

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Diplomová práce

Zuzana Navrátilová

Dítě s diagnózou ADHD

Olomouc 2014

vedoucí práce: Mgr. Michaela Pugnerová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 26. března 2014

.....

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Michaele Pugnerové, Ph.D. za odborné vedení, cenné a praktické rady, které mi poskytla při vypracování této práce. Dále děkuji učitelům, kteří se podíleli na mém výzkumu a vyšli mi vstříc.

OBSAH

Úvod	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Základní pojmy a definice	9
1.1 Počátky 20. století a zrod první myšlenky ADHD	9
1.2 Vývoj terminologie v českých zemích	10
1.3 Charakteristika a klasifikace	11
1.3.1 Lehká mozková dysfunkce	11
1.3.2 ADHD	12
1.4 Příčiny vzniku ADHD	13
1.5 Charakteristické projevy syndromu ADHD	15
1.6 Výskyt ADHD v populaci	20
2 Vývoj dítěte a dítěte se syndromem ADHD	22
2.1 Prenatální vývojové stádium	22
2.2 Novorozenecké období	22
2.3 Kojenecké období	23
2.4 Batolecí stádium	24
2.5 Předškolní věk	25
2.6 Školní zralost	26
2.7 Školní věk	28
2.8 Adolescence	29
2.9 Dospělost	29
2.10 Dítě s ADHD v rodině	30
3 Diagnostika syndromu ADHD	33
3.1 Informace potřebné k vyšetření syndromu ADHD	33
3.1.1 Rozhovor s matkou	33
3.1.2 Vyšetření dítěte trpícího ADHD	34
3.1.3 Údaje od učitelů	35
3.1.4 Psychologická diagnostika	35

3.1.5 Dotazníky a škály	38
3.1.6 Doplnkové tělesné, laboratorní, zobrazovací a elektrofyzilogické vyšetření.....	39
4 Možnosti nápravy syndromu ADHD.....	41
4.1 Psychoterapie	41
4.1.1 Kognitivně-behaviorální terapie.....	41
4.1.2 Zásady práce s rodiči a učiteli v rámci behaviorální terapie	42
4.2 Komunikace s dítětem s ADHD.....	44
4.3 Relaxační techniky	45
4.3.1 Typy relaxačních cvičení	47
4.4 Farmakoterapie.....	48
4.5 Alternativní léčba.....	50
II. EMPIRICKÁ ČÁST	51
Úvod	52
1 Cíle empirické části.....	53
2 Popis respondentů	54
3 Výzkumná metoda	56
4 Průběh šetření	58
5 Hypotézy	59
6 Analýza výsledků.....	60
6.1 Analýza výsledků: hypotézy	77
7 Diskuze	79
Závěr	81
Seznam použitých pramenů a literatury	82
Seznam zkratk	86
Seznam příloh.....	87
ANOTACE	

Úvod

Úměrně s rozvojem a nárůstem počtu vědeckých disciplín zabývajících se poruchami lidského chování roste i počet klasifikovaných a odborně popsaných poruch, se kterými se společnost potýká a které mohou postihnout kohokoli z nás. Jednou z takových poruch, která se čím dál tím více dostává do podvědomí lidí, je porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou, veřejnosti spíše známá pod označením ADHD (zkratka odvozená z anglického názvu „*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*“).

Dítě s diagnózou ADHD jako téma této diplomové práce jsem si zvolila záměrně s ohledem na jeho aktuálnost a možnost využít získané poznatky při jejím zpracování v běžné praxi. Celkově tento syndrom není u lidí nic výjimečného, o čemž svědčí procentuální vyjádření výskytu této poruchy v populaci, kdy se uvádí, že jí trpí 4-19 % lidí. Z těchto statistických údajů lze usoudit, že je velká pravděpodobnost, že se učitel ve své pedagogické praxi setká s dítětem s ADHD. Pedagog by na tuto variantu měl být náležitě připraven, měl by vědět, jak s takovým dítětem jednat a jak při práci s ním postupovat. Právě touha po prohloubení znalostí v této problematice a osobní zkušenost s dítětem s ADHD mě vedla k sepsání diplomové práce na toto téma.

V současné době existuje řada zpracovaných studií na téma ADHD a relativně hodně dostupné literatury či jiných zdrojů zabývajících se tímto syndromem a vším, co je s touto problematikou spojené. Byla však doba, kdy tato porucha nebyla podrobena žádnému výzkumu a to zkrátka z toho důvodu, že za poruchu nebyla vůbec považována. Její jednotlivé projevy nebyly společností brány za projevy určité disfunkce, nýbrž za projevy nežádoucího chování jedince, často plynoucí ze špatné výchovy. Vina se tak přikládala samotnému „postiženému“ nebo jeho rodičům. Dnes již však víme, že tomu tak není.

Hlavním cílem této diplomové práce bude podat ucelený a přehledný exkurz do problematiky ADHD u dětí tak, aby čtenáři usnadnila pochopit tuto poruchu a pomohla mu s řešením určitých problémů s ní spojených. Práce bude rozdělena na dvě části, a to část teoretickou a část empirickou.

Teoretická část diplomové práce bude obsahovat hlavní témata spojená se syndromem ADHD. V úvodní části stručně nastíním historii, vývoj terminologie a obsahově vymezím základní pojmy spojené s touto poruchou. Dále se pokusím objasnit možné příčiny vzniku a jednotlivé projevy syndromu ADHD. Následující část bude věnována vývoji dítěte s ohledem na konkrétní vývojová stadia a jednotlivým odlišnostem při vývoji dítěte s ADHD.

Pozornost chci také věnovat diagnostice syndromu ADHD, tedy procesu vyšetření a stanovení konkrétní diagnózy. Závěrem teoretické části se budu zabývat jednotlivými metodami, které mohou vést k nápravě nebo alespoň ke zlepšení celkového stavu dítěte se syndromem ADHD.

V empirické (praktické) části diplomové práce vymezím její cíle, přiblížím okruh respondentů a stanovím výzkumnou metodu. Součástí této části bude dále popis zvoleného a provedeného šetření, stanovení hypotéz včetně analýzy výsledků.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní pojmy a definice

1.1 Počátky 20. století a zrod první myšlenky ADHD

První lékařské záznamy týkající se pozorování příznaků hyperkinetické poruchy u dětí se datují na počátek 20. století. Doktor G. F. Still se v roce 1902 zaměřil na skupinu „neklidných“ dětí s výrazně nežádoucím chováním, i když byly vychovávány v relativně dobrém rodinném prostředí. U této skupiny dětí objasnil projevy hyperaktivity, rozličné poruchy chování, narušenou pozornost, problémy s učením a zjistil, že tyto popsane projevy byly čtenější především u chlapců. Ze svého pozorování tedy dospěl k závěru, že tyto projevy musí mít nejspíše biologické příčiny. K takovýmto poruchám chování tedy nedocházelo zanedbanou výchovou, ani díky jiným účinkům prostředí, ve kterém byli vychováni. Dr. Still během svého výzkumu poruch chování u dětí došel k závěru, že jejich čtenější výskyt byl sledován u rodin alkoholiků či rodičů trpícími depresí. Tato domněnka byla ve své době velmi moderní, jelikož poruchy chování byly pokládány za „morální defekt“, který se dříve léčil bitím s cílem poslušnosti.¹

Na konci 30. let byla léčba hyperkinetické poruchy podpořena Charlesem Bradleyem, který u dětí aplikoval psychostimulační látku (benzedrin²), tím byla zmírněna hyperaktivita a zlepšil se u těchto dětí prospěch. Termíny spjaté s touto poruchou se v různých zemích a oborech (pediatrie, neurologie, psychiatrie, atd.) výrazně lišily. Pojem lehká mozková dysfunkce se vytvořil z důvodu shromáždění terminologie této poruchy a díky tomu se sešel v roce 1963 tým odborníků v Chicagu pod záštitou S. Clementse, který vytvořil definici tohoto syndromu: „*Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení ve vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti a v kontrole pozornosti, popudů nebo motoriky.*“³

S termínem lehké mozkové dysfunkce se v oborech psychiatrie a dalších příbuzných oborech setkáváme dodnes, neboť se stal všeobecně známým. Ve své době zahrnoval také

¹ Drtílková, I. & Šerý, O. et al. (2007). *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha: Galén.

² Racemická směs dextro a levoamfetaminu

³ Černá, M. a kol. (1999). *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – nakladatelství Karolinum, str. 14.

poruchy, které bychom označili spíše za komorbidní (výskyt společně s jiným onemocněním nebo poruchou), jako jsou poruchy vývoje učení a motoriky (syndrom neobratného dítěte).⁴

1.2 Vývoj terminologie v českých zemích

Prvním průkopníkem z hlediska užití pojmu lehké mozkové dysfunkce (LMD) byl na počátku 20. století český psychiatr a neurolog profesor Antonín Heveroch. Ve své době jeho výzkum nebyl pro odbornou ani laickou veřejnost nijak významný (např. jeho článek z roku 1905 v *Pedagogických rozhledech* „Dítě neposeda“).⁵

V Sociodiagnostickém ústavu v Praze byl poprvé použit pojem „lehké poškození CNS“ doktorem pediatriem MUDr. Karlem Mackem, který jako první tento termín používal jako diagnózu u dětí. Už tehdy uváděl, že se jedná o lehkou poruchu, neboť zjišťované jednotlivé odchylky chování jsou samy o sobě nevýrazné, ale závažné jsou až sumárně.⁶

Dalším odborníkem, který se zabýval poruchami učení a chování z etiologického, diagnostického a psychopatologického hlediska, je Otakar Kučera. V 60. a na počátku 70. let se staví poznatky již na encefalopatickém základě, tzn. na drobném poranění mozkové tkáně možném u dětí ve všech natálních obdobích. Dle Kučery: „*V našem pojetí rozumíme lehkými dětskými encefalopatiemi drobné difuzní poruchy mozkové tkáně trvalého rázu, vzniklé prenatálně, perinatálně nebo postnatálně, ovšem před dobou dospělosti. Poruchy jsou lehké jen v tom smyslu, že při nich není zřetelněji postižena motorika a že také rozumové schopnosti dítěte zůstávají v rámci průměru nebo jsou jen podprůměrné, neseskupují tedy na stupeň debility atd.*“⁷ Jeho snahou bylo spojení pohledu na poruchu jak z pedagogického, psychologického, tak sociálního hlediska.

V období 60. a 70. let 20. století konečně vznikla potřeba veškeré poznatky sjednotit a ujednotit jejich terminologii. Jak již bylo výše zmíněno, začal se užívat všeobecně známý termín LMD.

V roce 1987 se však termín lehká mozková dysfunkce přestal úplně používat. K této skutečnosti došlo nejspíše proto, že se na děti s touto poruchou nahlíželo jako na mentálně retardované s diagnózou postižení mozku. Rozlišení dílčích symptomů se klasifikuje dle MKN-10⁸ a DSM-IV⁹.

⁴ Drtílková, I. & Šerý, O. et al. (2007). *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha: Galén.

⁵ Michalová, Z. (2011). *ADD/ADHD v kontextu poruch chování*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.

⁶ Michalová, Z. (2007). *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobiáš.

⁷ tamtéž

⁸ Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (*The International Classification of Diseases, 10th edition*), neboli ICD-10, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

1.3 Charakteristika a klasifikace

Jedním z nejzákladnějších problémů správného diagnostikování poruch chování u dětí je v první řadě předpovědět pravděpodobnou příčinu symptomů nemoci, předpovědět nejpravděpodobnější průběh nemoci a rozhodnout, jaká léčba bude v daném případě nejúčinnější.¹⁰

V pedagogické a psychologické praxi se můžeme setkat s několika různými označeními diagnóz.

1.3.1 Lehká mozková dysfunkce

LMD je termín užívaný v psychologické a pedagogické praxi pro souhrnné označení lehkých odchylek mentálního vývoje dítěte, a to díky oslabení centrální nervové soustavy (CNS). Tyto poruchy můžeme sledovat jak u dětí průměrně, tak i nadprůměrně inteligentních, které se projevují různými poruchami v učení a chování. CNS dítěte může být oslabena v jakémkoliv natálním období, a to již v těhotenství, při porodu nebo z části i po porodu. Na druhou stranu je však vymezení této diagnózy značně rozsáhlé oproti jiným kategoriím, které jsou diagnosticky přesně ohraničeny. Problematika LMD je z výukového a výchovného hlediska pojata spíše jako porucha učení. Přestože se setkáváme se širokou škálou poruch učení, u LMD je kladen důraz na poruchy základních duševních procesů při učení, jako jsou např. analýza, srovnávání a dále potom důsledky, které plynou z učení, jako slovní reakce a písemné projevy.¹¹

V roce 1969 byla americkým národním poradním výborem pro handicapované děti ustanovena definice těchto specifických poruch učení: „*Děti se speciálními poruchami učení vykazující poruchu v jednom nebo více ze základních psychických procesů, jež zahrnují chápání nebo užívání mluvené či psané řeči. Mohou se projevovat poruchami slyšené řeči, myšlení, mluvené řeči, čtení, psaní, pravopisu nebo počítání. Nenáleží sem ty problémy v učení, jež jsou primárně způsobeny porušením zraku, sluchu nebo motoriky, mentální retardací, emoční poruchou nebo nepříznivými vlivy prostředí.*“¹²

⁹ Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th edition*), neboli DSM-IV (4. vydání)

¹⁰ Munden, A. & Arcelus, J. (2006). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.

¹¹ Černá, M a kolektiv. (1999). *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum.

¹² Černá, M a kolektiv. (1999). *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum, str. 18.

1.3.2 ADHD

V roce 1992 byla provedena Světovou zdravotnickou organizací 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí „Duševní poruchy a poruchy chování“, v České republice vstoupila v platnost 1. 1. 1994. Aktualizace této publikace byla podmíněna řadou změn. Nejvíce se změny týkaly oblasti přístupu k definicím a termínům. Dále zavedla některé termíny nové. Další změnou, kterou tato aktualizovaná verze přinesla, byl náhled na nová obsahová vymezení a jejich rozložení na dílčí diagnostické kategorie. Nově došlo ke změně základních definic a vymezení některých pojmů, jako je např. pojem nemoc, porucha a symptom. Nemocí se nově dle MKN–10 rozumí takový stav pacienta, kdy je jednoznačně známa *příčina, průběh a utváření* nemoci.¹³

Ke stejné změně došlo i v přístupu utváření přesnější definice již zmiňovaného syndromu lehké mozkové dysfunkce, jakožto poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou, nebo-li hyperkinetickým syndromem s poruchou pozornosti (užíváno v českých zemích). Tyto definované poruchy spadají do velké skupiny poruch, které se nazývají „*Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci F90 – F99.*“ Hyperkinetické poruchy nesou v takto utvořené skupině označení F90. Obecně lze skupinu F90 charakterizovat jako poruchy, které vznikají již v dětství, nejčastěji však v prvních pěti letech dítěte. Mezi prvotní příznaky diagnózy patří, že dítě není schopno dlouhodobě setrvat u jedné činnosti, u které je potřeba základních kognitivních funkcí, což se projevuje častým střídáním nedokončených aktivit.¹⁴

V současné době již vžitý pojem ADHD nelze zcela ztotožňovat s pojmem Hyperkinetická porucha. Rozdíl mezi oběma pojmy je především v odlišných kritériích pro stanovení diagnózy. Hyperkinetická porucha, pojem používaný dle MKN-10, v sobě zahrnuje příznaky hyperaktivity, poruchy pozornosti a impulzivity. Pro stanovení této diagnózy je tedy zapotřebí, aby pozorovaná osoba projevovala všechny zmíněné příznaky. To neplatí v případě ADHD, zkratka používaná dle DSM-IV, kdy lze tuto poruchu diagnostikovat i na základě „mírnějších“ kritérií. Ve své podstatě to znamená, že diagnózu ADHD může mít dítě, které trpí hyperaktivitou a impulzivitou bez jakékoli poruchy pozornosti, nebo v opačném případě trpí poruchou pozornosti nikoli však hyperaktivitou a impulzivitou. To celé má za následek

¹³ Nývltová, V. (2010). *Psychopatologie pro speciální pedagogii*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha.

¹⁴ Train, A. (2001). *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál.

vyšší počet dětí s diagnózou ADHD, a to právě v důsledku oněch odlišných „mírnějších“ kritérií.¹⁵

ADHD nese název anglické zkratky, znamenající *attention deficit hyperactivity disorder*, v češtině znamenající *porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou*. Dle Munden a Arceluse¹⁶ se porucha ADHD často zaměňuje s poruchou ADD (*Attention Deficit Disorder – porucha pozornosti*) a přestože se jedná o velmi podobná a pravděpodobně i příbuzná onemocnění, ve skutečnosti jde o dvě odlišná onemocnění. Osobám se syndromem ADHD činí velké problémy se soustředit, bývají vnímáni jako impulzivní a hyperaktivní, kdežto lidé postižení syndromem ADD netrpí hyperaktivitou, jen se u nich projevují známky impulzivity a nedostatečné schopnosti soustředit se. I navzdory tomuto stavu někteří evropští odborníci a lékaři popisují obě tyto poruchy termínem hyperkinetická porucha.

Riefová tvrdí, že děti trpící ADD na sebe neupoutávají pozornost, ve třídě nezlobí ani nevyrušují. Takové děti však mohou pro učitele představovat přece jen problém, protože nejsou na první pohled tak nápadné a čitelné. Jejich porucha může mít za následek zhoršení prospěchu ve škole a může vést až k pocitu malé sebeúcty.¹⁷

Z definice ADHD vychází, že: „*ADHD je vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulsivity. Tyto obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Ačkoliv se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění.* (Barkley, 1990)“¹⁸

1.4 Příčiny vzniku ADHD

Jak již z názvu této části diplomové práce vyplývá, bude věnována otázkám spojeným s bádáním nad možnými příčinami vzniku poruchy ADHD. Již na úvod této podkapitoly lze předeslat, že se doposud, a to i přes veškeré snahy odborníků za pomoci moderních technologií a postupů, nepodařilo určit jasnou a konkrétní příčinu vzniku této poruchy u dětí.

Ještě před tím, než byla tato porucha podrobena jakémukoliv výzkumu ze strany odborníků v dané oblasti, dostal se do obecného podvědomí lidí názor, že příčinou těchto veskrze negativně vnímaných projevů chování u dětí je výchova a také prostředí, ve kterém se

¹⁵ Drtílková, I. (2007). *HYPERAKTIVNÍ DÍTĚ Vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén.

¹⁶ Munden, A. & Arcelus, J. (2006) *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.

¹⁷ Riefová, F., S. (2007). *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál.

¹⁸ Zelinková, O. (2009). *Poruchy učení*. Praha: Portál.

dítě vyvíjí. To mělo za následek, že okolí (škola, přátelé) takového dítěte často přisuzovalo vinu za jeho chování rodičům a naopak. Nutno podotknout, že s tímto názorem se lze běžně setkat i v dnešní době, a to navzdory jednak zvýšenému zájmu společnosti o toto téma a jednak častému vyvracení tohoto mýtu ze strany fundovaných odborníků. Tento názor může vést až k falešnému pocitu viny ze strany rodičů za chování a projevy svého dítěte. Takový postoj a myšlenky jsou pak zcela liché, jak dokazují níže nastíněné poznatky moderního výzkumu příčin poruchy ADHD. Celospolečenský vývoj na všech úrovních, především pak pokrok ve vývoji používaných technologií a metod, znamenal i přelom ve výzkumu lidského mozku. S tímto vývojem spojený vznik nové techniky umožnil mnohým odborníkům nový pohled na fungování lidského mozku a otevřel tak brány k novému bádání nad příčinami vzniku poruch lidského chování a tedy i nad příčinami vzniku ADHD.

Jak již bylo výše zmíněno, do dnešní doby se přes veškeré snahy nepodařilo objasnit konkrétní a jednoznačnou příčinu vzniku ADHD u dětí. Tak jako bylo v minulosti různých názvů a označení pro tuto poruchu, tak je nyní mnoho rozličných náhledů na původ jejího vzniku. Nově získané poznatky mají za následek nahrazení jednoduchých teorií o příčinách vzniku této poruchy teoriemi mnohdy daleko složitějšími. Důvodem je ona možnost využít nových metod mnoha vědeckých disciplín (antropologie, genetika, neurochemie, psychologie a další), které současné možnosti nabízejí. To umožňuje odborníkům v těchto vědeckých disciplínách sbírat nové, mnohdy zcela přelomové, ale zároveň velmi komplikované poznatky. Tato situace však s sebou přináší i jistou negativní stránku věci. Tou je pak skutečnost, že pro osoby, které nejsou odborníky v dané oblasti, je čím dál tím složitější pochopit tuto náročnou materii.¹⁹ I přes různorodé teorie se většina odborné veřejnosti shoduje na tom, že k možným příčinám vzniku ADHD patří:²⁰

- Genetické předpoklady (dědičnost)
- Biologicko-fyziologické příčiny
- Komplikace v těhotenství nebo při porodu
- Znečištěné životní prostředí (např. otrava olovem)
- Strava
- Užívání alkoholu a drog v období těhotenství

Na základě řady důkazů, které vyplynuly z provedených studií, se má za to, že právě genetická výbava jedince může ovlivnit vznik poruchy ADHD. Z jedné z mnoha studií na toto

¹⁹ Drtílková, I. (2007). *HYPERAKTIVNÍ DÍTĚ Vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén.

²⁰ Riefová, F., S. (2007). *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál.

téma dokonce vyplývá, že u dětí, jejichž příbuzní trpí touto poruchou, je až 50% předpoklad, že budou mít tuto poruchu také. Dalším zajímavým faktem je, že z genetického hlediska bývá touto poruchou ohrožena spíše mužská část populace.²¹

Do skupiny biologicko-fyziologických příčin vzniku ADHD pak lékaři zahrnují především neurologickou poruchu postihující tu část mozku, která řídí zpracovávání impulzů a podílí se na třídění smyslových vjemů i na schopnosti koncentrace. Důvodem této poruchy může být nerovnováha nebo nedostatečné množství dopaminu, tedy chemické látky, která přenáší nervové signály. Některé výzkumy pak ukazují, že lidé s ADHD mají těchto „přenašečů“ nedostatek. To má pak zásadní vliv na schopnost soustředit se na jednu věc a tzv. blokovat ostatní podněty.²²

Mezi tzv. negenetické faktory ovlivňující vznik ADHD (hyperkinetické poruchy) pak řadíme komplikace v období těhotenství a při porodu (předčasné porody, perinatální traumata, úrazy²³ apod.), stravu (v závislosti na složení stravy a případné alergie na jídlo)²⁴ a v neposlední řadě užívání alkoholu a drog v těhotenství, které může vyústit v poškození plodu nebo dětského mozku, což může způsobit projevy podobné příznakům ADHD.²⁵ Okrajově je pak zmiňován vliv životního prostředí, především toxinů, jako např. radioaktivita, umělá aroma a barviva v potravinách. Tato premisa se však pro nedostatek důkazů postupně opouští.²⁶

1.5 Charakteristické projevy syndromu ADHD

Existuje mnoho různých podob projevů ADHD, kterými se dítě trpící tímto symptomem vyznačuje. Ačkoliv na první pohled to pro nás nemusí být zcela znatelné, protože vypadá jako zdravé dítě, které nám díky svému věku přijde jako zlobivé, působící schválností a je na truc vzdorovité. Na odlišné projevy dětí s poruchou ADHD má určitý vliv i jejich věk a stupeň vývoje. Záleží také na prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, jakou má rodinu, učitele, spolužáky. Do skupiny dětí s těmito potížemi řadíme děti, které jsou velmi aktivní, které mají neustálý dostatek energie, který nás může „dohánět k šílenství“. Na druhou stranu sem patří i děti, které jsou velmi tiché nebo zasněné, uzavřené do sebe a které mohou být i apatické.

²¹ Michalová, Z. (2007). *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobiaš.

²² Riefová, F., S. (2007). *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál.

²³ Těžký úraz hlavy může u dítěte vyvolat příznaky ADHD, obvykle s převažující poruchou pozornosti (viz Drtílková, I. & Šerý, O. et al. (2007). *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha: Galén, str. 42.)

²⁴ Nutno podotknout, že teorie o vlivu stravy na vznik ADHD má své zastánce i odpůrce a není doposud plně prokázána.

²⁵ Munden, A. & Arcelus, J. (2006). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.

²⁶ Drtílková, I. & Šerý, O. et al. (2007). *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha: Galén.

Mezi nejzákladnější obtíže, se kterými se děti se symptomem ADHD potýkají, patří: *nepozornost/nesoustředěnost, hyperaktivita a impulzivita*.

