

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

HYPERAKTIVNÍ DÍTĚ A ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST RODIČŮ



Diplomová práce

Autor : **Martina Vondrušková**

Vedoucí práce : **doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.**

Olomouc

2010

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Olomouci 5. února 2010

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Ireně Sobotkové, CSc. za cenné rady, podporu a povzbudivé vedení diplomové práce.

Děkuji také všem, kteří mi zprostředkovali kontakt na rodiče a rodičům za to, že mě nechali nahlédnout do svých životů.

OBSAH

ÚVOD	- 5 -
I. TEORETICKÁ ČÁST	- 6 -
1. HISTORIE SYNDROMU ADHD	- 7 -
1.1. TERMINOLOGICKÉ ROZLIŠENÍ	- 7 -
1.1.1. POJEM LMD	- 8 -
1.1.2. PŘÍČINY LMD	- 9 -
1.1.3. PŘÍZNAKY LMD	- 10 -
1.1.4. PREVENCE LMD	- 11 -
2. CO JE TO SYNDROM ADHD, ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY	- 14 -
2.1. ROZDĚLENÍ SYNDROMU ADHD A JEHO TYPY	- 15 -
2.2. PŘÍČINY ADHD	- 15 -
2.3. PŘÍZNAKY ADHD	- 17 -
2.4. OSOBNOST DĚTÍ TRPÍCÍCH PORUCHOU ADHD	- 18 -
2.5. SYNDROM ADHD V DOSPĚLOSTI	- 19 -
2.6. BIOLOGICKÉ A EVOLUČNÍ HLEDISKO SYNDROMU ADHD	- 20 -
3. DIAGNOSTIKA ADHD	- 23 -
3.1. POTŘEBNÁ VYŠETŘENÍ	- 24 -
3.2. POSUZOVACÍ ŠKÁLY	- 25 -
3.3. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA	- 27 -
4. LÉČBA ADHD	- 28 -
4.1. FARMAKOTERAPIE	- 28 -
4.2. PSYCHOTERAPIE	- 32 -
4.3. JINÉ ZPŮSOBY LÉČBY	- 34 -
5. SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ DÍTĚTE S ADHD	- 36 -
5.1. RODINNÉ ZÁZEMÍ	- 36 -
5.1.1. NÁROKY NA RODIČE	- 40 -
5.1.2. RODIČOVSKÁ ROLE, VÝCHOVA	- 40 -
5.1.3. PARTNERSKÝ VZTAH	- 44 -
5.1.4. RODINY FUNKČNÍ A DYSFUNKČNÍ	- 46 -
5.1.5. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ V RODINĚ	- 48 -
5.2. ŠKOLNÍ PROSTŘEDÍ	- 50 -
5.3. ZÁJMOVÁ OBLAST	- 51 -
6. ODBORNÁ POMOC PRO RODINY S DĚTMI TRPÍCÍMI PORUCHOU ADHD	- 53 -

6.1. ORGANIZACE PRO RODIČE A DĚTI S ADHD	- 53 -
7. ÚDAJE O VÝSKYTU.....	- 56 -
7.1. JAK ČASTO SE VYSKYTUJE PORUCHA ADHD.....	- 56 -
8. ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	- 57 -
8.1. TERMINOLOGICKÉ ROZLIŠENÍ (POJEM WELL - BEING)	- 57 -
8.2. TEORETICKÉ PŘÍSTUPY K ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI	- 59 -
8.3. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	- 62 -
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	- 66 -
1. ÚVOD DO VÝZKUMNÉ PROBLEMATIKY	- 67 -
2. CÍL VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	- 68 -
3. POUŽITÉ METODY	- 69 -
3.1. POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR.....	- 69 -
3.2. DOTAZNÍK ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI	- 71 -
4. VÝZKUMNÝ SOUBOR	- 73 -
5. VÝSLEDKY VÝZKUMU	- 75 -
5.1. POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR S RODIČI.....	- 75 -
5.2. DOTAZNÍK ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI (DŽS).....	- 87 -
III. DISKUSE	- 89 -
IV. ZÁVĚR	- 97 -
V. SOUHRN	- 99 -
POUŽITÁ LITERATURA	- 103 -
PŘÍLOHY	- 107 -

ÚVOD

Co je to spokojenost? Je to vnitřní zkušenost. Je to zážitek uspokojení. V tomto okamžiku si nepřejeme víc než máme (Johnson, Ruhl, 2000). Cesta, na které rodiče provázejí své dítě od narození po dospělost, je plná různých zážitků a zkušeností. Ty jsou jedinečné, rozmanité a liší se v každé rodině. Rodiče hyperaktivního dítěte zažívají navíc specifické situace, dané jeho poruchou.

Rodiče hyperaktivních dětí se nacházejí v nelehké životní situaci. Ve výchově zažívají spoustu neúspěchů. Cítí se vyčerpaní a malé množství volného času jim neumožňuje dostatečný odpočinek. Navíc široké okolí jim život příliš neulehčuje. Rodiče musejí čelit kritickým pohledům a často i připomínkám, že je jejich dítě nevychované. Také se školou dětí to nemají jednoduché. Musejí zde žádat o individuální přístup ke svému dítěti a ne vždy se setkají s porozuměním.

Ve školách se neustále mluví o dětech, které zlobí, neposedí, jsou roztržité a ruší vyučovací hodiny. Avšak ne vždy je tato porucha zavčas „objevena“. Mnohdy se může stát, že jsou děti trpící syndromem ADHD za své nevhodné chování neadekvátně a nespravedlivě trestány. Někdy se až posléze ukáže, že dítě za svou neukázněnost nemůže. Syndromem ADHD označujeme děti nepřiměřeně aktivní, nepozorné, které se tímto způsobem odlišují od svých vrstevníků. Ne proto, abychom poukázali na to, že jsou jiné. Ale abychom těmto dětem usnadnili jejich vývoj v sociálním prostředí. Aby dospěli v jejich blízkém okolí věděli, že mají vrozenou poruchu a kde si případné nevhodné chování trest nezaslouží.

Zajímalo mě, jaká je životní spokojenost rodičů hyperaktivních dětí. Chtěla jsem se seznámit se způsobem života těchto rodin. Zjistit, s jakými radostmi i starostmi se při péči o hyperaktivní dítě potýkají.

Získané informace by mohly posloužit odborníkům, kteří pracují s těmito rodinami a případně přispět ke zlepšení celkové životní spokojenosti nebo jejich jednotlivých oblastí. Mohou pomoci i rodičům, kteří vychovávají hyperaktivní dítě.

Jako podklad k sepsání této práce mi posloužila práce ročníková.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. HISTORIE SYNDROMU ADHD

1.1. TERMINOLOGICKÉ ROZLIŠENÍ

Názory na syndrom ADHD (Attention - Deficit Hyperactivity Disorder), porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou, se v minulých letech postupně vyvíjely. S těmito změnami názorů přicházely i odlišné názvy (Kulišťák, 2003). V souvislosti s tímto syndromem se můžeme setkat s termíny: Lehká dětská encefalopatie (LDE), lehká mozková dysfunkce (LMD), poškození mozku, hyperkinetická reakce, hyperkineze. V některé literatuře se můžeme setkat s pojmem ADD (Attention Deficit Disorder), tedy porucha pozornosti. Toto označení se používá jako synonymum k syndromu ADHD. Ve skutečnosti se však jedná o různé, ačkoli pravděpodobně o velmi příbuzné onemocnění. Rozdíly mezi nimi jsou nepatrné. Jedinci s ADHD jsou nesoustředění, většinou impulzivní a hyperaktivní. Na rozdíl od nich, osoby trpící ADD nebývají hyperaktivní, ovšem také trpí impulzivitou a neschopností se soustředit. Souhrnně lze tyto poruchy, s oběma skupinami příznaků, označit hyperkinetická porucha (Munden, Arcelus, 2002).

„ADHD není nemoc nová. Lidé se symptomy ADHD tu zřejmě byli odjakživa“ (Munden, Arcelus, 2002, s. 11).

Dr. Heinrich Hoffman v roce 1845 jako první popsal syndrom ADHD (http://sitemaker.umich.edu/356.gamache/brief_history_of_adhd). V roce 1902 britský lékař *Frederic Still* charakterizoval syndrom neschopností udržet pozornost, neklidem, těkavostí, agresí, porušováním pravidel. Do výčtu symptomů zařadil také neurologické a lehké vrozené anomálie. V roce 1937 se *Bradley* zaměřil na vliv amfetaminu na hyperaktivitu (Munden, Arcelus, 2002). Ve 30. a 40. letech působili v oblasti těchto poruch němečtí badatelé *Heinz Werner* a *Erwin W. Strauss*. „Uvedli do literatury pojem mozkového poškození s příznačnými projevy a nápadnostmi v psychice již v našem pojetí“ (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 155-156). *Arnold Gesell* a *C. Amatrudová* ve svém díle uvádějí nepříznivé důsledky mozkových poškození. Autoři dále rozlišují různou míru postižení.

Dělí ji na 3 typy podle závažnosti:

- Devastující (nejtěžší) – mentální retardace
- Selektivní (částečné) – motorická poškození (př. Raná dětská mozková obrna)
- Minimální (nejlehčí) – ve smyslu dnešního pojetí lehkých mozkových dysfunkcí (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 155-156).

U nás v roce 1904 profesor *Antonín Heveroch*, neurolog, zaznamenal „průvodní znaky dyslexie, které odpovídají syndromu hyperaktivity“ (Kulišťák, 2003, s. 88). S názvem lehké dětské encefalopatie (LDE) přišel ve svém díle primář dětské psychiatrické léčebny *MUDr. JUDr. Otakar Kučera*. Pod tímto názvem O. Kučera myslel drobné difúzní poruchy mozkové tkáně, které mají trvalý ráz. Uvádí, že tyto poruchy mohou vzniknout v době prenatální, perinatální nebo postnatální, ale ještě před dobou dospělosti (Říčan, Krejčířová a kol., 2006). Označení „lehké poškození CNS“ u nás jako první používal *MUDr. Karel Macek* od roku 1949. Prováděl různá vyšetření dětí. Např.: antropometrické, neurologické, somatické, smyslové. Po těchto vyšetřeních dospěl k závěru, že jednotlivé odchylky jsou způsobeny lehkou poruchou CNS (Matějček, 2005).

Později byla v roce 1963 dle Clementse (in Kulišťák, 2003) mezinárodně definována lehká mozková dysfunkce (LMD). Tento název vznikl jako náhrada za pojem minimální mozkové poškození (angl. minimal brain damage). Tato komise složená z předních odborníků vypracovala pod vedením Clementse definici syndromu: „*Jsou to děti vyšší průměrné nebo podprůměrné inteligence, s různými poruchami chování a učení*“ (Třesohlavá, 1986, s. 13).

1.1.1. POJEM LMD

Lehké mozkové dysfunkce je pojem příliš široký, jednotící a nadřazený. Shrnuje velké množství neurčitě definovaných nápadností v chování dítěte.

Celá řada projevů dítěte, které jsou pokládány za typické pro LMD může být způsobena jinými příčinami než poškozením mozku. Stejně tak dobře mohou tyto projevy zapadat do jiných syndromů, např. poruch chování, neuróz, psychické deprivace, ale někdy i počínajícího psychotického onemocnění aj.

Současně s objevem lehkých mozkových dysfunkcí došlo k oživení problematiky specifických poruch učení (dyslexie, dysortografie, dyskalkulie aj.) Tyto poruchy spadají pod pojem lehkých mozkových dysfunkcí, ale jsou pojímány samostatně. Mají své mezinárodní instituce, výzkumné ústavy, laboratoře, také své metody nápravy, organizace nápravné péče.

Problematiku obsáhlosti pojmu lehké mozkové dysfunkce lze zúžit dvěma cestami: a) vnitřní diferenciací neurčité jednotky a hledání a ohraničování jejích podskupin.

b) opuštění jednotícího pojmu a rozdělení dřívější velké jednotky na samostatné, nové nespojitě menší jednotky, určitě ohraničené.

„Vedle samostatně tradované problematiky specifických poruch učení se jako první z celku LMD oddělil syndrom hyperaktivity“ (Matějček, 2005, s. 106). Jako další následoval syndrom nesoustředěnosti, který měl mnoho variant názvů.

Ovšem i v případě oddělení nově označených syndromů zde dochází k problémům. Tyto syndromy nemohou být přesně ohraničené, často se stává, že jednotlivé symptomy se navzájem překrývají. „Málokteré neklidné dítě není současně také nesoustředěné a impulsivní. V praxi se pak ukazuje, že tyto nově vytvořené jednotky nejsou o nic lépe definovány než dřívější souhrnný pojem LMD“ (Matějček, 2005, s. 106).

Pojem LMD převládá, je vžitý a přes všechny okolnosti stále ještě nejlepším prostředkem k dorozumění (Matějček, 2005, s. 105-107).

1.1.2. PŘÍČINY LMD

Při pátrání po příčině LMD je vhodné se přiklánět k více činitelům. I přes to, že v anamnéze nalezneme pravděpodobnou příčinu poškození, nejde nikdy o působení jen jednoho faktoru, ale vždy je nutno předpokládat působení více faktorů, které se navzájem mohou ovlivňovat.

V historii zkoumání příčin lehkých mozkových dysfunkcí se můžeme setkat s velkým množstvím prací a názorů, kterých je až nepřehledné množství. Pojetí se liší zejména profesním zaměřením autorů.

Někteří autoři zastávají psychogenní faktory jako prvotní příčinu, jiní se přiklánějí k faktorům organickým (Třesohlavá, 1986).

Z organických příčin se nejčastěji uvádějí komplikace:

- genetického původu – asi 10% případů s LMD dle Denhoffa, výskyt LMD u více sourozenců v rodině podle Wendera, Třesohlavé, dále u sourozenců dyslektiků dle Matějčka a Zahálkové, podle Vagra je častý výskyt diagnózy LMD u chlapců a jejich otců. Genetická zátěž není nikdy samostatný činitel a její vliv je velmi komplexní (in Třesohlavá, 1986).
- před porodem v době těhotenství (prenatální vlivy)– v této době může dojít k mozkovému poškození v důsledku rozmanitých těhotenských komplikací.
- při porodu (perinatální vlivy) – přidušení, při kterém se mozek dítěte poškodí nedostatečným okysličením, dlouhé trvání porodu nebo může dojít k většímu stlačení hlavičky (Šebek, 1990).
- po porodu (postnatální vlivy) – Göllnitz vysvětluje, že mozkové léze různé etiologie vzniká v době vývoje mozku až do dovršení šesti let. Uvádí následující důvody:
 - „podle Filimina a Aldamy končí diferenciací mozkové kůry až mezi 6.- 8. rokem života dítěte,
 - v 6 letech je psychický vývoj dítěte zralý pro učení ve škole,
 - v té době na EEG dominuje alfa rytmus,
 - mozkové poškození po 6. roce již zpravidla nepůsobí poruchy vývoje motorických funkcí a koordinace,
 - je již dostatečně koordinován vývoj řeči,
 - po 6. roce již poškození sluchu nezpůsobuje regresní vývoj řeči“ (in Třesohlavá, 1986, s. 16).

1.1.3. PŘÍZNAKY LMD

Nápadně nerovnoměrný vývoj jednotlivých duševních funkcí: V určitých úkolech je dítě bystré a jeho projev působí vyspěle, v jiných nápadně zaostává a vázne.

Nápadně zvýšená pohyblivost, živost a neklid: „Dítě chvilku neposedí – vstává, kleká si, třeba si lehne i pod lavici, pořád něco musí mít v ruce, nohy u stolu jsou celé okopané atd“ (Matějček, 2005, s. 118).

Nápadná roztěkanost a potíže se soustředěním: Dítě se soustředí jen malou chvíli, každý rušivý podnět odvádí jeho pozornost od práce, často střídá činnosti. Jeho reakce jsou prudké, okamžité a nepřiměřené = impulzivita (zbrkllost).

Tělesná neobratnost: Vyznačuje se nešikovností, častějšími úrazy dítěte. Součástí jsou také obtíže v jemné motorice, které jsou nápadné při psaní a kreslení. Písmo těchto dětí je kostrbaté, špičaté a jednotlivá písmena na sebe nenavazují.

Artikulační neobratnost: „Jednotlivé hlásky vysloví dobře, ale nezvyklá jejich spojení nebo delší slova nejsou s to vůbec vyslovit, nebo je všelijak zkomolí“ (Matějček, 2005, s. 118)

Obtíže ve vnímání, v představách a v myšlení. (Matějček, 2005, s. 118, 119).

1.1.4. PREVENCE LMD

Prevence:

U vážných forem je možné LMD diagnostikovat od narození, nejpozději ve 4-5 letech života dítěte. V tomto věku jsou již patrné známky LMD v chování dítěte i ve vyšetření EEG. Je důležité LMD diagnostikovat včas.

Základní prevence znamená snažit se o nápravné postupy dříve, než dítě začne mít problémy ve škole.

Prvním signálem může být logopedická péče v předškolním věku dítěte. Může se stát jistou předzvěstí následných problémů ve škole (<http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php?menu=5-01>).

Jako prevence projevů LMD může sloužit pochvala a ocenění dítěte nejen za dobrý výkon, ale v první řadě za snahu. Měli bychom zabránit pocitům méněcennosti, chránit dítě před opakovanými zážitky neúspěchu (například v soutěžích, v situacích, kdy nemůže stačit ostatním dětem). Ale také se snažit najít činnost, ve které by mohlo dítě vynikat. Vhodné je vzbudit v dítěti zájem o to,

co se má naučit a ten podporovat. Nevyplatí se dítěti s LMD upírat pohyb. Nucení ke klidu pouze zvyšuje napětí. O nic méně důležité je příznivé rodinné prostředí. Dítě by mělo vědět, že je ostatními členy rodiny milováno a jsou ochotni mu pomáhat. „A i když se na ně občas zlobí, jsou v podstatě vždy „na jeho straně“ a sympatizují s ním. Musí ve své rodině cítit oporu – a mělo by tu prožívat tolik radosti jako každé jiné“ (Matějček, 2005, s. 120-122).

Prenatální prevence:

- **prenatální učení** – „Metoda specifické stimulace plodu v průběhu těhotenství“ (<http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php?menu=5-01>). Přesnou zvukovou stimulací dochází k aktivaci nervových buněk nenarozeného dítěte, a tím se posiluje zrání mozkové aktivity. Děti stimulované touto metodou se dle výzkumů rodí bez pláče, s otevřenými očima, s náznakem úsměvu, mají větší porodní váhu a délku. Také začínají dříve chodit a mluvit než jejich vrstevníci.

(<http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php?menu=5-01>)

K této prenatální stimulaci plodu byl vynalezen přístroj „BabyPlus“. Tento přístroj vypadá jako ledvinka, která se připevňuje kolem postupně rostoucího břicha nastávající matky. Obsahuje šestnáct zvukových vzorců, které připomínají tlukot matčina srdce. Rytmus zvuků se s postupujícím těhotenstvím zrychluje. S nápadem stimulovat ještě nenarozené dítě přišel americký prenatální psycholog Brent Logan. „Vycházel z poznatku, že jediný zvuk, který dokáže plod v děloze zřetelně rozeznat, je právě tlukot matčina srdce“ (Kramulová, 2006, s. 28). Zvuky, které BabyPlus vysílá, napodobují tlukot srdce a zároveň se postupně vzdalují. Dítě se tak prý naučí rozeznávat působící podněty.

Názory odborníků k tomuto tématu se liší. Někteří metodu podporují, jiní jsou skeptičtí. Liší se i jejich pohledy na to, ve kterém týdnu těhotenství je dítě schopné rozlišovat sluchové informace, zda dochází ke zlepšení mentálního potenciálu dítěte či ne. Jedni tvrdí, že jsou stimuly přicházející z přístroje nepřirozené, že lepší jsou ty, které přicházejí od matky (hlazení, zpěv). Jiní naopak zastávají stanovisko, že dříve naši předkové vyrůstali v početných rodinách, a tím měli větší

množství stimulačních podnětů. Prohlašují, že děti v současné době jsou podstimulované, a tak jim BabyPlus nahrazuje přirozené podněty. I přes rozličné přístupy se obecně shodují na tom, že by se budoucí maminky měly rozhodnout tak, aby se cítily spokojeně (Kramulová, 2006, s. 28-29).

2. CO JE TO SYNDROM ADHD, ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY

Jak poznamenává Barkley, „ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností“ (in Zelinková, 2003, s. 196).

Primární charakteristika ADHD:

1) Deficit pozornosti: Děti, které trpí syndromem ADHD mají větší problémy s udržením pozornosti než ostatní děti téhož věku a pohlaví. Tento pojem lze vztahovat také k deficitu čilosti, vzrušivosti, výběrovosti podnětů, soustředěné pozornosti, k těkavosti, k nedostatečnému rozsahu chápání.

2) Hyperaktivita: Druhým základním rysem je nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity. Typický je neklid a pohyby těla, které jsou v dané situaci bezúčelné. Může se také vyskytovat nadměrný řečový projev a komentáře.

3) Impulzivita: K problému vytrvalosti v určité činnosti, která vyžaduje volní úsilí, se váže nedostatečný útlum chování reagujícího na požadavky situace. Pozorovatel je tedy schopen zachytit u dítěte nebrzděnost a nadměrnou impulzivitu v porovnání s jeho vrstevníky.

http://www.remedia.cz/pdf/20060517063603hyperkineticke_poruchy.pdf.

2.1. ROZDĚLENÍ SYNDROMU ADHD A JEHO TYPY

K rozdělení syndromu ADHD můžeme přistupovat z hlediska symptomů. Například Davidson a Neale dělí tyto symptomy do tří subkategoríí:

1) Prostá porucha pozornosti (ADD)

Tito jedinci mají poruchy pozornosti, ale úroveň aktivizace je normální.

2) Hyperaktivita a impulzivita

3) Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou

Vzniká spojením obou výše uvedených skupin obtíží. Do této kategorie spadá nejvíce dětí.

Barkley dále ještě rozlišuje následující typy:

- ADHD s agresivitou
- ADHD bez agresivity
- ODD = opoziční chování (Oppositional Defiant Disorders)

(in Zelinková, 2003, s. 195).

2.2. PŘÍČINY ADHD

Genetika

Existuje mnoho studií, které dokládají, že porucha ADHD je dědičná. Vědci porovnávali výskyt poruchy u jednovaječných i dvojevaječných dvojčat. Výsledky studií ukázaly, že u jednovaječných dvojčat v 80-90% případů, kde jeden ze sourozenců měl ADHD, trpěl touto chorobou i druhý sourozenec. Ze studií na dvojevaječných dvojčatech vyplynulo, že ve 32% dvojic trpěly ADHD obě děti. U nepříbuzných dětí se výskyt ADHD pohybuje mezi 3-5%.

Závěry z těchto výzkumů dokazují, že v řadě případů není příčinou poruchy výchova ani životní prostředí dítěte (Munden, Arcelus, 2002).

Více dětí zdědilo svou poruchu po otci, méně po matce.

Poškození mozku

Mnoho odborníků se domnívá, že příčinou hyperaktivity, neschopnosti koncentrace pozornosti a problémů v chování je právě poškození mozku. Nelze však takto usuzovat u všech dětí s ADHD. Některé rozsáhlé výzkumné studie nepotvrdily spojitost mezi ADHD a obtížemi v těhotenství či během porodu (Train, 1997).

Neurochemie

Syndrom ADHD pravděpodobně souvisí s neurotransmitery (s dopaminem a noradrenalinem). Jsou to chemické látky v lidském mozku, které zprostředkovávají přenos mezi neurony (Munden, Arcelus, 2002). Tyto látky ovlivňují náš způsob myšlení, cítění a také schopnost koncentrace pozornosti. Pokud jsou dysfunkční, jako u dětí s ADHD, dochází k narušení chemických pochodů a důsledkem toho k ovlivnění jejich chování.

Ke zlepšení chování dítěte je možné přispět léky, které působí na neurotransmitery - posilují jejich funkci.

Strava

Je důležité, aby strava dítěte byla vyvážená. Problémové chování může být následkem chemické nerovnováhy organismu. Umělá barviva, konzervační přípravky a salicyláty jsou označovány za původce hyperaktivity. Dieta přináší kladné, ale i záporné důsledky, proto by se k ní mělo přistupovat opatrně a ve spolupráci s odborníkem. Když rodiče tráví hodně času přípravou jídla, dítě si uvědomí jejich péči. Rodiče uplatňují svoji autoritu a zodpovědnost, tím, že dítěti některé potraviny dovolí, jiné ne. Projevy náklonnosti jsou pro dítě důležitější. Na druhé straně dieta nese i negativní aspekty. Nepříznivý stres spojený s dietou se může odrazit na vztahu rodič – dítě, ale i na vztahu dítěte s jeho vrstevníky. Těžko se vyrovná s tím, že ono jediné nesmí jíst či pít určitou potravinu.

„I když chování některých dětí může být jídlem ovlivněno, nebylo vědecky dokázáno, že by ADHD byl formou alergické reakce na stravu“ (Train, 1997, s. 46).

Otrava olovem

„Otrava olovem se u dětí vyskytnout může a může dokonce způsobit i poškození mozku, ale dochází k tomu zřídka. Nelze ji tedy považovat za příčinu

ADHD, protože u většiny postižených dětí se zvýšený obsah olova v krvi neprokázal. Kromě vlivu špatného životního prostředí bylo i zjištěno, že se děti s ADHD rodí častěji matkám, které kouří nebo pijí alkohol“ (Train,1997, s. 43-46).

2.3. PŘÍZNAKY ADHD

Hyperkinetické poruchy se vyskytují ve všech věkových kategoriích. Od útlého dětství až do dospělosti. V každém věku má tatáž porucha různé symptomy. V *kojeneckém období* se příznaky projevují poruchou základních biorytmů, v *batolecím období a předškolním věku* dezinhibicí, ve *školním věku* kognitivní dysfunkcí, v *adolescenci* poruchami chování, v *pozdní adolescenci a časně dospělosti* sociální maladaptací spojenou často s kriminalitou.

Základní symptomy hyperkinetické poruchy:

A. Poruchy kognitivních funkcí:

- 1) *porucha pozornosti* – nepozornost, obtíže pozornosti v aspektu sluchovém i zrakovém, nežádoucí zapojení motoriky do aktivit procesu poznání,
- 2) *neschopnost selekce* podstatných podnětů od nepodstatných,
- 3) *porucha analýzy a syntézy* informací,
- 4) *porucha exekutivních funkcí* – vytváření a realizace plánů, nedostatečná sebeinstrukce,
- 5) *porucha motivace, úsilí a vytrvalosti* – obzvláště v aktivitách, které nepřinášejí okamžité uspokojení nebo ve frustrujících situacích,
- 6) *porucha vizuálně prostorová* – snížená schopnost prostorové představivosti,
- 7) *porucha slovní a pracovní paměti.*

B. Porucha motorickopercepční:

- 1) *hyperaktivita* s neschopností relaxace, sedavých aktivit,
- 2) *drobné neurologické odchylky,*
- 3) *motorická neobratnost.*

C. Porucha vizuomotorické koordinace.

D. Porucha emocí a afektů:

Projevuje se emoční a afektivní labilitou, také explozivitou.

E. Impulzivita:

Vyznačuje se neschopností odložit akci, jednání, dále náhlými a ukvapenými činy, rychlými závěry.

F. Sociální maladaptace:

Sociální maladaptaci lze shrnout jako neadekvátní kontrolu, familiárnost nepřislušnou věku, neschopnost souhry s vrstevníky. To vede k odmítání dětí s touto diagnózou – doma, ve škole, při sportu, kolektivních hrách. Děti jsou frustrované ze sociální neúspěšnosti a mají sníženou toleranci ke stresu. Reakcí na tuto situaci je šaškování, negativismus, později poruchy chování (lhaní, krádeže) (Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 812,813).

2.4. OSOBNOST DĚTÍ TRPÍCÍCH PORUCHOU ADHD

Děti postižené ADHD hodně pláčejí, málo spí. Někteří rodiče o svých potomcích říkají, že neměli rádi tělesný kontakt, že bylo těžké je rozveselit.

