



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

## Rodina a dítě se syndromem hyperaktivity s poruchou pozornosti

# DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

**Autor:** Bc. Lenka Kokešová

**Vedoucí práce:** PhDr. Martina Hrušková, Ph.D.

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Rodina a dítě se syndromem hyperaktivity s poruchou pozornosti“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10.05.2017

.....

Kokešová Lenka

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Martině Hruškové, Ph. D. za kvalifikované vedení mé práce, za vstřícnost a podporu při zpracování vlastního námětu práce a za její obětavý přístup. Dále za cenné rady a připomínky při zpracovávání mé diplomové práce, které mi byly velkou pomocí.

Děkuji také celé své rodině a partnerovi za podporu po dobu mého studia.

## **Abstrakt**

Tato diplomová práce s názvem Rodina a dítě se syndromem hyperaktivity s poruchou pozornosti (dále jen dítě s ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorders) se zabývá problémy rodin, které vychovávají, pečují a starají se o dítě s ADHD.

Cílem práce je zmapovat život rodiny s dítětem se syndromem ADHD. Dále popsat, jak rodina vnímá chování okolí k ní samé, jak dítě se syndromem ADHD zasahuje do života jeho sourozenců a sociálního fungování celé rodiny. V diplomové práci byla stanovena jedna otázka, a to „Jaký je život rodiny s dítětem s ADHD“.

Teoretická část práce popisuje syndrom ADHD, jak je možné ovlivnit projevy ADHD a jaké jsou současné léčebné přístupy u dětí i dospělých. Dále se teoretická část zabývá možnostmi vzdělávání dětí s ADHD, rodinnými vztahy a možnými společensky nebezpečnými jevy u dětí i u dospělých ovlivněných syndromem ADHD.

Pro empirickou část práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, technikou polostrukturovaného rozhovoru o 26 otázkách, s matkami 7 dětí, které trpí syndromem ADHD. Otázky se týkaly sociálního fungování rodiny a rodinného života.

Z výsledků vyplynulo, že rodinný život, kde je dítě s ADHD, je tímto syndromem velmi ovlivněn. Děti se syndromem potřebují větší péči než ostatní děti v rodině, což způsobuje neklid a nevyrovnaný vztah mezi sourozenci. Děti se syndromem nedosahují výsledků, které by odpovídaly jejich inteligenci, zaostávají za svými možnostmi. U starších dětí byly zjištěny i společensky nebezpečné jevy, jako je závislost na tabákových výrobcích či užíváním drog. I pohled okolí na rodinu je často negativní.

Práce může být přínosem pro rodiče dětí se syndromem ADHD, kteří mají možnost porovnat své pocity s pocity a zkušenostmi ostatních rodičů mající takto postižené dítě.

## **Klíčová slova**

Rodina, rodiče, chování, ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou, hyperaktivita, impulzivita, porucha pozornosti, poruchy chování

## **Abstract**

This dissertation named Family and child with hyperactivity syndrome and attention deficit (hereinafter child with ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorders) is concerning with problems of families which are bringing up, caring and a looking after a child with ADHD.

The aim of the dissertation is mapping of life of a family with child suffering from ADHD. Furthermore to describe how such a family perceives behavior of other people from the surrounding towards such a family. Also how a child with ADHD syndrome intervene in a life of its siblings and social functioning of its own family. Within the dissertation there is determined one important question „What is like a life of a family with a child suffering from ADHD syndrome“.

Theoretical part of the dissertation describes ADHD syndrome. How is it possible to influence ADHD and what are latest medical treatments of children and adults. Within the theoretical part attention is also given to the educational possibilities for children with ADHD, family relationships and potentially socially dangerous effects of children and adults influenced by ADHD syndrome.

For the empiric part of the dissertation was chosen method of qualitative research via technique of semi-structured interview containing 26 questions led with 7 mothers of children suffering from ADHD syndrome. Questions are directed at social functioning of each family and their family life.

The findings are showing that family life where there is a child with ADHD is directly and strongly influenced. Children with ADHD syndrome need more care than other children in the family and this causes unease and uneven relations between siblings. Children with syndrome do not achieve results matching their intelligence, they lag behind their potential. It was proved that older children show socially dangerous effects such as tobacco or drug addiction. Also the whole family is often seen in by the public in a negative light.

This dissertation can be beneficial to parents of children with ADHD syndrome who can compare their feelings with feelings and experience of other parents who have a child affected with such disorder.

### **Keywords**

Family, parents, child, behavior, ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder, hyperactivity, impulsiveness, Attention Deficit, behavioral malfunction

# OBSAH

1 RODINA.....	9
1.1 Definice rodiny.....	9
1.1.1 Definice rodiny v právním řádu České republiky .....	12
1.2 Pojem „Dítě“ .....	12
1.2.1 Dítě s hendikepem .....	13
2 SYNDROM HYPERAKTIVITY S PORUCHOU POZORNOSTI .....	14
2.1 Definice hyperaktivity.....	14
2.2 Syndrom hyperaktivity s poruchou pozornosti (dále syndrom ADHD) .....	15
2.3 Vznik syndromu hyperaktivity s poruchou pozornosti .....	16
2.4 Diagnostika syndromu hyperaktivity s poruchou soustředění .....	17
2.4.1 Projevy syndromu hyperaktivity s poruchou soustředění v detailu.....	18
2.4.2 Příznaky syndromu hyperaktivity s poruchou soustředění.....	19
2.4.3 Komorbidní poruchy .....	20
2.5 Ovlivnění projevů ADHD .....	20
2.6 Základní léčebné přístupy .....	21
2.6.1 Medikace syndromu hyperaktivity s poruchou soustředění .....	22
2.6.2 Behaviorální terapie, psychoterapie .....	24
2.6.3 Domácí terapie.....	24
2.6.4 Alternativní a přírodní terapie .....	25
2.6.5 Speciální pohybová terapie.....	25
3 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S ADHD.....	26
3.1 Současný systém péče o žáky .....	27
3.1.1 Pedagogicko-psychologické poradny (dále jen „PPP“) .....	27
3.1.2 Speciálně pedagogická centra (dále je „SPC“).....	28
3.1.3 Střediska výchovné péče (dále jen „SVP“) .....	28
3.1.4 Dys-centra.....	29
3.2 Specifické poruchy učení a chování.....	29
3.2.1 Specifické poruchy učení .....	29
3.2.2 Specifické poruchy chování (dále jen „SPCH“).....	30
3.2.3 Syndrom ADHD jako specifická porucha chování a učení.....	31
3.2.4 Speciální vzdělávací potřeby .....	34
3.2.5 Individuální vzdělávací plán.....	35
3.2.6 Asistent pedagoga.....	36

4	PROBLÉMOVÉ DÍTĚ S ADHD VE ŠKOLE .....	36
5	RODINNÉ VZTAHY .....	41
5.1	Sourozenectví .....	41
6	SPOLEČENSKY NEBEZPEČNÉ JEVI .....	42
6.1	Lhaní .....	42
6.2	Krádeže .....	42
6.3	Záškoláctví .....	43
6.4	Útěky .....	43
6.5	Toulky .....	44
6.6	Drogy .....	44
7	ADHD V DOSPĚLOSTI .....	46
8	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	49
8.1	Cíl práce .....	49
8.2	Výzkumná otázka .....	49
9	METODIKA .....	50
9.1	Použitá metoda, technika .....	50
9.2	Výzkumný soubor .....	51
9.3	Analýza dat .....	52
10	VÝSLEDKY .....	54
10.1	Osobní charakteristiky komunikačních partnerek .....	54
10.2	Výsledky rozhovorů .....	56
11	DISKUZE .....	74
12	ZÁVĚR .....	88
13	ZDROJE .....	90
14	PŘÍLOHY .....	96
	Příloha č. 1 - Informovaný souhlas .....	96
	Příloha č. 2 - Otázky na polostrukturovaný rozhovor .....	97
	Příloha č. 3 - Komunikační partnerka K1 .....	98
	Příloha č. 4 - Komunikační partnerka K2 .....	101
	Příloha č. 5 - Komunikační partnerka K3 .....	104
	Příloha č. 6 - Komunikační partnerka K4 .....	107
	Příloha č. 7 - Komunikační partnerka K5 .....	111
	Příloha č. 8 - Komunikační partnerka K6 .....	114
	Příloha č. 9 - Komunikační partnerka K7 .....	119



*Teplo "rodinného hnízda" poskytuje duchovnu téměř celoživotně pocit klidu, bezpečí a jistoty.*

*Erich von Däniken*

## **1 RODINA**

### ***1.1 Definice rodiny***

Určení jednoznačné definice rodiny je velmi obtížné. Každá vědní disciplína pohlíží na rodinu z jiného úhlu pohledu.

V sociologickém slovníku nalezneme definici J. Jandourka (2007), který tvrdí, že rodinou rozumíme dlouhodobé soužití osob, které je soudržné. Mezi tyto osoby podle něj patří především rodiče a děti a dále osoby, které jsou spjaté příbuzenskou vazbou (Jandourek, 2007).

Dle Trapkové (2016) můžeme být i méně precizní a definovat rodinu podle toho co nám osobně přináší, proč ji zakládáme a co od ní očekáváme: rodina je místo, kde člověk nalezne lásku, porozumění, podporu, úctu k sobě i ostatním, přátelství, pocit jistoty a bezpečí, sebepoznání, načerpání nové energie, získání zkušenosti, že lidský život a city jsou důležitější než vše ostatní.

Výrost a kol. (1998) ve své knize Aplikovaná sociální psychologie cituje definici J. Langmaiera a M. Kňourkové, která zní: „Rodina je institucionalizovaná biosociální skupina, vytvořená přinejmenším ze dvou členů odlišného pohlaví, mezi nimiž neexistují pokrevní pouta, a z jejich dětí.“, a dále cituje i definici J. Odehnala: „Rodina je jakýmsi nejuniverzálnějším socializačním činitelem, který poskytuje jedinci identifikační vzory, seznamuje ho s předpokládaným chováním pro mužskou a ženskou roli. Učí jedince reagovat žádoucím způsobem v procesu interakce a umožňuje mu i praktické ověření získaných dovedností v rámci rodiny. Uplatňuje se jako regulátor chování jedince a poskytuje mu společensky žádoucí normy. Pod vlivem rodinného působení se vytváří postoje k personálnímu okolí, sobě samému i společnosti obecně.“

Matoušek (2013) uvádí, že rodina je unikátní a nenahraditelná instituce, která má nenahraditelný význam jak pro děti, které v ní mohou získat základní pocit jistoty, bezpečí, mohou si od rodičů osvojit dovednosti, postoje a hodnotovou orientaci,

ale i pro dospělé, jelikož mít stálého partnera je vysoce ceněná hodnota ve společnosti. Funkce rodiny je velmi důležitá také v období, kdy dítě přestává žít jen v kruhu rodiny, pouze s matkou, otcem a sourozenci, a kdy začíná poznávat i své okolí, například když začne navštěvovat mateřskou školu, nebo zájmové kroužky, kde se setkává se svými vrstevníky z různých společenských vrstev a z různých sociálních poměrů (Trapková, 2016).

Podle Dunovského (1999) je rodina schopna plnit své funkce pouze za přítomnosti obou rodičů, kteří jsou důležití pro zdravý a emocionální vývoj dítěte. Dunovský (1999) zastává také názor, že funkce rodiny se vyvíjí a mění v souvislosti se změnami, které probíhají ve společnosti a které ovlivňují vnitřní strukturu rodiny a dále, že dnešní moderní rodina by měla plnit 4 základní funkce: biologicko-reprodukční, ekonomicko-zabezpečovací, socializačně-výchovnou a emocionální.

Jak uvedl Dunovský (1999), rodiče nemají pouze právo, vychovávat a starat se o své děti, ale je to také jejich morální povinnost. To, že mají rodiče právo na výchovu svých dětí je uvedeno v Listině základních práv a svobod, konkrétně v článku 32.4, kde stojí, že péče o děti a jejich výchova je právem rodičů (zákon č. 2/1993 Sb.). Dle Katechismu, křesťanské nauky pro věřící, jsou rodiče prvními a hlavními vychovateli svých dětí (Tomášek, 2012) a dále například v Kodexu kanonického práva, v přehledném a sjednoceném souboru církevních předpisů římskokatolické církve, mají rodiče zakotveno právo a povinnost vychovávat děti (Zedníček, 1994).

Dle Erika Eriksona (2015) má rodina, jako jeden z hlavních úkolů, poskytovat dítěti ochranu a to zejména v období, kdy to nejvíc dítě potřebuje, kdy je na péči rodičů závislé a nedokáže se o sebe samo postarat. Dále má rodina dávat dítěti pocit bezpečí, který se rozvíjí v prvním roce života dítěte, kdy si dítě buduje základní pocit důvěry, anebo nedůvěry ve svět (Erikson, 2015). Celkově rodina dítěti umožňuje jeho tělesnou, duševní, duchovní existenci a rozvoj (Erikson, 2015).

Psycholog Pavel Říčan (2013) vidí rodinu jako oázu ve světě, místo otevřené pro lidské vztahy, upřímnost a opravdovost. Důležitou roli podle něj nehraje výkon ani prestiž, ale soudržnost neboli rodinná koheze, kdy jsou mezi členy rodiny pevné vztahy a jsou schopní se navzájem ochraňovat v nepříznivých situacích, ale přesto je taková rodina otevřená vnějším vlivům, se kterými se umí vypořádat, a zároveň se její členové necítí být izolováni (Říčan, 2013).

J. Výrost a I. Slaměník ve své knize uvádí, že moderní rodina přesto, že pozbyla některé ze svých funkcí dřívějších, má čtyři základní funkce:

1. funkci biologicko - reprodukční – tato funkce rodiny má význam jak pro společnost jako celek, tak také pro jedince, kteří rodinu tvoří, a proto je také v zájmu společnosti, aby se rodil optimální počet dětí, který tyto perspektivy naplní (Kraus, 2008).
2. funkci ekonomickou – členové rodiny se zapojují do výrobní i nevýrobní sféry v rámci výkonu určitého povolání a současně se rodina sama stává významným spotřebitelem, na němž je značně závislý trh (Kraus, 2008).
3. funkci výchovnou – rodina je první sociální skupina, která učí dítě přizpůsobovat se životu, osvojovat si základní návyky a způsoby chování běžné ve společnosti, a připravuje děti a mladistvé na vstup do praktického života (Kraus, 2008).
4. funkci emocionální - žádná jiná instituce nedokáže vytvořit podobné a tak potřebné citové zázemí, pocit lásky, bezpečí a jistoty, jako rodina a tak podstata a smysl rodiny nemohou být nikdy proměněny (Kraus, 2008).

Základní účel rodiny by měl být jasný – plodit a vychovávat své potomky (Kraus, 2008). Při podrobnějším zkoumání ale zjistíme, že rodina sama o sobě je výjimečné společenské uspořádání, které je výhodné pro všechny její členy po stránce fyzické i duševní, a to tehdy, když děti v rodině ještě jsou, i tehdy, když už nejsou (Trapková, 2016).

Froncois de Singly (1999) ve své knize Sociologie současné rodiny napsal, že funkcí rodičů je přispívat k biologické a sociální reprodukci společnosti a pokusit se z jedné generace na druhou udržet, a je-li to možné, i zlepšit postavení rodiny v sociálním prostoru a jestliže se přesto moderní rodina nepodobá rodině tradiční, je to proto, že se změnilы prostředky, kterými se dosahuje udržení nebo zlepšení postavení rodiny.

Dle Sirovátky a Hory (2008) se v České republice změnilы postoje k rodičovství i reprodukční strategii, pronatalitní postoje jsou na ústupu a lidé hodně slevují z ideální představy mnohočetné rodiny a většinou se vyslovují pro dvě děti, ale v reálu ani tohoto počtu většinou nedosahují.

Dětský psycholog profesor Matějček (1994) ve své knize uvedl, že rodina je lidskému rodu dána a pokud bude lidstvo existovat, bude existovat i rodina, což je zakódováno v samých biologických základech našeho lidství, protože aby lidé přežili, musejí si

pomáhat a musí rozdělit své role do určitých funkcí, jež by umožňovaly násobit jejich sílu a mohli ochraňovat potomky, a jako nejpraktičtější uspořádání, je uspořádání nukleární rodiny, protože jedině zakotvený člověk může totiž podnikat dobrodružné výpravy do světa poznání a přání, a ten, komu tato jistota chybí, často nenalezne ani sám sebe.

Dle Možného je nesporné, že rodina hraje v životě dítěte podstatnou roli. Ovlivňuje jeho životní šance, pomáhá mu dosahovat výkony ve škole, rozhoduje o jeho úspěších při zkouškách, a tím mu otevírá nebo zavírá bránu k vyššímu vzdělání a skrze něj k určitým povoláním a společenským postavením (Možný, 2008).

Z hlediska porovnání rodin ve vztahu k ADHD upozorňuje Michalová, Pešatová a kol. (2015), že se v rodinách dětí postižených ADHD významně častěji než v rodinách kontrolních vyskytuje nesoulad mezi rodiči, velký počet jedinců v rodině, nižší až nízký socioekonomický status rodiny, kriminalita rodičů, apod.

### ***1.1.1 Definice rodiny v právním řádu České republiky***

V českém právním řádu je rodina zakotvena v novém občanském zákoníku, platném od roku 2014, kde je uvedeno, že rodina, rodičovství a manželství požívají zvláštní zákonné ochrany, ale konkrétní definici rodiny zákoník neobsahuje (Zákona 89/2012 Sb.) Předchozí občanský zákoník, který byl platný od roku 1964 až do konce roku 2013, také definici rodiny neobsahoval, o jejím vzniku pojednával pouze v souvislosti s uzavřením manželství, jehož účelem je založení rodiny (Zákon 40/1964 Sb.).

### ***1.2 Pojem „Dítě“***

*Malé děti jedí chléb rodičů, velké jejich srdce.  
Karolina Světlá*

Pojem dítě je pojmem obtížně definovatelným, protože veřejnost užívá tento pojem v širokých souvislostech.

