

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské kombinované studium

2012- 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Lucie Fahounová

**Syndrom ADHD/ADD a faktory podílející se na jeho vzniku a
vzdělávání a výchova dětí s ADHD.**

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce

Mgr. Martina Karkošová

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERZITY PRAGUE

Master Combined (Part- Time) Studies

2012- 2013

DIPLOMA THESIS

Bc. Lucie Fahounová

**Syndrome ADHD/ADD and factors involved in its formativ and
education of children with ADHD**

Prague 2013

The diploma thesis work supervisor:

Mgr. Martina Karkošová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce univerzitní knihovně.

V Praze dne 12. 2. 2013

Bc. Lucie Fahounová

Poděkování

Ráda bych věnovala poděkování své vedoucí diplomové práce Mgr. Martině Karkošové, za podnětné připomínky, trpělivost a korekce mé diplomové práce a samozřejmě také za čas, který mi věnovala.

Dále bych také ráda poděkovala pracovníkům pedagogicko-psychologické poradny v Praze 8- Ládví, kteří mi poskytli cenné informace a zpřístupnily materiály týkající se tématu mé diplomové práce.

ANOTACE:

Diplomová práce se zaměřuje na syndrom ADHD/ADD jako takový, dále na etiologii vzniku této poruchy a popis základních projevů ADHD. Neopomíjí také samotné vyšetření dětí s touto poruchou, jejich vzdělávání a výchovu. Důležitou částí této diplomové práce je praktická část, která obsahuje dotazník a jejich výsledky a v neposlední řadě také kazuistiky dětí, které trpí syndromem ADHD/ADD. Práce s těmito dětmi je velmi náročná, což pociťují samotné děti, jejich rodiče i pedagogové dětí.

KLÍČOVÉ POJMY:

ADHD, ADD, dotazník, hyperaktivita, impulzivita, kazuistika, porucha pozornosti

ANNOTATION:

The thesis focuses on ADHD / ADD as such, as well as to the etiology of the disorder and describe the basic symptoms of ADHD. It does not leave well alone examination of children with the disorder, their education and upbringing. An important part of this thesis is the practical part, which contains a questionnaire and the results and finally, the case histories of children who suffer from Syndrome ADHD / ADD. Working with these children is very difficult, affecting the children themselves, their parents and teachers of children.

KEY WORDS:

ADHD, ADD, attention deficit disorder, case study, hyperactivity, impulsivity, questionnaire

Obsah

ÚVOD.....	8
1. Vymezení základních pojmů	9
2. Hyperkinetická porucha z pohledu historie	13
3. Etiologie vzniku ADHD	15
3. 1 Biologické příčiny hyperkinetické poruchy	16
3. 1. 1 Negenetické faktory	17
3. 1. 2 Genetické faktory	18
3. 1. 3 Poruchy neurotransmise	18
3. 1. 4 Neurotransmitery- chemičtí poslové mozku	20
4. Popis základních projevů ADHD	22
4. 1 Základní projevy ADHD v jednotlivých vývojových stádiích dítěte....	23
4.2 Porucha pozornosti	25
4. 3 Hyperaktivita	28
4. 4 Impulzivita.....	30
4. 5 Percepčně motorické poruchy	32
4. 5. 1 Poruchy motoriky a sensorické koordinace	32
4. 5. 2 Poruchy percepčních a kognitivních funkcí	32
4. 6 Poruchy paměti.....	33
4. 7 Poruchy myšlení a řeči	34
4. 8 Emoční poruchy a poruchy chování	36
5. Vyšetření hyperkinetického dítěte	39
5. 1 Informace potřebné k vyšetření ADHD	40
5. 2 Tělesné vyšetření.....	42
5. 3 Další vyšetření	42
5. 4 Posuzovací škály	43

6. Vzdělání a výchova dítěte s ADHD	45
6.1 Vzdělávání.....	45
6. 2 Výchova.....	48
6. 3 Legislativní ustanovení.....	52
7. Klady a zápory hyperaktivity	56
8. Cíl průzkumu.....	62
8. 1 Stanovení průzkumných hypotéz	62
8. 2 Charakteristika průzkumu	62
9. Analýza výsledků	64
9. 1 Výsledky získané metodou dotazníku	64
9. 2 Ověření hypotéz	75
10. Diskuze.....	76
ZÁVĚR.....	78
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	83

Úvod

Obor speciální pedagogikami skýtá spoustu zajímavých témat ke zpracování, ovšem syndrom ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder) a ADD (Attention Deficit Disorder) má v sobě něco obzvlášť zajímavého, co láká toto téma prozkoumat více do hloubky. V posledních letech se ať už v předškolních nebo školních zařízeních objevuje stále více dětí trpících touto poruchou. Mezi první, kteří si to uvědomují, bývají rodiče dětí a dále učitelé dětí. Cílem diplomové práce je charakterizovat a popsat syndrom ADHD/ADD, příčiny jeho vzniku a faktory podílející se na jeho vzniku.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, do teoretické a praktické části. Začátek teoretické části je věnován vymezení základních pojmů, kterými jsou například ADHD, ADD, nepozornost, hyperaktivita a v neposlední řadě také impulzivita. Dále se diplomová práce zaměřuje na historii hyperkinetické poruchy, neopomenutelnou kapitolou je etiologie vzniku ADHD, která se dělí na podkapitoly podrobněji vysvětlující biologické příčiny hyperkinetické poruchy. Obsáhlá kapitola popisující základní projevy ADHD, se zaměřuje na poruchy pozornosti, hyperaktivitu, impulzivitu, percepčně motorické poruchy, poruchy paměti, poruchy myšlení a řeči a také na emoční poruchy a poruchy chování. Jedna z kapitol je věnovaná vyšetření hyperkinetické poruchy. Důležitou částí diplomové práce je také vzdělávání a výchova dítěte s ADHD.

Závěr diplomové práce je věnován praktické části, která je zacílena na cíl výzkumu, dále se věnuje vyhodnocení výsledků výzkumu, ke kterému byl použit dotazník a kazuistika.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení základních pojmů

Následující kapitola se zaměřuje na základní terminologii, která se bude objevovat v celé diplomové práci. Jedná se zejména o termíny ADHD, ADD, nepozornost, hyperaktivita a impulzivita.

Zkratka ADHD je původně z anglických slov Attention Deficit Hyperactivity Disorders, což se překládá jako porucha pozornosti a hyperaktivity.

Zkratka ADD je také původně z anglických slov Attention Deficit Disorder, což překládáme jako poruchu pozornosti bez hyperaktivity. Někteří odborníci označují ADHD a ADD pod jednotným názvem hyperkinetická porucha. Mnoho odborníků ovšem mezi pojmy ADHD a ADD uvádí rozdíly. Níže se bude uvádět pouze termín ADHD, protože ADD lze chápat jako podřazený termín.

Laniado (2008, s. 24). říká: „*Schází přesná definice hyperaktivity, jako poruchy. Po letech bádání a zkoumání případů se zakládá převážně na domněnkách a z tohoto důvodu jí nemůžeme předcházet.*“

Odborníci i lékaři, kteří vyšetřují a léčí pacienty s psychickými nebo tělesnými chorobami či jinými behaviorálními problémy se snaží, kdykoli je to jen možné, stanovit diagnózu. Lékaři z celého světa se znovu a znovu schází, aby vylepšili systém klasifikace syndromů, nemocí i poruch. V konečném důsledku jsou všem chorobám známým v lékařských i vědeckých společnostech na celém světě prisouzena jména- diagnostické nálepky. Stejnou diagnózou by měl být označen všude na světě člověk- pacient, pokud má podle známého klasifikačního systému určen soubor symptomů a klinických příznaků. Tímto se umožňuje odborníkům i lékařům využít

výsledků vědecké práce, která byla provedena u pacientů s jasně danými symptomy, k tomu, aby mohli:

1. „*předpovědět pravděpodobnou příčinu symptomů nemoci*
2. *předpovědět nejpravděpodobnější průběh nemoci*
3. *rozhodnout, jaká léčba bude v daném případě nejúčinnější*“ (Munden, 2008, s. 15).

Je velmi důležité, aby se všichni zúčastnění odborníci shodli, v rámci diagnostikování fyzické, emoční, psychické či behaviorální poruchy a její léčby, na tom, kde a v čem je chyba, nebo co je chápán pod pojmem diagnóza. Pokud je totiž k symptomům přiřazena určitá diagnóza, může konkrétní osoba vyhledat konkrétní pomoc. Ve výsledku to znamená, že se dané osobě dostane účinné lékařské péče, bude moci získat nadstandardní příspěvek nebo se přestěhuje. V některých případech mohou takové změny zmírnit, či dokonce odstranit symptomy, které vedly k původně stanovené diagnóze. V závislosti na zkvalitňování vědomostí v daných oblastech nemocí a poruch se zlepšují diagnostická kritéria, která lékaři a ostatní odborníci užívají.

V dnešní době jsou nám známy dva hlavní klasifikační systémy (soubory diagnostických kritérií):

1. „*Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (The International Classification of Diseases, 10th edition, neboli ICD- 10, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize neboli MKN- 10).*
2. *Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, neboli DSM- IV).*“ (Munden, 2008, s. 16).

Diagnostická kritéria jsou tato:

MKN- 10: Hyperkinetická porucha

Nepozornost

„Alespoň šest z následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:

1. často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách
2. často neudrží pozornost při plnění úkolů nebo při hraní
3. často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká
4. často nedokáže postupovat podle pokynů nebo dokončit školní práce, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice či nepochopilo zadání
5. často není sto uspořádat si úkoly a činnosti
6. často se vyhýbá úkolům, například domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí
7. často ztrácí věci potřebné pro vykonání určitých úkolů nebo činností, například školní pomůcky, pera, knížky, hračky nebo nástroje
8. často se dál lehce vyrušit vnějšími podněty
9. často je při běžných denních činnostech zapomětlivý

Hyperaktivita

Alespoň tři z následujících příznaků hyperaktivity přetrvávají po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stádiu:

1. často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli
2. při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle

3. často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se mohou vyskytovat pouze pocity neklidu)
4. často je nadměrně hlučné při hraní nebo má potíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech
5. trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou není schopno zásadně podřizovat společenským podmínkám nebo požadavkům

Impulzivita

Alespoň jeden z následujících příznaků impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu

1. často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka
2. často nevydrží stát v řadě nebo nedokáže počkat, až na ně přijde řada při hře nebo v kolektivu
3. často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře)
4. bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví.“ (Munden, 2008, s. 17).

2. Hyperkinetická porucha z pohledu historie

Na začátku 20. století poprvé upoutaly pozornost lékařů příznaky hyperkinetické poruchy u dětí. V roce 1902 doktor G. F. Still vyšetřil skupinku 20 dětí, které vykazovaly známky neklidu a výrazně nežádoucí chování, i přestože byly vychovávány v dobré rodině, kde se dětem věnovala dostatečná pozornost. Cíleně se vyhnul dětem, které se vymykaly tomuto standardu. Povšiml si u těchto dětí projevů hyperaktivity, poruchy chování různého druhu, narušenou pozornost i problémů s učením. Dalším poznatkem bylo i to, že příznaky se více projevují u chlapců nežli u děvčat. Z této studie došel k závěru, že tyto projevy jsou pravděpodobně z biologické příčiny, jelikož příčina zanedbání výchovy a vliv prostředí byly vyloučeny. Jeho poznatky byly později podpořeny častějším výskytem deprese nebo alkoholismu v daných rodinách. Tento teoretický předpoklad byl nadčasový, když se uváží, že na začátku 20. století byly poruchy chování u dětí považovány za „morální defekt“, obvykle spojovaný s charakterovými vadami rodičů i nedůslednou výchovou. Často tolerovanou metodou léčby v tomto období bylo bytí, což mělo mít za účel poslušnost dětí.

Po roce 1918 tedy po skončení 1. světové války byly u velké skupiny dětí pozorovány následky epidemie encefalitis lethargica, které se projevovaly změnami chování i psychiky, což poukazovalo na význam organických faktorů v etiologii a patogenezi některých behaviorálních syndromů. Na konci třicátých let 20. století byla velmi posílena hypotéza o biologickém podkladu u hyperkinetických poruch, když Charles Bradley začal používat u dětí s poruchami chování psychostimulační látky. Po užití léku benzedrin (racemická směs dextro a levoamfetaminu) bylo znatelné zmírnění hyperaktivity i zlepšení prospěchu u neklidných dětí.

LMD (dále jen LMD), tedy termín lehká mozková dysfunkce se objevil pro potřebu sjednocení terminologie a ohraničení diagnostických kritérií této poruchy v mezinárodním měřítku. V Chicagu v roce 1963 se na používání termínu LMD dohodla řada odborníků a pod taktovkou S. Clementse i

vypracovali i určitou definici tohoto syndromu. Drtílková (2007, s. 16) říká: *„Jsou to děti vyšší, průměrné nebo podprůměrné inteligence, s různými poruchami chování nebo učení. Různé formy onemocnění, od velice mírných až po závažné, jsou spojeny s odchylkami funkcí CNS. Tyto deviace se mohou manifestovat v různých poruchách percepce, tvoření pojmů, paměti, řeči, pozornosti, impulzivity nebo motorických funkcí. Změny mohou vznikat z genetického nebo biochemického porušení regulace, z poškození perinatálního nebo jinými nemocemi a poruchami vzniklými v době, která je typická pro vývoj a vyžívání CNS.“*

Zkratka LMD se stala obecně známým a užívaným termínem nejenom v psychiatrii, ale i v příbuzných oborech a u některých oborů tento výraz přetrvává dodnes. Ve většině případů byla LMD považována jako následek perinatálního poškození mozku a to zejména neurologové chápali toto poškození jako „lehkou“ formu dětské mozkové obrny. I v naší pedopsychiatrické praxi byla po mnoho let pro děti s hyperkinetickými příznaky užívána diagnóza „psychomotorická instabilita na bázi LMD.“

Z pohledu odborníku dnes je užívání zastaralého termínu LMD chybné. Je opravdu udivující, že 13 let po zavedení klasifikačních kritérií MKN-10 pro hyperkinetické poruchy řada našich odborníků stále trvá a setrvává na termínu LMD.

Odborníci Laufer a Denhoff v roce 1957 dostali do povědomí společnosti termín „hyperkinetické impulzivní poruchy“ (hyperkinetic impulse disorder), kdy kritéria vycházela pouze z klinických příznaků hyperaktivity a impulzivity a bez dalšího ohledu na etiologii. V poslední, tedy 10. revizi MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) je uveden termín „hyperkinetické poruchy“. (Drtílková, 2007)

3. Etiologie vzniku ADHD

U dětí jsou velmi často příčiny vzniku hyperaktivity nejasné. Nejčastěji se uvádí, jako příčina vzniku hyperaktivity drobné difúzní poškození mozku, vznikající v období vývoje a také zrání CNS. Ve velkém procentu případů bývá příčinou tohoto poškození- nedostatek kyslíku neboli hypoxie nebo krvácení do mozku (které zpravidla vzniká jako důsledek dlouhodobějšího nedostatku kyslíku, což může vést k poškození nebo až k odumírání mozkových buněk). Jucovičová (2010, s. 12) říká: *„Tato poškození vznikají negativním působením různých vlivů v období těhotenství, v době porodu nebo v raném dětství- např. nepříznivý zdravotní stav matky v těhotenství, komplikace v průběhu porodu, nedonošenost (výrazně nezralá mozková tkáň je značně zranitelná- je známá skutečnost, že náchylnějším k různým druhům poruch jsou chlapci) nebo i přenosnost dítěte, infekční a horečnatá onemocnění po porodu, úrazy hlavy, déletrvající stavy bezvědomí apod.“*

V posledních letech je kladen důraz na velký podíl genetických faktorů, které mohou být příčinou vzniku hyperaktivity. Toto se shoduje nejen s výzkumy, ale také s dlouhodobými poznatky z praxe, kdy velmi často mívá poruchu hyperaktivity někdo z rodičů či prarodičů nebo sourozenců- procentuálně jsou na tom hůře chlapci, jelikož se hyperaktivita dědí více po mužské linii.

V mnoha případech bývá příčinou vzniku hyperaktivity i kombinace obou již výše zmíněných faktorů, kupříkladu otec dítěte je hyperaktivní a matka prodělala rizikové těhotenství ukončené protražovaným porodem.

Jucovičová (2010, s. 12) říká: *„Další etiologické modely: kognitivní, kdy dominují obtíže s útlumem činnosti (dítě netrpí rychlými reakcemi, ale nedostatkem útlumu, pomalými útlumovými reakcemi), neurobiologický, který uvádí odchylky ve stavbě a činnosti některých mozkových struktur, biochemický, který odhaluje nedostatek některých neurotransmiterů (přenašečů*

informace mezi mozkovými buňkami- neurony), tj. dopaminu, noradrenalinu a serotoninu, a konečně již výše zmíněný model genetický.“

I když příčiny vzniku hyperaktivity mohou být dosti nejasné a nedaří se je vždy odhalit, z výše uvedeného je jasné, že se u dětí jedná vždy o problematiku vrozenou, případně časně získanou. Jedná se také o obtíže, které není dítě schopno samo ovlivnit. Všechny projevy je však možné vhodně zvolenou terapií a vhodným výchovným přístupem k danému dítěti postupně ovlivnit takovým způsobem, aby to pro samotné dítě nebylo zatěžující. (Jucovičová, 2010).

3. 1 Biologické příčiny hyperkinetické poruchy

Postupem času jsou naše poznatky o fungování lidského mozku podrobnější, a tím se bohužel zdají být příčiny mnoha psychických poruch složitější nežli v minulosti. Stále častěji se opouští od starších, jednodušších teorií, které jsou postupně nahrazovány novějšími hypotézami, které se zakládají na poznatcích z oblasti moderní neurofyziologie, neurochemie, molekulární biologie i genetiky ve snaze pochopit etiopatogenetické souvislosti v celé jejich šíři. Nový pohled díky zobrazovacím technikám lidského mozku, umožnil „vidět“ a odhalovat změny některých mozkových funkcí, které doplňují lidské emoce a myšlení. Tento fantastický posun znalostí se týká také hyperkinetické poruchy, která přestala být známá jako lehká mozková dysfunkce, vzniklá většinou jako důsledek perinatálních komplikací, nýbrž se stala velice špatně srozumitelnou poruchou, kterou provází dysfunkce neurotransmiterů, receptorů i dysfunkční varianty různých genů. Pro psychology, pediatry, speciální pedagogy i pro další odborníky příbuzných oborů je velice těžké sledovat nové poznatky u dětí s hyperkinetickou poruchou a porozumět všem daným souvislostem.