Opatrovníci dětí, které trpí poruchou ADHD, se nemohou spolehnout na to, že děti půjdou bezpečně po chodníku, aniž by na ně bylo dohlíženo. Kdykoliv se může stát, že je něco upoutá a bez rozhlédnutí vstoupí do rušné vozovky. Mladí lidé s ADHD se mohou chovat hazardně. Chovají se tak, aby byli zajímaví, z touhy po uznání od kamarádů nebo ze zvědavosti.

Děti ovlivněné symptomy ADHD často skáčou do řeči, říkají bez rozmyšlení nevhodné věci. Mívají dobré a nevinné úmysly, ale jejich počínání v ostatních lidech budí dojem schválnosti.

Tyto děti mají většinou málo kamarádů, a aby si nějaké získaly, jsou schopné udělat cokoli. Nevládají pravidla společenského chování, proto k úspěchu v jejich sociálním prostředí potřebují pomoc dospělých (Munden, Arcelus, 2002).

„Hyperaktivní děti chtějí být milovány bez výhrad a bez nároků podobně jako je tomu u kojenců“ (Šebek, 1995, s. 216). Nedokáží vyměnit okamžité uspokojení za

lásku rodičů. Uspokojení, které jim rodiče poskytují, chápou jako samozřejmost. Neúspěšnost, kterou zažívají v interpersonálních vztazích, podněcuje agresivní elementy jejich osobnosti. Pokud se tyto agresivní elementy stanou trvalou součástí jejich charakteru, tak k agresivnímu a k disociálnímu chování pak už zbývá jen krůček (Šebek, 1995, s. 216)

„Rozdělení na extroverty a introverty odráží způsob, jak získáváme svou energii, důležitý předpoklad pro vývoj osobnosti člověka. Problémové děti potřebují mnoho energie, aby zvládly svůj silný temperament. Stojí je dost sil, aby dokázaly vyjádřit svou emocionalitu jako asertivitu, a ne jako agresivitu. Je pro ně namáhavé přizpůsobovat se novým situacím a přecházet hladce od jedné věci ke druhé. Je těžké zůstat klidný a vyrovnaný v hlučné místnosti plné lidí. Když je hladina jejich energie nízká, problémové děti se s těmito situacemi nedokážou vyrovnat. Prostě nemají sílu zjemnit své chování. Když je hladina jejich energie vysoká, mohou svoji sílu lépe využít“ (Sheedyová - Kurcinková, 1998, s. 52).

2.5. SYNDROM ADHD V DOSPĚLOSTI

Dnes již máme mnoho poznatků o výskytu ADHD u dětí. Podstatně méně informací je o tom, jak se s touto poruchou vyrovnává dospělá populace. Dospělých lidí, u kterých přetrvávají příznaky této choroby jsou zhruba dvě procenta. Příznaky u dospělých se vyznačují především nízkou tolerancí vůči frustraci nebo různým zdržením (např. čekání ve frontě), hodně mluví, k jiným lidem se chovají velmi družně, až dotěrně (Bragdon, Gamon, 2006). V jiné literatuře je život dospělého jedince charakterizován mnohými každodenními těžkostmi, z nichž uvedu ty nejzávažnější. Například při jízdě autem mohou tito lidé zažívat nepříjemné situace, pokud při řízení neudrží svoji pozornost. Jsou roztržití, zapomínají své věci, spousta jejich problémů plyne z pozdních příchodů. V mezilidských vztazích to také nemají jednoduché (Munden, Arcelus, 2002).

Diagnostikovat ADHD u dospělých je obtížnější než u dětí (Bragdon, Gamon, 2006). Je náročné získat přesné informace o dětství osoby, které jsou důležité pro určení, zda se jedná o pokračování poruchy. Je také složité oddělit diagnózu ADHD od jiného duševního onemocnění. Výskyt jiných potíží s duševním zdravím

je u dospělých nemocných s ADHD poměrně častý. Lékařské vyšetření musí zahrnovat rozhovor s pacientem, popřípadě s jeho příbuznými, je třeba se dozvědět o klíčových symptomech ADHD v dětství a jaká byla náprava těchto obtíží. Někdy je třeba použít testovací formuláře. „Testovací škála, která se v současné době používá k vyšetřování ADHD u dospělých zahrnuje Wenderovu posuzovací škálu Utah (Wender Utah Rating Scale), Brownovu posuzovací škálu (Brown Attention – Activation Disorder Scale, BAADS), Copelandovu škálu příznaků poruchy pozornosti pro dospělé (Copeland Symptom Checklist for Adult Attention Deficit Disorder) a Triolovu škálu pro posuzování poruch pozornosti u dospělých (Triolo's Attention – Deficit Scales for Adults, ADSA). Ačkoli tyto testy neobsahují normativní údaje a obvykle nejsou považovány za testy diagnostické, jsou užitečné pro stanovení typu a stupně daných příznaků“ (Munden, Arcelus, 2002, s. 109).

Dospělí s ADHD se většinou léčí léky. Nejčastěji užívané jsou: stimulancia, tricyklická antidepresiva, anxiolytika.

Mezi problémy, které je třeba léčit jinak než s použitím léků, patří: nedostatek sebevědomí, citová a společenská izolace, pocity vzteku, problémy s uspořádáním času, sklony k vyhýbavosti a snaze uniknout před obtížnými úkoly (Munden, Arcelus, 2002, s. 108-111).

2.6. BIOLOGICKÉ A EVOLUČNÍ HLEDISKO SYNDROMU ADHD

ADHD jako porucha adaptace:

Autoři této práce přinášejí nový pohled na syndrom ADHD. Zkoumají jaké alternativní modely mohou vysvětlit fenomén dětského chování. Přiklánějí se k evolučnímu vysvětlení biologických a psychologických tezí. Dávají nám možnost nahlédnout na některé aspekty dětských vlastností a chování z jiné perspektivy. Místo pojetí ADHD jako vnitřní biologické dysfunkce nabízejí vysvětlení této poruchy jako adaptivní reakce na prostředí.

ADHD je charakterizované klasickou triádou symptomů: nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Každý z těchto symptomů může být v určité situaci výhodou (<http://www.hypies.com/add/evolutio.html>).

Charakteristiky jedinců trpících poruchou ADHD by v nepříznivém prostředí nebyly na obtíž, ale naopak zvýhodněním před těmi, kteří takové vlastnosti nemají. Obzvláště ve společnosti našich předků „lovců a sběračů“ by se lidé schopní reagovat na prostředí stali úspěšnými válečníky a lovci.

Až když se prostředí stalo bezpečnější, společnost je organizovaná, průmyslová a máme dostatek potravy, jsou projevy ADHD považovány za nevýhodu a vnímány jako porucha.

V současných moderních společnostech se úspěšní stávají ti, kteří dokáží potlačit impulzivitu, zvládnout hyperaktivitu a analyzovat a řešit problémy.

Přizpůsobíme-li dětem trpícím syndromem ADHD jejich školní prostředí, mohou se naučit situaci lépe zvládat. Změnou okolního prostředí dítěte by mohlo dojít k omezení symptomů poruchy. Není ale jasné, v jakém vývojovém období je vhodné zásahy provést.

Pokud si osoby s ADHD dobře zvolí životní styl a povolání, jejich projevy mohou být stále výhodou. Zvláště vhodná jsou povolání vyžadující rychlou reakci na měnící se situaci, zaměstnání, která nemají přesně daný postup (Munden, Arcelus, 2002).

Adaptacionistický pohled na ADHD ostře kritizují mnozí badatelé. Například Goldstein, Barkley (1998) a Matějček (2003). Nekritizují pokus o evolucionistickou teorii, ale nedůslednou a zavádějící aplikaci. Přicházejí s otázkou, zda by v původním prostředí byli lidé s ADHD skutečně dobrými lovci a dokázali přežít v nepříznivých podmínkách prostředí?

McLean a kol. (2004) zjistili, že reakční čas jedinců s ADHD je zpomalený. Tím oponují teorii připravenosti k reakci.

Dále je cílem kritiky i odlišný pohled na etiologii ADHD. Matějček a Barkley poukazují spíše na biologické poškození mozku.

Matějček uvádí, že porucha ADHD nemohla být v minulosti adaptivní, protože se pojí s nerovnoměrným vývojem schopností, neobratností a neopatrností. Hyperaktivní dítě tak mohlo být snadnou kořistí (uštknuto hadem, chyceno leopardem).

Autoři závěrem uvádějí, že především pro genetické objevy (studie dvojčat, přenosy poruchy v rodinách), nelze pozitivní pohled na ADHD zcela odmítnout. „ADHD snad nebyla adaptivní jako celek, ale jednotlivé geny, které poruchu

spolupodmiňují, pravděpodobně prospěšné pro přežití a reprodukci byly“
(in Cagaš, Kocábová, 2005, 1, s. 33-35).

3. DIAGNOSTIKA ADHD

Podle MKN-10 patří porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou mezi **Hyperkinetické poruchy** značené **F90**. Je to „skupina poruch charakterizovaná raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Tyto rysy chování se objevují ve všech situacích a jsou trvalé“ (MKN-10, 2006, s. 203). První příznaky se obvykle objevují v prvních pěti letech života. Hyperkinetické poruchy se vyskytují mnohem častěji u chlapců než u dívek.

„Diagnostická vodítka: Hlavními rysy jsou narušená pozornost a hyperaktivita. Oba tyto rysy jsou pro diagnózu nutné a mají být patrné ve více než v jedné situaci (např. doma, ve škole, na klinice)“ (MKN-10, 2006, s. 203). Pokud jde o pozornost, poznáme její narušení tím, že jedinec nedokončí úkol, přeruší jednu činnost a přejde ke druhé. „Tyto aspekty nestálosti a nepozornosti by měly být diagnostikovány pouze tehdy, přesahují-li obvyklou míru pro věk a IQ dítěte“ (MKN-10, 2006, s. 203). Hyperaktivita se u dítěte projevuje zejména v případě, kdy po něm požadujeme klid. Je nadměrně hlučné, neposedí, pobíhá, poskakuje. „Standardem pro posouzení by měla být příliš vysoká aktivita ve srovnání s tím, co se očekává v dané situaci a ve srovnání se standardem jiných dětí stejného IQ. Tento rys chování je nejvíc zřejmý ve strukturovaných, organizovaných situacích, které vyžadují vysoký stupeň sebekontroly v chování“ (MKN-10, 2006, s. 203).

Při určování diagnózy mohou pomoci i jiné přidružené rysy, ale nejsou nutné. Například porušování společenských pravidel, nedbalost v nebezpečných situacích.

Pod hyperkinetické poruchy řadíme:

F90.0 Porucha aktivity a pozornosti

F90.1 Hyperkinetická porucha chování

F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy

F90.9 Hyperkinetická porucha nespecifikovaná

(MKN-10, 2006, s. 203-205)

Stanovit diagnózu ADHD je velmi složité. Příznaky jsou proměnlivé v závislosti na věku, situaci a podmínkách. Také v závažnosti se mohou lišit (Munden,

Arcelus, 2002). Rodiče, učitelé a pediatři někdy ukvapeně vyřknou diagnózu bez předchozího pečlivého posouzení dítěte. Je třeba znát anamnézu, chování dítěte ve školním i rodinném prostředí a odborné pedagogicko-psychologické stanovisko (Plante, 2001).

3.1. POTŘEBNÁ VYŠETŘENÍ

Aby bylo možné dospět k diagnóze, musí se uskutečnit celkové vyšetření pacienta. To provádí většinou dětský psychiatr nebo psycholog. Vyšetření zahrnuje pečlivé posouzení symptomů a anamnézy. Zjišťuje se anamnéza osobní, rodinná, sociální, zdravotní. Informace se získávají z lékařských zpráv, z rozhovorů, z klinických pozorování a z vyšetření dítěte.

Zdravotní anamnéza: Do zdravotní anamnézy se zahrnují informace o těhotenství a porodu. Zda bylo těhotenství problematické, rizikové a obtížný porod. Dále údaje o zdravotním stavu matky, o požívání alkoholu, kouření a drog. Lékař potřebuje znát zdravotní stav dítěte, onemocnění, operace, psychické problémy a nehody, které dítě prodělalo. Je také důležité, aby měl lékař přehled o lécích, které dítě užívá.

Rodinná anamnéza: Sem řadíme tělesné a duševní zdraví rodičů dítěte a dalších rodinných příslušníků. Je důležité vědět, jestli někdo z rodiny trpěl onemocněním typu ADHD nebo jinými psychickými problémy. Tyto aspekty mají význam pro pochopení původu potíží dítěte a pro přípravu účinných opatření. Nezbytnou součástí vyšetření je zhodnocení rodinných vztahů a sociální situace v rodině.

Sociální anamnéza: Tady se popisují projevy dítěte ve školním prostředí – školní prospěch, úroveň schopností a dovedností, poruchy učení, vztahy k vrstevníkům a autoritám ve škole.

Dítě může podstoupit ještě krevní testy, neurologické vyšetření. Neurologické vyšetření pomocí moderních zobrazovacích technik mozku umožňuje lékaři rozpoznat případné abnormality, a tak posoudit zda se za symptomy onemocnění neskrývá právě tato příčina. Každá ze zobrazovacích metod mozku je založena na jiném principu snímání.

- *Magnetická rezonance (MRI)* snímá objem mozkových struktur.
- *Elektroencefalografie (EEG)* zaznamenává elektrickou aktivitu mozku pomocí elektrod umístěných na hlavě.
- *Pozitronová emisní tomografie (PET)* porovnává metabolickou aktivitu jednotlivých částí mozku.

Tato vyšetření se běžně pro diagnostikování ADHD nepoužívají. Mají význam spíše ve výzkumných studiích nebo je lékaři využívají tehdy, nejsou-li si diagnózou jisti a hledají další možné příčiny (Munden, Arcelus, 2002).

V knize I. Drtílkové a O. Šerého (2007) jsou uvedeny ještě další zobrazovací metody mozku: *magnetoencefalografie (MEG)*, *jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT)*, *funkční magnetická rezonance (fMR)*, *spektroskopie magnetickou rezonancí (MRS)*.

3.2. POSUZOVACÍ ŠKÁLY

Pozornost

„K diagnostikování poruchy pozornosti je možné použít zkoušky **Číselného čtverce**, který umožňuje posoudit i výkonnost pozornosti v čase. U starších dětí může být užitečná i **Bourdonova zkouška**, také v tomto případě lze sledovat průběh soustředění v čase a typické způsoby reagování (např. zbrklost, sklon k chybovosti, nebo uplívání a neschopnost přenášet pozornost na další podněty)“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 668). Subtesty **Wechslerova testu inteligence**, např. Opakování čísel, Počty a Symboly mohou také ukázat výkyvy pozornosti. **Škála Connersové** je škála posuzující chování dítěte, která zahrnuje i hodnocení pozornosti.

Hyperaktivita a impulzivita

Zda se dítě projevuje jako hyperaktivní a impulzivní zjistíme pomocí **pozorování**. Vhodné je pozorování doplnit informacemi od rodičů a učitelů. Použít

se může i **Eysenckův dotazník impulzivity**. Výše zmíněná **škála Connersové** nám umožní změřit i adekvátnost aktivity.

Inteligence

Pro vyšetření inteligence je vhodný **Wechslerův test inteligence pro děti, Ravenův test**.

Vzhledem k neklidnosti a nesoustředěnosti dětí není možné přesně určit úroveň jejich rozumových schopností.

Sebepojetí

Nezdravé sebepojetí s sebou může nést řadu problémů. Proto je vhodné vědět, jak se dítě hodnotí a eventuálně jaké obranné reakce u něj převažují. K tomuto účelu slouží dotazník **SPAS**, který ukazuje sebehodnocení školní úspěšnosti. Nebo **Rohnerova PAQ škála sebehodnocení**, která zjišťuje osobní nejistotu, intenzitu pocitů ohrožení, sníženou sebeúctu a tendence k negativnímu sebehodnocení.

Vztahy hyperaktivních dětí s dospělými

Rozhovor s rodiči a s dítětem pomůže objasnit rodinné konflikty, postoje jednotlivých členů rodiny k dítěti. „Kromě toho lze použít některou z metod rodinné diagnostiky“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 675). Např. **Connersova škála pro rodiče (CPQ)**, která posuzuje styl výchovy, kvalitu rodinného prostředí. Pomoci mohou projektivní metody jako je **kresba začarované rodiny, Test rodinných vztahů, CATO** = semiprojektivní test rodinných vztahů. „V případě starších dětí mohou být užitečné i různé dotazníky a hodnotící škály, např. **ADOR** nebo **Rohnerova metoda PARQ**, která umožňuje porovnat názory rodičů a dětí na jejich výchovu v rodině“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 675). Přínosem je i **pozorování rodiny** během vyšetření.

Vztahy hyperaktivních dětí s vrstevníky

Sociometrickými metodami jako je **SORAD V. Hrabala**, **škála sociální akceptace J. Juháse** se zjišťují konflikty s vrstevníky, pozici dítěte ve třídě, jak situaci hodnotí toto dítě i spolužáci. Obrázky z **CATO** testu zobrazují situaci vztahu s vrstevníky. Cenný může být i **rozhovor s rodiči** či **zpráva učitele** (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s.668-676).

3.3. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Existují onemocnění, která lze snadno zaměnit s hyperkinetickou poruchou. Zejména vyskytuje-li se v symptomech nadměrný neklid nebo nepozornost. Aby nedošlo k mylnému stanovení diagnózy, je třeba pečlivě zvážit všechny faktory a okolnosti nemoci.

K záměně může dojít s těmito poruchami: smíšené poruchy, pervazivní vývojové poruchy, poruchy chování, úzkostné nebo depresivní poruchy, poruchy nálady, schizofrenie, neurologické poruchy nebo manické stavy.

Nejčastěji dochází k problému pokud jde o podobnost hyperkinetické poruchy a poruchy chování. Avšak pokud jsou splněna kritéria pro hyperkinetickou poruchu, tak má tato diagnóza přednost před poruchou chování.

V ostatních případech výše zmíněných poruch, dochází spíše k upřednostňování těchto onemocnění před hyperkinetickou poruchou.

Někdy se používá dvojí diagnóza (MKN-10, 2006).

4. LÉČBA ADHD

Existuje mnoho různorodých postupů a metod léčby dětí a adolescentů s ADHD, které byly zkoumány. Příznaky této poruchy, ale žádná léčba trvale neeliminuje. Při aplikaci určité terapie může dojít ke zlepšení, avšak v okamžiku přerušení těchto léčebných postupů dochází ke zpětnému navrácení symptomů ve stejně závažné míře jako dříve. Navíc se s ADHD běžně vyskytují další přidružené problémy související s jinou psychickou poruchou. Proto je nutné aplikovat multifaktoriální způsob léčení. Na druhou stranu je možné, že díky vývojovým aspektům poruchy dojde ke zlepšení a průběžná terapie může zabránit vzniku a rozvoji sekundárních poruch a zlepšit komunikaci v rodině (Paclt, Florian a kol., 1998).

4.1. FARMAKOTERAPIE

Jestli dítě podstoupí nebo nepodstoupí farmakologickou léčbu závisí na závažnosti jeho onemocnění, na toleranci okolí (rodiny, školy) k projevům dítěte.

Zkušenosti s farmakoterapií u dětí s hyperkinetickou poruchou jsou dlouholeté. Během této doby proběhlo mnoho studií porovnávajících účinky různých psychofarmak. Ověřen byl účinek stimulantů a dalších látek, které ovlivňují dopaminový a noradrenalinový systém. Pokusy, které by srovnávaly efekt farmakoterapie a psychoterapie, byly prováděny zřídka.

Historie farmakoterapie:

V minulosti léčba pomocí stimulantů probíhala na úrovni empirické, potom na úrovni neurofyziologické (ovlivnění vigility) a až později se účinek stimulantů spojoval s ovlivněním poruchy neurotransmiterů.

V 60. a 70. letech minulého století začala být používána neuroleptika a psychostimulancia přestala být na nějakou dobu podávána. Byla zkoušena neuroleptika sedativního i incizivního typu. Mezi nejčastěji předepisované léky

patřily haloperidol, chlorpromazin, levopromazin, thioridazin, chlorprothixen a další. Neuroleptika měla negativní vliv na kognitivní funkce. Děti vlivem sedativního účinku léků ve škole usínaly. Postupným rozvojem medicíny a biologických poznatků o hyperkinetické poruše došlo ke změně léčebných postupů a podávání neuroleptik bylo eliminováno.

V průběhu historie léčby hyperkinetické poruchy bylo vyzkoušeno množství preparátů z různých skupin. Neúspěšná byla antihistaminika, většina antikonvulziv, hypnotika, trankvilizéry, nootropika (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Používaná léčiva:

Stimulancia

- amfetaminy (benzedrin, dexedrin),
- metylfenidát (ritalin), u dětí se používá nejčastěji,
- pemolin
- deanol (Deaner), je to čtvrtý typ stimulancií, který se od amfetaminů liší.

Stimulancia mají vliv na:

- *centrální nervovou soustavu*: Ovlivňují dýchací centrum v prodloužené míše, aktivují retikulární systém, tím se zlepšuje výkonnost, zvyšuje se motivace, snižuje se pocit únavy, mění se také rytmus spánku (zkracuje se délka REM fáze i 4.fáze spánku). Díky tomu, že amfetamin působí na hypotalamické centrum sytosti, dochází k potlačení chuti k jídlu.
- *kardiovaskulární systém*: Metylfenidát mění krevní tlak. Záleží na dávkování, pokud je množství vysoké, může vyvolat i arytmií.
- *svalovou a kosterní soustavu*: Působení stimulancií na tuto soustavu je sporný. Některé výsledky výzkumů uvádějí nepříznivé změny motorické rychlosti, stability, zrychlení při plnění úloh. Jiné je vyvracejí, další dokládají zlepšení.
- *aktivitu*: Opět zde existují jisté rozpory, zda dochází k vzrůstu nebo k poklesu motorické aktivity. Celkově lze označit účinek stimulancií na aktivitu jako příznivý.
- Mají kladný vliv na *kognitivní funkce a výkon*.
- *inteligentní kvocient*: Po podávání stimulancií dojde ke zklidnění CNS, a tím i ke zvýšení intelektového výkonu.

- *kognitivní funkce*: Tyto léky povzbuzují pozornost, paměť a učení. Děti s ADHD pomocí nich dokáží ovládat své impulzivní chování a soustředit se.
- Léčba stimulancii zlepšuje u problémových dětí *chování*. A až u 75% testovaných dětí se jejich projevy zlepšily celkově.
- Výzkumy *osobnosti* v této oblasti chybí.
- *Nálada*: Euforická nálada se po podání léků neobjevuje. Je ale možné, že se u dětí objeví dysforie nebo afektivní labilita.

Nežádoucí účinky: nespavost, snížená chuť k jídlu, úbytek hmotnosti, bolesti hlavy a břicha. Vzácně se mohou objevovat: nespavost, smutek, upovídanost, závratě, diskinetické epizody, toxická psychóza.

Tricyklická antidepresiva

- Imipramin
- Nortriptylin (podává se spíše až u dospívajících nad 15 let)
- Desipramin (doporučován jen u adolescentů)

Vliv antidepresiv na:

- *autonomní systém*: Vyskytují se vedlejší účinky antidepresiv – sucho v ústech, rozmazané vidění, zácpa, retence moči. Pokud dojde k náhlému vysazení léků, mohou se objevit abstinenční příznaky.
- *kardiovaskulární systém*: U dětí se vyskytuje zvýšení krevního tlaku, u dospělých je to naopak – způsobují snížení krevního tlaku. Jak u dospělých, tak u dětí zrychlují tepovou frekvenci.
- *kognitivní funkce a CNS*: Užívání tricyklických antidepresiv vykazuje stimulační efekt.

Nežádoucí účinky: sucho v ústech, únava, ospalost nebo naopak euforie, třes, poruchy chuti k jídlu, zvracení. Při dlouhodobém užívání antidepresiv dětmi se objevuje nárůst hmotnosti. Ojedinele se může vyskytnout i pokles hmotnosti (Paclt, Florian a kol., 1998).

Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI)

- fluoxetin (schválen v USA)

- fluvoxamin
- sertralin

Preparáty SSRI se spíše používají k léčbě obsedantně - kompulzivní poruchy. V USA je k léčbě dětské a adolescentní deprese schválen fluoxetin. Léčba hyperkinetických poruch u těchto léků prokázána nebyla, ale jsou známy údaje příznivého ovlivnění agresivního a impulzivního chování nebo komorbidní symptomatologie.

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, průjem, nechutenství, agitovanost. Nepůsobí kardiotoxicky.

Antipsychotika (neuroleptika)

- Risperidon
- Haloperidol byl podáván v minulosti.

Antipsychotika se doporučují k léčbě hyperkinetické poruchy spojené s poruchami chování, agresivitou, tikovými poruchami nebo autismem. Antipsychotika se podávají teprve tehdy, nebyl-li úspěšný standardní postup léčby. Tato léčiva (s výjimkou benzodiazepinů) mají u dětí s hyperkinetickou poruchou sedativní účinek. Vyšší dávky s sebou nesou riziko nežádoucích účinků. Klesá školní výkonnost a nejsou kladně ovlivněny symptomy u kognitivních funkcí.

Nootropika

- piracetam (Nootropil, Geratam, Oikamid, Kalikor)
- pyritinol (Encephabol, Enerbol)
- meclofenoxát (Cetrexin, Lucidril)

Nootropika dobře působí na metabolismus mozkových buněk a na vigilitu. U dětí se užívají při poruchách vědomí způsobených mozkovou hypoxií, infekcí, intoxikací nebo z metabolické či jiné příčiny. Nootropika se k léčbě hyperkinetické poruchy příliš nedoporučují. Mají mírně stimulující vliv, a tak mohou hyperaktivitu a neklid zvýraznit. Vyzkoušet léčbu nootropikem je možné v případě, že se k hyperkinetické poruše vyskytují závažnější poruchy školních dovedností nebo pokud jsou přítomny následky organického poškození mozku (Drtílková, Šerý, 2007).

4.2. PSYCHOTERAPIE

„Z terapeutického hlediska je významné, aby se podařilo najít oblast, kde se hyperaktivní dítě může cítit úspěšné a dosáhnout pozitivního sociálního ocenění“ (Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 170). Pokud se takovou oblast nepodaří objevit, dítě si může začít vyhledávat aktivity, které mu zajistí potřebné ocenění sociální skupinou, a to i přes to, že by se jednalo o chování disociální. V tomto případě hraje důležitou roli příznivé rodinné prostředí. Podaří-li se vybudovat v dítěti zájem o nějakou oblast, ve které bude úspěšné, může příznivě ovlivnit jeho budoucí profesní orientaci.

V terapii u dětí s ADHD je vhodné se zaměřovat na jednotlivé psychické funkce, na rozvoj seberegulačních mechanismů, na oblast utváření osobnosti a sebepojetí. Do terapie se zapojuje rodina, popřípadě škola.

Terapie může vycházet z různých teoretických přístupů a mít různé varianty. Nejčastěji bývá užívána kognitivně behaviorální terapie nebo rodinná systemicky orientovaná terapie.

Kognitivně - behaviorální terapie (KBT)

Kognitivně - behaviorální terapie je psychoterapeutický směr, který vznikl na konci 70. let 20. století. Obsahuje behaviorální a kognitivní přístupy. Behaviorální přístup je zaměřen na zjevné chování, kognitivní přístup se zabývá myšlenkami, postoji k sobě a k druhým lidem (Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 170-177).

Rysy kognitivně - behaviorální terapie:

- KBT je krátká a časově omezená (obvykle kolem 20-ti sezení nepřesahujících 60-90 minut, ovšem záleží na konkrétním problému),
- KBT je strukturovaná, terapeut je aktivní a direktivní (program je předem domluvený, terapeut klade otázky, diskutuje),
- opírá se o vztah otevřené aktivní spolupráce mezi klientem a terapeutem,
- KBT vychází z teorií učení a teorií kognitivní psychologie,
- zaměřuje se na přítomnost,
- zaměřuje se na konkrétní a jasně definované problémy,
- stanovuje si konkrétní a funkční cíle,

- zaměřuje se na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy,
- uplatňuje vědeckou metodologii,
- KBT se snaží o dosažení soběstačnosti klienta.

Behaviorální postupy mají u dětí s nežádoucím chováním tradici již řadu let. Ze začátku se využívalo především klasické a operantní podmiňování, později byly přidány i metody kognitivní (Možný, Praško, 1999, s. 29-34, 258-259).