- **Poruchy koncentrace pozornosti a paměti**

Problémy s pozorností se nejlépe rozpoznají až ve škole, kdy vidíme, že žákovi dělá problém udržet pozornost při učení, setrvat delší dobu u jedné činnosti, soustředit se na zadaný úkol, vypracovat domácí úkol. Nejinak je tomu při hrách, které vyžadují trpělivost a delší dobu koncentrace (např. puzzle či jiné hlavolamy). Děti taky můžeme dále charakterizovat jako netrpělivé, mnohdy až agresivní díky neúspěchu z nedokončené práce. Na druhou stranu však nelze říct, že žáci trpí celkově sníženou nesoustředěností, protože podle rodičů je velmi zajímavé, že jejich dítě trpící syndromem ADHD dokáže bez problému dlouho sedět u počítačových her, aniž by ho cokoliv v okolí vyrušilo. Tuto situaci lze vysvětlit tím, že počítačová hra je pro dítě velmi pestrá, různorodá a dokáže ho zaujmout, tudíž ho baví, kdežto u domácího úkolu dítě neprojevuje zájem se soustředit. Úkol pro ně není důležitý, proto u činností, které dítě nebaví, mají velmi slabou koncentraci. Chceme-li, aby dítě setrvalo déle u potřebné činnosti, je velmi důležité, aby nic v jeho okolí nemělo rušivý element. V pokoji, kde dítě pracuje, by tak měly být pouze nezbytné věci, které k danému úkolu potřebuje, to stejné platí i ve školní lavici. Často se uvádí, že při činnosti vyžadující soustředění by neměla hrát hudba, která může být zdrojem možného rozptylování.²⁷

Vrátíme-li se zpět k problematice *psaní domácích úkolů*, dojdeme k závěru, že tato činnost představuje pro děti s ADHD mnohdy značnou obtíž, protože je to pro ně činnost nezajímavá a raději dají přednost čemukoliv jinému. Také platí, že mají potřebu být za svou práci odměněni hned a také vlivem toho se u nich postupem času může projevit až odpor k psaní domácích úkolů. Učitel by měl s dítětem pracovat ve chvíli, kdy vidí, že se dítě dostatečně soustředí. Doporučuje se, aby se učitel osobně přesvědčil, zda si žák opravdu úkol označil. Za vhodné se také považuje mít v zadávání úkolů určitý řád, jako např. zadávat dítěti úkol ze stejného předmětu ve stejnou dobu apod. Uvádí se, že by se učitel měl snažit dítě zaujmout a měl by se pokusit vytvářet pokyny i jiným způsobem než sluchově, např. zrakově pomocí obrázků. Pokyny pro zadávání práce dítěti s ADHD musí být jasné a stručné.²⁸

²⁷ Goetz, M. & Uhlíková, P. (2009). *ADHD PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.

²⁸ Jucovičová, D. & Žáčková, H. (2007). *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. Praha: D + H.

Mezi další situace, které dítěti komplikují život, patří ty, při kterých si nemusí plně uvědomovat délku určitého *úseku časové osy*. To znamená, že takové dítě může vnímat plynutí času (minulost, přítomnost, budoucnost) zcela odlišně. Podle svého úsudku si tak může myslet, že si hrál s kamarády deset minut, přitom rodiče na něj čekají hodinu a půl a mají strach, jestli se mu něco nestalo. Dítěti dělá problém vytvořit si „reálný časový plán“, neumí si věci naplánovat, a když už si plán vytvoří, tak jej není schopno dodržet. Proto se u těchto dětí setkáváme ve škole se situacemi, kdy si např. zapomenou kružítko, nemají v čem cvičit nebo zapomínají na školní povinnosti či schůzky. Také často ztrácí své věci, nepamatují si, kam co daly, či se mnohdy jeví jako „neposlušné“, protože nejsou schopny převést slovní instrukci do podoby, která by měla ovlivnit jejich chování. I přes tyto obtíže je velmi důležité dítě oceňovat za dobu, kdy je schopno udržet pozornost, protože tím usilujeme o snahu k jeho zlepšení.²⁹

- **Poruchy motoriky a aktivity**

Děti s ADHD bývají často *velmi aktivní*, někdy až tzv. hyperaktivní. Popisujeme je jako velmi neklidné, neposedné. Často nejsou schopny vydržet chvíli v klidu, neustále musí dělat více věcí najednou nebo si často s něčím hrát. Ve škole se děti s ADHD projevují tak, že nevydrží dlouho sedět v lavici, vrtí se, chodí po třídě, poskakují na svém místě, vyrušují a vykřikují. Dále jim také v porovnání s ostatními žáky trvá více času se zklidnit po různých aktivitách, např. po hrách, po přechodu z hřiště do třídy apod. Svým chováním ruší jak sebe, tak i své spolužáky a učitele. Při zadání samostatné práce nedokáže sedět v klidu a samo pro sebe si prozpěvuje nebo trpí samomluvou. Jeho školní výkony se mohou značně lišit. Existují totiž dny, kdy žák pracuje bez problémů a někdy naopak nepracuje vůbec.³⁰

Přestože na nás dítě působí neunavitelným dojmem, opak je pravdou. Děti se syndromem ADHD jsou velice *snadno a rychle unavitelné*. Jakékoliv soustředění a snaha zůstat v klidu je totiž stojí úsilí, při kterém spotřebují spoustu energie. U některých jedinců se dokonce můžeme setkat i s případem, kdy jej únava překvapivě nabudí ještě větší dávkou energie a je ještě více aktivní, pohyblivý, vzrušivý až podrážděný, což může vést až k agresi.³¹

Oproti dětem, které jsou hyperaktivní, se setkáváme s pojmem hypoaktivní děti, které jsou velmi pomalé, těžkopádné, utlumené až apatické. Na jakékoliv pokyny odpovídají

²⁹ Goetz, M. & Uhlíková, P. (2009). *ADHD PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.

³⁰ Martin, M. & Waltmanová – Greenwoodová C. ed. (1997). *Jak řešit problémy dětí se školou: lexikon pro rodiče*. Praha: Portál.

³¹ Altmanová, M. (2010). *Hyperaktivní a nepozorné dítě*. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, s. r. o.

pomalou, zadané úkoly nestíhají vypracovat a takřka ve všem jsou poslední. Navzdory jasným definicím o hyperaktivitě a hypoaktivitě se setkáváme se smutným tvrzením, podle kterého hyperaktivní děti bývají brány jako zlobivé a hypoaktivní děti jako líné, mající nedostatek nadání.³²

U dětí s ADHD se také mohou vyskytnout *problémy s usínáním*, které se projevují už v novorozeneckém věku, kdy má dítě nepravidelný příjem potravy, různý rytmus spánku a může se stát, že bezdůvodně propláče celý den nebo ho naopak prospí. Než se dětem podaří usnout, dlouho se převalují na posteli nebo si tajně hrají a vymýšlejí různé výmluvy. Nakonec dítě často usne pozdě, tím pádem je jeho spánek méně kvalitní, a to se pak odráží druhý den na jeho náladě a schopnosti udržet pozornost.³³

Dále u dítěte s ADHD nacházíme problémy v oblasti *hrubé i jemné motoriky*. Při problémech týkajících se oblasti hrubé motoriky se nám jeví dítě jako neobratné, nešikovné, neohrabané, nekoordinované. To znamená, že jeho pohyby jsou nepřesné a neumí zkoordinovat pohyb horních a dolních končetin.³⁴

Ve školním prostředí dítě s ADHD nemá rádo tělesnou, výtvarnou a ani pracovní výchovu, protože může trpět specifickými poruchami učení, např. dyspraxií, dyspinií (specifická porucha kreslení), dyskalkulií (specifická porucha počítání), dysortografií (specifická porucha pravopisu) atd. Dyspraxie je pak specifická porucha učení, při které jde o vývojovou poruchu motorických funkcí. V praxi to znamená, že dítě trpící touto poruchou mívá problémy při zavazování tkaniček, oblékání, manipulaci s přístrojem atd. V souvislosti s jeho pomalým, nečitelným, neuspořádaným a neúhledným písmem, vzniká porucha zvaná dysgrafie – porucha grafického projevu.³⁵

- **Emoční poruchy a poruchy chování**

Dítě trpící touto poruchou bývá *silně emočně labilní*, tzn., že u něj vidíme neustálé výkyvy nálad, které vedou od pláče k smíchu. Tyto děti také reagují bez úmyslu, jsou zbrklé, ukvapené, jednají impulzivně. Ve škole se setkáváme s tím, že dítě začne pracovat dříve než ostatní a mnohdy si ani pořádně nepřečte zadání svého úkolu. Často se také stává, že kvůli své zbrklosti má uspěchané, a tak nepříliš kvalitní výtvořky své práce. To má za následek, že je pro

³² Jucovičová, D. & Žáčková, H. (2007). *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. Praha: D + H.

³³ Goetz, M. & Uhlíková, P. (2009). *ADHD PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.

³⁴ Kohoutek, R. (1998). *Výchova dětí se závadami a poruchami chování*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, s. r. o.

³⁵ Matějček, Z. (2001). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: Nakladatelství: H & H Vyšehradská, s. r. o.

dítě těžké si na něco počkat, např. postávání ve frontě, čekání na svůj tah ve hře, to vše jsou pro něj situace, které velmi špatně zvládá. Díky projevům *impulzivity* dítě udělá to, co ho právě napadne, aniž by si to rozmyslelo. Ve škole to může znamenat, že začne vykřikovat při výuce, nebo když jej učitel vyvolá, odpoví dříve, než je dokončena otázka. Při rozhovoru skáče ostatním do řeči, také skáče z tématu do jiného tématu a hovoří příliš mnoho, neboť mu dělá velký problém soustředit se na rozhovor druhých.³⁶ V osobním životě to znamená velký problém, protože jeho sebekontrola a sebeovládání nejsou dostatečně vyvinuté, což má za následek, že dítě s ADHD nedokáže domyslet konsekvenci svého jednání, neboť mu chybí fáze rozmyšlení. Důsledkem tohoto chování se pak dítě může dostat do značně nebezpečných situací, jako např. vjede na kole na silnici bez rozhlédnutí, skočí do vody z velké výšky apod. Málokdy se poučí ze svých předchozích chyb, a to pravděpodobně díky jeho špatné orientaci v čase.³⁷

Díky sociální neobratnosti a nízké frustrační toleranci je pro dítě s ADHD typické, že na některé podněty reaguje až neadekvátně. Podněty, které ostatní děti nevyvedou z míry, dovedou dítě s ADHD dohnat až k *afektivnímu výbuchu*, někdy i k agresi. Jeho agresivní chování může vést až k velmi nebezpečným situacím. Nejhorší na tom je, že dítě s tímto symptomem nevnímá, že udělalo něco špatného, a diví se, proč se s ním ostatní nebaví, chybí mu tzv. diplomacie. Pro dítě je obtížné rozpoznat, co je vhodné a co nikoliv. Díky jeho impulzivním projevům, zvýšenému afektivnímu chování a snížené schopnosti vcítění má často problém si najít kamarády, přitom touží po lásce, obdivu a uznání. Kvůli svým impulzivním projevům je dítě často kritizováno, což velmi špatně snáší a cítí tak svůj neúspěch. Díky svému častému chybování se uzavírá samo do sebe, vnímá se v negativním světle a je nešťastné.³⁸

- **Poruchy řeči, vnímání a myšlení**

U dítěte s ADHD si lze všimnout *opožděného vývoje řeči*, což se projevuje tím, že dítě začne mluvit později než děti ve stejném věku, jeho řeč bývá také chudší a jednoduchá. Můžeme si také všimnout poruchy a vady výslovnosti, nazývané dyslálie, což znamená, že dítěti dělá problém vyslovovat jednu i více hlásek (nejčastěji sykavky). U takového dítěte si dále všimáme jeho artikulační neobratnosti, dělá mu problémy vyslovovat náročnější a delší

³⁶ Goetz, M. & Uhlíková, P. (2009). *ADHD PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.

³⁷ Paclt, I. a kolektiv. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a. s.

³⁸ Jucovičová, D. & Žáčková, H. (2007). *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. Praha: D + H.

slova. Zmiňované problémy s vadami řeči u něj často přetrvávají i po nástupu do základní školy. Ve škole upozorujeme i specifické asimilace, při kterých dítě dělá problém výslovnost sykavek, tvrdých a měkkých slabik. U dítěte objevujeme menší slovní zásobu, má problém s poznáním pojmového myšlení, má omezený jazykový cit a není schopno používat správně naučená pravidla pravopisu. Dále si také všímáme poruchy analyticko-syntetické činnosti, při které není dítě schopno rozložit a složit slovo z hlásek a písmen. Jeho myšlení i slovní projev nám připadají chaotické, díky tomu, že dítě mluví o všem, co ho zrovna napadne, aniž by věta dávala smysl. Dítěti nedělá problém jenom jazyková stránka, ale má také problémy v orientaci a v určení pravolevé strany. Díky těmto dalším poruchám se porucha ADHD často objevuje v kombinaci se specifickými vývojovými poruchami učení, jak již bylo zmiňováno výše.³⁹

1.6 Výskyt ADHD v populaci

Údaje o výskytu ADHD se liší podle klasifikačních systémů MKN-10 a DSM-IV. Dle DSM-IV se ADHD vyskytuje mezi 4-19 % lidí. Tento procentuálně vyjádřený údaj je pak vyšší oproti údajům dle MKN-10, a to díky tzv. „volnějším“ kritériím ve stanovení diagnózy, kdy není potřeba všech základních příznaků. Podle MKN-10 se ADHD vyskytuje mezi 1-3 % populace, z čehož také vyplývá, že díky svému „přísnějšímu“ pojetí při stanovení diagnózy sem jsou zahrnuty závažnější případy. Různý výskyt ADHD v populaci se liší samozřejmě dle užívaného systému, dále to může také záviset na dostupnosti lékařské péče, která určuje správnou diagnózu, na vlivu prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, na temperamentních rozdílech i kulturních zvyklostech. Z odlišných zdrojů a studií vyplývá, že se hyperkinetické poruchy vyskytují častěji u chlapců než u dívek, a to v poměru od 10:1 do 2,5:1. Někde je dokonce uváděno, že se u chlapců poruchy projevují až 3 – 9 krát častěji. Britská studie přišla na to, že u chlapců je spíše zaznamenávána hyperaktivita, kdežto u dívek je častěji prokázána porucha pozornosti.⁴⁰

Porucha ADHD je nejčastěji rozpoznána mezi 6. – 9. rokem dítěte. Mezi dětmi předškolního věku a u adolescentů je diagnostikování méně obvyklé. Ze studií v České republice se dozvídáme, že výskyt ADHD u nás vzrostl na cca 15 % dětské populace. „*Přesně řečeno, přibývá osob diagnostikovaných pro některou z dysfunkcí, na což má vliv*

³⁹ Jucovičová, D. & Žáčková, H. (2007). *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. Praha: D + H.

⁴⁰ Drtílková, I. (2007). *HYPERAKTIVNÍ DÍTĚ Vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén.

řada činitelů: zmíněné rostoucí nároky na výkony jedince, rostoucí uznání problémů osob trpících některou z dysfunkcí, podrobnější diagnostické postupy i vzrůstající nabídka léčebných metod.“⁴¹

⁴¹ Michalová, Z. (2007). *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobáš.

2 Vývoj dítěte a dítěte se syndromem ADHD

2.1 Prenatální vývojové stádium

„Prenatální vývoj lidského plodu trvá devět kalendářních měsíců. V tomto období se vytvářejí všechny potřebné předpoklady pro budoucí samostatný vývoj plodu. Plod je velice brzy aktivním organismem, který je schopen nejjednodušších forem učení a jehož projevy jsou již v této době individuálně specifické. Dovede diferencovaně reagovat na různé smyslové podněty, především taktilně-kinestetické a sluchové. Pro rozvoj plodu je důležité spojení s mateřským organismem.“⁴²

Mezi matkou a dítětem existuje vztah díky biochemické komunikaci a podmíněným reflexům. Tuto komunikaci lze pozorovat například v situaci, kdy matka prožije nějaký šok a vlivem jejího adrenalinu dítě zareaguje kopnutím, nebo také, když si matka poslechne klasickou hudbu (Mozarta apod.) a cítí se při ní klidná a uvolněná, dokáže její rozpoložení ovlivnit pocity dítěte. Hyperaktivní dítě se již v děloze pohybuje mnohem více. Důležitým zlomem ve vývoji je i porod, který je zlomem od prenatálního vývoje k „samostatnému“ životu novorozence.⁴³

2.2 Novorozenecké období

Novorozenecké období trvá 6 týdnů po porodu a nazývá se tzv. adaptační období, ve kterém se dítě ocitá v jiných podmínkách, než bylo zvyklé. Před porodem pobývalo v plodové vodě, v prostředí, ve kterém byly ztlumeny zvuky i doteky. Po porodu se dítě setkává se světlem, jinou teplotou, než na kterou bylo zvyklé, s hlukem atd. Hmotnost novorozence bývá 3 až 4 kg, délka 48 až 52 cm. Do porodu nemá novorozenec dokončen vývoj orgánů, hlavně CNS (centrální nervový systém), který je nejsložitější a trvá nejdelší dobu.⁴⁴ Obvykle má novorozenec velikou potřebu spánku, která může být až 22 hodin, budí se jenom kvůli biologickým potřebám.

⁴² Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum., str. 67.

⁴³ Helus, Z. (2009). *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál.

⁴⁴ Pugniová, M. (2003). Období prenatální, perinatální, postnatální. In Šimíčková - Čížková, J. a kol., *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.

U některých novorozenců však můžeme zpozorovat projevy hyperaktivity již v takto brzkém věku. Takové dítě má často nápadně nepravdivý režim, což znamená, že střídavě pláče, bdí apod.⁴⁵

Dítě je od narození vybaveno nepodmíněnými reflexy, např. potravní (sací, polykací, uchopovací), obranné, orgánové. Vývoj poznávacích procesů je omezený, u zrakového vnímání je dítě schopno dobře zaostřovat předměty ze vzdálenosti 25 – 30 cm, u sluchového vnímání je novorozenec schopen odlišit řeč a zvuk hlasu matky od jiných zvuků. V období novorozence má důležitou úlohu matka, protože právě v tomto období se formuje harmonický vývoj osobnosti jedince.⁴⁶

2.3 Kojenecké období

Kojenecké období začíná prvním měsícem života do jednoho roku, je to nejkratší období a přitom se toho stane tolik. Pro toto období je charakteristický rychlý růst, při kterém průměrná výška dítěte dosáhne až 75 cm, váha se zdvojnásobí a pohybuje se okolo 10-11 kg. Během prvního roku vývoje dítěte dojde k podstatným změnám. Z malého, téměř němého a bezmocného človíčka se na konci roku stává chodící, někdy i mluvící bytost, která postupně začíná rozumět pokynům svého nejbližšího okolí. Dítě je schopno emočně reagovat díky vrozené schopnosti tvořit zvuky. Takovéto projevy považujeme za prostředek komunikace. První fázi rozvoje poznávacích procesů označujeme jako období nazývané senzomotorická inteligence, v níž dochází ke kontaktu s okolním světem a probíhá proces poznávání a učení. Pro správný rozvoj poznávacích procesů je velmi důležité zrakové i sluchové vnímání a motorika.⁴⁷ U kojenců se projevují individuální rozdíly v chování, celkovém vývoji i v prožívání. Toto vše závisí na vrozených předpokladech dítěte, jako mohou být temperamentní vlastnosti, adaptabilita, citové prožívání aj.⁴⁸

Neklidný kojenec se projevuje poruchou základních biorytmů, jako příklad uvedeme, že dítě špatně přibírá na váze, špatně spí, některé dítě spí přes den a v noci je pak čilé a potřebuje neustálou pozornost, neutišitelně a často pláče, někdy může plakat nepřetržitě hodinu a i mnohem déle. Takové dítě odporuje klasickým pokusům o zklidnění. Při chování se nedokáže uklidnit a zklidnit. Kvůli nepravdivému biorytmu je pro matku těžké odpovídat

⁴⁵ Goetz, M. & Uhlíková, P. (2009). *ADHD PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.

⁴⁶ Pugnerová, M. (2003). Období prenatální, perinatální, postnatální. In Šimíčková - Čížková, J. a kol., *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.

⁴⁷ Helus, Z. (2009). *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál.

⁴⁸ Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum., str. 67.

na projevy dítěte a tím je souhra mezi nimi ztížena. To mnohdy vede až k tomu, že má matka určité pochyby či pocit nejistoty, že nedokáže své dítě uspokojit. Může se stát, že matka nevěnuje dítěti pozornost, když ji vyžaduje a naopak. Soulad mezi matkou a dítětem je tak narušen. Zmíněné příznaky pak mohou vyústit ve vznik ADHD u dítěte. Mezi další takové příznaky lze uvést projevy, kdy se kojenec jeví velmi živě nebo naopak působí strnule a napjatě. Postupem času se u některých dětí setkáváme se zpožděným vývojem řeči či opožděným vývojem v oblasti motoriky, což může způsobit, že se dítě jeví celkově neobratně, např. při lezení a chůzi. Avšak může se stát, že některé dítě tuto fázi úplně přeskočí a začne chodit naopak velmi brzy. Tyto příznaky nemusí znamenat syndrom ADHD již v tak nízkém věku, poruchy mohou vymizet nebo také přetrvávat do dospělosti.⁴⁹

2.4 Batolecí stádium

O batolecím stádiu hovoříme jako o období jednoho až tří let života. Během batolecího období dítě vyrostne o cca 17 až 18 cm a jeho hmotnost se zvýší o 4 kg.⁵⁰ Pro toto období je velmi důležitý rozvoj pohybové dovednosti, díky kterému je batole schopno samostatnější stimulace. Batole je více uvolněné a zkouší poznávat objekty v okolí. Díky symbolickému myšlení chce také poznávat funkčnost okolního světa, poznávat pravidla, podle nichž se řídí. Důležitým bodem pro správný rozvoj symbolického myšlení je pochopení trvalosti, a to se stává základem k vytvoření předpojmů. Dále s rozvojem poznávacích procesů souvisí i vývoj řeči, dítě si vytvoří tzv. dětský slovník. V tomto věku u dítěte nalézáme pocity studu či zahanbení, hrdosti, sebehodnotící emoce, úzkosti a rozvoj schopnosti empatie. Dále si u batolete všímáme osamostatňování a postupného odpoutávání se od matky. Od rodiny dítě potřebuje cítit lásku a důvěru v sebe.⁵¹

Hyperaktivní batolata neustále pobíhají sem a tam, jsou doslova k nezastavení a nepřetržitě něco „žvatlají“. Při sedavých aktivitách se nudí a přemáhají se, aby neusnula. Dítě v tomto věku nechce poslouchat a těžko se podřizuje určitému stanovenému řádu. Avšak období vzdoru je pro batole přirozeným obdobím a projevy hyperaktivity není jednoduché zcela odlišit.⁵²

⁴⁹ Kolčárková, I. & Lacinová, L. (2008). *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: Barrister & Principal.

⁵⁰ Plevová, I. (2003). Období batolete. In Šimíčková - Čížková, J. a kol., *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.

⁵¹ Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.

⁵² Kolčárková, I. & Lacinová, L. (2008). *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: Barrister & Principal.

2.5 Předškolní věk

Předškolní období trvá od tří do šesti let, při čemž ho můžeme rozdělit na dvě období: vstup do mateřské školy a vstup dítěte do základní školy. Tělesný i duševní vývoj dítěte v předškolním věku je značně pomalejší, kdy dítě vyrostne z 97 cm na 117 cm a na váze přibude jen o pár kilogramů. Na konci tohoto období si všímáme změny tělesných proporcí, kdy trup, který byl spíše válcovitý, se stává plošším a odděluje se od břicha, tukové tkáně mizí a přibývají svalové. U dětí předškolního věku si všímáme rychlejších, pohotovějších a obratnějších pohybů. Díky obratnějším pohybům je předškolák schopen se sám obléct, pomáhat při domácích pracích a sám se obsloužit. Hlava se při poměru k tělu zmenšuje, tělo se protahuje, ruce a nohy se prodlužují. „*Zda tělesný vývoj odpovídá věku, a to nejen výškou a hmotností, nýbrž také proporcemi, to můžeme v šesti letech odhadnout podle tzv. filipínské míry: dítě si má přes vzpřímenou hlavu dosáhnout na ušní lalůček (jde o poměr délky paže k velikosti hlavy).*“ Organismus předškolního dítěte je výkonnější, pomaleji a hlouběji dýchá, jeho srdce bije pomaleji a pravidelněji, dále díky opouzdřujícím se nervovým vláknům se zvyšuje rychlost vedení vzruchu.⁵³

Každé dítě vyrůstá svým individuálním tempem, kdy některé předškolní dítě může dobře jezdit na kole, znát své jméno a jiné dítě bude sotva chodit i mluvit. Vývojová stadia dítěte se značně liší, to můžeme vidět na skupince hrajících si dětí stejného věku, jak se jejich chování liší. Přestože jsou vývojová stadia různá a nedokážeme pevně říci, kdy bude dítě ložit, chodit apod., dokážeme poznat, že dítě zaostává za ostatními a je pomalejší. Když se upozoruje takovýto případ, je dobré postupovat tak, aby dítě bylo schopno dohnat své vrstevníky a zmírnilo tím své potíže. Vývojové rozdíly mohou mít různé příčiny. Může se jednat například o prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Doma si například nikdy nevyzkoušelo vystřihovat, vymalovávat, neobsluhovalo se příborem, a tudíž není divu, že potřebuje více času, aby děti dohonilo. Dále bylo zjištěno, že i pohlaví dítěte hraje svou roli a že chlapci bývají pomalejší než děvčata. Co se týká kulturního a sociálního zázemí, tak i zde platí, jak se lidově říká „každý kraj jiný mrav“. Někde se dítě učí např. na nočník již od několika měsíců a jinde od dvou a půl let.⁵⁴

Když chceme u dítěte zjistit příznaky poruchy nebo opožděný vývoj, musíme ho pořádně sledovat a zaznamenávat si, jak na tom dítě je. Z tohoto hlediska nás zajímá, zda dítě nezaostává ve všech nebo jen určitých oblastech vývoje, jestli se dítě vyvíjí podle určitých

⁵³ Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál., str. 120.