Podle posledních výzkumů je příčina hyperkinetické poruchy s největší pravděpodobností heterogenní, v etiologii se mohou uplatňovat jak genetické, tak i negenetické faktory, které se spojují s neuroanatomickými a neurochemickými inzulty, které se projevují většinou prenatálně. (Drtílková, 2007).

3. 1. 1 Negenetické faktory

Mezi rizikové biologické negenetické faktory patří konzumace alkoholu, kouření matky během těhotenství, nízká porodní váha novorozence, předčasné porody, perinatální traumata spojená s nedostatkem kyslíku a úrazy, které zasáhnou hlavně frontální a nefrontální regiony. Děti, které prodělaly těžký úraz hlavy, mají větší riziko, že se u nich vyvinou příznaky ADHD, obvykle s převažující poruchou pozornosti. Také bazální ganglia, která sehrávají důležitou roli v patofyziologii hyperkinetické poruchy, patří k metabolicky nejaktivnějším strukturám mozku a jsou také velmi citlivá na hypoxické inzulty. Mnohem důležitější je vliv chronických faktorů (například toxémie) nežli akutních, traumatických příhod.

Drtílková (2007, s. 42) říká: „Že dosud 24 klinických studií potvrdilo zvýšené riziko vzniku ADHD u dětí, jejichž matky kouřily během gravidity. Pravděpodobně existuje souvislost s aktivací nikotinových receptorů modulujících dopaminergní aktivitu, která má klíčový význam v patofyziologii ADHD.“

Hraničně bývá přisuzován i vliv toxinů prostředí, například radioaktivity či umělých aromat a barviv v potravinách- tyto domněnky byly velice populární v 80. letech minulého století, ale díky nedostatku důkazů bylo od této teorie upuštěno.

Další skupinou dětí, u kterých se projevuje častěji hyperkinetická porucha, nežli u dětí zdravých jsou děti s fetálním alkoholovým syndromem.

Průzkumy i studie zaměřené na děti s ADHD a jejich rodiny rovněž ukazují, že porucha se s největší pravděpodobností projeví u dětí, které mají nepříznivé psychosociální podmínky, zejména pokud dochází ke kumulaci (dlouhodobě disharmonické prostředí, časté konfliktní situace, menší sounáležitost rodiny nebo psychopatologie u jednoho z rodičů- zejména u matky). (Drtílková, 2007).

3. 1. 2 Genetické faktory

Genetickou složku hyperkinetické poruchy také potvrzují hojně rodinné i genealogické studie. Je prokázáno, že u mužů s hyperkinetickou poruchou je pravděpodobnost, že jejich příbuzní prvního stupně, mají až pětkrát vyšší riziko přenosu poruchy ve srovnání s normálními kontrolovanými osobami. Výsledky ze studií dvojčat vykazují, že významnější shoda ve výskytu hyperkinetické poruchy se objevuje u monozygotních párů než u dizygotních párů a iritabilita symptomů hyperkinetické poruchy se vymezuje mezi 0,39 a 0,91. I studie na adoptovaných dětech potvrdily genetickou složku hyperkinetické poruchy-jelikož biologičtí rodiče dětí, které trpí, hyperkinetickou poruchou sami tuto poruchu mají v 7,5% v porovnání s adoptivními rodiči, kteří trpí danou poruchou jen ve 2,1% .

Z výsledků mnoha molekulárně genetických studií z posledních let, je prokázáno, že u jedinců s hyperkinetickou poruchou se velmi často objevují specifické alely určitých genů, které mohou být příčinou poruch neurotransmise, případně za určité neurovývojové odchylky mozkových struktur a funkcí. Je také zvažováno, že specifické polymorfismy genů i jejich kombinace mohou zapříčinit vznik určitých subtypů hyperkinetické poruchy se specifickou symptomatologií, možná i s odlišnou prognózou a různou reakcí na léky. (Drtilková, 2007).

3. 1. 3 Poruchy neurotransmise

Mínění o biologickém základě hyperkinetické poruchy mělo za následek v druhé polovině minulého století hledání nějakých markerů, které by mohly potvrdit předpokládané odchylky v metabolismu mozku. Na základě tehdejší medicíny bylo prováděno mnoho různých biochemických měření, které ukázala u velké části postižených dětí sníženou exkreci metabolitů katecholaminů (dopaminu a noradrenalinu).

V sedmdesátých letech minulého století se objevily ojedinělé návrhy označit hyperkinetickou poruchu jako „porucha metabolismu monoaminů“ či

„centrální amfetaminémie“. Nové povědomí o fungování lidského mozku a větší porozumění mechanismu působení stimulací v CNS se staly základem pro vytvoření prvního patofyziologického modelu hyperkinetické poruchy. Roku 1970 vyjádřil C. Kortensky „katecholaminovou hypotézu hyperaktivity“, podle které je hyperkinetická porucha dopadem „snížené produkce či snížené utilizace“ katecholaminů (dopaminu a noradrenalinu) v mozku. Tato hypotéza se avšak z jedné strany opírala o dlouholeté údaje shrnující blahodárný účinek stimulací v léčbě hyperkinetických dětí a na straně druhé o možnost stimulancí zvyšovat hladiny dopaminu a noradrenalinu v mozku.

Soubor starších a novějších neurochemických nálezů dává za pravdu předpokladu o dysfunkci katecholaminů u hyperkinetické poruchy.

„Pro poruchu v dopaminové oblasti svědčí:

- *Studie uvádějící korelaci mezi hladinou kyseliny homovanilové (HVA), která je metabolitem dopaminu, a mírou hyperaktivity a impulzivity*
- *Nálezy zvýšené denzity dopaminového transportéru (DAT) ve striatu s následným snížením koncentrace dopaminu v synaptických štěrbinách*
- *V preklinických studiích, po zvýšení dopaminové transmise v oblasti striga, došlo k indukci motorické hyperaktivity*
- *Po blokádě dopaminového systému v nefrontální oblasti došlo k poškození paměti a inhibičních mechanismů*

Pro poruchu v noradrenalinové oblasti svědčí:

- *Nálezy snížené exkrece MHPG (3-methoxy-4hydroxyphenylglykolu, metabolitu noradrenalinu) v moči*
- *Příznivý efekt látek zvyšujících noradrenergní transmise bicyklických antidepressiv (atomoxetin, clonidin aj)*
- *Látky, které ovlivňují pouze dopaminový systém- dopaminový agonisté (L-dopa, amantadin aj.), neprokázaly efekt v léčbě ADHD“ (Drtilková, 2007, s. 44).*

Mnohé další studie se zabývaly také serotoninem, jehož snížené hladiny byly popsány u některých impulzivních a depresivních poruch. Bylo zjištěno, že u dětí trpících poruchou ADHD spolu s komorbidní poruchou opozičního vzdoru, hladiny serotoninu nižší než u „čisté“ ADHD, což poukazuje na to, že aktivita serotoninu je spjata spíše s poruchami chování (impulzivitou) než s hyperkinetickými příznaky.

Byla vyslovena také hypotéza, že ADHD se může objevit jako syndrom energetického deficitu (energy deficiency syndrome) v důsledku sníženého glukózového a glykogenového metabolismu astrocytů. Podle vývojového hlediska je dopamin důležitý pro průběh kortikální maturace a biorizace neuronů dopaminového systému. Energetický nedostatek by teoreticky mohl být příčinou vývoje sníženého počtu katecholaminových synapsí, jejich malé formace nebo ustálení.

V nepatrném podílu může hyperkinetická porucha symptomatologie souviset s generalizovanou rezistencí na hormon štítné žlázy. Byla objevena spojitost generalizované rezistence k thyreoidnímu hormonu s mutací genu pro lidský thyreoidní receptor beta. Na základě poznatků preklinických studií tato dědičná abnormalita může v prenatalním období velmi špatně ovlivnit růst axonů, proliferaci a migraci neuronů, narušit genové exprese kontrolované trijodthyroninem během kritického období vývoje mozku a zapříčinit tak poruchy neurotransmise katecholaminů. (Drtílková, 2007).

3. 1. 4 Neurotransmitery- chemičtí poslové mozku

Dopamin, adrenalin i noradrenalin spadají do katecholaminové skupiny neurotransmiterů a mimo kontroly emocí a motorické aktivity u lidí jsou zodpovědné také za kognitivní funkce a motivaci. Noradrenalin má významnou roli v procesech spánku a bdění, v udržení a koncentrace pozornosti, totéž platí i v učení a paměti, dopaminové neurony ve středním mozku usměřují motorickou kontrolu a emoce jsou začleněny do různých kognitivních procesů

a různých druhů paměti. Ve striatu dopamin zapříčiňuje hladkou koordinaci končetin. Upadání dopaminových drah a následná deplece dopaminu vedou k hypokinezi, tremoru, a rigiditě, typickým pro Parkinsonův syndrom. Dopamin je důležitý v ovlivňování psychomotoriky, pozornosti i druhu chování souvisejícího s pocitem odměny, které jsou dysfunkční u ADHD.

Dopamin je neurotransmiterů ovlivňující aktivitu neuronů mozku odpovědných za emoce, motorickou aktivitu a změnu sociálního chování.

Noradrenalin má vliv na slovní paměť, behaviorální inhibici a schopnost plánování. Noradrenalin se také podílí na kontrole pozornostního systému v superiorní parietální oblasti a napomáhá odlišovat staré i nové podněty. Noradrenalin je významným regulátorem pozornosti i chování a léčba noradrenergními látkami nemá určité nevýhody, které jsou provázány s aktivací dopaminového systému, jako jsou například euforie, anorexie, tiky nebo vznik závislosti a nespavost. (Drtílková, 2007).

4. Popis základních projevů ADHD

Do základních projevů syndromu ADHD patří porucha pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Kromě těchto základních projevů, syndromu ADHD, můžeme u hyperaktivních dětí sledovat i další poruchy, které s vlastním syndromem souvisejí. Jsou to percepčně motorické poruchy- poruchy motoriky, motorické a senzomotorické koordinace, ale i poruchy percepčních funkcí, hlavně zrakového i sluchového vnímání. Pozorujeme také poruchy poznávacích funkcí, hlavně poruchy paměti, které jsou spjaté s poruchou koncentrace pozornosti, a rovněž i poruchy v oblasti myšlení a řeči a nelze zapomenout také na zvláštnosti v komunikaci dětí s ADHD- všechno je zase spjato s impulzivitou a percepčně motorickými poruchami. S uvědomováním sebe sama jsou spjaty u dětí s ADHD i emoční poruchy a poté i poruchy chování. Propojení ADHD mají také vývojové poruchy školních dovedností, které mají svůj základ v poruše percepčně motorických funkcí a u hyperaktivních dětí bývají často podpořeny kolísáním schopnosti koncentrace pozornosti, impulzivitou a poruchami paměti a řeči.

Určité tyto poruchy bývají u dětí znatelné již od útlého věku, jiné se začnou projevovat výrazněji až v období, kdy jsou na děti zvyšovány nároky. Ve většině případů při nástupu do mateřské školy bývá vyžadována určitá míra pozornosti a korekce chování dítěte- hyperaktivita, impulzivita, emoční poruchy a poruchy chování se značně ukazují a znesnadňují dítěti jeho socializační proces. Největší požadavky na výkonnost dítěte vyžaduje základní škola- nástup na základní školu je velice často pro děti s ADHD zlomovým.

(Jucovičová, 2010).

4. 1 Základní projevy ADHD v jednotlivých vývojových stádiích dítěte

U malých dětí, například ve vývojovém období kojence, je velice obtížné hyperaktivitu i hypoaktivitu určit. Dá se ovšem říci, že tyto děti bývají neklidnější než ostatní, mají poruchy biorytmu, tzn. poruchy spánku a bdění- to vše v mnohem větším měřítku než u ostatních dětí a tyto poruchy také přetrvávají déle. Pokud dítě netrpí poruchou biorytmu, dochází ke srovnání rozdílu v rytmu čilosti a spánku během několika týdnů po narození. U hyperaktivních dětí trvají tyto poruchy mnohem déle, může se mluvit až o několika letech- mají problém s usínáním, v noci se často budí. Některé hyperaktivní děti velmi brzo odmítají odpolední spánek, což bývá později problém v mateřské škole, kde to narušuje denní chod. U kojenců se objevuje i problém se sáním, často bývají dokrmováni nebo je nutno přejít na umělou výživu. Často a viditelně bez důvodu pláčí. Kojenci s těmito obtížemi způsobují matkám velké starosti- jsou totiž neklidní, podráždění, pláčí a křičí, přestože všechny životní potřeby byly uspokojeny. Může být ohrožen vztah mezi matkou a dítětem, jelikož se matky cítí unavené, frustrované- důvodem je pocit matky, že své dítě nedokáže uspokojit, nerozumí mu, nedokáže ho uklidnit. Jako další důsledek se uvádí negativní zpětná vazba od partnera, od prarodičů, přátel směrem k matce, jelikož se jim zdá, že není schopná se postarat ani o tak malé dítě. To v matkách vyvolává pocit vlastní neschopnosti, nekompetentnosti nebo viny. Skončit to může až v nepřijímání, odmítání dítěte nebo k partnerským krizím. Studie uvádějí alarmující procento rozvodovosti u rodičů hyperaktivních dětí (je to jen jeden z mnoha důvodů).

V dalším vývojovém období, tedy v batolecím období je u dětí typická zvýšená pohyblivost, což má za následek častější úrazy. Tyto děti nemají potřebu spánku, ale dělá jim problém se delší dobu soustředit na hru. Už v tomto období je možné sledovat zvýšenou neobratnost, neohrabanost. Projevují se první afektivní výbuchy- což bývá reakce dětí na vlastní neúspěchy a omezení, které jim z důvodů vlastní bezpečnosti kladou rodiče. Afektivní výbuchy se projevují zlostí až agresí (ničí hračky, ubližuje druhým

dětem). Nepřiměřeně silné bývají reakce na menší podněty- tento jen se nazývá nízká frustrační tolerance. Negativismus a afektivní reakce je běžná u všech dětí v tomto vývojovém období, nýbrž u dětí s poruchou ADHD se projevuje silně a trvá i déle. Pokud je rodič vnímavý, v porovnání s vrstevníky dítěte vidí, že je něco jinak. Dítě je považováno za „nadměrně živé“, zlobivé nebo až huře zvladatelné.

Rodina řeší také správné a vhodné vedení dítěte, je důležitá jednotnost obou rodičů. Tyto děti také trpí opožděným vývojem řeči, ale i celkově opožděným nebo nerovnoměrným vývojem (určité projevy odpovídají věku dítěte, v určitých případech ho i předbíhají, jiné jsou znatelně opožděny). U hyperaktivních dětí je typické přeskočení určité vývojové fáze-dítě neleze, ale rovnou chodí, první krůčky lze sledovat už okolo desátého měsíce věku.

Při nástupu dítěte do předškolního zařízení je nerovnoměrný vývoj, hyperaktivita nebo hypoaktivitu, zvýšená efektivita a emocionalita důsledkem mnoha problémů. Může nastat situace, že má dítě z důvodu zhoršené adaptability omezenou docházku do mateřské školy na dopoledne nebo v některých případech je docházka omezena na určité dny, nebo je omezena zcela. U některých dětí se objevují problémy se samoobsluhou (dítě je neobratné, těžkopádné, obléká si věci obráceně apod.). Stále má dítě potíže s delším soustředěním na jednu činnost- pozornost udrží na velmi malou chvíli, nebo ji neudrží vůbec a k činnosti se více nevracejí. V mnoha případech se stává, že dítě odmítá vykonávat určité činnosti (např. děti, u kterých se objevují problémy v grafomotorice, nerady kreslí, dále děti, které mají obtíže v oblasti zrakové percepce a krátkodobé paměti, nerady hrají pexeso). Přetrvávají častější úrazy u těchto dětí- jako příčiny lze uvést poruchy motoriky a motorické koordinace, ale také impulzivní jednání bez zábran.

Z těchto výše zmíněných důvodů bývá u těchto dětí realizován odklad školní docházky o jeden i více roků (nerovnoměrné zrání centrální nervové soustavy, ale také kvůli závažným poruchám řeči, zdravotním důvodům i sociální nezralosti). Je nutno podotknout, že ne u všech dětí s ADHD je nutný odklad školní docházky- každé dítě je nutné posuzovat individuálně.

Ve škole jsou na děti kladeny mnohem vyšší nároky na koncentraci pozornosti a tlumení impulzivity i projevů hyperaktivity. Porucha koncentrace pozornosti se objeví hlavně v situacích, které jsou pro dítě málo motivující a musí se jim podřídit (jako příklad lze uvést nezáživná látka pro dané dítě, nudná, monotónní výuka beze změn). U dítěte nastává problém s podřizováním se pravidlům práce v kolektivu, s dokončováním úkolů a také i s uznáním autority dospělého. (Jucovičová, 2010).

„U dětí v předškolním a školním věku pozorujeme zejména:

- *Poruchu pozornosti*
- *Hyperaktivitu*
- *Impulzivitu*
- *Percepčně motorické poruchy*
- *Poruchy paměti*
- *Poruchy myšlení a řeči*
- *Emoční poruchy a poruchy chování“* (Jucovičová, 2010, s. 26).

Mnoho dalších autorů k výše zmíněným projevům přidává i poruchy spánku a přijímání potravy (poruchy biorytmu a vegetativních funkcí). (Jucovičová, 2010).

4.2 Porucha pozornosti

Charakteristické rysy dětí s ADHD jsou roztěkanost, nesoustředěnost a nepozornost. Nechají se lehce vyrušit z činnosti jakýmkoli impulsem. Jsou hůře odolné vůči vlivu vedlejších, rušivých podnětů. Zdá se, že nedokážou odlišit, co je a není podstatné „dávají pozor na všechno“- jejich pozornost není výběrová, vzhledem k poruše CNS nejsou schopni dostatečně rozlišit a utlumit nedůležité podněty.

