

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Bakalářská práce

Eva Riedingerová

Edukace dětí s ADHD v rodině a ve škole

Olomouc 2012

vedoucí práce: Mgr. Pavla Vyhnálková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem použila jen uvedené pramenů a literatury.

V Olomouci dne 22. června 2012

.....

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Pavle Vyhnákové, Ph.D., za odborné vedení a podnětné rady při zpracování závěrečné bakalářské práce. Velké poděkování patří i mé rodině za podporu při studiu.

# Obsah

	ÚVOD	5
1	Vývoj dítěte	7
1.1	Přehled vývoje dítěte 0-6 let	7
1.2	Školní zralost a připravenost	8
1.3	Dítě mladšího školního věku	10
2	ADHD	12
2.1	Vymezení pojmu	12
2.2	Příčiny vzniku	13
2.3	Diagnostická kritéria	14
2.4	Srovnání hyperkinetické poruchy a ADHD	15
2.5	Terapie	18
2.6	Diferenciální diagnostika	19
3	Působení výchovných činitelů na děti s ADHD	21
3.1	Formování lidského jedince	21
3.1.1	Názory na utváření člověka	21
3.1.2	Dědičnost	22
3.1.3	Prostředí	22
3.1.4	Výchova	22
3.2	Dítě s ADHD v rodině	23
3.2.1	Zásady výchovy dětí s ADHD v rodině	23
3.2.2	Nesprávné výchovné postupy v rodině	25
3.3	Dítě s ADHD ve škole	25
3.3.1	Zásady výchovy dětí s ADHD v rodině	25
4	Průzkum	31
4.1	Cíl průzkumu	31
4.2	Metoda průzkumu	31
4.3	Charakteristika výzkumného vzorku	31
4.4	Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace	32
4.5	Shrnutí průzkumného šetření	43
	ZÁVĚR	44
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	45
	PŘÍLOHY	

## Úvod

Na bakalářskou práci bylo zvoleno téma „*Edukace dětí s ADHD v rodině a ve škole*“.

Volba daného tématu byla ovlivněna častou diskuzí o neposedných dětech. V médiích se stále častěji řeší otázky na téma hyperaktivní děti. Názory lidí se různí, někteří se domnívají, že se jedná jen o nevychované dítě. Rodiče se často potýkají s nepochopením se strany svého okolí, které nemá znalosti o problémech spojených s diagnózou ADHD. V práci se zaměřuje blíže na mladší školní věk dětí, protože v tomto období nastává řada vývojových i sociologických změn. Dítě si musí postupně navyknout na výuku ve škole. Pro běžné dítě je toto časové rozmezí velmi náročné, obzvláště pak pro děti se syndromem ADHD.

Cílem bakalářské práce je teoretické seznámení problematiky ADHD, a zpracování výchovného přístupu k těmto dětem v rodině a ve škole. V praktické části chceme zjistit informovanost rodičů v oblasti problematiky výchovy SPU, ADHD. Bakalářská práce je členěna na čtyři kapitoly. První tři kapitoly jsou zaměřené teoreticky a poslední čtvrtá část je praktická. První kapitola bakalářské práce poskytuje přehled vývoje dítěte od jeho početí až do šesti let věku, dále se zabývá školní připraveností a popisuje období mladšího školního věku. Druhá kapitola se zabývá syndromem ADHD, charakterizuje základní projevy vyskytujícími se u dětí s ADHD popisuje diagnostická kritéria nemoci, poukazuje na možnost diferenciální diagnostiky. Poslední třetí kapitola teoretické části zkoumá působení výchovných činitelů na děti s ADHD.

Popisuje utváření lidského jedince na základě dědičnosti, prostředí a výchovy. Dále se zaměříme na dítě s ADHD v rodině a uvedeme zásady výchovy, vhodné pro zvládnutí příznaků ADHD. Poslední část se věnuje pedagogům při výuce dítěte ve škole. Popisuje vhodné postupy při výuce, které se podílí na větší spokojenosti žáka.

V závěrečné části práce je umístěna praktická část, jedná se o průzkumné šetření na základě dotazníku s rodiči dětí mladšího školního věku. Cílem bylo zjištění v oblasti problematiky výchovy dětí se SPU, ADHD. Součástí je vyhodnocení dat a interpretace zjištěných výsledků.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 Vývoj dítěte

## 1.1 Přehled 0-6 let

Prenatální vývoj začíná početím a končí narozením. Období prenatálního vývoje lidského plodu trvá 10 lunárních neboli 9 kalendářních měsíců. „ *V prenatálním období se vytvářejí všechny potřebné předpoklady pro budoucí samostatný život plodu. Lidský mozek, jehož funkce je nezbytným předpokladem přiměřeného duševního vývoje, se rozvíjí v průběhu celé prenatální fáze.*“ (Vágnerová, 2000, s. 35). Vývoj lidského jedince může ovlivnit působení toxinů v podobě užívání léků, návykových látek, kouření, popíjení alkoholu. Svoji roli při formování lidského plodu mají i genetické předpoklady k nemocem postihující psychickou či fyzickou stránku člověka. Plod se stává brzy aktivním a začíná být schopen nejjednodušších forem učení, jeho projevy jsou individuálně specifické. Umí odlišně zareagovat na smyslové podněty (matčin hlas, hudba, masírování břicha). „ *Interakce matky a plodu začíná již v prenatální fázi. Mezi matkou a dítětem se v této době vytvoří určitý komunikační systém, v němž je podíl matky bohatší a diferencovanější.*“ (Vágnerová, 2000, s. 37)

Po ukončení prenatálního vývoje porodem, nastává období novorozenecké. Tato doba dalšího vývoje lidského jedince trvá přibližně 1 měsíc. Podle Vágnerové (2000, s. 39) je to adaptační doba, dítě si zvyká a učí se žít ve svém novém prostředí. V tomto stádiu je lidský jedinec označován jako novorozenec. Novorozenec využívá mnoho reflexů (hledací, sací, polykací, vyměšovací, obranné, orientační, uchopovací a polohové). Častý a trvalý kontakt matky s dítětem usnadňuje vytvoření osobitého intimního vztahu, který dává základ pozdějšího citového života dítěte (Matějček, 1986). „ *Učení novorozence je aktivizováno především v rámci sociální interakce, protože ta je možností a potřebám malého dítěte nejlépe přizpůsobena. Novorozenec má např. vrozené dispozice naučit se rozeznat vlastní matku. Děje se tak čichem, sluchem i zrakem.*“ (Vágnerová, 2000, s. 42).

Kojenecký věk trvá přibližně první rok života. Nelze přesněji stanovit dobu kojeneckého stadia, protože ne všechny děti jsou kojeny matkou až do dovršení jednoho roku dítěte.

Během kojeneckého období se v životě dítěte- kojence odehraje mnoho významných změn. Na konci prvního roku je z dítěte bytost, která chodí, začíná artikulovat první slova, rozumí přáním od okolí („udělej paci-paci“), pohybuje s předměty podle své vůle, je schopno hry. Dítě získává důvěru k okolnímu světu. Vztah mezi matkou a kojencem je

označován jako symbiotický. Tvoří spolu psychickou jednotu. Zlomové události v době kojenecké: První úsměv- zrod vzájemnosti emocí. „ *Láskyplné okolí, radující se z radosti dítěte, do něj vrůstá, a radost dítěte vrůstá do radosti jeho milujícího okolí.*“ ( Helus, 2009, s. 238). Uchopení a puštění- zrod aktivního vztahu. Kolem šestého a devátého měsíce dítě začíná ovládat hrubou motoriku a rozvíjí se jemná motorika. Dítě se projevuje odmítnutím – odtazením či přijetím - potřebou objetí, mazlení. Další zlomová událost je vstávání a chůze – zrod ovládnutí prostoru. Nelze říct, že každé dítě udělá své první krůčky v prvním roce života.( Helus, 2009).

Batolecí věk vymezuje časový úsek od jednoho do tří let života dítěte. Díky rozvoji poznávacích procesů je dítě ve svém světě samostatnější. Ve vývoji nezaostává ani řeč, dítě je schopno začít klást otázky, umí lehké básničky, rychle se rozvíjí sémantická složka – dětský slovník. V tomto období dochází k osamostatnění a odpoutání od matky. Dítě se učí pomocí napodobování a identifikace.

„ *V batolecím věku je důležitý vztah mezi potřebou emancipace a potřebou stability. Dítě potřebuje získat základní důvěru v sebe sama a své schopnosti. V tomto věku se vytváří vědomí vlastní osobnosti, které se projevuje potřebou sebeprosazení.*“ (Vágnerová, 2008, s. 57)

Předškolní věk trvá od tří do šesti až sedmi roků života. Dítě je natolik obratné, že se dokáže samo převléct, provést samostatně hygienu. Předškolák vše hodnotí ze svého vlastního pohledu – egocentrismus. Podle Piageta (1970) se jedná o **období názorného, intuitivního myšlení**. Utváří se epizodická paměť, která umožňuje dítěti zformulovat své zážitky. Pro dítě nastává významná změna v socializaci, začíná navštěvovat mateřskou školu. Dítě se seznamuje s ostatními vrstevníky, učí se spolupracovat při hře. Důležité je osvojování správného chování a dodržování norem chování. (Vágnerová, 2000).

## 1.2 Školní zralost a připravenost

Vstup dítěte do školy je pro dítě velkým sociálním mezníkem v jeho dosavadním životě.

Školní zralosti dítě dosahuje kolem šestého roku života.

„ *Školní zralost lze vymezit jako dosažení takového stupně zralosti různých funkcí, které dítěti umožňují zvládat požadavky výuky. Zrání dětského organismu především CNS, se projevuje změnou celkové reaktivity, emoční stability a odolnosti vůči zátěži, rozvojem*



*motorické koordinace, ale i změnou zpracování informací a způsobu uvažování.*“ (Vágnerová, 2008, s. 79).

Jirásek (In: Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) uvádí čtyři oblasti školní zralosti.

Tělesná stránka – dobrý zdravotní stav dítěte, tělesná zdatnost, rozvoj jemné a hrubé motoriky a senzomotorické koordinace.

Duševní vyspělost – dostatečná zralost CNS, v dostatečných úrovních psychických funkcí: záměrné pozornosti, vnímání, analyticko-systematická činnost, paměť, komunikace (řeč).

Emoční zralost – citová stabilita, odolnost vůči zátěži, zvládat strach, trému, samostatnost, chtít se učit nové poznatky

Sociální zralost – vydržet delší dobu bez matky, přijmout učitele za autoritu, pracovat v kolektivu, respektovat školní režim. (Bartoňová, 2008)

Se školní zralostí je spojen pojem školní připravenost. Mluvíme o předpokladech nutných pro úspěšné zvládnutí primárního vzdělávání. Pro školní připravenost by mělo mít dítě již osvojeny sociální normy a dovednosti ze svého předškolního období. Očekává se pozitivní motivace ke vzdělávání ze strany rodiny dítěte. (Vágnerová, 2000).

### **Nezralost a nepřípravenost dítěte**

Pokud se dostaví nedostatky na začátku výuky čtení, psaní a počítání. Může se jednat o opožděný vývoj sluchové a zrakové percepce. Předpokladem pro školní zralost jsou rozvinuté verbální schopnosti a dovednosti. Dostatečně nezralé dítě neumí uvažovat konkrétním logickým způsobem. Není schopno chápat různé souvislosti a vztahy.