Dle Úmluvy o právech dítěte se pro účely této úmluvy dítětem rozumí každá lidská bytost mladší 18 let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve (Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb.)

Psycholog Zdeněk Helus (2009) dítě definuje takto: „*Dítětem je jedinec nacházející se v určitém věkovém rozmezí, které lapidárně označíme jako dětský věk.*“

### ***1.2.1 Dítě s hendikepem***

Není větší štěstí na světě, než když se rodičům narodí zdravý potomek a je zcela jedno, zda je to holčička či chlapeček, ale ne vždy to tak je a ne všichni rodiče mají to štěstí (Kokešová, 2014). Narození dítěte s tělesným, mentálním, či často i kombinovaným postižením, je velkým zásahem do rodinného a osobního života s dlouhodobými, někdy celoživotními důsledky, což ovlivňuje jak manželské vztahy, sourozenecké vztahy, tak i život pečující osoby (Kokešová, 2014). Často dochází k rozpadu manželství po narození hendikepovaného dítěte a pečující osoba, ve většině případech matka, zůstává na veškerou péči o hendikepované dítě sama (Kokešová, 2014).

Pokud se narodí dítě, které netrpí tělesným postižením, což je na první pohled vidět, může se v pozdější době přijít na to, že jeho vývoj neprobíhá tak jak by měl a dítě může být mentálně či duševně postižené, ale projevy duševního onemocnění od normálního chování je u dětí často velmi těžké rozlišit (Kokešová, 2014). Řada rodičů si navíc něco takového nechce připustit, a přitom by odborná péče mohla výrazně pomoci celé rodině a dětem samozřejmě především, protože duševní onemocnění dětí má často vliv na úspěchy ve škole i v jejich osobním životě (Kokešová, 2014).

Mezi časté duševní problémy patří úzkostné poruchy, poruchy pozornosti, autismus, poruchy příjmu potravy, poruchy nálady, schizofrenie a hyperaktivita či hyperaktivita s poruchou soustředění (Matoušek, 2003).

Dle Matouška (2003) je rozpoznání mentální retardace snadné tehdy, když jde o poruchu vážnou, patrnou v opoždění pohybového vývoje dítěte už během prvních měsíců, nebo jde-li o poruchu, která se projevuje typickými tělesnými znaky. Méně závažné poruchy se objeví později a není snadné je odlišit od poruch smyslových (Matoušek, 2003).

## 2 SYNDROM HYPERAKTIVITY S PORUCHOU POZORNOSTI

### 2.1 Definice hyperaktivity

Jucovišová, Žáčková (2010) tvrdí, že hyperaktivita je zvýšená psychická i fyzická aktivita člověka, která je spojená s nadměrnou činností člověka, jejíž hlavními příznaky je ošívání se, poskakování, nervozita nebo nadměrný pohyb dítěte nebo dospělého jedince a je doprovázena neschopností soustředit se, dítě má problémy s řešením zadaných úkolů, nadměrně mluví a dělá mu problémy udržet své tělo i pusu v klidu, hlavně později při nástupu do školy. Je důležité rozlišovat skutečnou hyperaktivitu a aktivní a impulsivní chování, které provádí normální zdravé dítě (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Příčiny vzniku hyperaktivity u dětí bývají někdy nejasné, ale jako nejčastější bývá uváděno drobné difúzní poškození mozku, které vzniká negativním působením různých vlivů v období těhotenství, v době porodu, nebo v raném dětství (Jucovičová, Žáčková, 2010). Je známá skutečnost, že náchylnější k různým druhům poruch jsou chlapci, častěji se dědí hyperaktivita po mužské linii (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Jucovičová a Žáčková (2010) uvádí, že výskyt syndromu ADHD, který jsou odborníci schopni zjistit až u dítěte staršího tří let, se u nás pohybuje zhruba u tří až pěti procent školáků, a to častěji u chlapců nežli dívek. U lidí, kteří trpěli syndromem ADHD v dětství, se tato porucha často objevuje opět v období dospívání a bohužel přetrvává až do dospělosti, kdy jsou to většinou děti s průměrnou až nadprůměrnou inteligencí, a těch s nadprůměrnou inteligencí v poslední době přibývá (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Dle Papežové (2010) se syndrom ADHD podle současných studií objevuje dokonce v 5 až 10% zastoupení u školních dětí, přičemž dříve převládal názor, že příznaky odezní v adolescenci, ale dle současných studií si bohužel až 80% dětí nese příznaky i v období adolescence a 60% si je v určité formě nese i v dospělosti.

Prevalence v Evropě se dle Polancyka (2007) pohybuje v rozmezí 3–9 %, kdy uvádí, že je rozdíl mezi severní a jižní polokoulí, přesto globální celosvětová prevalence byla vypočtena na 5,3 % lidí se syndromem ADHD. Antal (2013) ve své knize uvádí, že je trojnásobně větší výskyt ADHD u chlapců než u děvčat, a dále pokud je u jednoho z rodičů diagnostikováno ADHD, tak je asi 60% pravděpodobnost, že i jeho děti budou mít ADHD a pokud je u obou rodičů diagnostikován ADHD, tak je 95% pravděpodobnost, že jejich děti budou mít syndrom ADHD, což ale funguje i v opačném

případě, kdy je dítěti zjištěno ADHD, tak je 40% pravděpodobnost, že jeden z rodičů má tuto poruchu také.

Zákony dědičnosti dle Matějčka, Pokorné, Karger (2004) začínají působit od chvíle početí a uplatňují se v celém životě, až do chvíle poslední, kdy jsou ovšem už ovlivněny nejrůznějšími vlivy z okolního prostředí, takže je v čisté podobě vlastně jen málokdy můžeme zachytit.

## ***2.2 Syndrom hyperaktivity s poruchou pozornosti (dále syndrom ADHD)***

Terminologie užívaná k označování hyperaktivních dětí se měnila podle pojetí jejich problematiky a na základě nových poznatků o ní, kdy první poznatky o hyperaktivních dětech lze u nás i ve světě zachytit od konce první poloviny dvacátého století (Jucovišová, Žáčková, 2010). V roce 1930 byl poprvé použit, později ve světě běžně používaný termín „minimální mozková dysfunkce“ (MBD), podle kterého byl i u nás používán termín „malá mozková dysfunkce“ (MMD), ale od druhé poloviny dvacátého století se u nás začal používat termín „lehká dětská encefalopatie (LDE), ale od šedesátých let dvacátého století se začal pomalu prosazovat termín „lehká mozková dysfunkce“ (LMD), který se používal do druhé poloviny devadesátých let dvacátého století, kdy se stal běžným jak pro odbornou, tak i pro laickou veřejnost (Jucovišová, Žáčková, 2010). V současnosti se pro hyperaktivní děti používají, dle Mezinárodní klasifikace nemocí WHO, nejčastěji dva termíny, a to hyperkinetická porucha a její subtypy – porucha pozornosti a aktivity a hyperkinetická porucha chování, v české terminologii se setkáváme s označením „syndrom deficitu pozornosti spojených s hyperaktivitou (ADHD)“ nebo „syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity (ADD)“ (Jucovišová, Žáčková, 2010).

ADHD je anglickou zkratkou neurovývojové poruchy s názvem Attention Deficit Hyperactivity Disorder, přeloženo do češtiny jde o hyperaktivitu s poruchou pozornosti a v českém odborném tisku se setkáme s názvem hyperkinetická porucha (Asociace dospělých pro hyperaktivní děti, 2009). Jedná se o neurovývojovou poruchu charakteristickou především poruchou pozornosti, impulzivitou a hyperaktivitou, kdy se všechny tyto příznaky projevují už od raného dětství, a s dozráváním jednotlivých struktur CNS se mohou jednotlivé deficity zmírňovat,

ale v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku však přetrvávají, neboť i jejich chování se vlivem dozrávání mění (Asociace dospělých pro hyperaktivní děti, 2009). ADHD je také vysoce rizikovým faktorem pro vznik dalších psychiatrických poruch (Asociace dospělých pro hyperaktivní děti, 2009).

Dle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 nese skupina těchto poruch název hyperkinetické poruchy (F90), které se řadí mezi poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětském věku, tj. v prvních pěti letech života, s přidruženými rysy u hyperkinetické poruchy, které jsou dezinhibice nebo impulsivita v sociálních vztazích, snížená předvídatelnost nebezpečí, pohybová neobratnost a poruchy učení (Michalová, Pešatová, 2012).

Dle MKN-10 se dělí na dva hlavní typy:

1. F90.0 Poruchy aktivity a pozornosti
2. F90.1 Hyperkinetická porucha chování. (Michalová, Pešatová, 2012).

### ***2.3 Vznik syndromu hyperaktivity s poruchou pozornosti***

Dle Riefové (2010), Drtílkové (2007) jsou příčiny vzniku ADHD různorodé, a ani moderní medicína není schopna je dodnes vysvětlit. Příčin je mnoho a navzájem se kombinují. Nejčastěji jde o vliv genetických činitelů (pět krát větší riziko dědičnosti v mužské linii), ale odborníci se domnívají, že může jít i o další negenetické faktory jako je např. nedostatečné množství dopaminu či noradrenalinu (Riefová, 2010; Drtílková, 2007). Drtílková (2007) ve své knize rozděluje příčiny vzniku ADHD podle období vývoje dítěte, kdy uvádí, že příčinou vzniku ADHD v období prenatálním může být například onemocnění či úraz matky v těhotenství, kouření, alkoholismus, nebo nadměrné užívání léků, apod., v období perinatálním to může být předčasný, komplikovaný či protahovaný porod a v postnatálním období příčina vzniku ADHD může být úraz dítěte, infekce či nedostatečná výživa.

Drtílková a Šerý (2007) ve své knize uvádějí, že podle současných názorů je příčina heterogenní, mohou se uplatňovat genetické i negenetické faktory spojené s neuroanatomickými a neurochemickými inzulty, které zasahují prenatálně.



Dle Jucovičové a Žáčkové (2010) příčiny vzniku hyperaktivity jsou často nejasné a nepodaří se je odhalit, je zřejmé, že se u dětí jedná vždy o problematiku vrozenou, nebo časně získanou, a že se jedná o obtíže, které dítě samo z velké míry nemůže ovlivnit, ale vhodně zvolenou terapií a výchovným přístupem je lze ovlivnit, aby nebyly pro děti zatěžující.

Goetz a Uhlíková (2009) uvádí, že ADHD má až z 80% dědičný základ a vnější a ostatní faktory se podílejí minimálně.

Ve studii Biedermana, Faraoneho, Micka et al. (1995) zjistili 57% prevalenci ADHD mezi dětmi rodičů trpících ADHD, zatímco u potomků pacientů, u kterých bylo ADHD zachyceno v dětství, pouze 15%.

#### ***2.4 Diagnostika syndromu hyperaktivity s poruchou soustředění***

Diagnózu ADHD není snadné určit. Je totiž závislá na několika vzájemně souvisejících faktorech a na tom, do jaké míry ovlivňují každodenní život jedince, a proto je nutné kromě fyzického a psychického vyšetření dítěte vyhodnocovat také informace od osob, se kterými přichází dítě do styku, především od rodičů a učitelů (Asociace dospělých pro hyperaktivní děti, 2009).

Michalová a Pešatová (2012) uvádí, že za klíčové symptomy ADHD se považuje nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Aby bylo možné stanovit dítěti diagnózu ADHD, je nutno vyloučit duševní poruchy, respektive stanovit, zda se u klienta místo ADHD nejedná například o pervazivní vývojové poruchy, nebo psychotické poruchy, poruchy nálad, úzkosti či poruchy osobnosti (Michalová, Pešatová, 2012).

Přidružené problémy jedinců s ADHD bývají časté, 52% dětí s ADHD má zhoršenou motorickou koordinaci, 25 – 50% dětí mívá častěji zdravotní problémy typu alergie, astma enurézy apod., asi 46% dětí trpí větší úrazovostí, 55% dětí trpí poruchou spánku a je unavených po probuzení, a u 44% dětí se projevuje další psychická porucha, nejčastěji symptomy úzkosti, deprese, nižšího sebehodnocení (Michalová, Pešatová, 2012).

U ADHD je dle Nierenberga et. al. (2005) těžká diferenciální diagnostika a často se ADHD chybně zaměňuje za duševní onemocnění pod názvem „bipolární porucha“, dříve označované jako maniodepresivní psychóza.

#### ***2.4.1 Projevy syndromu hyperaktivity s poruchou soustředění v detailu***

- duševní napětí
- snadné podléhání frustraci (rozladění z prvního neúspěchu a nedostatek vůle dále se snažit)
- psychomotorický neklid projevující se v potřebě častého střídání podnětů (nevydrží u jedné věci, musí střídat činnosti)
- potíže s udržení pozornosti a soustředěním
- impulsivita, náhlé výbuchy vzteku,
- emoční labilita - často neadekvátní smích nebo naopak křik, pláč, stěžování si
- potíže svěřit se se svými problémy a pocity
- popudlivost
- potíže s učením (učení vede k vyčerpání, potíže s vypracováním domácích úkolů atd.)
- problém při dělení se o hračky (děti s ADHD často nechtějí půjčovat své hračky ostatním dětem nebo pokud si hračku půjčí, nechtějí ji vrátit)
- večer tyto děti bojují s únavou, nechtějí jít spát
- tyto děti mají často tendenci lhát
- někdy tyto děti simulují somatické problémy (např. bolesti břicha) aby
  - upoutaly pozornost nebo
  - nemusely vykonat to, co se po nich žádá (uklidit hračky, jít do školy/školky), atd.
- agresivita vůči blízkým osobám a spolužákům (ve školce, škole)
- při hraní si a soustředění pozornosti na jednu věc často dítě ignoruje své okolí a další podněty z něj, při vytržení z tohoto jednosměrného soustředění může být dítě rozezleno (Mlčoch, 2013).

Ve většině případů se u dětí ADHD odhalí již v prvních měsících školní docházky a zkušený pedagog by na to měl upozornit rodiče (Mlčoch, 2013).

Typické pro děti s ADHD je, že jejich výkony, a to zejména školní, neodpovídají jejich schopnostem, výkony bývají na nižší úrovni, mají výrazný rozpor mezi intelektovými schopnostmi dítěte a jeho výkonovou kapacitou, což ovlivňuje negativně zejména školní výkon dítěte a učitelé často udávají, že dítě pracuje pod úrovní svých schopností, že kdyby se učilo a dávalo pozor, byly by jeho výsledky mnohem lepší a ve většině případů i nadprůměrně inteligentní dítě s ADHD, jehož školní výkon je dobrý, pracuje svým způsobem pod úrovní svých schopností (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Po psychické stránce bývají děti labilní, impulzivní, nerespektující jakákoliv pravidla, svými vrstevníky odmítány a z toho důvodu může pro ně být těžké udržet si přátelství. (Riefová, 2010).

#### ***2.4.2 Příznaky syndromu hyperaktivity s poruchou soustředění***

Jak uvádí Jucovičová a Žáčková (2010) neklidné a nesoustředěné děti zde zřejmě vždy byly, jsou a rozhodně i budou, kdy i v českém jazyce je velmi živým dětem „věnován“ speciální termín „děti z hadích ocásků“.

Nejvíce nápadné jsou děti s převládající nadměrnou aktivitou, naopak děti s převahou příznaků pramenících z poruchy pozornosti mohou působit jako zasněné, netečné, líné a nedbalé (Asociace dospělých pro hyperaktivní děti, 2009).

Jako základní vlastnosti typické pro děti s ADHD je možné uvést:

- Deficit pozornosti – děti mají problémy udržet pozornost nebo se volně zapojit do plnění zadaných úkolů, které se opakují, nebo jsou nudné, nebo hodně těžké, následkem toho dítě začne ztrácet pozornost a odvede ji k nějakému pro něj zajímavějšímu podnětu (Paclt, 2007)
- Impulzivita – rychlé, neadekvátní reakce dětí na jakýkoliv impuls, na jakýkoliv podnět, na signály nebo události, kdy jednájí bez přemýšlení, jsou netrpěliví, nedočkaví, např. skáčou druhým do řeči, říkají nevhodné věci, pošťuchují ostatní, což může vést k problémům s navázáním a hlavně udržením přátelství (Munden, Arcelus, 2006). Často se děti zapojují do činností, které mohou být pro ně velmi nebezpečné (Paclt, 2007).

- Hyperaktivita – děti jsou plné energie, nedokáží chvilku tiše sedět, často dělají nadbytečné pohyby, hrají si s věcmi bez ohledu na okolí a situaci, ošívají se a vypadají neklidně (Train, 2001). Paclt (2007, str. 14) ve své knize uvádí, že: "*Hyperaktivita je nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity.*"

Dle Jucovišové a Žáčkové (2010) (ve vnímání problematiky dětí s ADHD) dochází s novými poznatky, které věda přináší, k posunu nejenom v terminologii, ale i v názorech na příčiny vzniku poruchy, na změny poruchy ve vývoji dítěte a rozlišuje se i výčet příznaků, které porucha vykazuje.

### **2.4.3 Komorbidní poruchy**

Nejčastějšími komorbidními poruchami u dětí jsou specifické vývojové poruchy motorické funkce a školních dovedností (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie), poruchy chování a zneužívání návykových látek, tikové poruchy (včetně Touretteova syndromu), emoční poruchy (deprese a hypomanické stavy), poruchy spánku, úzkostné poruchy, enuréza a balbuties, kdy komorbidita ADHD v dětství výrazně zvyšuje výskyt psychiatrických poruch v dospělosti, což bylo zjištěno longitudinálními studii (Malá, 2005).