⁵⁴ Kirbyová, A. (2000). *Nešikovné dítě: dyspraxie a další poruchy motoriky: diagnostika, pomoc, podpora, cesta k nezávislosti*. Praha: Portál.

měřítek nebo pomaleji, či zda nemá někdo v rodině specifické poruchy učení (SPU) nebo syndrom ADHD. Dále nás v této otázce zajímá, kdy začalo dítě lézt, chodit a mluvit, jestli má vyhraněnou lateralitu, či jak na tom je s jemnou i hrubou motorikou. Pozorujeme ho při povídání pohádky, zda dokáže pozorně poslouchat, je-li klidné či jestli se nechá čímkoliv vyrušit.⁵⁵

Ve školce bývají hyperaktivní děti popisovány jako mimořádně živé, nadměrně divoké, stále na pochodu, stále se někam dobývající a šplhající. Chovají se neukázněně, agresivně i bouřlivě, když se musí podřídít nějaké situaci. Často pokřikují a hlasitě něco komentují a dají se jenom krátkodobě usměrnit. Předškolní hyperaktivní děti bývají mnohdy náladové, vyžadují neustálou pozornost, při společných hrách dlouho nevydrží pozorně poslouchat a hrát si, tudíž ostatním kazí hru nebo i ničí jejich hračky. Rodiče takového dítěte se mnohdy musí potýkat s neustálými stížnostmi od učitelů, nebo i dokonce rodičů ostatních dětí.⁵⁶

2.6 Školní zralost

Nástup do školy představuje pro dítě velikou změnu v jeho životě, ta se projeví pro dítě tím, že jsou na něj kladeny větší požadavky. Aby bylo dítě schopno vyhovět požadavkům, které jsou na něj kladeny, musí mít dílčí schopnosti a dovednosti na takové úrovni, aby mohly vést k jeho dalšímu rozvoji. Tento stupeň vývoje je označován jako školní zralost. V tomto období by dítě mělo být také připraveno po stránce tělesné, psychické a sociální. Zjišťování úrovně dítěte je komplexní záležitostí, protože s nástupem dítěte do školy probíhá mnoho změn, které je potřeba, aby dítě zvládlo. Mezi takové změny řadíme přechod od hravé činnosti k trvalejší, potřebu soustředit se, změnu časového režimu, cílevědomější výkon, uvědomovat si povinnosti apod. Bez těchto a dalších předpokladů dítě není schopno dobře zvládat přechod do školy.

Jakákoliv odchylka v tělesném i smyslovém rozvoji, v jednotlivých dílčích funkcích, v oslabení zdravotního stavu, v nerovnoměrnosti vývoje, v aktivitě pozornosti se stane překážkou v udržení kroku s nároky vyučovacího procesu. Takovouto odchylku by měla určit předškolní pediatrická prohlídka, případně zkušené učitelky ve školce, které by měly rozpoznat pomalejší vývoj dítěte. V praxi se může stát, že k zápisu do 1. ročníku základní

⁵⁵ Kirbyová, A. (2000). *Nešikovné dítě: dyspraxie a další poruchy motoriky: diagnostika, pomoc, podpora, cesta k nezávislosti*. Praha: Portál.

⁵⁶ Goetz, M. & Uhlíková, P. (2009). *ADHD PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.

školy přijde dítě, které sice splňuje podmínku na požadovaný věk šesti let, ale nemá dostatek předpokladů pro zapojení se do vyučovacího procesu a sociální skupiny. Aby dítě úspěšně zvládlo vstup do základní školy, musí mít přiměřenou slovní zásobu, motoriku, schopnost podřizovat se kázni, schopnost plnit úkoly, mít přiměřenou pozornost a vytrvalost. K posouzení zralosti používáme Jiráskův test školní zralosti, při němž má dítě za úkol nakreslit lidskou postavu, dále napodobit větu, která je v testu napsána, a obkreslit skupinu desíti teček.⁵⁷

Jestliže dítě trpí dílčím oslabením ve vývoji psychických funkcí a jednotlivých schopností, označujeme to za znak školní nezralosti. Pokud se dítě projeví jako výrazně podprůměrné, nebude se jednat pouze o školní nezralost, ale možná o celkově sníženou schopnost předpokladů pro zvládnutí nároků základní školy. V takovém případě je nezbytné zvážit, zda se nemá dítě z preventivních důvodů zařadit do jiného typu školy. Za nezralé děti považujeme ty, které jsou impulsivní, neobratné, nesoustředěné, nesamostatné, příliš neklidné, nebo naopak nápadně utlumené, prudké, výbušné, nepodřizující se, vzdorné, nekomunikující, ale i děti plačtivé a bázlivé atd.⁵⁸

„Vzdělávání v České republice legislativně upravuje zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), Tento zákon nabyl účinnosti dnem 1. ledna 2005. Na tento zákon navazuje vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, a vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.“⁵⁹

Za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami považujeme žáky se specifickými poruchami učení nebo chování, žáky se zdravotním postižením – mentálním, sluchovým, tělesným, zrakovým, autismem, vadami řeči či postiženími více vadami, dále žáky se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Do tohoto okruhu také zahrnujeme žáky nadané a mimořádně nadané. Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami je integrováno do základní školy, ve které je potřeba odborné připravenosti pedagogů, systematické spolupráce s rodinou, zajištění materiálního vybavení, případně zvláštního uspořádání třídy. Rodiče dítěte by měli

⁵⁷ Langer, S. (1999). *Problémový žák na prvním stupni základní školy (školy obecné) s úvodem do problematiky školní zralosti dítěte* Hradec Králové: Kotva.

⁵⁸ Vašátková, D. (2005). *Vybraná témata pedagogické psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus.

⁵⁹ Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ze dne 1. ledna 2005[online].[cit. 2013-09-01]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/uplnenezneni-zakona-c-561-2004-sb>>

školu požádat o IVP (individuální vzdělávací plán), který je v průběhu roku možné měnit a přizpůsobovat dítěti.⁶⁰

2.7 Školní věk

Školní věk lze rozdělit na tři fáze:

1) Raný školní věk, který začíná od 6 - 7 let do 8 - 9 let. Pro tuto fázi je charakteristická změna postavení ve vztahu ke škole a různé vývojové proměny.

2) Střední školní věk, který začíná od 8 - 9 let do 11 - 12 let, je doba, kdy dítě začíná dospívat a přechází na 2. stupeň základní školy. Tuto fázi lze pokládat za přípravu na cestu k dospívání.

3) Starší školní věk, období na druhém stupni základní školy, které trvá zhruba do 15 let. Tato fáze se nazývá pubescence.

Během období školního věku se rozvíjí zraková i sluchová percepce, dochází ke změně v uvažování a dítě přechází na úroveň konkrétních logických operací. Školní dítě chápe podstatu skutečnosti, mění se jeho způsob chápání problémů i strategie řešení, respektuje základní zákony logiky a nenechá se jen tak něčím ovlivnit. Díky škole dochází u dítěte k rozvoji slovní zásoby. Ve škole přijímá roli žáka a spolužáci jsou pro něj rovnocennými partnery. Musí také přijmout autoritu učitele a zvyknout si na hodnocení svého výkonu. Dítě potřebuje slyšet pozitivní hodnocení a získat přijatelné postavení mezi spolužáky.⁶¹

Problémy v chování vystupují nejčastěji najevo, když dítě nastoupí do první třídy. Děti, které jsou neklidné, bývají méně oblíbené a odmítané, což špatně snáší. Tyto děti nejsou schopni své spolužáky tolerovat, hrát si s nimi, naslouchat jim a ani s nimi spolupracovat. Jejich chování bývá impulzivní, nestálé a nepředvídatelné. Často mají špatnou náladu a nechají se snadno vyprovokovat. Takové chování je pro okolí nepochopitelné a může vést až k šikaně. Neklidný školák nevydrží dlouho udržet pozornost, sedět v klidu, stále si musí s něčím hrát, mluvit, odbíhat od práce.⁶²

⁶⁰ Bartoňová, M. (2005). *Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, Zaměření na edukaci žáků se specifickými poruchami učení*. Brno: MSD, spol. s r. o.

⁶¹ Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.

⁶² Train, A. (1997). *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha: Portál.

2.8 Adolescence

Adolescencí označujeme období mezi dětstvím a dospělostí, to je zhruba od 15 do 20 (22) let. Pro toto období je velmi důležité tělo, které je velkou součástí identity dospívajícího. Jeho vzhled je prostředek k udržení si sociální pozice, také síla, zdatnost, obratnost je v tomto období velmi důležitá, díky níž dochází k napodobování vzorů krásy, uniformitě. V tomto období se vytváří pocit vlastní identity, vytváří se morální principy společnosti, jedinec se stává nezávislým na rodiči a vytváří heterosexuální vztahy. K rodičům se adolescenti chovají kriticky, odmítají jejich autoritu. Pro dospívajícího má největší význam jeho skupina, tedy vrstevníci, s nimiž se ztotožňuje, ti jsou jeho jistotou.⁶³

Adolescent s ADHD je méně schopen zvládnout zodpovědnost, která přichází ze samostatnosti. Jeho chování, změna nálad, nízké sebehodnocení příliš nepomáhají k tomu, aby se byl schopen začlenit mezi své spolužáky. Kvůli školní neúspěšnosti se mu nedaří ani příliš v dospělosti a má větší problém sehnat si práci. Dále má problémy v osobním životě, není schopen si udržet vážnější vztah, u mužů je problém s impulzivním chováním a u žen je to častá změna nálad, poruchy spánku apod. S rostoucím věkem ubývá hyperaktivity, ale zůstává emoční labilita, impulzivita. U adolescentů se potýkáme s častou zapomnětlivostí, roztržitostí a špatnou snášenlivostí stresu. Toto vše může vést k rizikovému chování v oblasti alkoholu, drog, sexu. Podle studií bylo zjištěno, že dříve pacienti s ADHD zkoušeli kouřit cigarety, hráli hazardní a počítačové hry a potom skončili u experimentování s drogami. To si vyzkoušelo 30% pacientů s ADHD, protispolečenské chování zkusilo 25 – 35 % adolescentů s ADHD. Až 58% dotázaných alespoň jednou opakovalo ročník a bývají až 3x častěji vyloučení ze školy než „zdraví“ žáci. Jedinci s ADHD, kteří získají řidičský průkaz, páchají častěji dopravní nehody kvůli svému riskantnímu řízení.⁶⁴

2.9 Dospělost

Dospělost lze považovat za specifickou životní etapu, při níž dochází k nejvyšší fyzické, osobnostní a sociální zralosti dospělého jedince. Během tohoto období si vytváří vlastní identitu, zakládá vlastní domov i rodinu, cítí se vyrovnaně a využívá správně své

⁶³ Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.

⁶⁴ Goetz, M. & Uhlíková, P. (2009). *ADHD PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.

rozumové způsobilosti. Obecným termínem dospělosti rozumíme stav, kdy jedinec dorostl do své stálé velikosti a síly a je schopen vytvářet samostatné jednání v životním přizpůsobení.⁶⁵

Dospělý jedinec s ADHD se může na první pohled jevit nenápadně, avšak vnitřně si své pocity naplno uvědomuje. Jako dospělý je schopen své příznaky lépe kontrolovat pomocí vůle. V některých zaměstnáních, která s sebou přinášejí časté změny, je v nich potřeba nových originálních nápadů, či dokonce je potřeba projevit emoční stránku, může být jedinec s ADHD přínosný. Máme na mysli zaměstnání jako je například žurnalistika, umělecké profese a další. Workoholismus („závislost na práci“) může být u některých jedinců brán za projev hyperaktivity a netrpělivosti. Málo šťastní jedinci zaměstnání často nedobrovolně mění nebo dosahují pozic, které neodpovídají jejich inteligenci. Stejně příznaky dospělých můžeme nalézt i u adolescentů a jedná se o deprese, poruchy chování, riskantní chování a někdy i závislost na alkoholu či drogách. Na konečné podobě syndromu ADHD má podíl intelekt, emoční labilita, psychická kvalita, temperament apod.⁶⁶

2.10 Dítě s ADHD v rodině

Být rodičem dítěte s ADHD určitě není jednoduché. Z mnoha knih vyplývá, že děti s ADHD, které žijí v rodinách, které kladou své nároky na úspěch a prestiž, nevěnují se přehnaně dítěti, u nich bývají děti šťastnější. Naopak v rodinách, které kladou přehnané nároky na dítě, se potýkáme s problémem, že se dítě uzavírá do sebe, sebeobviňuje se a vznikají u něj pocity méněcennosti. Dítě s ADHD nekomplikuje život jenom samo sobě, ale také jeho rodině.

Rodiče zažívají nejružnější negativní pocity při výchově svého dítěte se syndromem ADHD. Mezi jejich pocity patří zklamání ve svém dítěti, o němž měli úplně jiné představy. U matek se mohou vyskytnout pocity viny za těhotenství, nebo dokonce i za svůj porod, následně za nezvládnutelnou výchovu i emoční reakce. Dále to mohou být také pocity neschopnosti a výchovného selhání. Kvůli poznámkám na výchovu svého dítěte se rodiče mnohdy cítí poníženi a nepochopeni skrz to, jakého nepochopení se jim dostává od svého blízkého okolí. Tím, že dítě nereaguje běžným způsobem na výchovné kroky, jeho emoce mají různé výkyvy nálad, tím matka dítěte cítí větší frustraci, nejistotu a pochyby. Výchova takového dítěte není jednoduchá jak po stránce psychické, tak i fyzické, a to vede k výrazně

⁶⁵ Holásková, K. (2003). Dospělost. In Šimičková - Čížková, J. a kol., *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.

⁶⁶ Goetz, M. & Uhlíková, P. (2009). *ADHD PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.

vyššímu stresu než u rodičů s normálními dětmi. Kvůli napjatým vzájemným vztahům mohou mít manželství rodičů vážné problémy. Mezi dítětem s ADHD a jeho sourozencem se mohou vystupňovat jejich sourozenecké rivality. Aby si normální dítě získalo taky takovou velkou pozornost rodičů, tak se snaží svého sourozence co nejvíce napodobit a tím máme na mysli, že napodobuje vzpurné chování, neklid apod. Děti s ADHD mohou být ke svým sourozencům více agresivní a násilní a u zdravých dětí vzniká díky každodennímu kontaktu s nimi větší výskyt depresivní symptomatologie.⁶⁷

Jako rodič dítěte s ADHD můžeme využít znalostí o temperamentu, různých metod, slov a otevřít svému dítěti cestu k úspěchu. Mezi jednoduché kroky, kterými je možno se řídit, patří: předvídání reakce, příprava prostředí, společná spolupráce a prožívání radosti z úspěchu. Předvídáním reakcí je myšleno pomáhat svému dítěti tak, aby mohlo každý den prožívat úspěšně. Díky tabulce temperamentových rysů můžeme typické situace u svého dítěte předvídat. Temperament u svého dítěte nezměníme, ale pomocí znalostí jeho rysů ho můžeme naučit vyjadřovat pozitivním a přijatelným způsobem. Dítěti pomáháme uvědomovat si, které situace jsou pro něj stresující a čím více bude starší, tím si z nich bude přebírat odpovědnost za své jednání.⁶⁸

Přípravou prostředí je myšleno, že čím lépe zvládneme nachystat prostředí, které by odpovídalo jeho temperamentu, tím bude šťastnější. Někdy si neuvědomíme a vystavíme děti situacím, ve kterých nebudou úspěšné, např. naplánovaný oběd s přáteli v restauraci apod. Musíme si vždy promyslet, kam své dítě bereme a zkusíme si vybírat takové prostředí, ve kterém bude mít dostatek prostoru k pohybu, budou tam pro něj nachystány lákavé předměty. Dále si s sebou brát předměty, s nimiž se dítě zabaví, a my předejdeme situaci, že bude dítě skákat po věcech. Pokud potřebujeme, aby dítě vydrželo sedět v klidu, vezmeme dostatek knížek, papíru, pastelek. Při výběru místa dáváme přednost známému místu a snažíme se vymyslet prostředí, ve kterém bude dítě úspěšné. Dalším důležitým pilířem je společná spolupráce, při které se snažíme naplánovat spolupráci, schůzky apod. podle hladiny energie dítěte. To znamená, že nejvyšší energetická hladina je obvykle na začátku dne a nejnižší v podvečer až večer. Čím více činností naplánujeme na dobu, kdy má dítě nejvyšší hladinu energie, tím od něj můžeme očekávat lepší výkony. Při spolupráci je důležité, aby dítě vědělo, co znamená být úspěšný. Každý výkon problémového dítěte je důležité chválit a ukazovat mu, jak jsme na něj pyšní za jeho slušné chování. I jako rodiče nesmíme zapomenout chválit i za malé úspěchy, které naše dítě dělá. Díky těmto čtyřem hlavním bodům můžeme pro dítě

⁶⁷ Kolčárková, I. & Lacinová, L. (2008). *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: Barrister & Principal.

⁶⁸ Sheedyová – Kurcinková M. (1998). *Problémové dítě v rodině a ve škole*. Praha: Portál.

připravit cestu k úspěchu a vyhneme se tím vzájemným soubojům, zklamání, hněvu, záchvatům vzteku, soubojem mezi sourozenci, probdělým nocím, ranních bitev týkajících se jídla a oblékání apod. Vyhnutí se těmto věcem velmi ocení i sourozenci, kterým se budeme moci více věnovat a čas strávený vyčerpávající bitvami, hádkami, můžeme využít k lepším věcem. Výsledkem takovéto péče bude pocit sebejistoty u dítěte i rodičů.⁶⁹

⁶⁹ Sheedyová – Kurcinková M. (1998). *Problémové dítě v rodině a ve škole*. Praha: Portál.

3 Diagnostika syndromu ADHD

Určení diagnózy ADHD není zcela snadné, protože musíme vyloučit jiné znaky, které objevujeme u dítěte a které mohou také způsobovat neklid, problémy s kázní či učením. Jelikož se symptomy ADHD mění dle věku dítěte, podmínek a situace, ve které se dítě nachází, zjišťujeme, že jde diagnózu určit velmi těžko i díky tomu, že neexistují žádné správné diagnostické testy. Porucha ADHD je léčitelná, avšak musíme zvolit správný způsob léčby, který se dá správně zvládnout. Pokud je zvolena špatná léčba, vede ke špatným výsledkům a nakonec má i špatný dopad na dítě, které může až poškodit. Při vyšetření ADHD si všímáme nejdůležitějších symptomů, a to je impulzivita, nepozornost a hyperaktivita. Jak již bylo zmíněno, symptomy se mění podle toho, co právě dítě dělá a jak se cítí. Jakmile si rodiče, učitelé všimají něčeho, co není v pořádku, měli by vyhledat odbornou pomoc. Čím dříve se s léčbou začne, tím lépe. Abychom mohli dodržovat správnou léčbu, je nutno stanovit přesnou diagnózu, ke které potřebujeme zkušeného odborníka a tím je psychiatr pro děti a adolescenty, pediatr či praktický lékař, neurolog a pedagogicko-psychologická poradna.

3.1 Informace potřebné k vyšetření syndromu ADHD

Diagnózu ADHD můžeme přirovnat ke kaleidoskopu, ve kterém platí, že vždy když jím otočíme, vznikne nám odlišný obrazec, přestože je složen ze stejných prvků a barev. Podobné je to i u diagnózy ADHD, kdy známe stejné prvky a ty se skládají z různých řad vyšetření, pozorování, rozhovorů atd. Mezi nejzákladnější předpoklady pro dobrou diagnostiku řadíme rozhovor s matkou, rozhovor s učitelem či dotazník pro učitele, klinické vyšetření dítěte, dotazníky a škály, dále tělesné, laboratorní, zobrazovací a elektrofyziologické vyšetřovací metody, psychologické vyšetření, zdravotní, psychiatrickou, školní, rodinnou anamnézu.⁷⁰

3.1.1 Rozhovor s matkou

Rozhovor můžeme provádět i s jinou blízkou osobou než s matkou, ale musí být obeznámena s vývojem dítěte, musí být schopna podat přesné anamnestické údaje a popsat chování dítěte. Rozhovor začíná v první řadě představením, kde je důležitý první dojem, a je potřeba vytvořit klidné a důvěrné prostředí. Dítě může být přítomno při rozhovoru, ale je lepší, když je psychiatr s matkou o samotě. Rozhovor začíná obecnými dotazy typu: Proč

⁷⁰ Munden, A. & Arcelus, J. (2006). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.

matka přichází apod. Psychiatr nechává matku mluvit a oceňuje, jak dobře je schopna popsat stav dítěte. V této části ji chválí za její rozhodnutí navštívit odborníka a vyjadřuje i pochopení k situaci. Lékař potřebuje získat, co nejobjektivnější popis dítěte a vstupuje do rozhovoru a vede matku spíše k popisování dítěte než jejího hodnocení. Hodnocení se snaží vyhnout, ale sleduje matčino negativní hodnocení situace. Při rozhovoru jsou kladeny otázky typu: Jak by popsal chování vašeho dítě cizí člověk, který by ho pozoroval? Když dítě dělá nějakou činnost, jak dlouho u toho zůstane pozorný? Psychiatr by se měl ptát, jestli dítě čte knihy, sleduje televizi, jak dlouho vydrží sedět u počítačových her, jak probíhá školní příprava apod. Při činnostech, které dítě nebaví, se příznaky projevují zřetelněji. Zajímavým faktem je, že u dívek se tolik nesetkáváme s problémy v oblasti impulzivity a hyperaktivity, ale spíše s poruchou pozornosti, která má neblahý vliv i na školní činnosti, jako je učení, psaní poznámek, diktátů apod.⁷¹

V další fázi lékař zjišťuje fungování dítěte v sociálních situacích, např. jak dítě vnímá schopnost zapojit se do kolektivu, snahu udržet si kamarády, respektovat pravidla, jaké jsou jeho mimoškolní zájmy a koníčky. Je nezbytné vědět i ostatní skutečnosti týkající se sociální situace jako je bydlení. Tím je myšleno, jak je situován byt, jestli v centru nebo ve čtvrti, která není vhodná na výchovu dítěte apod. Znat zaměstnání rodičů, či zda jsou nezaměstnaní, vědět o sociální podpoře či finančních nedostatcích rodiny, případně podat informace o dávkách, které by mohli oni či dítě dostávat. Je-li to nutné, tak lékař spolupracuje s odborem sociálních služeb. Lékař musí znát i jakékoliv problémy, které se v rodině vyskytovaly nebo vyskytují. Dále je taky nutno znát popis vývoje dítěte, tzn. popsat chování dítěte od novorozeneckého období po současnost. Také podat psychiatrovi informace o medikaci, kterou dítě užívá nebo užívalo, zda trpí některými specifickými poruchami učení apod.⁷²

3.1.2 Vyšetření dítěte trpícího ADHD

Vyšetření dítěte probíhá ideálně po rozhovoru s matkou, po přečtení případné dokumentace, zpráv z jiných vyšetření (psychologických a somatických) či jiných zpráv. Nejvhodnější způsob vyšetření je, když je dítě o samotě s lékařem, sedí na židli a lékař může v klidu pozorovat příznaky v momentální situaci. V první části vyšetření pokládá lékař obecné otázky typu: Jak se máš? Ve kterém městě bydlíš? Kam chodíš do školy apod. Jako vhodná témata k rozhovoru jsou oblasti domov, škola, záliby, volný čas, kamarádi a vztahy,

⁷¹ Theiner, P. (2007). Vyšetření hyperkinetického dítěte. In Drtílková, I. & Šerý, O. et al., *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha: Galén.

⁷² Munden, A. & Arcelus, J. (2006). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.

budoucnost, přání, návykové látky. Obsah a náplň témat je dobré adaptovat dle věku a vyspělosti dítěte. V tématu domov se lékař ptá na vztah k rodičům, k sourozencům i na vztahy mezi nimi. Ptá se na otázky: Koho máš nejradši na světě? Kdo je doma nejhodnější a naopak nejpřísnější? Hrajete si se sourozencem? (vhodné položit jeho jméno) Lékař tyto otázky doplňuje cílenými dotazy, aby odkryl pocit méněcennosti či školní neúspěch. V oblasti volného času se může ptát na koníčky a zájmy, na nejlepší či nejhorší den. Kvůli projevům hyperaktivity, nepozornosti a impulzivity má špatné vztahy s kamarády. Lékař se ptá, koho by si s sebou vzal na pustý ostrov, které věci by sis vzal s sebou apod. Také dále zjišťuje, jaký je, co si o sobě myslí, v čem je dobrý, co mu jde nejlépe, na co je u sebe pyšný, čím by chtěl být, až bude dospělý atp. V další fázi vyšetření se lékař snaží přejít k současným problémům a ptá se na projevy poruchy a jejich dopad na dítě. Zajímá se i o prospěch a zkoumá, jestli horší známky nemají souvislost s nedokončením úkolů nebo děláním chyb z nepozornosti. Dále také zjišťuje, kdy je dítě schopno se nejlépe soustředit a co mu naopak dělá potíže. Zkoumá, za co dítě dostává poznámky, za co je nejvíce trestáno a napomínáno a za co je naopak odměňováno a chváleno. Pro orientační zhodnocení se součástí pedopsychiatrického vyšetření stává i posouzení psychického stavu, kde se vyšetřuje orientace v čase, místě a situaci a vyšetření intelektu.⁷³

3.1.3 Údaje od učitelů

Lékař se souhlasem rodičů může kontaktovat školu, sdělit učiteli diagnózu a vyžádat si od něj posudek. Učitel je důležitým zdrojem informací, protože je s dítětem každý pracovní den, pozoruje příznaky poruchy ve vyučovacím procesu. Podmínkou úspěšné spolupráce je dobrá informovanost učitelů, což se díky mnoha publikacím, seminářům a aktuálnosti tématu daří. Lékař s učitelem může udělat rozhovor nebo mu zaslat dotazník, který učitel vyplní a popíše stav dítěte. Dotazník může být poslán vícekrát do roka, aby lékař mohl pozorovat průběh léčby.⁷⁴

3.1.4 Psychologická diagnostika

Psychologové se především zabývají psychoterapií a pronikají do tajemství lidské psychiky a chování, pomáhají nám překonávat stres, traumata, úzkosti, učí nás se s nimi vyrovnávat. Kliničtí psychologové pracují s řadou testů, škál, metod oproti tomu psychiatr

⁷³ Theiner, P. (2007). Vyšetření hyperkinetického dítěte. In Drtílková, I. & Šerý, O. et al., *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha: Galén.