Děti se nedokáží na práci potřebně soustředit a jejich čas na práci je limitován jejich rychlou unavitelností. Takové dítě nezvládne dodržovat školní režim nastavený ve škole.

Dítě nedokáže usměrnit své potřeby a zájmy do ústraní v okamžiku plnění školních úkolů. (Jedná se o nezralost kůry čelního laloku.) Nezralé děti často nemají motivaci k učení. Jejich nová role školáka je pro ně těžká a na učení nevidí žádný zájem. Děti jsou emočně nezralé, nedokáží se přizpůsobit na školní prostředí, nejraději by byly doma s matkou.

Emoční nezralost se projevuje úzkostmi a plačtivostí dítěte. (Vágnerová, Klégrová, 2008)

Existují diagnostické metody, které zjišťují školní zralost a připravenost dítěte.

„ *Hodnocení školní zralosti zahrnuje : - Screening dílčích aspektů školní zralosti, který slouží k odlišení dětí, jež mohou mít v této oblasti problémy.*

- *Podrobnější vyšetření školní zralosti, které je provedeno na žádost rodičů (může jim být doporučeno odborníkem, pediatrem nebo učitelkou MŠ), a může být indikováno selháním ve screeningovém testu.“ (Vágnerová, Klégrová, 2008, s. 308)*

- Orientační test školní zralosti, jedná se o českou verzi Kernova testu, kterou zpracoval Jirásek. Dítě dostane tři úkoly: nakreslit mužskou postavu, napodobit psací písmo a obkreslit skupinu bodů.

Pedagogicko-psychologické poradny posuzují školní zralost dítěte. (Bartoňová, 2004)

Při posouzení nezralosti dítěte je navrhnut odklad školní docházky nebo je dítě umístěno do speciální třídy.

### **1.3 Dítě mladšího školního věku**

V literatuře se můžeme setkat s drobnými rozdíly při časovém vymezení mladšího školního věku. Podle Heluse (2008) za mladší školní věk označujeme období od šesti do jedenácti let života dítěte. Matějček navrhuje rozdělení mladšího školního věku ( 6-12 let)

na raný školní věk ( 6-9 let), kdy se dítě adaptuje na školní prostředí, a na střední školní věk ( 10-12 let), ve kterém se „ *rozhoduje o zdravém utváření mužské a ženské identity (tj. vědomí vlastního já)*“ (Matějček, 1995, s. 59 IN: Lukášová, 2010, s. 12-13). S Matějčkem se v rozdělení mladšího školního věku shoduje i Vágnerová (2000, s. 148).

Dochází k výraznému pokroku v oblasti jemné a hrubé motoriky, dále k rozvoji sluchového a zrakového vnímání. Úroveň mluveného projevu dítěte se odvíjí od mentální vyspělosti dítěte.

V mladším školním věku se mění způsob myšlení, který postupně přechází na úroveň konkrétních logických informací. Děti již ve svém myšlení respektují zákony logiky. Dítě je schopno rozvíjet a ovládat svoji pozornost. Obsah paměti se neustále rozrůstá. Mladší školák začíná být po emociální stránce stabilnější podle zrání CNS. Žák v tomto období dokáže ovládat své chování podle sociálních norem, ví co je žádoucí a co ne. Musí

přijmout autoritu učitele a být pozitivně motivován k výuce. Aby jeho úsilí při plnění školních úkolů bylo učitelem oceněno. Pochvala, ale není brána jako samozřejmost, může dojít i k neúspěchu. Dítě je posuzováno podle svých studijních výsledků. Důležité je rodinné zázemí. Kde je mu poskytnuto bezpečí, pochopení, láska a motivace ze strany rodiny, což jsou předpoklady pro správný rozvoj školáka.

Dítě se spolužáky je ve vrstevnické skupině, ve které chce pomocí dobrých výsledků ve škole získat své postavení. (Vágnerová, 2000)

## 2 ADHD

### 2.1 Vymezení pojmu

Termín ADHD- označuje hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti, v anglickém jazyce se nazývá Attention Deficit Hyperaktivity Disorder. Děti trpící tímto druhem onemocnění „*chronicky trpí nepozorností, nadměrnou aktivitou a impulzivitou*“ (Paclt, 2007, s. 13).

Pokud se setkáme s označením LMD – lehká mozková dysfunkce jde o termín, který vznikl za účelem sjednocení terminologie a určení diagnostické klasifikace. V dřívější době byla LMD nazývána Lehká dětská encefalopatie (LDE). V dnešní době by již neměla být používána se syndromem ADHD. U nedávno používané diagnózy LMD se jedná o rozsáhlý záběr vývojových poruch. (Drtílková, Šerý, 2007).

*„Lehká mozková dysfunkce byla nejčastěji považována za následek perinatálního poškození mozku a zejména z pohledu neurologů byla často chápána jako „lehká“ forma dětské mozkové obrny.“* (Drtílková, Šerý 2007, s. 16)

Slowik (2007, s. 131) vysvětluje LMD: *„je označení pro řadu projevů dítěte na bázi strukturálních změn CNS, jež se odchyľují od běžné normy. Jeví se tak jako nezvyklé, nápadné a zvláštní (nápadně nerovnoměrný vývoj intelektových schopností, nápadnosti a poruchy v dynamice psychických procesů, hyperaktivita, hypoaktivita, nesoustředěnost, malá vytrvalost, impulzivita, překotnost, výkyvy nálad a duševní výkonnosti, tělesná neobratnost, poruchy vnímání apod.).“*

Davison a Neale (2001) rozděľuje příznaky ADHD na tři subkategorie.

- ADD – tzv. Prostá porucha pozornosti u dětí pouze s problémem zaměření pozornosti.
- Hyperaktivita a impulzivita
- Porucha pozornosti s hyperaktivitou a impulzivitou (Zelinková, 2003)

Další možné rozdělení (Barkley, 1990 IN: Zelinková, 2003)

- ADHD s agresivitou nebo bez agresivity
- ODD – opoziční chování

## **Výskyt ADHD v populaci**

Syndrom ADHD se projevuje u chlapců 3 – 9krát častěji než u děvčat.

Kvůli přísnějším diagnostickým kritériím pro hyperkinetické poruchy je přibližně jen 1– 3% výskyt u dětí. Zatímco diagnóza ADHD se vyskytuje u dětí do 18 let mezi 3 – 18%.

( Drtílková, 2007, s. 27) Rozmezí výskytu ADHD se podle odborníků liší, některé zdroje uvádí podstatně menší zastoupení dětí s ADHD.

## **2.2 Příčiny vzniku**

V současnosti jsou příčiny vzniku ADHD stále v rukou bádání vědců.

Nelze jasně určit, že konkrétní příčina měla za následek vznik syndromu ADHD. Lidský mozek je velmi složitý orgán a potrvá než bude dokonale prozkoumán.

Dědičnost, genetické příčiny - Některý z rodičů měl problémy s chováním, nebo dokonce i stejné projevy poruch chování jako jeho dítě. Pokud by se jednalo o genetickou příčinu, nelze ji zvrátit, pouze se snažit zmírnit.

Komplikované těhotenství nebo porod, poškození mozku - Nejčastěji se jedná o nepatrná poškození centrální nervové soustavy v časných vývojových obdobích.

Užívání drog a alkoholu v době těhotenství – Může se projevit poškození plodu.

Otrava olovem - má za následek poškození plodu.

Deficit Dopaminu – Tato látka slouží k přenosu nervových signálů v CNS. Nedostatek dopaminu způsobuje nízký počet přenašečů. Tento důsledek lze vykompenzovat pomocí podávání léků.

Reakce na stravu - Vliv složení stravy na poruchy chování, nebylo zatím vědecky zcela odůvodněno. Přesto se vyskytují spekulace, že nese určitý podíl na nežádoucím chování dětí.

Nevyvážená strava s velkým obsahem sacharidů, umělý přísad, barviv, konzervantů, to vše může u dětí způsobit nadměrnou aktivitu nebo naopak útlum. (Drtílková, 2007)

## 2.3 Diagnostická kritéria

### Hyperkinetická porucha /ADHD

V současných publikacích se běžně používá ADHD i Hyperkinetický syndrom ve stejném významu.

Rozdíl mezi ADHD a hyperkinetickým syndromem spočívá v kritériích pro určení diagnózy.

Podle Drtílkové (2007, s. 14) jsou pro diagnózu ADHD mírnější diagnostická kritéria než pro Hyperkinetickou poruchu, kde se jedná spíše o závažnější poruchy chování (později souvisí s častější delikvencí a asociálním chováním).

Ve společnosti se častěji setkáváme s pojmem ADHD, podle klasifikačního systému Americké psychiatrické asociace. (Drtílková, 2007, s. 13)

### 2.3.1 Základní projevy syndromu ADHD

#### Porucha pozornosti

Děti jsou nepozorné, nesoustředěné, snadno je upoutá rušivý podnět. Neumí vybrat na co je důležité se soustředit a nevnímají rozptylující okolí. Jsou schopni vše vnímat jako stejně podstatné. Tato vlastnost vytváří deficit pozornosti, kvůli poruše centrální nervové soustavy.

Vyskytují se problémy při přípravě na vyučování, nedokončí úlohy, těžko se soustředí apod.

Malé děti nezabaví čtení pohádky, nevydrží poslouchat, stále se odpoutávají k jiným aktivitám. Často nedokončí myšlenku, odbíhají k dalším tématům v rozhovorech. Naopak pokud dítě něco velmi zaujme a baví, umí vydržet i dlouho dobu u počítače, televize, hry. Velmi důležitá je motivace a odpovídající stimulace na koncentrování pozornosti. Koncentrace pozornosti je u dětí s ADHD velmi kolísavá, což vede k vyčerpanosti a rychlé únavě. Porucha pozornosti způsobuje stres, který se záporně působí na vývoj dětské psychiky. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

#### Hyperaktivita

Hyperaktivita se projevuje jako „*nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 30)

Děti jsou neposedné, na židli se vrtí. Nedokážou se pohybově ovládat v situacích, kdy je to nežádoucí. Hrají si s předměty na lavici ve škole. Přerušují řeč jiného. Strhávají na sebe pozornost nepřiměřeně hlasitým projevem. Děti si pro sebe různě mumlají.

(Paclt, 2007, s. 14)

ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou

ADD - porucha pozornosti bez hyperaktivity

### **Impulzivita**

V chování a jednání dětí chybí pomyslná brzda. Dítě bez rozmyšlení skočí do řeči. Velmi těžce zvládá nenaplněnou touhu po věci, nerado čeká, vše chce hned teď. Pokud nedostane co chce, tak nastupuje nepřiměřená reakce na svůj věk. Není schopno dopředu uvážit svůj zbrklý postup, hrozí mu často úraz. Je schopno rozběhnout se bez rozhlédnutí do silnice.