Již u předškolních dětí je možné sledovat poruchu schopnosti koncentrace pozornosti, tyto děti si nevydrží hrát delší dobu s jednou hračkou, neudrží pozornost u delších her, špatně se přizpůsobují pravidlům her, velmi

často hru ani nedokončí, těkají od jedné věci ke druhé. Dělá jim problém i poslech pohádek. Neustále potřebují nové podněty, často se nudí, hlavně v případech, pokud zůstanou osamoceny. V největší míře se porucha pozornosti objeví v okamžicích, kdy je potřebné, aby se soustředilo na činnost, která pro ně není zrovna motivující, nejeví o ni zájem, což se projevuje hlavně v období školní docházky (jde o školní práce, domácí přípravu na školní práci). Praxe ukazuje, že rodiče popisují, jak zdouhavá je příprava na vyučování, zpracování domácích úkolů, dále uvádí, jak se dítě špatně soustředí, nedává pozor, je vlastně myšlenkami na jiném místě. Pozornost tohoto dítěte zaujme nejen cokoli, co je v místnosti s dítětem, zvuky z vedlejších pokojů, ale i věci, které dítě sleduje za oknem na ulici, nevyjímaje i jeho vlastní „vnitřní“ podněty- např. okamžitý nápad, který v danou chvíli s prací nikterak nesouvisí. Dítě také užívá všech eventualit, jak od přidělené aktivity utéct, nebo ji alespoň omezit. Dítě má sklon nedokončovat úkoly, neplnit úkoly. Jsou ovšem případy, kdy dítě není schopné se soustředit na činnosti, které jsou pro něj zajímavé, baví ho (stavba kostek, videohry, sledování televize apod.)

Hlavní rolí ve schopnosti koncentrovat pozornost dítěte s ADHD je motivace a přiměřená stimulace.

Tyto děti lze popsat jako netrpělivé- zadaná práce, která potřebuje určitou míru soustředění, trpělivost nebo delší čas, se velmi často ani nedokončí, když se dokončí- přestane je zajímat, baví, na selhání reagují afektem či agresí. Problémy hyperaktivních dětí tkví nejen ve zvýšené těkavosti nebo snadné sklonitelnosti pozornosti, ale i neodpovídající stimulaci dítěte, která snižuje jeho úplný výkon.

Objevuje se teorie, jež dává sníženou schopnost koncentrace pozornosti do spojitosti s celkovou změnou aktivační úrovně plynoucí z hyperaktivity, s kolísáním výkonnosti a se zvýšenou unavitelností a menší tolerancí k zátěži. Porucha pozornosti záporně ovlivňuje všechny kognitivní procesy (percepčně motorické poruchy, poruchy paměti, myšlení a řeči).

Nepoměrné kolísání koncentrace pozornosti, které můžeme sledovat u dětí se, nazývá také jinak jako fluktuace pozornosti- zdá se zdánlivě bez příčin, kdy je záporně působeno na délku trvání koncentrace pozornosti, dítě se na okamžik soustředí dobře, poté reaguje snížením pozornosti nebo dokonce jejím výpadkem a po chvílce je schopno na krátkou dobu zase vnímat.

Dalším poznatkem je rozsah pozornosti, kdy děti trpí jeho neadekvátností a malým rozsahem pozornosti. U těchto dětí je možné přijmout jen malé množství informací, čímž zase trpí jejich schopnost učení a je působeno i na schopnost zapamatování si nových informací.

Konkrétní zaměření pozornosti pro tyto děti není běžné a ani všední a velmi často to obnáší hodně snahy. Z tohoto důvodu je jejich pozornost velmi brzy unavitelná. Doba trvání koncentrace pozornosti tedy participuje na i rychlé unavitelnosti dětí s ADHD.

Dalším poznatkem o pozornosti je i ulpívání, kdy pozornost může ulpět na jednom podnětu a stěží se od něj odpoutává. Dítě se dlouhou dobu není schopno odpoutat od pro něj pozoruhodného, poutavého podnětu a soustředit se na další věc- např. z ničeho nic, se začne opět hovořit o tématu, o kterém se mluvilo před nějakou dobou, neustále se k tématu vrací, i přestože bylo všechno „řečeno“.

U dětí s poruchou ADHD bývá pozornost nazývána jako nevýběrová, i když dítě zdá se „dává na všechno pozor“, není schopno rozdělit podstatné od nepodstatného a to zapřičiňuje, že některé informace jsou vytlačeny, takže dítě si pamatuje jen určité, bezděčně uložené v paměti, které nemusí být důležité, a naopak může dojít k vytlačení podstatných informací. Síla koncentrace pozornosti může být i slabší, je lehce odklonitelná všemi podněty, které jsou pro dítě osobně zajímavější, lákavější.

S poruchami koncentrace pozornosti souvisí i skutečnost, že tyto děti i v řeči, v komunikaci s druhými lidmi skáčou do řeči, ale také stále mění témata hovoru, mluví o tom, co je napadne. Je nadlidským výkonem udržet jednu linii hovoru. Je pro ně také velmi složité vyčkat, až druhý domluví (z těchto důvodů

jsou často neoprávněně označovány za nevychované, neakceptující autoritu jako v případě, kdy paní učitelka dítěti něco vysvětluje a dítě se z ničeho nic optá na zcela jinou věc). Jejich reakce se týkají jen částí informací, z čehož vyplývají zbytečné chyby, nebo neadekvátní reakce a to má za následek konfliktní situace.

Jako další souvislost s poruchami pozornosti, ale také paměti je to, že tyto děti reagují na pokyny opožděně, je nezbytné je i mnohokrát opakovat a přesto si je záhy nepamatují. Díky častému opakování pokynů je dítě zahlceno sluchovými podněty a to má za následek omezené vnímání. Rodiče i učitelé často dochází k závěrům, že dítě „ má něco s ušima“, že nechápu, co se po nich chce nebo, že jsou neposlušné.

Souhrnně lze diagnostikovat, že schopnost koncentrace pozornosti u dětí s ADHD lze srovnávat s věkově mladšími dětmi a že kvůli jejím poruchám děti mnohdy reagují na spoustu rozličných situací neadekvátně- nejsou schopni rozlišit, co je a není podstatné, na co reagovat a na co nikoli. Typickým rysem pro děti s ADHD je nedokončení práce či nesplnění úkolů. Díky poruchám pozornosti, které dítěti ztrpčují přizpůsobení na sociální prostředí, tak i schopnost učení, je dítě vystaveno dlouhodobým stresovým situacím, které se perspektivně negativně podepisují na jeho prožívání a formují jeho psychiku.

(Jucovičová, 2010).

4. 3 Hyperaktivita

Hyperaktivita je popisována jako nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické nebo hlasové aktivity. Uváděny jsou pohyby, které jsou nepotřebné, jako je například vrtění a neklid, ale i pohyby, které nejsou v souladu se zadanými úkoly, které jsou vlastně zbytečné. V komunikaci se hyperaktivita projevuje nadměrným řečovým projevem, častým glosováním, skákáním druhým do řeči nebo vyluzováním nenormálních zvuků. K typickým projevům hyperaktivity patří neustálý pohyb dítěte, dítě neposedí, hraje si

s rukama, přešlapuje, padá ze židle, nedá pokoj druhým dětem, stále něco kreslí, pořád dokola mluví, je rušitel v kolektivu.

Tato přetrvávající fyzická aktivita je nazývána jako psychomotorický neklid. Pokud se psychomotorický neklid týká celého těla, tak zvýšená pohyblivost, nekoordinované a rychlé pohyby mohou zapříčinit například již zmiňované padání ze židle nebo podobné úrazy. Dále se u těchto dětí objevuje jemný psychomotorický neklid, který se specifikuje stálými jemnými pohyby rukou nebo nohou (neustále si hrají s rukama, s prsty, neustálá potřeba svírat něco v rukách, na něco sahat nebo kopání nohama) a také jemné pohyby celého těla, mezi které patří pro představu ošívání. U dítěte se objevuje celkové napětí a to jak v psychické, tak ve fyzické podobě.

Za zmínku stojí i jemné záškuby mimického svalstva, které také spadají do psychomotorického neklidu (o dětech se říká, že „grimasují“). Spojitost s poruchou ADHD má i tzv. tiková porucha a Tourettův syndrom.

U řečového projevu je typická tzv. překotnost- děti ze sebe chrlí slova a je vidno, že ústa nestačí reprodukovat myšlenky a to na následek zajíkání a zadýchanost. Dalším typickým znakem je velmi hlasitá mluva, až křik a přitom si to děti ani neuvědomují a nechápu, proč po nich rodič nebo učitel chce, aby ztišily hlas. V kolektivu mají tendenci se prosazovat, a proto se překřikují.

Hyperaktivita může být chápána i jako změna aktivační úrovně, „*kdy převládá zvýšená úroveň aktivity centrální nervové soustavy, hyperaktivita. Nedochází k běžným útlumovým reakcím (např. při únavě), aktivační úroveň je stále zvýšena.*“ (Jucovičová, 2010, s. 32) Praxe je taková, že dítě je neustále aktivní, i když už je unavené, pořád je v pohybu. V nitru je přitom unavené, nespokojené, v nepohodě, ale aktivitu není schopno přerušit. Tyto děti jsou popisovány jako „neunavitelné“. Velkou zátěž pociťuje jejich nervová soustava, jelikož hyperaktivní děti nejsou schopni reagovat na signály únavy a včas si odpočinout. Zůstává u nich aktivace organismu, aniž by nastal přirozený útlum- útlumové reakce jsou znatelně pomalejší. Děti s těmito příznaky se projevují jako vývojově mladší.

Hyperaktivní děti často trpí problémy s usínáním, které se projevují dlouhým převalováním v posteli, neustále vstávají. Díky pozdnímu usínání si spánek vynahrazují odpoledne, nebo fungují ve škole unavené. Děti trpící generalizovaným syndromem poruchy pozornosti- ADD, nejsou hyperaktivní, nýbrž hypoaktivní- pro tyto děti je typické velmi pomalé tempo, těžkopádnost, útlum až apatie. Jejich reakce na pokyny, nejsou pohotové, ve škole nestíhají plnit úkoly v určeném čase a obsazují poslední přičky. K těmto dětem se vztahuje sousloví „kam je, postavíte, tam je najdete“ nebo přirovnání „mouchy, snězte si mě“. Díky těmto poznámkám jsou často a nespravedlivě osočováni jako „líné“, i když oni mají jen pomalé tempo. Důležité je zmínit, že inteligence přímo nesouvisí s rychlostí, velké množství pomalých a také vysoce inteligentních lidí, zastává vysoké pracovní posty, kde se tyto vlastnosti vyžadují. V dnešní době, je ale běžné zaměňování slov hyperaktivita- za zlobení a hypokativita za nedostatek nadání.

U hypoaktivních dětí se objevuje zvýšená unavitelnost, což jejich reakci na únavu ještě prohloubí útlumem a tím pádem, jsou děti i podrážděné. Je důležité mít na mysli, že pomalé osobnostní i pracovní tempo je vrozené a není možné ho zrychlit, jelikož pokud dítě vycítí tlak ze strany rodičů nebo učitele, lehce znejistí a mohou se objevit i panické reakce. (Jucovičová, 2010).

4. 4 Impulzivita

Impulzivitu, je možné také nazvat jako okamžitou reakcí na podnět, kdy se vytratí fáze rozmyšlení- dítě jedná na základně prvního impulzu, aniž by přemýšlelo nad postupem a domýšlelo důsledky svého jednání. Typické jsou prudké a intenzivní reakce. Dítě reaguje okamžitě, bez zábran, prudce, z čehož vyplývají nebezpečné až ohrožující situace pro samotné dítě i pro okolí.

Impulzivita je spojena se sníženými volnými ovládacími schopnostmi. Je možné sledovat nerovnoměrné zrání dítěte a i jednání dítěte odpovídá vývojově mladšímu stupni. Děti s ADHD nemají sebekontrolu, sebeovládání

je potlačeno. Reakce dětí bývá rychlejší nežli prvotní přemýšlení o samotné reakci. Tyto děti jsou hlučné, spontánní a živelné.

Nejsou schopni domyslet dopad svého konání. U těchto dětí, se objevují také problémy v komunikaci s ostatními- hovoří více než by měli, je pro ně problém přestat mluvit. Nenechají druhého hovořit a také neustále mění témata hovoru, podle toho, co je zrovna napadlo. K impulzivitě patří i obtíže při vykonávání činností, které vyžadují delší čas. Pracují velmi chaoticky. Během práce nebo hry, se jim ztrácí cíl, účel i postup činnosti, což zapříčiňuje porucha soustředění, koncentrace pozornosti. Ale nedodělávání přidělených úkolů, se může stát v budoucnosti pro děti velkou nevýhodou- narušují učební návyky a také je to omezuje v tom, jak uspět v zaměstnání.

Děti s poruchou impulzivity těžce snášejí okamžité nesplnění svého přání (což má za následek pomalejší zrání CNS- toto chování je běžné u věkově mladších dětí). Dětem dělá potíž připojit se do činností, které vyžadují řád a pravidla. Při možnosti volby si vyberou činnost, při které na ně čeká méně práce a rychlá odměna.

„Upozorňuje se v souvislosti s impulzivitou těchto dětí na vyšší citlivost k vnějším podnětům, která se projevuje zvýšenou dráždivostí. Z tohoto důvodu reagují děti na běžné podněty nepřiměřeně, příliš intenzivně. Upozorňuje i na fakt, že takový způsob jednání vede k rychlejšímu vyčerpání, k únavě dítěte a s tím související mrzuté náladě.“ (Jucovičová, 2010, s. 34).

Záporným způsobem mířené prožívání dětí, tvoří opět podklad k impulzivním, záporně laděným reakcím, které může vést k negativnímu prožívání sama sebe. Jako shrnutí je důležité uvést, že porucha pozornosti, hyperaktivita i impulzivita jsou považovány, za hlavní projevy syndromu ADHD. (Jucovičová, 2010).

4. 5 Percepčně motorické poruchy

4. 5. 1 Poruchy motoriky a senzorické koordinace

Obtíže v jemné nebo v hrubé motorice jsou základní projevy poruchy motoriky. Děti se vyznačují neohrabaností a nešikovností. Mají nekoordinované pohyby a dělá jim velký problém sladit pohyby horních a dolních končetin. Časté bývá zvýšené svalové napětí až křečovitě. Mechanizace pohybů mívá delší průběh.

Problémy v jemné motorice jsou zejména v sebeobsluze- zavázání tkaniček, zapínání knoflíků, oblékání, používání příborů apod. Pravidelně tyto děti ničí věci, jak doma při domácích pracích, tak např. v mateřské školce hračky při hraní. Typické jsou potíže s písmem, které se vyznačuje pomalým tempem, neúhledností, špatnou čitelností. Dostí totožné jsou problémy v rýsování i kreslení. Pokud je narušena motorika mluvidel, vyskytuje se artikulační neobratnost (dítě má potíže v řeči- problémy s vyslovováním delších slov nejnekurióznější- nejhroznější, majoránka- marojánka), či specifické asimilace řeči (problém se slovy, kterých se vyskytují sykavky, měkké nebo tvrdé slabiky). (Jucovičová, 2010).

„Hyperaktivní děti se popisují jako neobratné, nemotorné, které mimo výše uvedené poruchy koordinace pohybů trpí i poruchou harmoničnosti pohybů, přestože tyto děti bývají spíše hypermobilní. Upozorňuje se na fakt, že zmíněné problémy snižují sociální statut dětí, protože jsou outsiders (protože ostatním dětem kazí hru svou neobratností, stávají se terčem posměšků, ostatní děti se je snaží nezřídka ze svého středu vytěsnit).“ (Jucovičová, 2010, s. 36).

4. 5. 2 Poruchy percepčních a kognitivních funkcí

Poruchy sluchového a zrakového vnímání, známe, pod pojmem poruchy percepčních funkcí jsou ve spojitosti s dysgnozí, což je lehčí porucha nebo opožděný vývoj ve sféře vnímání. Pro větší vysvětlení jde o problémy v přesnější diferenciaci, analýze a syntéze vjemů. Děti jsou zatíženy ve větší

míře nedostatky v percepční oblasti a to sluchové i zrakové. Je to porucha funkce, ne orgánu- jelikož zrak i sluch je bez problémů, ale přitom se zdá, jako když dítě špatně vidí a slyší. Nedostatky nastávají také u poruchy pravolevé orientace a orientace v prostoru- dítě má problém určit pravou a levou stranu i ruku, také se nevyzná v čase.

Tyto děti mají omezeno i vnímání vlastního tělesného schématu, což v kombinaci s poruchami jemné a hrubé motoriky má za následek neúspěšnost dětí jak v hodinách tělesné výchovy, ale ve sportu obecně a zájmových činnostech, což se odráží v nižším společenském statutu. Výše zmíněné poruchy jsou ve spojitosti se vznikem specifických vývojových poruch školních dovedností (dyslexie, dysgrafie, apod.).

Jsou známy i poruchy kognitivních funkcí- slabší sluchová paměť (potíž je v zapamatování si učiva, které je podáváno ústně). Dalším nedostatkem je porucha analyticko- syntetické činnosti, která je důležitá pro nácvik čtení a psaní- dítěti dělá problém složit a poté rozložit slovo z písmen a hlásek. Nevýhoda je shledávána i běžném životě, jelikož dítě „nenajde“ věc mezi více dalšími- např. dítě není schopno najít v ledničce jogurt a bude s jistotou tvrdit, že v ledničce žádný jogurt není, i když ho měl „přímo před nosem“. (Jucovičová, 2010).

4. 6 Poruchy paměti

Poruchy paměti jsou příznačné pro děti s ADHD. Jsou to poruchy krátkodobé tzv. provozní paměti, která udrží informace na dobu hodin, dní i týdnů (dlouhodobá paměť udrží informace měsíce i roky). Následkem poruch paměti děti často zapomínají a to jak příkazy, ale i své věci, neustále cosi ztrácejí, poté zase hledají. Nejsou schopni udržet v paměti, co si kam daly, co mají a nemají udělat. Tím si zakládají na problémy ve škole, jelikož učitelé stále komentují u těchto dětí, časté zapomínání pomůcek na vyučování a neplnění domácích úkolů. Rodiče mají problém s tím, že si děti nepamatují,

jaký měli domácí úkoly a pravidelně dbají na to, aby si dítě zapamatovalo učivo.

Problémy činí i poruchy v oblasti krátkodobé paměti- sluchové či zrakové. Tyto poruchy mají trefné úsloví „jedním uchem tam, druhým ven“. Informace si dítě není schopné zapamatovat. Častým jevem bývá ulpívání paměti na konkrétní vzpomínce, na kterou musí dítě dlouze myslet a stále dokola se k ní vrací a to je příčina nemožnosti si vybavit další informace. Souhrnně tyto děti trpí problémem a vybavením konkrétní informace z paměti, tato funkce je narušena, dítě si není schopno vybavit, vzpomenout si, i když je mu jasné, že už tuto informaci slyšelo a tím pádem ji zná. Velkým pomocníkem je zde tzv. asociační učení, kdy se může dítěti jen napovědět třeba část slova či připomenout případ, ve které došlo k uchování informace a pro dítě je poté lehčí si vše vybavit. Mezi poruchy paměti nepatří jen vrytí si informace do paměti, ale také uložení a vybavení si informací z paměti. K velkému překvapení dochází rodiče i učitelé po prázdninách nebo u někoho stačí jen po pár dnech a dítě dělá dojem, že je jako „nepopsaná tabule“. Poruchy paměti jsou častým základem pro vznik specifických poruch školních dovedností- dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, dysmúzie a dyspinxie. (Jucovičová, 2010).