⁷⁴ Munden, A. & Arcelus, J. (2006). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.

léčí příznaky duševních chorob, neprovádí klinické a laboratorní psychologické testy. Psychiatr je lékař a může vyšetřovat tělesný stav jedince, provádět neurologická vyšetření.

Při celkovém vyšetření se psycholog zaměřuje na úroveň psychických a behaviorálních (týkající se chování) funkcí, které souvisejí s projevy ADHD. Dále se snaží zjistit úroveň rozumových schopností, motorických a vizuomotorických dovedností. Všímá si také i vztahu dítěte ke své vlastní poruše a jejím projevům, postoje rodiny k situaci a sociálního prostředí. Je třeba brát v úvahu, že na vyšetření může mít také vliv psychický stav dítěte, přístup k vyšetření, neznalost cizího prostředí. K podrobné diagnostice základních projevů potřebujeme hodnocení hyperaktivity, impulzivity a pozornosti. K vyšetření příznaků se používají buď klinické metody, nebo výkonové testy. Diagnostika pomocí výkonových testů může být provedena formou „tužka-papír“ nebo počítačem, pro změření hyperaktivity mohou být použity přístrojové techniky typu aktometr apod.⁷⁵

- **Vyšetření poruchy pozornosti**

Při vyšetření pozornosti u dětí s ADHD se zaměřujeme na jednotlivé komponenty pozornosti. Tím je myšlena automatická pozornost, schopnost udržovat pozornost, selektivita (schopnost, citlivost výběru) a rozdělování pozornosti. Mnoho autorů rozlišilo složky pozornosti na jiné části a díky tomu se užívají specifické psychodiagnostické metody, které se specializují na konkrétní dílčí komponenty pozornosti. Nejdostupnější test typu tužka-papír se nazývá *Číselný čtverec*, je užíván dětmi od 6 let a 8 měsíců do 15 let a 6 měsíců. Ve čtverci je vypsáno 25 čísel od 1 do 100, která jsou rovnoměrně rozvržená tak, že následující číslo je větší maximálně o 8. Úkolem je seřadit čísla vzestupně od nejmenšího po největší. Z výsledku v testu lze usoudit funkční úroveň pozornosti a odolnost zátěže. Z výkonu lze poznat i pohotovost, paměť, výdrž pozornosti v čase, představivost i některé osobnostní vlastnosti. Podobně lze využít i test *Číselný obdélník*, který je objektivní a spolehlivý. Úkoly v něm jsou jednoduché, umožňují zkoumat pracovní tempo a rychlost. Tento test nalezneme ve verzi pro čtrnáctileté, sedmnáctileté a dospělé.⁷⁶

Dalším testem, který se u nás užívá, je *Test diskriminace tvarů* Josefa Švancary. Cílem tohoto testu je určení výkonnosti, hodnotí se také čas, počet chyb a oprav a také si můžeme udělat představu o percepční kapacitě při základním rozlišování geometrických tvarů. Test vypadá tak, že na listu ve formátu A3 je umístěno 1250 obrázkových podnětů po 50 obrazcích

⁷⁵ Drtílková, I. (2007). *HYPERAKTIVNÍ DÍTĚ Vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén.

⁷⁶ Uhrová, A. (2007). Psychologická diagnostika. In Drtílková, I. & Šerý, O. et al., *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha: Galén.

ve 25 řádcích. Dítě má za úkol škrtnout všechny obrázky jednoho typu. Test je určen podle normy pro děti ve věku 8,5 do 17,5 let.⁷⁷

Na výběr máme mnoho testů pozornosti, ale poslední, který si více představíme, je *Test pozornosti d2*. Tento test pochází z Německa z 60. let 20. století a u nás ho poprvé vydal roku 2000 K. Balcar. Tento test měří rychlost vypracování, dodržování pravidel a kvalitu výkonu. Test je určen pro věkové rozmezí 9 až 60 let a testovací list pojímá 658 položek na 14 řádcích, kde jsou písmena d a p doplněna jednou až čtyřmi krátkými svislými čárkami. Úkolem je prohlížet jednotlivé řádky a během limitu 20 vteřin na řádku zaškrtnat všechna písmena d se dvěma čárkami “d2”.⁷⁸

Počítačové testy pozornosti jsou ve světě hodně rozšířeným diagnostickým nástrojem. V České republice nejsou až na výjimky užívány, neboť mají vysokou cenu a platí se každá jednotlivá aplikace. Je to škoda, protože nabízejí uspokojivé hodnocení všech proměnných, nehrozí u testů riziko zácvičení a mají vysokou reliabilitu a validitu. Jako alternativa umožňující objektivní zhodnocení různých faktorů pozornosti se nabízí český projekt *Advance Attention Diagnostics–1* (AAT–1). Tento test zhodnotí výkon v oblasti zrakové, sluchové a kombinované pozornosti, psychomotorického tempa a je určen lidem ve věku od 5 do 60 let. Test trvá 3 x 10 minut a poskytuje individuální i interindividuální (kvantitativní výsledky u více jedinců ve stejném čase) porovnání profilů. AAT-1 je český projekt, který automaticky vygeneruje doporučení pro trénink oslabených oblastí a dle dosavadních výsledků vykazuje dobrou reliabilitu a validitu. Dalším známým testem je test *Conner's Continual Performance Test (CPT)*, který byl sestaven dr. Keith Connersovou. Je určený pro děti ve věku 6 – 17 let. Je orientován na zrakovou pozornost, kde během 14 minut jsou na monitoru v určitých časových intervalech ukázány podněty a dítě pomocí zmáčknutí tlačítka odpovídá na předem určité specifikované podněty nebo dvojice podnětů. Ze skóre opomenutých podnětů vyvozujeme schopnost udržet pozornost a chybné odpovědi jsou považovány za míru udržování pozornosti a impulzivity.⁷⁹

- **Vyšetření impulzivity**

Pro vyšetření impulzivity používáme také testy typu tužka-papír nebo počítačové testy. Nejčastěji užívaným testem v zahraničí je *Matching Familiar Figure Test* (MFFT), který v roce 1965 sestavil Kagan ke zjišťování kognitivního stylu. V testu má jednotlivec za

⁷⁷ Kohoutek, R. (2008). Vnímání a jeho závady a poruchy. [online]. In *Psychologie v teorii a praxi*. [cit. 2013-09-10]. Dostupné z WWW: < <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/vnimani-a-jeho-zavady-a-poruchy> >

⁷⁸ Rodny, T. (2001). Rolf Brickenkamp, Eric Zillmer: Test pozornosti d2. [online]. In *Psychologie dnes*. [cit. 2013-09-10]. Dostupné z WWW: < <http://www.psychodiagnostika.cz/index.php?akce=d2> >

⁷⁹ Ptáček, R. (2007). Psychodiagnostika hyperkinetického syndromu (ADHD) u dětí. In Paclt, I. a kolektiv., *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a. s.

úkol najít položku, která je vyobrazena v horní části stránky, všechny obrázky na stránce jsou podobné vyobrazené položce nahoře, a tak musí jednotlivec dávat pozor. U jedinců, kteří pracovali rychle a udělali mnoho chyb, se prokázal impulzivní styl, zatímco u těch, kteří pracovali pomalu a přesto udělali mnoho chyb, se jedná o styl reflexivní. V České republice se užívá přepracovaná verze testu MFFT a nazývá se Test nacházení známých obrázků (TE-NA-ZO). Tento test je zpracován na dvě verze, jedna je pro děti od 6 do 14 let a druhá verze je pro dospívající a dospělé. Z tohoto testu vyhodnocujeme impulzivitu (chápanou jako uvážlivost) a efektivitu (rychlost a přesnost).⁸⁰

- **Vyšetření intelektu**

Při výběru inteligenčního testu bychom měli vycházet z chronologického věku, mentální zralosti dítěte, při testu bychom měli počítat s větší unavitelností a provádět test ve více sezeních. Mnoho autorů doporučuje *Wechslerův test inteligence pro děti* (Wechsler Intelligence Scale for Children – Third dition WISC-III) užívaný po celém světě. V Česku nese název „Pražský dětský Wechsler (PDW)“, který byl standardizován roku 1972 a je určen pro děti ve věku od 6 let do 16 let a 11 měsíců. Wechslerův test má dvě části, verbální a performační. Skládá se ze 12 subtestů a každý subtest měří jiný aspekt inteligence. Verbální část subtestů měří slovní nadání dítěte, a to ve vědomostech, porozumění, počtech, podobnosti, slovníku a doplňkovým subtestem opakování čísel. Performační část se zaměřuje na vrozené rozumové nadání dítěte a je spíše závislá na vizuomotorické koordinaci, manuální zručnosti a zrakovém vnímání. Do základních subtestů patří doplňování obrázků, řazení obrázků, kostky, skládanky, symboly (kódování) a doplňkový subtest bludiště.⁸¹

- **Vyšetření hyperaktivity**

Úroveň nadměrné pohybové aktivity můžeme sledovat pomocí pedometru či aktometru, jak již bylo zmíněno výše.

3.1.5 Dotazníky a škály

Dotazníky a škály spadají do klinických metod, mezi které řadíme i pozorování. Abychom získali informace o chování dětí s ADHD v přirozeném prostředí, potřebujeme informace od rodičů či jiných blízkých osob a učitelů. Jak již bylo zmíněno, informace nám poskytne matka pomocí rozhovoru či vyplnění dotazníku. K hodnocení projevů dítěte můžeme využít mnoho dotazníků či škál, které jsou dostupné v češtině, i když nejsou v České

⁸⁰ Uhrová, A. (2007). Psychologická diagnostika. In Drtílková, I. & Šerý, O. et al., *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha: Galén.

⁸¹ Bevilacqua, D. (2006). *Diplomová práce - Testy inteligence WISC-III^{cz} a PDW ve vztahu ke školní úspěšnosti žáků školního věku, s poruchami učení*. Brno: Masarykova univerzita.

republiky standardizovány. Nejčastěji využívané škály vytvořila C. K. Connersová a jedná se o dotazník pro rodiče – *Children's Parent Questionnaire* (CPQ) a učitele – *Conners Teacher Questionnaire* (CTQ). Verze pro rodiče obsahuje 93 položek k posouzení somatických a psychických příznaků dítěte. Verze pro učitele je zaměřena na chování ve škole, posudek školní práce, postoj k autoritě a zařazení do kolektivu. Českou verzi Connersových škál přeložil Paclt a Šebka.⁸²

Co se týká pozorování, to můžeme jako učitel provádět podle pozorovacího archu, který slouží k systematickému sledování žákovských výkonů. Pozorování může být krátkodobé nebo dlouhodobé tzn., že můžeme pozorovat obsahový celek učiva, konkrétní učivo či konkrétní vyučovací jednotku. Záznamy se mohou dělat náhodně nebo pravidelně, aby se lépe zachytily důležité situace. Do pozorovacího procesu lze zapojit i ostatní vyučující a můžeme si tak porovnat výkon žáka a odhalit i příčiny školního neúspěchu.⁸³

3.1.6 Doplnkové tělesné, laboratorní, zobrazovací a elektrofyziologické vyšetření

Pokud chceme mít diagnostiku kompletní, provádíme tělesné, laboratorní, zobrazovací a elektrofyziologická vyšetření. Při tělesném vyšetření pediatr vyšetří dítě a zaměří se na různé odchylky, které by mohly pomoci ke stanovení diagnózy. Soustředí se na potíže s koordinací, neobratností, hrubou a jemnou motorikou, dále také provádí vyšetření ohledně příznaků onemocnění srdce, ledvin, jater či krevního oběhu. Do laboratorního vyšetření zahrnujeme prohlídku krevního obrazu, moči, jaterního souboru a fakultativně hormonální vyšetření.⁸⁴

Mezi nejdůležitější metody pro zobrazení struktury mozku ADHD pacientů se užívá magnetická rezonance (MR) nebo počítačová tomografie (CT). MR metoda využívá magnetické pole a elektromagnetické vlnění s vysokou frekvencí. Díky této metodě můžeme získat přesný řez určité oblasti těla, v našem případě mozku a dále obraz zpracovat až ke 3D obrazu orgánu. Díky přesnosti můžeme sledovat intenzitu signálu při zobrazování měkkých tkání. Další výhodou je, že u tohoto vyšetření nejsme vystaveni škodlivému ionizujícímu záření. Mezi neurofyziologické metody zmíníme elektroencefalografii (EEG),

⁸² Ptáček, R. (2007). Psychodiagnostika hyperkinetického syndromu (ADHD) u dětí. In Paclt, I. a kolektiv., *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a. s.

⁸³ Kubičková, (2007). Pozorovací arch: Záznamy o jednom žákovi či žákyni. [online]. In *MŠMT SP kvalita I*. [cit. 2013-09-11]. Dostupné z WWW: <http://www.esf-kvalita1.cz/portfolio/zaciname/pedagogicke_dotazniky.php>

⁸⁴ Munden, A. & Arcelus, J. (2006). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.

magnetoencefalografii (MEG), pozitronovou emisní tomografii (PET) a jednofotonovou emisní výpočetní tomografii (SPECT). Při vyšetření EEG jsou hodnoceny slabé elektrické impulsy, které mozek produkuje při činnosti. Signály jsou snímány elektrodami z povrchu hlavy a zaznamenávány. Při MEG jsou signály snímány magnetickými impulsy. U vyšetření PET a SPECT je pacientovi do organismu vloženo inhalační nebo nitrožilní cestou malé množství radioaktivní látky s velmi krátkým poločasem rozpadu. Tato radioaktivní látka na sebe naváže látky, které se podílejí na metabolismu mozku, a je poté distribuována po celém organismu. Při rozkladu radioaktivní látky jsou vyzařovány pozitrony nebo fotony a díky tomuto vyzařování můžeme sledovat aktivitu mozku.⁸⁵

Na základě vyšetření navrhne dětský psychiatr následnou léčbu. Léčba není pouze otázkou léků, je také velmi důležité změnit pohled rodičů a učitelů na chování dítěte s ADHD a vytvářet pro něj pozitivní výchovné prostředí. Teprve tehdy, až vyšetřující lékař obdrží veškeré informace a zprávy z vyšetření, tak zvažuje, zda dítě má či nemá ADHD. Poté si s rodiči pohovoří a dohodnou se na stanovení a zahájení účinné terapie. Rodiče a děti mohou navštěvovat pedagogicko-psychologickou poradnu, kde jim odborníci dokážou pomoci s přístupem k dítěti a poradit, jak navázat vzájemnou komunikaci. Zcela zásadní je, aby o diagnóze věděli i učitelé, kteří díky této informaci mohou vytvořit individuální vzdělávací plán (IVP) pro žáka s ADHD. IVP je odpovědností školy a na vypracování se podílí třídní učitel, učitelé jednotlivých předmětů, školní psycholog, speciální pedagog a výchovný poradce.

⁸⁵ Žáčková, M. (2007). Zobrazovací metody mozku. In Drtílková, I. & Šerý, O. et al., *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha: Galén.

4 Možnosti nápravy syndromu ADHD

4.1 Psychoterapie

Psychoterapie je obor, který se prolíná různými obory a oblastmi, jako např. psychologie, poradenství, medicína. Je to vědní disciplína, která poskytuje lidem psychologickou péči, když mají krizi v životě, osobní problémy, psychotraumatizující zážitky apod. Psychoterapie je uplatňována psychologickými prostředky, jako je slovo, mimika, učení, mlčení a dále také využívá své vlastní metody a techniky, díky nimž odstraňuje či zmírňuje duševní poruchy, dokážeme zvládat obtížné životní situace, můžeme změnit své chování a prožívání, můžeme se pokusit obnovit vztahy a rodinnou situaci. Za terapeuticky nejúčinnější považujeme postupy vycházející z kognitivně-behaviorální terapie.⁸⁶

4.1.1 Kognitivně-behaviorální terapie

Behaviorální terapie je technika, při které využíváme procesu učení, abychom získali žádoucí reakce a vzorce výměnou za nežádoucí chování a reakce. Terapeut využívá konkrétních příkladů ze života dítěte, díky nimž se snaží, aby dítě pochopilo a snažilo se vyhnout potížím v každodenním životě. Na začátku je důležité přijít nato, které situace, pocity, myšlenky vedou k nežádoucímu chování, a uvědomit si následky tohoto chování. V rámci této terapie jsou rodiče i učitelé nuceni ke změnám svého chování kvůli správné výchovné strategii pro dítě s ADHD. Ke zmírnění projevů nežádoucího chování se nejlépe osvědčila technika *Analýza ABC*. Zkratka písmen ABC je z anglických termínů a – antecedent events (předcházející události), B – behaviour (chování), C – consequent response (následná odpověď). U této analýzy jsou projevy ovlivněny antecedencí (předcházejícími událostmi) a konsekvencí (následujícími událostmi). Díky antecedenci a konsekvenci lze dosáhnout změny nežádoucího chování. Rodiče na požádání terapeuta si zaznamenávají všechny události, které předcházely a následovaly nežádoucímu chování. Potom s nimi terapeut sestaví schéma, na kterém uvidí projevy dítěte za určitých okolností, na konkrétním místě, čase atp. Terapeut bude také rodiče směřovat k tomu, aby si uvědomovali, jak na chování svého dítěte reagují.⁸⁷

⁸⁶ Paclt, I. a kolektiv. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a. s.

⁸⁷ Munden, A. & Arcelus, J. (2006). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.

Kognitivně – behaviorální terapie je rozdělena do kategorií, z nichž si zmíníme kognitivní behaviorální intervenci dítěte se zaměřením na dětského pacienta s ADHD, klinickou behaviorální terapii zaměřenou na rodiče a učitele. U kognitivně-behaviorální terapie aplikované u dítěte s ADHD se užívají postupy, jakými je například sebeinstruktáž, sebesledování, sebehodnocení, sebezposilování apod. Dítě s ADHD dochází na sezení nejlépe 1x či 2x týdně a terapeut je s dítětem sám a pomocí různých technik se snaží kontrolovat projevy dítěte.⁸⁸

4.1.2 Zásady práce s rodiči a učiteli v rámci behaviorální terapie

V kognitivně-behaviorální terapii pro rodiče probíhá sezení tak, že je rodičům zadána četba týkající se problematiky ADHD a potom se 1x týdně schází s terapeutem, který s nimi individuálně probírá techniky přístupu k dítěti. Terapeut při práci s učitelem je s ním buď v kontaktu, či se schází osobně a probírá s ním témata vhodná k tréninku učitelů pro práci s dětmi s ADHD. Výsledky terapie sleduje terapeut pomocí dotazníků a škál, např. Connersové a porovnává výsledky za období 8-12 týdnů.

- **Poskytujte dítěti okamžitou zpětnou vazbu, hodnot'te dítě co nejčastěji a umožněte mu prožívat pozitivní důsledky svých činů**

Dítě s ADHD potřebuje slyšet více *chvály* než normální děti a hlavně ji potřebuje slyšet včas. Je to pro něj velmi významná odměna, kterou můžeme dát objetím, pohlazením, polibkem, úsměvem, zvednutým palcem, mrknutím nebo také slovním oceněním: Nádhera! Óóó! Jsem ráda, když... To je úžasné, super, fantastické apod. Hodnocení druhé osoby by mělo vycházet z našich pocitů, např. nelíbí se mi, vadí mi apod. Dítě vnímá hodnocení přijatelněji, neboť z hodnocení podle citů vyplývá, že ho neodsuzujeme, ale že nám něco vadí. Jako příklad si uveďme větu: Vadí mi, že máš v pokoji nepořádek. Opak by zněl: Jsi nepořádný! Jestli se dítěti něco podaří, nebudeme čekat s odměnou až na konec dne či vyučování, ale řekneme ji hned.⁸⁹

- **Posilovat žádoucí, pozitivní chování**

Rodič či učitel by si mohl zavést *systém odměn* a společně s dítětem probrat cíle, kterých by bylo vhodné dosáhnout a oceňovat ho za každý pokrok. Odměny by měly být

⁸⁸ Paclt, I. a kolektiv. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a. s.

⁸⁹ Martin, M. & Waltmanová – Greenwoodová, C. ed. (1997). *Jak řešit problémy dětí se školou: lexikon pro rodiče*. Praha: Portál.

větší, klidně i materiálnější, než mívají ostatní děti kvůli snaze změnit jejich chování. Existuje také způsob odměn, při kterém dítě bude dostávat žetony, kartičku, razítko do deníčku dle domluvených symbolů, ty se mu pak přemění za body a za určitý počet bodů dostane odměnu. Odměna nemusí být pouze materiálního původu, ale může se jednat také o druhy každodenní zábavy, jako je např. televize, kino, počítač, jízda na kole, hra s kamarády a jiné koníčky. Ideální je si udělat seznam činností, při nichž si dítě může žetony vydělat. Jedná se o seznam povinností a domácích prací, které od dítěte vyžadujeme (prostírání stolu, vysávání, umývání nádobí, vynášení odpadků atd.). V seznamu mohou být i běžné věci, u kterých dítě vyvíjí konflikt (čištění zubů, oblékání, mytí apod.). Ze seznamu zjistíme, kolik si může dítě s ADHD denně vydělat žetonů, mělo by platit, že 2/3 bodů utratí za každodenní zábavu a zbylou třetinu si šetří na něco mimořádného. Samozřejmě může body také ztratit za nevhodné chování a porušení kázně. Jestli dítě neudělá určitou činnost, kterou po něm vyžadujeme, tak to může znamenat odečtení bodů. Tento systém by se měl užívat v poměru jeden trest na tři odměny, aby se nestalo, že se vyčerpají všechny body a systém tak nebude fungovat. Je důležité seznam obměňovat a doplňovat o nové úkoly.⁹⁰

- **Stanovení jasného řádu, důslednost, užívání pauzy (time out)**

Stanovením *jasného řádu* je myšleno, že by se mělo dítě s ADHD naučit dodržovat určitý řád, pravidla režimu dne a také by se mělo naučit své osobní potřeby a zájmy podřít požadavkům ostatních. Řád je také důležitý, protože děti žijí v chaosu a neustálých změnách, nemohou se díky tomu cítit bezpečně a jistě, řád jim tak pomáhá dodržovat pravidelný režim dne, a to dítěti s ADHD přináší jistotu a usnadní mu to práci. Ve svých požadavcích musíme být důslední a neustále reagovat na vhodné či nežádoucí chování. Musíme počítat s tím, že ze začátku nebude dítě s ADHD reagovat podle našich představ, ale to se v průběhu pár týdnů zlepší a dočkáme se pozitivních změn. Během této doby se může stát, že si dítě jako kdyby řekne dost a bude zkoušet, co si může a nemůže dovolit a co vše vydržíme. V takové situaci musíme dítěti naznačit, že vše, co děláme, je pro jeho vlastní dobro a je velmi důležité, aby oba rodiče měli jednotný výchovný postup. Protože kdyby byl jeden důsledný a druhý ne, tak výsledkem bude, že dítě bude nedůsledného rodiče využívat a nakonec nebude poslouchat ani

⁹⁰ Goetz, M. & Uhlíková, P. (2009). *ADHD PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.

jednoho z nich. Je tedy velmi důležité, aby se rodiče, prarodiče i ostatní členové rodiny dohodli na přesných pravidlech a požadavcích na dítě s ADHD.⁹¹

Jestliže dítě odmítne něco udělat, můžeme ho potrestat tím, že mu omezíme volný pohyb. To znamená, že pokud po dítěti chceme udělat nějaký úkol a dítě s ADHD ho odmítá udělat, tak zkoušíme napočítat do pěti a pokud přesto nic neudělá, tak dáme židli do kouta a řekneme mu, že na ní bude sedět. Když dítě úkol nesplní, posadíme ho na židli a donutíme ho sedět klidně, dokud mu neřekneme, že může odejít. Je vhodné ho nechat sedět na židli zhruba jednu až dvě minuty za jeden rok jeho věku. Jestliže bude dítě testovat naši trpělivost, je dobré mu říct, že mu srazíme body. Po skončení trestu musí dítě s ADHD udělat daný úkol, který jsme od něj vyžadovali a až ho má splněný, tak mu pozitivně řekneme, že jsme rádi, že to udělal.⁹²

4.2 Komunikace s dítětem s ADHD

Děti trpící ADHD mívají často problémy s dorozumíváním a kvůli tomu se stávají zbytečné konflikty. Jak již bylo zmíněno v první kapitole, je to důsledek poruch smyslového vnímání, pozornosti, impulzivity, krátkodobé paměti, snížené empatie. V praxi to znamená, že dítě není schopno přesně zaznamenat, co mu říkáme, jeho pozornost je velmi krátkodobá a není schopno se plně soustředit nato, co mu sdělujeme. Dítě s ADHD není schopno rozlišit důležité informace od nepotřebných, dále se nedokáže vcítit do myšlení druhých a kvůli tomu reaguje, jak bychom od něj neočekávali. Kvůli svému impulzivnímu chování také ostatním skáče do řeči, přebíhá z tématu do tématu a díky tomu dochází k mnoha nedorozuměním.