Tyto terapie jsou obecně pokusy sloučit poznatky a strategie z kognitivní psychologie v zájmu získání a využití těchto znalostí při behaviorálních technikách (sebeposílení, sebehodnocení, sebeinstruktáž). Terapie pro děti s ADHD se zaměřuje především na některé primární nedostatky jako jsou špatná organizace při plnění úkolů, potíže s pravidly a instrukcemi, nedostatky v sociálních dovednostech. Barkley uvádí sebesledování jako relativně jednoduchou kognitivně - behaviorální léčbu. Učí děti sledovat a zaznamenávat své vlastní chování. Nežádoucí chování lze rozdělit na jednotlivé specifické problémy (např. mluvení ve třídě) a dítěti je vysvětleno, aby si výskyt tohoto chování zaznamenal (Mash, Barkley, 1989, s. 61).

Systemická rodinná terapie

Systemická terapie nemá jednotný teoretický základ ani jednoznačné postupy. Je to terapie, která představuje vývojovou linii v rodinné terapii. Rodina zde už není vnímána pouze jako sociální skupina, nýbrž jako systém.

Principy systemické terapie:

- 1) Uspořádání terapeutické situace (větší časový odstup mezi setkáními, práce s terapeutickým týmem),
- 2) vytváření systemických hypotéz (vytváření názorů na svět),
- 3) úloha jazyka v terapii (důležitou roli hrají vhodně zvolené otázky),
- 4) užívání terapeutické intervence (má zapojovat rodinu do práce na změně, může mít podobu předpisu, přináší novou zkušenost),
- 5) postavení terapeuta v procesu terapie (terapeut zaujímá neexpertní pozici, využívá se spolupracujícího přístupu) (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000, s. 229, 234-241).

Během rodinných sezení účastníci mohou zjistit, co zlepšuje nebo naopak zhoršuje neklid dítěte. Zároveň se mohou dozvědět jak na sebe navazuje chování dítěte a rodičů. Nevhodné dosavadní způsoby chování se nahrazují jinými

variantami reakcí. Cílem sezení je také pokusit se o to, aby dítě změnilo negativní pohled na své chování a vnímalo ho příznivěji. Pojetí systemické terapie přináší hyperaktivním dětem nový způsob náhledu na své potíže a nové možnosti práce s touto poruchou (Drtílková, Šerý et al., 2007).

4.3. JINÉ ZPŮSOBY LÉČBY

Kromě farmakoterapie a psychoterapie existují alternativní postupy léčby. Tyto postupy většinou nebyly ověřeny v kontrolovaných studiích.

Eliminační dieta

Nutriční doplňky

- suplementace aminokyselin
- esenciální mastné kyseliny
- glykonutriční dieta
- suplementace minerálů – výzkumy uvádějí nedostatek některých minerálů u dětí s ADHD. Mezi významné minerály ve spojitosti s touto poruchou patří zinek, železo, magnezium, kalcium. Nedostatek zinku u zvířat může způsobovat hyperaktivitu. U dětí to ale potvrzeno nebylo.
- vitaminy

Celkově lze říci, že nutriční doplňky nemají významný vliv na ADHD a neexistuje dostatek přesvědčivých důkazů o jejich účinku.

Rostlinná léčiva

Přírodní medicínou je doporučována spousta rostlinných přípravků pro léčbu ADHD, ale ani v tomto případě nejsou dostatečně podloženy důkazy o účinnosti těchto preparátů (Drtílková, Šerý et al., 2007).

EEG biofeedback

Je to trénink funkcí nervové soustavy, užívá se především k trénování pozornosti a soustředění, sebeovládání a sebekázně, zklidnění impulzivity a hyperaktivity, zlepšení výkonů intelektu. Účinek má na poruchy spánku, zejména problémy s usínáním. Dobré výsledky jsou také prokázány u vývojových vad řeči, specifických poruch učení.

(<http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php?menu=5-01>).

„EEG biofeedback je založen na principu zpětné vazby. Snímaná EEG aktivita je během sezení převáděna na obrazovce do podoby videohry, jejíž průběh je možno ovládat změnami psychického stavu, spojené s výskytem žádoucí nebo nežádoucí mozkové aktivity“ (Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 207). Pokud se objeví žádoucí mozková aktivita, dítě je odměněno úspěchem ve hře. Opakováním tohoto tréninku dochází k tomu, že mozek dítěte začne fungovat v požadovaném frekvenčním pásmu, a tím se zlepší i jeho kognitivní výkon.

EEG biofeedback se užívá jako doplňkový způsob léčby.

Elektromyografický biofeedback, relaxační trénink, meditace

Tuto metodu je možné využít i u jiných poruch, u kterých se vyskytují pocity tenze a neklidu.

Zrcadlový feedback

Prostřednictvím zrcadla se u pacientů s ADHD zvyšuje sebekontrola a koncentrace pozornosti.

Vestibulární stimulace

Pomocí rotačních pohybů dochází ke stimulaci semicirkulárních kanálů ve vnitřním uchu. Tato technika je nepříjemná, u dětí vzniká riziko nauzey a není považována za léčbu prokazatelně účinnou.

Masáž

Masáž probíhá pomocí 30 středně silných tlaků a tahů v oblasti krku, ramen a krčních obratlů směrem k pasu. Je to technika pomocná a mohou jí využívat pacienti všech věkových skupin.

Imunoterapie

Antimykotická léčba

Děti s ADHD častěji trpí respiračními infekcemi a častěji užívají antibiotika. Ty mohou být příčinou přemnožení kvasinek a porušením sliznice, kterou se pak dostávají do těla dítěte alergeny z potravy a neurotoxiny vylučované kvasinkami. Tato terapie je však neověřená (Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 207-212).

5. SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ DÍTĚTE S ADHD

Uzpůsobené prostředí ve škole i doma je pro dítě s hyperkinetickou poruchou nesmírně důležité. Děti si většinou nedokáží naplánovat a zorganizovat svoji denní činnost. Jsou závislé na řádu doma i ve škole. Disciplína, důslednost a opakování by měly být základem specifického životního stylu dítěte (Serfontein, 1999).

5.1. RODINNÉ ZÁZEMÍ

Rodina je systém, který je tvořen vztahy a interakcemi mezi jednotlivými jejími členy. Chování každého jednotlivce v rodině ovlivňuje ostatní její příslušníky. Tím více je toto vzájemné ovlivňování patrné, když je v rodině dítě s ADHD.

V rodinném soužití musí rodiče náležitě uspokojovat psychické potřeby dítěte, ale také dítě uspokojuje psychické potřeby rodičů. V rodině se vytvářejí trvalé a hluboké citové vazby mezi dítětem a jeho vychovateli (Matějček, 2005).

Rodina má na vývoj dítěte s hyperkinetickou poruchou zásadní vliv. Čím pevnější a stabilnější vztahy v rodině jsou, tím snáze se dítě vypořádává se svými těžkostmi.

Rodinné vztahy lze rozdělit do čtyř skupin:

1) vztah mezi rodiči

Pokud je mezi matkou a otcem narušený vztah, děti to rychle vycítí. Dítě s ADHD je na rodičích a na pevném rodinném zázemí závislé. Potřebuje ho mnohem více než ostatní děti. Musí vědět, že je milováno. Pokud děti s ADHD vyrůstají v konfliktním manželství, dochází u nich ke zhoršení intelektových schopností. V disharmonickém rodinném prostředí dochází k prohloubení problémů dítěte, které se mohou na jeho osobnosti projevit léta.

Dítě s ADHD je na rozdíl od ostatních dětí schopné využít nesouladu mezi svými rodiči. V situaci, kdy je výchova nejednotná se dítě naučí používat jednoho rodiče proti druhému. Takto jedná i s lidmi mimo domov, avšak jeho okolí ho neakceptuje. Tím se dítě více izoluje.

V případě rozchodu rodičů je situace zkomplikovaná tím, že matka i otec k dítěti přistupují svým způsobem a neberou ohled na názor druhého.

Rodiče by se měli vyrovnat s tím, že jejich dítě má poruchu ADHD a přijmout pomoc odborníků. Matka se s touto skutečností vyrovná většinou dříve než otec.

2) vztah mezi matkou a dítětem

V životě dítěte je matka nepostradatelná. To, že se s dítětem něco děje a není úplně v pořádku, pozná matka zpravidla velmi brzy. Dítě s poruchou ADHD potřebuje matku, která bude jeho těžkosti chápat, pomáhat mu je překonávat a zároveň vytvářet podmínky, aby se dítě naučilo zvládat samo sebe. Mělo by vědět, že se k ní může kdykoliv obrátit, když se cítí neúspěšné, opuštěné.

3) vztah mezi otcem a dítětem

Otec není pro dítě o nic méně důležitý než matka. Bývá ve výchově důslednější a objektivnější. Čím je dítě starší, tím více otce potřebuje. Obzvláště chlapci s ADHD se neobejdou bez péče, lásky a pozornosti otce, který je pro ně velkým vzorem. Nejen za matkou, ale i za otcem dítě může přijít pro radu, pomoc nebo útěchu.

4) vztahy mezi sourozenci

Sourozenci dítěte s ADHD nemusí mít také tuto poruchu. Může se ovšem stát, že jejich charakterové rysy budou podobné. Nejvíce pravděpodobné je to v případě, že hyperaktivní dítě je ze sourozenců nejstarší. Mladším může být vzorem, a tak napodobují jeho chování. Vzhledem k tomu, že přístup rodičů k hyperaktivnímu dítěti je často jiný, sourozenci nepochopí, proč jim je podobné chování vytýkáno. Rodiče by se měli snažit přistupovat ke všem svým dětem stejně, co nejvíce je to možné. Avšak v některých situacích je potřeba chovat se k dítěti s ADHD jinak než ke zdravým dětem. Nároky na něj musí být přizpůsobeny jeho možnostem. Zdravé děti ale odlišný přístup pociťují, proto by jim mělo být vysvětleno proč se tak děje.

Protože má dítě s ADHD nízké sebehodnocení a často se podceňuje, musí být ujišťováno, že je stejně významným členem rodiny jako všichni ostatní (Serfontein, 1999).

V dnešní době existují různé formy rodinného soužití. Není výjimkou, že dítě vyrůstá pouze s jedním rodičem nebo v rodině nevlastní (doplněné). Pro úplnost se zmíním i o těchto prostředích.

Neúplné rodiny

Manželé Goldenbergovi (in Sobotková, 2007) uvádějí, že rodiny tohoto typu (90% matky s dítětem nebo s dětmi, 10% otcové s jedním dítětem nebo více dětmi) mohou vzniknout rozvodem nebo rozchodem partnerů, ovdověním nebo rozhodnutím ženy, že se stane svobodnou matkou.

Úspěšné přizpůsobení se nové situaci může vzniknout za předpokladu, že rodina s jedním rodičem:

- je schopna zachovat vnitřní integritu ve struktuře a fungování rodiny,
- vnímá enviromentální stres jako zvládnutelný a zároveň využívá účinné copingové strategie,
- má dostatek kvalitních zdrojů v širší sociální síti.

Osamělé matky

Dallos (in Sobotková, 2007) popisuje problémy, se kterými se mohou ovdovělé nebo rozvedené ženy setkat – finance, práce, domácnost, emoční distres, změna sebepojetí, konflikty s bývalým manželem, potíže s dětmi. Původně rozdělené povinnosti musí žena nyní zastat sama. Ženy v této situaci mají méně energie, bývají přetížené a podrážděné, vyskytují se u nich pocity beznaděje, pocity viny a pochybnosti o sobě.

Osamělí otcové

Muži, kteří zůstanou bez partnerky, těžce přejímají také roli chybějící matky. Chybí jim její zkušenosti s každodenní péčí o děti a domácnost. Někteří muži mohou být zcela zahlceni tíhou osamělosti a zodpovědnosti za celou rodinu.

Děti s osamělým rodičem

Většina dětí se nové situaci přizpůsobí během dvou až tří let. I přes možné počáteční potíže je vývoj dětí příznivý, pokud nepřetrvávají konfliktní události (hádky, omezení kontaktu s jedním z rodičů). Rozvod by neměl změnit kvalitu vztahu rodiče a dítěte.

Nové výzkumy ukazují, že i rodiny s jedním rodičem dosahují životní spokojenosti (Sobotková, 2007).

Rodiny nevlastní

Nevlastní rodičovství

Rodičovství biologické a psychologické působí zpravidla společně. Existují však i lidé, kteří své dítě opustí. Potom psychologické rodičovství chybí. Na druhé straně jsou lidé, kteří si dítě osvojí nebo adoptují. V tomto případě nejsou biologickými rodiči. Dítě se svým vlastním rodičům v mnoha aspektech podobá (vlastnosti, temperament, nadání), proto jsou schopni ho lépe pochopit a tolerovat než nevlastní rodiče, kteří mají porozumění k dítěti ztížené.

Adoptivní rodiče: Ačkoliv je dítě zcela geneticky „cizí“, mají k němu vřelý rodičovský vztah, který porozumění individualitě dítěte může usnadňovat.

Pěstouni mají k dítěti volnější citové pouto, protože ho nepřijímají plně za své. Ovšem pochopení jedinečnosti dítěte a její akceptování je stejné jako u osvojitelů.

Nevlastní otec (manžel vlastní matky dítěte) *a nevlastní matka* (manželka vlastního otce dítěte): Přestože po biologické stránce nemají s dítětem nic společného, znají svého partnera, po kterém dítě zdědilo některé charakteristiky. Na základě citového vztahu k partnerovi lépe přijímají i méně příznivé vlastnosti dítěte.

Nevlastní dětství

To, co budou děti prožívat v situaci „nevlastního dítěte“, nelze zobecnit, jelikož životní situace každého takového dítěte bude specifická. Lišit se budou i osobnosti jednotlivých dětí, povahové rysy nebo schopnosti. Navíc význačným faktorem, který prožívání ovlivňuje je věk a mentální vývoj dítěte.

Důležité je, aby i v prostředí „nevlastním“ byly naplněny psychické potřeby dítěte a vývojová stadia s úkoly, které dítě bude muset zvládnout, probíhala zdravým způsobem (Matějček, Dytrych, 1999).

Založení nevlastní rodiny se neobejde bez zvýšení stresu a nároků na přizpůsobivost. Je ovšem také možností k osobnostnímu růstu a příležitostí vytvořit harmonické rodinné vztahy (Sobotková, 2007).

5.1.1. NÁROKY NA RODIČE

Rodiče většinou očekávají, že se jim narodí zdravé dítě. Pokud se tak nestane procházejí fází odmítnutí, prožívají hněv, obviňují se a postupně se vyrovnávají s realitou (Serfontein, 1999).

Dítě s poruchou ADHD může znamenat pro rodinu velkou psychickou zátěž. Potřebuje zvýšenou pozornost, a tím i více času, který mu rodiče musí věnovat. Každému dítěti by se rodiče měli alespoň chvíli věnovat zvlášť. Dají tak dítěti najevo, že ho berou jako osobnost (Kerr, 1997). I výzkum prováděný s matkami neklidných dětí prokázal psychickou a časovou náročnost výchovy, protože děti jsou méně samostatné a potřebují déle dohled dospělého. Matky při výchově zažívají negativní pocity (Kolčárková, Lacinová, 2008).

Matka s otcem by měli dítěti pomáhat překonávat pocity frustrace, která je často způsobena školním neúspěchem a potížemi v sociální oblasti, předcházet zbrklému chování a nebezpečím s ním spojené. Mnoho času také stráví doučováním dítěte.

5.1.2. RODIČOVSKÁ ROLE, VÝCHOVA

„Každá historická epocha má své specifické společenské a ekonomické podmínky, které utvářejí prostředí pro život rodičů a dětí“ (Lacinová, Škrdlíková, 2008, s. 22). Tím se mění také představy o tom, co je cílem výchovy. Dnešní rodiče se snaží mít s dětmi otevřený vztah, chtějí mít své děti šťastné, sebevědomé a samostatné, zatímco dříve převládal autoritářský styl výchovy.

Rodiče při výchově dětí nejčastěji trápí:

- potíže s autoritou (př.: dítě je drzé, odmlouvá, dělá naschvály)
- nežádoucí projevy v chování dítěte (př.: dítě se vzteká, je negativistické, vulgární, náladové, sobecké, líné, ustrašené, lže)
- obavy o správný vývoj dítěte (př.: Jak dítě správně stimulovat? Povolit mu počítačové hry?)

- pochybnosti o vlastní rodičovské kompetenci (př.: ambivalentní pocity k dítěti, nejsem dobrý rodič, nezvládám to)

Na naše chování k dětem má vliv celá řada faktorů - vrozené a biologické dispozice, prostředí v původní rodině (chování rodičů, projev náklonnosti a lásky, emoční atmosféra v rodině, pořadí narození, události v rodině).

Na tomto místě se budu věnovat především vlivu původní rodiny. Mnoho lidí si do svého dospělého života odnáší nějaký šrám z dětství. Pro budoucí mezilidské vztahy a rodičovskou roli je dobré se s minulostí a s rodiči vyrovnat. Někdo se pokouší vyrovnat se svými rodiči, vůči nimž má výhrady, tím, že rodičovský vzor zcela odmítne. Vytvoří si tak vizi, že se nikdy ke svým dětem nebude chovat tak, jak se k němu chovala jeho matka nebo otec. Tento způsob řešení může být zrádný. Takto vychovávající rodič vynaloží velké úsilí na vědomé regulování svých projevů. V emočně vypjatých situacích se pak může stát, že zareaguje stejně, jako dříve jeho rodiče, což je následováno výčitkami. Absolutním odmítnutím původního rodičovského vzoru blokujeme i pozitivní vlivy, které s sebou působení našich rodičů neslo. Jedním z vývojových úkolů v dospělosti je „smíření s rodiči“, tedy přijetí rodičů jako nedokonalých bytostí s přednostmi i nedostatky. Pochopením souvislostí v chování našich rodičů máme možnost přijmout zraňující okamžiky a pozornost věnovat těm pozitivním, které si odnášíme do života (Lacinová, Škrdlíková, 2008).

Temperament nebo výchova?

Někdy si klademe otázku, zda za nezvladatelnost dítěte může jeho povaha nebo naše výchovné působení.

Touto problematikou se zabývali američtí vědci *Chessová* a *Thomas* (in Lacinová, Škrdlíková, 2008), kteří po dlouhodobém sledování malých dětí vytvořili model temperamentu.

Temperament lze definovat jako „osobnostní charakteristiky, které se vztahují k náladě“ (Atkinson, 2003, s. 87).

Model temperamentu dle autorů *Chessové* a *Thomase* (in Lacinová, Škrdlíková, 2008) vychází z odlišností, které je možné pozorovat v projevech chování. Tito výzkumníci předpokládají, že postoje dospělých k dětem jsou podmíněny chováním dítěte. Rodiče tedy akceptují zděděné rysy temperamentu.

Odlišnosti v chování dětí jsou dány tím, jaká je interakce mezi konkrétním dítětem a jeho rodiči.

Odborníci Chessová a Thomas (in Atkinson, 2003) u dětí sledovali devět rysů, které následně sloučili do tří základních temperamentových typů:

- **bezproblémové dítě**

Takové dítě se dobře adaptuje na nové situace, spí, jí a vyměšuje s vysokou pravidelností, výchova je většinou snadná a radostná. Bezproblémové děti se zpravidla vyvíjejí dobře i při nepříznivých podmínkách rodičovské výchovy.

- **problematické dítě**

Dítě tohoto typu se špatně přizpůsobuje, spánek a příjem potravy je nepravidelný, často pláče, má sklon k prudkým záchvatům vzteku a k impulzivnímu kolísání nálad. Takové dítě by ve výchově nemělo postrádat jasně vymezené hranice a trpělivost vychovatelů.

- **pomalou se přizpůsobující dítě**

Na nové situace se adaptuje pomalu a s nelibostí, je plaché. Spánek a strava je pravidelnější než u dítěte problematického. Stejně tak reakce jsou méně prudké. Pokud rodiče akceptují pomalejší tempo dítěte a současně příliš neustupují nechuti dítěte přizpůsobit se novým situacím, tak je jejich vývoj poměrně příznivý (in Lacinová, Škrdlíková, 2008).

Dítě není pasivním příjemcem výchovných podnětů a zásahů přicházejících od rodičů či vychovatelů. Také dítě samo vychovává. Vztah mezi dítětem a dospělým znamená vzájemné působení a ovlivňování (Matějček, 1994).

Dítě poskytuje svým rodičům zpětnou vazbu podle toho, jak reaguje na jejich chování a požadavky. Dospělý pak na základě této zpětné vazby své chování buď pozmění nebo odezva dítěte zůstane bez povšimnutí a vychovatel setrvá u osvědčených vzorců chování. „Základní funkcí dětské zpětné vazby je upevňování úspěšných rodičovských výchovných praktik. Ale i to, jaký je charakter zpětné vazby, úzce souvisí s temperamentem dítěte. Zejména v případech, kdy se temperament rodičů a dětí výrazně odlišuje, jde o snahu vcítit se do trochu jiného

prožívání běžných situací a tuto odlišnost zároveň respektovat“ (Lacinová, Škrdlíková, 2008, s. 59, 62).

Specifické potřeby hyperaktivních dětí:

1) Hyperaktivní chování v kojeneckém věku – charakterizují poruchy spánku, nepravidelná rytmicita, vysoká dráždivost, neutěšitelný pláč. Kvalitu interakce mezi rodičem a dítětem ovlivňují oba zúčastnění.

U rodiče se jedná o následující faktory: jeho osobnost, kvalita partnerského vztahu, širší rodinný systém, prožitky z raného dětství, sociální síť a eventuální patologie. V případě, že je rodičovství bezproblémové, cítí se rodič sebejistě a vnímá se jako kompetentní. Prožívá uspokojení a naplnění ze své rodičovské role. V opačném případě jsou rodiče nejistí, a to se může promítat do interakce s dítětem.

Dítě ovlivňuje interakci s rodičem svým temperamentem a integritou CNS. Při poskytnutí pozitivní zpětné vazby rodiči (úsměv, oční kontakt, broukání), dítě nevědomky vytváří předpoklad dobré interakce s rodičem. Také negativní zpětná vazba (pláč, odmítání očního kontaktu, špatný spánek) může ovlivňovat reakce rodičů (Lacinová, Škrdlíková, 2008).

2) Hyperaktivní chování v batolecím a předškolním věku – Je to období od 2 až 3 let po vstup do školy (Langmeier, Krejčířová, 1998). Batole se pohybuje rychle a bez rozmyšlení na základě momentálního impulzu. Pro předškolní dítě je typický disharmonický vývoj (Lacinová, Škrdlíková, 2008).

3) Hyperaktivní chování ve školním věku – Zahrnuje období mladšího školního věku od 6 – 7 let do 11 až 12 let a dále období pubescence do 15 let (Langmeier, Krejčířová, 1998). Dítě tohoto věku má často potíže se školními nároky. Rodina se naučila tolerovat zvláštnosti dítěte, ale škola najednou projevy dítěte neakceptuje. V tomto období rodiče nejčastěji vyhledávají psychologickou pomoc (Lacinová, Škrdlíková, 2008).

„Výchova, která se zakládá na lásce a úctě k vyššímu řádu, je nejučinnější prevencí všech psychických a psychosomatických onemocnění, a proto i neklidu

v člověku a mezi lidmi. Výchova nakloněná dětem – tedy výchova, která má za cíl vést dítě ke svobodě – se může odvíjet jen ve vztahu neseném láskou“ (Prekopová, Schweizerová, 1994, s. 124).

5.1.3. PARTNERSKÝ VZTAH

Výchova v rodině není stabilní a neměnná, ale různě se mění se stupněm vývoje dítěte, rodičů jako jednotlivců a stadiem, v němž se nachází partnerský vztah rodičů (Lacinová, Škrdlíková, 2008).

Tak jako jedinec se za svůj život musí vypořádat s různými vývojovými úkoly, stejně tak rodina jako celek i manželská dvojice musí zvládat specifické úkoly a procházet jednotlivými změnami v čase (Plaňava, 1998).

Volba partnera

Důvody pro vytvoření partnerského (manželského) vztahu a založení rodiny jsou různé. Motivační struktura ke společné cestě životem je jiná u žen a jiná u mužů, liší se také podle věku (Matějček, Dytrych, 1999).

V dnešní společnosti je hlavní podmínkou partnerství zamilovanost (Matoušek, 2003). „**Zamilovanost** je pokládána za prudké, ale spíše krátkodobé citové vzplanutí, které se při bližším poznání partnera snadno rozplyne“ (Plhánková, 2004, s. 413). Tento stav partnerům usnadňuje sblížení i rozhodnutí o sňatku.

Volbu partnera ovlivňuje soubor očekávání. Muži pokládají za nejdůležitější hodnoty mládí a vzhled ženy. Ty jsou předpokladem pro narození zdravých dětí. Ženy chtějí partnera o něco staršího a schopného rodinu dostatečně ekonomicky zabezpečovat. Obě pohlaví usilují o stejný cíl, kterým je prosperita a stabilita rodiny (Matoušek, 2003).

Očekávání žen:

- 1) *Posedět a popovídat.* Tato potřeba je uspokojena, když má žena možnost sdílet své zážitky, pocity a starosti a muž ji empaticky naslouchá, poskytuje souhlas a citovou oporu. Žena také očekává, že i muž jí bude vyprávět své příhody, starosti a radosti.

- 2) *Duševní porozumění* je vzájemné sdělování pěkných zážitků, pocitů, různých názorů, ale i možnost svěřit se druhému se svými těžkostmi otevřeně a bez obav, že budou zlehčovány.
- 3) *Vycítit, co žena potřebuje*. Žena si přeje, aby muž vycítil, co potřebuje, jak se cítí a podle toho reagoval. Také chce, aby ji muž oceňoval a byl k ní pozorný.
- 4) *Vyjadřovat lásku celým svým životem*. Žena čeká trvalé důkazy mužovi lásky.

Očekávání mužů:

- 1) *Uvařeno, uklizeno*. Muž očekává, že mu žena vytvoří útulný domov, kde bude uklizeno a připraveno jídlo, které mu chutná.
- 2) *Sex, kdykoliv se mu zachce*. Uspokojování sexuálních potřeb v manželství muž považuje za snadno dostupné a bez nutnosti „dobývání“ manželky.
- 3) *Obdiv stále*. Muž touží po obdivu ženy. Předpokládá, že jeho partnerka bude zdůrazňovat všechny jeho přednosti a chválit ho za hrdinské činy v práci i pomoc v domácnosti.
- 4) *Nezatěžovat starostmi*. Muž neočekává, že po něm žena bude něco požadovat (Kratochvíl, 2000).

Od manželství se tedy očekává uspokojování osobních potřeb. Partneři chtějí být šťastní a spokojení, chtějí být milováni a doma mít pohodu (Plaňava, 1998).

Mladé manželství

Toto období trvá do 10 let od uzavření manželství. Manželé jsou ve věku od 18 do 30 let. V mladém manželství si na sebe muž a žena teprve zvykají. Zpočátku často bydlí s rodiči jednoho z nich a postupně si zařizují byt. Čekají dítě nebo mají malé děti. Dokončují vzdělání a poté získávají uplatnění v práci. Žena bývá nějakou dobu na mateřské dovolené. Manželé jsou často finančně podporováni rodiči.

Manželství středního věku

Podle Bartošové a Wynnyczuka (in Kratochvíl, 2000) se za manželství středního věku považuje období mezi 10 a 25 lety od sňatku. Věk manželů se

pohybuje mezi 30 – 50 lety. V pracovní oblasti mají stabilizované postavení. I žena se už může své pracovní činnosti věnovat naplno, protože děti jsou již ve školním věku.

Manželství zralého věku

Od svatby uplynulo 25 let a partneři jsou ve věku mezi 45 – 60 lety. V tomto věku se zpomaluje psychické tempo, také schopnost nového učení je snížena a klesá tvořivost a pružnost. To je vyváženo získanými zkušenostmi a informacemi. Vyvrcholení pracovního uplatnění je ukončeno odchodem do důchodu, který s sebou nese změnu životního stereotypu. Děti se odpoutávají od rodičů a zakládají vlastní rodinu.