*„ Impulzivní jednání bývá popisováno jako okamžitá reakce na podnět, kdy chybí fáze rozmyšlení“ ( Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 33-34).*

## **2.4 Srovnání hyperkinetické poruchy a ADHD**

(Paclt a kol., 2007)

Vysvětlení klasifikace nemocí: MKN-10 – systém Mezinárodní klasifikace nemocí

DSM – IV- klasifikační systém vydaný Americkou asociací psychiatrů

## Hyperkinetická porucha – ICD – 10

Porucha pozornosti + Hyperaktivita + Impulzivita → Porucha pozornosti

Porucha chování → Hyperkinetická porucha chování

## ADHD – DSM – IV

Porucha pozornosti + Hyperaktivita/Impulzivita → ADHD kombinovaný subtyp

Porucha pozornosti → ADHD s převahou poruchy pozornosti

Hyperaktivita/Impulzivita → ADHD kombinovaný subtyp  
→ ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity

## Kritéria podle ICD-10 pro Hyperkinetickou poruchu

Kritéria poruchy pozornosti: „Vznik před 7. rokem věku, trvání symptomů nejméně 6 měsíců“

(výskyt 6 příznaků z 9):

- špatná koncentrace pozornosti
- neudrží pozornost
- neposlouchá
- roztržitý
- ztrácí věci
- nepořádný
- zapomětlivý
- nedokončí úkoly
- utíká od úkolů potřebující mentální úsilí (Drtílková, 2007)



Kritéria Hyperaktivity – (vznik před 7. rokem, vyskytují se 3 příznaky z 5, po dobu trvání minimálně 6 měsíců) :

- nevydrží sedět na jednom místě
- neposedný, vrtí se
- neumí být v klidu a potichu, je hlučný, vyrušuje
- neustále je v pohybu, mnohomluvný
- pobíhá v nepřiměřených situacích

Kritéria Impulzivity – (vznik před 7. rokem, projevuje se 1 příznak ze 4, po dobu trvání minimálně 6 měsíců) :

- přerušuje druhé
- neumí čekat
- řekne odpověď bez rozmyšlení
- nezdrženlivě mnohomluvný (Drtilková, 2007)

### **Kritéria podle DSM-IV pro diagnózu ADHD**

Některé příznaky jsou patrné před 7. rokem života dítěte. Pozorujeme zhoršení při učení a ve společenské oblasti. Ne všechny ze symptomů se musí projevovat doma, ve škole nebo současně i na jiném místě.

Kritéria A I: 6 nebo i více projevů trvajících nejméně po dobu půl roku, vyznačující se zhoršením výkonu dítěte. ( Drtilková, 2007, s. 15):

- nepozornost při školních úlohách, vynechává detaily, chyby z nepozornosti
- neudrží pozornost při hře
- problémy s organizací
- vypadá, že neposlouchá v průběhu rozhovoru
- ztrácí své věci
- nedokončí úlohy, neposlouchá instrukce
- nemá rád úlohy potřebující mentální úsilí a vyhne se jim
- vnější stimuly lehce vyruší jeho soustředění
- při denních činnostech je zapomětlivý

Kritéria A II: Šest nebo i více příznaků hyperaktivity-impulzivity projevujících se po období nejméně půl roku, nepřiměřených vývojovému stupni dítěte.

Hyperaktivita:

- často bezvýznamně pohybuje rukama nebo se vrtí na židli
- často nevydrží v lavici
- často pobíhá v neadekvátních situacích
- nadměrně mnohomluvný
- těžko při hrách je v klidu a potichu
- je stále v pohybu

Impulzivita:

- často odpovídá před dokončením otázky
- má obtíže vyčkat v pořadí
- často vyrušuje ostatní (v hovoru, při hře, apod.) (Drtílková, 2007, s. 16).

V literatuře se setkáváme s pojmem ADD jako velmi často zaměnitelným ADHD. (Riefová, 2010, s. 17).

Diagnostika syndromu ADHD se provádí ve spolupráci rodičů dítěte, učitelů pedagogicko-psychologické poradny, pediatrů, neurologů nebo i psychiatrů. Na základě zjištěných faktů, je dítě podrobeno vyšetřeno u odborníků (pediatra, psychologa, psychiatra).

## 2.5 Terapie

### Farmakologie

V některých případech je nutné užívání medikamentů po doporučení lékařem. Mezi rodiči je spousta odpůrců v podávání léků dětem proti vnějším projevům chování. Nemělo by se zapomínat, že v případě diagnózy ADHD se jedná o neuro-vývojovou behaviorální poruchu. V dnešní době je celá řada léků ovlivňující mozkovou činnost dítěte. Uvedeme si nejfrekventovanější medikament Ritalin.

Ritalin - Mettylfenidát je nejužívanějším stimulanciem v léčbě ADHD. Lék není návykový a nemá významný výskyt nežádoucích účinků. Po užití Ritalinu působí již za

půl až tři čtvrtě hodiny. Dítě vydrží déle soustředěné, impulzivita je utlumena požitím léku. (Škvor, Škvorová, 2003)

### **KBT- Kognitivně behaviorální terapie**

Kognitivně behaviorální terapie je často využívaná metoda v zapojení dětí, rodin, učitelů. Pomocí modelových situací pod vedením terapeuta se dítě s ADHD i jeho okolí snaží usměrňovat projevy nepozornosti a impulzivity. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

## **2.6 Diferenciální diagnostika**

Každé dítě je individuum a není možné ho „škatulkovat“. Je zapotřebí správně vypořizovat a určit, zda se jedná o příznaky ADHD, nebo nejde o jiný druh onemocnění.

### **Poruchy autistického spektra**

Vyskytují se problémy sociálních dovedností, dále poruchy i oblasti emocí, komunikace. Děti si nehrají jako zdraví vrstevníci, chybí jim potřeba dorozumívat se.

Mnoho autistů si neosvojí během života řeč na úrovni sociální komunikace. Jsou zvyklé na své „rituály“ těžce snášejí změnu, nevlí projevují agresí.

Při tomto druhu onemocnění je velice úzká vazba k epilepsii. Autistické děti mají nižší IQ, přesto mohou být obdařeni vlohou nezvyklého stupně.

Symptomy se projevují od raného dětství. U jiných dětí se příznaky objevují po delší době navenek zcela normálního vývoje. (Munden, 2002)

### **Obsedantně-kompulzivní porucha**

Symptomy obsedantně-kompulzivní poruchy jsou propojeny s depresí. „*Osoba trpící touto poruchou má neodolatelnou potřebu provést nějaký čin, vykonat rituál nebo se zabývat nějakou představou. Tyto potřeby si postižený uvědomuje a chápe je jako nerozumné, či dokonce bláznivé, čím více se pokouší jim ubránit, tím větší a nesnesitelnější nutkání v něm vzbuzují*“. (Munden, 2002, s. 41)

Takový jedinec může působit na okolí, že si nedovede věci naplánovat a zvládat své pohnutky.

## **Tourettův syndrom**

Jedná se o syndrom, který se projevuje opakujícími bezděčnými záškuby těla (hlavy, krku). Ovládání vlastního těla, při nežádoucím pohybu je těžké. „ *U tourettova syndromu se vyskytují spolu s náhle vyraženými zvuky – hrdelní zvuky nebo zkomolená slova- kterým se říká vokální tiky.* “ ( Munden, 2002, s. 41) Symptomy onemocnění jsou znatelné většinou mezi osmým rokem věku, mohou trvat do dospělosti. Kvůli příznakům působí dítě jako hyperaktivní.

## **Úzkostné poruchy**

Poměrně stejné symptomy jako u poruchy přichylnosti.

Děti trpí, kvůli dlouhodobému nedostatku pozornosti ze strany okolí.

Problémy se soustředěním, vyvolávají pochybnost, zda se nejedná o hyperaktivitu.

( Munden, 2002)

## 3 Působení výchovných činitelů na děti s ADHD

### 3.1 Formování lidského jedince

Všichni jedinci jsou od počátku svého života formováni faktory : dědičnost, prostředí a výchova. Během historického vývoje se názory na velikost podílu a nezbytnost toho či jiného faktoru při utváření lidského jedince odlišovaly.

#### 3.1.1 Názory na utváření člověka

Podle Athénskému myslitele Platona se „člověk stává člověkem jen výchovou“. Se stejným názorem se ztotožnil i Holandský filozof Erasmus Rotterdamský.

Anglický filozof John Locke popíral možnost vlivu dědičnosti na vytváření lidské bytosti.

John Locke popisuje narozeného jedince: „tabula rasa“ nebo-li člověk se rodí jako nepopsaná tabule, až zkušenosti člověka při vlivu prostředí, ve kterém žije a s pomocí výchovy formují lidského jedince. Idea francouzského filozofa Clauda Adriena Helvétia staví do popředí výchovu. „ Výchova nás dělá tím, čím jsme“.

Oproti zmíněným myšlenkám se staví evolucionisté, kteří kladou důraz na evoluční vývoj člověka. Představitelé eugeniky prosazují názory z vlastní nauky o vlivu dědičnosti a vývoji populace. Do pozadí ustupují myšlenky o důležitosti výchovy při formování jedince.

„ *Tvrdili, že promyšleným výběrem partnerů s výbornými tělesnými a duševními vlastnostmi lze získat nejlepší potomstvo, dokonalou lidskou rasu.*“

V dnešní době se zkoumá vliv dědičnosti, prostředí i výchovy. Největší důraz je kladen na prostředí a výchovy při utváření lidské bytosti. (Grecmanová, Holoušová, Urbanovská, 1998, s. 40-41)

### 3.1.2 Dědičnost

„ Respektovat dědičnost znamená přihlížet k přirozeným individuálním rozdílům jedince na jeho specifiku, individualitu a neopakovatelnost. V lidské psychice je dědičnost považována za biologický faktor, to je to, co si lidská bytost přináší na svět po svých rodičích a co potom ovlivňuje úroveň rozvoje její psychiky “

Jedná se o reprodukci biologických znaků otce a matky i předků v odlišném poměru.

Mimo termín dědičnost známe pojem vrozenost, má obsáhlejší význam. Jako vrozené bereme v úvahu vlohy, vlastnosti, nepodmíněné reflexy, instinkty i různé nemoci, poškození, tělesné defekty. Poškození mozku (mozková obrna, epilepsie, lehká mozková encefalopatie), vzniklé působením infekce, intoxikace, krvácení, záření, apod.), v průběhu gravidity, při porodu nebo těsně po porodu. (Grecmanová, Holoušová, Urbanovská, 1998)

### 3.1.3 Prostředí

Prostředí působí na jedince nezáměrně, funkcionálně.

„ Vlivy, které z prostředí přicházejí s různou intenzitou a kvalitou, mohou u člověka ovlivňovat např. jeho zájmovou orientaci, specifické představy, prožívání, projevy chování a postoje atd.“ (Grecmanová, Holoušová, Urbanovská, 1998, s. 46)

Formy prostředí se vyskytují v různých podobách a intenzitách působení na člověka: venkovské – městské, Socioekonomické postavení rodiny, velikost rodiny, rozvedení rodiče-harmonické soužití rodičů, typy škol, příroda, kamarádi, média, masmédiá. Pro správné utváření lidského jedince, nejvhodněji v raném věku, je nutné vytvořit správné prostředí. V některých pojetí pedagogiky (podle Montessori, Tomáška) se uvádí, že je vhodné budovat prostředí a zamezit kontaktu se špatnými vlivy prostředí. V rámci moderního pojetí pedagogiky, člověk by se měl i naučit setkávat a odolávat nevhodnému a škodlivému prostředí.. (Grecmanová, Holoušová, Urbanovská, 1998)

### 3.1.4.Výchova

#### Definice výchovy

„Výchova je záměrné, cílevědomé působení, které se projevuje všestranným formováním osobnosti a má adaptační, anticipační charakter a permanentní charakter. Je to specificky lidská činnost.“ ( Grecmanová, Holoušová, Urbanovská, 1998, s. 50)

Každý jedinec je od svého zrození připraven pozvolna budovat svoji psychickou a fyzickou stránku. Děje se tomu tak pomocí napodobování, touhy poznání a schopnosti adaptace.