Při komunikaci s dítětem je vhodné vícekrát opakovat informace, hovořit jasně, stručně, zřetelně, zadávat dítěti tolik informací, kolik si jich bude schopno zapamatovat. Při zadávání informací zdůrazníme ty nejdůležitější a nepodstatné ani nesdělujeme. Je důležité, aby dítě bylo schopno slovně informaci zopakovat, tím budeme vědět, že ji pochopilo. Pro lepší zapamatování informace se ji snažíme podat zajímavějším způsobem, například zobrazením, diagramem, konkrétní věcí apod. Také je učíme dělat si poznámky z těch nejdůležitějších informací. Dále děti s ADHD vedeme k vysvětlení vlastního vnímání, aby nám dokázaly vysvětlit, jak ony vnímají a myslí. Při rozhovoru dětem vysvětlíme, že důležité věci se sdělují na začátku nebo na konci, po případě je na konci připomeneme, snažíme se neskákat druhému do řeči a nepřebíhat z tématu do tématu. Na hyperaktivitu pomáhá časté

⁹¹ Martin, M. & Waltmanová – Greenwoodová, C. ed. (1997). *Jak řešit problémy dětí se školou: lexikon pro rodiče*. Praha: Portál.

⁹² Goetz, M. & Uhlíková, P. (2009). *ADHD PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.

střídání činností, například v intervalu 5-20 minut, aby dítě vystřídal a zapojilo co nejvíce smyslů. Jako příklad můžeme uvést to, že pokud budeme využívat zrakové vnímání ke čtení či psaní, potom tuto činnost nahradíme sluchovým vnímáním apod. Činnosti je vhodné prokládat netradičními činnostmi, čímž je myšlena relaxace, pohyb, změna polohy. Díky některým relaxačním technikám můžeme předejít afektivnímu chování a dítě pomocí nich uklidnit. Při vyučování je nezbytné, aby mělo dítě s ADHD na stole pouze pracovní pomůcky a nic jiného, co by mohlo odpoutávat pozornost jinam. Třída by měla být uspořádaná, přehledná, upravená, pokud by byl ve třídě nepořádek, odpoutávalo by to pozornost dítěte jinam. Učitel by měl mít také nad žákem zvýšený dohled a mít přehled, zda dítě pracuje a dává pozor. Při výuce by učitel měl využívat aktivizujících forem, při kterých bude dítě dávat pozor a svou vlastní aktivitou, kooperací, objevováním a řešením situace se zapojí co nejvíce do vyučovacího procesu. Také je dobré, když umí se svým hlasem pracovat a využívá různou intenzitu, zabarvení, může tempo zrychlovat, či zpomalovat a měnit různě melodii. Při komunikaci je důležité řídit se zásadami přístupu k dítěti a zásadami komunikace. Nesmíme dítě vnímat tak, že nám věci provádí naschvál, ale musíme být nad věcí a vědět, že jde pouze o odlišné vnímání.⁹³

4.3 Relaxační techniky

Relaxační techniky je dobré zapojit do situací, při nichž je zapotřebí zmírnit dopad agrese a stresu. Pro děti i pro nás je velmi důležité umět si odpočinout a mít pohodlný spánek. Dále je vhodné dodržovat zdravou stravu, mít hodně pohybu, dodržovat správné zásady hygieny, toto vše vede k vytvoření si vnitřní pohody a našeho uvolnění. Díky relaxačním technikám dosáhneme uvolnění jak fyzického, tak i psychického. Pro dítě s ADHD je nesmírně těžké trávit většinu času ve škole či školní družině, proto je pro ně velmi důležitý prostor na odpočinek a relaxaci, také musí mít dostatek volného pohybu a celkového pohybového uvolnění.

Relaxační techniky dávají dětem s ADHD možnost ovlivnit vše, co je u nich porušeno. Kladně přispívají k tlumení jejich zvýšené aktivity, hlavně u hyperaktivních jedinců. Dechová cvičení jsou vhodná k tlumení, ale na druhé straně mohou také i povzbuzovat. Co se týče klasických relaxačních cvičení, tak ty jsou zaměřená na odpočinek a celkové uvolnění. Do relaxačních technik můžeme také zahrnout prvky z jógových cviků či aktivizující imaginace. Dále také zlepšují koncentraci a pozornost dítěte, ovlivňují úroveň myšlení a paměť dítěte.

⁹³ Jucovičová, D. & Žáčková, H. (2007). *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. Praha: D + H.

Existují i relaxační cvičení, která pozitivně ovlivňují poruchy řeči. Díky celkovému uvolnění může dojít ke snížení motorické neobratnosti a poruchy motorické koordinace, dochází ke schopnosti a možnosti ovlivnit svoji afektivitu, agresivitu i depresivní stavy. Celkově mají relaxační techniky blahý účinek na děti s ADHD, u nichž přispívají k sebeovládání, sebekontrolě, zklidnění a zlepšení své výkonnosti. Díky příznivým podmínkám se u dětí zlepši jejich zdravý životní styl i lépe dokáží zvládat zátěžové situace. Relaxační techniky nazýváme také psychofyzické kvůli tomu, že v těle dochází ke svalovému uvolnění, fyzickému napětí a díky regulaci dýchání dosáhneme psychického (psychofyzického) uvolnění. Pro děti s ADHD se doporučují volit sporty nesoutěživé a také ty, které se nezaměřují na výkon a přesnost provedení. Za vhodné je považováno rekreační plavání, jízda na kole, jóga. Jóga v sobě mimo jiné zahrnuje také dechová cvičení, masáže, relaxaci, posílení svalů a správné držení těla.⁹⁴

Při použití relaxačních cvičení je velmi důležité postupovat po krocích, volit techniky od jednodušších ke složitějším, od co nejkratší doby (několik minut) po co možno nejvíce prodlouženou dobu (5-10 a více minut). Celý proces je velmi náročný a zdlouhavý a je nesmírně důležité se nenechat odradit prvními neúspěchy. Cílem těchto cvičení je naučit děti s ADHD se rychle uvolnit i zase se rychle aktivizovat v běžných životních situacích. I při cvičení nesmíme děti zapomenout chválit za každý byť malý úspěch. Po celou dobu cvičení je dobré se řídit obecnými zásadami, které nám potom usnadní práci:

- Je nutné, abychom sami byli schopni ovládat a prožívat relaxační techniky. Vždy cvičíme zároveň s žáky, není dobré dětem pustit relaxační CD a dělat přitom jinou činnost. Hledáme hlavně ty aktivity, při nichž navodíme dobrou náladu a budeme se snažit udržet pocit vzájemnosti.
- Je důležité děti seznámit s účinky a cíli relaxačních cvičení, aby věděly, proč techniky využíváme, jaký prožitek nám mohou přinést apod. Díky tomuto seznámení předejdeme nežádoucím afektivním reakcím.
- Před vlastním relaxačním cvičením je vhodné zapojit pohybovou aktivitu, kvůli zásadě střídání činnosti, např. dechová cvičení, automasáž.
- Imaginaci zaměříme na témata, která baví a zajímají děti. Podle jejich věku volíme vhodná témata od pohádek po fantazijní příběhy. Imaginace musí působit uklidňujícím dojmem.

⁹⁴ Jucovičová, D & Žáčková, H. (2008). *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Relaxace nejen pro děti s ADHD*. Praha: D + H.

- Délku relaxace přizpůsobíme věku dětí. Relaxace nemusí být zbytečně dlouhé, stačí malá chvíle v klidu. Spíše než na délce záleží na síle prožitku. U dětí s ADHD je lepší dělat relaxace kratší a častěji.
- Relaxaci je dobré na konci doplnit rozhovorem, u kterého si povykládáme o pozitivních i negativních prožitcích. Je důležité sdělit si, co se povedlo a co nikoliv.
- U relaxací je důležité znát zdravotní stav, cvičit je pravidelně a nikdy neprovádíme relaxaci násilím. Děti nesmí pociťovat bolest, odpor, nechut', musí se cítit uvolněně a pohyby provádět jemně a plynule.⁹⁵

4.3.1 Typy relaxačních cvičení

Automasáž

Každý si sám masíruje svoje tělo od hlavy až k patám. Začínáme vyklepáváním, pokračujeme třením, hnětěním, tlapkáním a hladěním. Namasírujeme si všechny části těla, na které dosáhneme. Začínáme masáží od hlavy přes hrudník, břicho, zadek, nohy až po chodidla.

Starostlivost o záda

Děti se rozdělí do dvojic podle toho, jak se mají rádi. Jeden si sedne na podložku a druhý si sedne hned za něj. Druhé dítě začne kamarádovi před sebou masírovat záda. Jedná se o pomalé pohyby, při kterých je důležité stále udržovat dotyk – kruhovými pohyby dlaní s jemným tlakem, hnětění, proklepávání, štipání, ťapkání konečky prstů. Potom sedící uvolní záda a nechá se vést kamarádovými rukama – ten pohybuje jeho zády dopředu, dozadu, do stran, houpe ho, až ho postupně uvede do lehu. Nato následuje znovu sed. Po cvičení následuje krátký rozhovor o pocitech a výměna dvojice.

Zatěžování a odlehčování

Děti si v chůzi vyzkouší mnoho variant svého těla – chodím jako bych byl ze dřeva, z kovu, gumy, pružiny, pírká, špičatý, hranatý, kulatý rovný, ohnutý, pevný, uvolněný, unavený, plný energie, těžký apod.

Chodím svobodně, jsem volný – dáme si na ramena zátěž a pokračujeme, až máme plný batoh, plný batoh skal, které postupně stále přidáváme a nakonec začneme jednu po druhé odebírat, až se zátěže i batohu úplně zbavíme, oddechne si a načerpáme síly.⁹⁶

⁹⁵ tamtéž

⁹⁶ Szabová, M. (2005). Využití psychomotoriky u jedinců se specifickými poruchami učení. In Bartoňová, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení II Reeducace specifických poruch učení*. Brno: Masarykova Univerzita.

Uvedeme si pár základních poloh pro rychlé průběžné uvolnění, jak z hlediska organizace, tak i pohodlí a prožívání relaxace:

- *poloha v sedu na židli s hlavou opřenou o desku stolu, buď s rukama podél těla, nebo položenýma na desce stolu*
- *poloha v sedu na židli v pozici „vozky“ – sed, kdy je hlava spuštěna na hrudník a ruce jsou podél těla nebo v hlubokém předklonu, při čemž je hrudník předkloněn na stehnech a kolenou a ruce jsou spuštěny na zem*
- *poloha v křesle, kdy je tělo uvolněné a hlava opřená o opěradlo*
- *poloha v sedu na zemi – „turecký sed“, sed s nepřekříženýma nohama, sed s nataženýma nohama, sed na patách*
- *v lehu na zádech, na břiše, na boku apod.*⁹⁷

4.4 Farmakoterapie

Farmakoterapie se považuje za nejúčinnější druh léčby současně s psychoterapií. Spojení těchto dvou léčebných metod má příznivý vliv, jak na zmírnění neklidu dítěte, tak na zlepšení atmosféry v rodině a ve vztazích mezi sourozenci. Ovšem pokud se u dítěte projevují pouze mírnější příznaky syndromu ADHD, je lepší nejdříve vyzkoušet psychoterapeutické metody či alternativní metody a až v poslední fázi řešit problém užíváním léků. Na druhou stranu existují případy, pro které je jedinou možností léčba léky.

K nejčastěji užívaným lékům patří *psychostimulancia*, především metylfenidát, tj. lék zvaný Ritalin a dexamfetamin, lék nazývaný Dexadrin. Dexadrin je finančně náročný a k léčbě se využívá především v Austrálii, avšak jeho chemické složení má blízko Ritalinu. Ritalin je lék, jenž se předepisuje v České republice a snižuje impulzivitu a hyperaktivitu a zvyšuje dobu pozornosti. Děti užívající tento lék jsou méně agresivní, bývají více poslušní a díky zvýšené pozornosti lépe slyší, registrují pokyny a nejsou tolik zapomnětlivé. Paradoxem je, že psychostimulancia sice tlumí neklid a hyperaktivitu u dětí a dospělých s ADHD, ale u „zdravých“ lidí působí opačně a způsobují aktivnost, vzpružení a snižují potřebu spánku. Aby bylo zabráněno zneužívání těchto látek, tak spadají do zákona o omamných látkách a lze je dostat pouze na lékařský předpis. V České republice může tento

⁹⁷ Jucovičová, D & Žáčková, H. (2008). *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Relaxace nejen pro děti s ADHD*. Praha: D + H.

lék předepisovat psychiatr, neurolog, praktický lékař pro děti a dorost či sexuolog. Lék je předepisován na speciální recept označen modrým pruhem se zvláště přísnou evidencí.⁹⁸

U „normálních“ lidí část mozku, která udržuje bdělost a pohotovost, vyžaduje vyšší hladinu stimulace k tomu, aby se člověk mohl soustředit a udržovat pozornost a právě díky podávaným lékům se jedincům s ADHD tato část mozku nastartuje. Při předepisování léků začne lékař s nižší dávkou a postupně bude množství přidávat, než dosáhne správného dávkování a maximálního efektu. Při správné a účinné léčbě se dítě začne výrazně zlepšovat ve škole, začne si plnit všechny své úkoly a ostatní může velmi příjemně překvapit. Lék začíná působit do jedné až dvou hodin a přestává účinkovat po čtyřech až pěti hodinách. Tablety se doporučují brát pravidelně každé čtyři hodiny a pečlivě si naplánovat rozpis tablet. Je vhodné vzít si první tabletu již ráno po probuzení, aby dítě bylo schopno vstoupit do školy bez problémů a začít den s dobrou náladou. Druhá dávka záleží na výdrži té první. Většina dětí vydrží s jednou tabletou až do oběda, ale pokud pozorujeme, že účinky tablety mizí, je dobré vzít si druhou dávku klidně o přestávce. Jakmile psychiatr stanoví správnou dávku léku, tak může tento lék dále předepisovat praktický lékař. Je vhodné po nějaké době provádět kontroly, jaké dítě dělá pokroky a když tak změnit dávku léku podle potřeby. Mezi vedlejší účinky léku Ritalin můžeme zařadit nespavost a ta se týká dítěte pouze v případě, že si poslední dávku prášku vezme příliš pozdě. Poslední dávka by měla být podána nejpozději ve čtyři hodiny odpoledne. *Stimulancia* jsou užívána lidmi, kteří chtějí zhubnout, protože snižuje chuť k jídlu. Lékař musí dítě pravidelně, nejlépe každých šest měsíců pozorovat a sledovat jeho výšku a váhu, udělat odběr krve a vyšetřit krevní tlak.⁹⁹

V řadě ostatních zemí je registrován nový lék Concerta, který tvoří kapsle s postupným uvolňováním účinné látky během doby 12 hodin. Díky dlouhé účinnosti se užívá pouze jedna tableta denně, která má rychlý nástup účinku a během dne dojde ke snížení účinné látky. Vedle těchto léků, nazývaných psychostimulancia se dá ADHD léčit antidepresivem. *Antidepresiva* (například Welbutrin) pomáhají dětem, které trpí úzkostí či depresí, zlepšují jim náladu či potlačují hyperaktivitu. Pokud však lékař předepíše antidepresiva, je důležité vyšetření EKG (přehled o elektrické aktivitě našeho srdce) před i během léčby. Dále je možná i antipsychotická léčba (například Risperidon), která obsahuje spíše skupinu léků pro léčbu psychotických onemocnění. Odstraňuje halucinace, obnovuje

⁹⁸ Drtílková, I. (2007). *HYPEAKTIVNÍ DÍTĚ Vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén.

⁹⁹ Munden, A. & Arcelus, J. (2006). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.

souvislé, logické myšlení, zklidňuje a tlumí agresivitu. Léčba Risperidonem je schválena pro léčbu jak psychotický poruch, tak i pro léčbu poruch chování u dětí a dospělých.¹⁰⁰

4.5 Alternativní léčba

Díky internetu a reklamě se můžeme setkat s řadou potravinových doplňků, vitamínových směsí a přírodních léků, které proklamují, že vyléčí ADHD. I když slibují zázraky, nemůžeme je rovnou odepsat. Některé z nich sice neléčí ADHD v pravém slova smyslu, ale mohou být ideálním doplňkem k terapii.

Dle Taylora je velmi důležité, aby dítě do sebe dostávalo pomocí zdravé stravy pět nejdůležitějších složek potravy, kterými jsou: *vitamíny, proteiny, minerály, „správné“ tuky a oleje a voda*. Vitamíny jsou potřebné k živé a zdravé údržbě mozkových buněk. Mezi vhodné potraviny a nápoje řadíme zeleninu (mrkev, špenát, brokolici), zeleninové šťávy (rajčatové, mrkvové), ovoce (jablka, jahody), jogurt a cereálie. Proteiny jsou pro náš mozek a tělo obzvlášť důležité a získáváme je z mléka, sýrů, masa, vajec, ryb, luštěnin, semínek. Minerály jsou důležité pro naše buňky, které si mezi sebou neustále předávají informace a během toho spotřebovávají minerály. Mezi potraviny bohaté na minerály řadíme zeleninu (rajčata, kapustu, dýně), ořechy, maso, ryby. „Správné“ tuky a oleje udržují naše stěny mozkových buněk zdravé a pružné. Získáváme je ze syrové zeleniny a ovoce, vajec, mléka, ryb, ořechů, olivového oleje. Člověk by měl každé dvě hodiny vypít sklenici vody. Je velmi důležité jíst každý den hodně rozmanitého jídla, abychom získávali hodně živin. Čím více živin si dopřejeme, tím lépe bude náš mozek a tělo fungovat. Dítě s ADHD by si mělo dávat pozor na jídlo a pití, na které má alergii, na jídlo obsahující nezdravé tuky a oleje, jídlo obsahující vysoký obsah sacharidů a jídla a nápoje obsahující chemikálie. Některá barviva a konzervanty mohou zhoršovat projevy ADHD. Může se jednat o sladké limonády, moučníky, bonbony a energetické nápoje.¹⁰¹

¹⁰⁰ Drtílková, I. (2007). *HYPEAKTIVNÍ DÍTĚ Vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén.

¹⁰¹ Taylor, John F. (2012). *Jak přežít s hyperaktivitou a poruchami pozornosti: rádce pro děti s ADHD a ADD*. Praha: Portál.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

Úvod

Empirická část diplomové práce je věnovaná výzkumnému šetření, které probíhalo formou dotazníku. Dotazník měli za úkol vyplnit učitelé prvního stupně základní školy, kteří přišli za svoji praxi do styku s dítětem s ADHD.

V praktické části jsou popsány cíle výzkumu, charakteristika sledovaného vzorku a respondentů, použitá metoda výzkumu, postup při sběru dat, hypotézy, zpracování a analýzy dat. Všechny tyto údaje vyplývají z vyplněných dotazníků a v diplomové práci jsou zobrazeny pomocí grafů.

1 Cíle empirické části

Před zpracováním a zahájením samotného výzkumu bylo důležité si stanovit jednotlivé cíle, kterých má být v této části dosaženo. Na základě informací a poznatků získaných z odborné literatury byly vyčleněny následující cíle.

Cíle empirické části diplomové práce:

- zjistit současný názor učitelů na integraci dítěte s ADHD do běžné třídy
- zjistit, které přístupy práce pedagogové nejvíce využívají ve své výuce
- zjistit, jak se dítě s ADHD projevuje ve třídě
- zjistit, zda dítě s ADHD má individuální vzdělávací plán
- zjistit, v jakém poměru k pohlaví je výskyt ADHD
- zjistit, zda se u dítěte s ADHD vyskytují specifické poruchy učení
- zjistit, zda dítě s ADHD, které má ve třídě, užívá medikaci

2 Popis respondentů

Dotazník byl rozdán učitelům prvního stupně na plně organizovaných základních školách i malotřídních školách. Výzkumu se zúčastnilo 71 respondentů (učitelů), kteří přišli za svoji pedagogickou praxi do styku s dítětem s ADHD.

Výzkumné šetření probíhalo především v Olomouckém kraji, ale z důvodu malého počtu vrácených dotazníků, byl dotazník vyvěšen na internet, a proto jsou školy, kde respondenti vyučují z různých krajů. Jedná se o tyto základní školy: Šumperk – ZŠ 8. května 63; IV. ZŠ; VI. ZŠ; SŠ, ZŠ a MŠ Hanácká; ZŠ a MŠ Lukavice, ZŠ a MŠ Oskava; ZŠ a MŠ Údolí Desné, Rapotín; ZŠ Hálkova Olomouc; ZŠ Dr. Edvarda Beneše; Praha 9; ZŠ Dr. Horáka Prostějov; ZŠ Zlín, Křiby; ZŠ 1. máje Hranice; ZŠ, MŠ, ZUŠ Jesenice; ZŠ Seifertova Jihlava; ZŠ a MŠ Křižánky; ZŠ Husova Liberec; ZŠ a MŠ Liběšice; ZŠ Janouškova Brno Černá Pole; ZŠ a MŠ Rokytnice.

Tabulka č. 1

Údaje	Celkový počet
Respondentů	71
Pohlaví – muž	2
žena	69
Vzdělání – VŠ pedagogická	65
Dodělávají si VŠ	3
Středoškolské vzdělání	3
Délka praxe – 1- 5 let	20
6 – 10 let	6
11 – 15 let	12
16 let a více	33

Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledné tabulky vidíme, že výzkumu se zúčastnilo 71 respondentů, z toho 2 muži a 69 žen. Za nejvyšší dosažené vzdělání doplnilo 65 pedagogů vysokou školu pedagogickou, 3 učitelé si dodělávají vysokou školu při zaměstnání a 3 mají pouze středoškolské vzdělání. Délku své

pedagogické praxe uvedlo 33 učitelů jako 16 let a více, 20 učitelů zaznačilo 1 – 5 let, 12 učitelů učí 11 – 15 let a 6 učitelů označilo 6 – 10 let.

3 Výzkumná metoda

Zvolená metoda pro empirický výzkum byl dotazník.

Dotazník

Dotazník funguje na principu psaného řízeného rozhovoru, ve kterém se nachází psané otázky a odpovědi. Při jeho sestavování je nejdůležitější si promyslet, co chceme zjistit a čeho chceme docílit. Na začátku si tedy stanovíme výzkumný problém a stanovíme výzkumnou otázku a jednotlivé hypotézy. Hypotéza je oznamovací věta, která obsahuje tvrzení, které prostřednictvím výzkumného šetření potvrdíme, či vyvrátíme. Jak budeme mít stanoveny hypotézy, tak si rozmyslíme formu dotazování. Ta bývá anonymní, neanonymní, písemná, ústní, po internetu či telefonická. Nevýhodou při hromadném výzkumu je velmi nízká návratnost. Proto je důležité, abychom je rozesílali ve dvojnásobném počtu, než potřebujeme k vlastnímu zkoumání. Naopak výhodou je, že nám dotazník umožňuje současně zkoumat velký počet osob v co nejkratší době.¹⁰² Než začneme průzkum provádět, je vhodné rozdat dotazník menšímu počtu osob, abychom viděli zpětnou vazbu, tedy zda je správně stylisticky a logicky sestaven a jestli respondent porozuměl všem otázkám. Po tomto výzkumném šetření můžeme provést poslední úpravy a pustit se do průzkumu.

Dotazník obsahuje tři struktury: vstupní část, položky a poděkování za spolupráci. Ve vstupní části dotazníku se zabýváme hlavičkou, ve které uvedeme název instituce nebo jméno autora, vysvětlíme respondentovi, z jakého důvodu ho žádáme o vyplnění dotazníku a tím ho motivujeme k pečlivému vyplnění a vrácení. Dále ho obeznámíme, kolik má dotazník položek a kolik času mu zabere jeho vyplňování. Ve druhé části už jsou připraveny položky, které bude respondent vyplňovat a poslední část obsahuje poděkování za jeho spolupráci.

Položky, jednotlivé otázky dotazníku, které odpovídají psychologickým požadavkům, bývají řazeny takticky. Na začátku používáme lehčí, přitažlivější otázky, které respondenta neodradí. Prostřední část pak vyplňují těžší otázky, zatímco finální část dotazníku obsahuje otázky, které nejsou náročné. Položkám v dotazníku věnujeme velkou pozornost a formulujeme otázky jasně, jednoduše, zkrátka tak, aby byl respondent ochoten odpovídat a neodpovídal zkresleně. Vyhýbáme se širokým zněním, abychom nedostali příliš volné odpovědi, dále neužíváme dvojité otázky a neužíváme záporné výrazy. Snažíme se užívat smysluplné otázky, na které víme, že dokáže respondent odpovědět. Otázky, které se objevují

¹⁰² Gavora, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.

v dotazníku, jsou buď uzavřené, polouzavřené, nebo otevřené. U uzavřených otázek vybírá respondent mezi dvěma či více odpověďmi, které jsou volbou na danou otázku, a je možné je standardizovat. Dotázaný může vybrat buď jednu odpověď, či i více odpovědí. Když vybíráme mezi dvěma variantami (např. ano – ne), nazývají se tyto otázky dichotomické, pokud dotazovaný vybírá mezi třemi odpověďmi (např. ano – ne – nevím), nazýváme tyto otázky trichotomické a pokud může dotazovaný vybrat více variant odpovědi, nazývají se polytomické. Výhodou tohoto typu otázek je jednoduchost a snadné zpracování. Polouzavřené otázky jsou takové, které nabízejí respondentovi různé varianty odpovědí a on je i může doplnit dle své vlastní varianty. Otevřené otázky umožňují respondentovi nestandardizovanou, obsáhlejší odpověď dle jeho vlastního názoru. V dotazníku se mohou objevit i škálové položky, u kterých přiřazujeme určité číselné hodnoty k zachycení určitých jevů.

