808656135

KOŠČ, M., NOVÁK, J. 1997 *Reyov- Osterriethov test komplexnej figúry*, TFK, T- 65. Bratislava: Psychodiagnostika, a.s. 1997.

MATĚJČEK, Z. 1996. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 1996.

MATĚJČEK, Z. 2000. *Po dobrém nebo po zlém? O výchovných odměnách a trestech*. 5. vyd. Praha: Portál 2000. 109 s. ISBN 80-7178-486-9.

MICHALÍK J. 2002. *Škola pro všechny anebo integrace je když...* Praha: ZŠ Integra 2002. 56 s. ISBN 80-283-9885-X

MUNDEN, A. – ARCELUS, J. 2006. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál 2006. ISBN 80-736-188-3. 120s.

MURGAŠ, M. 2004. *Neurovývinové poruchy*. Vysokoškolské skriptá pre poslucháčov psychologie. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UFK v Nitre, 2004, ISBN 80- 8050 – 782 – 1.

NOVOSAD, L. *Poradenstvá pre osoby so zdravotným a sociálnym znevýhodnením*. I. Vydanie Praha: Portál 2009, 272s. ISBN 978-80- 7376-509-7

PACLT, I. 2005. *Biologické základy hyperkinetickej poruchy a možnosti farmakologického liečby*. Remedia 2005, č.15, MKČR 5372, ISSN 0862-8947.

PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4.

PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1216-4.

PIPEKOVÁ, J. 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.

POKORNÁ, V. 2001. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3.vyd.Praha : Portál, 2001. 333 s. ISBN 8071785709 1211670X

PREKOPOVÁ, J. SCHWEIZEROVÁ, C. *Neklidné dítě*. Praha : Portál, 1994. 143 s. ISBN 80-7178-019-7

PREKOPOVÁ, V. 2007. *Malý tyran*. Praha: Portál, 2007. 156s. ISBN 978-80-7367-271-3

RIEFOVÁ, S. 2007. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978- 80-7367-257-7.

SERFONTEIN, G. 1999. *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha : Portál, 1999. 149 s. ISBN 8071783153

SHEEDYOVÁ- KURCINKOVÁ, M. 1998. *Problémové dítě v rodině a ve škole*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-174-6. 288 s.

- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada Publishing, 2007 160s. ISBN 978-80-7367-509-7
- ŠVESTKA, J., HOSCHL,C.,LIBIGER,J. 2002. *Psychiatrie*. Vydavatel'stvo Tigris, 2002. ISBN80-900-130-1-5.
- TRAIN, A. 2007. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha : Portál, 1997. 164 s.ISBN 80-7178-131-2
- TYL, J. – TYLOVÁ, V. 2003. *Lehké mozkové dysfunkce – nové metody nápravy*, 3 upravené vydání. Praha. 2003.
- TYL,J. a kol. 2000. *Lehké mozgové dysfunkce*. Katedra pedagogické a školní psychologie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. Praha: Feedback institut 2000.
- TŘESOHLAVÁ, Z. a kol. 1983. *Lehké mozkové dysfunkce v dětském věku*. Praha : Avicenum,1983. 198 s.
- VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0841-3
- VÁGNEROVÁ, M. 1999. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha, Karoinum, 1999. ISBN 80-7184-488-8.
- VÁGNEROVÁ, M. 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. 444s. ISBN 80-7178-678-0.
- VÁVROVÁ, M. *Sebaobhajovanie pre ľudí s mentálnym postihnutím*. Bakalárska práca. Bratislava: Pedagogická fakulta UK, 2009, 45s. Vedúca práce PhDr. Eva Fulopová, CSc.
- VÍTKOVÁ, M. 2004. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2. vyd.Brno: Paido 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9
- ZELINKOVÁ, O. 2001. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program Nástroje pro prevenci, nápravu a integraci*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-X. 207s.
- ZELINKOVÁ, O. 2003. *Poruchy učení : Specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10.vyd. Praha : Portál, 2003. 264 s. ISBN 80-7178-800-7.

Zákon NR SR č. 596/2003 Z. z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon NR SR č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach, o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov /antidiskriminačný zákon/ v znení neskorších predpisov.

Zákon NR SR č. 279/1993 Z. z. o školských zariadeniach.

Vyhláška NR SR č. 212/1991 Z. z. o špeciálnych školách v znení neskorších predpisov.

Metodické usmernenie č. 3/2006-R k realizácii školskej integrácie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v základných a stredných školách.

ĎURICOVÁ,A. Emocionalita .Bedeker Zdravia.2009, roč.5, č.3 .75.s
ISSN1337-2734

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

MALÁ, E. 2005. *ADHD – Hyperkinetické poruchy*. Detská psychiatrická klinika FN v Motole IPVZ, Praha. [online]. [cit. 2012-05-16]. Dostupné na internete: <http://www.zdn.cz/detail.htm.2005>

ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV

Zoznam tabuliek

Tabuľka č.1 - Impulzivita.....	
Tabuľka č.2 – Somatické problémy.....	
Tabuľka č.3 – Hyperaktivita.....	
Tabuľka č.4 – Poruchy pozornosti.....	
Tabuľka č.5 – Interakcia v rámci sociálneho prostredia.....	