4. 7 Poruchy myšlení a řeči

U poruch myšlení a řeči nejsou výrazně oslabeny rozumové schopnosti, ale je oslabena jejich struktura a také je snížena jejich využitelnost v praxi- schopnosti a výkon dítěte jsou v nepoměru. Je známo, že vývoj rozumových schopností je nestejněměrný, jelikož je zde kolísání ve výkonnosti, výkyvy jsou obrovské a zřetelné. Verbální myšlení je v přesile oproti neverbálnímu myšlení, což je zpříčiněno dopadem změny dynamiky psychických procesů u hyperaktivních dětí. Myšlení i řeč mají základ na sensorice a motorice, které jsou u dětí s ADHD porušeny, to je důvod, proč nastávají problémy a kolísání výkonnosti.

U dětí s ADHD je typické nepružné myšlení, ulpívavé až stereotypní či chaotické a zmatené. Dítě ulpívává na jedné konkrétní myšlence a není schopno se od ní odtrhnout a pořád dokola se k ní vrací. Myšlení je zabíhavé- kdy dítěti unikají důležité údaje a do popředí se dostávají méně podstatné detaily. Pro dítě je problém, zasáhnout situaci celkově. Časté jsou překotnosti v myšlení, určitý stupeň nevyrovnanosti je patrný i zde: myšlení je pak pomalé, neobratné, zdlouhavé nebo naopak rychlé. Pro děti s ADHD je problém chápání souvislostí, zdá se, že postrádají smysl pro systém, posloupnost. Což má spojitost s poruchami orientace v čase a prostoru.

U hyperaktivních dětí se objevuje v myšlení, určitá nerovnoměrnost ve zrání, jejich myšlení je připodobňováno k dětskému, neodpovídajícímu věku, infantilní. Je zhoršená plynulost a soulad myšlení, propojení daných složek je nedokonalé. Počet poruch v oblasti myšlení je obsáhlý, proto je až zarážející, že tyto děti dosahují průměrných až nadprůměrných intelektových schopností, a to všechno je ještě podmíněno dalšími narušenými kognitivními a percepčně motorickými funkcemi.

Poruchy myšlení jsou spjaty i poruchami řeči a ty se dělí do dvou oblastí:

- *„Poruchy porozumění řeči= vznikají vlivem poruch sluchové diferenciace a dysgnozií- tyto děti nechápou význam některých slov a jemné odstíny smyslu sdělení (bývá uváděn i jejich menší smysl pro humor, snížené porozumění jemným narážkám, jako by měly „dlouhé vedení“). K poruchám porozumění přispívá i kolísání pozornosti, kdy se dítě plně nesoustředí na to, co druhý člověk říká, a reaguje jen na část informace.*
- *K poruchám aktivní řeči jsou předně řazeny poruchy artikulace a rytmu řeči. Neobratnost mluvidel zapříčiňuje vadu řeči- dyslalii, kdy dítě špatně vyslovuje jedu i víc hlásek.“ (Jucovičová, 2010, s. 42).*

Typická je také artikulační neobratnost a specifické asimilace, někdy je řeč dítěte nesrozumitelná, což je následek toho, že dítě má potřebu říci co nejrychleji, co nejvíce informací. Dalším častým jevem je i deficit

v jazykovém cílení, což se objevuje např. v doplňovačkách izolovaných slov (kdy dítě nemá oporu ve významu věty), ale také u správného skloňování nebo časování slov. Děti hyperaktivní, ale i hypoaktivní jsou postiženi opožděným vývojem řeči, kdy dítě používá mluvu o něco později než jeho vrstevníci a i samotná řeč je prostší a obsahově chudší. Porucha tvorby pojmů se projevuje chudší a menší slovní zásobou, zvláště při popisu nebo vyprávění si děti dopomáhají slovy jako je „ tamten apod.“. Zpomalena je i schopnost rychleji se vyjádřit a vhodně vyjádřit i své myšlenky. Další nesnáz se ukazuje v uplatnění nabitých vědomostí (ve škole apod.), dělá jim problém, vhodně vyjádřit co si myslí i cítí. I v pochopení řeči druhých může nastat problém, jelikož pro děti s ADHD se může jevit jako obsahově nejasná- dělá jim problém rozklíčovat danou informaci nebo sdělení. Nejsou schopni vycítit signály podle tonu hlasu, např. že rodič začíná být naštvaný, protože zvyšuje hlas. Projevy v řečové oblasti jsou u dětí s ADHD znatelně zmatené, nepružné a dochází ke stereotypnímu užívání některých výrazů a vět. (Jucovičová, 2010).

4. 8 Emoční poruchy a poruchy chování

Dalším typickým znakem dětí s ADHD jsou poruchy emocí (citů), tyto děti jsou silně emočně labilní, viditelné jsou také časté výkyvy nálad, kvapné přechody od pláče ke smíchu. Dá se říci, že jejich citové reakce jsou dosti nevypočitatelné.

„Rychlé přechody od mrzutosti k euforii, citová nezralost a labilita až infantilita, jsou dávány do souvislosti s nízkou frustrační tolerancí- dítě reaguje na podněty neadekvátně, bouřlivě, někdy i jako dítě vývojově mladší. To vede k poruchám sebeovládání, afektivním až agresivním reakcím“ (Jucovičová, 2010, s. 44).

Pokud u těchto dětí nastanou určité změny, jejich reakcí je neochota, podrážděnost až hněv. Mají nižší možnost vyrovnat se se změnami a hlavně neúspěchy jsou impulsem ke konfliktům s ostatními dětmi i dospělými. Rychlé změny nálad jsou ve spojitosti také s výkyvy výkonnosti dětí. Typický znak

děti s ADHD je také nízká frustrační tolerance. Což v praxi značí to, že podněty, které jiným dětem nevadí a nevyvedou je z rovnováhy, u dětí s ADHD dokážou probudit až afektivní výbuchy. Jejich reakce na sebemenší, slabé podněty jsou nevhodné, nepřiměřené, až prudké, charakteristické spíše pro mladší děti.

Známé projevy, děti s ADHD zavádějí do situací, kdy pocítují ohrožení díky reakcím svého okolí a díky tomuto pocitu je u nich vybudována větší potřeba bránit se, jsou vnímavější a zranitelnější. I když to tak nepůsobí, často se u nich objevuje nižší sebevědomí, sebepojetí. Jako „upuštění páry“ od nashromážděného napětí hyperaktivním dětem pomáhá afektivní a agresivní chování. Paradoxem je, že přestože jsou tyto děti velmi vnímavé a jejich reakce se mnohdy zdají až přecitlivělé, dělá jim problém vcítit se do pocitů druhých lidí i dětí- jde o nižší schopnost empatie. Dostávají se do konfliktů tím, že svým chováním druhým lidem ubližují, ale ve své podstatě nejsou schopni pochopit proč a jak. Nemají schopnost odhadu, jaké chování je od nich očekáváno a také co je a není vhodné. Divoce se snaží o přátelství s jinými dětmi, ale tak jak se o přátelství snažili, tak rychle všechny pocity vyprchají. Pro jejich chování je možné použít úsloví „ chová se jako slon v porcelánu“.

„Nácvik sebeovládání je náročnou a dlouhodobou záležitostí, která však při systematickém zpevnování vhodného chování pochvalou a oceněním přináší své plody.“ (Jucovičová, 2010, s. 46).

Jelikož nejsou díky svému ne vždy kladnému chování druhými přijímány, mají snahu získat si pozornost jiným způsobem- dělají ze sebe „šáška“, vykřikují, vytahují se před jinými dětmi. Vynucené získávání si pozornosti může být také kompenzací poruch sebehodnocení nebo také sebestředností až egoizmem. U některých dětí se objevuje také vyšší vztahovačnost, což se projevuje vnímáním všeho jako útoku na jejich osobu a podle toho se odvíjí i jejich reakce (je známa fyzická ataka pouze na základě „špatného pohledu“ druhého dítěte). Tyto zmíněné poznatky naznačují, že děti s ADHD nemají lehké soužití se svými vrstevníky.

Je důležité se zamyslet nad tím, že děti s ADHD pociťují a zažívají mnohem více negativních věcí- jsou častěji napomínány, kritizovány i odmítány. O to více by měly dostávat lásku, uznání, obdiv i náklonnost, stejně tak, jako ostatní děti. Děti s ADHD trpí zvýšenou úzkostností. Není zcela prokázáno, jestli děti trpí zvýšenou úzkostností díky déle trvajícím negativním životním situacím, nebo jestli u nich jde o vrozený osobnostní rys. Častým jevem je i opoziční chování a negativismus (např. drzost, nerespektování autority, neplnění povinností, nerespektování pravidel ve společnosti), dále také zvýšená agresivita (např. výbuchy vzteku, slovní nebo fyzická ataka proti věcem, lidem i zvířatům). Tyto děti jsou známy svou krutostí a šikanou, tyranizují své okolí, perou se a ubližují druhým. Důležitou zmínku o hyperaktivních dětech je i disharmonický, psychopatický vývoj, kdy se mění struktura osobnostních vlastností.

Hyperaktivní děti trpí také dalšími poruchami chování, hlavně v období dospívání až dospělosti. Je to diasociální chování (lhaní, neposlušnost apod.), dále také asociální chování (záškoláctví, útěky, sebepoškozování) a v neposlední řadě také antisociální chování (což jsou trestné činy jako je krádež, ničení cizího majetku, nebo vznik závislosti na drogách, alkoholu, výherních automatech). Další dělení poruch chování je na nesocializovanou poruchu chování (páchání činnosti jednotlivě) a socializovanou poruchu chování (jedinec je člen asociální party „gangu“). (Jucovičová, 2010).

5. Vyšetření hyperkinetického dítěte

Důležitým základem léčby hyperkinetických dětí je kvalitně stanovená diagnóza. Což se zdá jako samozřejmé a vlastně jednoduché, ovšem v praxi bývá často diagnostika provázena komplikacemi. V mnoha případech se objevuje s různými poruchami, které modifikují psychopatologický obraz a jejich přítomnost má vliv na další terapeutický postup.

Hyperkinetická porucha má základy již v raném stadiu vývoje, zhruba v prvních pěti letech života dítěte. Určitým lidem zůstává do dospělosti. Diagnostika hyperkinetické poruchy je souhrn řady vyšetření, rozhovorů i pozorování. Důležitý je rozhovor s matkou (nebo jinou blízkou osobou), kdy daná osoba je obeznámena s vývojem dítěte a která je schopna předat podrobné anamnestické údaje a také popsat chování dítěte. Dalším krokem je podrobné klinické vyšetření daného dítěte, kdy toto vyšetření je jedním z nejcennějších diagnostických metod. Jelikož doma se porucha nemusí prokázat v celé své šíři, ve škole se prokáže ve všech svých důsledcích, a proto je nutné zapojit do diagnostiky také učitele daného dítěte. Často se provádí pomocí formou dotazníku pro učitele, což diagnostikovi ušetří čas a přináší také hodnotné výsledky. Pro tuto formu diagnostiky je nutný souhlas rodičů dítěte nebo jeho zákonných zástupců sdělit učiteli diagnózu. Výsledky z dotazníku učitele jsou jakýmsi doplněním rozhovoru s matkou nebo dítětem. V neposlední řadě se provádí tělesné, laboratorní, zobrazovací a elektrofyziologické vyšetřovací metody, které slouží k vyloučení hyperkinetické poruchy nežli k jejímu prokázání. Poznatek k celkovému obrazu přináší i psychologické vyšetření, které je jedním, ale velmi důležitým zdrojem informací.

Není možné určit diagnostiku po jednom sezení, riziko omylu by bylo velmi vysoké. Je nutný určitý čas na získání a zpracování všech pomocných výše zmiňovaných vyšetření. Poté je možné s velkou pravděpodobností určit správnou diagnózu. (Drtílková, 2007).

5. 1 Informace potřebné k vyšetření ADHD

Zdravotní anamnéza

Je důležité vzít v potaz přítomnost rizikových faktorů, které by mohli usnadňovat vznik poruchy dětem s ADHD. Jedná se o rizikovou a problematickou graviditu, obtížný porod, špatný zdravotní stav matky, nízký věk matky, konzumace alkoholu a drog, přenosí plodu. Je nutné vzít v potaz i další onemocnění, která mají souvislost s ADHD a to je například syndrom chromozomu X, fetální alkoholový syndrom, nedostatek G6PD, fenylyketonurie i všeobecná rezistence na hormony štítné žlázy. Vyšetření se provádí pouze na žádost lékaře, jde o ojedinělé případy, standardně se vyšetření na tato onemocnění neprovádějí. Dále se zkoumají hlediska průběhu zdravotního stavu dítěte, nehody, srdeční vady, poruchy funkce jater i ledvin. Je nutné zmínit i předepisované a nepředepisované medikamenty a alergie. Dále se zjišťuje bezproblémovost se sluchem a zrakem, porozumění a používání řeči- tyto všechny faktory mohou mít dopad na schopnost dítěte učit se, přemýšlet, navazovat vztahy a vhodné chování. Při sebemenším podezření, je možná návštěva foniatra, oftalmologa či logopeda.

Psychiatrická anamnéza

Je nutné zjistit jakékoli psychiatrické obtíže, kterou jsou anebo v minulosti byly, případně, co se v tomto pohledu podniklo. Pokud je to nezbytné, je možné vyžádání si předešlých lékařských zpráv, ovšemže se souhlasem rodičů.

Školní anamnéza

ADHD má zpravidla vliv na vzdělání, sociální postavení i následující kariérní růst dítěte a z těchto je důležité vědět, jak se dítě chová ve škole např. školní prospěch, úroveň schopností a dovedností, specifické vývojové poruchy školních dovedností, přístup dítěte k ostatním dětem, přístup k učiteli, rodičům apod.. Vyšetřující osoba si díky souhlasu rodičů nebo zákonných zástupců prostuduje školní posudky, pokud je nutnost, je možné kontaktovat daného učitele či školního psychologa a sjednat si osobní schůzku.

Zhodnocení povahy a osobnosti dítěte i jeho rodičů, sociálních vztahů a prostředí

Důležitou složkou vyšetření je i vyhodnocení povahy a osobnosti dítěte a také jeho rodiny, jak v užším, tak v širším rodinném okruhu. Je nutné vědět, jaké metody k nápravě problémů rodiče využívají, co všechno již vyzkoušeli a jak tyto metody fungovaly. Dalším krokem je nahlédnout do nitra rodičů i dětí, jak myslí, co cítí, jak se chovají. S tímto krokem je spojená velká dávka taktu a neutrálního postoje.

Rodinná anamnéza

Důležitou roli v rodinné anamnéze hraje duševní a tělesné zdraví rodičů dítěte a většího okruhu rodinných členů. Otázka, která musí padnout u každého člena rodiny je jasná a to přítomnost poruchy ADHD nebo deprese. Tento poznatek dává smysl pro porozumění původu problémů dítěte i pro přípravu dalších kroků.

Sociální situace

Důraz je kladen také na univerzální rozbor sociální situace v dané rodině, s ohledem na tyto fakta:

- *„bydlení (např. efekt přeplněného bytu; bydlení v centru města, kde dítě nemá možnost volně běhat a vybit svou energii; bydlení ve čtvrti, kde se vyskytuje násilí a užívání drog)*
- *Zaměstnání rodičů nebo nezaměstnanost, zajištění péče o dítě*
- *Sociální podpora a kontakty mezi různými rodinnými příslušníky*
- *Interakce mezi dítětem a dalšími členy společnosti, například v klubech mládeže, v klubech pro rodiče a děti*
- *Přítomnost nebo absence finančních starostí a povědomí rodičů o jakýchkoli sociálních dávkách, které by oni a jejich dítě mohli dostávat*
- *Jakékoli problémy nebo napětí, které se v rodině mohou vyskytovat a které by mohly mít na dítě vliv*

- *Zda jsou, nebo nejsou využívány sociální služby, a jak by mohly dítěti a rodině pomoci.*“ (Munden, 2008, s. 63).

Informace od jiných odborníků

Jestliže vyšetřující shledá za nutné, je možné vyžádání si spisů od dalších odborníků např. posudky školního nebo poradenského psychologa nebo posudek od logopeda.

Soudní minulost

Je důležité znát, (pokud tedy jsou) všechny kontakty s policií. (Munden, 2008).

5. 2 Tělesné vyšetření

Vyšetřující, se zaměřuje také na tělesnou stránku dítěte a nesmí opomenout odchylky, které by mohly být podstatné pro vyslovení diagnózy nebo léčby. Jeho pozornost je zaměřena na příznaky neurologických abnormalit, např. neobratnost, problémy s koordinací, motorické tikové poruchy, Tourettův syndrom a také na onemocnění srdce, krevního oběhu, ledvin či jater. Tyto zmiňované obtíže by později mohli působit na léčebné postupy. (Munden, 2008).

5. 3 Další vyšetření

Pozorování dítěte

Důležitou vyšetřovací metodou je pozorování, které by mělo být velmi podrobné. Pozorování se uskutečňuje jak ve škole, tak i v jiných prostředích. Pokud se jedná o pozorování ve škole, konkrétně ve třídě, musí se brát v potaz určitá míra změněného chování pozorovaného dítěte i ostatních žáků, pokud ovšem zjistí, že jsou pozorováni. Pozorování je obohacení dalších poznatků,

kteře vedou ke správnému určení diagnózy a také pochopení podstaty vztahů, které si dítě utváří s ostatními.

Krevní testy

Krevní testy se neprovádějí u každého případu. Jde o individuální přístup. Jde zde o prokázání onemocnění, která mohou působit na diagnózu nebo na další léčebný postup. Jedná se o analýzu chromozomů, podezření na syndrom chromozomu X nebo další onemocnění, která jsou ve spojitosti s chromozomální abnormalitou, nelze opomenout také funkci štítné žlázy (při projevech hypotyreózy u dítěte).

Další neurologická vyšetření

Projeví-li se u dítěte podezření na neurologický problém, vyšetřující má možnost poslat dítě na EEG nebo na další mozkové vyšetření, kterým je magnetická rezonance nebo počítačová tomografie. Závěry z těchto vyšetření, ukážou strukturu mozku a případné strukturální abnormality. Tyto druhy vyšetření se uskutečňují na pracovištích radiologické diagnostiky a jsou zcela bezbolestné a jednoduché. Z výsledků jsou možné vyčíst známky epilepsie, poškození mozku díky porodu nebo úrazu hlavy. Opět je nutné zmínit, že se tyto metody při diagnostikování ADHD běžně nepoužívají. (Munden, 2008).