### **2.5 Ovlivnění projevů ADHD**

Jucovičová a Žáčková (2010) uvádí, že láska a klid v rodině tvoří základ pro další výchovné postupy, dítě by mělo vyrůstat v atmosféře a v prostředí, v němž je pozitivně přijímáno takové, jaké je, a ne jaké by mělo být. Rodiče i pedagogové by měli zůstat klidní, laskaví, trpěliví a vyrovnaní, pokud možno i ve vypjatých, afektivních situacích, a tím dát zároveň příklad dítěti, jak se má samo v podobných situacích zachovat (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Dle psychologa Nováka (2013) je důležité, aby rodiče u svých dětí budovaly výchovou zdravé sebevědomí, aby děti nepochybovaly o své vlastní hodnotě, a věřily díky tomu v sebe i ve své okolí, protože pokud rodiče nezvolí správný přístup k dítěti, například extrémními výchovnými styly, mohou napáchat nenapravitelné škody na dětské duši, přičemž autoritativní, direktivní výchovné styly na straně jedné i ochranné,

rozmažující výchova na straně druhé, vedou k deformaci dětské osobnosti. Najít sto procentně úspěšný, univerzální přístup k výchově dítěte, je dle psychologa Nováka (2013) velmi těžké, téměř nemožné, přesto lze vytipovat základní chyby, které negativně ovlivňují sebevědomí dětí a vlastně posléze i dospělých jedinců. Podle psychologa Nováka (2013) je nejvhodnější uvolněný, demokratický přístup k dítěti, se zdůrazňováním kladného přijetí dítěte a psychického otužování.

Je velmi důležité, aby rodiče děti naučili, že mají své potřeby vyjadřovat slovy než skutky a pokud děti chtějí něco okolí sdělit, že se například zlobí, a že se jim něco nelíbí, nemusí trhat své věci a kopat do rodičů, aby to rodiče a další zúčastnění pochopili (Sheedyová-Kurcinková, 1998).

Dítě by se mělo naučit, že své osobní zájmy a potřeby musí sladit a někdy i podřídit potřebám a nárokům ostatních a dodržovat pravidla, které rodiče a pedagogové stanoví, což ale vždy neznamená omezování svobody dítěte (Jucovičová, Žáčková, 2010).

## ***2.6 Základní léčebné přístupy***

Porucha pozornosti s hyperaktivitou i bez je dána odlišným fungováním CNS a není plně vyléčitelná, ale existují postupy, které mohou symptomy této poruchy potlačit natolik, že jedinec s ADHD může žít spokojený plnohodnotný život a dostát nárokům moderní společnosti (Čermáková, Papežová, Uhlíková, neuvedeno). Odborníci se shodují v tom, že nejúčinnější je komplexní přístup - pro děti úprava výchovných (a vyučovacích) metod, pro dospělé úprava životního a pracovního prostředí, používání pomůcek (diáře apod.), pravidelná životospráva, svépomocné aktivity, psychoterapie a medikace, neboť čím bude péče komplexnější, tím může být úspěšnější, přestože u každého člověka je jiná míra obtíží, každý člověk má individuální potřeby, a tomu by měl být přizpůsoben i stupeň péče (Čermáková, Papežová, Uhlíková, neuvedeno).

Dle Hrdličky (2007) je léčebný přístup k ADHD excelentním příkladem komplexní práce pedopsychiatra, který terapeutický čas rozdělí mezi pacienta a jeho rodinu, spolupracuje se školou a všemi, kteří se o dítě starají. Komplexní bio-psycho-sociální přístup nachází u ADHD oporu nejen z pohledu zdravého rozumu, ale jako optimální je ověřen v klinických studiích (Hrdlička, 2007). V roce 2006 byly vytvořeny první české doporučené postupy pro léčbu hyperkinetické poruchy, které vyšly z analýzy dostupných

světových klinických poznatků pro léčbu ADHD a z reálných možností ve zdravotnickém systému ČR (Hrdlička, 2007).

### ***2.6.1 Medikace syndromu hyperaktivity s poruchou soustředění***

Vilímovský (2015) tvrdí, že vhodná medikace u dětí trpících ADHD může představovat zásadní zlomový bod ve zmírnění projevů hyperkinetického syndromu a úprava nežádoucích projevů chování prostřednictvím psychofarmak může napomoci dítěti lépe zvládnout požadované vzorce chování a může alespoň částečně změnit náhled na jeho chování. Přestože přesná příčina ADHD nebyla ještě zjištěna, mezi lékaři existuje nejčastější shoda v názoru, že ADHD má fyziologický základ a že mnohé problémy hyperkinetickým syndromem způsobené souvisí s činností neurotransmiterů, což lze farmakologicky do určité míry ovlivnit. V některých lehčích případech ADHD postačí nefarmakologická intervence, medikace není nutná, ale v dnešní době se medikace považuje za první krok v léčbě ADHD (Vilímovský, 2015).

Přestože v USA bývají často léky používané k léčbě ADHD nadužívány, u nás často není medikace, ze strachu z vedlejších účinků, dopřána ani jedincům, kteří se bez ní neobejdou (Pavlas, Martanová, 2011).

Užívat stimulanty v případě hyperaktivity se může zdát paradoxní, ale musíme si uvědomit, že ADHD neznamená nadbytek aktivity, ale neschopnost odpočinku z důvodu nadměrné aktivity, což má za následek sníženou schopnost soustředění (Pavlas, Martanová, 2011). Hyperaktivita je tedy často vyvolána únavou a užívané stimulanty pomohou v centrálním nervovém systému upravit dopaminergní a noradrenergní přenos informace, čímž se zvýší schopnost soustředění a pacient se i uklidní (Pavlas, Martanová, 2011).

Dle Pavlase a Martanové (2011) je často diskutovanou otázkou vliv předepisovaných stimulantů na vznik závislostí, ale výzkumy ukazují, že jedinci s ADHD léčení stimulanty naopak sahají k užívání nelegálních návykových látek mnohem méně často než nemedikovaní, navíc bývají v dětství i dospělosti úspěšnější a spokojenější. Pavlas, Martanová (2011) uvádí výsledky výzkumu Weissové et al. z roku 1993 - „Lidé, kteří podstoupili medikamentózní léčbu, v dospělosti méně často způsobují dopravní nehody, vidí své dětství pozitivněji, dopouštějí se menšího počtu krádeží na základní škole, mívají

rozvinutější sociální dovednosti a větší sebedůvěru, chovají se méně agresivně, nepotřebují poskytovat psychiatrická opatření, což znamená, že léčebná opatření v dětství poskytují vyšší záruku vymizení školních, pracovních a dalších obtíží.“ Medikace pomůže zmírnění příznaků, je však třeba mít reálná očekávání - neexistuje žádná zázračná pilulka, která by zcela změnila váš život, žádný lék ADHD nevyléčí, pouze zmírní či odstraní některé příznaky, např. upraví kvalitu pozornosti (Pavlas Martanová, 2011).

Dle Goetze (2009) délka léčby není jednoznačně stanovena, ale měla by pokračovat do dospělosti, protože ADHD výrazně narušuje kognitivní funkce, impulzivita a agresivita také přechází do dospělosti a je relativně vysoké procento pacientů s komorbidními poruchami, u kterých je nutná dlouhodobá terapie. Signifikantní zlepšení potvrzuje 9letá studie Swansonovy skupiny MTA s tím, že největší zlepšení bylo prvních 14 měsíců po nasazení medikace, pak bylo pozvolnější, dokonce někteří pacienti se po zlepšení zase zhoršili – většinou ti, kteří měli komorbidní poruchu chování (Goetz, 2009). Tuto problematiku podrobně rozebírá Goetz (2009), zrovna tak jako indikace s popisem studií terapie ADHD u předškolních dětí.

V odborném časopise zabývajícím se syndromem ADHD „Journal ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders“ (2015) se odborníci zabývali spojitostí mezi symptomy hyperaktivity (ADHD), které byly přítomny v době stanovení diagnózy a výstupy po léčbě u dětí a dospívajících ze šesti evropských zemí. Lékaři abstrahovali klinické záznamy od pacientů (6-17 let) s diagnózou ADHD mezi lety 2004 a 2007 a léčících se 2 roky, kdy léčba zahrnovala farmakologickou léčbu, členěnou podle druhu léku, behaviorální terapii, nebo obojí. Výsledek optimální úspěšnosti léčby byl definován jako kompletní kontrola symptomů u pacientů s ADHD a vysoká spokojenost s léčbou, a dále byl u pacientů, léčících se se specifickou poruchou chování, zjištěn nižší výskyt vedlejších příznaků ADHD a nižší výskyt doprovodných nemocí (Journal, 2014). Výzkum byl také zaměřen na zlepšení výkonnosti ve škole (Journal, 2014). Pacienti mající méně základních příznaků (hyperaktivity, impulsivity, poruch chování) a méně komorbidních příznaků, měli větší pravděpodobnost dosažení optimální úspěšnosti léčby (Journal, 2014). Potenciálně ovlivnitelné faktory léčby, které měly za cíl zlepšit nepozornost a školní výkony, byly následující: užívání léků na ADHD, angažovanost a spolupráce při léčbě (Journal, 2014). Výsledky snížených hodnot u vedlejších symptomů byly negativně spojeny s optimální úspěšností léčby a odbourání klíčových příznaků ADHD nebylo potvrzeno, ale výsledky naznačily, že mohou existovat

příležitosti k optimalizaci stávající léčby a vyvíjení nové léčebné strategie pro zlepšení základních a jaderných příznaků ADHD (Journal, 2014).

### ***2.6.2 Behaviorální terapie, psychoterapie***

Lékaři mají tendenci užívat k léčbě ADHD léky, ale dítěti s ADHD může také pomoci behaviorální terapie, jejíž jedním z cílů je organizace života jedinců s ADHD, kdy se při terapeutických sezeních mohou děti naučit, jak si zorganizovat čas ve škole i doma, jak si zorganizovat prostor kolem sebe, jak rozmístit předměty a jak si zaznamenávat důležité úkoly (Vilímovský, 2015). Terapeut dále jedince s ADHD učí, jak snížit projevy impulsivity, jak rychleji přemýšlet než konat a jak posílit a zvýšit sebevědomí jedinců s ADHD (Vilímovský, 2015).

Kratochvíl (2012) uvádí, že kognitivně behaviorální terapie (KBT) je psychoterapeutický směr, v němž terapeut pomocí rozhovoru pomáhá klientovi, aby si uvědomil svůj způsob zkrusleného myšlení a dysfunkčního jednání, terapie bývá zpravidla krátkodobá, zaměřuje se především na přítomnost a na konkrétní problémy, a stanovuje si funkční cíle, směřující k soběstačnosti klienta, který procvičováním získává dovednosti, zvládá situace a zvyšuje si sebevědomí a pocit vlastní kompetence. Pro klienty s ADHD se doporučuje KBT jako nejvhodnější psychoterapeutický směr, každému ovšem vyhovuje něco jiného a pomáhá-li klientovi psychoterapeut jiného směru, rozhodně není dobré ho měnit (Kratochvíl, 2012).

Psychoterapie umožní dítěti vyzpovídat se z problémů, které ho trápí, a pomůže dítěti najít způsoby, jak bojovat s ADHD a postupně měnit své chování a tréninkem sociálních dovedností se dítě naučí, jak se vhodně chovat ve společnosti (Kratochvíl, 2012).

### ***2.6.3 Domácí terapie***

Dle Vilímovského (2015) je každé dítě jiné, proto se domácí terapie nelze zcela generalizovat, ale pomoci by mohla rodičům kterákoli z následujících rad:



- Ukažte dítěti, že je milované i přes jeho handicap, protože pokud se budete soustředit jen na jeho negativní vlastnosti a neustále ho kritizovat, bude se dítě cítit méněcenné a naruší to jeho sebevědomí
- Prožijte se svým dítětem více času, ideálně o samotě, když není přítomen žádný jiný dospělý či dítě a zkuste ho přijmout takové, jaké je a ocenit jeho dobré vlastnosti.
- Zkuste dítě povzbudit v prospěšných aktivitách, jako je např. hudba, tanec, bojové umění, a podpořit jeho sebevědomí, ale nenuťte ho do něčeho, co nezvládá.
- Organizujte - vyhraďte dítěti tichý koutek, ve kterém se může jen učit, udržujte jeho věci v pokoji organizované a přehledně utříděné v šuplících a skříních a pokuste se ho motivovat, aby si i samo uklízelo pokoj a udržovalo své věci v pořádku.
- Při dávání pokynů dítěti mluvíte jednoduše, klidně, pomalu a zřetelně, udržujte oční kontakt a vyjadřujte se přesně k věci, dávejte dítěti pouze jeden úkol a až ten dokončí, dejte mu další.
- Snažte se udržovat pravidelný denní režim, včetně času na učení, zábavu, jídlo a spánek.
- Únava často zhoršuje příznaky ADHD, proto dbejte na dostatečný oddech (Vilímovský, 2015).

#### ***2.6.4 Alternativní a přírodní terapie***

Za těmito léčebnými metodami nestojí žádný seriózní vědecký výzkum, i když některé mohou fungovat:

- Jóga a meditace - jóga, meditace a relaxační cvičení mohou pomoci pacientům uklidnit svou mysl a naučit se disciplíně.
- Dieta - není pravda, že by cukr způsoboval či zhoršoval ADHD. Čemu je nutné se naopak vyhnout, je konzumace kofeinu.
- Léčba Biofeedback EEG - tato terapie zahrnuje pravidelná sezení, při kterých se dítěti aplikují na hlavu přísavky, které zobrazují elektrickou aktivitu jeho mozku. Tato terapie zatím přináší slibné výsledky (Vilímovský, 2015).

#### ***2.6.5 Speciální pohybová terapie***

Zemánková a Vyskotová (2010) ve své publikaci poukazují na to, že pohyb je projevem života a funkce lidského organismu, je signálem i nositelem informací o procesech

ve vnitřním prostředí lidského těla, ve vnitřních orgánech i o stavu mysli a proto ve své knize přináší vybraná cvičení určená především pro hyperaktivní děti, která jsou návodem jak pro rodiče, tak i pro učitele, a dále autorky v knize popisují, jak k ovlivnění pohybového systému dětí lze využít celou řadu metodik, kdy se jedná o komplexní systém, pomocí kterého můžeme pozitivně ovlivňovat psychomotorický vývoj dítěte jak v domácím prostředí, tak v prostředí školských či zdravotnických zařízení atd., kdy ve školském prostředí lze využít školské postupy, např. dle Kovalikové, Kadeřávkové, Montessori či waldorfského školství, ve zdravotnických zařízeních se využívají speciální kineziologické metody, které respektují poznatky vývojové kineziologie a psychologie a ve volném čase dětí mohou rodiče společně s dětmi cvičit jógu, či chodit plavat, tancovat orientální tance, a nebo se věnovat hippoterapii.

### **3 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S ADHD**

V současné době většina dětí u nás navštěvuje kolektivní dětské zařízení (jesle nebo mateřskou školu) nejméně jeden rok před nástupem do základní školy. Dle školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb.) se k předškolnímu vzdělávání přednostně přijímají děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky. Dle novely školského zákona se povinného posledního roku školky, předškolního vzdělávání, budou muset účastnit všechny děti a to nejpozději od počátku školního roku, který následuje po dni, kdy dítě dosáhne pátého roku věku, až do zahájení povinné školní docházky dítěte (zákon č. 561/2004 Sb.).

Předškolní vzdělávání podporuje rozvoj osobnosti dítěte, podílí se na jeho citovém, rozumovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů a vytváří základní předpoklady pro pokračování ve vzdělávání a napomáhá vyrovnávat nerovnoměrnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami (zákon č. 561/2004 Sb.).

Pokud má pedagog již v předškolním zařízení pochybnosti o dítěti, či o jeho zdravotním stavu, měl by doporučit rodičům návštěvu pedagogicko-psychologické poradny, kde odborníci zjistí, zda by nebylo vhodné odložit nástup dítěte do první třídy,

zda vývojová úroveň stačí pro vstup do školy nebo ne, nebo zda je vhodné doporučit nějaké speciální školské zařízení či podpůrné opatření.

ADHD nezpůsobuje výchova, nicméně vhodnými výchovnými postupy lze projevy této poruchy značně eliminovat a umožnit tak jedinci s ADHD fungovat v běžném prostředí a S. Riefová tvrdí, že právě dospělí (rodiče, učitelé, vedoucí kroužků, terapeuti a další) kolem dítěte s ADHD jsou zodpovědní za to, jak bude toto dítě prospívat, jak se mu bude dařit ve vztazích, ve škole i v běžném životě (Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2016).

Rodiče „zdravých dětí“ by se měli dozvědět víc o inkluzivních procesech, které ve škole probíhají a měli by vědět o vzdělávacích obtížích žáků se speciálními potřebami a programech, které byly vyvinuty, aby jim s učením pomohly (Lang, Berberichová, 1998).

### ***3.1 Současný systém péče o žáky***

V současné době, pokud mají rodiče pocit, že se jejich dítě nevyvíjí a neprojevuje jako jeho vrstevníci, existuje mnoho forem péče o děti již v předškolním a následně i ve školním věku, mezi kterou především patří:

- výchovní poradci, kteří pracují na všech typech a stupních škol (mateřských, základních, střední, speciálních i praktických) a poskytují pedagogicko-psychologické poradenství v oblasti výchovy a vzdělávání přímo ve škole,
- školní psychologové a školní speciální pedagogové, jejichž cílem je snižování rizika vzniku výchovných a výukových obtíží žáků, jejichž oblast působení sahá od diagnostiky až k následné péči o konkrétního jedince (Šauerová, Špačková a Nechlebová, 2012).

#### ***3.1.1 Pedagogicko-psychologické poradny (dále jen „PPP“)***

PPP se specializují na pomoc při výchově a vzdělávání žáků prováděním vyšetření dítěte na základě žádosti rodičů, nebo na žádost školského zařízení, svou pomoc neposkytují pouze dětem, žákům a studentům, ale i jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízeními (Šauerová, Špačková a Nechlebová, 2012).

Mezi hlavní činnosti PPP patří:

- posouzení připravenosti předškolních dětí na povinnou školní docházku a případné doporučení k odkladu školní docházky
- diagnostika speciálních vzdělávacích potřeb žáků a studentů včetně zjišťování specifických poruch učení
- poradenské služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji
- poradenství při výukových obtížích
- posouzení mimořádného nadání
- poradenství při volbě školy či povolání.