Manželství ve stáří

Vztah partnerů bývá stabilizovaný. Manželé jsou jeden pro druhého oporou. Přibývají zdravotní potíže a zvyšuje se obava ze ztráty svého druha. Příčinou nespokojenosti či nesouladu může být nedostatek pochopení pro potřeby partnera, který je dán zvýrazněním rysů osobnosti ve stáří. S ubývajícimi sociálními kontakty se zesilují vazby na dospělé děti. Vztahy s vnoučaty obvykle obohacují stárnoucím manželům život (Kratochvíl, 2000).

5.1.4. RODINY FUNKČNÍ A DYSFUNKČNÍ

Rodiny, v nichž je dítě s hyperkinetickou poruchou vychováváno, se liší. Některé rodiny fungují lépe, v jiných rodinách lze pozorovat některé dysfunkční prvky.

V této kapitole nastíním některé charakteristiky funkčních (zdravých) a také dysfunkčních rodin.

Sauber (in Sobotková, 2007) vymezuje fungování rodiny na základě následujících oblastí:

1. osobní fungování – spokojenost členů s rolí a také se svou pozicí v rodině,

2. partnerské (manželské) fungování – vzájemný soulad a spokojenost v sexuální oblasti,
3. rodičovské fungování – rodiče mají pocit obohacení z rodičovské role, jsou odpovědní za výchovu svých dětí,
4. socioekonomické fungování – sociální začlenění, sociální podpůrná síť a ekonomická úroveň rodiny.

Charakteristiky zdravého rodinného fungování:

Soudržnost, adaptabilita a komunikace jsou základní pilíře rodinného fungování. „Při zdravé soudržnosti je ve funkčních rodinách kladen důraz i na přiměřenou samostatnost a nezávislost členů rodiny. Adaptabilita se týká schopnosti rodiny přizpůsobovat se proměnlivým požadavkům a nárokům života“ (Sobotková, 2007, s. 72). Komunikace v rodině je důležitým faktorem při řešení problémů nebo plánování změn. Má také vliv na celkovou rodinnou atmosféru. Ve funkčních rodinách se vyskytuje především přímá a otevřená komunikace (Sobotková, 2007).

Pro funkční rodiny je typická pevná aliance mezi rodiči. Všichni členové rodiny se vzájemně respektují. Rozdělení odpovědnosti je jasně dané. Výjimečnost jednotlivců je posuzována pozitivně (Matoušek, 2003). Všichni mohou vyjádřit pozitivní i negativní emoce. Rozdělení domácích prací je vnímáno spravedlivě všemi zúčastněnými (Lacinová, Škrdlíková, 2008).

Charakteristiky dysfunkčních rodin:

Dysfunkční rodina je taková, kde se jeden její člen nebo více členů chovají nezdravě (Sobotková, 2007).

Charakteristickým jevem v dysfunkčních rodinách je boj o moc. Mocenské boje mohou vyústit v rozdělení rodiny na dva tábory. Potřeby a přání jednotlivců jsou odmítány. Role jsou v těchto rodinách nejasné a odpovědnost je rozdělena neurčitě. Atmosféra v rodině je často nepřátelská, panuje zde nedůvěra. V komunikaci se objevují nedorozumění a zmatky. Používají se především osvědčené způsoby komunikace. Dalším znakem dysfunkčních rodin je zvýšené vyjadřování negativních emočních projevů nebo nezájem. Běžný provoz domácnosti je zvládán s obtížemi, úkoly jsou rozděleny nespravedlivě.

Charakteristiky funkčních a dysfunkčních rodin jsou polární. I ve funkčních rodinách se vyskytují spory, komunikační neurčitosti a stereotypy. Tyto projevy však nejsou časté, nepřevažují. Mezi nejdůležitější znaky funkčních rodin patří kooperace a vnímání potřeb rodinných příslušníků (Matoušek, 2003).

Protože každá rodina je jedinečná, nemůže určitá forma rodinného života platit pro všechny rodiny (Sobotková, 2007).

5.1.5. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ V RODINĚ

Výzkumy zvládání zátěžových situací v rodině se zaměřují především na takové rodiny, kde vyrůstají děti s chronickým onemocněním, život ohrožujícím nebo letálním onemocněním (např.: diabetes, srdeční vady, cystická fibróza, astma, nádorová onemocnění) (Sobotková, 2007). Studie, které se zabývají tím, jak náročné a stresové životní situace zvládají rodiny s hyperaktivním dítětem, jsou méně časté.

„*Rodinný stres* je pojímán jako nspecifický požadavek na adaptační chování rodiny“ (Sobotková, 2007, s. 77). Stupeň stresu v rodině je dán závažností a intenzitou stresoru. Záleží na tom, jak rodina stresor vnímá a jak ho hodnotí, jaké má zdroje a možnosti zvládat stres a v jaké fyzické a psychické kondici jsou členové rodiny v době výskytu stresoru. Podstatný je také širší kontext (prožité události, aktuální vztahy a citová atmosféra v rodině).

Rodinný distres znamená negativní stav, kdy rodina pocituje nesoulad a nerovnováhu jako ohrožující.

Rodinný eustres označuje pozitivní stav, kdy rodina přijímá disharmonii jako výzvu a podnět k nalezení optimálního řešení.

Při práci s rodinami, se znevýhodněným členem, se v klinické praxi často využívá *přístup založený na silných stránkách rodiny (strenght – based approach)*. Tento přístup je založený na předpokladu, že každá rodina má jedinečné síly a možnosti (např.: síť sociální opory, změna způsobu komunikace vhodnějším směrem, úhel pohledu na rodinnou situaci), které se mohou rozvíjet. Zpravidla se tak stane až poté, co se rodina obrátí na odborníky, kteří identifikují existující

rodinné síly a možnosti a pomohou rodině těchto dispozic využívat. Osvojením nových copingových strategií se rodina stává odolnější, lépe zvládá těžkosti a celková atmosféra v rodině je pozitivnější (Sobotková, 2007).

McCubbin, Thompson a McCubbin (in Sobotková, 2007) uvedli čtyři účinné kategorie strategií zvládnání zátěže v rodině:

- snížení nároků v rodině (např.: umístění nemocného člena rodiny do zdravotnického nebo sociálního zařízení),
- získávání dalších zdrojů (např.: péče o nemocného je přenechána pečovatelské službě),
- průběžné zvládnání tenze v rodině (zábava s přáteli, fyzická námaha),
- hodnocení situace a pochopení jejího významu (ocenění a vyzdvižení pozitivních aspektů těžké situace).

Ukázalo se, že záměrně užívané strategie jsou účinnější. Mezi záměrné strategie patří například řešení problémů, které zahrnuje hledání informací, rozhodování, plánování jednotlivých postupů a jejich realizace a kontrola.

Měření účinnosti copingových strategií je dosti problematické. Především závisí na subjektivním hodnocení rodiny, zda jí zvolená strategie pomáhá, působí pozitivně a je tedy funkční nebo naopak rodinnou situaci nijak zvlášť neulehčuje a může se označit za dysfunkční (Sobotková, 2007).

Jsou již známé faktory, které ovlivňují celkový zvládací styl rodiny:

- „charakteristika situace nebo události,
- vnímané ohrožení rodinných vztahů nebo cílů,
- zdroje, které má rodina k dispozici,
- předchozí zkušenosti s náročnou životní situací“ (Sobotková, 2007, s. 80).

5.2. ŠKOLNÍ PROSTŘEDÍ

Otevřená komunikace mezi školou a rodinou velmi významně přispívá k tomu, aby dítě ve škole prospívalo. Pro usnadnění plnění školních povinností dítěte je vhodné:

- aby učitelé informovali rodiče o tom, co od nich očekávají,
- aby učitelé byli vnímaví, citliví a pro rodiče snadno dosažitelní,
- aby měli rodiče přehled o každodenních domácích úkolech dítěte.

Při práci s dětmi trpícími poruchou ADHD je důležité neopomenout faktory, které by mohly tuto činnost ovlivňovat:

- *Učitelova ochota a pružnost.* Učitel by měl vynaložit energii, čas a snahu pro práci s dítětem, které je nepozorné a hyperaktivní. Měl by se snažit mu naslouchat a povzbuzovat ho. Také další vzdělávání učitelů o ADHD je nezbytné.
- *Úzká spolupráce rodiny a školy.*
- *Strukturované prostředí.* Žáci s ADHD potřebují řád, pravidla, srozumitelnou komunikaci, jasně vědět co se od nich očekává. Je také dobré, aby jim učitel předvedl názorné řešení zadaného úkolu. Rovněž potřebují pomoc při rozhodování, uspořádání pracovního prostoru a potřebných pomůcek.
- *Zajímavé a tvořivé metody vyučování.* Je dobré volit takové metody, které děti zaujmou.
- *Týmová práce.* Spolupráce a vytvoření týmu často zmírňuje problematické chování.

Existují speciální vzdělávací programy pro děti, které mají speciální vzdělávací potřeby.

Pro poruchu ADHD je nejvýznamnější **Projekt pro poruchy pozornosti (PAR, Project for Attention Related Disorders)**. Tento projekt vznikl v roce 1989 na základě konference o ADHD v San Diegu. Cíl projektu PAR spočívá v usnadnění práce ve škole dětem i učitelům. Jednotliví pracovníci školy absolvovali semináře nebo doškolovací kurzy o ADHD, aby tato porucha u dětí

byla včas odhalena a byla jim poskytnuta potřebná péče. Spolupracují spolu lékaři, psychologové, učitelé a rodiče ve snaze pomoci znevýhodněným dětem co nejlépe a nejvíce je to možné.

Dalšími programy jsou **Klíčová škola** a **Mentorský program**.

Klíčová škola je projekt, který je výsledkem snažení učitelů základních škol v Indianapolis. Vychází z poznatků o inteligenci, aplikuje principy integrovaného tematického vyučování. Do této školy mají možnost chodit i děti znevýhodněné a děti z etnických menšin.

Mentorský program je určený studentům středních škol. Studenti mají možnost zúčastnit se praxe v oboru, o který mají zájem. Tímto způsobem získají realistický náhled na povolání, kterému by se v budoucnu chtěli věnovat. U dětí s ADHD tento program pomáhá překonávat jejich obtíže, snáze pomocí něj vyhledávají potřebné materiály v počítačových databázích a mohou vypracovávat projekty, které prohlubují jejich znalosti a připravují je k následné praxi.

Postupy, které pomáhají dětem se uvolnit:

Hyperaktivní a nepozorné děti ve škole mohou často prožívat nepříjemné stresové situace. Stres a jeho následky lze odstraňovat technikami, které je možné děti naučit.

- *Legrace a smích:* Uvolňují napětí, dítě získá zpět duševní pohodu.
- *Dýchání:* Kontrolované dýchání uvolňuje svaly v těle, zmírňuje stres a tělesné potíže.
- *Jóga*
- *Meditace při chůzi*
- *Vizualizace a imaginace:* Představením si barevných obrazů se lidé lépe vypořádávají s nelehkými životními překážkami (Riefová, 1999).

5.3. ZÁJMOVÁ OBLAST

U dětí se syndromem ADHD může pomoci tělesná aktivita. Sporty jsou velmi důležité, zvláště ty nesoutěživé. Vhodným sportem mohou být různá bojová

umění, např. aikido. Zlepšují u dítěte schopnost soustředění. Dětem může prospět i plavání, gymnastika nebo běh (Riefová, 1999).

To, že se děti nebo mladí lidé s ADHD zapojí do nějaké zájmové činnosti, jim může zvednout sebevědomí, zvýšit sebehodnocení nebo může dojít ke zlepšení jejich sociálních dovedností. Mají potřebu navazovat přátelství a věnovat se aktivitám mimo domov a školu (Munden, Arcelus, 2002).

6. ODBORNÁ POMOC PRO RODINY S DĚTMI TRPÍCÍMI PORUCHOU ADHD

Rodiny s dětmi, které mají poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou, mohou zvolit a využít několik způsobů odborné péče.

Komplexní péče zahrnuje:

- a) Program, který pomáhá modifikovat chování v domácím i školním prostředí.
- b) Poradenství jak individuální, tak rodinné.
- c) Psychoterapie a farmakoterapie (viz. kapitola 4).
- d) Nácvik sociálních dovedností dítěte.
- e) Úprava pracovního a výchovného prostředí dítěte.
- f) Dát dítěti prostor k tělesné aktivitě.
- g) Poskytování informací rodičům o ADHD (Riefová, 1999).

6.1. ORGANIZACE PRO RODIČE A DĚTI S ADHD

Rodiče „živého“ dítěte mnohdy potřebují pomoc. Potřebují vědět, jak svého potomka zvládnout, že v takové situaci nejsou sami, a že stejné starosti prožívají i jiné rodiny. V tomto případě jsou užitečné rodičovské podpůrné skupiny. Rodiče spolu komunikují navzájem o podobných nebo stejných problémech, získávají podrobnější informace od odborníků a učí se jak svému dítěti pomoci doma, jak ho bránit a vysvětlit okolí jeho potřeby.

Rodičovské kurzy vyučují metody pro zvládání chování dítěte. Stresové situace, které dítě doma způsobuje, mohou totiž vést k rozpadu rodiny (Riefová, 1999).

Dobrovolné organizace se snaží rodinám s hyperaktivními dětmi najít nové přátele a zájmy (Munden, Arcelus, 2002).

Vzdělávací instituce pro děti s ADHD:

- 1) běžné základní školy – děti lze zařadit mezi integrované žáky se speciálními vzdělávacími potřebami,

- 2) specializované třídy – jsou zřizovány při běžných školách,
- 3) speciální školy pro děti se specifickými poruchami učení a chování.

Poradenství a další pomoc:

Zdravotnická pracoviště, pedagogicko – psychologické poradny, speciálně – pedagogická centra (v případě různých typů postižení), střediska výchovné péče (při závažných výchovných, emocionálních a sociálních problémech), poradny pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy (v situacích, kdy je narušena komunikace v rodině), dys – centra, centra EEG – biofeedback terapie (Riefová, 1999, s. 245 - 247).

Organizace s celostátní působností:

„Celostátní organizace poskytují spoustu informací, doporučení, někdy vydávají i svůj zpravodaj nebo časopis s příspěvky od rodičů a novinkami v péči o postižené či nemocné děti. Často nabízejí rady ohledně vzdělání, pomůcek, her, prázdnin apod.“ (Kerr, 1997, s. 39).

Jednou z cest, jak se o konkrétních organizacích dozvědět více informací, je internet. Mezi organizace, které pomáhají rodinám s hyperaktivním dítětem patří např.:

- **Klub rodičů a přátel hyperaktivních a neklidných dětí** – existuje od roku 2002 v Brně, spolupracuje s mnoha institucemi a nabízí semináře, poradenství a programy pro neklidné děti a jejich rodiče (<http://www.crsp.cz/hyperaktivni/hyperdeti07.html>).
- **Archa – středisko výchovné péče pro děti a mládež Chrudim** – poskytuje preventivně výchovnou péči, pořádají přednášky, besedy, mimoškolní akce a klubovou činnost (<http://www.archa-chrudim.cz/index.php?show=info>).
- **Hyperaktivita - Institut pro studium a terapii hyperaktivity a poruch pozornosti, o.s.** – spolupracuje se státními i nestátními organizacemi, realizuje vzdělávací kurzy (<http://www.hyperaktivita.cz/aktivity-a-sluzby/>).

- **Ještěrka o.s.** – poskytuje služby v oblasti volného času pro děti s ADHD a děti s jinými specifickými potřebami (<http://www.osjesterka.cz/>).

7. ÚDAJE O VÝSKYTU

Údaje o výskytu ADHD se mohou lišit v závislosti na tom, v jaké části světa se výzkum prováděl, u jaké populace a jaká diagnostická kritéria byla použita. V celosvětovém měřítku se porucha ADHD u obyvatelstva vyskytuje zhruba v 1-5 % případů (Munden, Arcelus, 2002).

7.1. JAK ČASTO SE VYSKYTUJE PORUCHA ADHD

Hodnoty o výskytu ADHD se liší podle toho, zda byly studie prováděny pomocí DSM-IV (v tomto případě se hodnoty pohybují kolem 3-5 %) nebo MKN-10 (přibližně 0,5 %) (Munden, Arcelus, 2002).

Paclt uvádí, že „hyperkinetickým syndromem v dětství trpí 6-7 % dětské populace ve věku 6 let. U 40-50 % těchto dětí přetrvávají příznaky ADHD ve větší míře do dospělosti, což představuje 1,5-2 % dospělé populace“ (Paclt a kolektiv, 2007, s. 123).

Syndrom ADHD se častěji vyskytuje u chlapců než u dívek. Uvádí se poměr 3 až 5:1 (Paclt a kolektiv, 2007). Je však možné, že větší výskyt ADHD u chlapců je důsledkem toho, že se u nich tato porucha podchytí snáze, protože jejich problémy jsou nápadnější (Munden, Arcelus, 2002).

8. ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

Od doby filozofů je štěstí považováno za nejvyšší dobro a základní motivaci pro lidskou činnost. Přesto se štěstím a spokojeností začali odborníci zabývat později než výzkumem lidského neštěstí (Diener, 1984). Zkoumáním pozitivních prvků lidského života se věnuje pozitivní psychologie (Kebza, 2005).

Wilson ve své studii z roku 1967 (in Diener, 1984) dospěl k závěru, že šťastný člověk se jeví jako mladý, zdravý, dobře vzdělaný, dobře placený, extravertovaný, optimistický, bezstarostný, věřící, vdaná/ženatý, s vysokou sebeúctou, vysokou pracovní morálkou, skromnými aspiracemi a širokou inteligencí, přičemž nezáleží na pohlaví. Od Wilsonova zjištění se touto problematikou začali postupně zabývat další vědci.

Například Diener, Suh, Lucas a Smith (1999) považují za šťastného takového člověka, který je optimisticky smýšlející, příliš se nezabývá špatnými událostmi, žije v ekonomicky se rozvíjející společnosti a má důvěrné přátele.

8.1. TERMINOLOGICKÉ ROZLIŠENÍ (POJEM WELL - BEING)

Životní spokojenost (life satisfaction) je pojem, který je různými autory chápán rozdílně. „V anglosaské jazykové oblasti se životní spokojenost často klade naroveň subjektivnímu zdravotnímu stavu (subjective – well being) (Fahrenberg a kol., 2001). Pavot a kol. (in Fahrenberg a kol., 2001, s. 6) rozlišují jeho čtyři dimenze:

- 1) *kognitivní komponentu* subjektivního zdravotního stavu – touto dimenzí je myšlena životní spokojenost, která je daná plněním životních cílů;
- 2) *časově širší afektivní komponentu* subjektivního dobrého zdraví – tato složka je chápána jako štěstí;
- 3) *pozitivní afektivní komponentu* – je to přechodný pocit radosti;
- 4) *negativní afektivní komponentu*, což je přechodný pocit smutku.

Také podle autorů DeNeveho a Coopera (in Fahrenberg a kol., 2001) je subjektivní zdravotní stav složen z těchto čtyřech rovin: životní spokojenost, štěstí, pozitivní afekt a negativní afekt.

Oxford Advanced Learner's Dictionary (in Kebza, Šolcová, 2003) je pojem well - being popsán jako příbuzný pojem k pojům spokojenost (satisfaction), životní spokojenost (life satisfaction), blaho (welfare), radost (pleasure), štěstí (happiness) a zdraví (health). Kebza a Šolcová (2003) k pojmu well – being užívají český překlad osobní pohoda. V této práci budu užívat stejného překladu pojmu well – being jako tito autoři. K well – being se vztahují také další termíny: tělesná pohoda (wellness, fitness), dosažení úspěchu (success) a přátelství (friendship) (Kebza, Šolcová, 2003).

Pojem well – being je součástí definice zdraví, kterou uvádí Světová zdravotnická organizace (WHO): „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo slabosti (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).

Křivohlavý (2004) ve své knize „Pozitivní psychologie“ termín well – being nahrazuje českým ekvivalentem životní pohoda. Životní pohoda podle něj znamená souhrn mnoha důležitých aspektů života člověka. „Týká se kladných i negativních emocí, afektů, nálad i toho, jak se daný člověk dívá na své plány, na svá očekávání a jejich realizaci. Vychází se při tom z údajů, které poskytuje vlastní zkušenost dotazovaného“ (Křivohlavý, 2004, s. 181).

Seligman a Csikszentmihalyi (in Kebza, Šolcová, 2003) rozlišují mezi jednotlivými pojmy uplatněním časových os. Well – being a spokojenost se životem se vztahuje k minulosti, pocit štěstí k současnosti a k budoucnosti má vztah naděje a optimismus.

Autoři Džuka a Dalbertová (1997) vytvořili model subjektivní pohody, který obsahuje strukturální komponenty (emoce, nálady, tělesné pocity a emocionálně neutrální periody), procesuální, aktuální charakter subjektivní pohody (v konkrétním časovém úseku) a habituální (pohoda pro osobu typická).

Levin a Chatters (in Kebza, Šolcová, 2003) chápou osobní pohodu jako součást kvality života, která má dvě úrovně: *subjektivní* a *objektivní* osobní pohodu, což je funkční kapacita organismu, zdravotní stav a socioekonomický status.

8.2. TEORETICKÉ PŘÍSTUPY K ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI

Telické teorie (teorie dosažení cíle)

Telické teorie uvádějí, že lidé mohou být šťastni, když dosáhnou nějakého cíle nebo uspokojí své potřeby. Cíle a potřeby jsou propojeny, takže potřeby mohou vést k určitým cílům. Člověk může mít také vlastní žebříček hodnot, na jehož základě si vytyčuje specifické cíle. Alternativní telické teorie se shodují, že splnění cílů a uspokojení potřeb má určitý vztah ke štěstí. Mezi tyto teorie lze zařadit Maslowovu univerzální hierarchii potřeb. Pokud by byly potřeby skutečně všeobecné, pak by jejich naplnění mělo vést ke štěstí ve všech kulturách.

Existuje však i několik překážek, které mohou osobní pohodu blokovat:

1. Někteří lidé mohou toužit po cílech, které je sice krátkodobě uspokojí, ale z dlouhodobého hlediska mají negativní účinky a způsobují nespokojenost, protože zabraňují vytvoření jiných cílů.

2. Další překážka vznikne, když cíle a touhy jednotlivce jsou vzájemně protichůdné, tudíž není možné je splnit.

3. Člověk může být také nešťastný, protože nemá žádné cíle ani touhy.

4. Neschopnost dosáhnout svých cílů může být také dána tím, že si je lidé stanovili příliš obtížné (Diener, 1984).

Teorie radosti a bolesti

Bolest a radost jsou vzájemně úzce propojeny. Cíle jedince vznikají pouze tehdy, když mu v životě něco chybí. Nedostatek je tedy nutnou podmínkou štěstí. Tento přístup předpokládá, že čím bude deprivace větší, tím bude i pocit radosti po dosažení cíle větší. Pokud jsou uspokojeny všechny tužby a cíle, není možné dosáhnout velkého pocitu štěstí. Další opodstatnění propojenosti radosti a bolesti souvisí s psychologickou investicí do dosažení cíle. Jestliže má osoba vytyčený důležitý cíl a zároveň tvrdě pracuje na jeho dosažení, v případě, že se dostaví neúspěch prožívá velkou nespokojenost, úspěch zase vede k velké spokojenosti. Pokud ale osoba má na dosažení cíle malý zájem, neúspěch ji nepřinese velké pocity neštěstí (Diener, 1984).

Solomon (in Diener 1984) přednesl teorii, podle které ztráta něčeho dobrého vede k pocitu neštěstí a ztráta něčeho špatného vede k pocitu štěstí. Klíčovou

součástí této myšlenky je, že opačný emocionální afekt při ztrátě objektu bude největší poté, co si osoba na objekt zvykla.

Teorie aktivity

Tato teorie říká, že spokojenost je vedlejším produktem lidské aktivity. Příkladem může být šplhání na skálu, kdy tato aktivita samotná může přinášet větší spokojenost než dosažení vrcholu. Csikszentmihalyi a Figurski (in Diener 1984) předpokládali, že vědomá touha po dosažení spokojenosti může působit kontraproduktivně. Podle tohoto přístupu by se měl člověk soustředit na jednotlivé aktivity, cíle a štěstí z nich vzejde jako vedlejší produkt. Csikszentmihalyi (in Diener, 1984) také přišel s teorií toku (flow), která je nejjednoznačnější formulací o vztahu aktivity a osobní pohody. Aktivity jsou vnímány jako příjemné tehdy, když je jejich obtížnost shodná se schopnostmi osoby. Je-li aktivita příliš jednoduchá, objeví se nuda, je-li příliš obtížná, objeví se úzkost. Vykonává-li člověk aktivitu, která vyžaduje neustálou koncentraci a zároveň je její obtížnost shodná se schopnostmi daného jedince, bude z ní plynout uspokojení.

Na rozdíl od telických teorií, podle teorie aktivity, štěstí plyne spíše z chování než z dosažení cíle. Tyto dvě teorie nejsou úplně neslučitelné, spíše by mohly být vzájemně propojeny.

Přístup shora – dolů (top – down) a zdola – nahoru (bottom – up)

Kozma a Stones (in Diener, 1984) se domnívají, že štěstí tvoří celkový součet mnoha malých uspokojení a drobných radostí. Z tohoto pohledu zdola – nahoru, je šťastný život sbírkou šťastných momentů.

Naproti tomu přístup shora – dolů předpokládá určitou tendenci k tomu, vnímat věci pozitivně. Tato tendence ovlivňuje interakce jedince se světem. Z tohoto hlediska je spokojenost závislá na osobnosti jedince, která určuje, jak bude reagovat na různé události.

Proces zdola – nahoru představuje vliv vnějších událostí na štěstí a proces shora – dolů vliv vnitřních faktorů. Tím, že lidé reagují na události v závislosti na subjektivním pocitu, zapojují model shora – dolů. Nicméně zdá se, že některé události jsou příjemné pro velkou většinu lidí, a zde může být uplatněn přístup zdola – nahoru. Je tedy patrné vzájemné ovlivnění obou stanovisek (Diener, 1984).

Asocianistické teorie

Je mnoho modelů, které se snaží vysvětlit, proč někteří lidé mají temperament, díky kterému jsou predisponovaní ke štěstí. Mnoho těchto teorií je založeno na paměti nebo na kognitivních principech (Diener, 1984). Jeden z kognitivních přístupů ke štěstí pracuje s asociací a s pamětí. Bower (in Diener, 1984) dokázal, že lidé si vybavují vzpomínky, které odpovídají jejich momentálnímu emocionálnímu stavu. Výzkum paměťových sítí naznačuje, že si lidé mohou vytvářet bohatou síť pozitivních asociací a izolovanou síť negativních asociací. V tomto případě, by lidé se sítí tvořenou převážně pozitivními asociacemi, byli schopni reagovat na většinu událostí pozitivně.

Asociační síť jedince však může být více či méně propustná vlivu nových asociací, a tak se časem pozměňuje (Diener, 1984).

Teorie porovnávání

Tyto teorie vycházejí z rozdílu mezi standardními a aktuálními podmínkami. Jestliže aktuální podmínky převyšují ty běžné, dostaví se spokojenost. Přestože teorie porovnávání obvykle nepředvídají, které události budou pozitivní nebo negativní, umožňují předpovídat sílu s jakou ovlivní osobní pohodu. Tyto teorie se dělí podle použitého standardu (Diener, 1984).

Teorie sociálního srovnávání

Carp, Carp, Emmons et al., Michalos (in Diener, 1984) uvedli, že člověk používá jako standard ostatní lidi. Pokud je lepší než ostatní, bude spokojený nebo šťastný.

Adaptační teorie

Autoři Brickman, Coates, Janoff-Bulman (in Diener, 1984) tvrdí, že v teorii adaptace tvoří standard minulost konkrétního člověka. Vychází tedy ze zkušeností jedince. Pokud současný život tento standard převyšuje, člověk bude pravděpodobně šťastný. Brickman a Campbell (in Diener, 1984) dospěli k přesvědčení, že když se člověk adaptuje, tak dobré události už neevokují spokojenost a špatné nespokojenost.

V této teorii je důležitá změna, nikoliv četnost událostí. Standard jedince se nakonec vždy upraví v závislosti na podmínkách.

Longitudinální výzkum zabývající se vlivem životních událostí na životní spokojenost potvrdil, že důležitým faktorem je časový odstup od dané události.