5. 4 Posuzovací škály

Posuzovací škály pro chování

Známá je celá řada posuzovacích škál pro chování, které jsou prověřeny. Jsou užitečné nejen při stanovování diagnostiky ADHD, ale také při terapii, kdy jsou využívány ke zjištění účinnosti zavedených opatření. Jsou známy škály obecné, ale diagnostika ADHD využívá například škálu symptomů dle Ruttera a Du Paula. Pro jisté prokázání, zdá dítě trpí ADHD doma i ve škole, je prospěšný Barkleyův dotazník pro domácí i školní prostředí. Tyto výše zmiňované dotazníky jsou velmi podrobné a obtížné vyšetřovací metody a proto je podstatné, aby je zadával a zpracovával

specialista, který se zaměřuje na poruchu ADHD. Výsledky je možno lehce zkreslit, díky subjektivnímu pohledu zadávajícího. K mylným výsledkům je snadné se dostat také tehdy, pokud test vyplňuje osoba rozčilená nebo v negativním rozpoložení.

Objektivní výkonové testy

Je známo opravdu hodně vynaložené snahy o navržení nástroje, který by pomohl objektivnějšímu měření podstaty a závažnosti symptomů dětské ADHD, než jaké nabízejí škály hodnocení chování. Mezi výkonové objektivní testy patří Gordonův diagnostický systém, který se snažil vymítit subjektivní složku a měl za cíl měřit problémy dítěte bez přihlídnutí, jaký se vytvoří vztah mezi dítětem a vyšetřující osobou. Jejich prací je vyhodnocení abnormálních biologických a psychologických hledisek projevů dítěte. Gordonův diagnostický systém je udělán jako počítačová hra, díky které je dítěti klasifikována schopnost řídit své impulzy, kterými jsou těkavost a pohotovost k reakcím. Objektivní výkonové testy byly pranýřovány za svou možnost zkreslení výsledků díky motivaci, vysoké inteligenci a mnoha dalším vlastnostem. Tyto testy stoprocentně nerozdělí děti na dvě skupiny a to ty, které mají poruchu ADHD a ty které ji nemají. Pokud se, ale přihlédne ke všem dostupným informacím získaným i z jiných vyšetření ADHD, odborníci tyto testy shledávají jako praktické a výhodné.

V případě, že vyšetřující osoby, dané dítě i rodič prodiskutují vše potřebné a všichni zmínění jsou obeznámeni s podstatou a závažností problému, začíná další krok a tím je účinná terapie. (Munden, 2008).

6. Vzdělání a výchova dítěte s ADHD

6.1 Vzdělávání

Velkými problémy ve škole trpí děti s ADHD díky nepozornosti, hyperaktivitě a impulzivitě a jejich důsledkům. V některých případech se u těchto dětí objeví i další onemocnění jakými jsou deprese, poruchy chování či poruchy opozičního vzoru- i tato onemocnění působí na chování i schopnost učit se.

Děti trpící ADHD mají tyto obtíže:

- „90% dětí zvládá školní práci podprůměrně
- 90% dětí ve škole nestačí
- 20% dětí má potíže se čtením
- 60% dětí má vážné problémy s rukopisem
- 30% dětí v USA ze školy odchází
- 5% dětí v USA dokončí vyšší odbornou nebo vysokou školu v porovnání s přibližně 25% ostatní populace.“ (Munden, 2008, s. 97).

Důvodem určitých obtíží souvisejících s ADHD je příliš malá motivace a příliš nízké sebevědomí, což je často přičítáno špatné práci učitelů i rodičů s dětmi trpícími ADHD. I když děti s ADHD, u kterých se objevili problémy s učením, mají k projevům ADHD vyšší tendence, jsou i tací, kteří ADHD opravdu mají, inteligentní, handicapované vlastně jen hlavní příznaky poruchy. Tyto děti jsou také obeznámeny se specifickými poruchami školních dovedností, hlavně s dyslexií a dysgrafií. Díky tomu, že český vzdělávací systém a také to, jakým způsobem získáváme vědomosti, tak také jejich uplatňování a ověřování, je založeno velmi znatelně na čtení a psaní, velký počet dětí, si z těchto důvodů neodnáší to, co by mohlo a také mělo. Díky tomu, že vzdělávací systém nemá mnoho možností, velký díl pomoci se dostane jen dětem, které jsou na tom dosti bídně. Mnoho dětí, kterým byla

diagnostikována porucha ADHD, má potíže se školou, s budoucí kariérou a v mnoha případech jsou z běžných škol také vyloučeni. V poslední době ukázal výzkum to, že 40% dětí ze základních škol, které byly vyloučeny ze školy, spadalo klinickým kritériem do hyperaktivity, z čehož lze vyvodit závěr, že toto procento dětí také trpělo poruchou ADHD. Velký počet kantorů problémy u dětí vidí, jsou schopni je také vylíčit, ale problém nastane v neuvědomění si, že tyto poruchy se dají i léčit. Další argumenty, které by pomohly rozklíčit, proč se těžko rozpoznává porucha ADHD je spojeno s rozdílnými teoretickými názory mnoha odborníků. Školní i poradenští psychologové mají tendence chápat problémové děti, jako děti s poruchami učení a chování. Je to na „nadřazený“ výraz, kterým se označují děti, u kterých se objevují vzorce chování či emocionální projevy, které záporně působí na jejich vlastní učení. Během předešlých pár desetiletí, vzrůstá nevole léčit tyto děti pomocí medikamentů a naopak vzrůstá úsilí přisuzovat dětem „ nálepky“. Ty však jenom upozorňují na nedostatky a opomíjejí pozitivní stránku dítěte. Tyto změny jsou příčinou snahy nezaobírat se pouze tím, co je špatné a proč je to špatné, ale přiklání se k poznatku- co tyto děti potřebují a jak je možné jim pomoci.

Je spousta kroků, které je možné ve třídě udělat, a ta dětem pomohou v učebním procesu, ale ve své podstatě pomohou i druhým dětem a také mají své opodstatněné místo ve strukturovatelném prostředí třídy.

Pozitivní kroky:

- Dítě by mělo mít místo v lavici, co nejbližší učiteli a ten ho tak je schopen snáze pozorovat a pomoci mu s rozložením úkolů na dílčí kroky
- Časté odměňování dobré práce a udržení pozornosti
- Menší úlevy u dětí je možné realizovat například tak, že dítě poprosíme o „speciální úkol- mimo lavici“, pokud je viditelná ztráta energie a elánu.

Možná pomoc od učitele lze i takto:

- Rozpoznání toho, zda jde jen o předvádění dítěte nebo o reálný problém
- Ochota aby dítě začalo „znova- od začátku“, pokud se prokáže příčina obtíží
- Důležité je motivovat, podporovat a snažit se pomáhat dítěti, jelikož pozitivní, milý a také pečlivý učitel je důležitým zdrojem síly pro dítě; tyto děti mívají většinou jen negativní zkušenosti s učiteli před vyjádřením diagnózy
- Důležitým prvkem je rozpoznání vhodných postupů, které dítěti usnadní koncentraci i učení a zakomponování těchto postupů do běžného chodu třídy
- Spolupráce s dítětem i jeho rodiči při překonávání obtížných situací a kroků
- Povzbuzovat dítě v činnostech, které vedou ke zvýšení sebevědomí dítěte
- Důraz by měl být kladen na včasné upozornění rodičů dítěte nebo odborníků (např. školní psycholog) na nastávající obtíže, aby byl ještě prostor na řešení vzniklé situace dříve, nežli se problém vymkne kontrole
- Vhodné je také nacházení alternativ, aby se dítě vyhnulo přesunutí do speciální školy, jelikož následky tohoto počínu již nejdou vzít zpět

Praxe je taková, že učitelé, snažící se čelit spoustě požadavkům, trpí také pocity bezradnosti. I s přihlédnutím toho, jak dobré záměry měli, jak jsou trpěliví, není zcela reálné uspokojit všechny potřeby dítěte bez speciální pomoci. V případě, že dítěti je potvrzena diagnóza ADHD psychiatrem nebo psychologem, dítě využívá možnosti integrace. Díky tomuto postupu a splněním všech požadavků ve smyslu Metodického pokynu MŠMT ČR k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení, je škole přiznán tzv. zvýšený finanční normativ na integrované dítě. Pro splnění daných požadavků je nutné vytvoření individuálního vzdělávacího programu, který vyhotovuje škola společně s pedagogicko- psychologickou poradnou případně speciálně- pedagogickým centrem. Vhodně navržený individuálně vzdělávací plán pro děti s ADHD, je

usnadněním pro všechny zapojené do tohoto procesu, samotné dítě, rodiče i učitele. Vhodná depistáž dětí s poruchou ADHD, jejich vyšetření na odborném pracovišti a jeli to nutné, tak i vhodné léčebné postupy, mohou dětem s ADHD ušetřit spoustu závažných a velice nepříjemných problémů. (Munden, 2008).

6. 2 Výchova

Důležitým prvkem ve výchově dítěte s poruchou ADHD jsou správné zásady obecného vedení těchto dětí.

Vytvoření klidného, příjemného a citově pozitivního rodinného prostředí

Velmi důležité je, aby dítě cítilo lásku, i když zlobí. Není vhodné dítě trestat neprojevením lásky. Dítě by mělo mít na paměti, že rodiče jsou pro něj oporou a v rodině má zázemí, bezpečí i jistotu. Dítě by mělo mít své postavení v rodině, aby se mohl dostavit pocit sounáležitosti. Základem pro správný výchovný proces je láska i klid v rodině. Tyto poznatky se ovšem nevylučují s nutností být ve výchovných postupech důsledný a striktní. Požadavky na dítě by ovšem měly být adekvátní jeho možnostem. Osoby podílející se na výchově, což znamená rodiče i učitel, by měli zastávat klidný a vyrovnaný postoj i v mnohdy vypjatých a vyhocených situacích. Pokud je osoba při řešení problému s dítětem nervózní, tento stav se na dítě přenáší a jeho stav se zpravidla zhorší. Pokud je osoba ve výchovném procesu klidná, dítě má ten nejlepší vzor v tom, jak se v daných situacích chovat. Pozitivní přijímání dítěte se všemi jeho klady i zápory by mělo být na prvním místě.

Vytyčení řádu, hranic ve výchově a určení hranic v chování

Vklidný postoj k dítěti by měl ve stejné míře jako plnění určitého řádu. S dítětem je vhodné mluvit tak, aby pochopilo, co je od něj očekáváno a co je se po něm chce. Určitým řádem a pravidly dochází k lepšímu soužití jak v rodině, tak ve třídě či jiném společenství- dítě díky těmto pravidlům ví, co udělala a neudělala správně. Předem domluvená stanoviska- pravidla- hranice chování je nutné často opakovat, jelikož děti je rádi zapomínají. Vhodným

způsobem udržení těchto pravidel, je mít je v písemné podobě- napsané na papíře, popsané pomocí obrázků, nebo pomocí koláží z fotografií a umístit je na dítětem frekventovaném místě.

„ Dítě by se mělo naučit, že své osobní zájmy a potřeby musí sladit a někdy i podřít potřebám a nárokům ostatních. Dodržování pravidel neznamená omezování svobody dítěte- snažíme se aby se s nimi ztotožnilo, přijalo je za své (všichni musí v životě dodržovat určitá pravidla, i dospělí).“ (Jucovičová, 2010, s. 56).

Důležitým krokem je přivyknutí si dítěte na pravidelný denní režim, lze mluvit až o stereotypním denním režimu, jelikož zvyky a pravidelnost dávají dětem pocit jistoty a také snazší orientaci během dne. Pro děti s ADHD jsou pravidla důležitá také z toho důvodu, že mají absenci vlastního „vnitřního řádu“, mají v něm zmatek a z toho vyplývá i zmatenost v ostatních věcech.

Důslednost

Důslednost je dalším významným prvkem ve výchovném procesu dětí s ADHD. Na pravidla soužití, která jsou zmiňována výše je nutné důsledně dohlížet. Dalším velice vhodným pravidlem je důsledná kontrola, která se by se měla odehrávat, pokud to jen jde nenápadně a taktně. Pravidelné a časté kontrolování je opravdu nutností, v tomto případě se opravdu nevyplácí nedůslednost. Nevhodnými situacemi, jako je například zákaz určité činnosti dítěti a okamžité dovolení činnosti, v dítěti vzbuzuje chaos a přestává rozumět tomu, co tím chce rodič říct, co tedy smí a nesmí dělat. Rychle se totiž přivykne tomu, že daný úkol není nutné splnit, jelikož ho rodič opět nekontroluje. Kontrolu je nutné vykonávat efektivně, stanovit si spolu s dítětem závěr z každé kontroly. Závěr by měl být stručný a pochopitelný pro dítě, nemělo by se však zapomenout na pozitiva. Negativa je nutné také zmínit, ovšem zvolit takovou formu sdělení aby se v dítěti neprobouzely pocity odsouzení. Důležité je také vedení dítěte k vyvozování následků jeho chování. Neopomíjení kompromisu v případě, že dítě vynaloží určité úsilí, ale výsledek se nedostavil v očekávané míře.

Jednotnost výchovných přístupů

Jednotnost výchovných přístupů je nejdůležitější v rodině. Pokud je jeden z rodičů důsledný a druhý již méně, nepodpoří prvního rodiče v jeho názoru, v dítěti to opět vzbuzuje chaos a dochází k tomu, že dítě začne „využívat“ slabšího rodiče nebo to může skončit neuposlechnutím ani jednoho z rodičů. Tento model vede k častým rodinným sporům. Jednotnost ve výchovných přístupech je nutná také mezi rodinou a školou, učitelé mohou rodičům nabídnout jiný úhel pohledu na daný problém. Je také žádoucí informovat učitele o potížích dítěte a o způsobu výchovy dítěte v rodině. Další jednotnost by se měla objevovat v přístupu dítěte ve škole- učitelé, podílející se na výchově, ale i vychovatelé ve školních družinách. Zvláště na druhém stupni, kde má dítě více učitelů, je kladen důraz na jednotnost ve výchovných přístupech, opak má totiž za následek prohloubení dosavadních problémů dítěte. Kooperace rodiny a školy může mít vliv na postupné odstraňování dosavadních obtíží dítěte.

Zaměření se na kladné stránky osobnosti dítěte

Je nutné nalézt stránku osobnosti dítěte, kde je dítě úspěšné a tu prohlubovat. Ukázat dítěti i pocit úspěchu, po častých nezdarech je to velká motivace k dalším dobrým výsledkům. I při sebemenším úspěchu by se nemělo šetřit chválou. Ocenit je nutná i snaha. Pro dítě s ADHD je velkým úspěchem i to, že zůstalo chvíli v klidu, že nikomu neskočilo do řeči, že vydrželo do konce u určité hry apod. Tímto pozitivním přístupem k dítěti přispíváme k tvorbě a také k posilování žádaných způsobů chování. Kromě samotných pochval dítěti je nutné zaměření se na motivaci, což je ale zdlouhavý proces a to je také nutné si uvědomovat. Je praktické používat oceňování a pochvaly namísto trestů, jelikož ty se brzo vyčerpají anebo se pro dítě stanou běžnou součástí života a tím také ztrácí na svém účinku.

Korigovat aktivitu dítěte a vhodně ho podněcovat

U dětí s ADHD je typická zvýšená aktivita, pohyblivost, jsou neklidné a „nevybité“. Není vhodné tuto energii potlačovat, tím by se mohlo dítěti jen ublížit. Typicky zvýšená aktivita by se ukázala jinde, několikrát znásobená a také v negativním důsledku. Je nutné jeho aktivitu postupně „upouštět“ ve správný čas. Pokud to jen jde, je vhodné umožnit dítěti prostor pro volný pohyb- běh, hraní si. Důležité jsou i volnočasové aktivity dítěte, kde je dítěte umožněno odreagování, ale pocity úspěchu. Je ovšem důležité dodržovat rovnováhu, jelikož může dojít k přetížení dítěte a tím pádem dochází k nižší schopnosti soustředit se a také ke zvyšující se hyperaktivitě. Podstatný je také přijatelný přívod přiměřených podnětů, opět zde ale může dojít k tomu, že je dítě přetěžováno podněty a jeho problémy se tím pádem mohou zvětšovat. Toto je obecné pravidlo, které platí jak pro volnočasovou aktivitu, tak pro školní činnosti, tak pro rodinu. Dalším důležitým poznatkem je potřeba uvědomění si, že dlouhodobé pozitivní ovlivňování chování dítěte s ADHD skrze příkazy, zákazy a pomocí trestů nemá nikdy správných výsledků. Správného efektu se docílí opakem, čili porozuměním, přijetím daného dítěte a pochvalou. Občas se objevují takové formy poruchy, že musí lékař, dětský psychiatr nebo neurolog přistoupit k medikaci. Je nutné vědět, že všechny problémy nevyřeší pouze medikace.

Dalšími faktory, kterými lze pozitivně ovlivňovat projevy specifických poruch chování je např. dodržování zásad racionální výživy a pitný režim, díky němuž lze dopomoci ke zklidnění dítěte. Důraz by měl být kladen na lehkou, pestrou a vyváženou stravu, s omezením sladkostí. Na děti s ADHD blahodárně působí vitamíny řady B. Co se týká pitného režimu, děti s ADHD by na něj měli dbát dvakrát, jelikož zavodnění organismu má zklidňující účinky. Další způsobem, který vede ke zklidnění dítěte je některá z technik z muzikoterapie nebo arteterapie. U rychlé hudby si dítě snáze vybijí energii u pomalé se zase zklidní. Pomalá hudba je využívána také při relaxacích. Důraz by měl být kladen na roli spánku, na jeho kvalitu, délku a pravidelnost. Celkový denní režim by se měl ubírat klidným a neuspěchaným tempem. Děti

s ADHD mají problémy s přechodem do spánku, nejsou schopni jednoduše „vypnout“. Je opravdu důležité u dětí s ADHD podporovat jejich silné stránky, oblíbené činnosti, koníčky, ono totiž vlastně neexistují nenadané děti, je ovšem nutné dané nadání u dítěte objevit a dopomoci mu k jeho rozvíjení. (Jucovičová, 2010).

6. 3 Legislativní ustanovení

V této kapitole jsou ty nejdůležitější údaje z obsahu aktuálních dokumentů MŠMT ČR.

561/2004 Sb.