Míra vychovatelnosti hraje velkou roli v možnosti působení výchovy. Míra souvisí na vnitřních a vnějších faktorech. Výchova splňuje dvě funkce- individuální a sociální.

Individuální funkce splňuje schopnost ve vlastní prospěch, pílí v osobní rozvoj, vlastní zájmy, postoje, hodnoty apod. Sociální schopnost umožňuje se začlenit do společnosti pomocí výchovy, člověk je schopen zvládat úkoly, které si žádá společnost.

Aby byla výchova člověka prospěšná a plnila stanovené cíle jsou neopomenutelné vlivy vnitřní a vnější výchovné podmínky. Jak již název napovídá vnitřní podmínky souvisí se vším co se „odehrává“ uvnitř těla člověka. Jedná se o dědičné vlivy, celkový zdravotní stav, biologické potřeby člověka (nutnost spánku, přísunu potravy), intelekt, schopnosti a dovednosti, povaha člověka, temperament, hodnotové uspořádání. Pod vnější podmínky patří sociálním a přírodním prostředím (kultura, rodina, makroklima, mikroklima, příroda). (Grecmanová, Holoušová, Urbanovská, 1998)

## **3.2 Dítě s ADHD v rodině**

Všechny děti se rodí do prostředí, které je předem definované z pohledu ekonomického, psychologického. Rodina by měla tvořit zázemí pro každého jejího člena. „*Slovo rodina vyvolává atmosféru tepla, bezpečí. Toto prostředí by mělo být místem, kde její členové nacházejí porozumění, pocit radosti, místo, kde se může každý seberealizovat*“. (Bartoňová, 2004, s. 44)

Rodiče dětí při výchově dětí s ADHD potřebují velkou dávku trpělivosti a porozumění. Nezbytnost těchto vlastností uvádí Šebek (1990, s. 117): „*Porozumění dítěti je třeba chápat jako proces, který musí probíhat stále, jinak se rodiče snadno uchýlí opět k nevhodným výchovným praktikám*.“ Matky dětí mají pocit, že už vyzkoušely všechno možné ke zvládnutí svého potomka s ADHD.

### **3.2.1 Zásady výchovy dětí s ADHD v rodině**

Správná výchova dítěte s ADHD je prospěšná ke zvládnutí a zmírňování příznaků syndromu.

(Jucovičová, Žáčková, 2007)

### **Klidné zázemí**

„Vytvořit klidné, citově proteplené prostředí“ (Jucovičová, Žáčková, 2007, s. 12)

Dítě musí cítit ve svém prostředí lásku, že je milován, za každé situace.

Ukázat dítěti náklonnost a pomocnou ruku. Umět zachovat klid při problémovém chování.

### **Určit hranice v chování, přesný řád v denních činnostech**

Dítě si musí osvojit stanovené hranice v jeho chování. Co už je příliš a nebude tolerováno.

Zajistit a usnadnit plnění jasně daného režimu dne. Opakující se režim dne vede k utváření zvyků, což dítě potřebuje.

### **Důslednost**

Stanovené normy dodržovat a dohlédnout na jejich správné plnění. Dohlédnout na dítě při psaní domácích úkolů.

K důslednosti je potřebná dávka trpělivosti.

### **Sjednocení přístupu v rodině a ve škole**

Všichni účastníci výchovného postupu musí dbát stejně na zavedená pravidla a nesmí je porušovat (např. tatínek zakáže, maminka dovolí). Nezbytné ujasnit si proces výchovy třeba i s vychovatelkou ve školní družině nebo s prarodiči.

### **Podpořit pozitivní vlastnosti osobnosti jedince**

Rodič musí své dítě dokonalé znát a umět podpořit jeho rozvoj v oblasti, ve které vyniká a baví ho. Každé dítě touží zažít úspěch a pokud se opakuje je šťastné.

Při tomto procesu realizace je důležitá pochvala a povzbuzování dítěte.

„ Nejlepší cestou je zabránit negativním projevům chování, předcházet jim.“ (Jucovičová, Žáčková, 2007, s. 15)

### **Korigování aktivity a připouštění přiměřených podnětů**

Nechat dítě ve vhodných situacích vypustit energii (např. proběhnoutí, fyzická aktivita).

Nezahlcovat ho příkazy, zákazy, dítě nedokáže rozpoznat, co se od něj chce.



### 3.2.2 Nesprávné výchovné postupy v rodině

V následující části se budeme věnovat čemu se při výchově dítěte s ADHD vyvarovat. **Nejednotná výchova** v rodině ze strany matky a otce nebo prarodičů a rodičů dítěte. Od jednoho člena rodiny dostane dítěte povolení něco udělat a jiný mu tu stejnou činnost zakáže.

Někdy se setkáváme s rodiči, kteří mají přehnané nároky ke svým dětem. Jsou příliš přísní, netolerantní, necitliví k potřebám dítěte. Tato **perfekcionistická výchova** dítěte nepodpoří, spíše mu ublíží. Dítě se syndromem ADHD může mít sklony k agresi. Necitlivým výchovným vedením se mohou projevit další poruchy chování.

Oproti přehnaně přísné výchově rodiče nebo jednoho z rodičů uplatňuje příliš **volnou (liberální) výchovu**. V takovém případě dítěti chybí pevný řád, neví co si může dovolit a co ne. Rodiče svého potomka schraňují, rozmazlují. Neuplatňují tresty, pokud by bylo na místě dítě pokárat, spíše vinu dávají sobě nebo jiným.

**Nedůsledná výchova** se může podobat nejednotné výchově. Liší se výchovnými způsoby třeba i jednoho rodiče. Matka se snaží držet výchovného řádu, ale jednou dítěti něco povolí, podruhé už to zakáže. Dítě má zadaný úkol od rodiče, ale už nedojde ke kontrole jeho plnění ze strany matky nebo otce. Po tomto výchovném postupu se cítí dítě zmateně, chybí mu řád. ( Jucovičová, Žáčková, 2010).

*„ Správný postup při výchově dokáže zmírnit nebo až omezit nežádoucí projevy na minimum. ...Oproti tomu při nesprávně vedené výchově se projevy ADHD u dítěte naopak zdůrazní, vystoupí, jsou více nápadné“.* (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 64)

### 3.3 Dítě s ADHD ve škole

#### Integrace

Na základě opory v legislativě jsou právně zajištěny postupy pro žáky se speciálními potřebami. Vyhláška MŠMT „o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných“ č. 73/2005 Sb.

Žák se speciálními vzdělávacími potřebami má právo na odpovídající styl výuky za pomoci pedagogických nebo speciálně pedagogických pomůcek, metod, forem zajišťující vzdělávání. Podpora má být zajištěna formou poradenské činnosti ve škole nebo mimo školu.

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami je zajištěno formou individuální integrace, kdy se žák vzdělává v běžné škole a nebo ve speciální škole. Další podoba integrace může probíhat formou skupinové integrace. Žák je umístěn ve třídě nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné nebo speciální škole určené pro žáky s jiným druhem postižení. Nejvyhledávanější je forma individuální integrace dětí se speciálními potřebami. (Vyhláška č. 73/2005 Sb.)

### **Individuální vzdělávací plán (IVP)**

Po pedagogickém posouzení nebo i podpůrné poradenské instituce může být žák zařazen do **IVP**-individuálního vzdělávacího plánu. Individuální vzdělávací plán kopíruje školní vzdělávací program vybrané školy. Po konzultaci s dalšími pedagogickými pracovníky žáka je IVP upraven, podle individuálních možností a zdravotních znevýhodnění žáka. Školské poradenské zařízení dohlíží na dodržování daných výchovných a vzdělávacích postupů a poskytuje poradenskou činnost pro žáka jeho rodinu a učitele, podílející se na jeho vzdělávání.

Dítěti se speciálními vzdělávacími potřebami může být poskytnut **asistent pedagoga**. Náplní práce asistenta pedagoga je: „ *a) pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky a zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází,*

*b) podpora žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí,*

*c) pomoc žákům při výuce a při přípravě na výuku,*

*d) nezbytná pomoc žákům s těžkým zdravotním postižením při sebeobsluze a pohybu během vyučování a při akcích pořádaných školou mimo místo, kde škola v souladu se zápisem do školského rejstříku uskutečňuje vzdělávání. (Vyhláška č.73/2005)*

## Specifické poruchy učení u žáka s ADHD

Nejčastějšími komorbidními (přidruženými) poruchami u dětí s ADHD jsou specifické vývojové poruchy motorické funkce a školních dovedností (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie), poruchy chování.

Mezi specifické poruchy učení patří více poruch označujících se předponou dys-. Uvedeme nejčastěji se vyskytující u dětí, zvláště pak u dětí s ADHD.

**Dyslexie** patří mezi nejznámější ze všech druhů poruch učení. Jedná se „o *poruchu osvojování čtenářských dovedností*“ (Zelinková, 2003, s. 9). Další porucha učení vyskytující se spolu s dyslexií je **dysgrafie**. Dysgrafie se projevuje na grafické úrovni psaného projevu, pozorujeme horší čitelnost, úpravu. Porucha osvojování matematických dovedností je **dyskalkulie**. Dítě obtížněji rozumí číselným pojmům a matematickým operacím. (Zelinková, 2003)

### 3.3.1 Rady pro učitele dětí s ADHD

Za použití signálu například gest rukou, lze dítěti dát najevo, co je po něm vyžadováno.

Prst na ústech lze uplatnit při naznačení utišení, či mlčení žáka. Pokyn rukou vzhůru, vyzve žáka ke stoupnutí z lavice. Vhodná je úprava lavice žáka, zvětšení prostoru pro nohy. Dítě cítí větší volnost, nemusí sedět příliš strnule. Některé děti mají problém vydržet sedět na tvrdé židli, pro zpříjemnění je možné použít měkkou podložku na židli. Pro kontrolu plnění učitel může zvolit obrázkový seznam úkolů. Obrázek s již splněným úkolem se přesune z „části splnit do části splnil“. Vytvořit písemný seznam úkolů, splněný úkol se vyškrtne ze seznamu. Žákům, kteří zapomněli splnit úkol, se připraví úkoly navíc. (Swierkoszová, 2006)

Je-li dítě po odborném vyšetření diagnostikován syndrom ADHD, jsou doporučeny postupy pro správné vedení dítěte. Poté může být sestaven **individuální vzdělávací plán** obsahující pokyny pro zvládnutí konkrétních situací. Jucovičová a Žáčková (2010) charakterizuje pokyny pro učitele.

Důležité je pracovní prostředí žáka s ADHD. Třída je vhodně a přehledně uspořádaná, dostatečné místo kolem lavic. Volné prostory ve třídě lze využít k relaxaci, pohybu. Dítě vyžaduje stálý dohled učitele, proto je vhodné místo v první lavici. Učitel se žákem je v intenzivnějším kontaktu (oční, dotek).