Nejvíce životní spokojenost ovlivňují události, které se staly v předchozích třech měsících. Adaptace tedy probíhá poměrně rychle (Suh, Diener, Fujita, 1996). Autoři tedy zodpověděli otázku, jaká doba je potřebná k adaptaci, kterou předchozí studie neobjasnily.

Úroveň aspirací

Teorie aspirací se zabývá rozdílem mezi současným životem člověka a jeho aspiracemi. Vysoké aspirace ohrožují štěstí ve stejné míře jako špatné podmínky dle Carpa a Carpové (in Diener, 1984).

Úroveň aspirací pravděpodobně vychází z předchozích zkušeností a cílů jednotlivce.

Každá z těchto teorií používá jiný standard jako základ k porovnávání (Diener, 1984).

8.3. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

Demografické faktory

- *Příjem* – Easterlin (in Diener, 1984) z třiceti studií provedených v různých zemích zjistil, že v každé studii byly bohaté osoby spokojenější než chudé.

Lidé, kteří jsou bohatší než ostatní, bývají šťastnější, ale při růstu celkové úrovně příjmů, nemusí současně růst štěstí (Diener, 1984).

Z výzkumu prováděného v různých kulturách vyplynulo, že spokojenost s finančními prostředky má silný vztah k životní spokojenosti především v chudých zemích. Souvisí to s Maslowovou hierarchií potřeb. V chudých státech lidé nemají dostatek financí, aby uspokojili své základní potřeby. Jakmile jsou však základní potřeby uspokojeny, příjem ztrácí vliv (Diener, Diener, 1995).

- *Věk* – Výsledky studií, které se zabývají vlivem věku na životní spokojenost, se různí. Spokojenost v jednotlivých oblastech života se s věkem mění. S vyšším věkem bude zřejmě klesat spokojenost se zdravotním stavem, naopak spokojenost s finanční situací bude

pravděpodobně stoupat (důvodem je snížení vlastních nároků, děti jsou už zaopatřené) (Fahrenberg a kol., 2001).

Ze závěru studie, provedené u nás, vyplývá, že „množství problémů, somatické obtíže, deprese a radost ze života nejsou závislé na věku“ (Lašek, 2004 ,s.222). Také Šolcová a Kebza (2005) prokázali, že u české populace není prožitek osobní pohody determinován věkem ani pohlavím.

- *Pohlaví* – Rozdíl v životní spokojenosti je mezi pohlavími nepatrný. Většina studií neprokázala žádné rozdíly (Fahrenberg a kol., 2001).
- *Zaměstnaní* – Campbell (in Diener, 1984) zjistil, že nezaměstnaní lidé jsou nejméně spokojenou skupinou. Také Catalano a Dooley (in Diener, 1984) prokázali, že nezaměstnanost má silný a průběžný vliv na náladu.
- *Vzdělání* - Dle Mirowského a Rosse (in Šolcová, Kebza, 2005) je vzdělání důležité pro získávání důvěry ve vlastní schopnosti, vytvoření návyků, dovedností a schopností, pro vývoj osobnostních zdrojů a má vliv na životní příležitosti jedince. Šolcová a Kebza (2005) ve svém výzkumu dospěli k závěru, že univerzitní vzdělání zvyšuje pocit osobní pohody ve srovnání se základním vzděláním.
- *Náboženství* – Víra může pozitivně ovlivnit osobní pohodu (Diener, 1984).
- *Manželství a rodina* – Životní spokojenost má souvislost s rodinným stavem a také s typem soužití. Ukázalo se, že rodinný život má větší vliv na životní spokojenost než vzdělání. Muži i ženy v české populaci vykazují nejmenší spokojenost pokud žijí sami. Zatímco ženy jsou nejspokojenější v manželství, pro muže je důležité soužití s partnerkou, přičemž nezáleží na legalitě svazku. Manželství má zároveň pozitivní vliv na celkovou životní spokojenost jen tehdy, pokud jsou s ním lidé spokojeni (Hamplová, 2004). Stejná autorka provedla výzkum, věnovaný životní spokojenosti a rodinnému stavu v jednadvaceti evropských zemích, v němž zjistila, že manželství zvyšuje kvalitu života v mnoha oblastech (lepší zdravotní stav, lepší finanční situace, vzájemná společnost, podpora, pomoc a povzbuzení). Podobně jako v předchozí studii, i zde vyplynulo, že vdané ženy a ženatí muži jsou šťastnější.

Existují však rozdíly mezi jednotlivými zeměmi v tom, jak silně manželství ovlivňuje štěstí a pohodu. Rozdílné je také vnímání nesezdaného soužití v těchto zemích. Někde je chápáno téměř jako manželství, jinde se spíše podobá svobodnému stavu a v některých státech se řadí mezi svobodný stav a manželství (Hamplová, 2006).

Výsledky studií, které zkoumaly vztah mezi osobní pohodou a rodičovstvím již nejsou tolik optimistické (Diener, 1984).

Faktory chování

- *Sociální kontakt* – Fordyceův program (in Diener, 1984) ke zvýšení pocitu štěstí doporučuje sociální kontakt jako cestu ke zlepšení osobní pohody. Existuje však velké množství studií s různými závěry, což naznačuje komplexnost tohoto tématu. Zdá se, že vztah mezi štěstím a společenskou angažovaností je oboustranný.
- *Životní události* – Závěr Hnilicovi studie shrnuje, že životní události a změny, které se staly v posledních šesti měsících, mají vliv na spokojenost se zdravím. Zároveň spokojenost se zdravím přímo ovlivňuje celkovou životní spokojenost (Hnilica, 2004).
- *Aktivity* – Graney a Maddox (in Diener, 1984) zjistili, že změny v aktivitě souvisí se změnami v osobní pohodě. Jsou však i studie, kde vztah mezi aktivitou a osobní pohodou nebyl prokázán např. Olsen (in Diener, 1984). Kozma, Stones, Cutler (in Diener, 1984) potvrdili, že některé aktivity vztah k osobní pohodě mají a jiné ne. Vysvětlením může být, že koncept aktivity se vztahuje k různorodým a odlišným činnostem – fyzická aktivita, koníčky, účast ve formálních organizacích, sociální kontakt (Diener, 1984).

Osobnostní faktory

Osobnost je dle Tatariewiczze (in Diener, 1984) dlouhodobě vnímaná jako faktor ovlivňující osobní pohodu. Současně je důležitější než všechny vnější faktory.

- *Neuroticismus* podstatně souvisí s nespokojeností se životem.

- *Extraverze* naopak výrazně souvisí s životní spokojeností. Extravertované osoby jsou spokojenější než introverti (Fahrenberg a kol., 2001).
- *Sebehodnocení* a životní spokojenost spolu silně korelují. Osoby, které mají vysoké sebehodnocení jsou dominantní, extravertované a nejsou neurotické. Preferují na problém zaměřené strategie zvládnání – řešení problému a kognitivní restrukturuaci. Životní spokojenost je spojena s vysokou úrovní afilace a emoční stabilitou (Blatný, Osecká, 1998).
- Vysoká *sebeúcta* je jedním z nejsilnějších prediktorů osobní pohody (Diener, 1984).
- *Intelligence* je součástí osobnosti, u níž by se dalo očekávat, že bude mít silný vztah k osobní pohodě, protože je ve společnosti vysoce ceněná (Diener, 1984). Například dle Hartmanna (in Diener, 1984) inteligence měřená IQ testy nemá ke štěstí vztah. Diener (1984) se domnívá, že se k inteligenci váže nějaký proces, který pocit štěstí snižuje. Mohlo by to být tím, že inteligence také přináší větší aspirace, touhu po úspěchu a uvědomění si možností.
- Dalšími charakteristikami, které mohou ovlivňovat osobní pohodu jsou: *Rotterova lokalizace kontroly*, přičemž pozitivně působí vnitřní místo kontroly, *atribuční styl*, Bandurova koncepce self – efficacy a koncepce hardiness vytvořená Kobasovou (Kebza, Šolcová, 2003).

Biologické faktory

- *Zdravotní stav* je pravděpodobně nejdůležitějším faktorem celkové životní spokojenosti. Existuje těsná souvislost mezi spokojeností a subjektivními tělesnými obtížemi. Lidé, kteří jsou nespokojeni častěji vyhledávají lékařskou a psychologickou pomoc (Fahrenberg a kol., 2001).

Na závěr lze uvést, že pro pocit štěstí je důležité vnímat svůj vlastní život jako smysluplný (Křivohlavý, 2006).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

1. ÚVOD DO VÝZKUMNÉ PROBLEMATIKY

Problematikou syndromu ADHD u dětí se zabývá mnoho odborníků. Poznatky z vědeckých prací přinášejí lékařské i nelékařské obory. Díky četnosti výskytu této poruchy v populaci a těžkostí s ní spojených si takovou účast bezpochyby zaslouží. Pozornost se však soustředí především na dítě samotné. Těm, kteří o dítě s láskou pečují, tedy rodičům, se věnuje podstatně menší výzkumný zájem.

Podařilo se mi najít kvalitativní studii, která se zabývala rodičovstvím matek neklidných dětí v našich podmínkách. I když autorka nezkoumala přímo jejich životní spokojenost a výzkum se týkal pouze matek, pokusím se v kapitole diskuse srovnat některé dosažené výsledky ve svém výzkumu s touto studií.

Životní spokojenost ovlivňuje široký komplex faktorů, které působí v různé míře. U rodičů těchto dětí to může být navíc i hyperaktivita. Domnívám se, že osobní pohoda rodičů je důležitá i pro spokojený život jejich dětí.

Pokládám za užitečné zabývat se tímto tématem, neboť poznatky o tom, jak vypadá životní spokojenost rodičů těchto dětí, mohou přispět k jejímu zlepšení. Přínosná mohou být zjištění, v kterých oblastech života rodiče potřebují podporu a pomoc od odborníků nebo třeba i rodiny a přátel. Prospěšné mohou být také informace o těch situacích, které rodiče zvládají sami a bez problémů. Rodiče tak mohou získat sebedůvěru, ujištění, že se vše ubírá správným směrem nebo naději do budoucna.

2. CÍL VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Realizováním výzkumu jsem se chtěla seznámit s rodiči, kteří vychovávají hyperaktivní dítě, s jejich rodinným zázemím. Dále bylo mým záměrem zjistit, jak probíhá běžný den v takové rodině, jaká je výchova těchto dětí, s čím jsou rodiče spokojeni a s čím naopak ne, jaké potíže řeší, co rodičům pomáhá zvládat náročné životní situace, jaké mají pocity a také jak tráví volný čas. Zajímala mě odlišnost i shodnost názorů matek a otců.

Cíle výzkumu:

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat subjektivní životní spokojenost rodičů hyperaktivních dětí.

Dalšími dílčími výzkumnými cíli jsou:

- Dozvědět se, zda a jak rodiče hyperaktivních dětí pociťují působení syndromu ADHD na svůj partnerský vztah.
- Popsat vnímanou souvislost jejich životní spokojenosti se zvládáním rodičovské role.
- Zjistit, s jakými těžkostmi se tito rodiče setkávají v každodenním životě.
- Popsat, jaké strategie zvládání zátěžových situací rodiče s těmito dětmi využívají.
- Popsat změny v životě rodičů v souvislosti s projevy hyperaktivity.

Výzkumné otázky:

Základní výzkumná otázka:

- Jaká je životní spokojenost rodičů hyperaktivních dětí?

Další jednotlivé otázky:

- Má hyperaktivita vliv na partnerský vztah rodičů?
- Jaká je souvislost mezi životní spokojeností a rodičovskou rolí?
- S jakými těžkostmi se tito rodiče setkávají v každodenním životě?
- Jaké strategie zvládání zátěžových situací rodiče s těmito dětmi využívají?
- Jaké změny nastaly v životě rodičů v souvislosti s projevy hyperaktivity?

3. POUŽITÉ METODY

Těžiště mého výzkumu spočívá v kvalitativní metodologii v kombinaci s přístupem kvantitativním.

Vzhledem k jedinečnosti a individuální odlišnosti rodinných příběhů jsem se rozhodla pro svůj výzkum uplatnit kvalitativní přístup. Proces kvalitativního výzkumu mi umožnil nalézt porozumění potížím, kterým čelí rodiče hyperaktivních dětí. Současně jsem měla možnost vytvořit si komplexní obraz k této problematice (Hendl, 2008). Dalším důvodem pro využití kvalitativního přístupu je nedostatek provedených výzkumů k tématu životní spokojenosti rodičů, kteří vychovávají hyperaktivní dítě.

Důvodem pro připojení kvantitativního přístupu je obtížná uchopitelnost konceptu životní spokojenosti. Slouží tak jako podpůrná metoda.

Pro potřeby výzkumu jsem využila metod klinických (polostrukturovaný rozhovor) i testových (Dotazník životní spokojenosti).

Opírala jsem se o polostrukturovaný rozhovor, pomocí něhož jsem se seznámila s rodiči hyperaktivních dětí. Rozhovory mi pomohly přiblížit konkrétní případy a jejich situace. Prostřednictvím rozhovorů jsem také mohla lépe uchopit hyperaktivitu, jakožto jeden z faktorů ovlivňující životní spokojenost rodičů. Základní otázky polostrukturovaného rozhovoru jsou součástí přílohy č. 1.

Dotazník životní spokojenosti mi poskytl obraz o celkové životní spokojenosti rodičů, ale i o životní spokojenosti v jednotlivých rovinách života jedince. Aplikací této testové metody jsem získala data, která byla rozhovorem těžce zjistitelná (například rozdílnost životní spokojenosti vzhledem k pohlaví a věku) nebo je z časových důvodů rozhovor nemohl postihnout (například spokojenost s finanční situací). Dotazník i vyhodnocovací list jsou pro ukázkou uvedeny v příloze č. 2.

3.1. POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Polostrukturovaný rozhovor tvořil soubor předem připravených otázek. Rozhovor s rodiči jsem vždy začínala svým představením a informacemi o tom,

k jakému účelu rozhovor použiji. Rodičům jsem sdělila, že údaje, které mi poskytnou, jsou důvěrné a nebudou zneužity. Také jsem je ujistila o anonymní spolupráci na výzkumu a možnosti z výzkumu vystoupit. Tímto úvodem jsem navodila příjemnou atmosféru. Během kontaktu s rodiči jsem se snažila o autentický přístup a empatické naslouchání. Projevení zájmu a vlídné prostředí přispělo k větší sdílnosti rodičů. Ještě před započítím samotného interview jsem rodiče požádala o svolení k nahrávání našeho rozhovoru na diktafon. Všichni účastníci výzkumu s nahráváním souhlasili, což mi umožnilo sledovat neverbální komunikaci rodičů a lépe se soustředit na probírané téma.

Zpočátku jsem rodičům kladla obecnější otázky (počet členů v rodině, jejich práce, zájmy) a postupně jsem se dostala k tzv. jádru interview. Pořadí otázek bylo pozměněno v závislosti na konkrétní situaci tak, aby výtěžnost interview byla maximální (Miovský, 2006). Také znění otázek se nepatrně lišilo. Rodiče ochotně odpovídali a uváděli i názorné příklady pro ilustraci konkrétních událostí. Některé otázky umožňovaly přirozené vyprávění rodičů, a tak se občas stávalo, že rodiče zodpověděli některou z připravených otázek dříve, než jsem se na ni stačila zeptat. Kromě předem stanovených a závazných témat rozhovoru jsem se rodičů doptávala na související oblasti, abych zachytila problematiku podrobněji. Současně jsem se v průběhu rozhovoru přesvědčovala, zda jsem správně pochopila odpověď účastníků.

Rozhovory s rodiči proběhly v období od března 2009 do listopadu 2009. Délka rozhovorů se přibližně pohybovala v rozmezí mezi 30 až 50 minutami. Místo pro uskutečnění rozhovoru bylo vybíráno dle příležitosti. Dva rozhovory se realizovaly v prostoru kanceláře instituce, kde matky pracovaly. Další dvě rodiny jsem navštívila doma, dva rozhovory se konaly ve třídě základní školy, jeden rozhovor proběhl v prostředí kavárny a šest rozhovorů se uskutečnilo v různých zdravotnických zařízeních. Všichni zúčastnění rodiče absolvovali rozhovor bez přítomnosti svých dětí, což bylo plně na jejich uvážení.

3.2. DOTAZNÍK ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI

Dotazník životní spokojenosti (DŽS) autorů Fahrenberga, Myrteka, Schumachera a Brählera obsahuje deset škál:

- 1) zdraví (ZDR)
- 2) práce a zaměstnání (PAZ)
- 3) finanční situace (FIN)
- 4) volný čas (VLC)
- 5) manželství a partnerství (MAN)
- 6) vztah k vlastním dětem (DET)
- 7) vlastní osoba (VLO)
- 8) sexualita (SEX)
- 9) přátelé, známí, příbuzní (PZP)
- 10) bydlení (BYD)

Každá škála zahrnuje sedm položek, na které se odpovídá prostřednictvím sedmistupňové škály od velmi nespokojen/a (1) až po velmi spokojen/a (7). Ke zjištění hodnoty celkové životní spokojenosti (SUM) se využívá součet výsledků sedmi škál. Tři škály se do skóru celkové životní spokojenosti nezapočítávají. Mezi ně patří: práce a povolání, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem.

Dotazník životní spokojenosti jsem rodičům předkládala bezprostředně po ukončení rozhovoru. Po zadání instrukce jsem je vyzvala k vyplnění dotazníku. Některé rodiče nebylo třeba pobízet, avšak ti, kterým dotazník připadal příliš dlouhý, potřebovali k jeho vyplnění povzbudit. Snažila jsem se je motivovat zdůrazněním důležitosti dotazníku ve výzkumu a příslibem zpětné vazby po vyhodnocení jejich odpovědí. Někteří z respondentů vyplňovali dotazník v mé nepřítomnosti. Bylo tak učiněno z časové vytíženosti těchto rodičů nebo z důvodu absence jednoho z rodičů. V tomto případě jsem se s nimi domluvila na způsobu předání vyplněného dotazníku. Jeden z dotazníků byl později zaslán poštou, jeden naskenovaný emailem, čtyři jsem si vyzvedla ve zdravotnickém zařízení a jeden z dotazníků jsem bohužel zpátky nezískala. Ostatní testové materiály byly vyplněny po skončení rozhovoru.

Matky či otcové bez stálého partnera nevyplňovali v dotazníku škály týkající se manželství a partnerství. Nevyplněná škála manželství a partnerství neovlivnila hodnotu celkové životní spokojenosti jedince, jelikož se do tohoto součtu nezapočítává. V jednom případě rozvedený otec nevyplnil škálu sexuality. Zde jsem k řešení přistoupila dle postupu, který doporučují autoři DŽS, tedy nahrazení chybějící hodnoty očekávanou hodnotou.

Na závěr našeho setkání jsem se rodičů zeptala, zda mají nějaké dotazy a poděkovala za spolupráci.

4. VÝZKUMNÝ SOUBOR

K získání výzkumného souboru jsem využila záměrný výběr přes instituce. Na internetu jsem vyhledala ta zařízení, která jsou pravděpodobně navštěvována rodinami, kde vyrůstá hyperaktivní dítě. Například pedagogicko–psychologické poradny, dětská psychiatrická oddělení, léčebny a kliniky, základní školy a různá sdružení. Poté jsem kontaktovala (telefonicky nebo elektronickou poštou) kompetentní osobu dané instituce a požádala jí o spolupráci. V případě přislíbení pomoci v podobě oslovení potřebného vzorku, jsem zaslala žádost o spolupráci pro rodiče hyperaktivních dětí, ve které byly vysvětleny veškeré náležitosti týkající se výzkumu. Pokud rodiče s rozhovorem i s vyplněním dotazníku souhlasili, pak pověřená osoba (většinou psycholog či psycholožka), pracující v příslušném zařízení, s nimi domluvila termín našeho setkání. Někdy mě rodiče, na základě poskytnuté žádosti o spolupráci, kontaktovali sami. Tímto způsobem jsem získala většinu účastníků. Na 2 rodiny mi zprostředkovala kontakt kamarádka. Při rozhovoru se jedna z matek zmínila o dalších rodičích, kteří mají hyperaktivní dítě a domluvila mi s nimi schůzku. Můj výzkumný soubor se tedy dále rozšířil metodou sněhové koule.

Rodiče byli do výzkumného souboru vybíráni na základě těchto kritérií:

- mladší školní věk dítěte – vycházela jsem z věkové specifikace tohoto období autorů Langmeiera a Krejčířové (1998), věk dětí v mém výzkumu se tedy pohyboval v rozmezí od 7 do 12 let. Toto období jsem zvolila proto, že projevy poruchy ADHD se ve školním prostředí stávají více nápadné.
- diagnóza dítěte – ADHD nebo nějaký jiný typ hyperkinetické poruchy.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 13 rodin, z toho 13 matek a 7 otců. Úplných rodin bylo 9, z nich současně 1 nevlastní (adopce syna), neúplné rodiny byly 4, z toho také 1 nevlastní (adopce syna). Z 6 matek, které se zúčastnily rozhovoru bez partnera/manžela byly 2 matky rozvedené, 1 matka svobodná a u dalších 3 se manžel nemohl z časových důvodů dostavit. Přesto, že v jedné rodině byli rodiče rozvedeni, dostavili se oba. Dotazník životní spokojenosti vyplnilo celkem 21

rodičů, 12 matek a 9 otců. Věk rodičů se pohyboval v rozpětí od 33 do 59 let. Další charakteristiky výzkumného souboru jsou uvedeny v následující tabulce.

	Věk a vzdělání rodičů	Sourozenci	Věk hyperaktivního dítěte a pořadí jeho narození
1	matka: 41; VŠ otec: 48; SŠ	bratr	syn 12 let; 2.
2	matka: 42; SŠ	/	syn 12 let; jedináček
3	matka: 33; SŠ otec: 34; vyučen bez maturity	bratr	syn 8 let; 1.
4	matka: 36; vyučena bez maturity otec: 36; vyučen bez maturity	bratr	syn 11 let; 2.
5	matka: 36; SŠ	bratr	syn 10 let; 2.
6	matka: 41; SŠ otec: 37; SŠ	sestra	dcera 7 let; 2.
7	matka: 40; SŠ otec: 59; VŠ	/	syn 9 let; jedináček
8	matka: ?; ?	/	syn 8 let; jedináček
9	matka: 42; SŠ otec: 43; SŠ	/	syn 10 let; jedináček
10	matka: 35; vyučena bez maturity otec: 46; vyučen bez maturity	sestra	syn 12 let; 1.
11	matka: 34; VŠ otec: 38; vyučen bez maturity	sestra	dcera 9 let; 1.
12	matka: 39; vyučena s maturitou otec: 40; vyučen bez maturity	sestra	syn 11 let; 2.
13	matka: 36; VŠ	bratr	syn 9 let; 2.

Tab. 1: Charakteristiky výzkumného souboru

5. VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části své práce uvedu postupně výsledky výzkumu, které jsem rozdělila dle jednotlivých metod získávání dat. Nejdříve popíšu výsledky získané pomocí rozhovorů s rodiči, poté se budu věnovat těm informacím, které vyplývají z dotazníků životní spokojenosti.

5.1. POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR S RODIČI

Audiozáznam rozhovorů nahraných na digitální diktafon jsem nejprve převedla do textové podoby. Plnou transkripci těchto záznamů jsem podrobila tzv. redukci prvního řádu, díky které byla zachována plynulost textu usnadňující jeho pročitání (Miovský, 2006). Vypustila jsem výrazy tvořící slovní vatu, vynechala jsem některé části vět rodičů, které nesouvisely s probíraným tématem nebo rušivé zvuky (například zvonění telefonu v zaměstnání matky). Uvědomuji si, že tyto aspekty rozhovorů jsou nedílnou součástí výzkumné atmosféry, avšak ve svém výzkumu pracuji především s obsahem, kde je jeho plynulá podoba prvořadá.

Ke zpracování textů jsem využila otevřeného kódování, které mi pomohlo odhalit určitá témata a vzájemně propojit jejich významné části. Následně jsem vytvořila 6 hlavních kategorií s několika subkategoriemi, které budou zobrazeny později.

Při obsahové analýze rozhovorů jsem přes výjimečnost a individuální zkušenosti rodičů nacházela v jejich odpovědích shodné prvky. Kromě těchto podobností v nich někdy vyvstávaly i jisté odlišnosti.

V následujícím textu shrnuji odpovědi rodičů na jednotlivé otázky, které tvoří jádro rozhovoru a mají tak vztah k vzniklým kategoriím a posléze i k výzkumným otázkám. Zároveň předkládám některé citace výroků rodičů, které poslouží k dokreslení dané situace. Jména dětí jsou smyšlená.

1) Řekněte mi něco o Vaší rodině...kolik má členů, jak jsou staří?

Většina rodičů na tuto otázku reagovala podle toho, zda bydlí sami nebo s prarodiči dětí. 3 rodiny bydlí v dvougeneračním rodinném domě, ostatní žijí sami.

Někteří rodiče tedy do své rodiny zahrnuli i prarodiče dětí či jiné příbuzné (například své sourozence), jiní se zmiňovali pouze o nukleární rodině. Jedna z rozvedených matek rovněž hovořila i o svém novém partnerovi: ...*“ted’ mám nově přítele, takže tam někdo přibývá, ale zatím to není nic jistého.”*

Rodiče si všímali neklidu dětí již v útlém nebo předškolním věku, několika dětem byla diagnóza zjištěna až ve školním věku. Poruchu nejčastěji přisuzují genetické dispozici.

Ostatní odpovědi rodičů na tuto otázku jsou znázorněny v kapitole 4, kde se zabývám popisem výzkumného souboru.

2) 1 dítě v rodině:

a) Máte pocit, že s (jméno hyperaktivního dítěte) trávíte hodně / málo času?

Všichni oslovení se shodují, že péče o hyperaktivní dítě je časově velmi náročná: *„Já mám pocit, že mu věnuju, co je v mých silách.“* *„Času mu věnujeme maximum, protože je jedináček, tak si myslím, že se mu věnuje všechen čas.“* *„Já mám pocit, že se mu věnuju hodně, potřebuje hodně mého času.“* Jedna z matek, žijící s dítětem sama, využívá srovnání s rodiči, kteří vychovávají dítě bez hyperaktivity: *„Určitě více času oproti rodičům, kteří mají dítě ve stejném věku, který už jsou daleko samostatnější.“* Jiná rozvedená matka vnímá časový nedostatek především z hlediska svého postavení matky bez manžela: *...“já, jakožto matka samoživitelka, mám své zaměstnání, musím ledacos obstarat, takže samozřejmě to, co by splňovaly dvě osoby, tak musím splnit já.“*

Více než 1 dítě v rodině:

a) Věnujete (jméno hyperaktivního dítěte) více času než ostatním svým dětem?

Také rodiny, kde vyrůstá více dětí, vypovídají stejně o tom, že hyperaktivní dítě potřebuje více času než jeho sourozenci a často je s nimi srovnávají: *„Určitě, bohužel vyžaduje více pozornosti, péče. S manželem se mu věnujeme daleko víc než tomu staršímu.“* *„Potřeboval určitě víc, ted’ vidím ty rozdíly, s Vaškem jsem neudělala vůbec nic, pořád jsem musela být s ním, pořád vyžadoval, nemohla jsem ho samotného nechat v pokojíčku. Zdeněk je samostatnější. Že to můžeme tak porovnat.“* Kromě rozdílných, často protikladných vlastností dětí rodiče udávají také odlišnou míru kontroly nutnou u hyperaktivního potomka: *„Musíme se s ním připravovat do školy, doprovázím ho do školy, ze školy pro něho jdu.“* Důvodem

zvýšeného dohledu jsou různé projevy hyperaktivity: *„Musím jet s ním, abych měla jistotu, že tam dojde do té školy, on hrozně zapomíná. Pro můj klid, aby přišel v pořádku a se všema věcmi.“* Pouze jedni rodiče vnímali časové rozložení pro obě děti stejné. Vnímání času bylo u všech partnerů totožné, až na jeden manželský pár, kdy matka měla pocit, že hyperaktivní dceři věnuje více času. Otec se domníval, že čas mezi dětmi rozděluje rovnoměrně.

b) Ovlivňuje hyperaktivita (jméno hyperaktivního dítěte) nějak Vaše ostatní děti / dítě?