ZÁKON

ze dne 24. září 2004

o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání
(školský zákon)

Pro žáky s ADHD je důležité:

Paragraf 2 odst.1b

Vzdělávání je založeno na zásadách b) zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce

Paragraf 16

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami

Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.

Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.

Speciální vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů zjišťuje školské

poradenské zařízení.

Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Pro žáky a studenty se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování stanoví vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění. Délku středního a vyššího odborného vzdělávání může ředitel školy ve výjimečných případech jednotlivým žákům nebo studentům se zdravotním postižením prodloužit, nejvýše však o 2 školní roky.

Ředitel mateřské školy, základní školy, základní školy speciální, střední školy, konzervatoře a vyšší odborné školy může ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami, zřídit funkci asistenta pedagoga. V případě dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení.

Paragraf 19

Ministerstvo stanoví prováděcím právním předpisem pravidla a náležitosti zjišťování vzdělávacích potřeb dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných a úpravu organizace, přijímání, průběhu a ukončování vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a nadaných, náležitosti individuálního vzdělávacího plánu a podmínky pro přeřazování do vyššího ročníku.

Paragraf 26 odst. 1

Rámcový nebo akreditovaný vzdělávací program pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami může stanovit odlišnou délku vyučovací hodiny. V odůvodněných případech lze vyučovací hodiny dělit a spojovat.

Vyhláška č.73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními
vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

Paragraf 1

(1) Vzdělávání dětí, žáků a studentů (dále jen „žák“) se speciálními vzdělávacími potřebami (dále jen „speciální vzdělávání“) a vzdělávání žáků mimořádně nadaných se uskutečňuje s využitím vyrovnávacích a podpůrných opatření.

(2) Vyrovnávacími opatřeními při vzdělávání žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním se pro účely této vyhlášky rozumí využívání pedagogických, popřípadě speciálně pedagogických metod a postupů, které odpovídají vzdělávacím potřebám žáků, poskytování individuální podpory v rámci výuky a přípravy na výuku, využívání poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení, individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga²⁾. Škola tato opatření poskytuje na základě pedagogického posouzení vzdělávacích potřeb žáka, průběhu a výsledků jeho vzdělávání, popřípadě ve spolupráci se školským poradenským zařízením.

(4) Podpůrnými opatřeními při vzdělávání mimořádně nadaných žáků se pro účely této vyhlášky rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, didaktických materiálů, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující vzdělávací potřeby těchto žáků.

(6) Za žáka se sociálním znevýhodněním se pro účely poskytování vyrovnávacích opatření podle odstavce 2 považuje zejména žák z prostředí, kde se mu nedostává potřebné podpory k řádnému průběhu vzdělávání včetně spolupráce zákonných zástupců se školou, a žák znevýhodněný nedostatečnou znalostí vyučovacího jazyka.

Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých
náležitostech plnění povinné školní docházky

Paragraf 15

(2) Výsledky vzdělávání žáka v jednotlivých povinných a nepovinných předmětech stanovených školním vzdělávacím programem a chování žáka ve škole a na akcích pořádaných školou jsou v případě použití slovního hodnocení popsány tak, aby byla zřejmá úroveň vzdělání žáka, které dosáhl zejména ve vztahu k očekávaným výstupům formulovaným v učebních osnovách jednotlivých předmětů školního vzdělávacího programu, k jeho vzdělávacím a osobnostním předpokladům a k věku žáka. Slovní hodnocení zahrnuje posouzení výsledků vzdělávání žáka v jejich vývoji, ohodnocení píle žáka a jeho přístupu ke vzdělávání i v souvislostech, které ovlivňují jeho výkon, a naznačení dalšího rozvoje žáka. Obsahuje také zdůvodnění hodnocení a doporučení, jak předcházet případným neúspěchům žáka a jak je překonávat.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělání

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami jsou považováni žáci se zdravotním postižením (tělesným, zrakovým, sluchovým, mentálním, autismem, vadami řeči, souběžným postižením více vadami a vývojovými poruchami učení nebo chování), žáci se zdravotním znevýhodněním (zdravotním oslabením, dlouhodobým onemocněním a lehčími zdravotními poruchami vedoucími k poruchám učení a chování) a žáci se sociálním znevýhodněním (z rodinného prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou a žáci v postavení azylantů a účastníků řízení o udělení azylu). [<http://www.msmt.cz/urednik>, 12. 2. 2013].

7. Klady a zápory hyperaktivity

Silné stránky	Slabé stránky	Kompenzace
Hyperaktivita		
<ul style="list-style-type: none"> - vyšší výkonnost, rychlost - schopnost rychlého rozhodování - energičnost, akčnost - agilnost, angažovanost, vyšší aktivita 	<ul style="list-style-type: none"> - rychlá a snadná unavitelnost - impulzivita v rozhodování, nebezpečí chybování - psychomotorický neklid - poruchy hrubé i jemné motoriky a motorické koordinace 	<ul style="list-style-type: none"> - naučit se odpočívat, šetřit silami - střídat činnosti (ale dokončovat je) - pracovat v kratších, často se střídajících úsecích - naučit se ovládat impulzivní reakce, nejednat bez rozmyšlení a domyšlení důsledků - chybná rozhodnutí dokázat napravit, omluvit se za chybu
Hypoaktivita		
<ul style="list-style-type: none"> - pečlivost a přesnost - systematickost - nízká chybovost při práci 	<ul style="list-style-type: none"> - rychlá a snadná unavitelnost - pomalé pracovní tempo, pomalejší 	<ul style="list-style-type: none"> - volit si a určovat své pracovní tempo - pomalé pracovní tempo násilně neurychlovat, začínat činnosti s dostatečným

	reakce a rozhodování - poruchy hrubé i jemné motoriky a motorické koordinace	časovým předstihem a časovou rezervou - naučit se ovlivňovat psychomotorický neklid v důležitých situacích používat kompenzační pomůcky při poruchách jemné a hrubé motoriky, absolvovat reedukační nácvik
--	---	---

Silné stránky	Slabé stránky	Kompenzace
Pozornost		
<ul style="list-style-type: none"> - zvýšená schopnost vnímání a reagování na podněty - schopnost vnímat a reagovat na více podnětů naráz a vyvodit z toho závěry 	<ul style="list-style-type: none"> - kolísání pozornosti - ulpívání pozornosti - zvýšená chybovost při práci 	<ul style="list-style-type: none"> - naučit se krátce odpočívat, relaxovat - střídat činnosti a pracovat v kratších úsecích - střídat smysly, kterými vnímáme informace, využívat multisenzorického učení

<ul style="list-style-type: none"> - schopnost dělat více věcí najednou 		<ul style="list-style-type: none"> - naučit se vnímat a uvědomovat si výpadky pozornosti a požádat o doplnění chybějící informace - absolvovat reedukační nácvik
Paměť		
<ul style="list-style-type: none"> - kvalitní dlouhodobá paměť (základ úspěšnosti při studiu i práci) 	<ul style="list-style-type: none"> - porucha krátkodobé paměti (sluchové nebo zrakové) - zhoršení vstřípení a uložení informací do střednědobé a dlouhodobé paměti 	<ul style="list-style-type: none"> - naučit se využívat kvalitnějšího druhu krátkodobé paměti - naučit se ovlivňovat poruchy krátkodobé paměti- včasným, časným a průběžným opakováním informací, pomocí asociačního učení

Silné stránky	Slabé stránky	Kompenzace
Emocionalita		
<ul style="list-style-type: none"> - zvýšená citlivost, vnímavost k podnětům 	<ul style="list-style-type: none"> - emoční labilita, zvýšená efektivita, nízká frustrační tolerance - snížená schopnost empatie - impulzivita - snížené sebepojetí, sebedůvěra 	<ul style="list-style-type: none"> - naučit se snižovat efektivitu pomocí relaxačních technik - postupný nácvik sebeovládání - nácvik řešení konfliktních situací - budování odolnosti vůči stresu - nácvik vhodného asertivního jednání - nácvik schopnosti empatie
Myšlení		
<ul style="list-style-type: none"> - „difúzní způsob myšlení“ pomocí vnímání více podnětů najednou, dochází k originálním, neotřelým a nápaditým způsobům 	<ul style="list-style-type: none"> - inkoherece až chaotičnost v myšlení - ulpívání myšlení - více konkrétní myšlení, obtíže v tvoření nadřazených a abstraktních pojmů 	<ul style="list-style-type: none"> - naučit se určitému systému, postupu v myšlení - nezabíhat v myšlení, držet se „hlavní linie“, vracet se k ní - dokončovat postup myšlení i započaté činnosti

řešení úkolů a úloh		
------------------------	--	--

Silné stránky	Slabé stránky	Kompenzace
Řeč		
<ul style="list-style-type: none"> - pohotovost v řeči - komunikativnost - originální, netradiční způsoby komunikace 	<ul style="list-style-type: none"> - silné a dlouhodobé poruchy řeči, artikulační neobratnost - poruchy v komunikaci - impulzivní skákání do řeči - přebíhání od jednoho tématu k druhému a nedokončování hlavních témat 	<ul style="list-style-type: none"> - zajistit kvalitní logopedický výcvik - učit se zásadám efektivní komunikace- dávat komunikaci řád, systém, vnímat a chápat správně verbální i neverbální komunikaci - pěstovat volní vlastnosti- ovlivňovat impulzivitu v řeči
Smyslové vnímání		
<ul style="list-style-type: none"> - odlišné způsoby vnímání vedou k vyšší kreativité a 	<ul style="list-style-type: none"> - poruchy zrakového a sluchového vnímání tvoří podklad specifických 	<ul style="list-style-type: none"> - zajistit reedukační nácvik smyslového vnímání a specifických poruch učení

rozvinuté fantazii	poruch učení	
-----------------------	--------------	--

(Jucovičová, 2010, s. 223).

PRAKTICKÁ ČÁST

8. Cíl průzkumu

Cílem průzkumu v praktické části je zjištění, jaké povědomí mají učitelé na ZŠ o syndromu ADHD, jakou mají odbornost ohledně tohoto tématu a jak spolupracují učitelé s rodiči.

8.1 Stanovení průzkumných hypotéz

Ke splnění cílů průzkumu byly stanoveny tyto hypotézy.

Hypotéza 1:

(otázky číslo 1, 2, 6, 7)

H₁: Čím mají učitelé na ZŠ větší odbornost s problematikou ADHD, tím je dětem s ADHD věnována lepší péče ze strany učitele.

Hypotéza 2:

(otázky číslo 10, 11)

H₂: Jestliže rodič dbá na rady učitele, zlepšuje se také prospěch žáka s ADHD.

8.2 Charakteristika průzkumu

Do hlavní průzkumné metody se počítá dotazník pro pedagogy základních škol (Příloha A), který byl tvořen 11 volnými otázkami, osloveno bylo 60 učitelů ve dvou základních školách, průzkum probíhal v období od listopadu 2012 do ledna 2013. Distribuce dotazníků probíhala osobně, při sběru

dotazníků se 11 dotazníků nevrátilo, některé nebyly řádně a korektně vyplněny, tudíž výsledný počet dotazníků se ustálil na čísle 40. Dle Gavora je dotazník „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“. Dotazník pro pedagogy základních škol byl hlavní výzkumnou metodou. Pomocí písemně kladených otázek a posléze získaných písemných odpovědí byly nashromážděny údaje od respondentů školských zařízení a to konkrétně z 2 základních škol ve městě Čelákovice. Jedna ze škol je blíže popsána (Příloha B). A jako další metodou je analýza kazuistiky dítěte s poruchou ADHD (Příloha C).

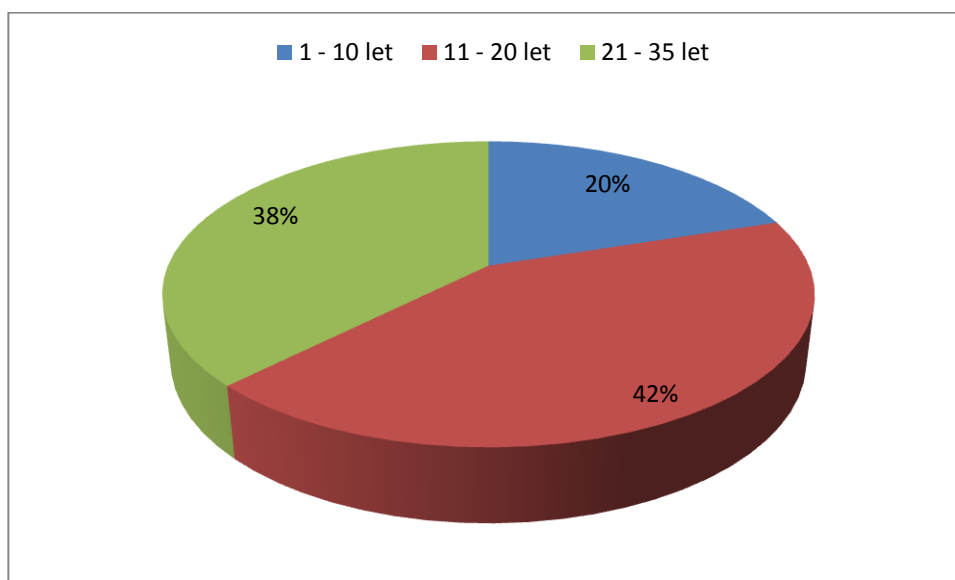
9. Analýza výsledků

9.1 Výsledky získané metodou dotazníku

Na dotazník odpovídalo 40 respondentů ve věku od 28 do 61 let. Jednalo se o učitele základních škol.

Otázka č. 1: Kolik let pracujete ve školství?

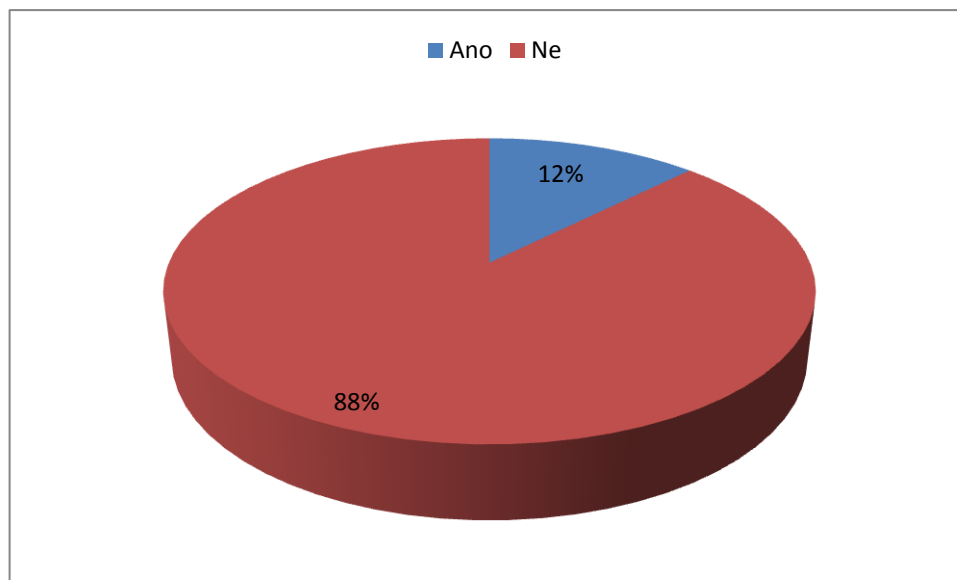
Z celkového počtu 40 respondentů, 8 učitelů pracuje ve školství mezi 1-10 lety, 17 učitelů mezi 11-20 lety, 15 učitelů mezi 21-35 lety.



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Otázka č. 2: Účastnil/a jste se nějakého semináře zaměřeného na vzdělávání dětí s ADHD?

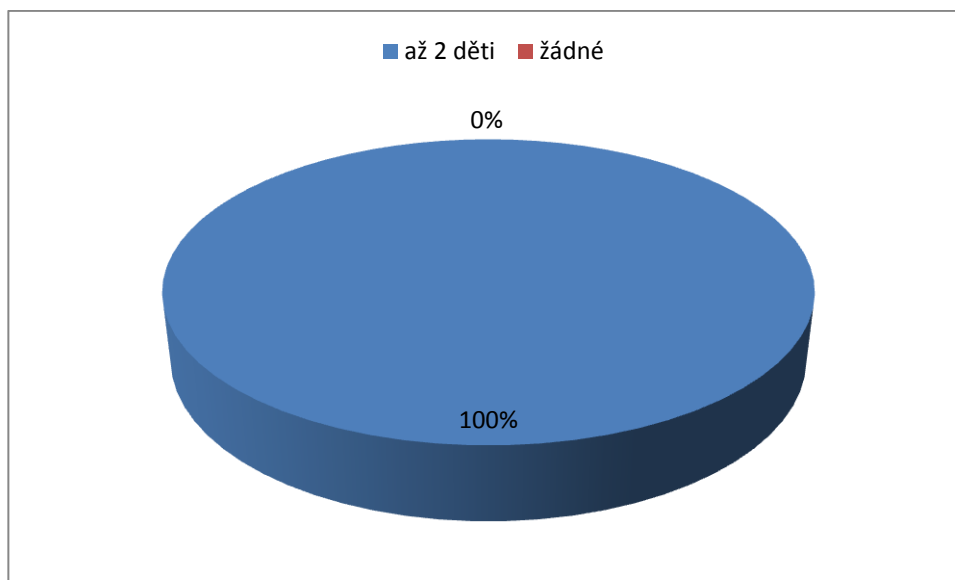
Z celkového počtu 40 respondentů, se semináře zaměřeného na vzdělávání dětí s ADHD účastnilo 5 učitelů a 35 učitelů nikoli.



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Otázka č. 3: Kolik máte ve třídě dětí s poruchou ADHD?

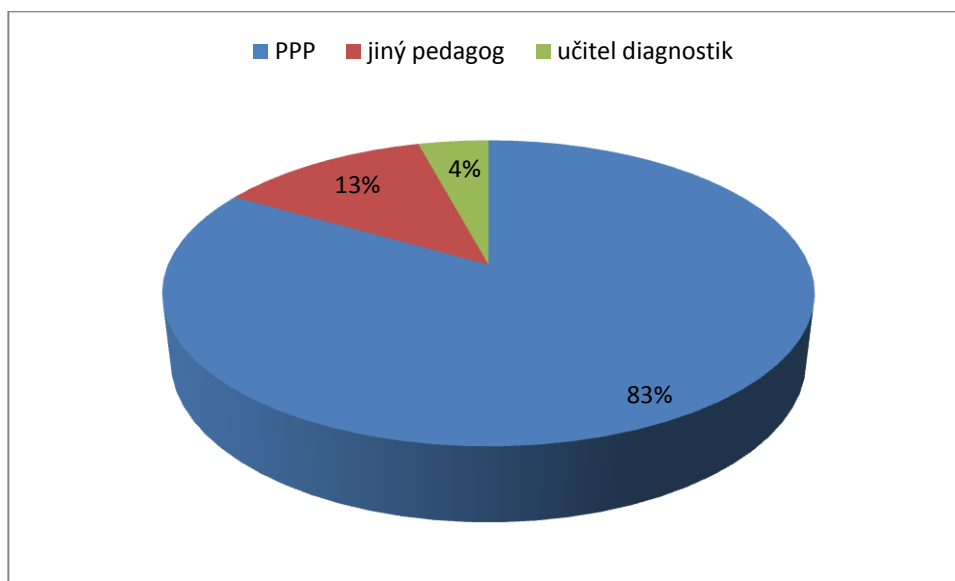
Z celkového počtu 40 respondentů, 24 učitelů má ve třídě až 2 děti s poruchou ADHD a 16 učitelů nemá ve třídě dítě s ADHD.