Nenapomínat děti za projevy ADHD jako jsou nesnadné udržení pozornosti, psychomotorický neklid, vykřikování, ..., tyto symptomy přehlížet. S postupem času je dobré dítě navyknout na oční kontakt s vyučujícím. Během vyučování žáka s ADHD nechat rozdat písemky, úkoly, smazat tabuli. Při pohybu dojde k uvolnění a dítě se bude cítit lépe. Pracovat v krátkých a často se měnících úsecích. Dítě by mělo mít možnost si pohodlněji sednout, „udělat si pohodlí“. Nechat dítěti menší odpočinek v průběhu výuky. Dítě zaujmout a zároveň ho motivovat ke koncentraci pozornosti pomocí zajímavé, hry, činnosti, ale také i pouhou změnou intenzity a zabarvení hlasu. Pravidelné oceňování a pochvaly i za menší úspěch by měly být samozřejmostí. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

### **Spolupráce rodiny a školy**

Společným cílem rodiny a školy je vytvořit dítěti s ADHD příjemné rodinné a školní zázemí. K tomu je potřeba vzájemné komunikace mezi pedagogy a rodiči. Nutné je sdílení informací o potřebách dítěte, jeho režimu. Je vhodné častěji navštěvovat pedagoga za účelem konzultace jednotné výchovy dítěte, nebo řešení problémů se zvládnutím učiva. Učitelé by měli rodičům sdělovat kritiku, ale i chválu na dítě. Rodiče prožívají radost ze svých potomků. Rodiče si s učiteli musí navzájem projevovat důvěru, pro úspěšné vedení dítěte. Společně hledají cestu, jak dítěti tlumit jeho potíže a snáze jim předcházet.

### **Poradenství v oblasti ADHD**

Místa na která se mohou rodiče obrátit v případě zájmu či diagnostiky.

Zdravotnická zařízení – pediatrie, logopedická ambulance, oddělení dětské neurologie, psychiatrie, oddělení klinické psychologie a psychoterapie, tato oddělení jsou součástí nemocnic.

Pedagogicko-psychologické poradny – poradenská činnost je vykonávána v každém okresním městě ČR a mají zřízena i detašovaná pracoviště i v dalších městech.

Speciálněpedagogická centra – pomoc SPC poskytuje dílčím typům postižení, např. vada řeči, sluchové postižení apod.

Střediska výchovné péče – SVP především provozují psychoterapeutickou péči, v případě vážnějších výchovných, sociálních nebo emocionálních problémů.

Poradny pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy – poradny zasahují do péče o dítě s ADHD či poruchami učení, jestliže byla narušena schopnost komunikace v rodině. Tyto poradenské instituce provádí rodinnou terapii a snaží se odstranit vzniklé problémy.

Dys-centra – patří mezi nestátní instituce, pořádají akce na podporu vzdělání učitelů. Předávají nové informace o problematice rodičům dětí se specifickými poruchami učení a chování. Pomáhají v oblasti nápravy a terapie dětí se SPU.

Centra EEG-biofeedback terapie – naleznete je ve všech bývalých krajských a některých okresních městech. Centra provádí terapii pomocí metody EEG-biofeedback, jedná se o terapii formou hry na počítači. Tato metoda je vhodná pro děti ADD/ADHD a děti se SPU.

( Kucharská In: Riefová, 2010)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 Průzkum

Průzkum je prováděn v oblasti problematiky dětí s ADHD, SPU mladšího školního věku.

### 4.1 Cíl průzkumu

Hlavním cílem průzkumného šetření bylo zjistit povědomí rodičů dětí o SPU, ADHD, o výchovných potřebách u těchto dětí, ať už na základě vlastních zkušeností nebo z jejich okolí.

Dílčí cíle byly stanoveny otázkami: Máte představu, co znamená pojem ADHD (hyperkinetický syndrom /lehká mozková dysfunkce/ LMD) ?

Myslíte si, že by se mělo odlišně přistupovat k výchově dítěte s ADHD než u dítěte bez diagnózy ADHD?

Jak na Vás působí rodiče dítěte s ADHD, pokud takové znáte?

### 4.2 Metoda průzkumu

Vlastní průzkum proběhl formou výzkumné metody dotazníku. Dotazník bývá často využíván při získávání dat v pedagogickém výzkumu. P. Gavora (2000) označuje dotazník jako „způsob kladení otázek a získávání písemných odpovědí“. Otázky se mohou týkat buď jevům vnějším nebo vnitřním. Dotazník je utvářen z předem plánovaných a jasně formulovaných otázek. Respondent na kladené otázky odpovídá při dotazníkovém šetření vždy písemnou formou. Velkou výhodou této často používané metody je poměrně rychlé získání dat a snadné vyhodnocení průzkumu. (Chrástka, 2007)

Dotazník byl sestaven z deseti otázek, z nichž devět položek bylo formou uzavřených otázek. Zúčastnění respondenti měli na výběr z několika možností, které kroužkovali. Jedna otázka byla otevřená, dotazovaní mohli volně projevit své povědomí o existujících poradnách pro děti se SPU, ADHD.

### 4.3 Charakteristika průzkumného vzorku

Při rozdávání dotazníku bylo osloveno padesát rodičů. Respondenti byli ujištěni, že jejich odpovědi jsou zcela anonymní, slouží jen pro studijní účely bakalářské práce a nebudou zneužity. Vrácených vyplněných dotazníků bylo čtyřicet jedna. Výzkumný vzorek rodičů tvořila velká část žen.

#### **4.4 Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace**

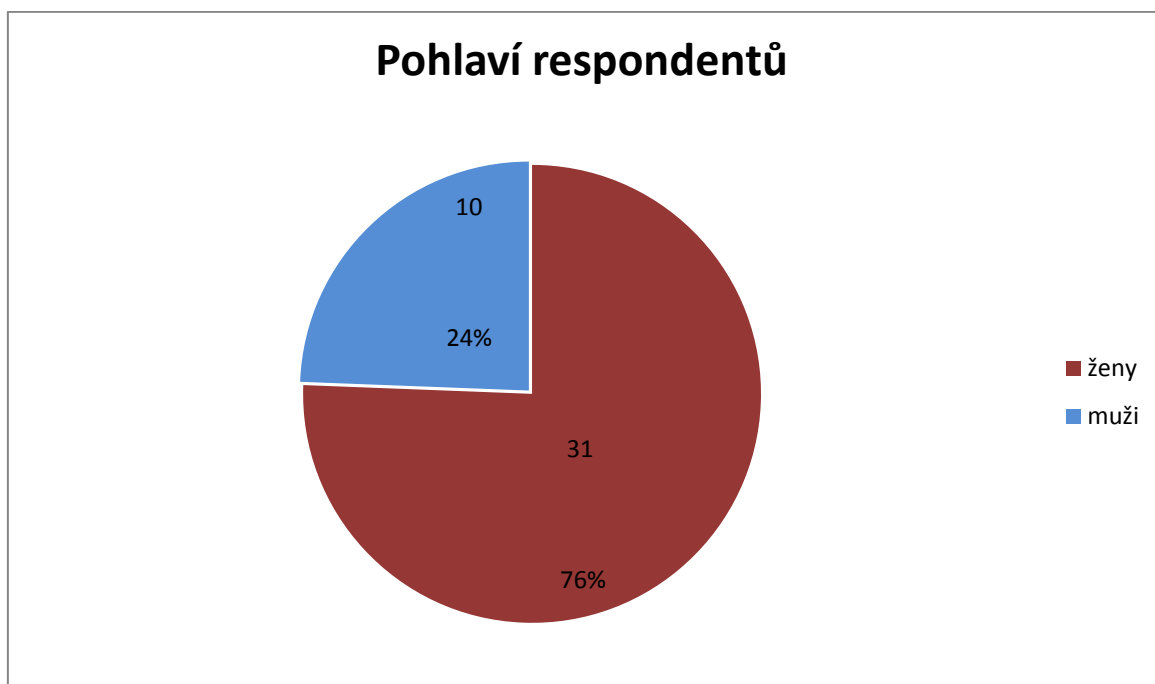
Výsledky šetření jsou zaneseny do výsečových grafů a tabulek. Ke každé výzkumné položce je podán slovní komentář.



Otázka č. 1 Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	n	%
A žena	31	76%
B muž	10	24%



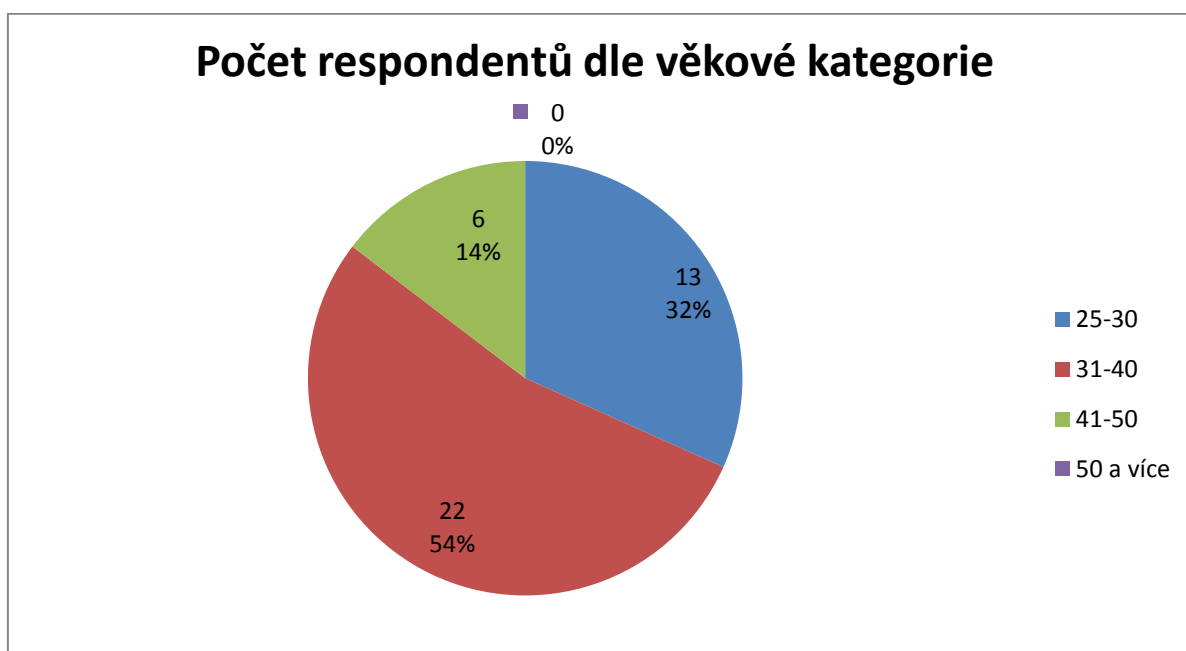
Graf 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů bylo ve 31 (76%) případech ženské. Menší část respondentů tvořilo 10 (24%) mužů.

Otázka č. 2 Do které věkové kategorie se řadíte?