U dětí se ve většině případů provádí nejdříve psychologické vyšetření, protože je nutné znát aktuální intelektové schopnosti dítěte a následně speciálně-pedagogické vyšetření, které diagnostikuje případné poruchy učení a výsledkem vyšetření je zpravidla písemná zpráva a doporučení podpůrných opatření, kterou poradna předává zákonným zástupcům, kteří mají možnost zprávu poskytnout škole (Škola zvesela, 2015-2016).

### ***3.1.2 Speciálně pedagogická centra (dále je „SPC“)***

SPC jsou centra zaměřená pouze na klienty se zdravotním postižením a se zdravotním znevýhodněním a pracují zpravidla se žáky od 3 let věku až do 19 let (Šauerová, Špačková a Nechlebová, 2012). Tato centra jsou provozována ambulantně nebo jsou zřizována při speciálních školách a mnohdy se specializují na péči o žáky jednoho typu postižení tím, že zabezpečují speciálně pedagogickou, psychologickou a další potřebnou péči a tým pracovníků SPC tvoří psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník (Šauerová, Špačková a Nechlebová, 2012).

### ***3.1.3 Střediska výchovné péče (dále jen „SVP“)***

SVP jsou školská zařízení, která poskytují preventivně výchovnou péči dětem a mládeži s rizikem poruch chování nebo s již rozvinutými projevy poruch chování (Šauerová, Špačková a Nechlebová, 2012). Dle Šauerové et al. (2012) péči střediska poskytují ambulantně, některé z nich poskytují péči i pobytově, kdy o pobyt v těchto centrech žádají

většinou školy nebo sociální pracovníci, rodiče nejčastěji až ve vyhocené situaci. Na základě zjištění může SVP vydat rozhodnutí o zařazení dítěte do systému vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (Šauerová, Špačková a Nechlebová, 2012).

### ***3.1.4 Dys-centra***

Dys-centra jsou dobrovolná a nezisková sdružení občanů a právnických osob, které se zaměřují na problematiku dětí se specifickými poruchami učení (dále jen „SPU“) a se specifickými poruchami chování (dále jen „SPCH“), kdy své služby nabízejí jak dětem, tak jejich rodičům i pedagogickým pracovníkům (Šauerová, Špačková a Nechlebová, 2012). Dys-centra shromažďují informace, odborné materiály a dělají vzdělávací, konzultační, informační, publikační a dokumentační akce, ale také samotné reedukace a terapie dětí se SPU nebo SPCH, ale vzhledem k tomu, že nejde o státní zařízení, poskytované služby si musí klienti platit (Šauerová, Špačková a Nechlebová, 2012).

## ***3.2 Specifické poruchy učení a chování***

### ***3.2.1 Specifické poruchy učení***

Šauerová et al. (2012) uvádí, že specifické vývojové poruchy učení nepříznivě ovlivňují vzdělávací proces a osobnostní rozvoj jedince, negativně působí na rozvoj intelektových a kognitivních funkcí, ale každý jedinec má odlišné problémy, a tak se můžeme setkat se žáky, u nichž převládají obtíže pouze ve čtení, psaní, případně jen v matematice, ale je také možné, že se jednotlivé poruchy učení mohou u téhož žáka navzájem kombinovat. Obecně však platí, že SPU zasahují psychiku člověka a promítají se do sféry sociální i pedagogické, takto postižené děti bývají častěji neúspěšné v plnění výukových požadavků a dlouhotrvající neúspěšnost negativně ovlivňuje postoje spolužáků k těmto dětem a často tak přispívá k nevýhodné pozici ve třídní skupině, kde se tyto děti často stávají předmětem posměchu ostatních spolužáků, zpravidla se cítí osamělé a některé nenaváží pozitivní vztah k jinému žákovi ze třídy a dochází k tomu, že řada vyčleněných dětí se snaží v kolektivu zaujmout, a to pomocí sociálně nevhodných způsobů interakce,

kdy se někdy stávají třídními šašky, někdy volí agresivní způsob chování, a v jiných případech používají různé formy uplácení (Šauerová, Špačková a Nechlebová, 2012).

Šauerová et al. uvádí, že SPU je nutné chápat jako multifaktoriální postižení, kdy někteří odborníci poukazují na vnější příčiny, jako je třeba nevhodná výuka, domácí prostředí, způsob výuky a školní prostředí. Mezi nejčastější projevy poruch učení patří: poruchy soustředění, poruchy pravolevé a prostorové orientace, poruchy sluchového vnímání, vnímání a reprodukce rytmu, poruchy zrakového vnímání, poruchy řeči, poruchy jemné a hrubé motoriky, poruchy chování vznikající jako následek projevů SPU a nedostatečná lateralizace (Šauerová, Špačková a Nechlebová, 2012).

Mezi vývojové poruchy učení patří:

- dyslexie (specifická porucha čtení, dle odhadů trpí poruchou 15 % populace)
- dysgrafie (specifická porucha psaní)
- dysortografie (specifická porucha pravopisu)
- dyskalkulie (specifická porucha matematických schopností)
- dyspinxie (specifická porucha kresebných dovedností)
- dysmúzie (specifická porucha hudebních dovedností)
- dyspraxie (specifická porucha obratnosti, motoriky)

### **3.2.2 Specifické poruchy chování (dále jen „SPCH“)**

Symptomy poruchy chování jsou klinicky významné a evidentní již v předškolním věku, zejména pokud jde o poruchy pozornosti a hyperaktivity (ADHD, ADD) a opoziční vzdor (Grác, 2009). I v současnosti přetrvávají obtíže s diagnostikovaním poruch chování, jelikož stále neexistují jednotné diferenciální vymezení poruch chování u předškoláků a školáků (Grác, 2009). Většina specialistů se kloní k názoru, že „u předškolních dětí jde nejdříve o disociální projevy v chování“, což jsou projevy, kterými se jedinec odlišuje od chování dětí dané věkové a sociokulturní kategorie, odklání se od norem dané společnosti, což vede k těžkostem pro ostatní i jeho samotného a následně toto chování, které se zpočátku jeví „jen“ jako nevychovanost, postupně přerůstá do poruchy chování (Grác, 2009). Poruchy chování závažného charakteru ve středním a starším školním věku, se projevují v asociálním, agresivním a vzdorovitým chováním, které má nepříznivý vliv na sociální vztahy mezi lidmi a způsobuje narušení etické, právní a další společenské normy (Grác, 2009).

Dle Šauerové, Špačkové a Nechlebové (2012) mezi hlavní charakteristiky SPCH patří neadekvátní odpověď organismu na podráždění, nedostatečná či nevhodná regulace činnosti vzhledem k požadavkům situace, slabé udržení pozornosti a její nestálost a mezi další možné příznaky patří zhoršená paměť, opožděný vývoj vnitřní řeči a dodržování pravidel, obtíže v řízení emocí, oslabená schopnost řešit problémy, výkyvy v pracovní křivce a hyperaktivita.

Mezi vývojové poruchy chování patří:

- hyperaktivita (nadměrná aktivita, instabilita)
- hypoaktivita (utlumená aktivita)
- nadměrná stydlivost a uzavřenost
- lhavost
- strach a úzkost
- dětská neuróza.

### ***3.2.3 Syndrom ADHD jako specifická porucha chování a učení***

V Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKF-10) se porucha pozornosti s hyperaktivitou, známá pod zkratkou ADHD, řadí mezi hyperkinetické poruchy chování (F 90.1). Školský zákon (§ 16 zákona č. 561/2004 Sb., v aktualizovaném znění zákona č. 82/2015 Sb.) však tyto poruchy chování řadí do skupiny vývojových poruch chování, obdobně pak specifické poruchy učení řadí mezi vývojové poruchy učení.

Ze zákona mají děti s vývojovou poruchou chování právo na vzdělávání zahrnující podpůrná opatření, která spočívají v úpravě obsahu, forem, metod, organizace a hodnocení vzdělávání způsobem odpovídajícím jejich vzdělávacím potřebám a možnostem (Michalová, Pešatová a kol., 2015).

Dle Paclta a kol. (2007) aby bylo u dětí aplikováno vzdělávání zahrnující podpůrná opatření, musí u nich být nejprve diagnostikován syndrom ADHD, ale psychodiagnostické vyšetření dětí se syndromem ADHD má svá úskalí, jelikož nejdříve musí psycholog provádějící takové vyšetření nejen vybrat správné metody, které pomohou nahlédnout na míru jednotlivých deficitů, ale zároveň, aby při jejich zpracování a zejména interpretaci vzal tyto deficity v úvahu. Jádrové

příznaky – tedy porucha pozornosti, nadměrná impulzivita a hyperaktivita – se totiž u dětí s ADHD promítají do výkonů a výsledků jednotlivých metod, a nevhodně zvolené postupy psychodiagnostického vyšetření mohou vést k neodpovídajícím výsledkům dětí a v horších případech mohou dítě a rodiče dokonce poškodit (Paclt a kol., 2007).

Většina dětí, žáků a studentů s těmito poruchami bývá v současnosti v České republice integrována do běžného vzdělávacího proudu a adekvátní výchova a vzdělávání těchto jedinců se často stává pro vyučující skutečnou výzvou a nelehkým úkolem (Michalová, Pešatová a kol., 2015). Erudovaný pedagog se snaží takového žáka zaujmout a vytvořit pro něj soubor vyrovnávacích či podpůrných opatření, která dítěti s ADHD umožní v běžných hodinách pracovat dle jeho skutečných schopností nezatížených poruchou a pokud bývá k těmto dětem neodborně přistupováno, nejsou schopny využít při edukaci svůj skutečný potenciál rozumových schopností a mnohdy nedosáhnou ani následně v období dospívání a dospělosti takové profese, k níž by ve skutečnosti byly predisponovány, proto je učitel při vzdělávání žáků s ADHD považován za důležitý faktor jejich školní úspěšnosti (Michalová, Pešatová a kol., 2015).

Na učiteli závisí, jaké smýšlení o sobě dítě bude mít, co si bude myslet, že dokáže, jakou získá míru sebedůvěry a do jaké míry bude motivováno usilovat o dosažení lepších výsledků (Michalová, Pešatová a kol., 2015).

Profesionalismus učitele spočívá ve schopnosti odhadnout skutečné možnosti žáka se syndromem ADHD a stanovit přiměřené požadavky odpovídající jeho skutečným schopnostem, každý učitel si musí být vědom toho, že se nemůže obejít bez spolupráce s rodiči žáka, i když mnohdy je ona spolupráce skutečně náročná až vyčerpávající, ale dítěti je učitel schopen pomoci až tehdy, pokud všechny tyto požadavky splní, a to napomůže ke zvýšení pravděpodobnosti jeho úspěšné integrace (Michalová, Pešatová a kol., 2015).

Učitel je právě tím, kdo odpovídá za to, co se žák ve škole naučí, zároveň tím, kdo rozhoduje, jak bude hodnocen, ale žáci s ADHD jsou často v řeči učitelů označováni za žáky problémové, péče o ně je logicky zatěžující a vynaložené úsilí pedagoga nebývá zcela naplněno (Průcha, Walterová a Mareš, 2005). Podle Pedagogického slovníku je učitel: „Jeden ze základních činitelů vzdělávacího procesu, profesionálně kvalifikovaný pedagogický pracovník, spoluzodpovědný za přípravu, řízení, organizaci a výsledky tohoto procesu“ (Průcha, Walterová a Mareš, 2005).



Fontana (2010) je toho názoru, že učitelství je stresovým zaměstnáním, protože jsou pedagogové neustále vystaveni požadavku udržet ve třídě kázeň, jsou neustále vystaveni kritice inspektorů, ředitelů, rodičů, ale i sdělovacích prostředků, nemají dostatek prostředků a příležitostí k dalšímu pravidelnému vzdělávání a přitom se od nich očekává, že budou držet krok s novými učebními trendy, určitou měrou se podílet na řízení školy a na přijímaných rozhodnutích.

Žáci nejenom s ADHD považují za nejdůležitější, aby jejich učitel byl spravedlivý, citlivý a empatický, a jak podotýká Brooks (2001), tyto vlastnosti jsou součástí sociální inteligence a pouhým studiem si je člověk, budoucí učitel neosvojí.

Náročné úkoly, které současné inkluzivní trendy na učitele kladou, souvisí s jeho každodenní podporou žáků se speciálně vzdělávacími potřebami, včetně dětí s ADHD a každý pedagog, který v procesu vzdělávání přijde do kontaktu s těmito žáky, by si měl být vědom toho, jak je důležité vytvořit si k nim adekvátní postoj bez extrémů, bez nálepek, měl by dokázat akceptovat dítě takové, jaké je a nesnažit se vlivem soucitu snižovat na něj nároky a nevystavovat ho žádným požadavkům, a i přesto, že nevidí adekvátní výsledky své práce, neměl by žáka zavrhovat, ale měl by se pokusit pro něj vytvořit systém podpůrných opatření (Michalová, Pešatová a kol., 2015).

Bohužel ne vždy má dítě s ADHD to štěstí a má pedagoga, který je erudovaný a empatický (Kokešová, 2014). Je to smutné, ale i v dnešní době existují stále učitelé, kteří nechtějí respektovat to, že mají ve třídě dítě s ADHD, ale je pro ně pohodlnější říct, to dítě je zlobivé, nevychované, problémové, okamžitě mu dají před ostatními učiteli nálepkou „to dítě je problémové, hloupé, nevychované či zlobivé“ a dítěti znepríjemní pobyt ve škole, zesměšňuje ho před spolužáky a stále mu snižuje sebevědomí, což je přesně pravý opak toho, co dítě s ADHD potřebuje (Kokešová, 2014).

Dle Langa a Berberichové (1992) dítě se syndromem ADHD přitom není neposedné, hloupé a nevychované, potřebuje pouze speciální přístup při výuce. Před každým učitelem, který má ve třídě dítě s ADHD, stojí náročný úkol, spočívající v hledání možností, jak dětem s omezenými psychickými, fyzickými nebo jinými schopnostmi poskytnout takové vzdělání, které by jim umožnilo začlenit se smysluplně do společnosti a skoro ve všech případech mají učitelé o jednotlivých žácích se speciálními potřebami k dispozici důležité informace – lékařské, psychologické, sociální, o rodině,

o předchozích vzdělávacích výsledcích atd., což jim může značně ulehčit jejich práci při vzdělávání těchto dětí (Lang a Berberichová, 1992).

Škola taktéž může požádat o pomoc při řešení problémů pedagogicko-psychologickou poradnu či středisko výchovné péče, kdy pedagogicko-psychologické poradny zajišťují kromě diagnostiky dětí také poradenství pro pedagogy, rodiče i metodiky prevence a úzce spolupracují jak se školou, tak s rodinou dítěte a dalšími institucemi (Šauerová et al., 2012).

### ***3.2.4 Speciální vzdělávací potřeby***

V § 16 nového školského zákona (Zákon č. 561/2004 Sb.) se řeší podpora vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, tudíž i s dětmi se syndromem ADHD. Návrh novely školského zákona i nadále používá pojem „speciální vzdělávací potřeby“, mění se však definice uvedeného pojmu, kdy dítě, žák a student se speciálními vzdělávacími potřebami již není dítě, žák a student vymezený pomocí určitého hendikepu, tj. dítě, žák a student zdravotně postižený, zdravotně znevýhodněný nebo sociálně znevýhodněný, ale nově se dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření, která jsou obecně definována jako nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách, odpovídají zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta (Zákon č. 561/2004 Sb.). Navrhovaná novela zakotvuje právo dítěte, žáka nebo studenta se speciálními vzdělávacími potřebami na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením a zásada bezplatnosti podpůrných opatření se chápe jako zásada všeobecná a vztahuje se na školy a školská zařízení všech zřizovatelů a podpůrné opatření je například poradenská pomoc školy a školského poradenského zařízení, úprava organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, úprava podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání, použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, úprava stanovených rámcových vzdělávacích programů, vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu, využití asistenta pedagoga či využití dalšího pedagogického pracovníka. Podpůrná opatření se člení do pěti stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti,

a lze kombinovat různé druhy a stupně, kdy podpůrná opatření vyššího stupně lze použít, shledá-li školské poradenské zařízení, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům poskytování dosavadních podpůrných opatření by podpůrná opatření nižšího stupně nepostačovala k naplňování vzdělávacích možností dítěte, žáka nebo studenta a k uplatnění jeho práva na vzdělávání. Podpůrná opatření prvního stupně uplatňuje škola nebo školské zařízení i bez doporučení školského poradenského zařízení, ale podpůrná opatření druhého až pátého stupně lze uplatnit pouze s doporučením školského poradenského zařízení, kdy škola nebo školské zařízení může místo doporučeného podpůrného opatření přijmout po projednání s příslušným školským poradenským zařízením a s předchozím písemným informovaným souhlasem zletilého žáka, studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka, jiné podpůrné opatření stejného stupně, pokud to neodporuje zájmu dítěte, žáka nebo studenta (Zákona č. 561/2004 Sb.).

### ***3.2.5 Individuální vzdělávací plán***

Individuální vzdělávací plán je detailní plán sestavený týmem odborníků pro žáka, kterému se dostává speciálně pedagogické podpory při vzdělávání (Hájková, Strnadová, 2010).

Jak uvedla Hájková a Strnadová (2010) ve svém díle, může ředitel školy s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním, na žádost jeho zákonného zástupce a zletilému žákovi nebo studentovi, se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním, na jeho žádost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu, a ve středním vzdělávání nebo vyšším odborném vzdělávání může povolit vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu i z jiných závažných důvodů.

Při přijímání žáka do určitého typu školy (běžné, praktické či speciální) by se měly posuzovat pouze vzdělávací a výchovné dispozice dítěte (Bartoňová, Vítková, 2007).

Dle Jucovičové a Žáčkové (2010) mají děti se speciálními vzdělávacími potřebami právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, a na vytvoření takových podmínek, které jim toto vzdělávání umožní,

vzhledem k povaze postižení či znevýhodnění a je k tomu nutno přihlížet i při jejich hodnocení.