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Otázka č. 4: Jak jste se dozvěděl/a o dítěti s poruchou ADHD?

Z celkového počtu 40 respondentů, 20 učitelů tuto informaci získalo ze zpráv pedagogicko- psychologické poradny, 3 učitelé tuto informaci získali od svých kolegů, kteří žáky vyučovali, 1 učitel sám doporučil žáka na vyšetření a 16 učitelů neodpovědělo (jelikož nemají ve třídě dítě s poruchou ADHD).

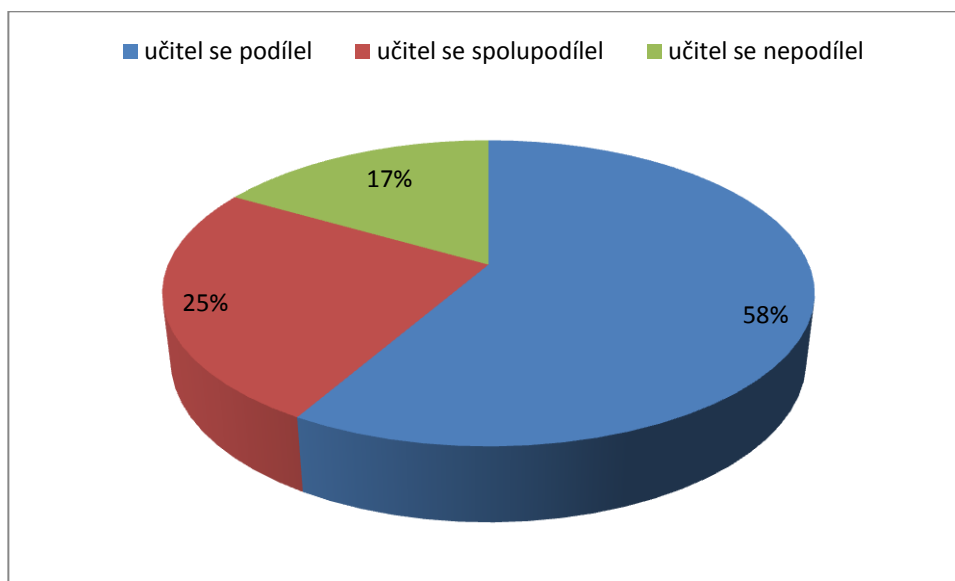


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Pozn.: Podíl je počítán ze základu 24 respondentů.

Otázka č. 5: Spolupracoval/a jste na vytváření IVP pro tyto děti?

Z celkového počtu 40 respondentů, 14 učitelů odpovědělo, že se podíleli na vytváření IVP, 6 učitelů se spolupodílelo na vytváření IVP a 4 učitelé se nepodíleli na vytváření IVP. Zbýlých 16 učitelů na otázku neodpovědělo, jelikož ve své třídě nemají dítě s poruchou ADHD.

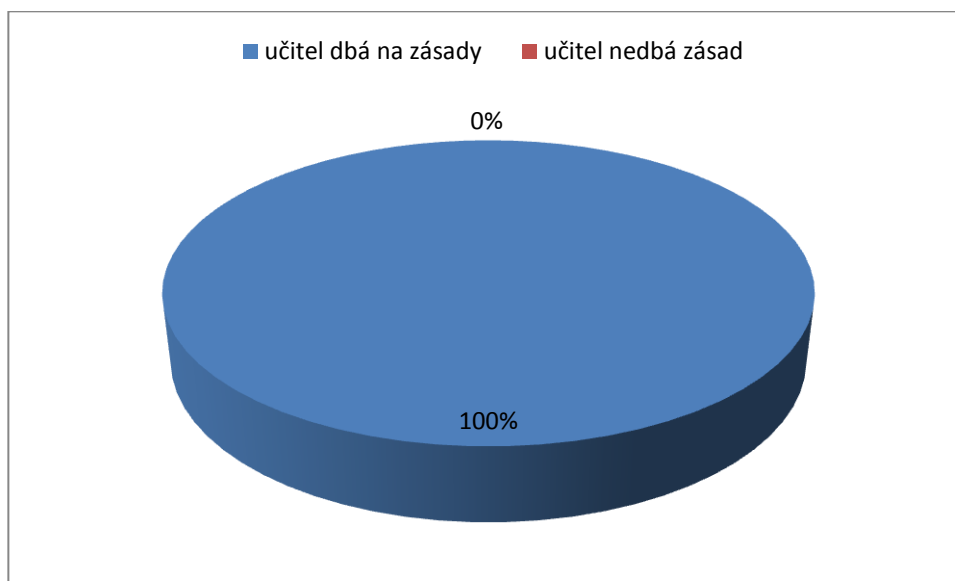


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Pozn.: Podíl je počítán ze základu 24 respondentů.

Otázka č. 6: Dbáte na dodržování určitých zásad při výuce? (bezpečí dětí, potřebná spolupráce, pomoc při výuce)

Z celkového počtu 40 respondentů, 24 učitelů dbá na dodržování určitých zásad při výuce dětí s poruchou ADHD. 16 učitelů na tuto otázku neodpovědělo, jelikož nemají ve své třídě dítě s poruchou ADHD.

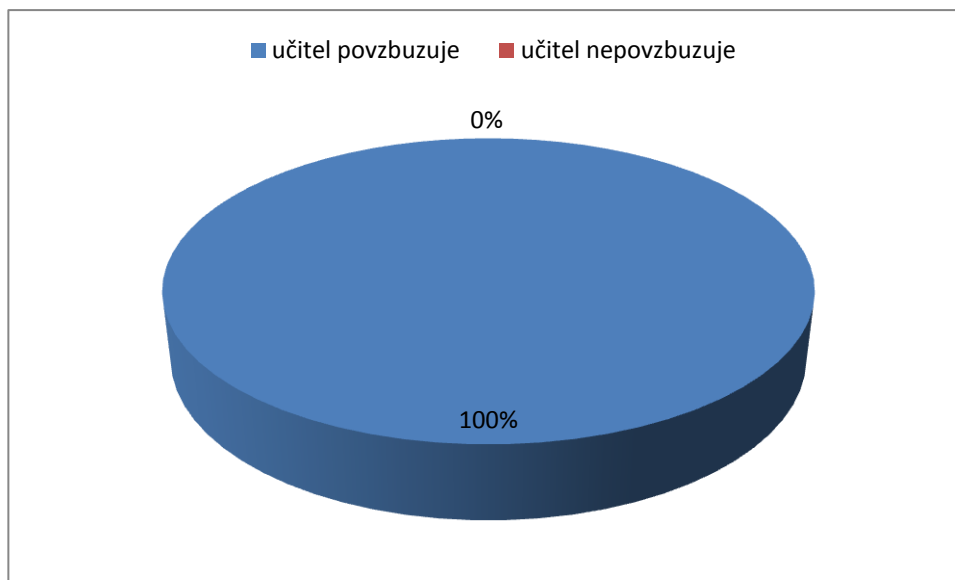


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Pozn.: Podíl je počítán ze základu 24 respondentů.

Otázka č. 7: Povzbuzujete žáka s ADHD při výuce?

Z celkového počtu 40 respondentů, 24 učitelů povzbuzuje žáky s ADHD při výuce. 16 učitelů na tuto otázku neodpovědělo, jelikož nemají ve své třídě dítě s poruchou ADHD.

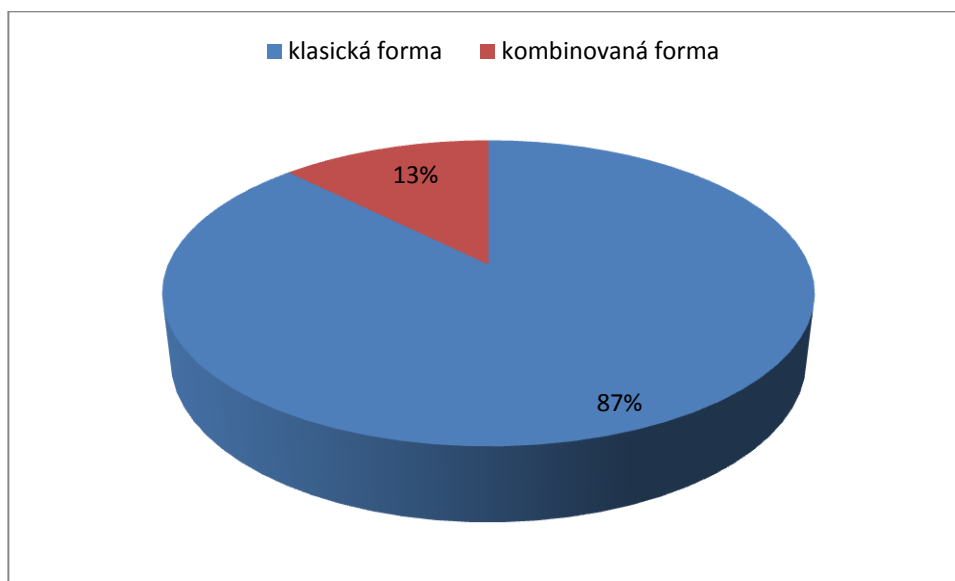


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Pozn.: Podíl je počítán ze základu 24 respondentů.

Otázka č. 8: Jakou formou hodnotíte žáka s poruchou ADHD?

Z celkového počtu 40 respondentů, 21 učitelů hodnotí žáky s poruchou ADHD klasickou formou, tedy známkami a 3 učitelé hodnotí tyto žáky kombinovanou formou, tedy slovní a klasickou. 16 učitelů na tuto otázku neodpovědělo, jelikož nemají ve své třídě dítě s poruchou ADHD.

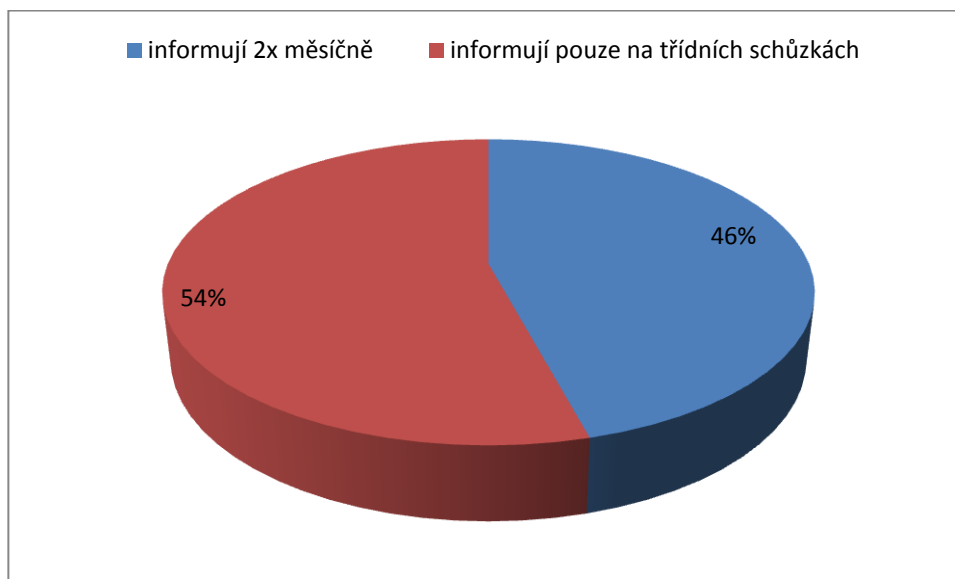


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Pozn.: Podíl je počítán ze základu 24 respondentů.

Otázka č. 9: Jak často informujete rodiče o prospěchu, chování a pokrocích jejich dítěte s ADHD?

Z celkového počtu 40 respondentů, 11 učitelů odpovědělo, že rodiče informují zhruba 2x měsíčně při konzultacích, 13 učitelů odpovědělo, že rodiče informují na třídních schůzkách a dále dle potřeby. 16 učitelů na tuto otázku neodpovědělo, jelikož nemají ve své třídě dítě s poruchou ADHD.

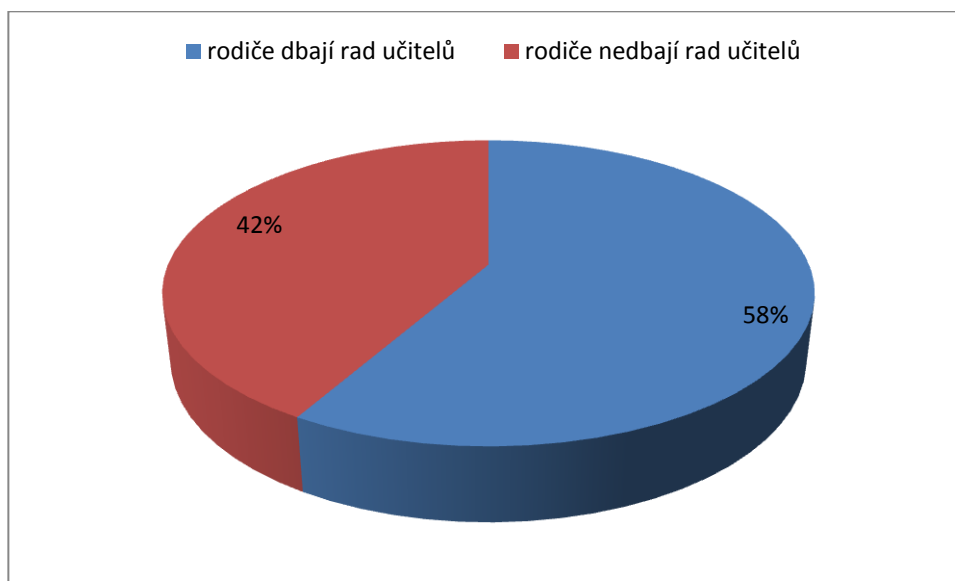


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Pozn.: Podíl je počítán ze základu 24 respondentů.

Otázka č. 10: Dbají rodiče Vašich rad, jak s dítětem provádět domácí přípravu?

Z celkového počtu 40 respondentů, 14 učitelů odpovědělo ano, 10 učitelů odpovědělo ne. 16 učitelů na tuto otázku neodpovědělo, jelikož nemají ve své třídě dítě s poruchou ADHD.



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Pozn.: Podíl je počítán ze základu 24 respondentů.

Otázka č. 11: Je viditelný pokrok u dětí s ADHD, pokud rodič dbá pokynů učitele, jak správně provádět domácí přípravu?

Z celkového počtu 40 respondentů, 14 učitelů odpovědělo ano. 26 učitelů na tuto otázku neodpovědělo, jelikož nemají ve své třídě dítě s poruchou ADHD nebo rodiče nedbají jejich rad, jak s dítětem provádět domácí přípravu.



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Pozn.: Podíl je počítán ze základu 14 respondentů.

9. 2 Ověření hypotéz

Vzhledem k prostudované literatuře a výsledkům z dotazníků pro pedagogy základních škol, došlo k ověření hypotéz takto. Byly stanoveny 2 hypotézy, které se ověřovaly prostřednictvím již zmiňovaného dotazníku pro pedagogy dvou základních škol.

Hypotéza 1:

H₁: Čím mají učitelé na ZŠ větší odbornost s problematikou ADHD, tím je dětem s ADHD věnována lepší péče ze strany učitele.

Na základních školách pracují učitelé s dlouholetou praxí, přímou vzdělanost s problematikou ADHD však má jen malé procento z nich. Ovšem většina učitelů pracuje s dětmi vhodným a správným způsobem.

Tato hypotéza nebyla potvrzena.

Hypotéza 2:

H₂: Jestliže rodič dbá na rady učitele, zlepšuje se také prospěch žáka s ADHD.

Zhruba v 50% případů rodiče dbají rad učitelů, a u těchto 50% případů mají děti viditelné pokroky ve výuce.

Tato hypotéza byla potvrzena částečně.

10. Diskuze

Pedagogové základních škol jsou informováni o problematice ADHD, která bývá často spojená s dalšími poruchami (SVPŠD aj.), jde tedy o kombinované poruchy. Pedagogové velmi dobře znají specifické obtíže těchto dětí, mezi které patří pomalejší tempo, problémy v písemném i ústním vyjadřování, problémy s pochopením čteného textu. Informace o dětech s poruchou ADHD se k pedagogům dostávají většinou ze zpráv pedagogicko-psychologických poraden a jiných odborných pracovišť nebo od samotných rodičů, jen v malém procentu je pedagog sám první diagnostik. Ve většině případů se pedagog daného žáka podílí na vypracování IVP, podle kterého je vedena kompenzace a reedukace jejich poruchy.

Pro hodnocení pedagogové využívají nejčastěji klasickou formu, tedy známkování. Toleranci v hodnocení pedagogové nevidí v automatickém zlepšení známek, nýbrž ve vytvoření vhodných podmínek, za kterých může žák využívat svých schopností. Velkou roli ve výukovém procesu hrají časté pochvaly, motivace, uznání a podpora ze strany pedagoga. Z dotazníků vyplynul další poznatek, že zkoumaného vzorku méně než polovina rodičů nejeví zájem o prospěch i přidružené problémy svých dětí a nedbají rad pedagogů, jak se s dětmi správně připravovat na výuku. Je otázkou, zda nezájem a nespolupráce rodičů s pedagogy není jen obrana proti kritice jejich dětí. Dalším poznatkem, který z průzkumu vyplynul, je informování rodičů o prospěchu a pokrocích dětí s ADHD při konzultacích a na třídních schůzkách.

Závěr

Porucha ADHD se u dnešní dětské populace objevuje v docela velkém měřítku. Podíl dětí s ADHD vzrostl oproti dřívějším rokům. Jedná se asi o 4% dětí s ADHD z celkového počtu dětí s SPU. Tyto děti díky své nepozornosti, hyperaktivitě, impulzivitě dostávají ve škole do častých problémů, potíží. Obvykle se u nich objevují i další onemocnění, jako je například deprese, poruchy chování či vzdoru. Přitom chování dítěte má vliv na schopnost učení.