Ve 4 případech rodiče uváděli, že hyperaktivita nějakým způsobem ovlivňuje další dítě v rodině, a to buď nedostatkem času a pozornosti pro dítě bez hyperaktivity nebo chováním hyperaktivního dítěte: *„...rozhazuje bratrovi věci, v pokojíčku dělá nepořádek.“* Ostatní se domnívají, že hyperaktivita nemá vliv na zdravého sourozence. Zdůvodňují to věkem dítěte, tedy že dítě bez hyperaktivity je starší a spíše usměrňuje a motivuje mladší hyperaktivní sestru nebo bratra, či popisují kontrastní vlastnosti svých ratolestí. Děti s projevy poruchy jsou dle rodičů impulzivní, neunavitelné, nepořádné, nesamostatné, provokují, pracovité, nebojácné a svéhlavé, zatímco jejich sourozenci jsou klidní, hodní, spolehliví, zodpovědní a samostatní.

3) Jak vypadá Váš běžný všední den? (ve vztahu k hyperaktivnímu dítěti)

Matky i otcové zdůrazňují především problematické ranní vypravování dětí do školy. Kromě buzení dětí, které často probíhá na několik etap než dítě vstane, hovoří o nutnosti dítě motivovat k činnosti, popohánět ho, dávat mu instrukce a opakovat, co má zrovna teď dělat: *„To dítě se není schopno samo nachystat do školy, musíte mu říct přesně, teďka máme se oblíkat a řeknete to ještě 5x někdy i 10x nebo ho normálně začnete i v tomhle věku oblíkat.“* *„On jde snídat, po cestě uvidí něco, tak si s tím začne hrát, pak si začne hrát s něčím jiným, takže pokud mu nestojíte za zadkem a nedáváte mu nějaký motivační stimul, tak se nevypraví.“*

Další obtížnou část dne rodiče spatřují v době, kdy se s dětmi učí. Často si stěžují na časovou náročnost přípravy do školy, na pomalé tempo dítěte nebo na vztah dítěte ke škole a k povinnostem: *„Úkoly to je hroznej problém u něj, protože všechno je pro něj náročný a všechno je hrozně dlouhý, jeho to zdržuje a nebaví, má u toho průpovídky, takže než se k tomu odhodlá, to je utrpení.“* Někdy i komunikace se školou a přístup učitelů neprobíhá podle představ rodičů: *„Já*

jsem třídní učitelce řekla, že potřebuje specifickéj přístup, ona to respektuje, ale stejně ty ostatní učitelky mu za to dávaj poznámky...“

V běhu každodenních povinností rodiče upozorňují na skloubení péče o hyperaktivní a „běžné“ dítě: *„Pak byla činnost podle toho, kdy starší chodila do školy, tak jsme to museli skloubit s těma úlohama.“*

V odpoledních hodinách, kdy děti nemají zrovna nějaký kroužek, se velká část rodičů pro ně snaží vytvořit nějaký program: *„On chce pořád něco dělat, potřebuje hry, nějakou činnost.“*

Někteří rodiče nemohou večer své ratolesti „dostat do postele“, jiné usínají bez problémů.

4) Co byste rádi v běžném dnu změnili? (s čím jsou rodiče nespokojeni)

Rodiče jsou nespokojeni s množstvím volného času, který mají pro sebe, ale i s časem pro své děti. V souvislosti s tím by rádi změnili některé vlastnosti svých dětí, které se především týkají školních povinností a přispívají k časové vytíženosti všech zúčastněných: *„Byla bych radši, kdyby on byl samostatnější a tolik mě nepotřeboval.“* Kromě nejčastější nesamostatnosti jsou dalšími nežádoucími vlastnostmi hyperaktivních dětí například nezodpovědnost, lhostejnost, zapomnětlivost či nepořádnost. V některých případech rodičům vadí režim dne jejich potomka, zejména jeho vytíženost: *„Aby nechodil tak pozdě z té družiny, aby měl čas si odpočinout.“*

Rodiče jsou z neustálého nadměrného dohlížení na dítě a z vysokého tempa dne vyčerpaní a unavení: *„Je to vysilující.“*

Jedna z matek byla nespokojená s tím, že s hyperaktivním dítětem vznikají překvapivé situace, kterým se musí přizpůsobovat a nelze tedy nic dopředu plánovat.

5) Co byste rádi nechali tak, jak to je? (s čím jsou rodiče spokojeni)

Spokojenost rodiče vyjadřovali v různých oblastech. Chválili jiné vlastnosti dětí, například společenskost, čínorodost, komunikativnost. Přináší jim radost, když vidí, že je dítě šťastné, že má kamarády. Jiní jsou spokojení se vztahy v rodině a s atmosférou v ní. Někteří nacházejí uspokojení při společném odpočinku s dětmi. Především maminky jsou spokojené, když s dítětem vyjdou „po dobrém“: *„Po každém dni si říkám, tak jsme to zvládli. Aby člověku neruply nervy a byl trpělivej.“*

6) Liší se výchova hyperaktivního dítěte od výchovy dítěte bez hyperaktivity?

a) Pokud ano, v čem?

Všichni rodiče se shodli na tom, že výchova hyperaktivního dítěte se zásadně liší od výchovy dítěte bez hyperaktivity, což řada z nich dokládala srovnáním se sourozencem. Rodiče se snaží svým dětem vkládat stejné hodnoty, ale přístupy k nim jsou rozdílné. Hyperaktivní děti potřebují více důslednosti a jasná pravidla: „*Jsmo na něho přísnější.*“ „*Člověk ho musí pořád někam směřovat, to je úplně něco jiného, dává více podnětů k tomu, abychom se na něj zlobili.*“ Při úvaze nad výchovou dítěte bez hyperaktivity hovoří o tom, že u nich „*ani výchova potřeba nebyla*“ nebo že „*to šlo samo.*“ Další rozdílnost ve výchově spočívá v její náročnosti, vyžaduje více úsilí a energie rodičů: „*Je to práce navíc s takovými dětmi, protože vyžadují pořád.*“ Po psychické stránce rodiče prožívají mnoho negativních pocitů: zklamání, pocity viny, bezradnost, marnost snažení, mají obavy či strach, aby si dítě neublížilo. Často nedůvěřují svým schopnostem být dobrý rodič (pochybují o sobě nebo dítěti): „*Je on normální, jsme my normální?*“, jsou unavení a vyčerpaní: „*Snažím se být klidná, ale pak vybuchnu a kluka seřežu, pak je mi to líto. Na mě to má obrovské vliv, jsem z toho vynervovaná, když zlobí a přenáším to na něj.*“ „*Je to náročnější na pozornost rodičů, pořád musíte na to dítě dávat pozor a neodpočínate si.*“ Chování dětí jako je překračování hranic, porušování pravidel, projevy agresivity a záchvaty vzteku, „*Ty děti neustále hledají cestičky, jak obejít pravidla a jak se vymluvit a jsou takový okouzlující intrikáni. Dokážou být strašlivě hodní, ale když je popadne záchvat vzteku, tak je to hrozně náročný všechno.*“, vyžaduje od rodičů využití různých výchovných prostředků a strategií k jejich zvládnutí. Například trpělivost, pochvalu, motivaci, napomínání, opakování, kontrolu, snaží se o skloubení nálad a vyhýbají se „*klasickým reakcím*“: „*Snažím se říct to jinak, jak s malovaným vajíčkem.*“ Někdy se však uchýlí ke křiku či fyzickému trestu. Výchova je náročná i z hlediska času: „*Má záchvaty zuřivosti, některý věci nechápe a tím, že jí spousta věcí nejde potřebuje několikanásobně větší čas.*“ „*Víc vás zaměstná...*“

7) Co považujete ve výchově svého dítěte za úspěch? (spokojenost)

Rodiče jsou spokojeni s každodenními maličkostmi a drobnými úspěchy svých dětí (např.: ustlání postele, náznaky samostatnosti): „*Člověk zkouší, zkouší a najednou je nějaký zázrak a nastane to.*“ Mnohým dělá radost prospěch dítěte

nebo dílčí úspěchy v zájmových činnostech. I slušné chování či malé zlepšení v chování dítěte rodičům pozvedne náladu. Uspokojení rodičům přináší i to, když vidí, že čas, který dítěti věnovali se nějakým způsobem zúročil (dítě se třeba naučilo nějaké nové dovednosti, např.: jízde na kole). Za úspěch své výchovy někteří pokládají výdrž, trpělivost a dodržení důslednosti: *„To byl úspěch mé výchovy, když měl 5 let, že jsem nepovolila a naučil se ten mechanismus.“*

8) Co považujete ve výchově svého dítěte za neúspěch? (nespokojenost)

Mnozí rodiče si vyčítají nedůslednost a zanedbání výchovného působení na dítě. Jiní dle své zkušenosti se starším potomkem očekávají, že výchova bude bez potíží: *„Mysleli jsme si, že bude stejnej, člověk tak předpokládá, že na něj taky nebude třeba tolik důslednosti a tolik ho hlídat a asi jsme zanedbali svojí nedůsledností, že nemá takovej respekt.“* Značně nelibě rodiče mluví o tvrdohlavosti svého dítěte: *„Nedá si v ničem říct, nedá si poradit, i když se několikrát přesvědčí, že to takhle nejde.“* I další vlastnosti rodiče u svých dětí nevidí rádi (lhaní, obcházení zákazů a jiné vlastnosti výše zmíněné). Otec desetiletého syna hovoří o neúspěchu své výchovy: *„Když mu člověk několikrát něco vysvětlí, tak si myslí, že už to líp vysvětlit nejde a stejně je to jak kdyby to steklo po zdi, to je podle mě neúspěch.“*

Nepochopení a kritika okolí, kterou rodiče slychají na konto své výchovy, je dalším břemenem: *„Někteří lidi si myslí, že máte nevychovaného spratka, kterej neumí pozdravit a chová se arogantně. Takovej lidem nemůžete pořád vysvětlovat, že to dítě do určitý míry..., že to je všechno dlouhodobý proces.“*

9) Co se Vám nejvíce osvědčilo při zvládnání náročných (zátěžových) situací?

a) Pomáhá Vám okolí?

Manželské páry a matky, jejichž manžel se rozhovoru nezúčastnil, jako první odpověď uváděly oporu v sobě navzájem: *„Máme oporu v sobě navzájem, držíme hodně při sobě. Třeba když se něco řekne nebo když něco řekne jeden rodič, tak ten druhý stojí za ním, nejdeme proti sobě.“*

Matky bez stálého partnera mluvily o odpočinku, který si dopřávají během letních prázdnin, když se s dítětem nemusí učit. Také přátelské posezení s kamarádkou jim pomáhá v odreagování se.

V 5 případech rodičům pomáhají prarodiče dětí nebo někdo ze širší rodiny (teta, švagr, sourozenec). Ostatní se mohou spolehnout na své přátele. Jedné matce je nápomocná třídní učitelka a trenér a další matka nemá nikoho.

Ženy uplatňují následující strategie zvládnání:

- sdělování těžkostí někomu blízkému,
- u 2 matek návštěva rodičovské skupiny,
- četba článků s radami: *„Co mě teda pomůže, když už si říkám, to snad není možné, tak si vytáhnu ten článek o těch hyperaktivních dětech a říkám si, že v tom nejsme jediní, že ty děcka za to fakt nemůžou, on je jinej, člověk ho musí znát od malička, aby ho měl rád a věděl, že za to nemůže.“*,
- vědomí, že dítě nezlobí schválně: *„On za to nemůže, musíme ho tak chápat.“*,
- srovnání s ostatními (někdo je na tom hůř, nejsem na to sám, problém je v dítěti, ne ve výchově): *„Uvědomila jsem si, že ty maminky jsou z toho ještě zoufalejší a že v tom člověk není sám a že to není, že by je špatně vychovával, že když člověk poslouchá ty maminky, jak se ty děti vyvíjejí, jaký mají znaky v jednotlivém věku, tak to nemůže být tím, že by všechny špatně vychovávaly.“* Rodiče také sdělují: *„Jednu věc mu říkáte 10x a on to stejně neudělá, my už jsme z toho zoufalí, ale pak si řekneme, že v tom nejsme jediní, že na něj musíme trošku jinak, pomaleji.“*,
- vytváření programu pro dítě: *„nechat ho vyhrát a vylítat“*,
- udělat si čas pro sebe a načerpat síly (odpočinek, „relax“, čas na své koníčky a aktivity) a být alespoň chvíli bez dítěte: *„To odreagování a relax je obrovská pomoc. A když člověk může být i chvíli sám, je to asi hloupě řečeno, ale i chvíli bez toho dítěte.“*,
- nesoustředit se jen na rodinu a dítě a změnit prostředí i téma hovoru,
- životní nadhled: *„Uvědomíte si, že to není tak hrozný.“* *„Hlavně pomocí životního nadhledu, kterej musím používat.“*
- Několika matkám pomohla změna náročného zaměstnání na takové, při kterém se mohou více věnovat dítěti nebo zkrácení pracovního úvazku.

Muži užívají mnohdy podobné strategie jako ženy:

- např.: zabavení dítěte, sociální opora, srovnání s ostatními, svůj volný čas,
- dále jim pomáhá ignorovat reakci dítěte,
- počítání do 10: „*Radši počítám do deseti, než abych na ni musel zvednout hlas.*“,
- sebezapření a sebeocenění: „*Když se člověk utvrdí, že to dělá dobře a že musí vydržet. Síla vůle, která se posiluje. Pokud se to neživí něčím, tak ta síla vůle nemusí být taková, utrápít jde snadno.*“,
- klidné vysvětlení a rozhovor s dítětem.

Rodiče v různé míře navštěvují odborníky.

10) Jak vnímáte začleňování (jméno hyperaktivního dítěte) do kolektivu?

5 rodičovských párů či matek vnímalo začleňování svého dítěte do kolektivu jako bezproblémové. Takovéto děti jsou přátelské a společenské.

U 4 rodin bylo začleňování částečně problematické. Některé děti mají potíže s adaptací na změnu. Většina dětí se snaží upoutat pozornost vrstevníků. Rodiče si to vysvětlují tím, že si dítě kompenzuje školní neúspěch: „*V kolektivu je třídní šašek, děcka zabaví, berou ho jako komedianta, kterej dělá srandu. On chce vyniknout, a tím, že ve škole mu to nejde, takže rozesměje každého, baví celou třídu. Nezabírá si to, že by byl outsider, že ho děcka neberou, vyniká tady tím.*“

Ostatní rodiče shledávají včlenění dítěte mezi vrstevníky problematické: „*Moc oblíbený není, to je právě tím, že dělá naschvály, pořád chce všechno vést, být lepší.*“ Dvě maminky popisují, jak jejich dítě vyhledává mladší děti, protože vrstevníci jsou vyspělejší než jejich ratolest. Jiná matka zase sděluje obavu o budoucnost svého 10letého syna: „*Chce být jednička v tom týmu a jedno jak. Mám pocit, že má dobrý kamarády kolem sebe, není to o tom, že by ho někdo odkopával, ale směřuje k tomu, že se chce dorovnat party, což se bojím do budoucna, aby to nezpůsobilo nějaký problémy.*“

11) Navštěvuje (jméno hyperaktivního dítěte) nějaký zájmový kroužek?

a) Pokud ano, líbí se mu tam?

b) Jak vnímáte hyperaktivitu (jméno hyperaktivního dítěte) po zájmové aktivitě?

Kromě Adélky navštěvují všechny děti zájmový kroužek, nejčastěji sport. Rodiče vnímají mnohá pozitiva těchto aktivit svých dětí. Jsou rádi, že děti mají výplň volného času a nemusí jim vymýšlet činnost. V této době mají i rodiče čas pro sebe. Další výhodou v tom, že děti navštěvují kroužky rodiče spatřují v možnosti spřátelit se s vrstevníky. Děti mají také možnost naučit se zorganizovat si čas. Určité záliby dětí mnohdy zlepšují jejich schopnost soustředění. Vydání energie rodiče u dětí také vítají. U 7 dětí nastává po fyzické aktivitě zklidnění. U zbylých 6 rodiče nepozorují změnu k lepšímu ani k horšímu.

Rodičům však zájmová činnost dětí někdy přináší i starosti. Rodiče 8letého syna trápí jeho brzké omrzení aktivity. Dojíždění s dětmi na kroužky je obtížné především u rodin, které nežijí ve městě. Matka i otec pracují a dítě se nedokáže do města samo dopravit.

12) Jak trávíte volný čas?

Rodiny tráví společný volný čas převážně aktivně a přizpůsobují ho dětem. Aktivní výplň volného času vnímají pozitivně.

13) Změnila Vám hyperaktivita (jméno hyperaktivního dítěte) nějakým způsobem život? (Co bylo dříve jinak?)

K této otázce se rodiče vyjadřovali různě. Matka 12letého syna změnila zaměstnání: „*Mám takovej dobrej pocit, že jsem pro to něco udělala, že to nezanedbávám.*“ Rodiče 8letého syna uvažovali o narození druhého dítěte: „*Že sem říkala, že budeme mít druhý, až bude mít 6 let a půjde do školy, protože to bylo fakt šílený, ale pak sme od toho ustoupili a jsou od sebe kluci o 4 roky.*“ Rodiče Lukáše změnu vnímají v přizpůsobení se dítěti a ve výplni vlastního volného času. Takto odpovídalo více rodičů: „*Spíš jsme se s tím museli naučit žít. To musíte mít nervy na špagátku a držíte se, abyste mu něco neudělala.*“ Matka Romana změnu ve svém životě zaznamenala narozením syna a další zlom jeho nástupem do školy. I matka Adélky popisovala změny, které nastaly s příchodem dítěte: „*Když jsem měla tu starší dceru, tak jsem všechno brala jako samozřejmost, tak jsem se nad tím ani nezamýšlela a tohle člověka, i když to není vážný postižení, že by to dítě nešlo zařadit do života, jak jsou třeba vážně*

postížený děti, to si uvědomuju, tak je to časově úplně jinak, člověk musí vyhledávat jiné společenství lidí, jiný druh dovolené, vybírat co je pro ni vhodné, co by ji zatěžovalo, protože když má člověk normální bezproblémové dítě, tak si vybírá to, co chce on a to dítě dělá to, co chce on a tady je to obráceně.“ Mnoho rodin také odpovídalo, že mají obavy o zdraví dítěte a musí ho více hlídat, aby si neublížilo.

14) Co Vám hyperaktivita (jméno hyperaktivního dítěte) dala?

Hyperaktivita většině rodičů přinesla aktivní životní styl, přičemž tato změna je vnímána pozitivně: „Jsme pořád v pohybu, což nám vyhovuje, musíme být s ním pořád ve střehu.“ „Já ze svého pohledu jsem za to rád, protože já se taky vyblbnu, je to oživení, zpestření.“ Téměř všichni rodiče uvedli změnu hodnot, pohledu na život, změnu myšlení či chování k dítěti, informovanost a osobní růst: „Musíte být pořád takoví aktivní, nestagnujete, musíte se pořád vyvíjet, k tomu je to dobrý, musíte číst knížky, neustále se musíte měnit, ale měnit k lepšímu, pracovat na sobě.“ „Myslím si, že kdybych měla stejnej typ dítěte, jako je ta druhá dcera, tak bych si myslela, že to dítě je úspěšný, protože ho dobře vychovávám, což bych si už teďka nikdy nemyslela.“ „Je to vzdělání v této oblasti a zjištění o stránkách života, který by člověk vůbec nepoznal.“ Dále rodiče oceňují svoji schopnost předvídat možné události: „Předvídat věci, které se můžou stát. Naučilo mě to být trpělivější v určitých situacích a zachovat si klidnou hlavu.“ Matka Aleše říká, že hyperaktivita stmelila rodinu.

15) Co naopak vzala?

Všichni shodně udávají, že hyperaktivita jim vzala čas, klid a pohodu. Mají díky ní strach, že si dítě ublíží. 2 matky žijící bez partnera přidávají další negativa (vnímání nezvladatelnosti dítěte, mizivá naděje na zlepšení do budoucna): „Není to pozitivní záležitost a myslím si, že to zhoršuje kvalitu života, ten život je opravdu těžkej, náročnej.“ Kritika od okolí jim také bere energii.

16) Máte pocit, že má hyperaktivita (jméno hyperaktivního dítěte) vliv na Váš partnerský vztah?

V 9 rozhovorech se rodiče domnívali, že hyperaktivita ovlivňuje jejich partnerský vztah. Zmiňovali tyto důvody: konflikty způsobuje rozdílný přístup manželů k problému či odlišný názor na výchovu dítěte (muži vnímají potíže dítěte jako méně závažné než je tomu u žen), nedostatek času partnerů na sebe navzájem, nutnost střídání se v povinnostech a odpočinku. Rodiče jsou

nespokojení, když nemohou ovlivnit chování dítěte a nemají kontrolu nad situací. Péče o dítě je vyčerpávající a tato únava působí na partnerský vztah. Vliv hyperaktivity není pouze negativní. Partneři jsou si oporou, vycházejí si vstříc, spolupracují. Spolu vnímají výchovu dítěte jako zvládnutelnou, snaží se dítěti porozumět.

Dvě rozvedené matky popisovaly otce dětí jako sobeckého, lhostejného k potížím dítěte a jako člověka, ve kterém neměly oporu. Zodpovědnost za dítě a povinnosti spojené s jeho výchovou zůstaly plně na matce.

Ostatní jsou toho názoru, že hyperaktivita jejich vztah neovlivňuje.

17) Využíváte odborné pomoci?

Všechny rodiny, které se zúčastnily výzkumu v minulosti využily nebo stále ještě využívají některé z forem odborné pomoci. S dětmi navštívily nebo navštěvují pedagogicko–psychologické poradny, psychologickou či psychiatrickou ambulantní pomoc, individuální a skupinovou terapii, dětskou psychiatrickou léčebnu, rodičovskou skupinu. Rodiče mají převážně dobré zkušenosti ze setkání s odborníky. Zejména rodičovská skupina, kterou navštěvovaly dvě matky, byla pro ně velkým přínosem. Měly možnost sdílet své těžkosti s někým, kdo má stejný problém a rozumí jim.

18) Chcete říci ještě něco na závěr nebo se na něco zeptat?

Rodiče dodávali, že už snad zmínili vše podstatné a důležité, někdy si povzdechli, že to mají těžké.

Toto shrnutí odpovědí všech rodičů s sebou nutně přináší jisté ochuzení o některá data, avšak práce se všemi detaily není v rámci této práce možná. Naopak výhodou je lepší přehlednost a snazší zobecnitelnost údajů. Vzniklé kategorie a subkategorie jsou znázorněny v tabulce.

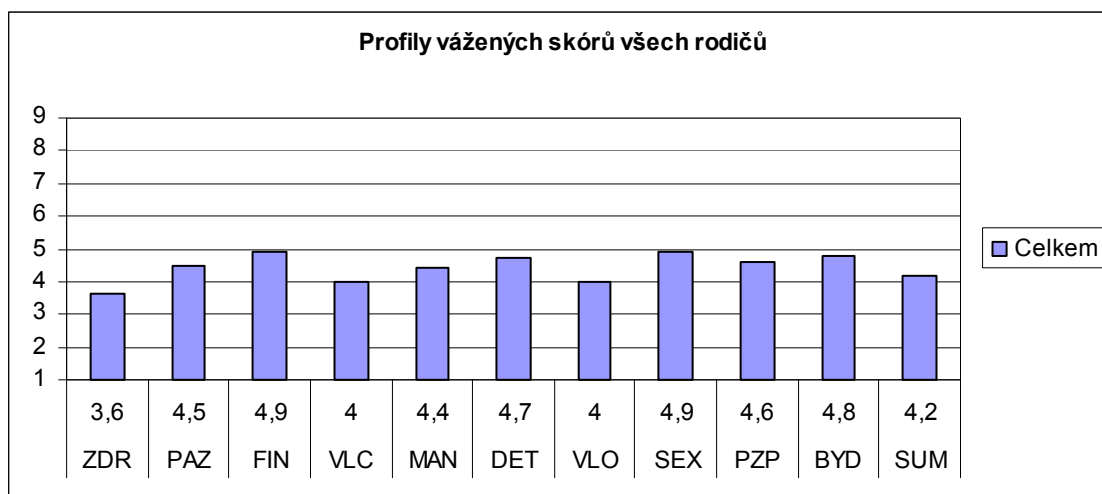
RODINNÉ ZAZEMÍ	ČAS	ŽIVOTNÍ STYL A ŽS	VÝCHOVA	STRATEGIE ZVLADÁNÍ	HYPERAKTIVITA, ZMĚNA A ŽS
Složení rodiny	(-)čas povinnosti	Průběh dne	Odlíšnost/rozdílnost výchovy	Síť sociální opory	Změna s hyperaktivitou
Styl bydlení	Práce rodičů	Spokojenost rodičů	Spokojenost s výchovou (úspěch ve výchově, radosti)	Využívání odborné pomoci	Spokojenost, pozitivní změny
Partnerský vztah	Škola dětí	Nespokojenost rodičů	Nespokojenost s výchovou (neúspěch ve výchově, strasti)	Využívání skupiny rodičů	Nespokojenost, negativní změny
	(+)čas volnočasové aktivity			Osobní strategie	
	Společný volný čas rodiny				
	Volný čas jednotlivce				
	Volný čas partnerů navzájem				
	Volný čas rodič - dítě				
	Čas(+) i (-)				
	Schopnost začleňování dítěte(škola, kroužky)				

Tab. 2: Kategorie a subkategorie

5.2. DOTAZNÍK ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI (DŽS)

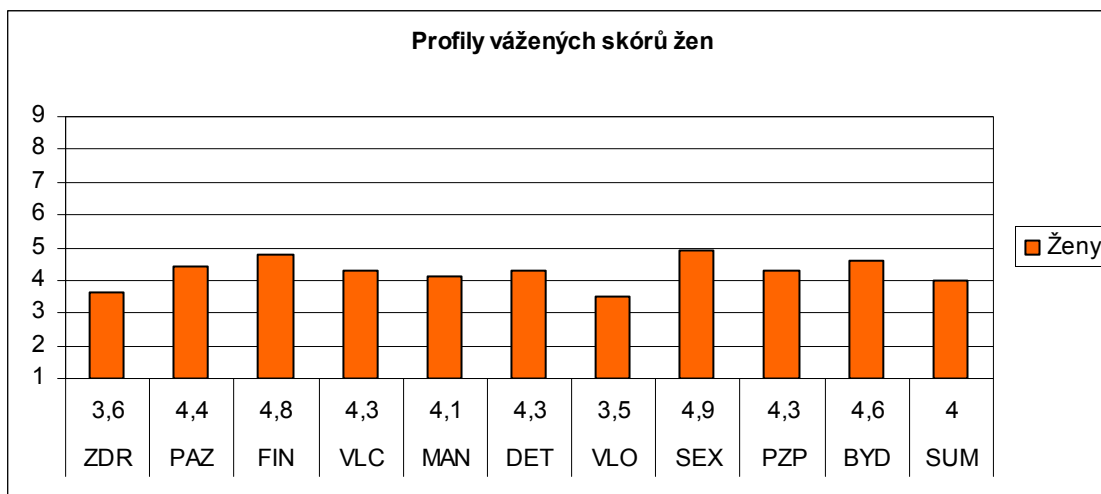
Dotazníky jsem vyhodnotila dle standardního postupu, který je stanoven v příručce. Do vyhodnocovacího listu jsem zanesla hrubé skóry jednotlivých škál, které jsem podle norem uvedených v tabulkách převedla na příslušné staninové hodnoty od 1 do 9. Staninová hodnota v rozmezí od 4 do 6 představuje normu. Čím vyšší je vážený skór, tím vyšší je životní spokojenost. Naopak nízké hodnoty značí nízkou životní spokojenost.

