

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

bakalářské kombinované studium  
2009 - 2012

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Miriam Marhounová

Specifické vzdělávací potřeby dítěte s ADHD

**Praha 2012**

**Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Zoja Šedivá, PhD.**

**COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

Bachelor Combined (Part time) Studies  
2009 - 2012

**BACHELOR THESIS**

Miriam Marhounová

The specific educational needs of children with ADHD

**Prague 2012**

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:  
PhDr. Zoja Šedivá, PhD.**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská 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 v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15. března 2012      Miriam Marhounová

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat za laskavé a trpělivé vedení vedoucí práce PhDr. Zoje Šedivé, PhD.

Dále bych chtěla poděkovat za spolupráci pedagogickému sboru na Základní škole a Praktické škole v Aši a rodičům žáků této školy, kteří mi ochotně vyplnili dotazníky a velmi úzce se mnou spolupracovali.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zabývá specifickými vzdělávacími potřebami dítěte s ADHD. V teoretické části rozebírám nejčastější příčiny, vliv rodinného prostředí, dítě s ADHD ve školním prostředí, specifickými potřebami dítěte s ADHD, metody práce s dítětem s ADHD. V praktické části je mým cílem získat informace o tom, zda jsou rodiče dětí s ADHD a pedagogové seznámeni se syndromem ADHD. Použila jsem metodu pozorování, dotazník pro rodiče dětí s ADHD a dotazník pro pedagogy dětí s ADHD.

## **Klíčové pojmy**

ADHD, lehká mozková dysfunkce, hyperaktivita, impulzivita, hyperkinetická porucha, porucha chování, genetika, rodinné prostředí, školní prostředí, specifické potřeby, metody práce.

## **Annotation**

This bachelor's thesis was engaged in the specific educational needs of children with ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder). In the theoretical part was included an analysis of the most frequent causes of ADHD, the influence of family background, the child with ADHD in the school background, the specific needs of the children with ADHD and the special methods of work with the children. The aim of the practical part was to acquire information whether the parents and the teachers were acquainted with the ADHD syndrome. The methods used in the thesis were observation and a questionnaire for the parents and the teachers of the children with ADHD.

## **Key words**

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Light Brain Stimulation, Hyperactivity, Impulsivity, Hyperkinetic Disorder, Behaviour Disorder, genetics, family background, school background, specific Leeds, methods of work.

## OBSAH

ÚVOD .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
Teoretická část .....	9
1. ADHD .....	9
Lehká mozková dysfunkce.....	11
2. Příčiny ADHD.....	13
2.1. Příčiny hyperkinetické poruchy .....	14
2.2. Organické (tělesné) příčiny .....	15
2.3. Možné příčiny syndromu ADD/ADHD .....	17
2.4. Genetika .....	19
3. Vliv rodinného prostředí .....	21
3.1. Matkou neklidného dítěte.....	23
3.2. Výchova a rodičovství dětí s ADHD .....	24
4. Dítě s ADHD ve školním prostředí.....	27
4.1. Děti s ADHD v předškolní výchově v MŠ .....	29
4.2. Postavení dítěte s ADHD ve škole .....	31
5. Specifické potřeby dítěte s ADHD .....	33
6. Metody práce s dítětem s ADHD .....	35
7. Definice problému.....	36
8. Základní soubor a vzorek.....	37
8.1 Stanovení hypotéz .....	37
8.2 Metody výzkumu .....	38
9. Tvorba dotazníku .....	40
ZÁVĚR.....	46
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	47
SEZNAM PŘÍLOH.....	48

## ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma, které se zabývá specifickými vzdělávacími potřebami dítěte s ADHD. Má bakalářská práce je věnována dětem se syndromem ADHD. Děti s tímto syndromem mohou navštěvovat běžnou základní školu, ale mají určité potíže než děti bez této poruchy. Škola je pro ně obtížnější a mnohdy jsou hodnoceny nespravedlivě a někdy i za svoje chování a neúspěchy kárány. Bez pomoci ostatních – rodičů, prarodičů, učitelů apod. – se tyto děti nemohou se svojí poruchou vyrovnat. Toto téma jsem si vybrala, protože učím děti se syndromem ADHD. Zajímalo mě u ostatních třídních učitelů, jestli jsou rodiče ochotný s nimi spolupracovat a jestli se snaží vzdělávat dítě, tak jak je to pro něj nejlepší.

Cílem této práce je, posoudit situaci ve škole a v rodině. Důležitá je spolupráce mezi rodiči a pedagogy. Rodiče a pedagogové by se měli shodnout na stejném postupu při vzdělávání a výchově, zda rodiče se školou spolupracují.

V teoretické části by chtěla seznámit čtenáře se syndromem ADHD, s nejčastějšími příčinami, s vlivem rodinného prostředí, jak se chová dítě s ADHD ve školním prostředí, se specifickými potřebami a s metodami práce s těmito dětmi.

V praktické části zkoumám, zda rodiče dětí s ADHD vědí něco o tomto syndromu a zda jsou pedagogové dostatečně informovány o problematice ADHD, zda používají správné metody při práci.



# Teoretická část

## 1. ADHD

Za nemoc, kterou je možno vyléčit nelze považovat poruchy pozornosti a poruchy pozornosti provázené hyperaktivitou. Přestože se jednotlivé projevy chování během dospívání mění, tak dítě se syndromem ADD/ADHD, podobně jako dítě s poruchami učení, z této poruchy nevyroste.

(RIEFOVÁ,2010)

Amanda Kirbyová (2000, s. 194) píše, že: „*Syndrom ADHD byl pozorován již ve starověkém Řecku a jeho hlavními příznaky jsou hyperaktivita, impulzivita a poruchy pozornosti. Uvádí se, že jedno ze dvaceti dětí trpí ADHD. U chlapců je porucha diagnostikována tři až sedmkrát častěji než u dívek.*“

Lékaři a další odborníci se snaží, kdykoliv je to možné, stanovit diagnózu, kteří vyšetřují a léčí pacienty s tělesnými nebo psychickými chorobami nebo jinými emočními či behaviorálními problémy.

Lékaři z celého světa se vždy znovu schází, aby vylepšili systém klasifikace syndromů, poruch a nemocí. Diagnostické nálepky neboli diagnózy jsou přisouzeny chorobám známým ve vědeckých a lékařských společenství všude na zemi. Libovolný pacient s určitým souborem klinických příznaků a symptomů, by měl být kdekoliv na světě označen stejnou diagnózou, pokud se použije dobře známý klasifikační systém. Využití výsledků vědecké práce, která už byla provedena u pacientů s určitými symptomy, umožňuje lékařům i ostatním pracovníkům, aby mohli:

- předpovědět příčinu symptomů nemoci
- předpovědět průběh nemoci
- rozhodnout, jaké léčba bude neúčinnější

Důležité je, aby si všichni zúčastnění odborníci shodli na tom, v čem je problém a co se rozumí pojmem diagnóza. Jakmile je symptomům stanovená diagnóza, mohou rodiče dětí vyhledat konkrétní pomoc. To znamená, že se jim

dostane účinné lékařské péče, mohou obdržet další nebo zvláštní příspěvek na vzdělání, mohou získat nadstandardní příspěvek nebo se přestěhují. V takových případech se mohou symptomy zmírnit, nebo dokonce odstranit.

Kritéria, která lékaři používají, se zlepšují a aktualizují. Nyní existují dva hlavní klasifikační systémy:

1. klasifikační systém Světově zdravotnické organizace, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize, MKN-10
2. klasifikační systém Americké psychiatrické asociace neboli DSM-IV (MUNDEN, ARCELUS, 2008)

Diagnostikování ADHD lze, jedná-li se o dlouhotrvající problematiku, kdy se příznaky projevují po dobu nejméně šesti měsíců a pokud je zde alespoň jedna z následujících poruch – porucha pozornosti, hyperaktivita s impulzivitou.

Následně diagnostikujeme:

- ADHD s převahou poruchy pozornosti
- ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity
- ADHD s poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou (kombinovaný typ)

Označení ADD se užívá při syndromu poruchy pozornosti bez hyperaktivity.

(JUCOVIČOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2010)

## TYPY ADHD

- Nepozornost – přestože dětem s ADHD dělají obtíže impulzivita a hyperaktivita, protože výrazně vyčnívají nad své spolužáky, mohou mít velké potíže, protože se nedokážou delší dobu soustředit. Nesmírně náročné je pro ně učení.
- Hyperaktivita – do tří let říkáme o dětech, že jsou hyperaktivní, po tomto roce se snižuje pohybová aktivita. Záznamy ukazují, že děti s ADHD byly mimořádně činný již v děloze. Některé děti velmi pláčou a špatně spí, někdy jsou to děti, které nemají rádi tělesný kontakt a je těžké je rozveselit.

- Impulzivita – nedostatkem u ADHD je neschopnost zabránit reakci na impulz, jak vhodné, tak nevhodné. Hlavní problém dětí s ADHD je, že tyto děti mají velmi vážné potíže s impulzivitou, nedokážou ovlivnit své reakce na signály, impulsy a události, které nesouvisí s tím, co právě dělají.

V MKN-10 (MKN-10, 2008, s. 244) se píše o hyperkinetických poruchách, že je to: „*Skupina poruch charakterizovaná časným začátkem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit.*“

Děti s hyperkinetickou poruchou jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s kázní pro bezmyšlenkovité porušování pravidel. Vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek obvyklé opatrnosti a odstupu. Nejsou příliš populární mezi ostatními dětmi a mohou se stát osamocenými. Porušené jsou poznávací schopnosti, specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji. (MKN-10, 2008)

## **Lehká mozková dysfunkce**

V šedesátých letech vznikl termín lehká mozková dysfunkce jako výsledek potřeby se dorozumět, ujednotit hlediska a utřídit najednou nahromaděné poznatky, problémy dětí s poruchami v základu lehčími než dosud diagnostikované poškození motoriky a intelektu v rámci rané mozkové obrny. Množstvím nároků na ně kladených, děti s lehkými obtížemi přibývalo a stávaly se nelehkým problémem.