Dotazník, který se objevuje v našem empirickém výzkumu, je celý vlastní konstrukce a obsahuje dvě části. První část tvoří čtyři otázky, které se týkají demografických údajů o respondentovi, a to, zda je žena či muž, jaké je její/jeho nejvyšší dosažené vzdělání, název města a školy, kde vyučuje, a délka jeho/její praxe. Ve druhé části se respondent zabývá patnácti položkami, které se týkají dítěte s ADHD. Položky jsou tvořeny otevřenými, polouzavřenými i uzavřenými otázkami a vyskytují se zde i škálové položky.

4 Průběh šetření

Než začalo finální výzkumné šetření, byl dotazník rozdán pěti učitelům prvního stupně z důvodu tzv. předvýzkumu. Předvýzkum měl pomoci odhalit nedostatky dotazníku, což se potvrdilo. Všech pět učitelů si nebylo jisto, jak mají vyplnit otázku, ve které se zabýváme výhodami a nevýhodami individuální a skupinové integrace. Poradili mi, jak by ji oni v dotazníku zobrazili, což mi pomohlo při jejím přeformulování. Dále mi řekli, že u další otázky není možnost, že by se problémy nemusely vůbec vyskytnout. A také se shodli v jedné otázce, do které by zařadili kolonku jiné, aby mohli případný jev vysvětlit. Po skončení předvýzkumného šetření byly provedeny změny a poslední úpravy dotazníku, než byla zahájena jeho finální verze.

Dotazníky byly nejdříve rozdány učitelům, kde jsem vykonávala pedagogickou praxi, a poté známým pedagogům. Následně, když mi byly dotazníky vráceny, jsem začala kontaktovat ředitele základních škol, jestli je u nich na škole možné rozdat učitelům 1. st. ZŠ dotazníky k mé praktické části diplomové práce. Všichni oslovení ředitelé a ředitelky mi vyšli vstříc. V některých případech si škola ponechala dotazníky u sebe s tím, že bude lepší, když je učitelé vyplní na poradě. V jiných případech mi bylo sděleno, ať se ohledně vyplnění dotazníku obrátím přímo na pedagogy a osobně jim princip dotazníku vysvětlím. Pro zvýšení počtu respondentů jsem dotazník následně vyvěsila na internet.

Dotazníků pro výzkum bylo rozdáno 110 a během výzkumného období od října do konce roku 2013 se podařilo získat 71 vyplněných dotazníků včetně těch, které byly zveřejněny na internetu.

5 Hypotézy

Hypotéza je oznamovací věta, která obsahuje tvrzení, které prostřednictvím výzkumného šetření potvrdíme či vyvrátíme. Ze stanovených cílů byly zformulovány tyto hypotézy.¹⁰³

H1: Medikované děti s ADHD budou mít statisticky významně méně negativních projevů při vyučování než nemedikované děti.

H2: Chlapci s ADHD budou mít statisticky významně více negativních projevů při vyučování než dívky s ADHD.

H3: Děti s asistentem budou mít statisticky významně méně negativních projevů při vyučování než děti bez asistenta.

H4: Existuje statisticky významná pozitivní souvislost mezi délkou praxí učitelů a jejich znalostmi o problematice.

¹⁰³ Gavora, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.

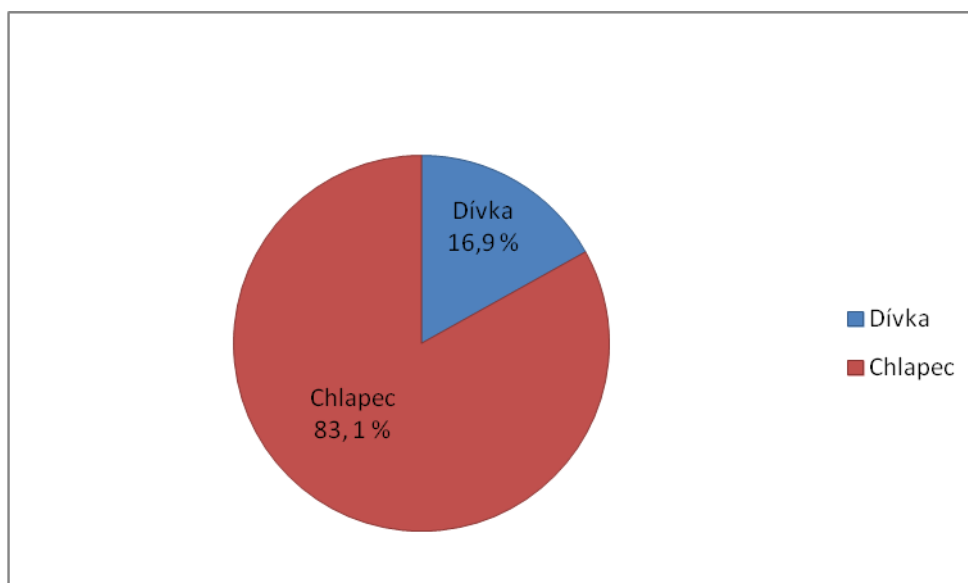
6 Analýza výsledků

V této kapitole se budeme zabývat zpracováním informací ze získaných odpovědí vyplněných dotazníků z 2. části, nazvané Dítě s diagnózou ADHD. Data budou znázorněna grafy, tabulkami a jejich četnost bude převedena na procenta. Jedná se o 15 položek, jejichž většinu tvoří uzavřené, polouzavřené odpovědi a dvě otevřené odpovědi. Celkový počet vyplněných dotazníků je 71.

Položka č. 1: *Jaké bylo pohlaví dítěte s diagnózou ADHD?*

a) *dívka* b) *chlapec*

Graf č. 1: Grafické znázornění 1. položky



Zdroj: vlastní výzkum

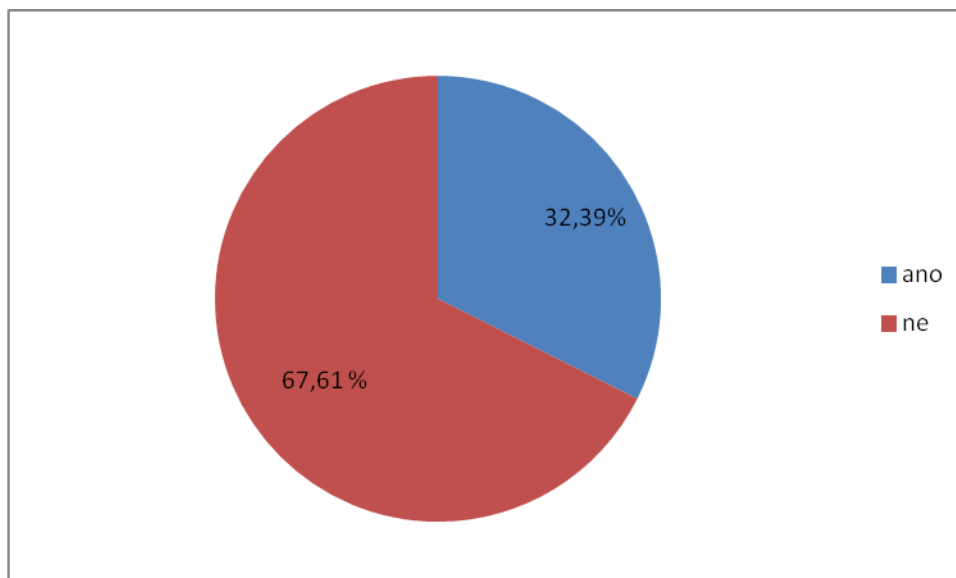
Tato otázka zjišťovala výskyt pohlaví u dítěte s diagnózou ADHD. Z grafu vyplývá, že výskyt ADHD u chlapců je téměř pětikrát vyšší než u dívek. Z grafu vidíme, že chlapci tvořili 83,1 %, to je 59 chlapců z celkového počtu, a dívky 16,9 %, to je 12 dívek z celkového počtu.

Položka č. 2: *Mělo dítě svého asistenta?*

a) ano

b) ne

Graf č. 2: Grafické znázornění 2. položky



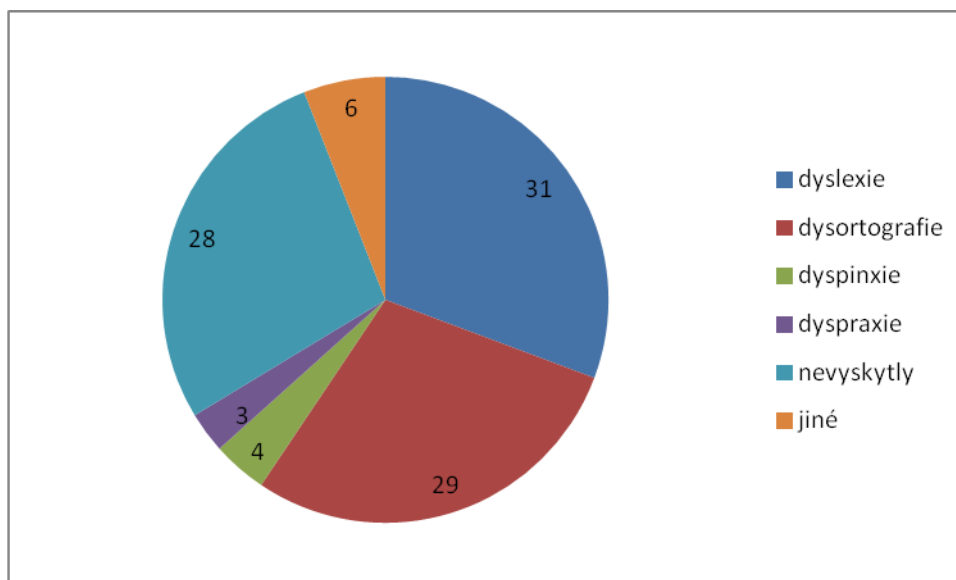
Zdroj: vlastní výzkum

Tato položka nám dává odpověď na otázku, zda dítě s diagnózou ADHD mělo či nemělo svého asistenta. Z tohoto grafu vidíme, že více než polovina, konkrétně 67,61 % dětí, nemělo svého asistenta (48 dětí) a 32,39 % mělo svého asistenta (23 dětí).

Položka č. 3: Vyskytly se u dítěte i jiné specifické poruchy učení?

- a) dyslexie b) dysortografie c) dyspinxie d) dyspraxie e) nevyskytly
f) jiné, jaké

Graf č. 3: Grafické znázornění 3. položky



Zdroj: vlastní výzkum

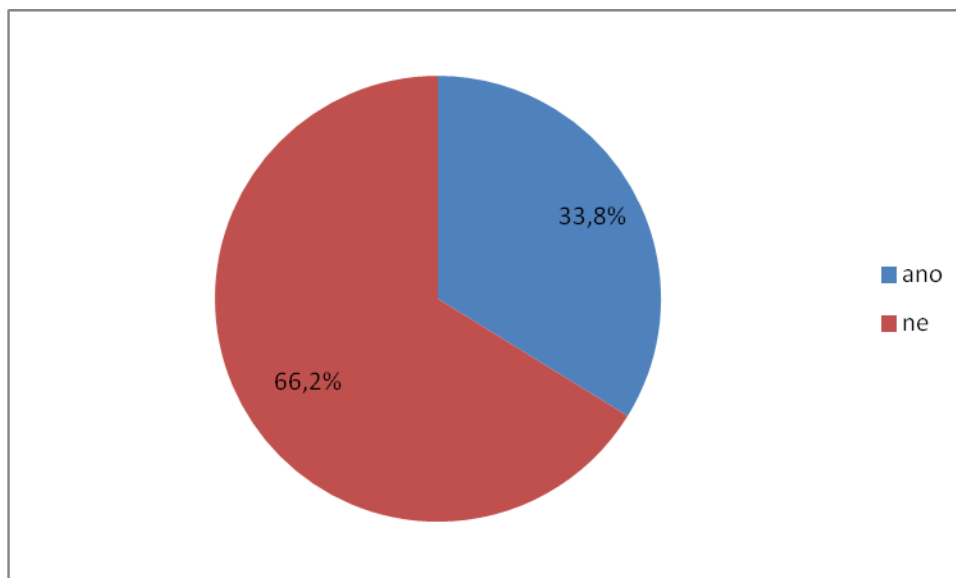
Na tomto grafu lze vidět výskyt specifických poruch učení u žáků s ADHD. Jako nejčastnější specifická porucha učení vyskytující se při syndromu ADHD nám z našich dat vzešla dyslexie, a to u 31 žáků (30 %). Druhou nejčastnější poruchou je dysortografie, kterou trpí 29 žáků (29 %). u 28 žáků (28 %) se nevyskytly žádné jiné specifické poruchy učení. Další poruchou, tzv. dyspinxií, trpí 4 žáci (4 %) a dyspraxií 3 žáci (3 %). Šest žáků tedy zbylých 6 % z celkového počtu se potýká s jinou poruchou, což je graficky vyjádřeno položkou jiné. V této položce jsou zahrnuti 2 žáci mající dyskalkulii, 1 žák trpící dysgrafií, 1 žák potýkající se s vývojovou dysfázií a 1 žák s malou kapacitou močového měchýře, což není specifická porucha učení. U posledního dítěte je pak podezření na specifickou poruchu, ale rodiče nechtěli své dítě nechat vyšetřit v PPP (Pedagogicko-psychologické poradně).

Položka č. 4: *Užívalo dítě nějakou medikaci?*

a) *ano, jakou*

b) *ne*

Graf č. 4: Grafické znázornění 4. položky



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafického znázornění 4. položky vidíme, že většina dětí neužívá žádnou medikaci. Děti, které neužívají medikaci, tvoří více než polovinu z celkového počtu (66,2 %), konkrétně se jedná o 47 dětí. Na druhou stranu dětí, které medikaci užívají, je téměř o polovinu méně. Z výše znázorněného grafu vyplývá, že se jedná o 33,8 %, což je 24 dětí. Z počtu dětí užívajících medikaci víme, že 17 z nich užívá lék zvaný Ritalin, který zlepšuje schopnost soustředění, 1 dítě bere lék na uklidnění a na agresi, 1 dítě dostává přírodní preparát, 1 dítě urologický lék, 1 dítě je v péči psychiatra, který mu léky předepisuje a u tří dětí rodiče učitelé nesdělili název léků.

Položka č. 5: *Myslíte si, že máte dostatek vědomostí o syndromu ADHD?*

a) *ano*

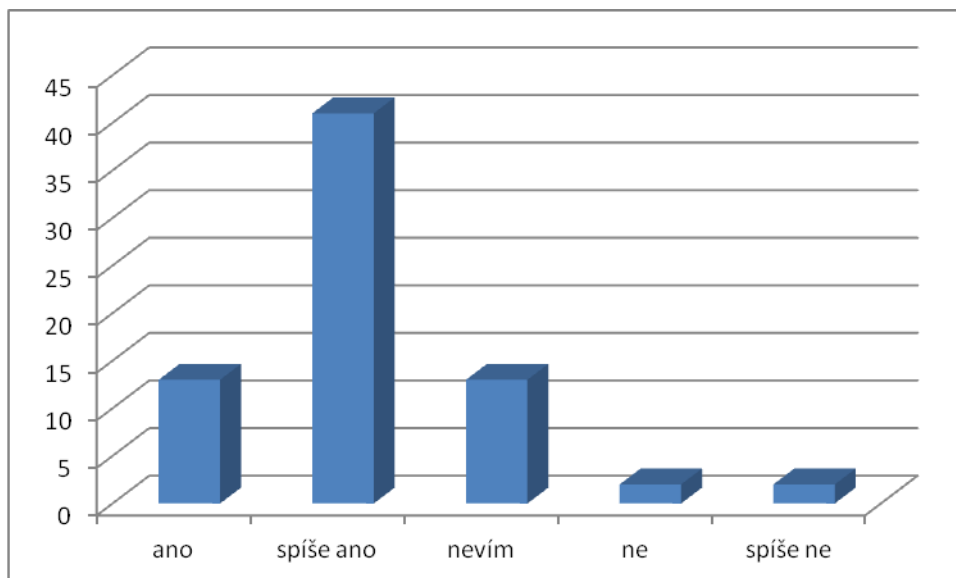
b) *spíše ano*

c) *nevím*

d) *ne*

e) *spíše ne*

Graf č. 5: Grafické znázornění 5. položky



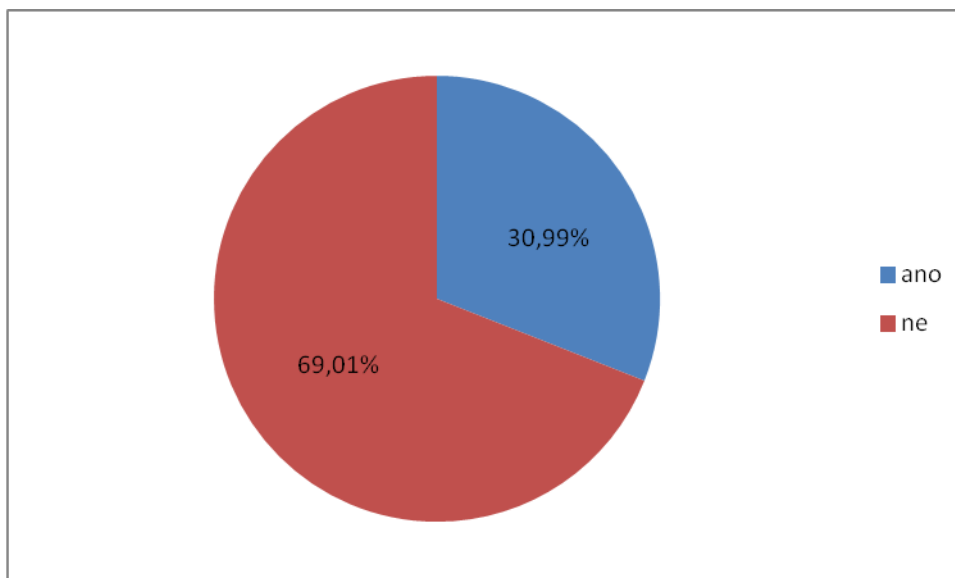
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5 nám vykazuje počet učitelů v jednotlivých dílčích skupinách, a to v závislosti na jejich vědomostech o syndromu ADHD. Na otázku, zda-li si učitel myslí, že má dostatek vědomostí o syndromu ADHD, odpovědělo kladně celkem 54 učitelů, z toho 13 učitelů (18,31 %) označilo odpověď „ano“ a 41 učitelů (57,75 %) odpověď „spíše ano“. Relativně potěšujícím zjištěním je, že záporně na tuto otázku odpověděli pouze 4 učitelé, kdy dva z nich (2,82 %) využili odpovědi „ne“ a stejný počet učitelů (2,82 %) označilo odpověď „spíše ne“. Celkem 13 dotázaných učitelů (18,31 %) si pak není jisto mírou svých vědomostí a využilo odpovědi „nevím“.

Položka č. 6: *Byl/a jste někdy na nějakém kurzu či semináři o problematice ADHD?*

a) ano b) ne

Graf č. 6: Grafické znázornění 6. položky



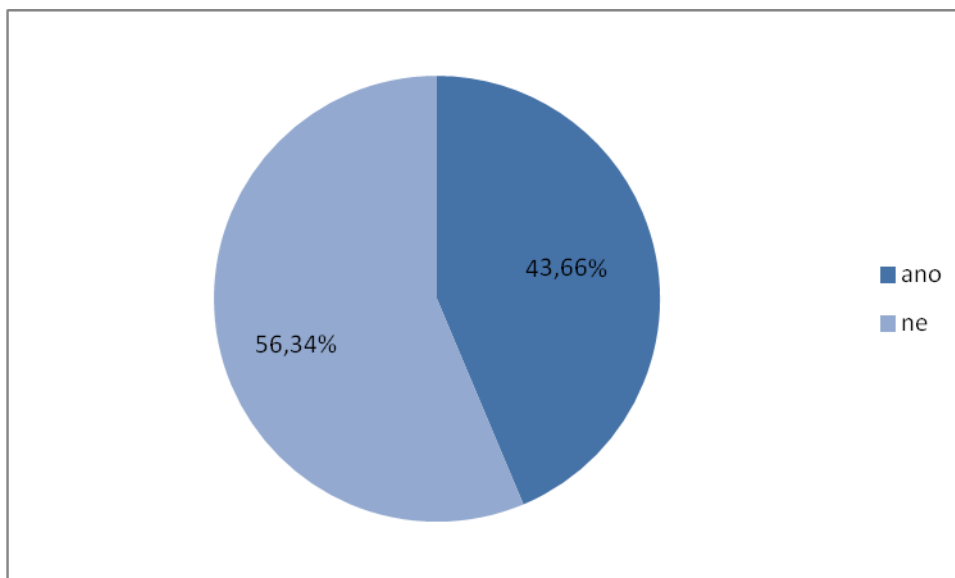
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafického znázornění 6. položky vyplývá, že více než polovina učitelů nikdy nebyla na kurzu či semináři týkajícím se problematiky ADHD, konkrétně se jedná o 49 učitelů (69,01 %). Kurzu či semináře se pak zúčastilo 22 učitelů, což procentuálně činí 30,99 %. Učitelé, kteří se některého z takových kurzů či seminářů zúčastnili, měli napsat také jeho název. Nejvíce navštěvované byly semináře a kurzy, které se týkaly poruchy pozornosti a které vedla Mgr. Lenka Osladilová. Další z uvedených seminářů či kurzů nesl název Poruchy učení a chování pod vedením PhDr. Jany Swierkoszové. Dále to byly semináře pořádané PPP Šumperk, seminář Dítě s ADHD ve škole, který vedla Dr. Michalová, seminář Práce s neklidným dítětem a Zlobivé dítě. Většina učitelů uvedla, že se setkala s touto problematikou při studiu na pedagogické fakultě v rámci VŠ.

Položka č. 7: *Zaváděl/a jste ve třídě kvůli takovému dítěti nějaká opatření?*

a) ano b) ne

Graf č. 7: Grafické znázornění 7. položky



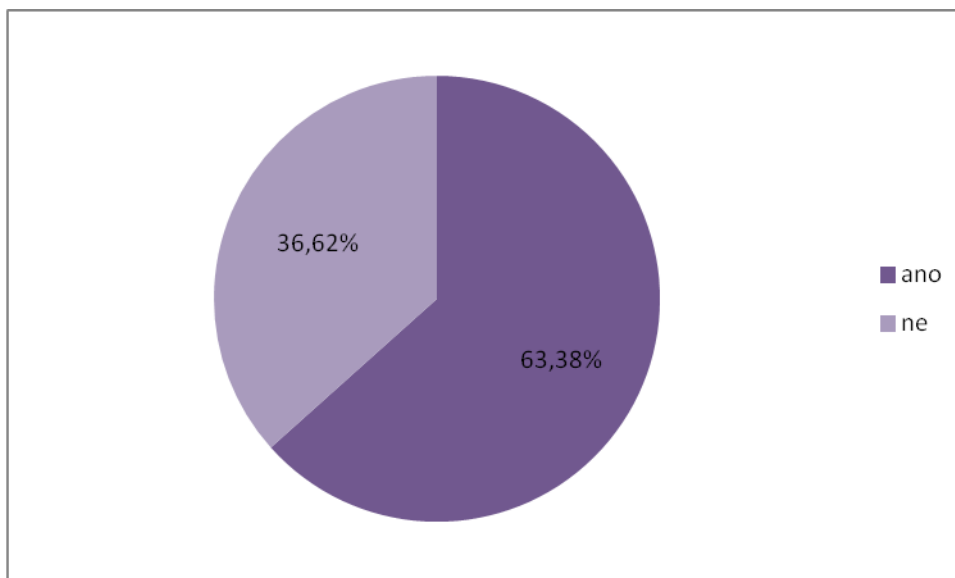
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 7 vyplývá, že více než polovina dotázaných učitelů nezaváděla kvůli dítěti s ADHD nějaká opatření. Odpověď „ne“ zvolilo 40 učitelů (56,34 %), zatímco odpověď „ano“ si vybralo 31 učitelů (43,66 %). Učitelé, kteří zaváděli kvůli takovému žákovi opatření, měli také uvést, o jaká opatření se jednalo. Nejčastěji uvedeným opatřením byl individuální přístup, který spočívá v kontrole psaní, přípravách učebnic i sešitů na další hodinu, povídání si o slušném chování a o pečlivé práci. Dalším z často zmíněných opatření byla organizace třídy, spočívající v rozložení lavic, přidělení dítěti vlastní lavice, vymezení místa pro odpočinek, zřízení tzv. uklidňovací židle, rozvržení pomůcek a odstranění všeho, co by takové dítě mohlo při výuce rušit. Tato položka obsahovala i jiné druhy využívaných opatření, jako např. přidělení asistenta u prověrek, vyčlenění dostatečného času na cvičení nebo kopírování delších zápisů. Pokud je žák v hodině absolutně nesoustředěný, lze mu umožnit učit se i z koberce. Někteří učitelé ve výčtu možných opatření zmínili systém odměn a bodování, důslednost, stanovení pevných hranic, vyvarování se rozčilování či zbytečného křiku a naopak co nejčastější využívání pochval.