Profily vážených skórů rodičů hyperaktivních dětí

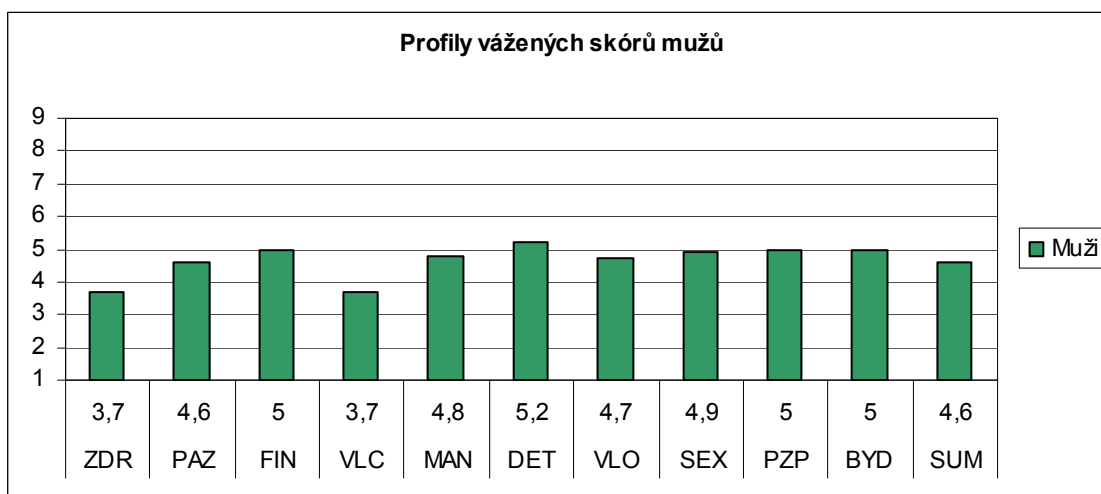


Graf 1. Profily vážených skórů všech rodičů

Spokojenost rodičů hyperaktivních dětí se v DŽS nachází v mezích normy, až na oblast zdraví. Škála týkající se zdraví je nepatrně v podprůměrných hodnotách, což může znamenat, že duševní nebo tělesná kondice je o něco snížena. Nejvyšších skórů rodiče dosáhli u položek finanční situace a sexualita. Zde je výsledek totožný. O něco nižší, ale stále jedny z nejvyšších hodnot lze zachytit u bydlení a vztahu k vlastním dětem. Celková životní spokojenost se nachází v oblasti průměru, rovněž jako ostatní škály, spíše v jeho spodní hranici.



Graf 2. Profily vážených skóru žen



Graf 3. Profily vážených skóru mužů

Celková životní spokojenost otců je vyšší než celková životní spokojenost matek. U obou pohlaví se pohybuje v rozpětí normy. Matky hyperaktivních dětí jsou nejméně spokojeny se zdravím a s vlastní osobou. Otcové mají nejnižší položky ve škálách zdraví a volný čas. Hodnoty těchto oblastí jsou pod hranicí normy. Ostatní kategorie dosahují průměrného rozložení. Matky jsou nejvíce spokojené se sexualitou, s finanční situací a s bydlením. Otcové jsou nejspokojenější se vztahem k vlastním dětem, s finanční situací, se svými přáteli a příbuznými a s bydlením. Spokojenost se sexualitou je u mužů i žen shodná. Dále je nejmenší rozdíl ve spokojenosti mezi matkami a otcí v oblasti zdraví, financí a práce. Naopak největší rozdíl mezi pohlavími se týká vlastní osoby a dětí.

III. DISKUSE

Na tomto místě odpovím na výzkumné otázky, které jsem si stanovila. Pokusím se o shrnutí a interpretaci výsledků získaných pomocí obou metod a jejich propojení s poznatky, které jsem uvedla v teoretické části této práce. Výsledky a tím spíše jejich interpretace mají orientační povahu a slouží především k nahlédnutí do života těchto rodin a k porozumění jejich obtížné situace.

1) Jaká je životní spokojenost rodičů hyperaktivních dětí?

Celková životní spokojenost rodičů hyperaktivních dětí se nachází v pásmu průměru. Tento výsledek může být na první pohled překvapivý. Ovšem teorie adaptace uvedená Brickmanem a Campbellem (in Diener, 1984) tento jev vysvětluje. Potom, co se člověk adaptuje, tak dobré události už neevokují spokojenost a špatné nespokojenost. V této teorii je důležitá změna, nikoliv četnost událostí. Standard jedince se nakonec vždy upraví v závislosti na podmínkách. Znamená to tedy, že se rodiče se svojí situací již smířili a spokojenost, která mohla být dříve nižší, se již vrátila do původních hodnot.

Vyjma volného času mají otcové ve všech aspektech úroveň životní spokojenosti vyšší. Zde je možné se domnívat, že matky se spokojí s menším množstvím volného času, který pro sebe mají. Může to být však i výsledkem toho, že otcové mají mnohdy časově náročnější zaměstnání než matky, a tak jim, současně s péčí o hyperaktivní dítě, mnoho volného času nezbyvá. Nespokojenost s volným časem také souvisí s nesamostatností dětí, které rodiče pozorují v každodenních činnostech. U matek je nízká spokojenost spojena s vnímáním vlastní osoby. Sebehodnocení, jak je uvedeno v teoretické části, je jeden z významných faktorů ovlivňující životní spokojenost. Je pravděpodobné, že tato oblast souvisí s větší náročností výchovy, při které rodiče často zažívají pocity selhání v rodičovské roli. Nejméně spokojeni jsou rodiče se svým zdravotním stavem. Hnilica ve své studii shrnuje, že životní události a změny, které se staly v posledních šesti měsících, mají vliv na spokojenost se zdravím. Zároveň spokojenost se zdravím přímo ovlivňuje celkovou životní spokojenost (Hnilica, 2004). Kromě nerovnováhy duševní či fyzické kondice, může být nižší skóre

v oblasti zdraví způsoben i nedávnými životními událostmi či změnami, kterými si rodiče prošli.

Otcové jsou nejspokojenější s vlastními dětmi. Při aplikaci teorie radosti a bolesti, která souvisí s psychologickou investicí do dosažení cíle, bude vysvětlení vypadat následovně. S hyperaktivními dětmi je více práce, vše s nimi trvá déle a námaha rodičů je mnohdy neúměrná tomu, co se dítě naučí. Čím více rodiče vkládají energie do péče o svého potomka, tím větší mají radost, pokud se tento vklad zúročí a oni vidí drobné úspěchy. Jak rodiče popisovali, úspěchy ve výchově tvoří drobné radosti během dne. Toto stanovisko odpovídá přístupu zdola – nahoru, podle kterého je šťastný život součtem mnoha malých uspokojení a drobných radostí, jak píše Kozma a Stones (in Diener, 1984). Dále otcové vykazují vysokou míru spokojenosti se svými příbuznými a přáteli. Spouště rodičů pomáhají s dětmi jejich blízcí a kamarádi. Matky i otcové jsou spokojeni s bydlením a finanční situací. Poměrně vysoká je spokojenost se sexualitou a je shodná u obou pohlaví.

2) Má hyperaktivita vliv na partnerský vztah rodičů?

Většina rodičů se shodla na tom, že hyperaktivita nějak ovlivňuje jejich partnerský vztah. Rodiče popisovali jak pozitivní, tak negativní vlivy. Výrazně pozitivní a častou odpovědí u úplných rodin byla uváděna soudržnost partnerů, díky které oba rodiče vnímali výchovu dítěte jako zvládnutelnou. Jak píše ve své knize Sobotková (2007), je soudržnost jedním ze základních pilířů rodinného fungování. Existuje tedy možnost, že funkčnost rodiny je jedním z faktorů, který spolupůsobí na osobní pohodu rodičů. Negativně vztah manželů ovlivňují konflikty, které vznikají rozdílnými názory rodičů na výchovu dítěte. Také přístup k hyperaktivitě se mnohdy odlišuje. Zdá se, že otcové vnímají potíže dítěte méně úzkostlivě než matky. Vzhledem k náročnosti péče o dítě dopadá na partnerský vztah také únava rodičů a nedostatek času partnerů na sebe navzájem. Spokojenost s manželstvím a partnerstvím byla vyšší u mužů.

Rozdíl vnímám mezi úplnými a neúplnými rodinami. Matky bez manžela popisovaly situaci s hyperaktivním dítětem tíživěji. Zmiňovaly se o tom, že povinnosti, které byly dříve rozděleny mezi dvě osoby, musí nyní matka zastat sama. Tyto výroky matek plně odpovídají tomu, jak problémy osamělých matek popisuje Dallos (in Sobotková, 2007).

Nelze pominout ani to, že někteří rodiče z výzkumného souboru si myslí, že hyperaktivita jejich vztah neovlivňuje.

3) Jaká je souvislost mezi životní spokojeností a rodičovskou rolí?

Jak již bylo výše zmíněno, spokojenost s vlastními dětmi dosahuje u rodičů hyperaktivních dětí normy, přičemž u otců je vyšší než u matek. Rodiče ve většině případů využili možnosti srovnání výchovy, vlastností a chování hyperaktivního syna či dcery se sourozencem.

Ve výzkumu se nepotvrdilo, že by mladší dítě bez hyperaktivity napodobovalo chování staršího hyperaktivního sourozence, jak je uvedeno v teoretické části. Ve výzkumném souboru byly pouze 3 prvorozené děti, což se na výsledku mohlo odrazit.

Výchova hyperaktivního dítěte je oproti výchově klidného dítěte náročná po psychické i časové stránce. Spokojenost a nespokojenost rodičů, může být vyjádřena jejich pocity, které při výchově zažívají. Při neúspěších dětí či marném snažení je něco nového naučit, rodiče pociťují zklamání. Pokud se dítěti nevěnují naplno, mají někdy pocity viny. Jsou i okamžiky, kdy o sobě a svém výchovném působení rodiče pochybují, nedůvěřují si a nevědí jak dál. Péče o neklidné dítě znamená také zvýšené obavy, aby si neublížilo. Únava, vyčerpání jsou běžnými součástmi výchovy. Neznamená to však, že jim rodičovství přináší jen starosti a nespokojenost. Radují se z každodenních maličností a sebemenšího pokroku svých dětí. U rodičů se objevují pocity štěstí, když vidí, že jejich dítě má kamarády, dobře se učí nebo se mu daří v zájmové činnosti. Jednoduše pokud je dítě šťastné, jsou i jeho rodiče šťastní.

Zdá se, že v oblasti výchovy převažuje spíše nespokojenost. Nevyváženost v množství negativních a pozitivních pocitů sdělovaných rodiči může být dána i tím, že rodiče měli tendenci „se vypovídat“, tedy hovořili spíše o tom, co je trápí.

4) S jakými těžkostmi se tyto rodiče setkávají v každodenním životě?

V průběhu dne rodiče musejí zvládnout spoustu nepříjemných situací. Ve všech denních činnostech, které jsou po dítěti vyžadovány, rodiče zaznamenávají nesamostatnost dětí. Od ranního vstávání a vypravení se do školy, přes školní povinnosti, až po ulehnutí ke spánku. Rodiče jsou nuceni dítě motivovat k činnosti a využívat častého opakování. Zejména učení se s dětmi je časově zatěžující, což je popsáno v kapitole, která se zabývá nároky na rodiče. Dalším problémem je skloubení péče o více dětí. Také kritika okolí, které musí

čelit. Rodiče mají nepříjemný pocit z toho, když nemají kontrolu nad chováním dítěte a vzniklou situací. Nespokojenost plyne z nedostatku času pro celou rodinu, který souvisí s projevy poruchy u dítěte a s některými vlastnostmi těchto dětí. Naopak spokojeni jsou rodiče při odpočinku s dětmi během dne.

Tento popis každodenních těžkostí, s kterými se rodiče setkávají při výchově hyperaktivních dětí, lze vztáhnout k 5. kapitole, kde je uvedeno: Děti si většinou nedokáží naplánovat a zorganizovat svoji denní činnost. Jsou závislé na řádu doma i ve škole. Disciplína, důslednost a opakování by měly být základem specifického životního stylu dítěte (Serfontein, 1999).

5) Jaké strategie zvládnání zátěžových situací rodiče s těmito dětmi využívají?

Rodiče využívají různých zdrojů zvládnání zátěže: síť sociální opory (podpora v sobě navzájem, v rodičích, příbuzných a přátelích), odborná pomoc (ambulantní a lůžková zdravotnická zařízení, pedagogicko-psychologické poradny, terapie, skupiny rodičů), osobní osvědčené strategie (sdělování těžkostí, četba článků o hyperaktivních dětech, vědomí, že dítě za své chování nemůže, srovnání s ostatními rodiči, kteří mají stejné potíže, vytváření programu pro dítě a zájmové kroužky, které dítě navštěvuje, odpočinek a čas na sebe, nesoustředit se pouze na rodinu a dítě, životní nadhled, zkrácení pracovního úvazku, nevnímat si reakce dítěte, počítání do 10, sebezapření a sebeocení, klidný rozhovor s dítětem).

Síť sociální opory, zejména pomoc od prarodičů dětí, rodiče v některých případech vnímají jako nedostatečnou. S odbornou pomocí rodiče měli nebo mají vesměs dobré zkušenosti. Některé osobní strategie mužů i žen jsou shodné, v jiných se liší. Z poznatků, které jsou uvedené v teorii (Sobotková, 2007), je možné se domnívat, že ty strategie, které rodiče užívají cíleně, jim více pomáhají. Rovněž lze předpokládat, že některé zdroje zvládnání rodiny mohou být nerozvinuté. Zde by mohl pomoci přístup založený na silných stránkách rodiny, který se při práci s rodinami využívá v klinické praxi.

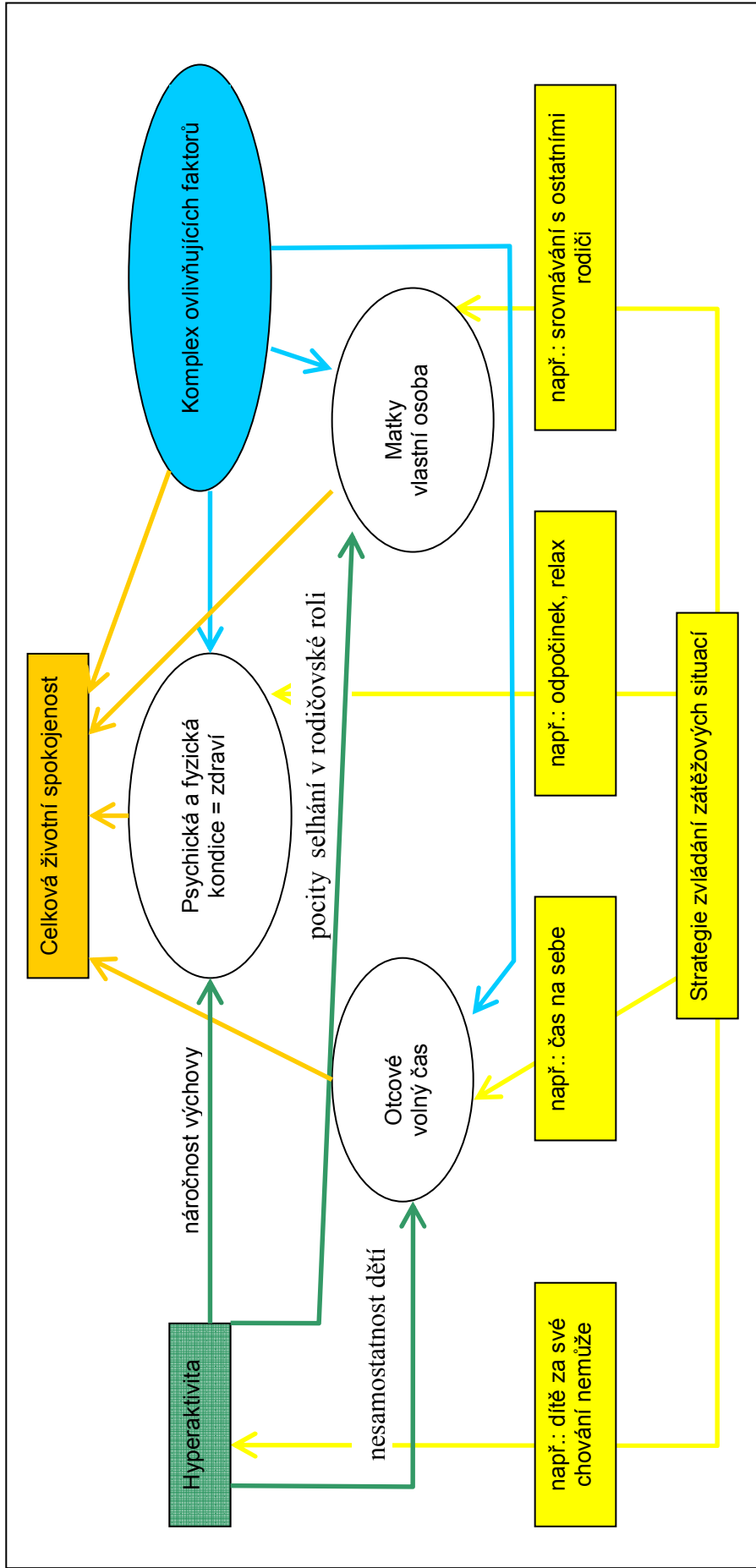
6) Jaké změny nastaly v životě rodičů v souvislosti s projevy hyperaktivity?

Kromě změn, které nastanou narozením dítěte v životě každého rodiče, hyperaktivita přináší rodičům i mnohé další změny. Změnu zaměstnání tak, aby na dítě bylo více času i pozornosti, či pro lepší pocit matky. Přizpůsobení se nové situaci, smíření se s poruchou potomka a přiblížení se k rodinám, které mají

postižené dítě. I zlom, který nastává nástupem dítěte do školy, představuje těžké období. Hyperaktivita jim bere čas, klid a pohodu.

Rodiče kladně vnímají aktivní životní styl, který jim hyperaktivita přinesla. Pozitivní je také změna hodnot a pohledu na život, změna myšlení, chování k dítěti, informovanost a osobní růst. Schopnost předvídat možné události je další výhodou.

Rodiče jsou schopni nacházet spoustu světlých stránek hyperaktivity jejich dítěte. Pozitivní vnímání aktivního životního stylu může souviset s podobností temperamentu rodičů a dětí.



Obr. 1 Model životní spokojenosti rodičů hyperaktivních dětí

Popis Obr. 1: Celkovou životní spokojenost ovlivňuje mnoho faktorů. Projevy hyperaktivity mají vliv na zdraví rodičů, na sebehodnocení matek a na nedostatek volného času, který vnímají naléhavěji otcové. Zdraví, sebehodnocení a volný čas jsou jednotlivé oblasti života, které ovlivňují celkovou životní spokojenost. Rodiče mají k dispozici různé strategie zvládnání, které v těchto obtížných situacích využívají.

Některé výsledky mého výzkumu se shodují s tím, co v podobném výzkumu zjistila I. Kolčárková (Kolčárková, Lacinová, 2008). Srovnatelné je zjištění psychické a časové náročnosti výchovy a nesamostatnosti dětí v každodenních činnostech. Také některé negativní pocity matek jsou shodné. Zmíněná autorka v rozhovorech s matkami neklidných dětí zjistila, že mladší sourozenci mají tendenci napodobovat neklidné chování své starší sestry nebo bratra. Tento jev se v mém výzkumu neobjevil. Jak bylo popsáno výše, může to být dáno nedostatkem prvorozených dětí ve výzkumném souboru.

Můj výzkum se neomezil pouze na matky. Přesto, že počet otců ve výzkumném souboru je nižší než počet matek, přinesla setkání s oběma rodiči cenné informace. Například možnost srovnání životní spokojenosti mezi pohlavími. Bylo také zajímavé při rozhovorech pozorovat vzájemné interakce rodičů. Každý z rodičů při rozhovoru vyjádřil svůj názor. Slova se většinou ujal jeden z rodičů a druhý ho doplňoval nebo opravoval v případě nesouhlasu. Dozvěděla jsem se také, jaké strategie zvládnání zátěže využívají matky a jaké otcové. Přínos nesourodého počtu matek a otců lze vidět také v tom, že bylo možné porovnat atmosféru rozhovorů, kterých se účastnily jen matky s atmosférou rozhovorů manželských dvojic. Matky vyprávěly o své životní situaci tíživěji. Zde je nutno dodat, že jde pouze o můj subjektivní pocit, kterým se snažím dokreslit „ducha“ rozhovorů a přiblížit výzkumnou situaci. Na druhou stranu lze takto usuzovat na základě výpovědí manželských párů a vdaných matek. Ty za hlavní zdroj zvládnání pokládají oporu v sobě navzájem. Lze předpokládat, že matkám rozvedeným a svobodným tato pomoc velmi chybí.

Pro zkvalitnění odborné péče o rodiny s hyperaktivním dítětem a zvýšení životní spokojenosti rodičů lze na základě výsledků stanovit následující doporučení: *Věnovat pozornost nejen dítěti a jeho potížím, ale celé rodině. Zaměřit se především na zdraví rodičů. Zlepšením jejich psychické i fyzické kondice lze přispět k zlepšení celkové životní spokojenosti. Podpořit rodiče v tom, aby si uměli vymezit volný čas pro sebe. Odpočinek a možnost načerpat nové síly zmírní vyčerpání rodičů. Pomoci rodičům se zvládnáním nesamostatnosti jejich dítěte. Větší samostatnost dítěte se může podílet na úpravě časové vytíženosti rodičů. Ocenit rodiče, především matku, za zvládnání náročné výchovy a zvýšit tak jejich sebehodnocení. Větší spokojenost s vlastní osobou se odrazí také na celkové životní spokojenosti. Zabývat se fungováním rodiny, především posílit*

soudržnost partnerů. Poskytnout rodičům možnost komparace s rodiči, kteří také vychovávají hyperaktivní dítě. Zde mohou posloužit informace, které jsem uvedla v kapitole 6. Empaticky naslouchat a nechat rodiče hovořit o pocitech, které při výchově zažívají. Jak již bylo zmíněno výše, využít přístup založený na silných stránkách rodiny a snažit se rozvinout některé zdroje zvládnání zátěžových situací v rodině (Sobotková, 2007). Při zjištění diagnózy připravit rodiče na změny, které v jejich životě mohou nastat. Poskytovat rodičům informace.

Omezení svého výzkumu spatřuji v metodě záměrného výběru souboru přes instituce. Je možné, že se tak výzkumu zúčastnili spíše rodiče, kteří mají hyperaktivitu a s ní spojenou životní situaci pod kontrolou. Životní spokojenost v těchto rodinách tak může být o něco nadhodnocena oproti rodinám, které nevyužívají odborné pomoci. Záměrný výběr výzkumného souboru přes instituce se ovšem ukázal jako jednoduchá a efektivní cesta k získání rodičů pro rozhovor.

Polostrukturovaný rozhovor a Dotazník životní spokojenosti přispěly k získání rozmanitých údajů. Na výsledky však mohla mít vliv motivace účastníků. Přestože k účasti ve výzkumu přistoupili všichni dobrovolně, délka trvání výzkumné situace a důvěrnost tématu mohla zjištění ovlivnit. V některých případech se na rozhodnutí rodičů o spolupráci mohla podílet i tendence vyhovět zdravotnickému personálu. Otevřenost rodičů jsem se snažila podpořit svým zájmem o jejich vyprávění, empatickým nasloucháním a vytvářením přátelské atmosféry. Také jsem jim nabídla zpětnou vazbu po vyhodnocení dat v podobě zaslání práce. Tímto přístupem jsem se pokusila možné zkreslení dané nízkou motivací minimalizovat.

Zdrojem nepřesností může být i formulace otázek, i když jsem se snažila je rodičům klást v původním znění.

Přínosem a doplněním zjištěných údajů by mohl být výzkum zaměřený na životní spokojenost rodičů, kteří hyperaktivní dítě dovedli do dospělosti.

IV. ZÁVĚR

Výzkumem životní spokojenosti rodičů hyperaktivních dětí jsem dospěla k těmto závěrům:

- Celková životní spokojenost rodičů hyperaktivních dětí není příliš vysoká, ale ani extrémně nízká. Odpovídá stanovené normě a nachází se ve spodní části průměrných hodnot. Rodiče nejsou spokojeni se svým zdravím. Spokojenost se zdravím je vzhledem k normám podprůměrná.
- Otcové jsou se svým volným časem stejně nespokojeni jako se zdravotním stavem. Tyto oblasti se, v porovnání s normami, nacházejí pod hranicí průměru. Matky jsou nespokojeny s vlastní osobou. Tato hodnota je u nich nižší než u zdravích. I tyto hodnoty jsou pod hranicí normy.
Otcové jsou nejspokojenější s dětmi, s finanční situací, s příbuznými a přáteli a s bydlením. Matky jsou nejvíce spokojené v oblastech sexuality, financí a bydlení. Hodnoty těchto zmíněných oblastí otců i matek dosahují průměrného rozložení. Jsou to položky, ve kterých otcové a matky získali nejvyšší skóre.
- Hyperaktivita působí na partnerský vztah většiny rodičů. Vliv hyperaktivity je pozitivní i negativní. Pozitivně je ovlivněna soudržnost partnerů. Naopak konflikty mezi rodiči se týkají přístupu k dítěti nebo k jeho potížím. Únava a nedostatek času partnerů také negativně ovlivňuje vztah rodičů.
- Pro výchovu hyperaktivního dítěte je typická její psychická a časová náročnost. Rodiče zažívají spoustu negativních pocitů, které převažují nad kladnými.
- Nepotvrdilo se, že mladší dítě bez hyperaktivity napodobuje chování svého staršího hyperaktivního sourozence.
- Rodiče nejvíce zatěžuje nesamostatnost dětí a jejich školní povinnosti. Další potíže, s kterými se potýkají jsou skloubení péče o více dětí, kritika okolí, nedostatek času, neovlivnitelnost chování dítěte.

- K zvládnání těžkostí rodičům pomáhají různé strategie. Využívají síť sociální opory, odbornou pomoc a celou řadu osobních copingových strategií.
- Změny, které hyperaktivita vnesla do rodiny jsou kladné i záporné. Mezi ty pozitivní patří aktivní životní styl, změna hodnot a pohledu na život, změna v chování k dítěti, informovanost, osobní růst a schopnost předvídat možné události. Rodiče vnímají spíše negativně změnu zaměstnání, nástup dítěte do školy, méně času, klidu a pohody.
- Na základě výsledků byla napsána praktická doporučení.

V. SOUHRN

Ve své diplomové práci se zabývám tématem životní spokojenosti rodičů hyperaktivních dětí. Práci jsem rozčlenila na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část má osm hlavních kapitol. Výzkumná část obsahuje 5 velkých kapitol.

V minulosti se označení ADHD nepoužívalo. Toto onemocnění bylo řazeno pod souhrnný název LMD (lehká mozková dysfunkce). U nás se o vývoj názvu zasloužili především MUDr. JUDr. Otakar Kučera (zavedl pojem LDE = lehké dětské encefalopatie) a MUDr. Karel Macek (používal označení lehké poškození CNS). V zahraničí probíhaly terminologické změny obdobně jako u nás. Pojem LMD je nadřazený a jednotlicí. Syndrom hyperaktivity se z celku LMD oddělil jako první. Příčinou LMD mohou být psychogenní nebo organické faktory. Mezi organické příčiny se řadí genetické, prenatální, perinatální a postnatální vlivy. Pro LMD jsou typické tyto příznaky: nerovnoměrný vývoj duševních funkcí, nadměrná pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, tělesná a artikulační neobratnost, potíže v myšlení a vnímání. Základní prevencí je včasná diagnóza, pochvala a ocenění dítěte, zabránění pocitům méněcennosti. Jako alternativní metoda prevence může sloužit prenatální učení. To spočívá ve specifické stimulaci plodu v průběhu těhotenství.

Syndrom ADHD charakterizuje deficit pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Tuto poruchu lze dělit na jednotlivé typy podle výskytu symptomů. Např. prostá porucha pozornosti (ADD), hyperaktivita a impulzivita, porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou. Z výzkumů vyplývají následující příčiny ADHD: dědičnost, poškození mozku, dysfunkce neurotransmiterů, strava, otrava olovem. Nejčastějšími příznaky hyperkinetické poruchy jsou poruchy kognitivních funkcí, motorickopercepční porucha, porucha vizuomotorické koordinace, porucha emocí a afektů, impulzivita a sociální maladaptace. Děti lze charakterizovat jako nespavé a plačtivé. V mládí se mohou chovat hazardně. Mívají problémy s vrstevníky. Součástí jejich osobnosti mohou být agresivní elementy. Syndrom ADHD přetrvává do dospělosti zhruba u 2 % populace. U dospělých se projevuje nízkou tolerancí vůči frustraci, družností k jiným lidem a roztržitostí. Diagnostikovat ADHD

u dospělých je obtížnější než u dětí. Léčba dospělých jedinců probíhá zpravidla formou farmakoterapie. Zastánci evolučního a biologického hlediska nabízejí vysvětlení ADHD jako poruchu adaptace. Poruchu ADHD pojmají jako zvýhodnění v nepříznivých podmínkách. Toto pojetí má však i své kritiky.