Vymezení pojmu je nejsložitější otázkou, protože svou různorodou etiologií patogenezí a tím i klinikou vytváří LMD obraz mnohotvárný, rozmanitý, i když v mnohém souhlasný. Roku 1962 se Mezinárodní konference

přiklonila k termínu lehká mozková dysfunkce, který vybírala asi z padesáti dosud užívaných názvů. (TŘESOHLAVÁ A KOLEKTIV, 1982)

Významným etiologickým faktorem specifických poruch učení je považována lehká mozková dysfunkce (LMD). Dle názoru některých odborníků pojem „lehká mozková dysfunkce“ je shodný s pojmem „lehká dětská encefalopatie“, „malá mozková poškození“.

Motorické poruchy mají děti s ADHD asi v 90 %. Především svými pohyby, svou neobratností a nešikovností jsou tyto děti velmi nápadné. Mívají narušenu jemnou motoriku, senzomotorickou koordinaci a manuální zručnost a tím mají potíže v psaní, výtvarné výchově, v pracovní i tělesné výchově. (PIPEKOVÁ A KOL., 1998)

*„LMD a ADD (případně ADHD) pracují s různým vztahovým rámcem, mají odlišnou konotaci. Pojmenovací jednotky syndromu ADD/ADHD odrážejí pojetí behaviorální, přitom jejich popis se v podstatě shoduje s naším popisem LMD.*

*Z klasického pojetí LMD se vydělila hyperkinetická porucha. Těžištěm diagnózy je porušená (oslabená) pozornost a hyperaktivita. Dochází k dekompozici souhrnného pojmu LMD, jednotlivé klinické jednotky mohou existovat samostatně.*

*Diagnóza ADHD se vztahuje na děti (i dospělé) s vážnými sociálními a kognitivními obtížemi.“ (SWIERKOSZOVÁ, 2007, s. 104)*

## 2. Příčiny ADHD

- **Pozadí získané hyperaktivity**

Stále palčivějším problémem se stává dětský neklid. Tomuto problému se nevyhnou ani rodiče, učitelé, pediatři a ani psychologické poradny. Děti jsou čím dál více nesnesitelnější.

Mozek prodělává prudký vývoj, v prvních dvou až třech letech života. Uprostřed těhotenství se buduje většina nervových buněk. Pokud mají vykonávat svou funkci, musejí být nervové buňky mezi sebou spojeny takzvanými dendrity a synapsemi. Nastává proces myelinizace - dozrávání této spojovací dráhy.

Od druhé poloviny těhotenství až do prvních dvou let života, se tvoří rozhodující základ spojení - mluvíme o plasticitě dětského mozku. Tento proces je podporován vnějším drážděním. Činný vnímání a jednání vyvolává spojování nervových buněk. Upevňuje se to do té míry, nakolik dítě vnímá a opakuje jednání nebo myšlenkový úsudek.

Hmotnost mozku se v období prvního učení explozivně zvětšuje: koncem prvního roku života má padesát procent a koncem třetího roku už osmdesát procent své konečné hmotnosti.

V největší fázi mozkového růstu, mohou poruchy snížit počet spojení nervových buněk – synapsí a zpomalit nutné biochemické procesy zrání. Flexibilita energetického zásobování jistých cest umožňuje, aby se aktivizovala spojení sloužící zaměřené pozornosti a aby se potlačovalo to nepodstatné. (PREKOPOVÁ, SCHWEIZEROVÁ, 2008)

- **Tlumení pohybových impulzů**

Při své nezralé touze po pohybu musí být dítě brzděno a usměřováno, aby si postupně umělo zaměřit své vědomí k tělu. Již od malinka musíme považovat pevnější zavazování miminka, sedávání na matčině klíně proti jeho vůli k pohybu, dětskou židli apod. za důležitou pomoc. Postavit věž se dítěti podaří, pokud dokáže opatrně pohybovat rukou, jak sílu, tak směr. Pokud chce

naplánovat a uskutečnit tuto precizní jemnou motoriku, musí svou hrubou motoriku zadržet. Každého cíleného jednání i myšlení je nutným předpokladem to, že podle situace určité impulsy ustupují do pozadí a ty druhé mohou vystoupit do popředí. V tomto smyslu vědomé vnímání předpokládá překážku. Pokud jsou tyto procesy od dětství cvičeny a postupně automatizovány, že se stávají zvykem, tím je svobodnější vědomí pro dosažení a užívání požadovaného cíle. Pokud má člověk větší cvik v sebekontrolě, tak může být pružnější a volnější ve svém konání.

V dětství byli mnozí z nás vychovávaní velmi přísně a jen málo svobody se nám dostalo pro rozvinutí vlastního rozhodnutí. Svobodu, která nám byla odepřena, nyní poskytujeme v přemíře našim dětem. Důsledkem toho je nesvoboda, protože takový přebytek volnosti nemůže dítě ještě zvládnout. Bez dozoru příslušné osoby, která filtruje přicházející impulsy a má přehled, se dítě musí nacházet v neustálém znepokojení. Ať vypukne znepokojení v jakékoliv fázi, je od tohoto okamžiku ohrožen další vývoj ve všech oblastech. (PREKOPOVÁ, SCHWEIZEROVÁ, 2008)

## **2.1. Příčiny hyperkinetické poruchy**

Teprve během posledních patnácti let byly získány rozhodující poznatky o příčinách hyperkinetické poruchy. Stále více je zřejmé, že se na vzniku onemocnění podílí více činitelů, k nimž patří převládající genetické dispozice. Založenými studii s dvojčaty a adopčními výzkumy bylo možno potvrdit podezření na dědičnost nemoci.

Genetické výzkumy objevily, že u mužů s hyperkinetickou poruchou je pětkrát vyšší pravděpodobnost, že jejich děti budou trpět touto poruchou, ve srovnání s normálními kontrolními osobami. Výsledky výzkumů dvojčat ukazují, že významnější shoda ve výskytu hyperkinetické poruchy existuje u jednovaječných párů než u dvojvaječných párů. Také adopční výzkumy potvrdily genetickou složku hyperkinetické poruchy – ve vyšším procentu trpí sami biologičtí rodiče touto poruchou ve srovnání s adoptivními rodiči.

Význam je přisuzován vrozenému genetickému defektu, ovlivňující metabolismus a funkce dopaminu a noradrenalinu, což jsou látky umožňující přenos signálů v různých částech mozku.

Nyní vycházíme z toho, že děti přicházejí na svět s různě velkou dispozicí (vulnerabilitou) ke vzniku hyperkinetické poruchy (nebo ADHD), která je „naprogramovaná“ geneticky. Tato dispozice rozhodující měrou vede k tomu, zda se u dítěte porucha vytvoří. K původu hyperkinetické poruchy mohou také přispět některé jiné, negenetické faktory, které negativně zasáhnou v časně etapě vývoje dítěte. Hyperkinetické příznaky mohou do jisté míry potlačit nebo naopak posílit také vlivy prostředí, ve kterém dítě vyrůstá.

Konzumace alkoholu a kouření matky v těhotenství, nízká porodní váha, předčasné a komplikované porody spojené s nedostatkem kyslíku jsou řazeny pod rizikové negenetické faktory. Matky kouřící během těhotenství zvyšují riziko vzniku ADHD u dětí, toto potvrdili klinické studie. Bývá zvažována radioaktivita i vliv toxinů prostředí, např. spad těžkých kovů, umělá aroma a barviva v potravinách; tyto hypotézy byly velmi oblíbeny v 80. letech minulého století, avšak pro nedostatek důkazů jsou zanechány.

Rodinné prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, může symptomy hyperkinetické poruchy posilovat nebo naopak zmírňovat. Negativně působí disharmonické, nestabilní a nespolehlivé vztahy uvnitř rodiny, zanedbávání, nepřiměřené tresty, neuspořádaný režim dne a další chaotické a nepřehledné podmínky okolí. Psychická zátěž, stres nebo jiné traumatické události (např. rozvod rodičů, úmrtí v rodině, přestěhování, změna školy apod.) mohou na děti reagovat zhoršeným chováním. (DRTÍLKOVÁ, 2007)

## **2.2. Organické (tělesné) příčiny**

Byla vyjádřena celá řada možných etiologií v otázce původu ADHD. Za hlavní původ ADHD byla z počátku považována minimální mozková dysfunkce, jako následek infekce, která postihla mozek, nebo traumatu či jiných zranění a komplikací, které se objevily ještě v prenatálním nebo

v perinatálním stupni vývoje. Nicméně většina dětí trpících ADHD nemá v anamnéze žádné závažné úrazy mozku. Řada studií zjistila u dětí s ADHD vyšší výskyt těhotenských či porodních obtíží ve srovnání s normálními dětmi, zejména nezvykle krátký či dlouhý porod, plodovou tíseň (fetal distress), klešťový porod, toxemii nebo eklampsii. Nízká porodní hmotnost byla také spojována se zvětšením rizikem hyperaktivity dítěte.