Tabulka 2 Věk respondentů

Věková kategorie	n	%
25-30	13	32%
31-40	22	53%
41-50	6	15%
50 a více	0	0%



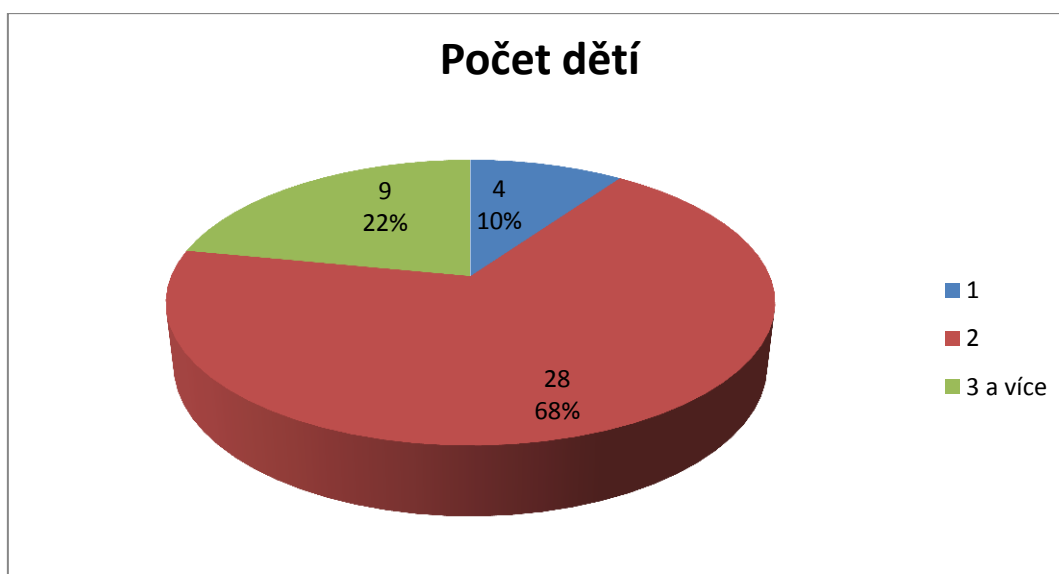
Graf 2 Věk respondentů

Do věkové kategorie 25-30 let se zařadilo 32% respondentů. Největší skupinu ve věku 31-35 tvořilo 54% z dotazovaných. V menším zastoupení věkové kategorie 41-50 let bylo zapsáno 14%. Poslední kategorie 50 let a více nebyla zastoupena žádným z dotazovaných.

Otázka č. 3 Kolik máte dětí ?

**Tabulka 3 Počet dětí u respondentů**

Počet dětí v rodinách	n	%
1	4	10%
2	28	68%
3 a více	9	22%



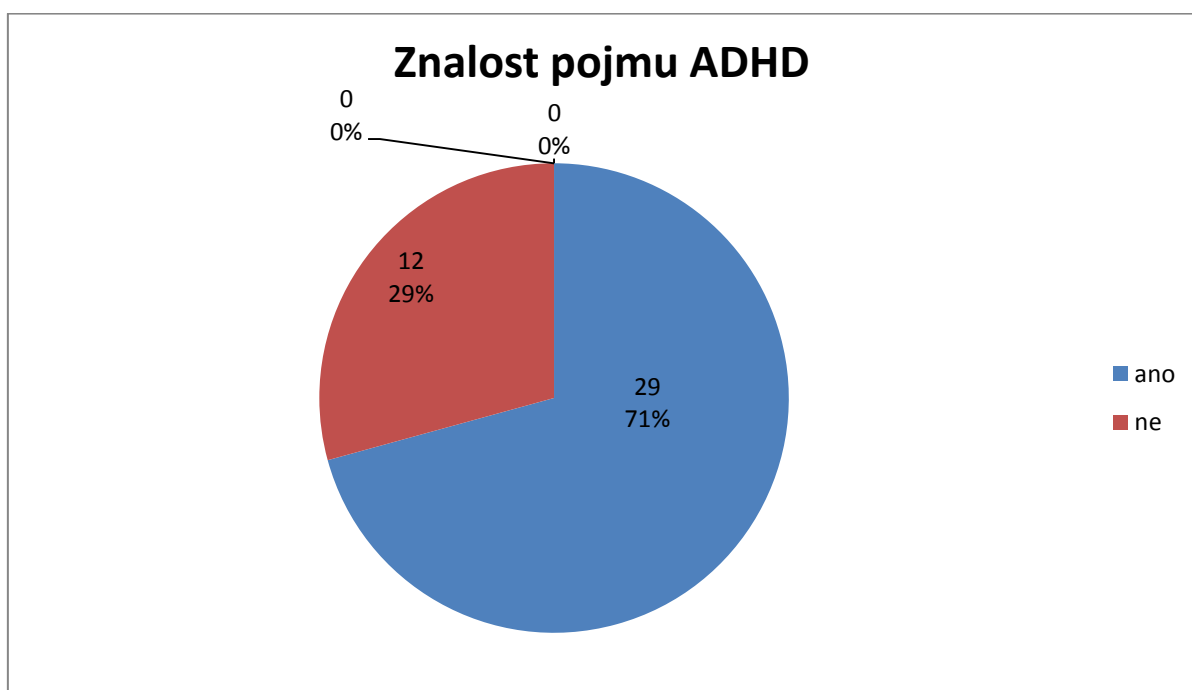
**Graf 3 Počet dětí u respondentů**

Na otázku zjišťující počet dětí dotazovaných, byly odpovědi následující. Největší skupinu 28 (68%) tvořili rodiče dvou dětí, dalších 9(22%) dotazovaných mělo tři nebo více dětí, nejmenší podíl 10% (4) patřil rodičům s jedním dítětem. Tato otázka měla ověřit, zda se jedná o respondenty-rodiče.

Otázka č. 4 Máte představu, co znamená pojem ADHD (hyperkinetický syndrom /lehká mozková dysfunkce/ LMD) ?

**Tabulka 4 Znalost pojmu ADHD**

Znalost pojmu ADHD	n	%
A ano	29	71%
B ne	12	29%



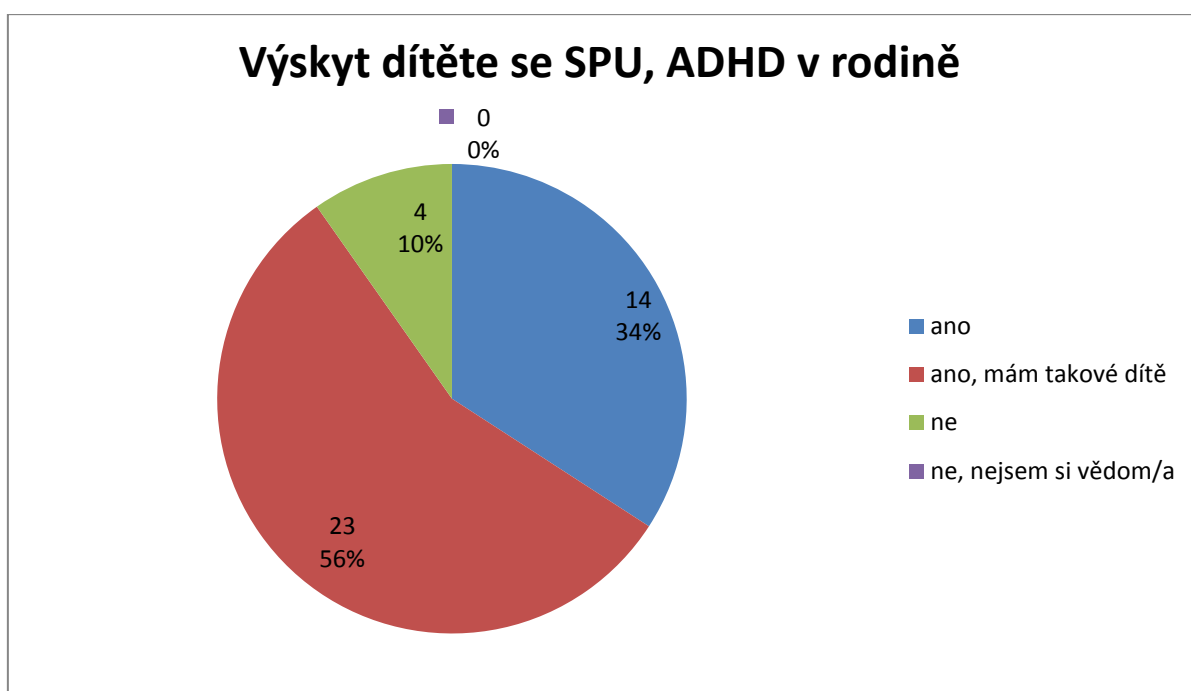
**Graf 4 Znalost pojmu ADHD**

Cílem otázky bylo zjistit znalost či neznalost týkající se pojmu ADHD mezi rodiči. Velký počet tj. 29(71%) dotazovaných odpovědělo kladně a jen 12(29%) zúčastněných dotazníkového šetření, neví co znamená označení ADHD.

Otázka č. 5 Máte ve své rodině či okolí dítě se specifickou poruchou učení (SPU)?

Tabulka 5 Znáte někoho, kdo má dítě se SPU

Znáte někoho, kdo má dítě (děti) se SPU	n	%
ano	14	34%
ano, mám takové dítě	23	56%
ne	4	10%
ne, nejsem si vědom/a	0	0%



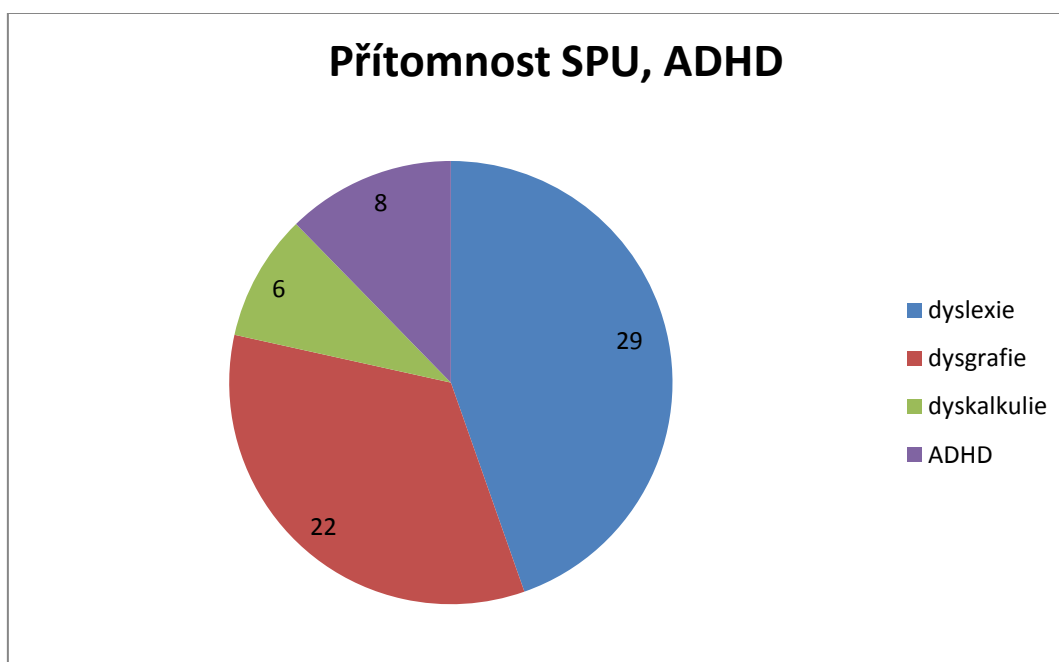
Graf 5 Znáte někoho, kdo má dítě se SPU

Tento dotaz mapuje výskyt specifických poruch učení nebo ADHD v rodině nebo okolí dotazovaných. Větší polovina zúčastněných tj. 56% uvedla, že má dítě se SPU nebo s ADHD. Další skupina tvořící 34 % respondentů potvrdila výskyt dětí se SPU ne s ADHD ve svém okolí. Nejmenší vzorek dotazovaných rodičů tj. 10 % nezná takové děti ve svém okolí ani rodině. Možnosti, „ne nejsem si vědom“ nevyužil nikdo.