### **3.2.6 Asistent pedagoga**

Pomoci přizpůsobit se školnímu prostředí může žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami asistent pedagoga, který pomáhá pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, při komunikaci se žáky a spolupráci se zákonnými zástupci žáka (Vyhláška 27/2016 Sb.).

## **4 PROBLÉMOVÉ DÍTĚ S ADHD VE ŠKOLE**

Problémový žák je, když:

- špatně se učí, má potíže s učením;
- výrazně narušuje kázeň ve třídě;
- je sám se sebou nespokojený
- má osobní nebo psychické problémy;
- je značně citově zmatený a zároveň má strach z citů a proto je odmítá;
- má potíže s vlastním sebepřijetím, podceňuje se a prožívá velkou úzkost (Janský, 2004).

Učitelé vnímají problémové žáky jako někoho, kdo má nějaké trápení, jsou zranění v důsledku svých školních neúspěchů, a ty u nich vzbuzují další pocity úzkosti, protože podkopávají jejich sebedůvěru, navíc se k tomuto všemu někdy připojuje i obtížná rodinná situace a následkem toho je, že tito žáci často promítají své problémy do agresivního jednání, provokují, používají slovní násilí (Janský, 2004). Učitelé čelí těmto projevům tak, že se snaží vnímat a odhalit potřeby žáků a porozumět tomu, proč konkrétní žák vysílá takové signály a pokoušejí se rozšifrovat, odhalit skutečné problémy, kterými jsou často úzkost a nejistota (Janský, 2004). Problémoví žáci potřebují takové učitele, kteří jejich agresivnímu chování nepřikládají přílišný význam, kteří se necítí tímto chováním ohroženi a dokážou k takovým žákům přistupovat pozitivně a s důvěrou, kdy učitel dává svým postojem žákovi najevo, že mu rozumí,

že je tu proto, aby pomohl, ale také že ho pokládá za někoho, kdo je schopen rozvíjet své schopnosti, což umožní žákovi, aby se viděl v jiném světle, aby znovu získal pocit jistoty a je možné, že u žáka pomůže nastartovat proces změny (Janský, 2004). Nejčastěji se takoví žáci chovají odmítavě ke škole proto, že prožívají silné pocity ztráty vlastní hodnoty a identifikují se s negativním obrazem, který jim o nich vytvářeli někdy dlouhé roky rodiče, učitelé nebo kamarádi a následkem toho je, že se tyto děti snaží na sebe upoutat pozornost tímto způsobem (Janský, 2004). Žák (dítě), který zcela nutně potřebuje získat od svého okolí uznání, může změnit své chování a zlepšit své výsledky, pokud k němu učitel přistupuje pozitivně, podpoří jeho rozvoj, stimuluje ho tím, že ho ocení v oblasti chování i práce, aniž by přitom očekával hned nějaké zázračné výsledky, což může žákovi pomoci také překonat pocity méněcennosti, bezmoci, navrátit mu důvěru ve vlastní schopnosti a pozměnit jeho představu o sobě samém (Janský, 2004). Hlavním cílem učitele je skutečně napravit způsob, jakým žák vnímá sebe sama, aby na sobě mohl pracovat, mohl navazovat hodnotnější vztahy s ostatními, a konečně byl i lépe disponován k tomu se vzdělávat (Janský, 2004). Budeme-li k sobě upřímní, je třeba říci, že pro učitele je snadné věnovat pozornost a zájem žákům, s nimiž mu práce přináší uspokojení, těm, kteří se zájmem sledují vyučování a učitelé rozumějí, zatímco přistupovat pozitivně k problémovým žákům, tedy k těm žákům, kteří často odmítají spolupracovat a odolávají jakémukoliv vlivu působení učitele, bývá pro učitele velmi málo uspokojující (Janský, 2004).

Některé zásady a pravidla přístupu k problémovým dětem:

- bránit vzniku méněcennosti, povzbuzovat, oceňovat, vyzdvihávat silné stránky, chránit před prožitky neúspěchu
- určovat denně cíle, po jeho dosažení dítě pochválit
- snažit se o vytvoření pohodové atmosféry, klidu a spolupráce
- zachovat při kladení požadavků trpělivost a nespěchat, pokyny zopakovat, podpořit vizuálním nebo tělesným kontaktem
- stručné a jednoduché příkazy a instrukce
- zařazovat zajímavé činnosti k udržení pozornosti
- činnosti volit spíše krátkodobé, pravidelně střídat s odpočinkem a uvolněním
- dopřát dítěti ve škole dostatek prostoru k pohybu, hrám a odreagování, o přestávkách povolit rušné pohybové činnosti (nutný dohled)

- pracovat dle možností v co nejmenších skupinách, vhodné lavice pro jednoho žáka
- nekřičet, při nepřiměřeném chování žáka zachovat klid, vyčkat, až se dítě uklidní, teprve potom diskutovat o jeho provinění
- v systému hodnocení se zaměřit na rozvíjení smyslu pro spravedlnost, motivační hodnocení (Janský, 2004).

Pro problémové žáky je vhodné citlivé slovní hodnocení, které bude žáka vést k sebehodnocení na základě individuální vztahové normy – tato norma je vztažena k jeho individuálním možnostem, nikoli k automatickému hodnocení a srovnávání vlastních výkonů s výkony spolužáků, a taktéž je velmi důležitá citová výchova a výchova k odpovědnosti sama za sebe (Janský, 2004).

Dle Malé (2005) je ADHD sociálně-psychiatricko-edukativní problém, který je charakterizován poruchou motorického, percepčního, kognitivního a behaviorálního systému přičemž porucha narušuje školní výkonnost dětí s normálním intelektovým potenciálem, takže jejich výsledky neodpovídají jejich intelektu.

Dle Sheedyové-Kurcinkové (1998) problémové děti s ADHD mohou být úspěšné v jakémkoliv typu školy, pokud jsou jim vytvořeny přiměřené podmínky, kdy musí být respektovány jejich individuální odlišnosti a spolupráce s rodiči, učiteli a dětmi. Problém těchto dětí je to, že tvoří jen 10-15% populace, což znamená, že potřebují školu, která poskytuje různorodou nabídku učebních metod a pružnou strukturu, aby nebyly nuceny se přizpůsobovat, aby nemusely přijmout styl práce, který pro ně není vhodný, a z neustálého přizpůsobování nebyly vyčerpané a frustrované, což by mohlo vyústit ve zlobení či vzdání se osudu (Sheedyová-Kurcinková, 1998). Naštěstí všechny problémové děti nepotřebují dokonalé školy, které by odpovídaly jejich temperamentu na sto procent, ale potřebují školy, kde budou moci většinu času pracovat individuálním způsobem, který jim vyhovuje, ale nemají ani problém ho na nějaký čas opustit, aby mohly fungovat v rámci skupiny (Sheedyová-Kurcinková, 1998).

Giddens ve svém díle tvrdí, že děti s ADHD často selhávají ve škole v klíčových okamžicích, kdy jsou porovnávány se svými vrstevníky a do určité míry dochází ke konfrontaci rodinného života, obecně jako takový moment vnímáme např. vstup do mateřské nebo základní školy, kdy jsou děti často odmítány jako nezralé, případně po nástupu do školky jsou později vyloučeny a „vyreklamovány“ svým rodičům z důvodu zpochybnění výchovného procesu v rodině, k čemuž dochází ne pouze v rovině

subjektivních pocitů rodičů, ale často i na vyřčené úrovni. Pocity neuspokojení pak mohou být pro jednoho z partnerů dostatečně silným důvodem k odchodu z rodiny s problémovým dítětem, případně i snaze založit si jinde „normální“ rodinu, která uspokojí jeho potřebu rodičovství a poskytne mu pozitivní zkušenost se zvládnutím rodičovské role (Giddens, 1999).

Kdo je tedy problémový žák? Z pohledu učitele by se dalo říci, že je to takový žák, který vyrušuje při hodinách (je neklidný, konfliktní, agresivní, provokuje), nebo žák, který odmítá pracovat (Auger, Boucharlat, 2005).

Tabulka 1 – ADHD ve školním věku

ADHD ve školním věku (6–12 let)
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Snadná vyrušitelnost.</li><li>■ Domácí úkoly jsou nedbale provedené, obsahují chyby z nepozornosti, nejsou dokončeny.</li><li>■ Vykřikuje, odpovídá dříve, než je tázáno (často vyrušuje ve třídě).</li><li>■ Často ruší a obtěžuje ostatní, chová se agresivně (má vztahové obtíže s vrstevníky).</li><li>■ Při hře má obtíže vydržet, než se na něj dostane řada.</li><li>■ Nevydrží v klidu sedět.</li><li>■ Nedokáže nebo nechce udržovat pořádek.</li></ul>
Podle Wilense a Dodsona, 2004

(Goetz, 2006)

Nejvíce případů problémových žáků se objevuje na prvním stupni základní školy, v období mladšího školního věku, kdy děti neprospívají, nepodávají požadované výkony, narušují vyučování, chovají se agresivně vůči spolužákům, mají problémy v oblasti chování, znesnadňují práci učitele a také mají problémy v oblasti citového prožívání, kdy nenarušují svým chováním vyučování, ale jsou bázlivé, úzkostlivé, přecitlivělé (Vítková a kol.; 2004).

V pozdějším školním věku a v období adolescence, dochází u žáků s ADHD k vyššímu riziku vzniku závislosti či zneužívání návykových látek, což souvisí jednak s vyšší impulzivitou a špatným sebeovládáním, a nezřídka je užívání návykových látek u jedinců s ADHD považováno za jakýsi pokus o samoléčbu - některé návykové látky (např. alkohol či marihuana) mohou krátkodobě vést ke zklidnění a úlevě od stresu, stimulancia naopak mohou zvyšovat schopnost koncentrace, ale dlouhodobé zneužívání alkoholu

či marihuany vede mimo jiné k poruchám kognitivních a exekutivních funkcí, což může připomínat příznaky ADHD (Čermáková, Papežová, Uhlíková, neuvedeno).

Tabulka 2 – ADHD v adolescenci

ADHD v adolescenci (13–18 let)
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Pocit vnitřní rozechvělosti, neklidu, spíše než hyperaktivita.</li><li>■ Práce ve škole je nesystematická a nesoustavná; selhává, pokud má pracovat samostatně.</li><li>■ Podniká riskantní aktivity s negativními důsledky (dopravní nehody).</li><li>■ Snížené sebehodnocení.</li><li>■ Nekvalitní vztahy s vrstevníky.</li><li>■ Obtíže s přijetím autority.</li></ul>
Podle Wilense a Dodsona, 2004

(Goetz, 2006)

Podle Jucovičové a Žáčkové (2010) dochází v období puberty k výraznému rozdílu mezi chováním dítěte doma a ve skupině, zejména ve škole, kdy v období dospívání je vrstevnická skupina velmi silným podnětem k chování, o kterém rodiče někdy ani nepředpokládají, že by ho jejich dítě bylo schopno a neojediněle dochází i k častým verbálním konfliktům dospívajících dětí s dospělými, kdy se pod vlivem afektu impulzivně dopouštějí verbální agrese vůči dospělému, aniž by domyslely následky.

Malá (2005) ve své knize uvádí, že dítě s ADHD ve většině případů ve škole neprospívá, nedosahuje optimálních výsledků, narušuje vyučování svou neposedností, roztěkaností, na což by měli učitelé upozornit rodiče co nejdříve a nabídnout jim optimální řešení pro jejich děti.

V časně dospělosti ADHD (retardovaný typ) se projevuje sociální maladaptací, většinou spojenou s kriminalitou (Malá, 2005).

Longitudinální studie dokazují, že jen málo žáků s ADHD dokončí střední školu, v 70-80 % nastupují na horší práci, více než 60 % nemá kamarády, v adolescenci více kouří, pijí alkohol, experimentují s drogami a často provozují antisociální aktivity (Malá, 2005).



## **5 RODINNÉ VZTAHY**

Vágnerová (2004) se své knize tvrdí, že rodina s hendikepovaným dítětem se ihned stává odlišnou od ostatních rodin, postižené dítě mění dosavadní chod i životní styl rodiny, která se musí přizpůsobit jeho potřebám.

Podle Novosada (2006) je pro zdárný vývoj dítěte žádoucí, aby rodiče situaci vyřešili zaujetím pozitivního postoje, což může rovněž posílit vzájemné vztahy mezi členy rodiny či je naopak zcela rozklížit a zapříčinit rozpad. Novosad (2006) stejně jako Malá (2005) ve své knize uvádí, že rodina s hendikepovaným dítětem se liší od ostatních rodin a může dojít až k izolaci od ostatní společnosti.

Být rodičem dítěte s ADHD není snadným úkolem a může to být velmi obtížné a stresující, a často se jak rodiče, tak i například učitelé, stávají bezradnými, a mívají větší potíže rodiče než děti, protože i vztahy mezi rodiči dítěte bývají napjaté a alespoň z části zapříčiněné projevy ADHD u jejich dítěte, rodiny zažívají vyšší úroveň rodičovské frustrace, manželských konfliktů a rozvodovost (Munden, Arcelus, 2008; Jucovičová, Žáčková, 2007). Rodiče bývají skleslí, vyčerpaní, přetažení (Munden, Arcelus, 2008), a mohou se u nich projevit neurotické sklony (Drtílková, Šerý et al., 2007).

### **5.1 Sourozenectví**

Vzájemné vztahy mezi sourozenci jsou ovlivňovány několika faktory – věkem, počtem i pohlavím sourozenců, stejně jako vzory, které potomci vidí v rodičích a je třeba, aby potomci do své role náležitě dospěli, neměli by být přetěžováni povinnostmi a zodpovědností, ale ještě více náročnější je vztah mezi dítětem s ADHD a rodinnými příslušníky, což pochopitelně ovlivňuje veškeré vztahy v celé rodině (Prekopová, Schweizerová, 1999).

Dle Prekopové, Schweizerové (1999) se větší pozornost věnuje sourozenci s hendikepem – syndromem ADHD a druhý zdravý sourozenec se cítí být odstrkován a jsou mu rodiči odírány projevy citu, které se více přesouvají na hendikepovaného sourozence. V případě sourozence, který nemá hendikep, je velmi důležité, aby pozornost rodičů vůči němu neochabla, aby se nedostal do pozadí a dítě bylo ubezpečeno, že jeho změna role

v rodině byla posunuta do jiné dimenze, se kterou se ztotožňuje, ale nebyla odsunuta (Prekopová, Schweizerová, 1999).

## **6 SPOLEČENSKY NEBEZPEČNÉ JEVY**

Podle Matějčka (2011) se obvykle poruchami chování chápe takové jednání dětí, které by bylo posuzováno jako vážné odchylky od společenských norem, které by byly hodnoceny jako přestupky, např. lhaní, krádeže, vloupání, záškoláctví, útěky z domova, toulání, čachrování s věcmi. Z poradenského hlediska mají všechny zmíněné poruchy něco společného, protože v jejich etiologii je rozhodující psychopatologický jev (disharmonický vývoj, nepříznivý výchovný vliv), dalším společným rysem je, že porucha chování se projevila již v dětském věku asociálně a v řešení se angažovaly instituce jako je škola, policie, soudy, výchovné komise, orgány sociálně právní ochrany dětí (Matějček, 2011).

### **6.1 Lhaní**

Dle Matějčka (2011) a Martínka (2015) se se lhaním dětí s ADHD setkáváme nejčastěji ve školním prostředí, ale i v rodině, což může pro dospělé znamenat, že k nim dítě nejeví důvěru, anebo, že lze na obranu vlastního já, k čemuž dochází tehdy, je-li dítě natolik vyspělé, že je schopno přijmout pravidlo mezilidského jednání. Nejvíce se setkáváme se lží u slabších povah, se slabostí vlastní identity „já“, takže při náporu se objeví obranné tendence, především obrana proti ponížení či degradaci před těmi, k nimž cítí respekt, nebo obrana proti nepřiměřenému trestu od trestajících rodičů (Matějček, 2011; Martínek, 2015). V každém případě diagnostikovaná lež by měla patřit do rukou odborníka (Matějček, 2011; Martínek, 2015).

### **6.2 Krádeže**

Dle Martínka (2015) pokud jde o krádež v dětském věku, tak musíme konstatovat, že se jedná spíše o nezvládnutou dětskou touhu něco vlastnit, něco co má druhý a po takovém jednání následuje zapírání a lež, a takovou situaci můžeme vyřešit tím,

že poukážeme na daný problém, s dítětem celou situaci rozebereme, takové jednání rozhodně odsoudíme a věc vrátíme.

Při odhalení krádeže musíme očekávat jisté zapírání a lež, je dobré přestupek posoudit a sjednat tak nápravná opatření, ale pokud se dítě dopustí pravé krádeže, jako je krádež jízdního kola, automobilu či alkoholu, je dobré vyšetřit motiv, protože může jít o předvedení se ostatním kamarádům nebo i o jedince s poruchou chování s protispolečenskými rysy (Matějček, 2011; Martínek, 2015).

### **6.3 Záškoláctví**

V dnešní době je záškoláctví velký problém, který se vyskytuje jak v základním tak i ve středním školství, a jako příčinu lze uvést záškoláctví impulsivního charakteru (neplánují předem, jde do školy, ale nedojde tam, zůstane s vrstevníky mimo školu), účelové záškoláctví naplánované předem (nejde do školy kvůli písence, zkoušení, neoblíbenému předmětu či učiteli), a další příčiny záškoláctví jsou ve vztahu ke škole, ve špatném přístupu rodičů, v trávení volného času v partě, a jedno z možných opatření ke snížení sociálně patologického jevu záškoláctví je komunikace mezi žákem, učitelem, výchovným poradcem na dané škole a rodiči (Matějček, 2011; Martínek, 2015).

### **6.4 Útěky**

Dle Matějčka (2011) a Martíňka (2015) je útěk ze školy nebo z domova výsledkem psychického onemocnění, nebo i špatnou adaptací dítěte na dané nevhodné prostředí, poněvadž útěky mívají často impulsivní ráz a objevují se u dětí s ADHD. Učitel zde může působit preventivně tím, že si bude s dětmi povídat na téma trávení volného času, zázemí a sociálních jistot, protože ne ojediněle jde o útěky z domova, kde jsou často narušeny vazby mezi rodiči a dětmi, např. po vysvědčení, po dostání špatné známky, nebo po jiném neúspěchu (Matějček, 2011; Martínek, 2015).