Významným původem může být užívání léků v posledním trimestru těhotenství (behaviorální teratologie), zejména některých psychofarmak, a také kouření. (PACLT, PTÁČEK, FLORIÁN, 2006)

*„Na počítačové tomografii (CT) nebyly shledány žádné výraznější odlišnosti ve struktuře mozku, avšak u dětí s AD(H)D byla (toutéž metodou) zjištěna nižší denzita mozkové hmoty v pravé frontální oblasti. Dále byly zaznamenány změny objemu v oblasti cerebella, nukleus caudatus a globus pallidus. Byl zaznamenán snížený krevní průtok a menší metabolická aktivita zvláště v nefrontálních limbických oblastech. Hypoteticky se hovořilo o možných dysfunkcích nebo nerovnováhách v oblasti neurotransmiterů, což spočívalo především na reakcích dětí s AD(H)D na rozličné léky. Ale vzhledem k tomu, že i normální děti projevují pozitivní, třebaže méně výrazné reakce na stimulancia, důkaz v podobě reakce na léky sám o sobě nestačí na podporu hypotézy o neurochemické abnormalitě jakožto příčině AD(H)D. avšak existují určité přímé důkazy z výzkumů mozkomíšního moku u dětí a AD(H)D ve srovnání s normálními dětmi, jež naznačují, že u dětí s AD(H)D je v mozku snížená hladina dopaminu.“* (PACLT, PTÁČEK, FLORIÁN, 2006, s. 15-16)

Nižší úroveň dopaminbetahydroxylázy a vyšší úroveň monoaminoxidázy se vyskytuje u dětí s hyperkinetickým syndromem, což ukazuje na sníženou dopaminergní a nonadrenergní transmissi ve srovnání se zdravými dětmi. (PACLT, PTÁČEK, FLORIÁN, 2006)

*„Neuropsychologické testy funkcí čelního mozkového laloku u dětí s AD(H)D však zjistily určité deficity. Výsledky naznačují, že z těchto testů jsou evidentní především neutlumené projevy chování než potíže s abstraktním zdůvodňováním, vytvářením odpovědí, plynulostí řečového projevu, vytrvalostí,*



*či jinými funkcemi čelního laloku. Taková neutlumenost bývá častěji spojována s poškozením orbitálně-limbické oblasti než s poškozením dorzálně-laterální nebo mediálně-frontální oblasti. Avšak výzkumy kortikálních elektrických aktivit, prováděné běžně elektroencefalogramem (EEG), nebo vyšetření evokovaných potenciálů (averaged evoked potentials, AEPs) zjistily na EEG u některých hyperaktivních dětí větší podíl pomalých vln v pásmu delta a theta a menší vlnovou amplitudu u odpovědi na stimulaci s rapidnějším přizpůsobením se odpovědi podnětů, stimulující AEPs. Dále pak u některých dětí s hyperkinetickým syndromem byly zjištěny frontotemporálně a někdy i okcipitálně ostré a pomalé vlny, eventuálně komplexy vlna-hrot (na EEG).“ (PACLT, PTÁČEK, FLORIÁN, 2006, s. 16)*

### **2.3. Možné příčiny syndromu ADD/ADHD**

V současné době nejsou známy příčiny ADHD. Lékaři a další odborníci získávají stále více vědomostí o tom, jak pracuje mozek a co působí na pozornost a učení. Ani u této poruchy, stejně jako u mnoha jiných poruch, nelze určit jednoznačnou příčinu. V dnešní době se ADD/ADHD zpravidla připisuje dědičnosti nebo jiným biologickým činitelům.

Rodiče se cítí zpravidla vinni a vyčítají si, pokud mají dítě s určitými problémy, ať už se jedná o potíže zdravotní, tělesné, psychické nebo sociální. Myslí si, že udělali něco, co mohlo zapříčinit, že jejich dítě má potíže. Pocitů provinění a výčitek by se měli zbavit. Pokud má dítě syndrom ADD/ADHD, není to ničí chyba. (RIEFOVÁ, 2010)

Sandra F. Riefová (2010) píše v knize Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole, že k možným příčinám ADD/ADHD patří:

- Genetické příčiny – v rodině dítěte s ADHD se mnohdy rodič, prarodič či jiný člen rodiny, který měl v dětství také podobné potíže s chováním ve škole a proto se v některých těchto rodinách ADHD opakuje.

- Biologické (fyziologické) příčiny – lékaři popisují ADHD, jako neurologickou poruchu, která postihuje tu oblast mozku, která řídí zpracování impulzů a podílí se na třídění smyslových vjemů a na schopnosti.
- Mohou to být komplikace v těhotenství nebo při porodu, ale také poranění v tomto období.
- Otrava olovem
- Patří sem také strava – spojování příznaků a tímto syndromem s určitým složením stravy a s alergií na jídlo.
- Pokud matka během těhotenství užívá drogy a alkohol – vede to ke všem negativním dopadům – poškození plodu.

I tato porucha je dědičná a postihuje více chlapce než dívky. Dalšími faktory při vzniku ADHD jsou toxiny z vnějšího prostředí, drogy, léky, alkohol, nikotin. Jedna z amerických studií uvádí, že 22% matek dětí s ADHD kouřilo v době těhotenství v průměru jednu krabičku cigaret denně, kdežto u dětí bez ADHD to bylo pouze 8% matek.

Dalším faktorem poruchy jsou jistě komplikace v těhotenství a při porodu. Není jasně prokázána závislost mezi složením potravy a ADHD.

Výchovné působení nelze u dětí s ADHD zlehčovat. Jejich hyperaktivita je podmíněna současným spojením dispozice k tomuto chování, stylem výchovy a prostředím, v němž se dítě žije. Nežádoucí projevy nabývají na četnosti, pokud rodiče vydávají neustále zákazy a příkazy a stresují dítě s dispozicemi k nadměrné aktivitě, pohyblivosti a náladovosti. Klidné chování dospělých, jednoznačné určení požadavků na dítě a pochopení pro okamžité známky neklidu poskytují správné vzory chování a komunikace. Přesto však případný nesprávný postoj rodičů i učitelů v MŠ k dítěti nelze považovat za hlavní důvod ADHD. (ZELINKOVÁ, 2008)

*„Dítě s ADHD se často chová jako vývojově mladší. Jen u některých jedinců se později projevy poruchy výrazně zmírňují, zatímco přibližně u 65 – 80% přetrvávají až do dospělosti. Významnou roli hraje dozrávání nervové soustavy a již zmíněný vliv blízkého okolí na dítě. Postupem doby se tyto jedinci*

*naučí s poruchou žít, ale přesto většina z nich uvádí, že některé její projevy zvládají jen obtížně. Vzhledem k impulzivitě mají obtíže v zaměstnání, kde pracují s lidmi, hyperaktivita jim znemožňuje celodenní práci v kanceláři apod. Ve většině případů se také okolí naučí s takovými lidmi žít a jejich charakteristické rysy chování tolerovat.“ (ZELINKOVÁ, 2008, s. 178)*

## **2.4. Genetika**

ADHD je dědičná porucha - existuje řada důkazů. Výzkum doktora Biedermana a jeho kolektivu z Massachusettské všeobecné nemocnice z roku 1990 zkoumá 457 nejbližších pokrevních příbuzných (biologických rodičů a sourozenců) 75 dětí s ADHD, porovnali je s rodinami 26 dětí s jinými psychickými poruchami a s kontrolním vzorkem rodin 26 dětí - bez jakéhokoli psychického problému. Odhalili, že 25% nejbližších příbuzných dětí s ADHD rovněž trpělo touto poruchou. Ve srovnání s pouze 5% nejbližších příbuzných z kontrolní skupiny dětí s jinými psychickými poruchami to znamená 50% nárůst rizika, že příbuzný dítěte s ADHD trpí touto chorobou také.

Výzkumy, ve kterých vědci porovnávali výskyt poruchy u obou jednovaječných dvojčat, která mají naprosto identickou genetickou výbavu a většinou velmi podobné životní podmínky, ukázaly, že u 80-90% sourozeneckých dvojic, kde jedno dítě mělo ADHD, trpělo chorobou i druhé dítě. Výzkumy na dvojvaječných dvojčatech - s velmi podobnými životními podmínkami, ale pouze s 25% společného genetického materiálu - ukázaly, že ve 32 % dvojic trpěly ADHD obě děti, což je 6-10 krát více, než je běžné u nepříbuzných dětí, kde se výskyt ADHD pohybuje mezi 3-5%.

Tyto výsledky potvrdily, že symptomy ADHD jsou často geneticky dědičné, a že v řadě případů není příčinou přítomnosti symptomů výchova ani životní prostředí dítěte.

Nejnovější výzkumy odhalily skutečnost, že zvažujeme-li nebezpečí zdědění ADHD od příbuzného druhého stupně, je zde větší riziko dědičnosti

choroby po mužské linii (po dědečcích nebo strýcích), než po ženské linii (třeba po babičkách a tetách). (MUNDEN AJ. ARCELUS, 2008)

Patogeneze hyperkinetické poruchy nebyla doposud jasně vysvětlena. Etiologie je patrně heterogenní, ale však mnohé studie napovídají, že jedním důležitým činitelem patogeneze hyperkinetické poruchy je genetická složka. V posledních letech lze sledovat rychlý nárůst vědeckých prací zabývajících se dědičností hyperkinetické poruchy. Souvisí to hlavně se zaváděním nových metod molekulární biologie do psychiatrických studií. Postup řetězové polymerázové reakce (polymerase chain reaction – PCR) byla v psychiatrickém výzkumu použita poprvé v roce 1990. Vznik nového oboru molekulární psychiatrie, lze od této doby datovat. Od roku 1999 byly publikovány první práce využívající metodiku PCR, při studiu ADHD. Do dnešní doby bylo zveřejněno několik set molekulárně biologických prací o genetice hyperkinetické poruchy. (DRTÍLKOVÁ, ŠERÝ ET AL., 2007)

Nejpodstatnějšími oblastmi výzkumu etiologie této poruchy je role dědičného přenosu. Během let, kdy probíhá výzkum na tomto poli, se objevily důkazy o zvýšeném podílu genetických faktorů u různých duševních poruch, obzvlášť u depresí, alkoholismu, poruch chování a hyperaktivity mezi biologickými příbuznými dětí s ADHD, srovnávanými jednak s příbuznými normálních dětí, jednak s adoptivními rodiči, kteří si osvojili hyperaktivní dítě. Nicméně mnoho z těchto psychiatrických poruch, jimiž trpí dospělí, je spíše bližší poruchám chování než přímo ADHD, jiné výzkumy však ukazují, že 20 až 32 % rodičů a potomků dětí s ADHD trpí rovněž touto chorobou. Ve výzkumu 72 dětí s ADHD se hyperkinetický syndrom přinejmenším u jednoho z rodičů neobjevil v pouhých 11 % zkoumaných rodin. Výzkumy tedy ukazují, že u tohoto syndromu existují významné genetické predispozice.“ (PACLT, PTÁČEK, FLORIÁN, 2006)