Položka č. 8: *Má dítě s ADHD individuální vzdělávací plán?*

a) ano b) ne

Graf č. 8: Grafické znázornění 8. položky



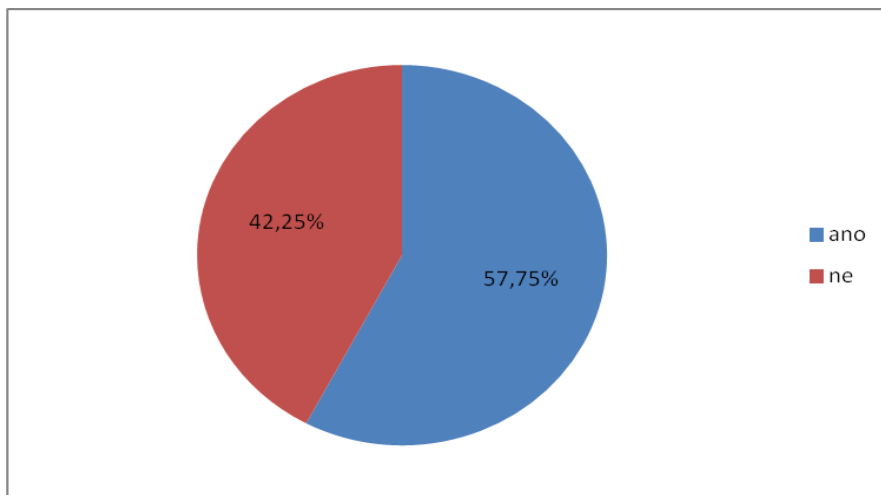
Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka zjišťovala, zda dítě s ADHD má, či nemá individuální vzdělávací plán (IVP). Z grafu je patrné, že více než polovina dětí s ADHD má svůj individuální vzdělávací plán. V našem konkrétním případě se pak jednalo o 45 dětí (63,38 %) s IVP oproti 26 dětem (36,62 %) bez IVP.

Položka č. 9: *Věnoval/a jste Vašemu žákovi s ADHD péči nad rámec vašich povinností mimo vyučování?*

a) ano b) ne

Graf č. 9: Grafické znázornění 9. položky



Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka měla za úkol zjistit, zda učitel věnuje žákovi s ADHD péči nad rámec svých povinností. Z grafu jasně vyplývá, že více než polovina učitelů, konkrétně 41 z nich (57,75 %), věnuje dětem s ADHD péči nad rámec svých povinností a naproti tomu 30 učitelů (42,25 %) se žákovi nad rámec svých povinností nevěnují. Učitelé, kteří věnují žákovi péči nad rámec svých povinností, měli napsat, o jakou péči se jedná. U většiny se jedná o individuální péči, která se týká přístupu, doučování, výrobě pracovních listů, vytváření pomůcek, konzultací s rodiči, dopisování učiva a úkolů, logopedické péče a reedukace.

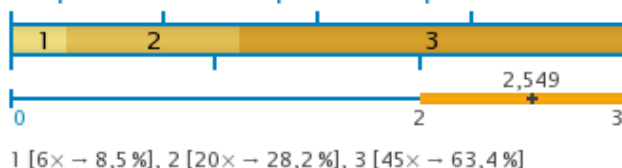
Položka č. 10: *Jak se dítě s ADHD konkrétně projevuje?*

0 – vůbec 1 – trochu 2 – značně 3 – velmi značně

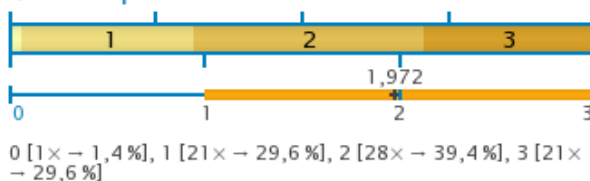
Graf č. 10: Grafické znázornění 10. položky

Z grafického vyobrazení vidíme, že horní sloupek obsahuje vždy procentuální rozdělení odpovědí. Pod horním sloupkem je znázorněn zjednodušený krabčkový graf, u kterého je vyznačen průměr hodnoty a skládá se z dolního kvartilu (levá část úsečky), horního kvartilu (pravá část úsečky) a mediánu (modrá svislá čára).

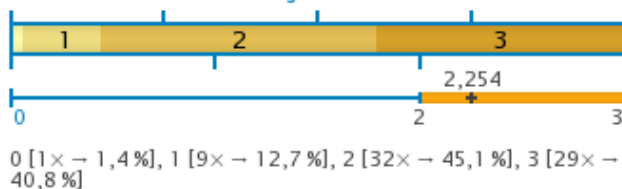
Má problém udržet pozornost při učení



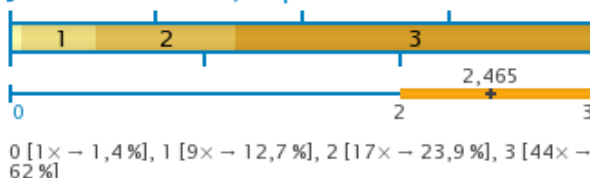
Často zapomíná



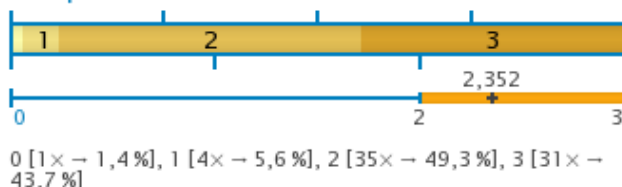
Setrvat delší dobu u jedné činnosti



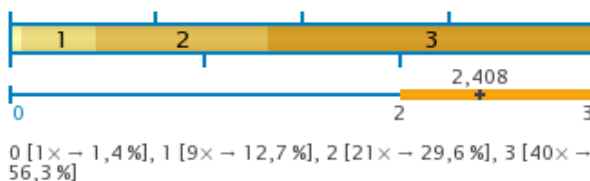
Je velmi neklidné, neposedné



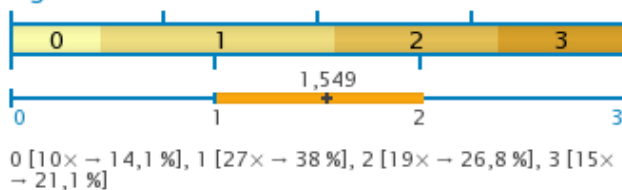
Netrpělivé



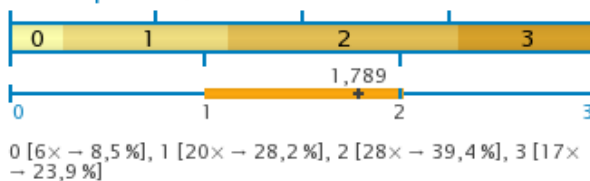
Vrtí se



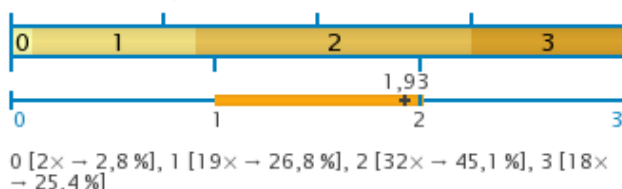
Agresivní



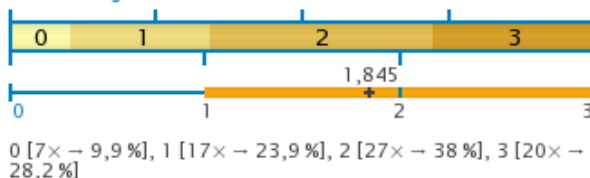
Chodí po třídě



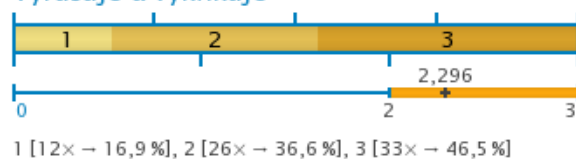
Ztrácí své věci



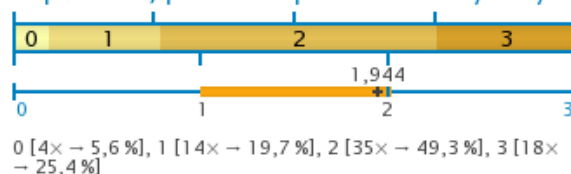
Poskakuje na svém místě



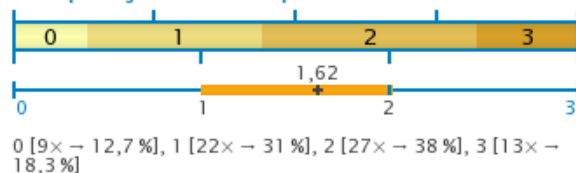
Vyrušuje a vykřikuje



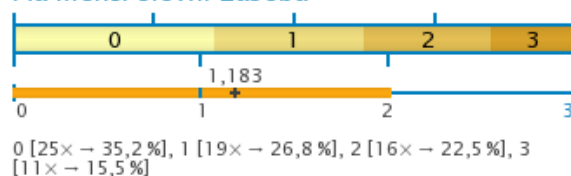
Uspěchané, podává nepříliš kvalitní výtvary



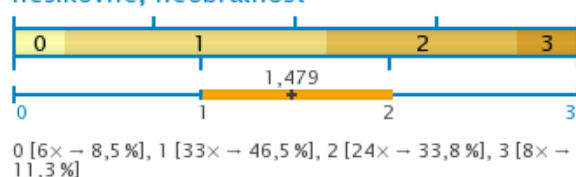
Prozpěvuje si nebo trpí samomluvou



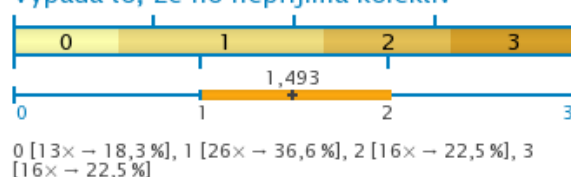
Má menší slovní zásobu



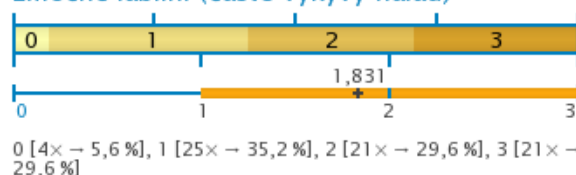
Má problémy v oblasti hrubé motoriky – nešikovné, neobratné



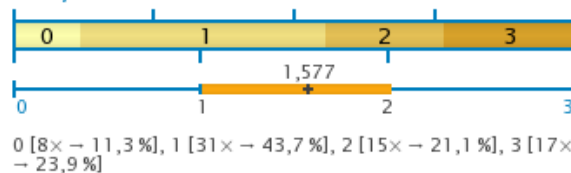
Vypadá to, že ho nepřijímá kolektiv



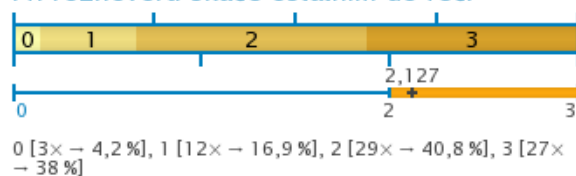
Emočně labilní (časté výkyvy nálad)



Nevychází s dětmi ve svém věku



Při rozhovoru skáče ostatním do řeči



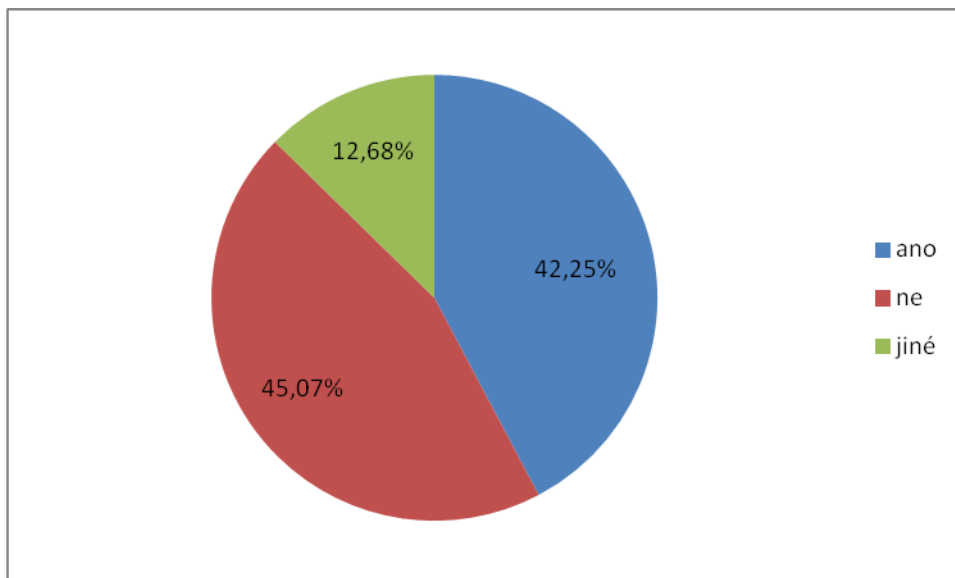
Zdroj: vlastní výzkum

Z jednotlivých grafů lze vyvodit, že nejvíce se děti se syndromem ADHD projevují těmito činnostmi a vlastnostmi: mají problém udržet pozornost při učení, jsou velmi neklidné, neposedné a vrtí se. Právě u těchto činností či vlastností byla nejčastěji zaznamenána odpověď „značně“, nebo dokonce „velmi značně“.

Položka č. 11: *Je podle Vás lepší mít dítě individuálně integrováno do běžné třídy než, aby bylo ve skupinové integraci ve speciální škole?*

a) ano b) ne c) jiné

Graf č. 11: Grafické znázornění 11. položky



Zdroj: vlastní výzkum

Z výše znázorněného grafu vyplývá, že 32 učitelů (45,07 %) nesouhlasí s integrací dítěte s ADHD do běžné třídy a 30 učitelů (42,25 %) s touto integrací souhlasí. Zbývajících 9 učitelů by se přiklánělo k integraci takového dítěte, pokud by byl nižší celkový počet žáků ve třídě, pro některé je pak maximum 18 žáků včetně začleněného dítěte s ADHD. Dále by záleželo na individuálním posouzení, pokud by stupeň poruchy byl vyšší, tak by se přikláněli ke skupinové integraci ve speciální škole. Vyskytl se i názor, že: „každé dítě s ADHD není stejné a záleží na jeho schopnostech a intelektu, dále také na kolektivu ve třídě a dle jeho možností, kde bydlí. Pokud by chodil do vesnické školy, tak tam nejsou podmínky pro speciální třídy.“

Položka č. 12: *Jaké jsou podle vás výhody a nevýhody individuální a skupinové integrace?*

Tato otázka je rozdělena do čtyř tabulek, kde v každé tabulce vidíme přiřazená hesla s počtem odpovědí. Hesla znamenají nejčastější odpověď, která se v dané otázce vyskytovala.

Tabulka č. 2

Výhody individuální integrace	Nevýhody individuální integrace	Výhody skupinové integrace	Nevýhody skupinové integrace
běžný kolektiv (19x)	osobní asistent (6x)	malý počet žáků (23x)	nezvladatelnost (20x)
malý počet žáků (4x)	chod výuky (25x)	žáci mají stejné problémy (9x)	narušení chodu třídy (10x)
vzor ve spolužácích (23x)	neoblíbenost v kolektivu (23x)	nevyčleňují z kolektivu (7x)	forma chování (11x)
přínos pro kolektiv (16x)	individuální péče (9x)	individuální přístup (26x)	kolektiv (14x)
individuální péče (9x)	náročnost pro učitele (8x)	odbornost učitele, asistenta (16x)	začlenění do třídy, společnosti (16x)

Zdroj: vlastní výzkum

Mezi výhody individuální integrace pedagogové nejčastěji zmiňovali vzor ve spolužácích, což je myšleno tak, že se dítě necítí jiné, dostane se mu pomoci od ostatních dětí, třída ho ovlivňuje pozitivně. Od ostatních spolužáků se učí správnému vzoru chování, vidí, že žáci dělají pokroky a snaží se jich také dosáhnout. Byl zaznamenán i názor, že „*dítě nemá pocit nějaké negativní „výjimečnosti“ a není odtaženo od reality života.*“ Druhou nejčastěji zmíněnou výhodou byl uveden běžný kolektiv. Dítě je tak součástí kolektivu v běžné třídě, což mu dává šanci se téměř normálně vyvíjet a zároveň není vyčleněno ze známého prostředí. Podle názoru některých učitelů může být takové dítě ve třídě i výhodou a být do jisté míry přínosem pro kolektiv, a to v tom smyslu, že je ostatním spolužákům dána možnost seznámit se s takovým dítětem, a tak poznat jeho projevy a chování. Také byl zaznamenán názor, že dítě je zvladatelné, pokud si učitel zorganizuje výuku, snaží se více uspokojit potřeby žáka a přizpůsobí mu práci. Díky tomu lze s dítětem individuálně pracovat a máme více prostoru pro pozorování práce dítěte.

Jako nejčastěji zmiňovanou nevýhodou individuální integrace bylo uvedeno narušování chodu výuky. V této souvislosti učitelé zastávali některé z následujících názorů: „*Dítě si neustále vynucuje pozornost po celou dobu vyučování, často ruší ostatní žáky, brzdí celkové tempo třídy.*“ „*Rozptylování dětí může zpomalit práci skupiny, nálepka „postižení“ od veřejnosti.*“ „*Narušování průběhu hodin, někdy nedostatečná informovanost pedagogů o problému.*“ Druhou nejčastěji uvedenou nevýhodou byla neoblíbenost v kolektivu, kde se jedná o to, že dítě nemusí být v kolektivu oblíbené, může si připadat „jiné“, spolužáci ho mohou odsuzovat nebo může mít problém si najít kamarády mezi svými vrstevníky apod. Kvůli nedostatku času na žáka a vysokému počtu žáků ve třídě není tolik prostoru k individuálnímu přístupu. Pro učitele takové dítě s ADHD znamená množství práce s jednotlivcem, řešení kázeňských problémů, náročnější přípravy na výuku, nepředvídatelné projevy atd. Tomu odpovídá i další z názorů: „*Žák s ADHD potřebuje zvýšenou péči, při vyšších počtech žáků nemá učitel možnost se mu dostatečně věnovat – problémové chování, neúspěch, trpí žák s ADHD i ostatní.*“

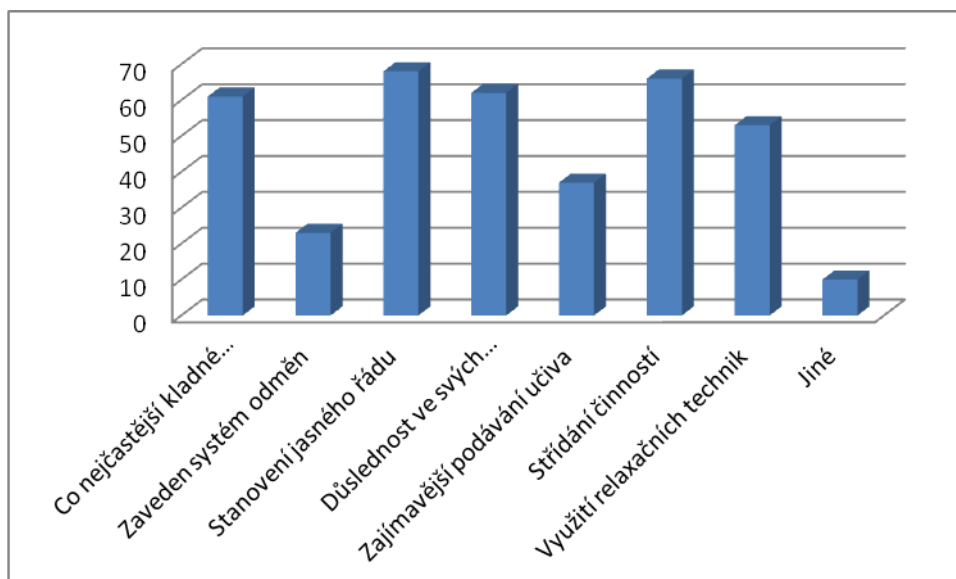
Mezi výhody skupinové integrace se nejčastěji zmiňoval individuální přístup, který představuje více prostoru pro individuální práci, speciální pomůcky, jednotnou přípravu pro všechny a stejné učební podmínky. Druhou nejčastěji uváděnou výhodou byl malý počet žáků, což umožňuje přizpůsobit tempo výuky individuálním potřebám a eventuálně upravit osnovy. V těchto školách je specializovaný tým odborného vedení, který se skládá ze speciálně zaměřených učitelů, asistentů pedagoga a školního pedagoga. K tomu lze citovat i jeden z názorů: „*Díky tomu, že už je dítě ve skupinové integraci, rodiče si připustí problém, a lépe spolupracují.*“ Žáci, kteří jsou v takovéto třídě, mají stejný nebo podobný problém a necítí se tak „jiní“ mezi spolužáky, protože nevyčleňují. Dítě neprožívá pocit izolace a snadněji si může najít kamaráda.

Podle učitelů je největší nevýhodou skupinové integrace nezvladatelnost žáků. Mnoho názorů je podobných a jeden z nich zní: „*Učitel nemůže zvládnout výuku pro více dětí s ADHD. Je to strašně vyčerpávající.*“ „*Je to nad síly učitele a učitel brzo vyhoří.*“ Další nevýhodou či problémem je horší začlenění jak do běžné třídy, tak i do společnosti. Žák nezná, ani nevidí jinou formu chování než u své skupiny a ta ho může negativně ovlivňovat. V takovéto třídě panuje hluk, nepřesné hranice, neuspokojivý poznávací proces. Kolektiv dítě netáhne kupředu a může se tak přestat snažit zlepšit. Žáci se navzájem ovlivňují a negativně ovlivňují celou třídu.

Položka č. 13: *Jaké přístupy práce s dítětem s ADHD znáte a nejvíce využíváte ve své výuce?*

- a) *co nejčastější kladné hodnocení dítěte*
- b) *zaveden systém odměn*
- c) *stanovení jasného řádu*
- d) *důslednost ve svých požadavcích*
- e) *zajímavější podávání učiva (zobrazením, diagramem...)*
- f) *střídání činností*
- g) *využití relaxačních technik*
- h) *jiné*

Graf č. 13: Grafické znázornění 13. položky



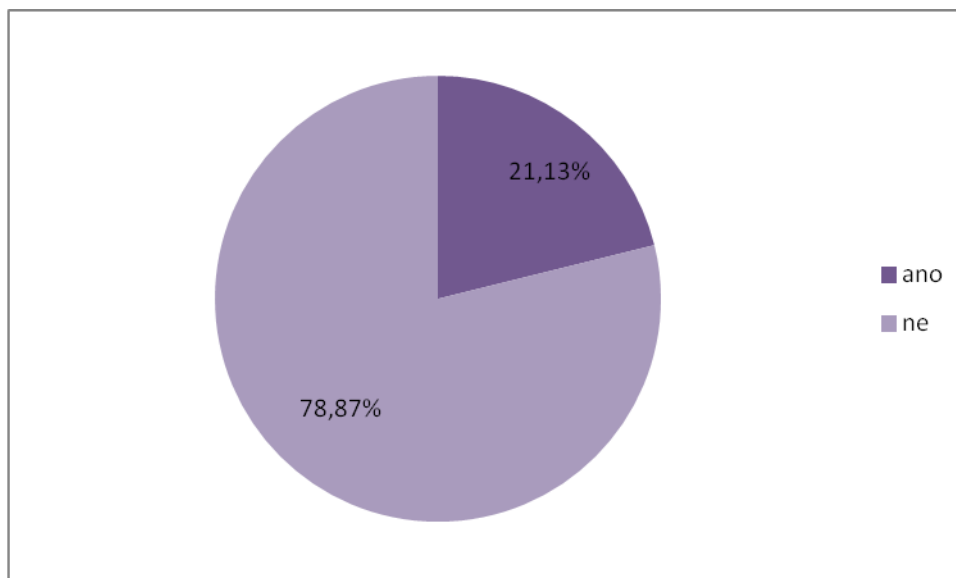
Zdroj: vlastní výzkum

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké typy přístupů práce využívají učitelé ve své třídě s dítětem s ADHD. Z grafického znázornění vidíme, že učitelé nejvíce využívají stanovení jasného řádu, což zakroužkovalo 68 učitelů (18 %). Druhou nejčtenější odpovědí, kterou zvolilo 66 učitelů (17 %), bylo střídání činností. Dále následovaly tyto zvolené možnosti: důslednost ve svých požadavcích (62 učitelů, 16 %), co nejčastější kladné hodnocení (61 učitelů, 16 %), relaxační techniky (53 učitelů, 14 %), zajímavější podávání učiva (zobrazením, diagramem...) zvolilo 37 učitelů (10 %) a systém odměn využívá 23 dotázaných učitelů (6 %). Odpověď jiné vyplnilo 10 učitelů (3 %), kteří jako další přístupy uvádí práci ve skupině, hrou formu práce, oční kontakt, úkol k odreagování – rozdávání sešitů, pomoc učiteli se zaléváním květin nebo používání klidného a pomalého tónu hlasu, který navozuje u dětí s ADHD zklidnění.

Položka č. 14: *Myslíte si, že rodiče užívají správné výchovné postupy k dětem s ADHD?*

a) ano b) ne

Graf č. 14: Grafické znázornění 14. položky



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že více než tři čtvrtiny učitelů si myslí, že rodiče neužívají správné výchovné postupy vůči svým dětem s ADHD. Odpověď „ne“ zvolilo 56 učitelů (78,87 %), zatímco odpověď „ano“ označilo pouze 15 (21,13 %) učitelů.

Položka č. 15: *Jaká bývá kvalita spolupráce s rodiči dětí s ADHD?*

Tato otázka je znázorněna v tabulce, kde vidíme přiřazená hesla s počtem odpovědí. Hesla znamenají nejčastější odpověď, která se v dané otázce vyskytovala.