## **6.5 Toulky**

Dle Martínka jde o děti, které nemají vytvořený vztah k domovu a toulání bývá dopředu pečlivě se všemi detaily naplánované (stravování, peníze, jak se kam dostane apod.). Pokud se dítě dopustí toulky, je po jeho nalezení nezbytná lékařská kontrola a terapeutická péče ze strany psychologa či etopeda, protože toulání nekončí vypátráním dítěte policií, ale případnou následnou spoluprací rodičů a odborníků na zjištění příčin (Martínek, 2015).

## **6.6 Drogy**

Goetz a Uhlíková (2009) uvádí, že dítě hledá východisko a útěchu v alkoholu, cigaretách, v marihuaně a dalších drogách z důvodu neúspěchu a opakovaného selhání, ale také z důvodu žádané změny nálady, uniknout nudě a beznaději, podpořit a zlepšit sociální interakci, zlepšit smyslovou zkušenost a rozkoš, stimulovat uměleckou kreativitu a výkon, zlepšit fyzický výkon, rebelovat, zařadit se mezi vrstevníky, vytvořit si vlastní identitu.

Drtílková (2007) uvádí, že především chlapci s přidruženými poruchami chování mají zvýšené riziko přetrvávání poruchy do dospělosti, včetně výskytu agresivity, delikvence, zneužívání drog a antisociálního chování.

Rubášová et al. (2015) ve své studii zjistili vysokou míru prevalence potenciální diagnózy ADHD u uživatelů drog, kdy ADHD jako neuropsychická porucha má významný vliv na zranitelnost jedince s dopadem na bio-psycho-sociální oblast, a u 45% drogově závislých bylo zjištěno ADHD.

### **6.6.1 Rizikové chování a abúzus návykových látek**

Pokud ADHD přetrvává do období adolescence a dále do dospělosti, je charakterizováno především impulzivními projevy, které v jeho klinickém spektru dominují, což je impulzivní jednání, nedostatečná míra seberegulace a používání nesprávných vzorců chování má nemalý spolupodíl na rozvoji rizikového chování a abúzu alkoholu a drog, a pakliže se přidruží poruchy chování či disociální porucha osobnosti, rizikové chování se stává závažnější, v těžších případech jsou pacienti konfrontováni se zákonem

a zvyšuje se riziko kriminality, což se především vyskytuje ve větší míře u pacientů s ADHD (Manuzza et al., 2008).

U pacientů s ADHD bylo také prokázáno vysoké procento závislých na nikotinu, což ale může vést ke zlepšení pozornosti, schopnosti soustředění a kontroly impulzivního jednání (Upadhyaya a Carpenter, 2008).

Dle Knopa et. al. (2009) byla závislost na alkoholu zjištěna u pacientů s ADHD a poruchou chování až 6krát vyšší, než u lidí, kteří ADHD netrpí.

Všechny jádrové příznaky ADHD jasně ukazují také na to, že u pacientů s ADHD může být zvýšené riziko úrazovosti, protože výskyt závažných poranění je ve skupině ADHD pacientů 3krát častější než u ostatních lidí (Merrill et al., 2009).

Dle Barkleyho (2004) je u pacientů s ADHD zjištěno, že více chybují a mají sníženou schopnost sledovat pravidla, často přeceňují své schopnosti týkající se např. řízení vozidla, způsobují významně více dopravních přestupků, především překračování nejvyšší povolené rychlosti a dopravní nehody.

Pacienti s ADHD jsou výrazně častěji závislí na internetu (Yen et al., 2009).

Ve skupině 141 adolescentních dívek s ADHD byl zjištěn výrazně vyšší výskyt poruch příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie) a nespokojenost s proporcemi postavy (Cahová et al., 2010).

Jak zde již bylo několikrát zmíněno, ADHD predisponuje k vyššímu riziku vzniku závislosti či zneužívání návykových látek a značně komplikuje léčbu závislostí, následkem čehož je vyšší impulzivita a špatné sebeovládání, a někteří jedinci s ADHD se pokoušení užívat návykové látky jako medikament na svůj hendicap, kdy zdánlivě některé návykové látky (např. alkohol či marihuana) mohou krátkodobě vést ke zklidnění a úlevě od stresu, stimulancia naopak mohou zvyšovat schopnost koncentrace, ale negativa plynoucí z dlouhodobého užívání těchto látek jednoznačně převažují a může vést k poruchám kognitivních a exekutivních funkcí, což může připomínat příznaky ADHD (Ramsay, Rostain, 2008).

## 7 ADHD V DOSPĚLOSTI

Podle Čermákové et al. donedávna panoval názor, že ADHD se týká převážně dětí, které z této poruchy až na výjimky „vyrostou“, ale ukazuje se však, že ADHD přetrvává do dospělosti, jen se projevuje jinými způsoby - hyper-aktivní jedinec už nepadá ze židle, nepředbíhá ve frontě na oběd, ani nevbíhá bez rozhlédnutí do vozovky, může však pociťovat velký vnitřní neklid, pohrávat si s prsty, tužkou apod., často ztrácí své věci (mobil, diář, peněženku, klíče...), zapomíná na domluvené schůzky nebo na ně přichází pozdě, zadané úkoly odkládá nebo zapomíná, je pro něj obtížné udržet si ve věcech i životě pořádek, rád se vrhá do nových věcí a často se mu jich pak nakupí tolik, že nestíhá, obtížně dokončuje započaté úkoly, nemá přehled o svých financích, střídá partnery, nebo má potíž soustředit se na cokoli včetně sexu. V horších případech se rizikově chová při řízení vozidla (například jezdí nepřiměřeně rychle), experimentuje s návykovými látkami, přejíždá se, neustále surfuje na internetu, excesivně nakupuje nebo je náchylný k jinému rizikovému chování. Dospělí s ADHD mohou cítit, že jejich výkon neodpovídá jejich schopnostem, mohou opakovaně selhávat ve vztazích, v zaměstnání i ve studiu. Často poté podléhají depresím či únavovému syndromu, snadněji sahají po návykových látkách (Čermáková, Papežová, Uhlíková, neuvedeno).

Tabulka 3 – příznaky ADHD v dospělosti

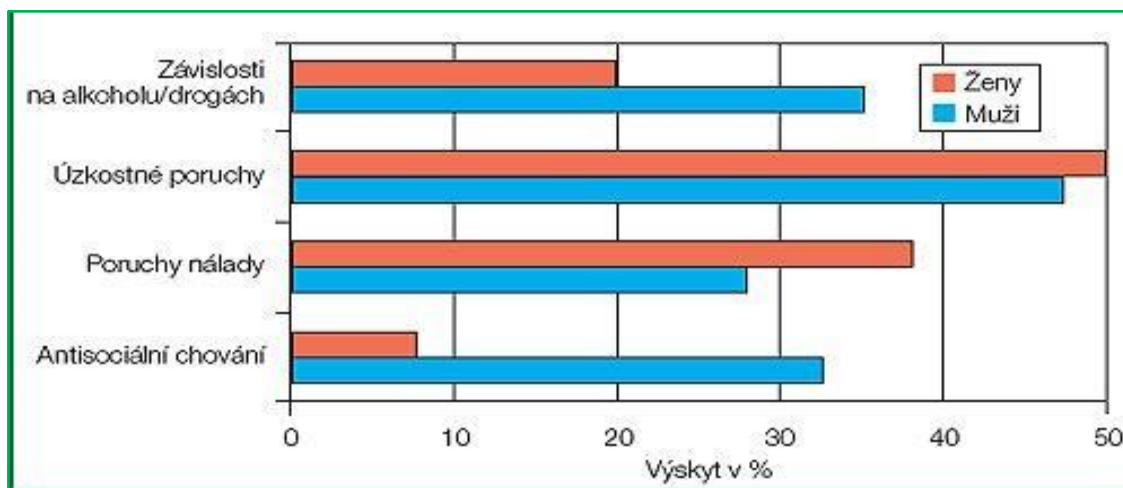
ADHD v dospělosti
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Nepozornost/nesoustředěnost.</li><li>■ Chaotičnost, obtíže s tvorbou plánů do budoucna.</li><li>■ Zapomnětlivost, ztrácení věcí.</li><li>■ Obtíže se započatím a dokončením vlastního projektu nebo úkolu.</li><li>■ Ukvapené změny aktivit.</li><li>■ Mrhání časem.</li><li>■ Impulzivní rozhodnutí v peněžních záležitostech, cestování, společenských aktivitách.</li><li>■ Časté změny zaměstnání a obtíže v manželství.</li></ul>
Podle Wilense a Dodsona, 2004

(Goetz, 2006)

Pacienti s ADHD jsou často nesprávně diagnostikováni a léčeni pro úzkost, depresi, cyklothymii nebo poruchy osobnosti (Asherson, 2007). Řada pacientů se „ztrácí“ při přechodu od pediatra k praktickému lékaři v důsledku nenávaznosti zdravotní péče mezi

těmito obdobími. Časté komorbidní poruchy (úzkost, abúzus návykových látek, poruchy nálady) mohou ADHD maskovat a znesnadňují stanovení správné diagnózy (Ramos-Quiroga, 2013).

Tabulka 4 – Časté komorbidní poruchy ADHD v dospělosti



(Goetz, 2006)

Kabíček (2008) ve své knize uvádí, že terapeutická péče pro dospělé s ADHD je v České republice dosud v začátcích, více zkušeností u nás máme spíše s péčí o děti se stejnou diagnózou, ale komplexní programy v péči o dospělé téměř neexistují, dokonce ani mnozí odborníci na poli psychiatrie si s problematikou péče o dospělé s ADHD nevědí rady, a jedním z mála komplexních programů, které v ČR existují, je podpůrný program pro dospělé s ADHD/ADD Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze či Centrum duševního zdraví Jeseník, ale opomenout bychom neměli ani občanské sdružení DYS-centrum Praha, které poskytuje komplexní služby lidem se specifickými poruchami učení a chování a jejich blízkým. Podpůrný program pro dospělé s ADHD/ADD, v trvání 3 měsíců, pomáhá lépe zvládat některé problematické oblasti, které z příznaků poruchy vyplývají, zahrnuje edukaci, skupinová setkání, nácvik relaxace, metody plánování pro oblasti pracovních (studijních) úkolů, mezilidských vztahů a zajištění dobré nálady a po skončení programu následuje online poradenství a koučing i možnost kontaktu s dalšími lidmi s ADHD/ADD přes webové stránky na diskuzním fóru, kde si vzájemně lidé sdílí informace o ADHD/ADD a strategiích, jak s touto poruchou žít, což se ukazuje jako velmi užitečné (Kabíček, 2008). Péče na klinice zahrnuje také psychiatrické vyšetření a poradenství ohledně farmakoterapie, jehož nedílnou součástí je pro zájemce kognitivní trénink (Kabíček, 2008).

Mnoho dospělých s ADHD, kteří mají problémy se soustředěním a organizací svých aktivit, tak dříve unikalo zachytu a léčbě, protože nenaplnovali diagnostická kritéria opírající se hlavně o hyperaktivitu, která totiž v dospělosti odeznívá ve větší míře než symptomy nepozornosti a kognitivní poruchy.(Wilens, Dodson, 2004).

Tabulka 5 – Diagnostika ADHD u dospělých

Kroky v diagnostice ADHD u dospělých
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Zhodnocení současných symptomů ADHD (za posledních 6 měsíců) pomocí škál pro dospělé.</li><li>■ Zjištění anamnézy ADHD v dětství.</li><li>■ Zhodnocení funkčního postižení doma, v zaměstnání a ve vztazích.</li><li>■ Získání vývojové anamnézy včetně údajů o prenatálním průběhu, dětských letech a dospívání.</li><li>■ Zjištění psychiatrické anamnézy: vyloučení jiných psychiatrických poruch jako příčin symptomů nebo stanovení případných komorbidit.</li><li>■ Zjištění rodinné psychiatrické anamnézy: zejména pokud jde o poruchy učení, ADHD a tiky.</li><li>■ Provedení somatického vyšetření: vyloučení organických příčin symptomů (zranění hlavy, epilepsie, poruchy štítné žlázy, kardiální obtíže) nebo kontraindikací farmakoterapie (hypertenze, angina pectoris, tyreotoxikóza, glaukom).</li></ul>
Podle Weissové a Murrayové, 2003

(Goetz, 2006)

U dospělých již takto typicky vyjádřená hyperaktivita není častá. Jejimi ekvivalenty v dospělém věku je workholismus, obtíže vydržet na různých pracovních schůzkách, dokázat ukázněně stát ve frontě nebo například dodržovat omezenou rychlost při řízení automobilu. Subjektivně si pacienti stěžují na jakýsi vnitřní nepokoj, který je nutí ke změně situace (Weiss MD, Weiss JR, 2004).



## **8 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### ***8.1 Cíl práce***

Cílem práce je zmapovat život rodiny s dítětem se syndromem ADHD; popsat, jak rodina vnímá chování okolí v této souvislosti, jak tento aspekt zasahuje do života jeho sourozenců a sociálního fungování celé rodiny.

Problém se mne bezprostředně dotýká, jelikož jsem také matka syna se syndromem ADHD, a je zajímavé zjišťovat, jak ostatní rodiny s dětmi se syndromem ADHD prožívají svůj život, jak syndrom ADHD jim ovlivňuje fungování rodiny a sourozenecké vztahy. Smutné je zjištění, že rodiny, kde je dítě s ADHD, se rozpadají a celá výchova zůstává ve většině případů na matce, která stěží zvládá výchovu hyperaktivního dítěte se syndromem ADHD a zabezpečení ostatních dětí a chodu rodiny.

### ***8.2 Výzkumná otázka***

Pro účely výzkumu byla stanovena jedna výzkumná otázka, která vychází ze stanovených cílů práce. Tato otázka zní: *Jaký je život rodiny s dítětem s ADHD?*

Výzkumná otázka byla volena tak, aby odpovídala tématu diplomové práce, která se zabývá rodinami a jejich dětmi se syndromem ADHD, dále na vztahy se sourozenci, jejich problémy, a jak na ně pohlíží jejich okolí. Zabývá se specifickými projevy dítěte s ADHD a analyzuje, jak výchova neklidného dítěte zasahuje do života rodiny. Pro neinformované okolí, které neví co je to ADHD, je dítě většinou vnímáno jako neposedné, hloupé, nevychované, způsobující problémy. A rodiče, z pohledu okolí, jako neschopní zvládat své dítě. Je však řada případů, kdy porucha nebo disharmonický vývoj dítěte může přímo narušit dobře fungující rodinu.

## 9 METODIKA

### 9.1 Použitá metoda, technika

Ke zpracování teoretické části diplomové práce byla prostudovaná současná dostupná literatura, webové stránky zabývající se dětmi se syndromem ADHD a domácí a zahraniční periodika.

Ke zpracování praktické části diplomové práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Dle Reichela (2009) kvalitativní přístup představuje rozdílné postupy, které se snaží najít porozumění zkoumanému sociálnímu problému. Hendl (2012) ve své knize uvádí, že kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu v terénu a v kontaktu s jedincem či skupinou jedinců.

Komunikační partnerky byly vybrány pomocí účelového výběru, který Miovský (2006) označuje za nejrozšířenější metodu výběru výzkumu vůbec. Dále Miovský (2006) popisuje tuto metodu jako postup, kdy si komunikační dotazované partnery vybíráme dle určitých předem stanovených kritérií, která musí být splněna.

K výzkumu bude použit kvalitativní sběr dat, který bude probíhat metodou dotazování u konkrétního cíle, technika polostrukturovaného rozhovoru, vedeného se sedmi matkami dětí se syndromem ADHD. Tento typ rozhovoru patří mezi nejrozšířenější v komparaci s různými typy rozhovorů. V odborné literatuře se též označuje jako interview (Miovský, 2006). Je vytvořeno stěžejní schéma otázek, dle kterého se výzkumník orientuje. Jelikož není výzkumník svázán přesným řazením otázek, může pro lepší pochopení položit doplňující otázku a přesněji zjistit, co nám komunikační partner sděluje (Miovský, 2006). Sběr dat tvoří kladení otázek, naslouchání vyprávění a získávání odpovědí. U kvalitativních rozhovorů jsou typy dat přepis z těchto rozhovorů, fotografie, audio a videozáznamy a osobní komentáře. Dle Hendla (2012) je vedení kvalitativního rozhovoru umění i věda zároveň, která vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu. Výzkumná strategie a použité metody výzkumu byly zvoleny takovým způsobem, aby bylo možné zodpovědět výzkumnou otázku.

Výzkum proběhl v osmi fázích:

- 1) Stanovení cíle práce, stanovení výzkumné otázky
- 2) Stanovení metodiky výzkumu
- 3) Kontaktování komunikačních partnerů pro provedení výzkumu

- 4) Realizace rozhovorů
- 5) Přepis rozhovorů
- 6) Analýza rozhovorů – vytváření trsů
- 7) Kompletace výsledků
- 8) Diskuze, shrnutí výsledků

## **9.2 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor je množinou vzorků, zastupující základní soubor ve výzkumu. Způsob, jakým je vzorek vybírán, zajišťuje reprezentativnost základního souboru (Miovský, 2006).