### 3. Vliv rodinného prostředí

Paní Doc. MUDr. Zdeňka Třesohlavá (1982, s. 71) v knize *Lehká mozková dysfunkce* píše: „*Zhodnocení celkové úrovně i jednotlivých odchylek a zvláštností dítěte s LDM je užitečné, ale zároveň je třeba počítat s dítětem jako členem sociální skupiny a s následky jeho zvláštních projevů v různých sociálních situacích.*

*Prvním a nejdůležitějším životním prostředím dítěte je rodina. Postoje rodičů k dítěti odrážejí zkušenosti i prožitky jejich vlastního života a vyjadřují určitá očekávání i naděje, zpočátku obvykle idealizovaná. Jestliže se jejich naděje nesplní, výchovné postoje se mohou nejrůznějším způsobem měnit, obyčejně v neprospěch dítěte.“*

Dítě s ADHD se jeví od dětství jako neklidné, neposlušné, zbrklé, roztěkané, nešikovné apod. a právě pro tyto vlastnosti působí jako rušivý živel. Potřebuje daleko více času a pozornosti, zdánlivě bez jakéhokoliv účinku. Toto matku vyčerpává tělesně i duševně a nutí ji konfrontovat chování dítěte s ADHD s ostatními dětmi stejného věku nebo s chováním jeho starších sourozenců. Její nároky dítě nespĺňuje, zklamalo její iluze a veškerá výchovná snaha se zdá být marná. Pokud nastane nesprávné pochopení chování dítěte, dochází k ohrožení citové vazby matky a dítěte a ke vzniku nepřiměřeného výchovného postoje.

Vztah otce k dítěti s ADHD je ovlivňován, tělesnou neobratností a nešikovností dítěte. Pokud jde o chlapce, bývá otec zklamán jeho selháním např. ve sportu. Hyperaktivita je otci častěji snášena.

Nesprávně hodnocené rušivé a nepříjemné projevy, přivádějí dítě do role zlého, líného a nevděčného, se kterým se po dobrém nic nesvede. To má za následek nepřiměřené zpřísnění režimu až na úroveň drezúry, zavržení, odporu k dítěti, ale i lhostejnosti, apatie z pocitů výchovné bezmocnosti, nebo naopak pocity viny a úzkostí, že bylo ve výchově něco zanedbáno. Děti s tímto syndromem jsou trestány za projevy choroby, zavrhovány pro nepochopení

příčin jejich potíží. Při nástupu do školy se tyto výchovné problémy vyhrocují. (TŘESOHLAVÁ, 1982)

Prof. MUDr. Ivana Drtílková, CSc. (2007, s. 31-32) píše: „*Pokud by děti s hyperkinetickou poruchou žily na pustém ostrově, pravděpodobně by jim jejich způsob chování nepřinášel závažnější potíže. Ve společnosti se však musejí přizpůsobit požadovaným normám chování, zvládnout požadavky školy a snažit se plnit různá očekávání rodičů.*“

Děti s touto poruchou mají inteligenci srovnatelnou s ostatními vrstevníky, jsou vnímavé a citlivé, a přitom zažívají méně často pocit úspěchu než ostatní, jsou také více trestány a zasypány výčitkami. Přátele mezi svými spolužáky hledají těžce a velmi snadno je ztrácejí. Větší štěstí mají děti rodičů, které nejsou nadměrně zaměřeny na prestiž a úspěch a chování jejich dětí se nevěnuje přehnaná pozornost, ale nesmí se podceňovat odborná pomoc a léčba. U ambiciózních rodičů, kteří kladou na dítě přehnané a nesplnitelné nároky, riskují, že u citlivého dítěte vzniknou pocity méněcennosti, sebeobviňování a úzkosti, u dětí s jiným povahovým založením se zase mohou objevit protestní postoje, odmítavost a poruchy chování. Dokonalá rodina by měla být na jedné straně dostatečně tolerantní k nedostatkům dítěte, chápat ho, ale na druhé straně by měly být dítěti určeny jasné a srozumitelné hranice, co se ještě může a co už ne.

Hyperkinetické porucha dokáže zkomplikovat život celé rodině i samotnému dítěti. Rodiče jsou často voláni do školy kvůli kázeňským přestupkům dítěte (např. vyrušuje při hodině, běhá okolo lavice, nenosí úkoly, své věci nemá v pořádku, apod.) tudíž v nich může vzniknout přesvědčení o vlastní výchovné neschopnosti nebo se začnou hádat. Jsou zarmouceni špatným prospěchem dítěte, o kterém byli přesvědčeni, že je nadané a inteligentní. Častokrát se rozhodnou přitvrdit ve výchově, zavést režim trestů, kontrol a zákazů a přinutí dítě k dlouhému vysedávání nad učením. Velmi náročná výchova dětí s ADHD je často spojená s pocity neúspěchu a opakovaným zklamáním a může u rodičů způsobit neurotické poruchy. (DRTÍLKOVÁ, 2007)

### 3.1. Matkou neklidného dítěte

Zaměříme se téměř výhradně na matky, ale neznamená to, že bychom pokládali roli otce při výchově neklidných dětí za nedůležitou. Domníváme-li se, že role matky se odlišuje od role otce, tak můžeme na základě toho u otců očekávat i rozdílné prožívání výchovy takového dítěte. Proto považujeme za nepřesné zabývat se rodiči neklidných dětí obecně, a volíme z hlediska výchovy sice neúplné, ale konkrétnější zaměření na matky. S tímto postojem se setkáváme i v řadě soudobých studií. Patrně s tím souvisí i snazší získání výzkumného vzorku matek.

Závěr studií, jehož se účastnily pouze matky, jsou do jisté míry vztahovány i na otce. Studie, které diferencují mezi mateřskou a otcovskou rolí, nicméně přinášejí přesnější výsledky o vztazích mezi jednotlivými proměnnými v procesu výchovy neklidných dětí. C. Podolski aj. Nigg (2001) uvádějí, že s nespokojeností v mateřské roli souvisí zejména projevy nesoustředěnosti a opozičního chování dítěte, zatímco u otců k rodičovské nespokojenosti spíše přispívají projevy agresivního a opozičního chování, a ne síla projevů hyperaktivity. M. Chenová, C. M. Speippová a Ch. Johnstonová (2008) odhalily, že obecně se matky a otcové příliš neliší ve svých představách o ADHD a atribucích původu tohoto problému, ale také prokázaly mnohé dílčí odlišnosti. Matky konstatují na rozdíl od otců více projevů nesoustředěnosti a impulzivitu u dětí v různých situacích a jejich pojmy o etiologii ADHD více rezonují s převládajícím biologicky založeným vysvětlením odborníků. Tuto skutečnost autorky vysvětlují četnějším kontaktem matek s odborníky, se kterými se ohledně problémů svého dítěte setkávají. Tvůrci této studie apelují v podnětech pro další výzkumy na oddělené pátrání mateřských a otcovských představ o ADHD, o jeho původech a také výchovných postojích. Tento výzkumný směr může podle jejich názoru poskytnout hodnotné a aplikovatelné vědomosti pro práci s rodiči dětí s ADHD v klinické a poradenské praxi.

Matka neklidného dítěte je matkou jako každá jiná, v celé řadě situací. Pro mnohé dnešní ženy není samozřejmostí uspokojovat potřeby dětí na úkor svých a těžce se rozhodují, jestli se plně věnovat svému dítěti, nebo se vrátit co nejdříve do zaměstnání. Rozhodování, jestli se vzdát seberealizace, nebo

podstatné péče o dítě, je pro matku nelehké. Pokud se vzdá seberealizace, zůstává tím sama sobě něco dlužna, a pokud se rozhodne pro zaměstnání a dítě svěří někomu jinému, vzdává se z velké části své mateřské role a svého dítěte a cítí se zase provinile vůči dítěti.

Matka je v tomto světle v nezáviděníhodné situaci. Její náročná a silně namáhavá péče o dítě velice ztěžuje nebo skoro znemožňuje přenechat péči někomu jinému a realizovat se sama, ale i při naprosté oddanosti dítěti je efekt jejího snažení pro ostatní přinejmenším pochybný.

Matky těchto dětí se podobně jako ostatní matky musí vyrovnávat s konfliktem mezi svými přáními a potřebami dětí, kromě toho jsou konfrontovány s omezeními, která vyplývají z reálných schopností jejich dětí. I matky jinak nemocných nebo postižených dětí se potýkají s různě omezenými možnostmi dětí a i omezenými možnostmi výchovy. (KOLČÁRKOVÁ & LACINOVÁ, 2008)

### **3.2. Výchova a rodičovství dětí s ADHD**

Jaroslav Řáda (1993, s. 57) píše: „*Zachováme klid, jsme optimističtí a trpěliví. Věříme, že přijde čas, kdy děti budou zcela normální. Upravíme životní podmínky dětí tak, aby jejich pracovní prostředí bylo klidné, s pravidelným režimem a s dostatkem odpočinku. Zaměstnáme je vhodnou a zajímavou činností. Do této činnosti je však nenutíme, ale získáváme jejich zájem.*“

Pokud toto dodržíme tak děti nemají možnost ani čas zabavovat se nežádoucí činností. Pracujeme krátce, ale častěji. Nenutíme je k dlouhému klidu, tím bychom je duševně vyčerpávali a nežádoucí projevy by se násobily. Musíme jim umožnit hodně pohybu, 2-3 hodiny denně a nejlépe na čerstvém vzduchu. Pohyb osvěžuje tělesně, uvolňuje i psychiku a přináší radost a chuť do dalších činností, neměly by chybět ranní rozcvičky. Pokud se dostanou do afektu, nezasahujeme. Necháme to zcela odeznít a řešíme to, až po uklidnění dítěte. Výchovný postoj je v časovém odstupu. Děti s ADHD rády vysvětlují svoje chování. Pokud je vyslechneme, ony se tím uvolní a my si



získáme jejich sympatie. Nesmíme dopustit, aby kdokoliv a kdykoliv děti za jejich projevy zesměšňoval. Vznikly by u nich obranné reakce a jejich zdravotní stav by se zhoršoval. (ŘÁDA, 1993)