Výzkumy ADHD ukazují, že některé děti, posléze tedy dospělí z poruchy ADHD vyrostou, asi u 50% postižených dětí, se v dospělosti neprojevuje tato porucha. Je důležité poruchu rozpoznat včas a zvolit správný přístup, výchovu, aby se dané dítě mohlo plnohodnotně zařadit do společnosti a uplatnit se ve své budoucí profesi. Z výzkumné metody této diplomové práce tedy dotazníku pro učitele základních škol vyplynuly 2 závěry podložené hypotézami. První závěr vychází z nepotvrzené hypotézy, že čím má učitel větší odbornost s problematikou ADHD, tím je dětem s ADHD věnována lepší péče ze strany učitele. Tento závěr se stanovil díky pouhým 12% učitelů, kteří absolvovali semináře na dané téma. Druhý závěr vychází z částečně potvrzené hypotézy, která se zaměřila na to, jestliže rodič dbá na rady učitele, zlepšuje se také prospěch žáka s ADHD. Tento závěr se stanovil díky zhruba 50% kladných odpovědí.

V samotném závěru stojí za připomenutí osobnost učitele v celém procesu reedukace a kompenzace žáků, kteří se potýkají s problémy s chováním i učením, také rodiče dětí s ADHD, kteří pokud dbají rad učitelů a všech ostatních odborníků sklízí pozitivní výsledky dětí, jak ve škole, tak v osobním životě.

Budoucnost dětí s ADHD je velmi nadějná. Jak už bylo zmiňováno, pokud rodiny společně s odborníky zajistí vhodnou pomoc, mohou tyto děti vést šťastný a úspěšný život.

Seznam použitých zdrojů

Seznam použitých českých zdrojů

ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1999. 224 s. ISBN 1999382-88-89.

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. *Hyperkinetická porucha ADHD*. 1. vyd. Praha: GALÉN, 2007. 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5.

HALLOWELL, E., RATEY, J. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. 266. publikace. Praha: Návrat domů, 2007. 306 s. ISBN 978-80-7255-154-5.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě?*. 2. vyd. Praha: D+H, 2007. 127 s. ISBN 978-80-903-869-1-4.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-2697-7.

LANIADO, N. *Máte neklidné dítě?*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 112s. ISBN 80-7178-868-6.

MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-430-4.

O'DELL, N., PATRICIA, A COOK. *Neposedné dítě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 140 s. ISBN 80-7169-899-7.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 81. Publikace. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. 336 s. ISBN 978-80-7367-817-3.

PREKOPOVÁ, J. *Neklidné dítě*. 147. publikace. Praha: Portál, 1994. 143 s. ISBN 80-7178-019-7.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 313 s. ISBN 80-244-1073-7.

RHEINWALDOVÁ, E. *Rodičovství není pro každého*. 1. vyd. Praha: Motto, 1993. 175 s. ISBN 0-901338-4-3.

SEFORTEIN, G. *Potíže dětí s učením a chováním*. 456. publikace. Praha: Portál, 1999. 149 s. ISBN 80-7178-315-3.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. 128 s. ISBN 80-104-23643X.

ŠLAPAL, R. *Dětská neurologie pro speciální pedagogy*. Lehká mozková dysfunkce. 35. Publikace. Brno: Paido, 1996. 42 s. ISBN 80-85931-17-6.

ŠKVOROVÁ, J. *Proč zlobím?*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 132 s. ISBN 80-7254-407-1.

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s neklidnými dětmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 168 s. ISBN 80-7178-131-2.

TŘESOHLAVÁ, Z., a kol. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1983. 198 s. ISBN 198308-011-83.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku: Úvod do problematiky*. Praha: UK, 2001. 170 s. ISBN 80-7184-488-8.

Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

ZAHÁLKOVÁ, M. *Pediatric pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita v Brně, 1994. 61 s. ISBN 80-210-1008-8.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 203 s. ISBN 80-7158-544-X.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení: specifické poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10. vyd. Praha: Portál, 2003. 264 s. ISBN 80-7178-800-7.

ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D. *Máte neklidné a nesoustředěné dítě?*. 7. vyd. Praha: D+H, 2010. 83 s. ISBN 80-903869-0-7.

Seznam použitých internetových zdrojů

MŠMT. *Legislativa*. [online]. 1. 1. 2013 [cit. 2013-02-12]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/urednik>

ZÁKLADNÍ ŠKOLA J. A. KOMENSKÉHO. *Zpráva z vlastního hodnocení školy*. [online]. 31. 8. 2012 [cit. 2013-03-06]. Dostupné z : http://www.zs.celakovice.cz/uredni/Vlastni_hodnoceni_skoly.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A- Dotazník pro učitele základních škol.....	I
Příloha B- Základní škola J. A. Komenského Čelákovice.....	III
Příloha C- Kazuistika- Martina.....	V

Příloha A

DOTAZNÍK PRO UČITELE ZÁKLADNÍCH ŠKOL

- 1) Kolik let pracujete ve školství?

- 2) Účastnil/a jste se nějakého semináře zaměřeného na vzdělávání dětí s ADHD?

- 3) Kolik máte ve třídě dětí s poruchou ADHD?

- 4) Jak jste se dozvěděl/a o dítěti s poruchou ADHD?

- 5) Spolupracoval/a jste na vytváření IVP pro tyto děti?

- 6) Dbáte na dodržování určitých zásad při výuce? (bezpečí dětí, potřebná spolupráce, pomoc při výuce)

- 7) Povzbuzujete žáka s ADHD při výuce?

- 8) Jakou formou hodnotíte žáka s poruchou ADHD?

- 9) Jak často informuje rodiče o prospěchu, chování a pokrocích jejich dítěte s ADHD?

Příloha A- pokračování

10) Dbají rodiče Vašich rad, jak s dítětem provádět domácí přípravu?

11) Je viditelný pokrok u dětí s ADHD, pokud rodič dbá pokynů učitele, jak správně provádět domácí přípravu?

Děkuji za vyplnění dotazníku a přeji hezký den

Bc. Lucie Fahounová

Příloha B

Základní škola J. A. Komenského Čelákovice

Ve školních letech 2009/2010 i 2010/2011 činil počet tříd na I. stupni základní školy 17, ale počet dětí narostl z 373 na 390. Ve školním roce 2011/2012 se zvýšil počet tříd na 18, ale celkový počet dětí stoupl jen o osm. Počet tříd na II. stupni základní školy se ustálil na 2 v ročníku, přestože i zde lze zaznamenat nárůst počtu žáků za poslední 3 školní roky ze 172 na 197. Začíná se tedy projevovat zvýšená porodnost z let 2004 a 2005, která gradovala v roce 2007. Další nárůst žáků se tedy dá předpokládat ještě v příštích 2 letech. Základní škola se skládá z 12 učeben šatny plně vybavené šatními skříňkami a prostory školní družiny. Škola disponuje celkem 32 třídami, z nichž 1 třída s místy pro 18 žáků je využívána výhradně pro skupinovou výuku (jazyky) a 7 tříd slouží jako učebny odborné (2 počítačové učebny, učebna fyziky a chemie, učebna cizích jazyků, dějepisu, zeměpisu, přírodopisu, výtvarné výchovy a hudební výchovy). Tři z odborných učeben jsou již dnes využívány zároveň jako třídy kmenové. Vybavenost učeben je převážně standardní. Pět tříd využívá pro výuku interaktivní tabule a další čtyři tabule byly nainstalovány v průběhu letošních letních prázdnin. Pracovna výtvarné výchovy má k dispozici keramickou pec. Školní družina využívá ke svému provozu 9 tříd, přičemž 3 z nich jsou přizpůsobené pouze provozu družiny, v dalších 6 probíhá v dopoledních hodinách běžná výuka. Venkovní aktivity družinových dětí probíhají v atriu školy a na dopravním a dětském hřišti. Škola je dále vybavena školní knihovnou, jídelnou, bufetem, prodejnou školních potřeb a několika nápojovými a svačinovými automaty, které jsou rozmístěny po chodbách školy.

Žáci se specifickými vývojovými poruchami učení a chování

S integrovanými žáky se pracuje podle Metodického pokynu MŠMT č. j.: 16 138/98-24, Metodického pokynu MŠMT č. j.:13 711/2001-24 a Směrnic MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení. Učitelé v hodinách přistupují k těmto žákům diferencovaně, nechybí individuální přístup při zadané samostatné práci.

Příloha B- pokračování

Integrovaným žákům jsou při písemných činnostech zadávány kratší písemné celky, je upřednostněn jejich mluvený projev. Vyučující kladou na tyto žáky

menší nároky než na ostatní žáky, například místo diktátů jsou těmto žákům zadávána doplňovací cvičení a opisy textu a v jejich zadávání je vytvořen systém diferenciací podle schopností a typu poruch jednotlivých žáků. V průběhu vzdělávání je využíváno běžné slovní hodnocení i klasifikace známkou. [http://www.zs.celakovice.cz/uredni/Vlastni_hodnoceni_skoly.pdf, 6. 3. 2013]

Příloha C

Kazuistika- Martina

Martina si už od malička vyžaduje pozornost. Již jako kojeneček má nepravidelný režim dne. Někdy prospí celý den nebo bez důvodu nadměrně pláče. Neklidně pije, její sání je povrchní, jakoby se zlobila. Často nestíhá dýchat a pít najednou. Někdy při pití usíná a hned se budí hlady. Mívá problémy s trávením, často se objevují koliky. Ve snaze ji uklidnit je opět přikládána k prsu a tak vzniká začarovaný kruh, který trvá asi 3 měsíce. Matka rezignuje a začíná Martinu přikrmovat.

Už v batolecím období se objevují viditelné známky neklidu a živosti. Začíná lézt rychleji, než sedět. U lezení Martina vydrží avšak krátkou dobu a hned se začíná stavět a chodit. Odmítá být v postýlce nebo ohrádce. Vyžaduje pozornost, neustále ji musí někdo hlídat, je nemyslitelné ji vteřinu nechat samotnou. V noci špatně spí a je schopna usnout uprostřed hry. Mluvit začíná poměrně brzy, ale vyskytují se poruchy výslovnosti, má potíže s vyjadřováním. Občas se vyskytuje pomočování.

Po třetích narozeninách nastupuje do mateřské školy. Zadaptuje se rychle, bez obtíží. Do školky chodí velmi ráda, ale jsou období, kdy školku tvrdě odmítá. Ve školce je oblíbená, ráda vymýšlí nové hry a strhává tak na sebe pozornost. Aktivní hraní ji však odvádí od plnění úkolů a povinností. Je to dítě stále „na pochodu“, hodnotí Martinu paní učitelka. Je velmi milá, bezprostřední, ihned s každým navazuje kontakt. Je ráda chválena a ráda středem pozornosti. Vyskytuje se i zvýšená náladovost, podrážděnost i neposlušnost. O učení nejeví moc zájem, ráda vymýšlí příběhy i sní. Má bohatou představivost, její hry jsou plné fantazie. K zápisu do školy jde s očekáváním něčeho nového a úkoly u zápisu zvládá bez obtíží. Přesto matka probírá otázku zaškolení i s učitelkami v MŠ. Je ujištěna, že není důvodu k odkladu školní docházky.

Nástup do školy klade na Martinu velké nároky – musí se přizpůsobit pravidlům a omezením. První dny prožívá s nadšením. Nové podněty, nové věci, kamarádi, vše je pro ni nové a atraktivní. Po pár týdnech se však objevují první obtíže. Škola je pro Martinu velká zátěž. Problémy již nastávají při

Příloha C- pokračování

ranním vstávání a oblékání. Martina má obtíže vše časově stíhat, snídat již většinou nestíhá. Požadavky a nároky na výkon kladené školou jsou pro ni stresující. Nadšení opadá. Martina má v zápisníčku první poznámky, že nemá pouzdro, slabikář, sešit a jiné různé pomůcky. Matka nechápe, kdy dotyčné věci z tašky vybalila. Martina argumentuje, že si ráno musela pomůcky prohlédnout, a asi všechno nesbalila. Domů přichází bez čepice, bez rukavice, po třetím ztraceném deštníku matka pochopila, že je zbytečné jej pořizovat. Na třídní schůzce jsou rodiče informováni, že Martina nevydrží ani 15 minut v klidu sedět. Neustále něco hledá, ohlíží se. Do školy často přináší hračky, sice si s nimi nehraje, ale vehementně je nabízí spolužákům. Má tendenci neustále popíjet čaj, jíst, chodit na záchod. Veškeré dění ve třídě ji rozptyluje. Matka si je vědoma dceřiným nedostatkům a slibuje paní učitelce, že na dceru více dohlédne. Doma dochází k výměně názorů mezi rodiči. Otec vyčítá matce, že dcera měla ještě zůstat v mateřské škole a vyhnula by se tak obtížím, kterým musí nyní čelit ve škole. Matka nastoluje doma důsledný režim, příkazy a zákazy. Po měsíci všichni zjišťují, že zavedený režim je pouze částečně funkční. Martina je často odpoledne již tak unavená, že stihne pouze napsat úkoly a jde spát.

Matka má naději, že se časem Martina přizpůsobí režimu a okolnostem. Učivo zvládá, má sice obtíže ve čtení a psaní, ale rodiče se domnívají, že Martina do konce roku „vyzraje“ a vše se srovná.

V dalších třídách se obtíže stupňují. Martina sice již navykla školnímu režimu, naučila se určitému systému školní přípravy, ale stupňují se výukové obtíže. Má obtíže s vyjadřováním a se čtením. Vlastivědu a přírodovědu má velmi ráda, ale nestíhá vše zapisovat. Když poslouchá výklad, dlouhou ještě rozjímá nad daným obsahem a uniká jí další část hodiny. Martina má stále obtíže s koncentrací pozorností a se soustředěním. Čte rychle, ale uniká jí obsah čteného, slova občas komolí a přeskakuje řádky. Občas se ztratí v textu, kde má číst. Děti se jí často smějí a Martina se nechává často vyprovokovat k pláči nebo vzteku. V tělesné výchově má obtíže s orientací a s koordinací pohybů, ale je velmi soutěživá a do her se pouští s velkou vervou. Neustále má obtíže se

Příloha C- pokračování

zápisem úkolů, neví, co probírali ve škole, jaké pomůcky si má donést do školy. Ke spolužákům a lidem je Martina velmi citlivá, vnímavá, empatická. Má velmi ráda knížky, hlavně encyklopedie a naučnou literaturu. Jiné knihy většinou nedočte ani do poloviny.

Do školy se však připravuje nerada. Nejdříve píše domácí úkoly, pak dopisuje látku, kterou nestíhá ve škole dopsat. Matka pak s Martinou probírá učivo, které jí ve škole uniklo. Matka se sice snaží o velkou dávku trpělivosti a klidného povzbuzování, přesto často selhává a školní příprava končí nervovým zhroucením matky a zlostnými výbuchy Martiny. Martina odmítá přítomnost matky u sebe při přípravě do školy a objevuje se u ní vzdor. Často jedná i ve škole zkratovitě, impulzivně a její chování je pro okolí nepředvídatelné. Těžce nese podceňování a odmítání. Ze školy chodí smutná, bez energie, často ihned po příchodu usíná a spí až do rána. Objevují se bolesti hlavy a bolesti břicha.

Stupňující se obtíže vedou rodiče k návštěvě pedagogicko- psychologické poradny. U Martiny jsou diagnostikovány vývojové poruchy učení a je odeslána k dětskému psychiatrovi, který diagnostikuje syndrom ADHD. PPP doporučuje dívku zařadit mezi integrované žáky s vývojovými poruchami učení a chování.

Přechod na druhý stupeň je pro Martinu výzvou k dosažení lepších výsledků. Rodiče se snaží Martinu povzbuzovat a motivovat. Martina vyniká ve sportu a konečně pocítuje úspěch.

Ve škole však stále nestíhá tempo třídy, ale je jí umožněno zápisky si kopírovat. Někteří učitelé Martinu považují za lenivou, vztekla a sebestřednou. Nerada se podřizuje pravidlům. Má tendenci upřímně nahlas všem sdělovat, co si o nich myslí. Ve třídě ráda sjednává pořádek, nesnáší bezprávi, a když je někomu neprávem ubližováno. Tehdy se staví do opozice i učitelům a vznikají konflikty. Její impulzivita se učitelům nelíbí a stěžují si na Martinu na třídní schůzce. Je sice stále usměvavá a vstřícná, ale některé jedince tím dráždí a provokuje.

Martina má ve třídě málo kamarádek. Více si rozumí s chlapci než s děvčaty, problémy děvčat nechápe, připadají jí naivní a hloupé. Nyní již chápe, že

pokud chce mít kamarádky, musí se naučit je vyslechnout a projevit o ně zájem.

Martina je výtvarně nadaná a chodí do umělecké školy, kde je její kreativita úspěšně oceněna. Doma neustále něco tvoří, maluje a zapomíná na přípravu do školy. Její zaujetí je tak silné, že není schopna přemístit pozornost na učení. Její pokoj je jeden velký chaos. Ráda věci kupí na hromady, tvrdí, že se v tom dobře cítí. Tvrdí, že pořádek jí dráždí.

Martina jako pubescent je stále v opozici, neplní požadavky rodičů, pokyny třeba neustále opakovat. Domácí práce jí trvají neúměrně dlouho a zapomíná je dodělat. Často jí ve škole chybí domácí úkol, zapomene si ho poznamenat. Rodiče se zlobí, snaží se Martině připomenout dohodnutá pravidla, upozorňují na přestupující hranice. Martina se bouří, chce být nezávislá. Martina má občas problém vyhodnotit správně reakce druhých a nevhodně reaguje. Má pocit, že musí neustále se sebou bojovat, aby nepodlehla a neskončila. Často se jí stává, že rychleji „mluví, než myslí“, pak se jí ostatní smějí. Opakované selhávání a neúspěchy vedou ke ztrátě sebevědomí a sebeúcty. Ví, že zklamala svá očekávání i očekávání rodičů...

Martinu ještě čeká ještě dlouhá cesta, než si uvědomí své přednosti i omezení a že se musí s nimi naučit žít.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Lucie Fahounová

Obor: Speciální pedagogika- vychovatelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Syndrom ADHD/ADD a faktory podílející se na jeho vzniku a vzdělávání a výchova dětí s ADHD

Rok: 2013

Počet stran textu: 78

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů českých použitých zdrojů: 28

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 2

Vedoucí práce: Mgr. Martina Karkošová