Před výběrem výzkumného souboru byla stanovena kritéria výběru s ohledem na výzkumný cíl a s ním související výzkumné otázky. Nejednalo se tedy o výběr náhodný, ale účelný. Podmínkou pro výběr byla rodina, nebo rodič, který má nebo měl dítě s ADHD. Rodiny nebo rodič mající dítě se syndromem ADHD byl vybrán náhodně v širokém okolí. Vzhledem k tomu, že učitelé i lékaři mají povinnost zachovávat mlčenlivost, nebylo možné zajistit komunikační partnery v okolí, ačkoliv ze své zkušenosti vím, že dětí se syndromem ADHD je velké množství a stále přibývají. Jednu z bariér, na kterou jsem při svém výzkumu narazila, byla neochota a stud rodičů mi sdělit nepříjemné informace, co se jich a jejich dítěte týká. Z toho důvodu jsem požádala přátele z jiných měst, zda nemají ve svém okolí rodiny s dětmi s ADHD, kteří mne neznají, já neznám je, a pro můj výzkum ke mne budou otevřenější a budou bez zábran mluvit o problémech. Výzkumný vzorek byl vybrán z konkrétní cílové skupiny lidí v širokém okolí metodou prostého záměrného (účelového) výběru, který dle Miovského (2006) spočívá v tom, že vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ní také souhlasí.

Vytvoření otázek pro výzkum probíhalo v souvislosti s určeným cílem práce a bylo koncipováno tak, aby odpovídalo jak na cíl práce, tak na výzkumnou otázku. Prvními otázkami byly identifikační otázky, které jsou pro všechny komunikační partnery jasné, a nebyl problém na ně odpovědět. Od obecnějších otázek bylo postupováno ke konkrétnějším.

Všechny komunikační partnerky byly seznámeny s tématem diplomové práce a byly poučeny o účelu výzkumu. Každý z účastníků výzkumu byl seznámen s právem

neodpovídat na otázky, které by mu byly nepříjemné. Před každým začátkem rozhovoru vždy proběhl dotaz, zda je možné rozhovor nahrávat na diktafon. Aby byla zaručena anonymita komunikačních partnerů, bylo uváděno pouze křestní jméno dítěte a věk dítěte.

Tabulka 6 - Výzkumný vzorek

<b>Komunikační partner matka mající dítě s ADHD</b>	<b>Věk dítěte</b>	<b>Kdy dítěti ADHD diagnostikováno</b>
Komunikační partner <b>K1</b>	18,5 let	v 7 letech
Komunikační partner <b>K2</b>	15 let	v 6 letech
Komunikační partner <b>K3</b>	9 let	ve 3 letech
Komunikační partner <b>K4</b>	24 let	v 7 letech
Komunikační partner <b>K5</b>	13,5 let	v 5 letech
Komunikační partner <b>K6</b>	12 let	v 7 letech
Komunikační partner <b>K7</b>	29 let	v 9 letech

### **9.3 Analýza dat**

Výzkum probíhal formou rozhovorů s komunikačními partnerkami, matkami dětí se syndromem ADHD, které vyjádřily souhlas s následným rozhovorem. Rozhovory byly realizovány v průběhu měsíců února a března 2017 na sjednaných místech a v určenou dobu tak, aby to komunikační partnerce vyhovovalo, nic mu nevadilo a nebyl ničím rušen. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon. Kostru rozhovorů tvořily otázky týkající se života a sociálního fungování rodiny, kde je dítě se syndromem ADHD. Komunikační partnerky předem neznaly otázky, které byly základem rozhovoru a to proto, abych zachytila jejich přirozenou reakci. Před začátkem rozhovoru jsem komunikační partnerky seznámila s podmínkami našeho rozhovoru. Vysvětlila jsem jim, že jde o rozhovor anonymní, tudíž nemusí mít strach, že by se jejich údaje dostaly na veřejnost.

Všechny rozhovory proběhly bez komplikací. Rozhovory nepřesáhly 30 minut. Po vypnutí diktafonu mě většina komunikačních partnerek zahrnula spoustou dotazů týkajících se zkušeností se syndromem ADHD a sdělily mi další informace, na které jsem se během rozhovoru neptala. Z komunikačních partnerek jsem měla pocit,

že se potřebovaly vypovídat a svěřit člověku, který věděl co to je syndrom ADHD a jaké mají rodiny a rodiče problémy a starosti s dětmi, kteří jsou takto postižení. U komunikačních partnerek jsem během rozhovoru viděla smutek v obličeji a starost o budoucnost jejich dětí.

Získaná data byla nejdříve přepsána do písemné podoby, pročištěna a poté analyzována pomocí metody vytváření trsů. Tato metoda pracuje na principu shromáždění určitých výroků do skupin – trsů (Miovský, 2006).

Dle Hendla (2005) je technika, kdy je pro přepisy rozhovorů použita doslovná transkripce, velmi časově náročná. Jde o převod mluveného slova do písemné podoby a následné třídění. Cílem výzkumu bylo získat podrobná data a tak se tato technika projevila jako nejvíce žádoucí. Převod mluveného slova proběhl bez očištění od dialektu a bez přenosu do spisovného jazyka.

Vyhodnocení dat získaných z rozhovorů proběhlo metodou vytváření trsů. Ta se uskutečňuje tak, že se seskupí určité výroky do skupin (trsů) na základě jejich podobnosti. Trsy poté vznikají pomocí překryvů, jinak také podobností. Může se jednat o překryv tematický, časový či prostorový (Miovský, 2006). Následovalo zpracování dat a diskuze s různými zdroji.

Tabulka 7 – Vytváření trsů

Číslo trsu	Problematika	Číslo otázek z rozhovoru
TRS 1	Projevy dítěte s ADHD od narození do předškolní docházky	2 + 3
TRS 2	Projevy dítěte s ADHD po vstupu do školy	4 + 5 + 6 + 15
TRS 3	Vliv symptomů ADHD na dítě	7 + 12 + 13 + 14 + 17
TRS 4	Přístup učitelů a školy k dítěti s ADHD	8 + 9 + 10 + 11
TRS 5	Sourozenecké vztahy	18 + 19 + 20
TRS 6	Vliv ADHD na rodinu	21 + 22 + 23
TRS 7	Poruchy chování u dětí s ADHD	24 + 25
TRS 8	Nejtěžší období rodičů dítěte s ADHD	16 + 26

## 10 VÝSLEDKY

V této části diplomové práce jsou vyhodnoceny rozhovory s matkami dětí, které se starají o dítě se syndromem ADHD. Výzkum byl zaměřen na zjištění a zmapování, jak žije rodina s dítětem se syndromem ADHD, jak tuto rodinu vnímá okolí, jak syndrom ADHD zasahuje do soužití dítěte se svými sourozenci a jak funguje celá rodina.

V následujících trsech jsou zanesena data z rozhovorů a poté okomentována. Všechny dotazované ženy souhlasily s tím, že se budou podílet na praktické části této diplomové práce jako komunikační partnerky. Rozhovory probíhaly na předem domluveném místě. Nejprve byly dotazované ženy seznámeny s tématem diplomové práce a následně byla stanovena přibližná délka rozhovoru, tj. cca 30 minut. Ženy byly také seznámeny s tím, jak bude se získanými informacemi nakládáno. Nakonec komunikační partnerky znovu vyslovily souhlas s nahráváním rozhovoru.

### *10.1 Osobní charakteristiky komunikačních partnerek*

Pro přiblížení rodinných a životních situací komunikačních partnerek představím jejich krátké osobní charakteristiky. Zde uvádím, kde komunikační partnerka se svým synem žije proto, že jiné možnosti mají rodiče s dětmi ve větších městech, kde jsou poradny a odborníci na problém ADHD a také větší množství škol, z kterých mohly vybírat pro své děti. Jinak žijí komunikační partnerky v malých městech, kde je ve většině případů jedna škola, malé dítě se syndromem ADHD není schopno dojíždět do města, a proto musí navštěvovat onu jedinou školu, i přes to, že tam pro jeho vzdělávání nejsou nejjedlejší podmínky. Uvádím zde také, zda komunikační partnerka pečuje o dítě sama, či s otcem dítěte. Celé přepisy rozhovorů jsou přílohou této bakalářské práce.

**Komunikační partnerka K1** je 55letá matka dvou dětí žijící ve velkém městě a stará se o syna sama. Manžel jí zemřel v době, kdy byla těhotná s mladším synem. U staršího syna diagnostikována hluboká mentální retardace, od 6 let žije celoročně v ústavu. U mladšího syna diagnostikováno ADHD, v současnosti studuje střední školu, kde opakuje 3. ročník.

**Komunikační partnerka K2** je 39letá matka jednoho dítěte, žijící s manželem a synem v malém městečku. U otce jde o druhé dítě, jelikož má syna z prvního manželství,

u kterého bylo také diagnostikováno ADHD. Syn v současnosti končí základní školu a půjde na učební obor.

**Komunikační partnerka K3** je 41letá matka dvou dětí žijící ve velkém městě. O děti se stará společně s manželem. U staršího syna diagnostikováno ADHD, u mladšího syna nikoliv. Starší syn v současnosti navštěvuje základní školu a mladší mateřskou školu.

**Komunikační partnerka K4** je 45letá matka dvou synů žijící v malém městě. O děti se starala sama. Otec je opustil, když staršímu synovi bylo 7 a mladšímu 5 let. Dnes již děti žijí samostatně. Starší syn prospíval bez problémů, v současnosti dokončuje studium na vysoké škole. U mladšího syna diagnostikováno ADHD, dokončil s velkými problémy středoškolské vzdělání s výučním listem.

**Komunikační partnerka K5** je 47letá žena mající pouze jedno dítě. Žije se synem ve velkém městě. Syn byl adoptován ve 14,5 měsících. O syna se stará od 3,5 roku sama, s otcem se syn nestýká. Synovi diagnostikováno ADHD a v současnosti je na základní škole.

**Komunikační partnerka K6** je 40letá žena mající dvě děti, se kterými žijí společně s manželem v malém městě. Starší dcera prospívá bez problémů, končí střední školu a chce pokračovat ve studiu na vysoké škole. U mladšího syna, který je v současnosti na základní škole, diagnostikováno ADHD.

**Komunikační partnerka K7** je 54letá žena mající dvě děti, které jsou dnes již dospělé a žijí samostatně. V době, kdy se o děti společně s manželem starali, žili v malém městě. Starší dcera prospívala bez problémů, vystudovala vysokou školu. U mladšího syna diagnostikováno ADHD. V současnosti již pracuje a žije v domě s rodiči.

Při vyhledávání a navazování kontaktů se mi nepodařilo získat pro svou výzkumnou část diplomové práce rodiče, kteří by měli a pečovali o dceru se syndromem ADHD. Všechny mé komunikační partnerky jsou matky synů. Toto nasvědčuje i teorii Jucovičové a Žáčkové (2010), které ve svém díle popisují, že náchylnější k různým druhům poruch jsou chlapci, a častěji že se dědí hyperaktivita po mužské linii.

## 10.2 Výsledky rozhovorů

### První okruh otázek se týkal projevů dětí po narození a v předškolním věku.

TRS 1 ukazuje, jaké byly projevy u dětí se syndromem ADHD po narození a v předškolním věku. Již od narození, a následně i při návštěvě mateřské školky, byly zjevné na dětech první příznaky syndromu ADHD, především příznak živosti a impulzivnosti. Například komunikační partnerka K3 uvedla, že syn byl od narození neklidný a měl rychlejší pohybový vývoj, než byl u souvrstevníků. Část komunikačních partnerek nevěnovala pozornost živosti a zvýšené aktivitě svých synů, protože to bylo jejich první dítě a neměla dostatek zkušeností s vývojem dítěte.

Trs 1 – Projevy v období od narození až do předškolní doby

Projevy ADHD	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7
Živost	X	X	X	X	X	X	X
Pošťuchování ostatních – snaha upoutat pozornost			X			X	
Upovídanost		X		X			
Neposlušnost			X		X		
Impulsivnost	X		X		X	X	X
Vyčlenění z kolektivu			X			X	
Nerespektování příkazů			X		X		
Obliba u dětí	X						

Zdroj: Vlastní výzkum

Pokud dítě dochází do mateřské školy, pak to mohou být právě učitelky v mateřské školce, které rodičům doporučí návštěvu dětského psychologa, pedagogicko-psychologické poradny nebo střediska výchovné péče, aby vyšetřili jejich dítě, které je oproti ostatním dětem živější. ADHD se projevuje u předškolních dětí nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících neustále nové poznávací schopnosti, s tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by první činnost dokončili, spolu s dezorganizovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších doprovodných abnormalit. Děti se syndromem ADHD jsou často neukázněné



a impulzivní, náchylné k úrazům a pro bezmyšlenkovité nedodržování pravidel se často dostávají do konfliktů s disciplínou. Mezi ostatními dětmi v kolektivu jsou nepopulární a mohou být vyloučeni z kolektivu. Při rozhovoru komunikační partnerka K6 uvedla „...syn nastoupil do školky ve čtyřech letech, v té době začaly ve školce problémy jak s dětmi, tak s učitelkami, protože Vašík byl impulzivní, hyperaktivní, díky jeho špatnému mluvení docházelo často k nedorozuměním a ke konfliktům mezi dětmi a Vašíkem, paní učitelky považovaly Vašíka za nevychovaného a agresivního, často ho trestaly, podle nich by bylo nejlepší nechat Vašíka doma a neposílat ho do kolektivu...“.

### **Druhý okruh otázek se týkal projevů dětí po vstupu na základní školu**

V tomto okruhu otázek jsem chtěla zjistit, jak se dítě projevovalo po vstupu na základní školu, zda bylo koncentrované při zpracování úkolů, zda plnilo domácí úkoly samostatně, nebo zda je oddalovalo a zda bylo dítě odmítáno kolektivem z důvodu projevů ADHD.

**TRS 2** ukazuje „jak se dítě projevovalo po vstupu do základní školy“ komunikační partnerky ve většině případů uvedly, že vstup do školy a úspěchy dítěte ve škole byly z velké míry ovlivněny především přístupem učitele, zda si k žákovi našel cestu, díky svým znalostem o syndromu ADHD, či nikoliv, od čehož se odvíjelo i hodnocení učitele. Komunikační partnerka K6 uvedla „... paní učitelka přistupovala k Vašíkovi individuálně.... dětem ve třídě velice citlivě vysvětlila Vašíkovo odlišnost, Vašík byl velice spontánní, vstával z lavice, kdy chtěl, vykřikoval, lehal si během vyučování na koberec...paní učitelka mu často měnila úkoly...“. Opačný příklad přístupu učitele uvedla komunikační partnerka K4 „...po vstupu na základní školu začaly velké problémy, protože paní učitelka neměla pojem o tom, co to je ADHD a místo toho, aby synovi život na škole zpříjemnila, tak ho před spolužáky zesměšňovala..... . Podobnou situaci mi popsala i komunikační partnerka K2 „... po vstupu do 1. třídy nastaly velké problémy, jeho třídní učitelka nás neustále předvolávala a upozorňovala nás na jeho nepozornost a hyperaktivitu, atd..... doporučila nám navštívit pedagogicko-psychologickou poradnu, kterou jsme navštívili a bylo synovi diagnostikováno ADHD... ani po tomto nenalezla třídní učitelka k mému synovi cestu a navíc se její chování k němu odrazilo i na přístupu ostatních dětí ve třídě k němu, byl vyčleněn z kolektivu, velmi těžce to nesl....“.

Výzkumem byly zjištěny následující poznatky, které jsem rozdělila do dvou skupin:

1. Zda učitel pomohl dítěti k úspěšnému vstupu do školních lavic. Na tuto otázku odpověděly kladně pouze 3 komunikační partnerky K1, K6, K7. Ostatní komunikační partnerky odpověděly, že nikoliv.

Z trsu 2 je jasně poznatelné, zda učitel, který se setká s dítětem, které má syndrom ADHD, je erudovaný učitel a znalý problému. Erudovaný učitel ví, jak se k těmto dětem chovat, a jak jim zpříjemnit pobyt a výuku ve škole. Přestup z předškolního vzdělávání (z mateřské školy) do školního vzdělávání je složitý i pro většinu zdravých dětí. Zkušenost učitele, nezáleží na době praxe a věku učitele, jak jsem již zjistila při výzkumu ve své bakalářské práci (Kokešová, 2014). Jde pouze o přístup učitele k těmto žákům, zda jim umožní jiný režim v hodině a zda bude střídat aktivity v hodině, protože každý erudovaný pedagog ví, že dítě s ADHD se nevydrží dlouho soustředit na jednu činnost, a potřebuje individuální přístup. Zkušený pedagog, který má ve své třídě dítě se syndromem ADHD by měl v době, kdy zjistí, že má takto neposedného žáčka ve své třídě, ostatní spolužáky citlivě informovat o tom, že onen postižený žáček má zdravotní problémy a že k němu bude přistupovat odlišně, aby zvládl učivo jako oni, aby nedošlo k vyčlenění dítěte se syndromem ADHD z kolektivu. Vyčleněním z kolektivu se ještě více zhorší psychická pohoda žáka se syndromem ADHD, a udělá vše proto, aby se svým spolužákům zalíbil, bude na sebe upozorňovat, a ve většině případů nevhodným způsobem, což povede k zhoršení celé situace v třídním kolektivu. I pro učitele to bude zhoršení podmínek pro výuku, protože bude muset řešit delikty mezi spolužáky a následně i s rodiči. Což se neblaze projeví na přístupu žáka se syndromem ADHD ke školním povinnostem a ke svým spolužákům.

2. Konkrétní symptomy projevující se u dětí po vstupu do základní školy

Do druhé části byly zařazeny pouze odpovědi komunikačních partnerek, které uvedly, že jejich děti měly problémy při vstupu na základní školu, jsou uvedeny typické symptomy pro syndrom ADHD. Pro upřesnění dodávám, že na tyto symptomy poukazovaly především učitelé při komunikaci s rodiči. Po zobrazení výsledků ve sloupcovém grafu je jasně vidět, že děti mají problém být v klidu a udržet pozornost. Další věc, která mne zajímala a myslím si, že je pro správný vývoj dětí s ADHD velmi důležitá, bylo, zda jsou děti se syndromem ADHD odmítány kolektivem či nikoliv. Z výsledků rozhovorů s komunikačními partnerkami jsem zjistila, že většina dětí je z důvodu hyperaktivity a impulzivity odmítána kolektivem.