Podle MKN – 10 patří porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou mezi Hyperkinetické poruchy značené F90. Diagnostickými vodítky jsou narušená pozornost a hyperaktivita. Ty mají být patrné ve více než jedné situaci a mají přesahovat obvyklou míru pro věk a IQ dítěte. Před stanovením diagnózy se provádí mnoho vyšetření pacienta. Zjišťují se anamnézy, dítě může podstoupit krevní testy, neurologické vyšetření. Existuje řada posuzovacích škál na pozornost, hyperaktivitu a impulzivitu, inteligenci, sebepojetí, na vztahy hyperaktivních dětí s dospělými a na vztahy hyperaktivních dětí s vrstevníky. Tyto škály pomáhají stanovit diagnózu. Jsou onemocnění, která lze snadno zaměnit s hyperkinetickou poruchou. Patří k nim poruchy chování, smíšené poruchy, pervazivní poruchy, neurologické, vývojové, úzkostné a depresivní poruchy.

K nejčastěji používaným metodám léčby patří farmakoterapie a psychoterapie. Příznaky ADHD však žádná léčba trvale neeliminuje. Nejvíce předepisovanými léčivy jsou stimulancia, tricyklická antidepresiva, občas také inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), antipsychotika (neuroleptika), výjimečně nootropika. Z psychoterapie bývá nejvhodnějším postupem kognitivně – behaviorální terapie nebo rodinná systemicky orientovaná terapie. Terapie se u dětí zaměřují na jednotlivé psychické funkce, na rozvoj seberegulačních mechanismů a na utváření osobnosti a sebepojetí. Existují i alternativní postupy léčby – eliminační dieta, nutriční doplňky, rostlinná léčiva, EEG biofeedback, elektromyografický biofeedback, zrcadlový feedback, vestibulární stimulace, masáž, imunoterapie a antimykotická léčba.

Rodina má na vývoj dítěte s hyperkinetickou poruchou zásadní vliv. Čím pevnější a stabilnější vztahy v rodině jsou, tím snáze se dítě vypořádává se svými těžkostmi. Rodinné vztahy lze rozdělit do čtyř skupin: vztah mezi rodiči, vztah mezi matkou a dítětem, vztah mezi otcem a dítětem a vztahy mezi sourozenci. V dnešní době existují různé formy rodinného soužití. Není výjimkou, že dítě vyrůstá pouze s jedním rodičem nebo v rodině nevlastní (doplněné). Dítě s ADHD klade na rodiče vyšší nároky než zdravé dítě. Takové dítě pro rodinu znamená velkou psychickou i časovou zátěž. Rodiče při výchově nejčastěji trápí potíže s autoritou,

nežádoucí projevy v chování dítěte, obavy o správný vývoj dítěte, pochybnosti o vlastní rodičovské kompetenci. Ve výchově se odráží i vliv původní rodiny a temperament rodičů. Vztah mezi dítětem a dospělým znamená vzájemné působení a ovlivňování.

Rodiče jakožto partneři musí zvládat specifické úkoly a procházet jednotlivými změnami v čase.

Charakteristiky funkčních a dysfunkčních rodin jsou polární. I ve funkčních rodinách se vyskytují spory, komunikační neurčitosti a stereotypy. Tyto projevy však nepřevažují. Mezi nejdůležitější znaky funkčních rodin patří kooperace a vnímání potřeb rodinných příslušníků. Při práci s rodinami se znevýhodněným členem se využívá přístup založený na silných stránkách rodiny. Osvojením nových dopingových strategií rodina stává odolnější a lépe zvládá těžkosti.

Otevřená komunikace mezi školou a rodinou významně přispívá k tomu, aby dítě ve škole prospívalo. Při výuce je třeba dbát na specifické potřeby dítěte s ADHD. Pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami probíhají různé vzdělávací programy (př. Projekt pro poruchy pozornosti). Napětí, které děti ve škole prožívají lze odstranit uvolňujícími technikami.

Nesoutěživé sporty mohou zmírnit projevy poruchy. Zájmová oblast pomáhá dětem a mladým lidem ke zlepšení jejich sociálních dovedností.

Rodiče s hyperaktivním dítětem se mohou obrátit na odborníky, na dobrovolné organizace nebo na rodičovské kurzy.

Údaje o výskytu se mohou lišit v závislosti na tom, v jaké části světa se výzkum prováděl, u jaké populace a jaká diagnostická kritéria byla použita. Hyperkinetickým syndromem trpí 6-7 % dětí a 1,5-2 % dospělé populace. Častější výskyt je u chlapců.

Životní spokojenost je pojem, který různí autoři chápou odlišně. Často je srovnávána se subjektivním zdravotním stavem. Příbuzným pojmem k životní spokojenosti je well – being, jehož českým ekvivalentem je osobní pohoda. Teoretickými přístupy k životní spokojenosti jsou telické teorie, teorie radosti a bolesti, teorie aktivity, přístup shora dolů a zdola nahoru, asocianistické teorie a teorie porovnávání. Životní spokojenost ovlivňuje celá řada faktorů: demografické faktory (příjem, věk, pohlaví, zaměstnání, vzdělání, náboženství a manželství a rodina), faktory chování (sociální kontakt, životní události, aktivity),

osobnostní faktory (neuroticismus, extroverze, sebehodnocení, vysoká sebeúcta a inteligence) a biologické faktory (zdravotní stav).

Cílem výzkumu bylo zmapovat životní spokojenost rodičů hyperaktivních dětí. Dále jsem zjišťovala vliv hyperaktivity na jejich partnerský vztah, jak vypadá výchova těchto dětí, s jakými těžkostmi se rodiče setkávají a co jim pomáhá se s nimi vypořádat. Zajímala mě i změna v životě rodičů v souvislosti s projevem hyperaktivity.

Těžiště mého výzkumu spočívalo v kvalitativní metodologii v kombinaci s přístupem kvantitativním, který mi posloužil jako doplňková metoda. Opírala jsem se o polostrukturovaný rozhovor, který tvořil soubor předem připravených otázek. Použila jsem Dotazník životní spokojenosti, který obsahuje deset škál po sedmi položkách.

K získání výzkumného souboru jsem využila záměrný výběr přes instituce. Tento vzorek se rozšířil o jednu rodinu metodou sněhové koule. Kritériem pro zařazení rodičů do výzkumu byl mladší školní věk dítěte a jeho diagnóza ADHD či jiný typ hyperkinetické poruchy. Výzkumu se zúčastnilo celkem 13 rodin, z toho 13 matek a 7 otců. 9 rodin bylo úplných, 4 neúplné. 2 rodiny si adoptovaly syna. Dotazník životní spokojenosti vyplnilo celkem 21 rodičů, 12 matek a 9 otců.

Data jsem z audiozáznamu převedla transkripcí do textové podoby. Ke zpracování textů jsem využila otevřeného kódování, které mi pomohlo odhalit určitá témata. Následně jsem vytvořila kategorie a subkategorie. Obsahovou analýzou rozhovorů a vyhodnocením dotazníků dle příslušných norem jsem dospěla k výsledkům. Celková životní spokojenost rodičů hyperaktivních dětí odpovídá hodnotám v normě. Podprůměrně spokojeni jsou rodiče se zdravím. Otcové nejsou spokojeni s volným časem a matky s vlastní osobou. Nejspokojenější jsou muži s dětmi, ženy se sexualitou. Hyperaktivita má ve většině případů vliv na partnerský vztah rodičů. Výchova hyperaktivního dítěte se vyznačuje časovou a psychickou náročností, zejména nesamostatností dětí a jejich školní příprava trápí rodiče. Rodiče se potýkají i s kritikou okolí. Copingové strategie rodičů spočívají v sociální opoře, odborné pomoci a osobních strategiích. Hyperaktivita dítěte vyžaduje změny v životě rodičů, především přizpůsobení se dítěti.

POUŽITÁ LITERATURA

- Atkinson, R. L., et al. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- Blatný, M., Osecká, L. (1998). Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládnání. *Československá psychologie*, 5, 385 – 394.
- Bragdon, A. D., Gamon, D. (2006). *Když mozek pracuje jinak*. Praha: Portál.
- Cagaš, P., Kocábová, Z. (2005). Je ADHD evoluční adaptací? *Psychologie Dnes*, 1, 33-35.
- Diener, E. (1984). Subjective Well – Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542 – 575.
- Diener, E., Diener, M. (1995). Cross – Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self – Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653 – 663.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., Smith, H. L. (1999). Subjective Well – Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276 – 302.
- Drtílková, I., Šerý, O., et al. (2007). *Hyperkinetická porucha / ADHD*. Praha: Galén.
- Džuka, J., Dalbert, C. (1997). Model aktuálnej a habituálnej subjektívnej pohody. *Československá psychologie*, 5, 385 – 398.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Hamplová, D. (2006). Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. *Sociologický časopis*, 1, 35 – 55.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hnilica, K. (2004). Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 3, 193 – 202.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS.
- Johnson, R. A., Ruhl, J. M. (2000). *Kniha o spokojenosti: o cestách k nalezení vnitřní pohody a radosti*. Praha: Portál.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

- Kebza, V., Šolcová, I. (2003). Well – being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, 4, 333 – 345.
- Kerr, S. (1997). *Dítě se speciálními potřebami*. Praha: Portál.
- Kolčárková, I. (2007). *Rodičovství očima matek neklidných dětí: jak se hodnotí a prožívají v roli matky*. Publikovaná diplomová práce, Masarykova univerzita, Brno.
- Kolčárková, I., Lacinová, L. (2008). *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: Barrister & Principal.
- Kramulová, D. (2006). Prenatálním učením ke genialitě. *Psychologie Dnes*, 3, 28-29.
- Kratochvíl, S. (2000). *Manželská terapie*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing.
- Kulišťák, P. (2003). *Neuropsychologie*. Praha: Portál.
- Lacinová, L., Škrdlíková, P. (2008). *Dost dobří rodiče, aneb, Drobné chyby ve výchově dovoleny*. Praha: Portál.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Lašek, J. (2004). Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů. *Československá psychologie*, 3, 215 – 224.
- Mash, E. J., Barkley, R. A. (1989). *Treatment of childhood disorders*. New York: The Guilford Press.
- Matějček, Z. (1994). *Po dobrém nebo po zlém?: o výchovných odměnách a trestu*. Praha: Portál.
- Matějček, Z. (2005). *Výbor z díla*. Praha: Karolinum.
- Matějček, Z., Dytrych, Z. (1999). *Nevlastní rodiče a nevlastní děti*. Praha: Grada Publishing.
- Matoušek, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. (2006). Praha: Psychiatrické centrum.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

- Možný, P., Praško, J. (1999). *Kognitivně – behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: TRITON.
- Munden, A., Arcelus, J. (2002). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.
- Paclt, I., a kolektiv. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing.
- Paclt, I., Florian, J., a kolektiv. (1998). *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Praha: Grada Publishing.
- Plante, T. G. (2001). *Současná klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Plaňava, I. (1998). *Spolu každý sám: V manželství a rodině*. Praha: Lidové noviny.
- Plháčková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Prekopová, J., Schweizerová, Ch. (1994). *Neklidné dítě*. Praha: Portál.
- Riefová, S. F. (1999). *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí*. Praha: Portál.
- Říčan, P., Krejčířová D., a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie. 4., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing.
- Serfontein, G. (1999). *Potíže s učením a chováním*. Praha: Portál.
- Sheedyová – Kurcinková, M. (1998). *Problémové dítě v rodině a ve škole*. Praha: Portál.
- Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Suh, E., Diener, E., Fujita, F. (1996). Events and Subjective Well – Being: Only Recent Events Matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(5), 1091 – 1102.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- Šebek, M. (1995). Hyperkinetické dítě – psychoanalytický pohled. *Československá psychologie*, 3, 216.
- Šolcová, I., Kebza, V. (2005). Prediktory osobní pohody (well – being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá psychologie*, 1, 1 – 8.
- Train, A. (1997). *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál.
- Třesohlavá, Z., a kol. (1986). *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum / zdravotnické nakladatelství.
- Zelinková, O. (2003). *Poruchy učení*. Praha: Portál.

Internetové zdroje:

- Archa – středisko výchovné péče pro děti a mládež Chrudim*. Převzato 7. března, 2008, z: <http://www.archa-chrudim.cz/index.php?show=info>
- Gamache, B. (n.d.). *Bradley's ADHD page: The history of ADHD*. Retrieved October 29, 2007, from University of Michigan, Department of psychology Web site: http://sitemaker.umich.edu/356.gamache/brief_history_of_adhd
- Hyperaktivita - Institut pro studium a terapii hyperaktivity a poruch pozornosti, o.s.* Převzato 7. března, 2008, z: <http://www.hyperaktivita.cz/aktivity-a-sluzby/>
- Jensen, P. S., Mrazek, D., Knapp, P. K., Steinberg, L., Pfeffer, C., Schowalter, J., et al. (n.d.). *Evolution and Revolution in Child Psychiatry: ADHD as a Disorder of Adaptation* [Electronic version]. Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry. Retrieved February 2, 2008 from: <http://www.hypies.com/add/evolutio.html>
- Ještěrka o.s.* Převzato 7. března, 2008, z: <http://www.osjesterka.cz/>
- Klub rodičů a přátel hyperaktivních a neklidných dětí*. Převzato 7. března, 2008, z: <http://www.crsp.cz/hyperaktivni/hyperdeti07.html>
- Miovský, M. (2004). *Diplomové práce v oboru psychologie*. Převzato 5. ledna, 2010, z internetové stránky Univerzity Palackého v Olomouci, Katedry psychologie: <http://www.upol.cz/fakulty/ff/struktura/katedry-a-pracoviste/katedra-psychologie/bakalarske-a-diplomove-prace/bakalarske-a-diplomove-prace/>
- Paclt, I. (2005). *Farmakoterapie: Biologické základy hyperkinetické poruchy a možnosti farmakologické léčby*. Převzato 19. ledna, 2008, z internetové stránky Psychiatrické kliniky 1.LF UK a VFN: http://www.remedia.cz/pdf/20060517063603hyperkineticke_poruchy.pdf
- Tyl, J., Tylová, V. (2003). *EEG Biofeedback: Lehké mozkové dysfunkce*. Převzato 15. listopadu, 2007, z: <http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php?menu=5-01>
- World health organization. (2006, October). *Constitution of the world health organization: Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement*. Retrieved November 16, 2009, from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

- 1) Schéma rozhovoru
- 2) Dotazník životní spokojenosti

Příloha č. 1: Schéma rozhovoru

- 1) Řekněte mi něco o Vaší rodině...kolik má členů, jak jsou staří?
- 2) 1 dítě v rodině:
 - a) Máte pocit, že s (jméno hyperaktivního dítěte) trávíte hodně / málo času?Více než 1 dítě v rodině:
 - a) Věnujete (jméno hyperaktivního dítěte) více času než ostatním svým dětem?
 - b) Ovlivňuje hyperaktivita (jméno hyperaktivního dítěte) nějak Vaše ostatní děti / dítě?
- 3) Jak vypadá Váš běžný všední den? (ve vztahu k hyperaktivnímu dítěti)
- 4) Co byste rádi v běžném dnu změnili? (s čím jsou rodiče nespokojeni)
- 5) Co byste rádi nechali tak, jak to je? (s čím jsou rodiče spokojeni)
- 6) Liší se výchova hyperaktivního dítěte od výchovy dítěte bez hyperaktivity?
 - a) Pokud ano, v čem?
- 7) Co považujete ve výchově svého dítěte za úspěch? (spokojenost)
- 8) Co považujete ve výchově svého dítěte za neúspěch? (nespokojenost)
- 9) Co se Vám nejvíce osvědčilo při zvládnání náročných (zátěžových) situací?
 - a) Pomáhá Vám okolí?
- 10) Jak vnímáte začleňování (jméno hyperaktivního dítěte) do kolektivu?
- 11) Navštěvuje (jméno hyperaktivního dítěte) nějaký zájmový kroužek?
 - a) Pokud ano, líbí se mu tam?
 - b) Jak vnímáte hyperaktivitu (jméno hyperaktivního dítěte) po zájmové aktivitě?
- 12) Jak trávíte volný čas?
- 13) Změnila Vám hyperaktivita (jméno hyperaktivního dítěte) nějakým způsobem život? (Co bylo dříve jinak?)
- 14) Co Vám hyperaktivita (jméno hyperaktivního dítěte) dala?
- 15) Co naopak vzala?
- 16) Máte pocit, že má hyperaktivita (jméno hyperaktivního dítěte) vliv na Váš partnerský vztah?
- 17) Využíváte odborné pomoci?
- 18) Chcete říci ještě něco na závěr nebo se na něco zeptat?

Příloha č. 2: Dotazník životní spokojenosti

DOTAZNÍK

Dotazník životní spokojenosti

J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher, E. Brähler

Zaškrtněte prosím u každého z tvrzení na následujících stranách vždy to číslo, které nejvíce odpovídá vaší spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení.

Příklad:	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
S počasím jsem ...				X			

Pokud tedy – jako v tomto případě – nejste s počasím ani spokojen(a), ani nespokojen(a), zaškrtněte prosím ④. U každého tvrzení zaškrťávejte prosím pouze jedno políčko.

ZDRAVÍ	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...							
Se svou duševní kondicí jsem...							
Se svou tělesnou kondicí jsem...							
Se svou duševní výkonností jsem...							
Se svou obranyschopností proti nemoci jsem...							
Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem...							
Když myslím na to, jak často jsem až dosud byl(a) nemocný(á), jsem ...							

PRÁCE A ZAMĚŠTNÁNÍ (osoby v důchodu: hodnotte prosím své bývalé zaměstnání)	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým postavením na pracovišti jsem...							
Když myslím na to, jak jistá je moje budoucnost v zaměstnání, jsem...							
S úspěchy, které mám v zaměstnání, jsem...							
S možnostmi postupu, které mám na svém pracovišti, jsem...							
S atmosférou na pracovišti jsem...							
Co se týká mých pracovních povinností a zátěže, jsem...							
S pestroostí, kterou mi nabízí mé zaměstnání, jsem...							

FINANČNÍ SITUACE	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svým příjmem / platem jsem...							
S tím, co vlastním, jsem...							
Se svým životním standardem jsem...							
S hmotným zajištěním své existence jsem...							
Se svými budoucími možnostmi výdělku jsem...							
S možnostmi, které mohu vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině, jsem...							
Se svým budoucím očekávaným (finančním) zajištěním ve stáří jsem...							

VOLNÝ ČAS	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S délkou své každoroční dovolené jsem...							
S množstvím svého volného času po práci a o víkendech jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší dovolená, jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší volný čas po práci a víkendy, jsem...							
S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem...							
S časem, který mohu věnovat blízkým osobám, jsem...							
S pestrostí svého volného času jsem...							

MANŽELSTVÍ A PARTNERSTVÍ (Vyplňte prosím pouze pokud máte stálého partnera / partnerku)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S požadavky, které na mne klade mé manželství / partnerství, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							
S upřímností a otevřeností svého partnera / partnerky jsem...							
S pochopením, které má pro mne můj partner / partnerka, jsem...							
S něžností a náklonností, kterou mi můj partner / partnerka projevuje, jsem...							
S bezpečím, které mi poskytuje můj partner / partnerka, jsem...							
S ochotou pomoci, kterou mi projevuje můj partner / partnerka, jsem...							

VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM (Vyplňte pouze pokud máte vlastní děti)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na to, jak s dětmi vzájemně vycházíme, jsem...							
Když myslím na úspěchy svých dětí ve škole a zaměstnání, jsem...							
Když myslím na to, kolik radosti mám ze svých dětí, jsem...							
Když myslím na námahu a výdaje, které mě mé děti stály, jsem...							
S vlivem, který mám na své děti, jsem...							
S uznáním, kterého se mi od mých dětí dostává, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							

VLASTNÍ OSOBA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem...							
Se způsobem, jak jsem až doposud žil, jsem...							
Se svým vnějším vzhledem jsem...							
Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem...							
Se svým charakterem (povahou) jsem...							
Se svou vitalitou (tzn. s radostí ze života a životní energií) jsem...							
Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi, jsem...							

SEXUALITA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svou tělesnou přitažlivostí jsem...							
Se svou sexuální výkonností jsem...							
S četností svých sexuálních kontaktů jsem...							
S tím, jak často se mi můj partner / má partnerka tělesně věnuje (dotýká se mne, hladí mne), jsem...							
Se svými sexuálními reakcemi jsem...							
Když myslím na to, jak otevřeně mohu mluvit o sexuální oblasti, jsem...							
Když myslím na to, jak se k sobě s partnerem v sexualitě hodíme, jsem...							

PŘÁTELÉ, ZNÁMÍ A PŘÍBUZNÍ	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na okruh svých přátel a známých, jsem...							
S kontaktem se svými příbuznými jsem...							
S kontaktem se svými sousedy jsem...							
S pomocí a podporou, kterou mi poskytují přátelé a známí, jsem...							
Se svými veřejnými a spolkovými aktivitami jsem...							
Se svou společenskou angažovaností jsem...							
Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi, jsem...							

BYDLENÍ	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S velikostí svého bytu jsem...							
Se stavem svého bytu jsem...							
S výdaji za svůj byt (nájem, příp. splátky) jsem...							
S polohou svého bytu jsem...							
S dosažitelností dopravních prostředků jsem...							
Když myslím na míru zátěže hlukem, jsem ve svém bytě...							
Se standardem svého bytu jsem...							

Odpovězte, prosím, na následující otázky tak, že zaškrtnete hodící se odpověď.

Pohlaví: muž žena

Věk: let

Dosažené vzdělání:

- nedokončené základní vzdělání
- základní
- vyučen bez maturity
- vyučen s maturitou
- ukončené středoškolské vzdělání
- ukončené vysokoškolské vzdělání

Rodinný stav:

- ženatý / vdaná
- svobodný(á)
- vdovec / vdova
- rozvedený(á)

Domácnost:

- žiji sám / sama
- žiji s partnerem / partnerkou

Jste zaměstnaný(á)?

- ano
- ano, ve vlastní firmě
- v domácnosti
- anebo jste:**
- žák / žákyně
- student / studentka
- v učení
- v důchodu
- nezaměstnaný(á)

Zaměstnání:

.....

Děkujeme za vaši spolupráci.

VYHODNOCOVACÍ LIST

Dotazník životní spokojenosti

J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher, E. Brähler

Jméno a příjmení:

Pohlaví: muž žena Věk:

Examinátor: Datum:

Chybějící odpovědi:

Hrubý skóre	Standardní skóre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Skoniny
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
											Pravda
	1. Zdraví velmi nespokojen(a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	velmi spokojen(a)
	2. Práce a zaměstnání velmi nespokojen(a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	velmi spokojen(a)
	3. Finanční situace velmi nespokojen(a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	velmi spokojen(a)
	4. Volný čas velmi nespokojen(a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	velmi spokojen(a)
	5. Manželství a partnerství velmi nespokojen(a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	velmi spokojen(a)
	6. Děti velmi nespokojen(a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	velmi spokojen(a)
	7. Vlastní osoba velmi nespokojen(a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	velmi spokojen(a)
	8. Sexualita velmi nespokojen(a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	velmi spokojen(a)
	9. Přátelé, známí a příbuzní velmi nespokojen(a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	velmi spokojen(a)
	10. Bydlení velmi nespokojen(a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	velmi spokojen(a)
	11. Celková životní spokojenost velmi nespokojen(a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	velmi spokojen(a)

54 %

54 %

Vysoká škola: **Univerzita Palackého v Olomouci**
Katedra: **psychologie**

Fakulta: **filozofická**
Školní rok: **2009/2010**

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: **Martina Vondrušková**

Obor: **Psychologie – jednooborová**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.** Oponent:.....

Počet stran: **113**

Název diplomové práce: **Hyperaktivní dítě a životní spokojenost rodičů**

Abstrakt diplomové práce:

Cílem diplomové práce je zmapovat subjektivní životní spokojenost rodičů hyperaktivních dětí a popsat vnímanou souvislost jejich životní spokojenosti se zvládáním rodičovské role. Teoretická část práce je věnována krátkému historickému přehledu včetně terminologického rozlišení dříve souhrnnému pojmu LMD. Je charakterizován syndrom ADHD, jeho etiologie, příznaky, diagnostika a léčba. Dále je pozornost věnovaná rodinnému zázemí a životní spokojenosti. Ve výzkumné části jsou popsány výsledky výzkumu zjištěné polostrukturovaným rozhovorem a Dotazníkem životní spokojenosti. Výzkumný soubor tvořilo celkem 13 rodin, z toho 13 matek a 7 otců. Celková životní spokojenost rodičů hyperaktivních dětí odpovídá stanovené normě a nachází se ve spodní části průměrných hodnot.

Klíčová slova:

dítě s ADHD
výchova

partnerský vztah
životní spokojenost

rodina
osobní pohoda

University: **Palacký University in Olomouc**

Faculty: **of Arts**

Department: **Psychology**

Academic year: **2009/2010**

ABSTRACT OF THE DIPLOMA THESIS

Name: **Martina Vondrušková**

Field of study: **Psychology – single subject**

Supervisor: **doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.**

Opponent:.....

Number of pages: **113**

.....

Title of the diploma thesis: **Hyperactive child and life satisfaction of parents**

Abstract of the diploma thesis:

The goal of this diploma thesis is to monitor subjective life satisfaction of parents, who have hyperactive child and to describe perceived context of their life satisfaction with handling of their parental role. The teoretical part of this thesis is dedicated to short historical overview, including the terminological differentiation of the earlier general term LMD. ADHD syndrome is defined, as well as its etiology, symptoms, diagnostics and treatment. Attention is also paid to family background and life satisfaction. The research chapter of the thesis describes results of the research that are based on semi-structured interview and on the Questionnaire of the life satisfaction. The research sample included 13 families, of which there were 13 mothers and 7 fathers. The total life satisfaction of parents, who have hyperactive child corresponds with determined norm and is found in lower part of average values.

Keywords:

child with ADHD

partnership

family

upbringing

life satisfaction

well-being

PODKLAD PRO ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA:	OSOBNÍ ČÍSLO:
VONDRUŠKOVÁ Martina	Pichlova 2652; Pardubice	F06003

NÁZEV TÉMATU ČESKY:

HYPERAKTIVNÍ DÍTĚ A ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST RODIČŮ

NÁZEV TÉMATU ANGLICKY:

HYPERACTIVE CHILD AND LIFE SATISFACTION OF PARENTS

VEDOUCÍ PRÁCE:

Doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. V teoretické části diplomové práce budou zpracovány tyto okruhy: vymezení poruch pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), historický vývoj pojmu (LMD), etiologie, příznaky a diagnostika ADHD, léčba ADHD, sociální kontext vývoje dítěte s ADHD, pomoc rodinám s dětmi s ADHD, životní spokojenost.
2. Cílem výzkumu bude zmapovat subjektivní životní spokojenost rodičů hyperaktivních dětí, popsat vnímanou souvislost jejich životní spokojenosti se zvládnutím rodičovské role.
3. Výzkumný soubor bude tvořit podle možností 10 až 12 rodin s hyperaktivním dítětem mladšího školního věku. Metody: polostrukturovaný rozhovor s rodiči, Dotazník životní spokojenosti.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Drtílková, I., Šerý, O., et al. (2007). Hyperkinetická porucha / ADHD. Praha: Galén.
- Matějček, Z. (2005). Výbor z díla. Praha: Karolinum.
- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing.
- Munden, A., Arcelus, J. (2002). Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Praha: Portál.
- Paclt, I. a kol. (2007). Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha: Grada Publishing.
- Říčan, P., Krejčířová, D., a kol. (2006). Dětská klinická psychologie. 4. vyd. Praha: Grada Publishing.
- Sheedyová-Kurcinková, M. (1998). Problémové dítě v rodině a ve škole. Praha: Portál.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2001). Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál.

PODPIS STUDENTA: Vondrušková Martina DATUM: 11. 2. 2009

PODPIS VEDOUCÍHO PRÁCE: I. Paclt DATUM: 11. 2. 2009

J. Šerý r. 2.



I. Paclt