Otázka č. 6 Pokud máte povědomí o dítěti se SPU,( prosím upřesněte o jakou poruchu se jedná)?

**Tabulka 6 Dítě má SPU**

Dítě má SPU	n
A dyslexie	29
B dysgrafie	22
C dyskalkulie	6
D ADHD	8



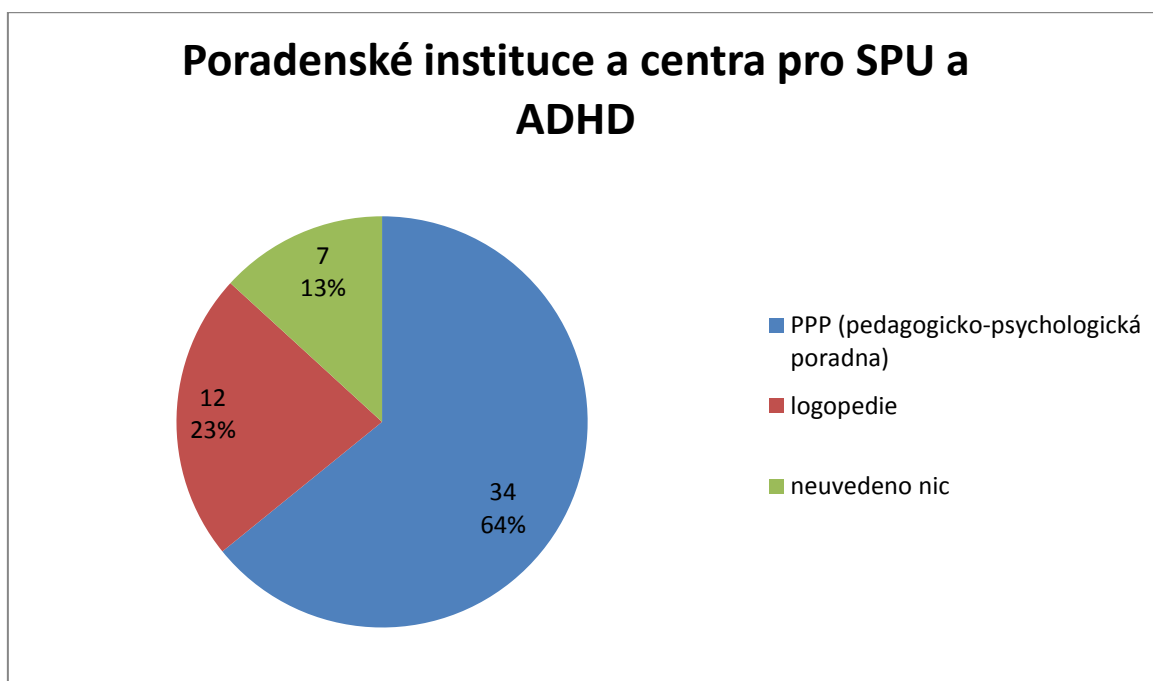
**Graf 6 Dítě má SPU**

Ve výše uvedené otázce, bylo možné odpovídat více možnostmi, proto celkový součet nesouhlasí s celkovým počtem dotazovaných. Rodiče ze vzorku dotazovaných 29 krát potvrdili, že má dítě dyslexii. Další část tvořila dysgrafie, ta byla zvolena 22 krát. Přítomnost dyskalkulie u dítěte v rodině či okolí byla označena 6 krát . Poslední možnost výběru byla varianta ADHD, této možnosti bylo využito 8 krát.

Otázka č. 7 Proším, uveďte které poradny pro rodiče a děti se SPU nebo s ADHD znáte?

Tabulka 7 Poradenské instituce pro SPU a ADHD

Poradenské instituce a centra pro SPU a ADHD	n	%
PPP (pedagogicko-psychologická poradna)	34	64%
logopedie	12	23%
neuveдено nic	7	13%



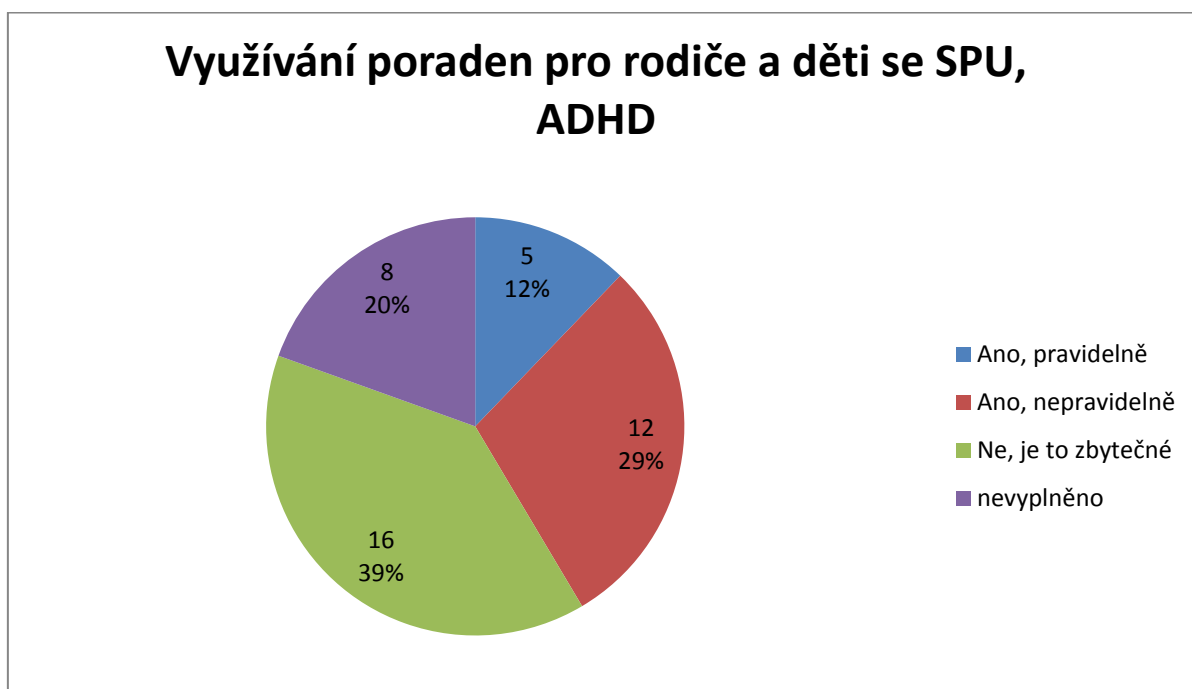
Graf 7 Poradenské instituce pro SPU a ADHD

Otázka byla položena s cílem zjistit povědomí rodičů o poradnách pro získání informací, rad o SPU, ADHD. Na otevřenou otázku byly uvedeny jen dvě formy poradenství pro rodiče a děti se SPU, ADHD. Nejvíce tj. 64% (34) respondenti uváděli pedagogicko-psychologickou poradnu. Druhá a zároveň i poslední odpověď byla logopedie (logopedická ambulance), tu rodiče zmínili ve 12-ti případech. Ve 13% ze všech dotazovaných tj. 7 neuváděli žádnou odpověď.

Otázka č. 8 Navštívujete s dítětem některou poradnu, zabývající se SPU a ADHD?

**Tabulka 8 Využívání poraden pro rodiče a děti se SPU, ADHD**

Využívání poraden pro rodiče a děti se SPU, ADHD	n	%
A Ano, pravidelně	5	12%
B Ano, nepravidelně	12	29%
C Ne, je to zbytečné	16	39%
nevyplněno	8	20%



**Graf 8 Využívání poraden pro rodiče a děti se SPU, ADHD**

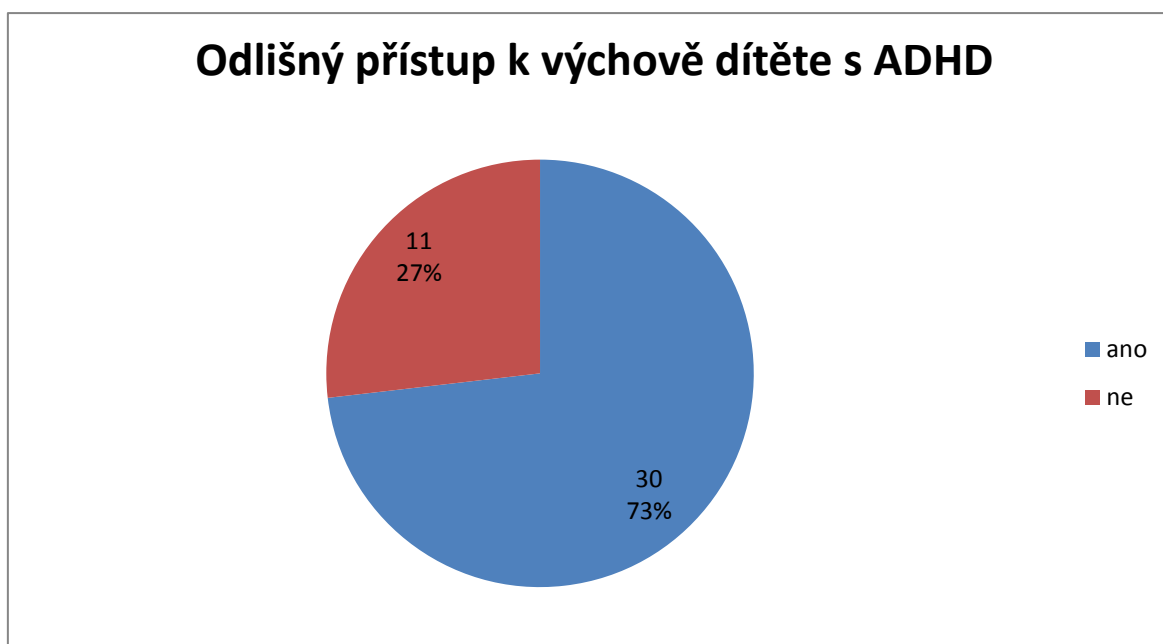
Další otázkou se zjišťovalo, zda rodiče využívají poradny pro rodiče a děti se SPU, ADHD. Odpovědi byly celkem vyrovnané, 5 (12%) respondentů navštěvuje pravidelně poradenské instituce. K odpovědi, že navštěvují poradnu, ale nepravidelně se přihlásilo 12 (29%) z dotazovaných. Větší odchylka nastala u 16 (39%) tázaných rodičů, kteří nenavštěvují poradny a připadá jim to zbytečné. Poslední část respondentů tj. 8 (20%) neodpověděl, nemají dítě vyžadující konzultace v poradnách pro děti se SPU, ADHD.



Otázka č. 9 Myslíte si, že by se mělo odlišně přistupovat k výchově dítěte s ADHD než u dítěte bez diagnózy ADHD?