Zoznam grafov

Graf č.1 – Frekvencia jednotlivých prejavov impulzivity.....	
Graf č.2 – Výskyt impulzivity.....	
Graf č.3 – Frekvencia somatických prejavov.....	
Graf č.4 – Frekvencia jednotlivých prejavov hyperaktivity.....	
Graf č.5 – Frekvencia jednotlivých porúch pozornosti.....	
Graf č.6 – Výskyt jednotlivých prejavov pozornosti učenia.....	
Graf č.7 – Frekvencia jednotlivých prejavov v rámci interakcie v sociálnom prostredí.....	
Graf č.8 – Výskyt prejavov a problémov porúch ADHD v sociálnom prostredí.....	

PRÍLOHY

Príloha A - Dotazník pre rodičov.....	I
Príloha B - Dotazník pre učiteľov.....	II

PRÍLOHA A

Dotazník pre rodičov

Označte prítomnosť jednotlivých symptómov nasledovnými možnosťami

Možnosti	Nikdy	Niekedy	Často	Veľmi často
IMPULZIVITA				
1. Je netrpezlivé.				
2. Rýchlo mení nálady.				
3. Má neprimerané reakcie.				
4. Má časté výbuchy zlosti.				
SOMATOPEDICKÉ PROBLÉMY				
5. Má problémy so spánkom				
6. Máva bolesti hlavy.				
7. Má poruchy stravovania				
8. Máva bolesti žalúdka				
9. Má neurotické prejavy (cmuľa si palec, žmolí si oblečenie, hryzie si nechty).				
HYPERAKTIVITA				
10. Nadmerná citlivosť				
11. Nepokoj a nesamostatnosť pri hre				
12. Ničf vecf vo svojom okolí.				
PORUCHY POZORNOSTI - UČENIE				
13. Preskakuje od činnosti k činnosti. Začatú činnosť málokedy dokončí.				
14. Má problémy v učení.				
15. Stráca vecf a je zábudlivé.				
INTERAKCIA V RÁMCI SOCIÁLNEHO PROSTREDIA				
16. Má strach z nových ľudí a situácií.				
17. Klame alebo si vymýšľa nepravdivé hystorky				

PRÍLOHA B

Dotazník pre učiteľa

Označte prítomnosť jednotlivých symptómov nasledovnými možnosťami

Možnosti	Nikdy	Niekedy	Často	Veľmi často
1. Využívate na vyučovaní metódy na elimináciu nežiadúcich prejavov heperaktivity, spoluprácu so školským psychológom a špeciálnym pedagógom.				
2. Využíva žiak v triede relaxačný kútik.				
IMPULZIVITA				
3. Ruší ostatné deti pri práci.				
4. Reaguje unáhlene.				
SOMATICKÉ PROBLÉMY				
5. Má neurotické prejavy (cmuľa si palec, žmolí si oblečenie, hryzie si nechty).				
HYPERAKTIVITA				
6. Vykazuje nadmernú motorickú aktivitu – neustále sa vrtí, hýbe rukami a nohami, vstáva z miesta, neobsedí, bezcieľne sa pohybuje.				
7. Je netreplivý, nedokáže vydržať kým príde na neho rád.				
8. Nedokáže si zorganizovať svoje aktivity.				
PORUCHY POZORNOSTI – UČENIE				
9. Ľahko sa rozptýli, má problémy s udržaním pozornosti a koncentrácie				
10. Snaží sa vyhnúť aktivitám, ktoré si vyžadujú zvýšené sústredenie.				
11. Často vyzerá, žene počúva, čo sa mu hovorí.				
12. Odpovedá skôr ako si vypočuje celú otázku.				
INTERAKCIA V RÁMCI SOCIÁLNEHO PROSTREDIA				
13. Ťažko sa podriaďuje autorite.				
14. vyvoláva konflikty, bije sa s deťmi.				
15. V kolektíve rovesníkov má problémy s nadväzovaním kontaktov.				

16. Ľahko sa dostáva do problémových situácií.				
17. Neakceptuje pravidla a obmedzenia.				
18. Neuzná svoju chybu a vinu zvaľuje na iných.				

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Bc. Iveta Kupcová

Odbor: Špeciálna pedagogika - učiteľstvo

Forma štúdia: kombinovaná

Názov práce: Integrácia detí s ADHD,ADD,EMD

Rok: 2012

Počet strán textu bez príloh: 103

Celkový počet strán príloh: 4

Počet titulov českej a slovenskej literatúry a prameňov: 4

Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov: 0

Počet internetových zdrojov:1

Vedúca práce: PhDr. Eva Živčicová PhD.