Rodiče, většinou matky, dětí s ADHD jsou už několik desetiletí předmětem celé řady studií. Konfliktní a narušený obraz vztahu mezi rodiči a dětmi s ADHD je už dobře empiricky zdokumentovaná. Děti z ADHD jsou méně poslušné, projevují se více záporně a jsou méně schopné přijmout pravidla, která určí rodiče a reagují adekvátně na jejich požadavky než ostatní normální vrstevníci. U rodičů pak převažují puntivní prvky ve výchově, tvrdá a nekonzistentní disciplína, minimum odměn a ocenění dítěte. Těžce vychovatelné děti svým vystupováním primárně pečující osoby přepínají a snižují jejich schopnost efektivně určit hranice. Neefektivní výchovné metody rodičů následně posilují nevhodné chování a opoziční projevy dětí. Dysfunkční rodičovství může být částečně reakcí na nesnadnou výchovu dítěte s ADHD, může však sehrát etiologickou funkci ve vzniku komorbidních poruch chování mezi mládeží s ADHD. Dysfunkční rodičovské působení může vést i k eskalaci konfliktů v rámci poměru dítěte a jeho rodičů, a tím pádem k zhoršení potíží na straně dítěte, je vysvětlován přítomností negativně zabarvených reaktivních vzorců odpovědí rodičů na chování dítěte. (KOLČÁRKOVÁ & LACINOVÁ, 2008)

*„Jednou z determinant toho, jak rodiče výchovně působí na děti s ADHD, jsou emoce, které problematické chování dětí v rodičích vyvolává. Emoční doprovod reakcí ovlivňuje výchovné působení na obou stranách pomyslného kontinua – a to jak citlivé a efektivní, tak negativní a reaktivní rodičovství.“* (KOLČÁRKOVÁ & LACINOVÁ, 2008, s. 57)

Za ústřední poznávací prvek rodičovské kompetence můžeme označit rodičovské vědomí vlastní účinnosti. Sebehodnocení představuje rodičovo posouzení vlastní hodnoty. (KOLČÁRKOVÁ & LACINOVÁ, 2008)

Hyperaktivní chování dítěte vyvolává, že se matky dostávají do konfliktu s představou „dobré mámy“. Rodiče dětí s ADHD se přiklánějí k teorii, že se jedná o biologicky podmíněnou poruchu, ale cítí, že ostatní přisuzují daleko větší význam psychologickým a sociálním činitelům. Tento

rozpor vyúsťuje, že rodiče bojují s odborníky a příbuznými za sdílení svého pohledu na původy chování dítěte, ale také v pocity viny, které v nich odborníci a příbuzní vyvolávají tím, že je činí odpovědnými za nevhodné chování potomků. (KOLČÁRKOVÁ & LACINOVÁ, 2008)

## 4. Dítě s ADHD ve školním prostředí

S nástupem do školy se výrazné chování dítěte s ADHD zpravidla značně vystupňuje. Děti s ADHD mohou sotva vyhovět nárokům školního vyučování, které jsou takového rázu. Neklidné, impulzivní a špatně ovladatelné dítě vyvolává ve třídě trvalé napětí, které ruší učitele při vyučování a strhává zbylé děti k nežádoucímu jednání. Zde se dostává do nepříjemné role „špatného“ dítěte. Kolísání školního prospěchu považuje učitel za lenost a nedostatek úsilí. Neúspěch výchovných opatření pak vede k vzniku negativního názoru učitele na dítě, obzvláště pro zdánlivé chybění dobré vůle. Většinou vzniká konflikt mezi učitelem a rodiči, hledajícími vinu nevysvětlitelného neúspěchu dítěte v učiteli, nebo naopak. Spolupráce rodiny a školy pomůže dítěti jen v tom případě, jestliže obě strany chápou původ jeho zvláštního jednání a postupují společně a zásadově. Také dětský psycholog a třídní učitel dítěte musí spolupracovat.

Pokud se vystupňují výchovné a výukové problémy, doporučuje se tam kde je to možné, zařadit dítě do speciální třídy pro děti s ADHD, kde je denní režim přiměřeně upraven. (TŘESOHLAVÁ, 1982)

Potíže, které vedou k tomu, že se dítě špatně zařazuje i v dětském kolektivu, jsou neklid, nesoustředěnost, dráždivost, neobratnost, neschopnost zachovávat pravidla hry apod. Dítě se často dostává do role třídního šaška, jen aby si udrželo pozornost kamarádů alespoň tímto způsobem. Neohrabanost při tělesných hrách vyřazuje dítě ze skupiny. Pokud není úspěšný, tak to prožívá a hodnotí se pak jako méněcenné, neužitečné a zbytečné. Stává se, že se snaží získat mladšího kamaráda, kterému spíše stačí.“ (TŘESOHLAVÁ, 1982)

Dítě s ADHD je ochotné poskytovat materiální výhody ostatním dětem, aby si udrželo jejich přízeň a aby nezůstalo samo, tak se klidně nechá od úspěšnějších spolužáků utlačovat a dělá to, co nikdo nechce.

Dalším důležitým úkolem dětského psychologa je odstraňování nepříznivých dopadů v oblasti sociální adaptace a mezilidských vztahů na úrovni vrstevníků. (TŘESOHLAVÁ, 1982)

David Fontana (1997, s. 177) píše: „*Omezený rozsah pozornosti a její tékavost není snadné zvládat. Pro děti s těmito potížemi je zvláště obtížné zabrat se do práce, soustředit se na potřebnou dobu, a tak úspěšně plnit výukové úkoly. V některých případech je tékavost zvláště výrazná a je provázena téměř neustálou fyzickou aktivitou.*“

Již víme, že tyto děti jsou nazývány hyperaktivní a působí zvláštní problémy. Nějakou dobu se myslelo, že hyperaktivita je známkou poškození mozku, není však vůbec jasné, zda tomu tak nezbytně je. Děti se očividně liší svou úrovní aktivity a problémy jsou někdy působeny tím, že mimořádně aktivní dítě je doma nebo ve škole nuceno být nepřírozeně klidné. To vyvolává zklamání a výbuchy náhodné a necílené aktivity. (FONTANA, 1997)

Naším zkušenostem neodpovídají názory, že specifické poruchy ADHD postupně vývojově vymizejí. Léta dospívání naopak přinášejí znásobení poruchy, které překrývá základní organickou příčinu potíží.

Předpokladem pro pomoc dětem s ADHD je individuální přístup. Neustále je musíme při školní práci povzbuzovat a povznášet. Příležitostně jim dáváme ruku na rameno, aby cítily naši pozornost a oporu, kterou v nás mají. Někdy si k nim během psaní a čtení přisedneme. Děti s ADHD se těžko přeučují, proto se snažíme vyvarovat, aby se naučily cokoliv špatně. Výchovné předměty mají velký význam pro vyrovnání jejich poruchy.

Pověřujeme je různými vzkazy, které mají vyřídit, ale jenom takových, které zvládnou a za vyřízené vzkazy je pochválíme a vyzdvihneme.

Snažíme se, aby v něčem vynikly, například ve společenských a sportovních hrách, ve znalostech o přírodě, v plavání a v jízdě na kole.

Musíme tyto děti hodně chválit, povzbuzovat, oceňovat. Pochválíme vše, co se jen pochválit dá, nejen dobrý výkon, ale i snahu. (ŘÁDA, 1993)

Hyperaktivita, impulzivita a potíže se soustředěním mohou vážně zasáhnout schopnost dítěte učit se. Většinou začínají pozvolna pokulhávat za ostatními dětmi ve třídě. Je třeba se něčeho bát? Mimo potíží s chováním má dítě s ADHD i potíže s učením. Lze se mu proto posmívat a možná ho lze i za to trestat. (MUNDEN, ARCELUS, 2008)

Většina dětí s ADHD trpí specifickými poruchami učení. Tyto děti mívají konkrétní náchyllost k poruchám čtení a psaní. Tyto děti často selhávají, protože náš vzdělávací systém vyžaduje dokonalost ve čtení i v psaní, aby bylo možné věnovat se plně všem předmětům. Pokud se jednou opozdí, je pro ně obtížné znovu všechno dohnat. Učení jim ztěžuje jejich porucha. Nedokážou se koncentrovat tak dlouho jako jejich spolužáci. Snadno je vyruší hluk a pohyb okolo. Mokrát přeslechnou důležitou informaci nebo instrukci učitele, protože právě přemýšlejí o něčem jiném.

Jejich rukopis je většinou velmi neúhledný. Pokud si učitel neuvědomí původ jejich potíží, jsou výsledkem snažení krátká, ušmudlaná a neúhledná cvičení, která se neobejdou bez poznámky nebo i posměchu. Tento problém mají spíše děti, které k tomu ještě trpí dyspraxií - porucha koordinace především jemné motoriky. (MUNDEN A ARCELUS, 2008)

#### **4.1. Děti s ADHD v předškolní výchově v MŠ**

Výchovné působení v mateřské škole se soustřeďuje na podporování činnosti a samostatnosti dítěte, na získávání základních vědomostí o přírodních a společenských jevech z nejbližšího okolí, na vývoj jednotlivých psychických procesů, zvláště pak myšlení a řeči, na podporu tělesného růstu a fyzické zdatnosti, na vytváření přijatelných návyků při hře, pracovních návyků, návyků společenského chování a kázně, ale i návyků kulturně hygienických. Rozvoj estetického vnímání a tvořivost dítěte se ovlivňuje vhodnými prostředky. V plánovitém účelném a soustavném výchovném působení se uskutečňují specifické úkoly výchovných složek - výchovy tělesné, rozumové, citové, mravní, pracovní a estetické.