Tabulka 9 Odlišný přístup k výchově dítěte s ADHD

Odlišný přístup k výchově dítěte s ADHD	n	%
A ano	30	73%
B ne	11	27%



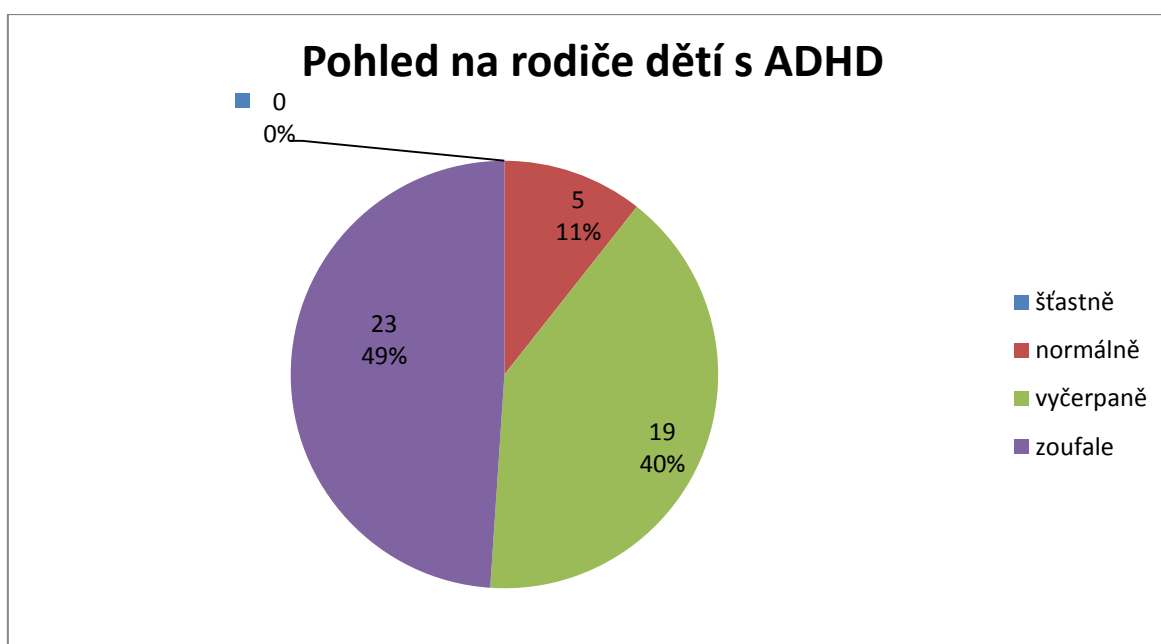
Graf 9 Odlišný přístup k výchově dítěte s ADHD

V otázce zjišťující názor na odlišování výchovy dítěte s ADHD a dítěte bez ADHD. Většina tj. 30 (73%) z dotazovaných rodičů odpovědělo kladně. Jen 11(27%) zúčastněných dotazníkového šetření nesouhlasí s jiným přístupem ve výchově dětí s ADHD nebo bez ADHD.

Otázka č. 10 Jak na Vás působí rodiče dítěte s ADHD, pokud takové znáte?

Tabulka 10 Pohled na rodiče dětí s ADHD

Pohled na rodiče dětí s ADHD	n	%
A šťastně	0	73%
B normálně	5	11%
C vyčerpaně	19	40%
D zoufale	23	49%



Graf 10 Pohled na rodiče dětí s ADHD

Poslední otázkou jsme chtěli zjistit pohledy rodičů na rodiče dětí s ADHD. Necelá polovina tj. 23 (49%) dotazovaných uvedla, že na ně rodiče dětí s ADHD působí zoufale. Na 19 (40%) respondentů působí zmínění rodiče vyčerpaně. Posledních 5 (11%) ze zúčastněných nepozorují změnu oproti jiným rodičům. Žádný dotazovaný neuvedl možnost, že rodiče dítěte ADHD působí na své okolí šťastně. Jen 4 rodiče se nezapojili do této otázky.

## 4.5 Shrnutí průzkumného šetření

Na základě výzkumného šetření, jsme dostali vyjádření od rodičů na konkrétní otázky. V dotazníkovém šetření jsme dospěli k zajímavým výsledkům. Otázka číslo 4, zjišťovala povědomí o pojmu ADHD. Z výsledků vyplynulo, že tři čtvrtiny respondentů ví, co zkratka ADHD (LMD/hyperkinetický syndrom) znamená. Tento výsledek byl očekávaný. Vzhledem k aktuálnosti této problematiky ADHD. Zajímavé je porovnání otázek číslo 5 a otázky pod číslem 8. V otázce číslo 5 se zjišťoval výskyt dětí se SPU, ADHD. Větší polovina dotazovaných tj. 23 rodičů zakroužkovalo odpověď B - „ano, mám takové dítě“. Otázkou číslo 8 jsme dospěli k závěru, že nejmenší část výzkumného vzorku navštěvuje pedagogicko-psychologickou poradnu nebo jiné poradny pro výchovu dětí se SPU, ADHD. Tedy jen 5 z 23 rodičů, jež označili výskyt SPU, ADHD u svého dítěte. Jedna třetina rodičů, navštěvuje pravidelně poradny. Někteří rodiče (16) nevidí smysl v poradenských službách, zakroužkovali možnost C – „ne, je to zbytečné“. V předposlední otázce se rodiče měli vyjádřit na výchovu dítěte s ADHD. Podle svých rodičovských zkušeností, zda tyto děti vyžadují jiný přístup ve výchově nebo stejný jako u dítěte bez diagnózy ADHD. Velká část respondentů souhlasí s odlišným výchovným přístupem k dětem se syndromem ADHD. Poslední otázka mapovala, pohled rodičů na rodiče dětí, kteří mají hyperkinetický syndrom. Na velkou část dotazovaných působí rodiče dětí s ADHD zoufale a vyčerpaně. Pro budoucí průzkum by bylo vhodné zaměřit se na rodiče dětí s ADHD a pokusit se zjistit jejich spokojenost při výchově svých dětí.

## Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku výchovy dětí s ADHD. Není lehké být účastníkem výchovného procesu u dětí se syndromem ADHD, je zapotřebí trpělivosti a především znalosti problému. Nemůžeme se snažit vychovávat dítě se speciálními vzdělávacími potřebami bez seznámení se s druhem jeho onemocnění.

Na základě nastudování odborné literatury, týkající se syndromu ADHD, období vývoje dítěte a výchovných činitelů působících na žáka s diagnózou ADHD byla vypracována teoretická část práce. Na jejím podkladě byla tvořena praktická část bakalářské práce. Kde byl použit dotazník jako forma průzkumného pedagogického šetření. Cílem bakalářské práce bylo objasnit syndrom ADHD, ukázat na vhodné metody a postupy při vedení dětí pro rodiče a pedagogy.

V praktické části po prostudování odborných pramenů týkající se zadané problematiky následovalo sestavení dotazníku pro respondenti. Respondenti byli z řad rodičů dětí se SPU, ADHD i „zdravých“ dětí. Po vyhodnocení dotazníkového šetření jsme dostali data, z nichž byla vypracována analýza průzkumu.

Z průzkumného šetření vyplynuly zajímavé závěry dostupné ve výsledcích analýzy průzkumu. Například jsme se dozvěděli, že rodiče dětí se SPU, ADHD nemají potřebu navštěvovat poradenské instituce, které se věnují poskytováním rad rodičům a pedagogům při výchově dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Ve velké míře rodiče dětí (se SPU, ADHD) nevidí potřebu docházet do pedagogicko-psychologických poraden a navíc to berou za zbytečné.

Nejúčinnější formou správného vedení dětí s poruchami, učení, soustředění, hyperaktivity je společný přístup dětí, rodičů, pedagogů a psychologů zapojení se do výchovného procesu. Možnost jak společně najít a sjednotit správný přístup a vychovávat dítě bez větších obtíží.

Doufám, že má práce bude použita k dalšímu využití rodičů či pedagogů.

## Seznam použité literatury

Bartoňová, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení I*. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-3612-3.

DRTÍLKOVÁ, M. *Hyperaktivní dítě: Vše co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2007. 87s. ISBN 978-80-7262-447-8.

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. et al. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2007. 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5.

Grecmanová, Helena, Holoušová, Drahomíra a Urbanovská, Eva. *Obecná pedagogika*. Vyd. 1. Olomouc: Hanex, 1998. 231 s. ISBN 80-85783-20-7.

HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-628-5.

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

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

LUKÁŠOVÁ, H. *Kvalita života dětí a didaktika*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-784-8.

MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, 1986.

MUNDEN, A. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 119 s. ISBN 80-7178-625-X.

PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.

RIEFOVÁ, S. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-728-2.

SLOWIK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha: SPN, 1990. ISBN 80-04-23643-X.

SWIERKOSZOVÁ, J. *Specifické poruchy chování: diagnostika – reedukace*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 80-7368-238-9.

ŠKVOROVÁ, J., ŠKVOR, D. *Proč zlobím?*. Praha: Trinitron, 2003. ISBN 80-7254-407-1.

VÁGNEROVÁ, M., KLÉGRVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1538-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika-vychovatelství*.  
Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. ISBN 978-80-7372-306-4.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. *O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálně  
vzdělávacími potřebami a studentů mimořádně nadaných*.



- a) Ano
- b) Ne

5. Máte ve své rodině či okolí dítě se specifickou poruchou učení (SPU)?

- a) Ano
- b) Ano, mám takové dítě
- c) Ne
- d) Nejsem si vědom(a)

6. Pokud máte povědomí o dítěti se SPU, prosím upřesněte o jakou poruchu se jedná ?

- a) dyslexie (porucha čtení)
- b) dysgrafie (porucha psaní)
- c) dyskalkulie (porucha počítání)
- d) ADHD (nesoustředěnost, hyperaktivita)

7. Prosím, uveďte které poradny pro rodiče a děti se SPU nebo s ADHD znáte?

.....  
.....

8. Navštěvujete s dítětem některou poradenskou instituci, zabývající se SPU a ADHD?

- a) Ano, často
- b) Ano, nepravidelně
- c) Ne, je to zbytečné

9. Myslíte si, že by se mělo odlišně přistupovat k výchově dítěte s ADHD než u dítěte bez diagnózy ADHD?



a) Ano

b) Ne

10. Jak na Vás působí rodiče dítěte s ADHD, pokud takové znáte?

a) Šťastně

b) Normálně

c) Vyčerpaně

d) Zoufale

Děkuji Vám za čas strávený při vyplňování dotazníku!

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Eva Riedingerová
<b>Katedra:</b>	Ústav pedagogiky a sociálních studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Pavla Vyhnálková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2012

<b>Název práce:</b>	Edukace dětí s ADHD v rodině a ve škole
<b>Název v angličtině:</b>	Education of children with ADHD in the family and school
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce Edukace dětí s ADHD v rodině a ve škole je zaměřena na výchovu, výchovné zásady při práci s dítětem s ADHD. Cílovou skupinu tvoří děti mladšího školního věku. Hlavní cíl práce je seznámit s problematikou ADHD a možností správných výchovných postupů. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se věnuje vývoji dítěte od početí až po mladší školní věk, ADHD, výchovných činitelů působících na dítě s ADHD. Praktická část prezentuje výsledky pedagogického průzkumu realizovaného formou dotazníkového šetření mezi rodiči.
<b>Klíčová slova:</b>	Mladší školní věk, ADHD, specifické poruchy učení výchova, rodina, škola
<b>Anotace v angličtině:</b>	Education Bachelor thesis of children with ADHD in the family and the school is focused on education, educational principles when working with a child with ADHD. The target group is school children. The main objective of this work is familiar with the issue of ADHD and the possibility of good educational practice. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part focuses on child development from birth

	to school age, ADHD, educational players involved in a child with ADHD. The practical part presents the results of teacher survey conducted by questionnaire among parents.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Younger school age, ADHD, specific learning disabilities education, family, school
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	1
<b>Rozsah práce:</b>	46
<b>Jazyk práce:</b>	český