Tabulka č. 3

Kvalita spolupráce
dobrá (23x)
spíše dobrá (9x)
různorodá (21x)
špatná (18x)

Zdroj: vlastní výzkum

Dotázaní pedagogové nejčastěji uváděli, že spolupráce s rodiči dítěte s ADHD je „dobrá“. Pedagogové zmiňovali, že se rodiče snaží spolupracovat s nimi i s vedením školy a jezdí do PPP či k psychologovi. Učitelé, kteří zvolili odpověď „spíše dobrá“, tím měli na mysli to, že nejsou s těmito rodiči příliš v kontaktu. Ze začátku se rodič snaží vydržet stanovený řád a důslednost, které jsou pro toto dítě velmi důležité, ale často jej trestají za hyperaktivitu. Celkem 21 dotázaných učitelů ohodnotilo kvalitu spolupráce s rodiči zvolením položky „různorodá“. Zvolením této položky měli na mysli to, že se v praxi setkali jak s dobrými, tak i se špatnými případy vzájemné spolupráce. Někteří rodiče tedy spolupracují dobře a v úzkém kontaktu s vyučujícím, zatímco někteří tento syndrom berou jako úlevu pro dítě a nechávají problém pouze na škole a učitelích. Stává se také, že rodiče se zpočátku velmi snaží, ale po určité době to vzdají. Vcelku vysoký počet učitelů se setkal se „špatnou spoluprací“ s rodiči. Nejčastěji se vyskytovaly názory, že rodiče si to nechtěli připustit, nedodržovali medikaci, nechtěli si nechat poradit, nechtěla se jim věnovat zvýšená péče o dítě, nebo dokonce hledali problémy na straně pedagogů, protože se bránili diagnostice, aby se na „něco“ nepřišlo.

6.1 Analýza výsledků: hypotézy

Hypotéza H1, H2 a H3 byla ověřována s využitím Mann-Whitneyova u testu. Jedná se o neparametrický statistický test pro porovnání dvou nezávislých souborů. U H1 byl zjišťován rozdíl v míře negativních projevů ADHD u dětí medikovaných a nemedikovaných. Hypotéza H2 předpokládá rozdíl v míře negativních projevů ADHD mezi skupinou chlapců a dívek. Ověřováním hypotézy H3 byl zjišťován rozdíl v míře negativních projevů ADHD u dětí, které mají asistenta, a těch, které ho nemají.

Tabulka č. 4

Proměnná	Medikované děti s ADHD - méně negativních projevů při vyučování Mann-Whitneyův U Test Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$						
	Sčet poř. skup. 1	Sčet poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	N platn skup. 1	N platn. skup. 2
Pořadí	1800,000	756,0000	456,0000	1,306707	0,191313	47	24

Zdroj: vlastní výzkum

Hypotézu H1 (*Medikované děti s ADHD budou mít statisticky významně méně negativních projevů při vyučování než nemedikované děti*) na základě statistické analýzy zamítáme. Výsledná hodnota $u = 456,0$ ($p = 0,19$), což znamená, že nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v míře negativních projevů ADHD mezi medikovanými a nemedikovanými dětmi.

Tabulka č. 5

Proměnná	Chlapci s ADHD budou - více negativních projevů Mann-Whitneyův U Test Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$						
	Sčet poř. skup. 1	Sčet poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	N platn skup. 1	N platn. skup. 2
Pořadí	464,0000	2092,000	322,0000	0,483302	0,628882	12	59

Hypotézu H2 (*Chlapci s ADHD budou mít statisticky významně více negativních projevů při vyučování než dívky s ADHD*) na základě statistické analýzy zamítáme. Výsledná hodnota $u = 322,0$ ($p = 0,62$). Nebyl tedy zjištěn statisticky významný rozdíl v míře negativních projevů ADHD mezi chlapci a dívkami.

Tabulka č. 6

Proměnná	Děti s asistentem budou mít statisticky - méně negativních projevů Mann-Whitneyův U Test Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$						
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2
Pořadí	1638,500	917,5000	462,5000	-1,09353	0,274163	48	23

Zdroj: vlastní výzkum

Hypotézu H3 (*Děti s asistentem budou mít statisticky významně méně negativních projevů při vyučování než děti bez asistence*) na základě statistické analýzy také zamítáme. Výsledná hodnota $u = 462,5$ ($p = 0,27$) a nebyl tak zjištěn statisticky významný rozdíl v míře negativních projevů ADHD mezi dětmi s asistentem a bez něj.

Tabulka č. 7

Proměnná	Znalosti	Délka praxe
Znalosti	1,000000	0,153801
Délka praxe	0,153801	1,000000

Zdroj: vlastní výzkum

Hypotéza H4 byla ověřována s využitím Spearmanovy pořadové korelace. Tento statistický test zjišťuje souvislost mezi dvěma pořadovými proměnnými. U H4 zjišťujeme, zda existuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxí učitelů a jejich znalostmi o problematice.

Hypotézu H4 (*Existuje statisticky významná pozitivní souvislost mezi délkou praxí učitelů a jejich znalostmi o problematice*) na základě statistické analýzy zamítáme. Výsledná hodnota $R = 0,15$. Nebyla tedy zjištěna statisticky významná pozitivní korelace mezi délkou praxe učitelů a jejich znalostmi o problematice.

7 Diskuze

Výzkum empirické části byl prováděn na základě dotazníkového šetření o dítěti s ADHD na 1. stupni základních škol. Před samotným výzkumem byly stanoveny cíle empirické části diplomové práce.

Jedním z cílů empirické části bylo zjistit současný náhled učitelů na integraci dítěte s ADHD do běžné třídy. Z výsledného grafu č. 11 vyplývá, že názory pedagogů na tuto integraci dítěte s ADHD jsou dosti nejednoznačné, když 32 učitelů je proti integraci, zatímco 30 z nich s ní souhlasí. Zbývajících dotázaných učitelů by s integrací souhlasili, pokud by byl nižší počet žáků ve třídě a záleželo by také na stupni poruchy.

Dalším cílem bylo zjistit, které přístupy při práci s dětmi s ADHD pedagog ve své výuce využívá nejvíce. Tento cíl byl sestaven po přečtení odborné literatury dle M. Martina & C. Waltmanové-Greenwoodové – *Jak řešit problémy dětí se školou*, kde v osmi bodech uvádějí plán, jak zlepšit chování dítěte s ADHD, který sestavil psycholog Russel A. Barkey. Z provedeného dotazníkového šetření vzešlo, že pedagogové při práci s dítětem s ADHD nejvíce využívají těchto metod: stanovení jasného řádu, kladné hodnocení, střídání činností a důslednost. Tyto metody jsou také zmíněny ve výše uvedené publikaci, z čehož plyne, že je učitelé využívají a řídí se jimi.

Následující cíl se týkal konkrétních projevů dítěte s ADHD ve třídě. Učitelé měli u předepsaných projevů pomocí škály určit míru konkrétního projevu u daného žáka s ADHD. Dle vyplněného dotazníku se u dětí s ADHD nejvíce vyskytovaly problémy s udržením pozornosti při učení, neklidností a neposedností, vyrušováním či vrtěním. Zmíněné příznaky pak odpovídají projevům syndromu ADHD obsažených v publikaci M. Goetzeho a P. Uhlíkové – *ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou*.

Další stanovený cíl se týkal toho, zda je dítě s ADHD vyučováno podle individuálního vzdělávacího plánu. Dle §18 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), může být ředitelem školy, a to na písemné doporučení školského poradenského zařízení, dítěti povolen individuální vzdělávací plán. Z našeho výzkumného šetření pak vyplývá, že většina, konkrétně 45 dětí s ADHD má IVP zatímco, 26 dětí nikoli.

Poměr výskytu ADHD u chlapců a dívek, který uvádí dostupná literatura, je do jisté míry rozličný. Dle jednotlivých zdrojů se pak zmiňovaný poměr pohybuje v rozmezí od 10:1 do 2,5:1 ve „prospěch“ chlapců, jak je uvedeno v publikaci A. Munden a J. Arcelus – *Poruchy*

pozornosti a hyperaktivita. Rozmezí uváděných poměrů je relativně veliké, ale zároveň koresponduje s naším výzkumným vzorkem, který tvořilo 71 dětí s ADHD, z toho 59 chlapců a 12 dívek, což se dá vyjádřit poměrem 4,92:1. Výsledný poměr tedy odpovídá údajům uvedeným v odborné literatuře.

Porucha ADHD se může vyskytovat i v kombinaci se specifickou poruchou učení. V knize s názvem *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (Ivo Paclt a kolektiv) se lze dočíst, že až 44 % dětí s ADHD trpí jednou další poruchou, 32 % dětí trpí dvěma dalšími poruchami a 11 % z nich třemi i více poruchami. Z našeho dotazníkového šetření jsme zjistili, že jednou další specifickou poruchou učení trpí 40 ze 71 dětí s ADHD, což odpovídá 56,34 %. Dvěma dalšími poruchami pak trpí 23 dětí s ADHD (32,39 %) a třemi i více poruchami trpí pouze 4 děti, což se rovná 5,63 %. Výsledky vzešlé z provedeného výzkumu mohou být ovlivněny nižším počtem respondentů, nicméně v zásadě odpovídají výše uvedené publikaci.

Posledním cílem výzkumné části bylo zjistit, kolik dětí s ADHD užívá medikaci. Výsledek provedeného výzkumu ukázal, že většina ze zkoumaných dětí, konkrétně pak 47 z nich, žádnou medikaci neužívá, zatímco zbylým 24 dětem byla medikace předepsána. Užívání medikace je individuální záležitost a odvíjí se od potřeb konkrétního dítěte. Způsob léčby a případnou potřebu náležité medikace určí dětský psychiatr.

Na začátku výzkumu byly stanoveny čtyři hypotézy, které měly být potvrzeny, eventuálně vyvráceny. Jejich znění je následující:

- *H1: Medikované děti s ADHD budou mít statisticky významně méně negativních projevů při vyučování než nemedikované děti.*
- *H2: Chlapci s ADHD budou mít statisticky významně více negativních projevů při vyučování než dívky s ADHD.*
- *H3: Děti s asistentem budou mít statisticky významně méně negativních projevů při vyučování než děti bez asistenta.*
- *H4: Existuje statisticky významná pozitivní souvislost mezi délkou praxí učitelů a jejich znalostmi o problematice.*

Na základě provedených a výše popsanych testů¹⁰⁴ byly všechny čtyři hypotézy vyvráceny. Výsledky testů, které stanovené hypotézy zamítly, mohly být ovlivněny např. nižším počtem respondentů či pravdivostí vyplněných údajů. O skutečných důvodech těchto závěrů lze však jen spekulovat.

¹⁰⁴ Viz podkapitola 6.1 Analýza výsledků hypotézy, str. 76.

Závěr

Od doby, kdy se lékaři a vědci začali poruchou pozornosti a tzv. hyperaktivitou zabývat a zveřejnili první poznatky svého bádání, uběhla již řada let. V onom období až do současnosti bylo provedeno bezpočet studií, výzkumů, testů a zpracováno mnoho publikací na toto téma. Svým vývojem si v dané oblasti prošla i terminologie, kdy postupně vznikaly nové a zanikaly již překonané pojmy, a to především v závislosti na aktuálních a přesnějších poznatcích týkajících se této poruchy, či chcete-li syndromu. V současné době je to ADHD jakožto celosvětově ustálený a používaný pojem, kterým se označuje porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou. Syndrom ADHD je celospolečenský problém, který bývá spojován především s dětmi, u kterých jsou jeho projevy více viditelné než u dospělých osob.

Právě diagnóza ADHD u dětí byla předmětem této diplomové práce, která měla za cíl podat souhrnný náhled na tuto problematiku a mimo jiné podat pomocnou ruku všem, kteří s takovým dítětem přicházejí do styku. Je důležité si uvědomit, že tento syndrom není dobré podceňovat a nad jeho projevy zavírat oči. Rodina, učitelé a případně zainteresovaní odborníci, ti všichni by měli vzájemně spolupracovat v zájmu dítěte s ADHD. Velký význam v této problematice hraje také osvěta. Obecně by určitě pomohlo, kdyby lidé byli o tomto syndromu náležitě informováni a poučeni, ať už ze strany veřejných médií, formou školení nebo prostřednictvím nejrůznějších publikací. To by mohlo mít zásadní vliv na změnu povědomí u velké části populace a jistě pozitivní dopad na celou tuto problematiku. Největší důraz by však měl být kladen na nejbližší okolí takového dítěte, tedy na rodinu, učitele, kamarády, popř. lékaře. Právě oni by měli úzce spolupracovat a aktivně se podílet na vytvoření takového prostředí a zázemí, které bude dítěti s ADHD vyhovovat a pomůže mu tak zvládat každodenní situace.

Během své pedagogické praxe jsem se s dítětem se syndromem ADHD dostala do styku a díky jeho projevům, mezi které patřila nejčastěji nepozornost, neschopnost vydržet u jedné činnosti delší dobu, časté zapomínání, ztracení věcí a neposednosti, se mi jako nejlepší metoda přístupu práce osvědčila důslednost v požadavcích, stanovení jasného řádu, časté střídání činností a pozitivní hodnocení dítěte. O tom, že tyto metody fungují, svědčí i to, že je při práci s tímto dítětem využívají i pedagogové, kteří se podíleli na mém výzkumu.

Prostřednictvím ověřených metod či přístupů práce lze dítěti s ADHD pomoci zvládat a usměrňovat jeho negativní projevy a tím ho aktivně a pozitivně nabádat k výrazně lepšímu sebehodnocení a vnímání stresových situací.

Seznam použitých pramenů a literatury

ALTMANOVÁ, M. *Hyperaktivní a nepozorné dítě*. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, s. r. o., 2010. 24 s.

BARTOŇOVÁ, M. *Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, Zaměření na edukaci žáků se specifickými poruchami učení*. Brno: MSD, spol. s r. o., 2005. 267 s. ISBN 80-86633-38-1.

BARTOŇOVÁ, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení II Reedukace specifických poruch učení*. Brno: Masarykova Univerzita, 2005. 152 s. ISBN 80-210-3822-5.

BEVILACQUOVÁ, D. *Diplomová práce - Testy inteligence WISC-III^{CZ} a PDW ve vztahu ke školní úspěšnosti žáků školního věku, s poruchami učení*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 108 s.

ČERNÁ, M. a KOLEKTIV. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – nakladatelství Karolinum, 1999. 224 s. ISBN 80-7184-880-8.

DRTÍLKOVÁ, I. *HYPERAKTIVNÍ DÍTĚ Vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén, 2007. 87 s. ISBN 978-80-7262-447-8.

DRTÍLKOVÁ, I. & ŠERÝ, O. ET AL. *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha: Galén, 2007. 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6

GOETZ, M. & UHLÍKOVÁ, P. *ADHD PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén, 2009. 160 s. ISBN 978-80-7262-630-4.

HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál, 2009. 286 s. ISBN 978-80-7367-628-5.

JUCOVIČOVÁ, D. & ŽÁČKOVÁ, H. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. Praha: D + H, 2007. 127 s. ISBN 978-80-903869-1-4.

JUCOVIČOVÁ, D. & ŽÁČKOVÁ, H. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Relaxace nejen pro děti s ADHD*. Praha: D + H, 2008. 61 s. ISBN 978-80-903869-8-3.

KIRBYOVÁ, A. *Nešikovné dítě: dyspraxie a další poruchy motoriky: diagnostika, pomoc, podpora, cesta k nezávislosti*. Praha: Portál, 2000. 208 s. ISBN 80-7178-424-9.

KOHOUTEK, R. *Výchova dětí se závadami a poruchami chování*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, s. r. o., 1998. 18 s. ISBN 80-7204-068-5.

KOLČÁRKOVÁ, I. & LACINOVÁ, L. *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: Barrister & Principal, 2008. 138 s. ISBN 978-80-87029-47-3.

LANGER, S. *Problémový žák na prvním stupni základní školy (školy obecné) s úvodem do problematiky školní zralosti dítěte*. Hradec Králové: Kotva, 1999. 387 s. ISBN 80-900254-5-5.

MARTIN, M. & WALTMANOVÁ – GREENWOODOVÁ, C. ED. *Jak řešit problémy dětí se školou: lexikon pro rodiče*. Praha: Portál, 1997. 328 s. ISBN 80-7178-125-8.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: Nakladatelství: H & H Vyšehradská, s. r. o., 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.

MICHALOVÁ, Z. *ADD/ADHD v kontextu poruch chování*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. 120 s. ISBN 978-80-7372-733-8.

MICHALOVÁ, Z. *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. 207 s. ISBN 80-7311-075-X.

MUNDEN, A. & ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2006. 120 s. ISBN 80-7367-188-3.

NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2010. 240 s. ISBN 978-80-86723-85-3.

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

RIEFOVÁ, F., S. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 2007. 256 s. ISBN 978-80-7367-257-7.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál., 2004. 390 s. ISBN 80-7178-829-5.

SHEEDYOVÁ-KURCINKOVÁ, M. *Problémové dítě v rodině a ve škole*. Praha: Portál, 1998. 284 s. ISBN 80-7178-174-6.

ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ, J. a kol., *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 175 s. ISBN 80-244-0629-2.

TAYLOR, JOHN, F. *Jak přežít s hyperaktivitou a poruchami pozornosti: rádce pro děti s ADHD a ADD*. Praha: Portál, 2012. 128 s. ISBN 978-80-262-0068-0.

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. 198 s. ISBN 80-7178-503-2.

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha: Portál, 1997. 164 s. ISBN 80-7178-131-2.

VAŠÁTKOVÁ, D. *Vybraná témata pedagogické psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. 64 s. ISBN 80-7041-641-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2008. 467 s. ISBN 978-80-246-0956-0.

Internetové zdroje

KOHOUTEK, R. (2008). Vnímání a jeho závady a poruchy. [online]. In *Psychologie v teorii a praxi*. [cit. 2013-09-10]. Dostupné z WWW: <<http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/vnimani-a-jeho-zavady-a-poruchy>>

KUBÍČKOVÁ. (2007). Pozorovací arch: Záznamy o jednom žákovi či žákyni. [online]. In *MŠMT SP kvalita I*. [cit. 2013-09-11]. Dostupné z WWW: <http://www.esf-kvalita1.cz/portfolio/zaciname/pedagogicke_dotazniky.php>

RODNÝ, T. (2001). Rolf Brickenkamp, Eric Zillmer: Test pozornosti d2. [online]. In *Psychologie dnes*. [cit. 2013-09-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.psychodiagnostika.cz/index.php?akce=d2>>

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ze dne 17. února 2005 [online] [cit. 2013-09-01]. Dostupné z <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>>

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných ze dne 17. února 2005 [online] [cit. 2013-09-01]. Dostupné z <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>>

Zákon č. 516/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). ze dne 1. ledna 2005[online].[cit. 2013-09-01]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/uplne-zneni-zakona-c-561-2004-sb>>

Seznam zkratek

- AAT-1 - Advance attention diagnostics 1
- ABC - termín A – antecedent events (předcházející události), B – behaviour (chování), C – consequent response (následná odpověď)
- ADHD – attention deficit hyperactivity disorder – porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou
- ADD – attention deficit disorder – porucha pozornosti
- CD – kompaktní disk
- CNS – centrální nervový systém
- CPT – Continual Performance test
- CPQ – Children's parent questionnaire
- CT – počítačová tomografie
- CTQ – Children's teacher questionnaire
- DSM-IV – Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace 4. vydání
- EEG – elektroencefalografie
- EKG - přehled o elektrické aktivitě našeho srdce
- IVP – individuální vzdělávací plán
- LMD – lehká mozková dysfunkce
- MEG – magnetoencefalografie
- MFFT – Matching familiar figure test
- MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
- MR – magnetická resonance
- PET – pozitronová emisní tomografie
- PDW – Pražský dětský Wechsler
- SPU – specifické poruchy učení
- SPECT – jednofotonová emisní výpočetní tomografie
- TE-NA-ZO – test nacházení známých obrázků
- WISC-III – Wechsler intelligence scale for children – third edition

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník pro učitele 1. st. ZŠ

Příloha č. 1

Milí učitelé,

jsem studentkou 5. ročníku na Pedagogické fakultě UP v Olomouci, obor Učitelství pro 1. st. ZŠ a chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který mi přinese cenné informace pro moji diplomovou práci na téma: Dítě s diagnózou ADHD. Dotazník obsahuje 15 položek, na které budete odpovídat zakroužkováním odpovědi, zabere Vám maximálně 10 minut.

Děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

Zuzana Navrátilová

1. část Respondent (zakroužkujte Vámi vybranou položku)

Jste učitel/ka na 1. st. ZŠ?

- a) žena b) muž

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (pokud VŠ jiná, vypište slovy která)

- a) středoškolské b) VŠ pedagogická c) VŠ jiná, jaká.....
d) při zaměstnání si dodělávám VŠ

Jaký je název města (obce) a školy, ve které učíte?

.....

Jaká je délka Vaší praxe?

- a) 1 – 5 let b) 6 – 10 let c) 11 – 15 let d) 16 let a více

2. část – Dítě s diagnózou ADHD (zakroužkujte Vámi vybranou položku)

1. Jaké bylo pohlaví dítěte s diagnózou ADHD?

- a) dívka b) chlapec

2. Mělo dítě svého asistenta?

- a) ano b) ne

3. Vyskytly se u dítěte i jiné specifické poruchy učení? (pokud jiné, vypište slovy jaké)

- a) dyslexie b) dysortografie c) dyspinxie d) dyspraxie e) jiné, jaké.....
f) nevyskytly

4. Užívalo dítě nějakou medikaci? (pokud ano, vypište slovy jakou)

- a) ano, jakou.....
b) ne

5. Myslíte si, že máte dostatek vědomostí o syndromu ADHD?

- a) ano b) spíše ano c) nevím d) ne e) spíše ne

6. Byl/a jste někdy na nějakém kurzu či semináři o problematice ADHD? (pokud ano, vypište slovy na jakém)

- a) ano.....
b) ne

7. Zaváděl/a jste ve třídě kvůli takovému dítěti nějaká opatření? (pokud ano, vypište slovy jaká)

- a) ano, jaká.....
b) ne

8. Má dítě s ADHD individuální vzdělávací plán?

- a) ano b) ne

9. Věnoval/a jste Vašemu žákovi s ADHD péči nad rámec Vašich povinností mimo vyučování?

- a) ano, jakou.....
- b) ne

10. Jak se dítě s ADHD konkrétně projevuje? (napište číslem: 0 – vůbec 1- trochu 2- značně 3- velmi značně)

<i>Projev ADHD</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Má problém udržet pozornost při učení				
Setrvat delší dobu u jedné činnosti				
Netrpělivé				
Agresivní				
Ztrácí své věci				
Často zapomíná				
Je velmi neklidné, neposedné				
Vrtí se				
Chodí po třídě				
Poskakuje na svém místě				
Vyrušuje a vykřikuje				
Prozpěvuje si nebo trpí samomluvou				
Má problémy v oblasti hrubé motoriky- nešikovné, neobratnost				
Emočně labilní (časté výkyvy nálad)				
Při rozhovoru skáče ostatním do řeči				
Uspěchané, podává nepříliš kvalitní výtvary				
Má menší slovní zásobu				
Vypadá to, že ho nepřijímá kolektiv				
Nevychází s dětmi ve svém věku				

11. Je podle Vás lepší mít dítě individuálně integrováno do běžné třídy než, aby bylo ve skupinové integraci ve speciální škole? (pokud jiné, vypište slovy jaké)

- a) ano b) ne c) jiné.....

12. Jaké jsou podle Vás výhody a nevýhody individuální a skupinové integrace?

	Individuální integrace	Skupinová integrace
výhody		
nevýhody		

13. Jaké přístupy práce s dítětem s ADHD znáte a nejvíce využíváte ve své výuce?

(možno zakroužkovat více odpovědí, a pokud znáte jiné, vypište slovy)

- a) co nejčastější kladné hodnocení dítěte
- b) zaveden systém odměn
- c) stanovení jasného řádu
- d) důslednost ve svých požadavcích
- e) zajímavější podávání učiva (zobrazením, diagramem...)
- f) střídání činností
- g) využití relaxačních technik
- h) jiné.....

14. Myslíte si, že rodiče užívají správné výchovné postupy k dětem s ADHD?

- a) ano b) ne

15. Jaká bývá kvalita spolupráce s rodiči dětí s ADHD?

.....

.....

.....

.....

Mockrát děkuji za Vaši spolupráci!

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Zuzana Navrátilová
Katedra:	Psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Pugnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Dítě s diagnózou ADHD
Název v angličtině:	Child diagnosed with ADHD
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřena na problematiku dětí s diagnózou ADHD. Jsou zde vysvětleny základní pojmy a definice od zrodu první myšlenky až po současnost. V práci se zabýváme příčinami, projevy a výskytem ADHD v populaci. Dále se zde seznamujeme s vývojem dítěte a vývojem dítěte s ADHD. Blíže se seznámíme s diagnostikou tohoto syndromu a možnostmi nápravy. Součástí práce je i výzkumné šetření, které se zabývá dítětem s touto diagnózou.
Klíčová slova:	Příčiny, projevy, vývoj dítěte s ADHD, diagnostika, impulsivita, hyperaktivita, nepozornost, náprava
Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with the issue of children with diagnosis of ADHD. All the main concepts and definitions are described in the thesis, including not only the first points that have been made about ADHD issues, but also contemporary approaches. The work focuses on the causes, manifestations and occurrences of ADHD in the human population. Furthermore, the thesis explains in more detail the development and the comparison of children with, and without ADHD. The aim of the thesis is to make diagnosis of the syndrome with the possible alternatives of how it may be cured. a very important and crucial role of the thesis plays the practical part, including the research of children with diagnosis of ADHD.
Klíčová slova v angličtině:	Causes, speeches, development of children with ADHD, diagnosis, impulsivity, hyperactivity, inattention, reparation
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Dotazník pro učitele 1. st. ZŠ
Rozsah práce:	87 stran
Jazyk práce:	český