Nejrozšířenější způsob výchovy dítěte předškolního věku v MŠ je hra, která je doplněna učením, prací, rekreační a zábavnou činností.

Pravidelný režim v MŠ má své opodstatnění. V režimu MŠ se střídají v náležitých rozměrech a předem stanovených časových intervalech různě řízené a spontánní akce s odpočinkem, jídlem osobní hygienou a spánkem, to vše se děje záměrně.

Výchova v MŠ je určena dětem ve věku od tří do šesti let neohledě na jejich fyzickou a psychickou vyspělost.

Téměř všechny děti s ADHD mohou mít v běžných mateřských školách dobrý prospěch a to v případě pokud jim zaučené učitelky dávají příslušnou pomoc, povzbuzení i individuálně zaměřené vedení. Děti s ADHD jsou ukládány úkoly, které je schopno splnit, vše je připravováno, aby dítě mohlo plnit úkoly v rámci svých možností a to co nejlépe.

O celkovém prospěchu dítěte s ADHD v mateřské škole rozhoduje hlavně osobnost učitelky. Učitelky, ve spolupráci s rodiči, mohou významně ovlivnit vývoj dítěte a jeho projevy takovým směrem, aby toto dítě bylo nejlépe připraveno na začátek školní docházky. (TŘESOHLAVÁ, ČERNÁ, KŇOURKOVÁ, 1990)

Včasné rozpoznání syndromu ADHD představuje základ úspěchu, který se ukáže v prevenci školní přizpůsobivosti, zde musí být potřebná vědomost učitelky o celé šíři této složité problematiky, její schopnost pracovat s dětmi ve všech oblastech činností v mateřské škole, vhodné vlastnosti i adekvátní postoje.

Osobnostní a profesionální vlastnosti učitelky mateřské školy bývají v odborné literatuře uváděny a v praxi požadovány především:

- přátelský postoj k dětem
- rychle reagovat
- osobní přitažlivost
- vynalézavost a tvořivost
- upřímnost a spolehlivost
- komunikativnost

Samozřejmými předpoklady k výkonu tohoto povolání je dostatečně vysoká hladina psychických funkcí, pevná vůle a správně rozvinutá emocionalita. Za adekvátní je považována schopnost ponoukat a motivovat děti k potřebné činnosti, navazovat kontakt s každým dítětem, mít dobré vyjadřovací schopnosti, výtvarné i hudební a mnohé další, které jsou základem úspěšné pedagogické činnosti bez ohledu na věkovou skupinu dětí, s níž učitel pracuje. (TŘESOHLAVÁ, ČERNÁ, KŇOURKOVÁ, 1990)

## 4.2. Postavení dítěte s ADHD ve škole

Má dítě s ADHD problémy ve třídě?

- Bez dovolení mluví, ne pokaždé je to spojeno s tím, co se děje ve třídě – impulzivní jednání, může vést k riskantnímu vystupování (vběhnutí do silnice bez rozhlédnutí apod.)
- Bez dovolení odejde z místa, když mají všichni sedět, je neklidné a nevydrží to. (KIRBYOVÁ, 2000)

Velmi nutná je spolupráce rodičů, prarodičů, učitelů, vychovatelek ve školních družinách, ale i vedoucích různých zájmových kroužků na školách, prostě všech, kteří mají takové dítě ve své péči. Péče o toto dítě je velmi těžká, někdy až namáhavá, nezvládnutelná a to v případě, že dítě nemá doma tolik potřebné zázemí a není vedeno v duchu výchovných zásad a je dlouhodobě frustrováno nevhodným přístupem.

Dítě s ADHD se setkává s nepochopením ve škole, s kritikou až odsuzováním a trestáním za typické projevy chování, za které nemůže a to i přes veškerou snahu.

Školský zákon se zabývá postavením dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole, kam dítě s ADHD patří a podrobněji se pak touto problematikou zabývá vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. ze dne 9. 2. 2005, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Jsou-li to závažné projevy, silná forma poruchy, může být dítě na základě vyšetření psychologem a speciálním pedagogem ve školském poradenském zařízení, v případě potřeby i lékařem, zařazeno mezi žáky se zdravotním postižením a to jak v mateřské, tak i základní, střední či vysoké škole. Je vypracován individuální vzdělávací plán, který se může v průběhu roku měnit a přizpůsobovat aktuálnímu stavu dítěte. (JUCOVIČOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2010)

PaedDr. et Mgr. Hana Žáčková a PaedDr. Drahomíra Jucovičová (2010, s. 188) píšou: „*Děti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo*

*na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, a na vytvoření takových podmínek, které jim toto vzdělávání umožní.“*



## 5. Specifické potřeby dítěte s ADHD

Těmto dětem s ADHD je třeba věnovat zvýšenou pozornost. Je tomu tak nejen proto, že jejich poruchu často prohlubuje kombinace se specifickou poruchou učení - dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ale také proto, že porucha pozornosti a další obtíže z ní vyplývající znesnadňují studium na středních školách nebo učilištích. Proto děti s ADHD jsou více ohroženy neúspěchem ve vzdělávání, proto je třeba jim další formy vzdělání přímo tzv. ušít na míru, aby bylo nebezpečí neúspěchu a nedokončení studia co nejméně eliminováno. (JUCOVIČOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2010)

Výkon dítěte také ovlivňují poruchy paměti, kde je ohrožen celý průběh od vštípení, dále přes uchování a následnému vybavování učiva z paměti. Spolupůsobící jsou i poruchy myšlení. Přetrvávající poruchy vnímání – prostorové, pravolevé orientace, porucha jemné a hrubé motoriky, motorická koordinace, může to být kontraindikací při volbě učení na technických školách nebo školách vyžadujících praxi. Kromě faktorů, které jsem zmínila, ovlivňují možnost uspět na třetím stupni i některé osobnostní znaky související s ADHD. Je to například emoční labilita, která se projevuje, že nějaké děti špatně zvládají a snášejí zátěžové situace, neuspějí ve zkouškách, potom je lepší volit šetrnější a méně náročné studium.

Učební dovednosti nejsou tvořeny pouze intelektovými schopnostmi, ale podílí se na nich více činitelů, včetně schopnosti a ochoty učit se. (JUCOVIČOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2010)

Všeobecné zásady pro děti s hyperkinetickou poruchou:

- Třída by měla působit útulně, harmonicky a klidně.
- Pro splnění úkolu, by mělo mít na dohled pouze pomůcky, které potřebuje.
- Pokud prokáže určitou schopnost, mělo by být pozitivně hodnoceno.
- Činnosti spojené s rychlostí a závoděním nejsou pro dítě vhodné.
- Úkoly by měly být přiměřené věku dítěte, ale kratší.

- Mělo by rozumět zadání úkolu.
- Musíme důsledně trvat na splnění úkolu, i přesto, že na něj klademe přechodně menší nároky.
- Při sestavování hodiny musíme dbát na řád a určité rituály.
- Dále by potom měl být nácvik sociálních dovedností.
- Dále jsou potřebné dobré vztahy s vrstevníky.

(POKORNÁ, 2010)

## 6. Metody práce s dítětem s ADHD

Vhodné metody mohou zmírnit problém v rodině.

O. Zelinková (2003, s. 200-202) píše o základních postupech:

Základní postupy:

- kladné posilování spolu s mírnými tresty
- zpětná vazba vede k optimalizaci chování
- pokyny musí obsahovat pouze několik kroků, při kterých by měl dospělý udržovat oční kontakt
- úkoly musí být jednoduché a krátké
- o vhodnosti chování nediskutujeme, dospělý musí stanovit mantinely, které je třeba dodržovat
- spolužákům, kamarádům je třeba odpovídající formou sdělit podstatu obtíží, nelze dopustit, aby dítě bylo izolováno od ostatních
- respektovat styl učení, který zahrnuje charakteristické poznávací, afektivní a fyziologické způsoby chování, které jsou relativně stálým ukazatelem, jak učící se jedinec pracuje
- nácvik učení se o vlastním stylu učení
- sebeovládání a sebehodnocení jsou obtížné u dětí bez ADHD, tím spíše u dětí s ADHD
- nezbytný, při výchově těchto dětí, je optimismus a pevné nervy dospělé osoby
- rodiče musí zajistit pravidelný denní režim, dostatek spánku, zdravou stravu, pravidelnou přípravu na vyučování a účast na zájmové činnosti, musí se vyloučit příliš divoké aktivity zvláště před usínáním a poskytnout správný vzor chování

## Praktická část

V tomto pedagogickém výzkumu bych se chtěla zaměřit na problematiku znalostí projevů ADHD u rodičů, příslušníků rodiny a pedagogů, kteří tyto děti učí. Vycházela jsem při tom z vlastní praxe, dotazník jsem zadala rodičům a pedagogům dětí ze školy, ve které pracuji.

### 7. Definice problému

Účelem výzkumu je zjistit, zda rodiče dětí s ADHD mají o tomto syndromu dostatek informací, jak hluboce a zda se školou řeší problémy svého dítěte, jestli museli opakovat návštěvy ve škole, zda to bylo pro ně přínosné a jestli jsou jejich děti šťastnější.

Při hledání definice svého problému jsem používala literaturu zabývající se problematikou ADHD a uvědomila jsem si, jaké množství otázek s problémem ADHD je spojeno.

Zkratka ADHD znamená poruchu pozornosti provázenou hyperaktivitou, a v dnešní době je nejpoužívanějším pojmem. Je to stav, který se vyvíjí od útlého dětství a může pokračovat až do dospělosti, pro tyto lidi je to obtížné kontrolování svého chování. Každý jedinec má jiné příznaky, má jinou kombinaci příznaků a projevů chování, každý má jiné zájmy a dovednosti.

Na základě literatury, kterou jsem prostudovala, jsem specifikovala a vymezila definici problému na otázky:

„Jsou rodiče dětí s ADHD obeznámeni s příčinami, projevy, příznaky a možnostmi kompenzace?“

„Jsou pedagogové dětí s ADHD obeznámeni s příčinami, projevy, příznaky a možnostmi kompenzace?“

Cílem tohoto pedagogického výzkumu je využití výsledků v praxi s tímto syndromem.

## **8. Základní soubor a vzorek**

V dotazníkovém šetření byli osloveni rodiče žáků s diagnostikovaným syndromem ADHD na naší škole, tudíž se základní soubor skládá s rodičů všech věkových kategorií a pedagogů pouze naší školy. Naše škola je typickým příkladem základního souboru.

Celkem bylo osloveno 40 rodičů, 8 učitelů a 2 asistentky. Rozdáno bylo 50 dotazníků. V některých případech u rodičů jsem musela být velmi opatrná, protože někteří rodiče si mysleli, že po nich budu chtít vědět více o jejich soukromý, po následné a trpělivém vysvětlení byli klidnější a dotazník mi vyplnili.

Tento výzkum jsem dělala postupně během tří měsíců, některým rodičům trvalo delší dobu, než přišli do školy.

### **8.1 Stanovení hypotéz**

H1: Syndromem ADHD trpí více chlapci než dívky, je tomu tak i na naší škole?

H2: Rodina dětí si uvědomuje, že přístupy k dětem s ADHD musí být významně odlišné než přístupy k dětem bez ADHD.

H3: Rodiče dětí spolupracují s pedagogem na jednotném přístupu.

H4: Pedagogové mají dostatečné odborné znalosti pro práci se syndromem ADHD.

## 8.2 Metody výzkumu

Máme několik výzkumných metod:

- pozorování
- škálování
- dotazník
- interview
- obsahová analýza textu
- experiment

Pro svůj výzkum jsem použila metodu pozorování a dotazník

### 1. pozorování

Zvolila jsem cílené pozorování během zadávání dotazníku. Vzhledem k citlivosti tématu jsem z důvodu zachování anonymity použila anonymní písemný dotazník se 14 otázkami pro rodiče a 9 otázkami pro učitele. Otázky byly většinou uzavřené, menší počet tvořily otázky polouzavřené, jedna otázka byla otevřená.

### 2. dotazník

Pomocí dotazníku jsem zjišťovala data a informace o dané problematice. Jedná se o nejpoužívanější výzkumnou techniku. Výhodou je snadná administrace, a to také zahrálo úlohu při výběru techniky. Negativní stránka empirického šetření souvisí s obecnými problémy exploračních metod i dotazníku a to s validitou. Validitou se rozumí skutečnost, zda danou technikou měříme tu proměnnou, kterou měřit chceme. Musíme počítat se subjektivitou výpovědí. Pelikán upozorňuje v souvislosti s možností nepravdivé výpovědi respondenta na vědomou a podvědomou stylizaci odpovědí.

Velká proměna technik je výhodou pro objektivní výzkum, ale přináší také problémy při samotném vyhodnocování. Já jsem si zvolila jako základní techniku metodu dotazníku.

## 9. Tvorba dotazníku

Z celkového výzkumu mne nejvíce zajímalo, jestli rodiče a pedagogové jsou dostatečně seznámeni s problematikou ADHD a jestli vědí co to vůbec ADHD je, jestli dokážou dítěti účinně pomáhat, účinně měnit přístupy, dále mě zajímalo pohlaví žáků, u kterých je ADHD diagnostikováno.

Tomu také odpovídaly otázky, které jsem do dotazníku zařadila a které se odvíjely také z nastudované odborné literatury, zabývající se nejčastějšími příčinami a projevy ADHD.

Úvodní otázky měly osobní charakter, přispěly k náhledu na daný problém a zároveň plnily funkci pomocných otázek kontaktního typu.

### VYHODNOCENÍ

Během dotazníkového šetření byly rodiče a učitelé ochotni spolupracovat. Zajímali se o cíl mého výzkumu, o mé studium a o mou práci.

#### **Dotazník pro rodiče:**

Otázka č. 1 - Pohlaví Vašeho dítěte.

Otázka byla uzavřená a 32 (80 %) rodičů uvedlo chlapce a 8 (20 %) rodičů uvedlo dívky.

Otázka č. 2 – Rodina – úplná nebo neúplná?

Otázka byla opět uzavřená, 12 rodičů uvedlo, že jsou úplná rodina a 28 rodičů uvedlo, že jsou rodina neúplná.

Otázka č. 3 – Dosažené vzdělání rodičů: matka a otec.



Tato otázka je uzavřená, 4 (10 %) rodiče uvedli, že jejich partner a rodič jejich potomka je mrtev. 30 (75 %) matek je vyučeno a 10 (25 %) má jen základní vzdělání. 24 (60 %) otců je vyučeno a 16 (40 %) má základní vzdělání.

Otázka č. 4 – Opakovalo Vaše dítě někdy ročník?

Uzavřená otázka. 34 (85 %) rodičů uvedlo, že jejich dítě opakovalo ročník a 6 rodičů (15 %) uvedlo, že jejich dítě neopakovalo ročník.

Otázka č. 5 – Byl(a) jste někdy kvůli problémům s chováním nebo s učením ve škole?

Otázka byla uzavřená, 36 (90 %) rodičů uvedlo, že ano a 4 (10 %) uvedli, že ne.

Otázka č. 6 – Pokud ANO: Co jste řešili? Na tuto otázku odpovídalo 36 rodičů. Otázka byla polouzavřená.

Výchovný problém - 30 rodičů.

Výukový problém - 28 rodičů.

Jak žákovi společně pomůžeme – 36 rodičů.

Příčina problému ADHD – 36 rodičů.

Aktualizovali jsme IVP – 15 rodičů.

Radili jsme se jak společně postupovat – 32 rodičů.

Jiné důvody – neuvedl žádný rodič.

Otázka č. 7 – Bylo dítě přítomno?

Tato otázka byla zase uzavřená. 34 (85 %) rodičů odpovědělo, že ano a 6 (15 %) rodičů uvedlo, že ne.

Otázka č. 8 – Hovořili jste o problému i následně doma?

Otázka uzavřená. 38 (95 %) rodičů uvedlo, že ano a 2 (5 %) rodiče uvedlo, že ne.

Otázka č. 9 – Našli jste společné řešení?

Uzavřená otázka. 30 (75 %) rodičů uvedlo, že ano a 10 (25 %) rodičů uvedlo, že ne.

Otázka č. 10 – Věděli jste o problému ADHD a problémy s ním spojených před návštěvou ve škole?

Otázka uzavřená. Ano odpovědělo 28 (70 %) rodičů, ne odpovědělo 12 (30 %) rodičů.

Otázka č. 11 – Museli jste návštěvu opakovat?

Uzavřená otázka. Ano odpovědělo 33 (82,5 %) rodičů a ne odpovědělo 7 (17,5 %) rodičů.

Otázka č. 12 – Bylo to pro Vás přínosné?

Otázka byla uzavřená, 35 (87,5 %) rodičů odpovědělo ano a 5 (12,5 %) rodičů odpovědělo ne.

Otázka č. 13 – Je dítě šťastnější?

Opět uzavřená otázka, tady odpovědělo 32 (80 %) rodičů, že ano, 8 (20 %) rodičů odpovědělo, že ne.

Otázka č. 14 – Co nového jste se dozvěděli o ADHD ve škole?

Jako jediná byla tato otázka otevřená. 3 (7,5 %) rodiče na tuto otázku neodpověděli, 25 (62,5 %) rodičů odpovědělo, že se nic nového nedozvěděli, 5 (12,5 %) rodičů uvedlo, že pochopili problém svého dítěte a začali k němu jinak přistupovat, 7 (17,5 %) rodičů napsalo, že nic před tím nevědělo, nyní se dozvědělo mnoho a začali více spolupracovat se školou.

## **Dotazník pro učitele a asistenty:**

Otázka č. 1 – Kolik máte dětí se syndromem ADHD?

Otázka otevřená, jeden učitel odpověděl, že má dva žáky, jeden učitel a k tomu jedna asistentka odpověděli, že mají 3 žáky, další učitelka uvedla společně s asistentkou čtyři žáky, dva učitelé uvedli pět žáků, další učitel uvedl šest žáků a předposlední jich má sedm a poslední osm žáků.

Otázka č. 2 – Kolik z nich má IVP?

Otázka otevřená, 3 učitelé uvedli, že u nich nemá žádný z těchto žáků IVP, dva učitelé uvedli jednoho žáka, jeden učitel má dva žáky s IVP, další dva učitelé mají tři žáky a jeden učitel má čtyři žáky s IVP.

Otázka č. 3 – Co je ADHD?

Všichni učitelé napsali, že ADHD je porucha pozornosti provázená hyperaktivitou.

Otázka č. 4 – Jaké metody využíváte v hodinách?

Dítě zaměstnávám činnostmi, které ho baví a často je střídám – odpovědělo všech 10 tazajících; snažím se těmto dětem umožnit pohybové vybití – odpovědělo 10 tazajících; snažím se ostatním spolužákům povědět určitou podstatu problému a vysvětlit jim, že ten dotyčný není zlý – odpovědělo 8 tazajících – z toho i dvě asistentky; toto dítě potřebuje pozornost učitele – odpovědělo 7 tazajících – z toho opět i dvě asistentky, které dodaly, že pokud je žák velmi neklidný, tak na nějakou chvíli opustí s asistentkou třídu a po uklidnění se spolu vrátí; dále psali učitelé, že by u některých přivítali větší zájem ze strany rodičů – 4 učitelé.

Otázka č. 5 – Jak často spolupracujete s rodinou?

Dva učitelé odpověděli, že téměř pořád, čtyři učitelé odpověděli, že jednou za měsíc a dva učitelé pouze v případě nějakého většího problému – uvedli důvod, že rodiče se dostaví pouze v nejnnutnějším případě, kdy je posláno několik vyzvání. Asistentky odpověděly, že rodiče přijdou, vždy kdy je třídní učitelka vyzve a řeší s ní problémy svého dítěte.

Otázka č. 6 – Jakou používáte motivaci?

Pochvala a uznání – odpovědělo 10 tazajících; odměňování určitých prací ve třídě (takové, které mají děti rádi) – odpovědělo 8 tazajících; samolepkami – odpověděli 4 učitelé; možnost čtení nebo prolistování zajímavým časopisem – odpovědělo 8 tázaných.

Otázka č. 7 – jak se děti podílí na své vlastním hodnocení práce?

Tři učitelé a dvě asistentky odpověděli, že jejich děti se nepodílí na svém vlastním hodnocení; dva učitelé odpověděli, že jenom částečně, tři učitelé odpověděly, že se žáci podílí na svém vlastním hodnocení.

Otázka č. 8 – Jste spokojeni se spoluprací s rodiči?

Ano odpověděli dva učitelé a dvě asistentky, většinou odpověděli čtyři učitelé a v menšině případů odpověděli dva učitelé.

Otázka č. 9 – Pokud je spolupráce s rodiči na dobré úrovni, jsou výsledky významně lepší?

Devět tazajících odpovědělo ano a jeden ne.

### **Ze zkoumání daného vzorku vyplynulo:**

H1: Syndromem ADHD trpí více chlapci než dívky, je tomu tak i na naší škole?

Tato hypotéza byla potvrzena. Na naší škole je 32 (80 %) chlapců a 8 (20 %) dívek ze 40 (100 %) dětí.

H2: Rodina dětí si uvědomuje, že přístupy k dětem s ADHD musí být významně odlišné než přístupy k dětem bez ADHD.

Tato hypotéza byla potvrzena, 60 % rodičů zná problémy ADHD a umí s ní pracovat a při řešení problému se snaží se školou spolupracovat. Tolik a tolik procent rodičů zná problematiku ADHD, 10 % rodičů nevědělo co je ADHD a že jejich dítě tím trpí, 15 % napsalo moje dítě je nepozorné, 15 % rodičů napsalo, že jejich dítě neumí sedět v klidu a že jejich dítě je chytré, ale přesto má problémy s učením.

H3: Rodiče dětí spolupracují s pedagogem na jednotném přístupu.

Tato hypotéza byla potvrzena jen ze 40 %, většina rodičů ví o problému, ale chtěli by skoro vše přenechat na škole, jak chování, tak vyučování.

H4: Pedagogové mají dostatečné odborné znalosti pro práci se syndromem ADHD.

Všichni pedagogové věděli co je ADHD a snaží se s dětmi pracovat tak, jak se má a snaží se získávat další odborné znalosti, vypracovávají si IVP, používají vhodné přístupy a metody práce, k žákovi přistupují individuálně, vytvářejí si pomůcky, tak aby žákovi co nejvíce pomohli, zařazují ve výuce relaxační techniky, velmi často střídají jejich práci.

## ZÁVĚR

Práce s dětmi se syndromem ADHD je pro zúčastněné velmi náročná, tím myslím učitele, vychovatelky ve školní družině, rodiče, prarodiče a sourozenci. Každý učitel, který chce dětem se syndromem ADHD pomoci, musí mít výbornou znalost vyučovacích a výchovných metod, jak teoretických, tak praktických, měl by se nadále vzdělávat a zkusit nové metody práce s dětmi. Každý učitel ví, že práce s těmito dětmi je velmi náročná a potřebuje velkou trpělivost, tvořivost, zodpovědnost, motivaci k učení, pohybové vybití nejenom o přestávkách, ale i v hodinách.

V naší škole máme nízký počet žáků ve třídách, ale zase je tam více žáků se syndromem ADHD. Pedagogové naší školy jsou velmi ochotní těmto dětem pomáhat a spolupracovat s rodiči, někdy je to těžké (pokud rodiče nemají zájem a nepřijdou do školy při vyzvání). Pedagogové se snaží používat metody, které těmto dětem prospívají a motivují je. Pro učitele jsou určitou zátěží, jelikož jejich přístup musí být k těmto dětem speciální. Tyto děti se musí stále povzbuzovat k aktivitám a pomáhat jim dosáhnout pocitu úspěšnosti, pocitu štěstí a velkého úspěchu.

V případě, že spolupráce s rodiči je na dobré úrovni – rodiče se dostaví vždy, když jsou voláni do školy – jsou výsledky dítěte s ADHD významně lepší. Rodiče s pedagogy by měly mít stejné výchovné a vzdělávací cíle pro žáka. V případě, že je dítě motivováno ze strany rodičů i ze strany pedagogů, jeho chování se zlepšuje a je méně „zlobivý“ a méně „vyrušuje“ při hodinách.

Výchova a vzdělávání dětí se syndromem ADHD je velmi náročná, dlouhodobá a vyžaduje mnoho času a péče, velkou trpělivost a optimismus. Tyto děti vycítí, pokud je nemáte rádi a odmítáte je. Všichni, kterých se toto týká, by měli udělat vše proto, aby jejich přístup byl vždy pozitivní a spravedlivý.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.
- DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O., et al. *Hyperkinetická porucha/ADHD*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.
- FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-063-4.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2697-7.
- KIRBYOVÁ, A. *Nešikovné dítě/dyspraxie a další poruchy motoriky*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-424-9.
- KOLČÁRKOVÁ, I., LACINOVÁ, L. *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: Barrister & Principal, 2008. ISBN 978-80-87029-47-3.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ – Desátá revize – 2. aktualizované vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
- MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-430-4.
- PACLT, I., PTÁČEK, R., FLORIÁN, J. *Hyperaktivita*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-71-7.
- PIPEKOVÁ, J. A KOL. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- POKORNÁ, V. *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-773-2.
- POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-817-3.
- PREKOPOVÁ, J., SCHWEIZEROVÁ, CH. *Neklidné dítě*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-351-2.
- RIEFOVÁ, S. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-728-2.
- ŘÁDA, J. *Výjimečné děti (metodická příručka pro zvláštní školy)*. Praha: Septima, 1993. ISBN 80-85801-13-2.
- SWIERKOSZOVÁ, J. *Specifické poruchy učení*. Ostrava: Repronis, 2007. ISBN 80-7368-042-4.
- TŘESOHLOVÁ A KOLEKTIV *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum, 1993.
- TŘESOHLOVÁ, Z., ČERNÁ, M., KŇOURKOVÁ, M. *Dříve než půjde do školy*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0015-6.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruch učení*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.
- ZELINKOVÁ, O. *Dyslexie v předškolním věku?* Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-321-5.

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK PRO RODIČE DĚTÍ S ADHD .....	I
PŘÍLOHA B – DOTAZNÍK PRO UČITELE .....	III



# PŘÍLOHY

## Příloha A – Dotazník pro rodiče dětí s ADHD

Vážení rodiče, prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku, jehož cílem je zmapovat problémy Vašeho dítěte a zlepšit spolupráci mezi rodinou a školou, abychom Vašemu dítěti pomohli.

Dotazník je anonymní. Údajů a zjištěných výsledků nebude zneužito a budou použity pouze pro mou vlastní potřebu, k výzkumným účelům.

Prosím Vás proto o pravdivé vyplnění.

Dotazník vyplňujte postupně, Vámi vybrané odpovědi zakroužkujte a u vybraných otázek máte možnost i napsat své vlastní důvody.

### DOTAZNÍK

1. **Pohlaví Vašeho dítěte:** chlapec - dívka
2. **Rodina:** úplná - neúplná
3. **Dosažené vzdělání rodičů:**  
**matka:** základní - vyučena - středoškolské - vysokoškolské  
**otec:** základní - vyučen - středoškolské - vysokoškolské
4. **Opakovalo Vaše dítě někdy ročník?** ano - ne
5. **Byla jste někdy kvůli problémům s chováním nebo s učením ve škole?**  
ano - ne
6. **Pokud ANO:** Co jste řešily? (škrtněte nebo napište jiné důvody)
  - výchovný problém
  - výukový problém
  - jak žákovi společně pomůžeme
  - příčina problému ADHD
  - aktualizovali jsme IVP
  - radili jsme se jak společně postupovat
  - jiné důvody: \_\_\_\_\_
7. **Bylo dítě přítomno?** ano - ne
8. **Hovořili jste o problému i následně doma?** ano - ne



## **Příloha B – Dotazník pro učitele**

Vážení kolegové, prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku, jehož cílem je zmapovat problémy dětí s ADHD a zlepšit spolupráci mezi školou a rodinou, abychom těmto dětem pomohli.

Dotazník je anonymní. Údajů a zjištěných výsledků nebude zneužito a budou použity pouze pro mou vlastní potřebu, k výzkumným účelům.

Prosím Vás proto o pravdivé vyplnění.

### **DOTAZNÍK**

1. Kolik máte dětí se syndromem ADHD? \_\_\_\_\_
2. Kolik z nich má IVP? \_\_\_\_\_
3. Co je ADHD? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Jaké metody využíváte v hodinách? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Jak často spolupracujete s rodinou? \_\_\_\_\_
6. Jakou používáte motivaci? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Jak se děti podílí na svém vlastním hodnocení práce?  
podílí se                      nepodílí se                      částečně
8. Jste spokojeni se spoluprací s rodiči? ano    ne    většinou  
v menšině případů
9. Pokud je spolupráce s rodiči na dobré úrovni, jsou výsledky významně lepší?                                      ano    ne

**Děkuji vám za ochotu a čas strávený vyplňováním tohoto**

**dotazníku.**

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Miriam Marhounová**

**Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství**

**Forma studia: kombinovaná**

**Název práce: Specifické vzdělávací potřeby dítěte s ADHD**

**Rok: 2012**

**Počet stran textu bez příloh: 46**

**Celkový počet stran příloh: 3**

**Počet titulů české literatury a pramenů: 21**

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 0**

**Vedoucí práce: PhDr. Zoja Šedivá, PhD.**