Komunikativní partnerka K2 při rozhovoru uvedla, že její syn byl odmítán kolektivem do 3. třídy vlivem třídní učitelky, ale po přestupu na jinou školu je v kolektivu spolužáků i učitelů oblíben. Šlo o přístup učitele k žákovi, který ostatním spolužákům vysvětlil zdravotní problém syna komunikační partnerky K2 a ti ho přijali do kolektivu i s jeho odlišností. Komunikativní partnerka K4 uvedla, že syn byl i nebyl oblíben. Byl určitou skupinou spolužáků a kamarádů oblíben a vyhledáván, protože byl dobrosrdečný, nebyl lakomý, byl ochotný se pustit do čehokoliv a bavil vždy celé okolí. Druhou skupinou dětí byl odmítán pro svou impulzivní povahu, neadekvátní reakce a předvádění se.

Z rozhovorů jsem usoudila, že na oblíbenost a neoblíbenost dětí v kolektivu má vliv mnoho faktorů. Velmi mnoho ve škole záleží na učiteli, který by měl spolužáky citlivě seznámit s tím, co je to syndrom ADHD a proč se tak jejich spolužák se syndromem chová a projevuje. Ale je zcela jisté, že děti s ADHD mají větší problém při navazování kvalitních kontaktů a udržení si jich. Jak v dětství, tak v dospělosti. Často bývají ve třídě neoblíbené, nemají blízké kamarády. Nebo se přátelí pouze s dětmi s podobnými potížemi.

#### Trs 2 – Symptomy ADHD projevující se při vstupu do ZŠ

Symptomy projevující se při vstupu na ZŠ	K2	K3	K4	K5
<b>Hyperaktivita</b>	X	X	X	X
<b>Nepozornost</b>	X	X	X	X
<b>snaha upoutat pozornost</b>	X	X	X	X
<b>nerespektování pokynů</b>		X		X
<b>vyčlenění z kolektivu</b>	X	X	X	X
<b>ostatní poruchy (řeči, psaní...)</b>	X			X

Zdroj: Vlastní výzkum

K typickým znakům neurovývojových poruch, mezi které patří i syndrom ADHD, patří vysoká komorbidita. Údaje o prevalenci komorbidit se často liší. Mezi nejčastější komorbidity patří poruchy opozičního vzdoru a porucha chování, kdy jsou děti neposlušné, vzdorovité, provokující. Všechny tyto komorbidity uvedly čtyři komunikační partnerky (K2, K3, K4 a K5) ve svých odpovědích na otázku, jak se jejich dítě projevovalo při vstupu na základní školu. Dle literatury trpí poruchou opozičního vzdoru a poruchou chování cca 40 – 50 % dětí s ADHD. Dále mezi časté komorbidity patří specifické poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie), kterou trpí také cca 50 % dětí s ADHD, dále poruchou motoriky, úzkostné poruchy, poruchy nálad, tikové poruchy, poruchy spánku, deprese a emoční poruchy a v období dospívání a dospělosti zneužívání návykových látek. Depresivní poruchy a tiky má cca 10 – 15 % dětí s ADHD.

Komunikační partnerka K2 uvedla jako komorbidní poruchu doprovázející u jejího syna syndrom ADHD poruchu školních dovedností, spočívající v dysgrafii, dyslexii, dyskalkulii a dysortografii. Komunikační partnerka K6 jako komorbidní poruchu u svého syna uvedla poruchu řeči, kdy se syn ve čtyřech letech, po nástupu do školky, nebyl schopen dorozumět se spolužáky a z toho pramenily neshody se spolužáky a vyčlenění z kolektivu, což ovlivnilo i dítěte psychické zdraví a vývoj.

Trs 2 ukazuje, zda děti měly problémy při koncentraci při zpracování úkolů a zda oddalovaly plnění svých úkolů a povinností, jednoznačně rodiče odpověděli, že ANO. Tyto symptomy často ovlivňují úspěšnost dětí ve škole, protože nevydrží setrvat u jedné činnosti delší dobu, především u plnění zadaných úkolů, které se opakují, nebo jsou nudné, a následkem toho je, že děti začnou ztrácet pozornost a začnou se zabývat pro ně zajímavější činností. Dále jsem svým výzkumem zjistila, že velký vliv na to, zda bude dítě vyčleněno z kolektivu či nikoliv, má učitel. Pokud učitel citlivým přístupem ostatním spolužákům postiženého dítěte vysvětlí podstatu syndromu ADHD a dále jim vysvětlí, proč se tak či onak jejich spolužák chová, napomůže to ke zklidnění napětí ve třídním kolektivu a k zabránění vyčlenění dítěte s ADHD.

Jednou z otázek položenou při rozhovoru jsem chtěla zjistit, zda byly děti se syndromem ADHD odmítány kolektivem či nikoliv. Z výsledků rozhovorů s komunikačními partnerkami jsem zjistila, že většina dětí je z důvodu hyperaktivity a impulzivity odmítána kolektivem.

Komunikativní partnerka K2 při rozhovoru uvedla, že její syn byl odmítán kolektivem do 3. třídy vlivem třídní učitelky, ale po přestupu na jinou školu je v kolektivu spolužáků i učitelů oblíben. Šlo o přístup učitele k žákovi, který ostatním spolužákům vysvětlil zdravotní problém syna komunikační partnerky K2 a ti ho přijali do kolektivu i s jeho odlišností. Komunikativní partnerka K4 uvedla, že syn byl i nebyl oblíben. Byl určitou skupinou spolužáků a kamarádů oblíben a vyhledáván, protože byl dobrosrdečný, nebyl lakomý, byl ochotný se pustit do čehokoliv a bavil vždy celé okolí. Druhou skupinou dětí byl odmítán pro svou impulzivní povahu, neadekvátní reakce a předvádění se.

Z rozhovorů jsem usoudila, že na oblíbenost a neoblíbenost dětí v kolektivu má vliv mnoho faktorů. Velmi mnoho ve škole záleží na učiteli, který by měl spolužáky citlivě seznámit s tím, co je to syndrom ADHD a proč se tak jejich spolužák se syndromem chová a projevuje. Ale je zcela jisté, že děti s ADHD mají větší problém při navazování kvalitních kontaktů a udržení si jich. Jak v dětství, tak v dospělosti. Často bývají ve třídě neoblíbené, nemají blízké kamarády. Nebo se přátelí pouze s dětmi s podobnými potížemi.

### **Další okruh otázek, v pořadí číslo 3, se zabýval vlivem symptomů ADHD na dítě**

**TRS 3** se zabýval otázkami, které měly osvětlit, jak symptomy ADHD ovlivňují úspěšnost dítěte. V tabulce 6 jsem uvedla, v jakém období bylo jednotlivému dítěti komunikačních partnerek diagnostikováno ADHD. Odpovědi komunikačních partnerek šlo rozdělit do dvou skupin. První skupinu představovaly děti komunikačních partnerek, kterým bylo ADHD diagnostikováno v předškolním zařízení (K3, K5), druhou skupinu děti komunikačních partnerek, kterým bylo ADHD diagnostikováno až ve školním věku (K1, K2, K4, K6, K7). Z odpovědí komunikačních partnerek vyplývá, že nejčastější období, kdy byl dítěti diagnostikován syndrom ADHD je po nástupu do základní školy. Při rozhovoru s komunikační partnerkou K7 mi sdělila „...*LMD mu bylo diagnostikováno v 9 letech, v průběhu školy nám bylo psychologkou vysvětleno, že se používá nový termín pro tuto nemoc, a že je to syndrom ADHD s hyperaktivitou a poruchou soustředění.... V první a druhé třídě měl paní učitelku, která nám říkala, že je jak z hadích ocásků, že je živý, ale že se to snad usadí... problémy začaly až ve třetí třídě, kdy syn dostal jinou učitelku, s kterou si nasedli.... Dospěli jsme až do stavu, kdy jsem vyhledala pedagogicko-psychologickou poradnu a požádala o vyšetření, tam bylo synovi diagnostikováno*

*LMD..... nicméně paní učitelka na to nebrala žádný ohled a syn měl ve škole stále problémy...“.* U dvou dětí byl syndrom ADHD diagnostikován ještě před nástupem do základní školy. Komunikační partnerky K3 a K5 uvedly, že oba synové byli již ve školce stále v pohybu a nevydrželi pracovat s dětmi v kolektivu jako ostatní. Proto jim bylo doporučeno navštívit pedagogicko-psychologickou poradnu již v mateřské školce.

Dále jsem chtěla zjistit, zda dětem byly provedeny testy IQ, které jsou zpravidla prováděny v pedagogicko-psychologických poradnách, kam komunikační partnerky s dětmi docházely, a zda jejich dosažené školní výsledky odpovídaly jejich inteligenci a jejich dosaženému vzdělání. Na tuto otázku mi odpověděly všechny komunikační partnerky. Pěti dětem byly dělány testy a u dvou provedeny nikdy nebyly (viz. Trs 3).

Moje komunikační partnerky potvrdily to, že děti se syndromem ADHD ve většině případů nedosahují předpokládaných školních výsledků v návaznosti na jejich inteligenční kvocient. Pouze komunikační partnerka K6 uvedla, že jejímu synovi, který měl diagnostikováno ADHD již v mateřské školce a následně po odkladu školní docházky, když nastoupil do první třídy, tak se vzdělával podle individuálního vzdělávacího plánu. Komunikační partnerka K6 byla do 12 let syna doma, v současnosti pracuje na poloviční úvazek, což jí umožňuje být neustále v kontaktu s třídní učitelkou, a protože je syn v současnosti v páté třídě, a má stálou paní učitelku, domlouvají se na postupu výuky a plnění synových úkolů operativně, a to velmi pomáhá synovi při edukaci.

Dále jsem chtěla zjistit, jakými základními charakteristickými rysy, typickými pro lidi se syndromem ADHD, bylo dítě komunikačních partnerek postiženo. Jde o 3 základní typické vlastnosti, mezi které patří hyperaktivita, deficit pozornosti a impulzivita. Hyperaktivita u dětí se projevuje nadbytečnými pohyby, pohybují se bez ohledu na okolí a situaci, jsou výřeční, hlasití a při činnosti, kterou provádějí, často mluví. Deficit pozornosti, někdy také porucha pozornosti, se projevují u dětí tím, že se nevydrží dlouho soustředit na jednu činnost, mají problém s opakovanými nebo nudnými úkoly, problém s motorikou. A poslední je impulzivnost, kdy dítě jedná rychle, bez rozmyslu, a má neadekvátní reakce na podnět.

Z následujícího trsu 3 je patrné, po rozhovoru s komunikačními partnerkami, čím jsou jejich synové postiženi. Některé děti trpí všemi vlastnostmi syndromu ADHD najednou a jsou i takové děti, které trpí pouze některými vlastnostmi syndromu ADHD.

Trs 3 - Výsledky testů IQ, dosažené školní výsledky, symptomy ADHD

Komunikační partnerka	Výsledek testů IQ	Dosažené školní výsledky v návaznosti na test IQ	Symptomy syndromu ADHD
K1	Vyšší číslo IQ	výsledky nedosahují možnostem, je ve 3. ročníku na střední škole, který opakuje	hyperaktivita
K2	V lehkém nadprůměru	Školní výsledky v podprůměru. Končí ZŠ a půjde na učební obor.	hyperaktivita, deficit pozornosti
K3	---	V současnosti 3. třída ZŠ	hyperaktivita
K4	IQ v první třídě 139	Školní výsledky neodpovídaly, ukončil vzdělání výučním listem	hyperaktivita, deficit pozornosti, impulzivita
K5	Nadprůměrně inteligentní	Výsledky na ZŠ nedosahují jeho inteligenci.	deficit pozornosti
K6	---	V současnosti 5. třída ZŠ, učení zvládá na samé jedničky, má IVP	hyperaktivita, deficit pozornosti, impulzivita
K7	Nadprůměrně inteligentní	Školní výsledky neodpovídaly jeho dispozicím. Ukončil vzdělání maturitou.	hyperaktivita, deficit pozornosti

Zdroj: Vlastní výzkum

Hyperaktivita a impulzivita má často za následek úraz dítěte. Jednou z otázek, kterou jsem komunikačním partnerkám položila, byla otázka, zda synové komunikačních partnerek byli náchylnější k úrazům více než ostatní děti. Při pokládání této otázky mne všechny komunikační partnerky zavalily velkým výčtem úrazů a pohmožděnin, které jejich děti utrpěly. Až při našem rozhovoru si některé komunikační partnerky uvědomily, že synové neměli úrazy jenom proto, že jsou to kluci, ale že může být příčinou jejich úrazů i hyperaktivita a impulzivita, kdy jednají bez rozmyslu, impulzivně a nerozvážně. Zlomené ruce, nohy a další části těla jsou například špatným

vyhodnocením situace, do které se dítě dostalo a než aby si pořádně rozmyslelo, co bude dělat dál, tak okamžitě činilo a způsobilo si úraz. Komunikační partnerka K4 uvedla „...od raného dětství jsme byli stáli zákazníci úrazového oddělení ve nemocnici. Jako tříleté dítě měl tržnou ránu na bradě, rozbitá kolena, odřené lokty, na prvním stupni základní školy zlomenou nohu v kotníku, výrony kotníku a tržnou ránu na čele. V pozdějším věku vykloubené rameno, když utíkal po schodech, uklouzl a zachytil se rukou zábradlí. Ale svou tíhou a váhou si způsobil, že se sice zábradlí chytil, ale vykloubil si ruku v rameni. Jít pomalu po schodech, tak by se mu to nestalo...“. Komunikační partnerka K1 uvedla „... Tím, že je syn bavič celé třídy, předvádí se a neustále se snaží být ve všem první, tak odřenin, tržných ran, které mu šli v nemocnici, zlomenou ruku v lokti, a dalších drobných zranění měl mnoho...“

**Tento okruh otázek byl zaměřen na zjištění, jaký je přístup učitelů a škol k žákům se syndromem ADHD.**

**TRS 4** ukazuje, jak jsou školy připravené na žáky se syndromem ADHD. Zda ví, kam je mají odeslat nebo jakou pomoc při vzdělávání jejich dětí jim mohou nabídnout.

Komunikačním partnerkách jsem položila otázku, zda jsou učitelé v mateřských školách a základních školách znalí problémů dětí se syndromem ADHD a zda na toto upozorní rodiče, a doporučí jim, aby vyhledali odbornou pomoc. Komunikační partnerky K1, K2, K3, K5 uvedly, že učitelé měly podezření na syndrom ADHD u jejich dětí, upozornili je na to, a doporučili jim vyhledat odbornou pomoc a požádat o vypracování posudku pro školu, aby věděli, čím dítě trpí a mohli k němu odborně přistupovat.

Z odpovědí komunikačních partnerek je patrné, že převažují učitelé, kteří na problém upozornění rodiče a doporučí jim vyhledat odbornou pomoc. Komunikační partnerka K7 uvedla „... syn začal chodit do první třídy v roce 1995, kdy ještě naše školství nebylo na takové úrovni, že by učitelé byli znalí problému, tehdy LMD, dnes syndromu ADHD. Jelikož šlo o mé druhé dítě, kdy mám ještě starší dceru, a ta se vyvíjela odlišně a prospívala ve škole bez problémů, uvědomila si sama, že asi není vše v pořádku a po poradě s pediatričkou se objednala do pedagogicko-psychologické poradny, kde byly synovi provedeny testy a výsledek byl lehká mozková dysfunkce, spočívající v hyperaktivitě, poruše chování a pozornosti“. I další dvě komunikační partnerky



(K4 a K6) vyhledali odbornou pomoc sami, bez doporučení školy, protože učitelky neuměly s dětmi pracovat a raději je zaškatulkovaly do kolonky „zlobivé a špatně vychované“.

Dále mne zajímalo, zda byl nabídnut asistent pedagoga nebo osobní asistent. Téměř všechny komunikační partnerky shodně uvedly, mimo komunikační partnerky K5, že nikoliv. Komunikační partnerka K5 uvedla, že syn měl asistenta, ale nejenom z důvodu syndromu ADHD, ale také z důvodu zrakových indispozicí a že školu vždy vybírali tak, aby jim byl asistent umožněn. Ani s těmito rozsáhlými problémy jim určité školy asistenta neumožnily. Asistentku měl syn do konce 7. třídy.

Pro zdravý tělesný, psychický a sociální vývoje dítěte se syndromem ADHD je nutné, aby rodiče i pedagogičtí pracovníci měli dostatek informací, jak k dítěti s ADHD přistupovat, jak mu vytvořit vhodné podmínky, formy a způsoby práce, aby dítě mohlo ve škole zdárně prospívat. Z toho důvodu jsem komunikačním partnerkám položila otázku, zda využívají odbornou pomoc v pedagogicko-psychologických poradnách. Pedagogicko-psychologická poradna je školské zařízení, které zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků ve školách, poskytují poradenské služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobním a sociálním vývoji, ale také poskytují metodickou podporu škole, dále pedagogicko-psychologické služby, speciálně pedagogické poradenství a pedagogicko-psychologickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, mezi které patří i děti se syndromem ADHD.

Všechny komunikační partnerky odpověděly shodně, že pomoc v pedagogicko-psychologické poradně vyhledaly. Komunikační partnerky K4 a K7, které již mají děti dospělé, odpověděly, že poradnu navštěvovaly, ale již spolupráci ukončily. Ostatní komunikační partnerky navštěvují dosud se svými dětmi pedagogicko-psychologické poradny. Komunikační partnerka K3 pravidelně navštěvuje Středisko výchovné péče, kde je přítomný pedagogicko-psychologický pracovník.

Důležitou roli v úspěšném zvládnutí školy dítětem se syndromem ADHD hraje učitel. Z toho důvodu jsem komunikačním partnerkám položila otázku, zda jsou v současnosti učitelé erudovaní a připravení na děti se syndromem ADHD, kterých stále přibývá, anebo zda jsou na školách učitelé, kteří nechtějí změnit svůj zaběhnutý stereotyp při výuce a nechtějí respektovat odlišné potřeby dětí se speciálními vzdělávacími

potřebami, konkrétně se syndromem ADHD. Z otázek komunikačních partnerek jsem zjistila, že většinou mají špatný názor na učitele, kteří vyučovali jejich syny. Z následující tabulky lze vyčíst odpovědi komunikačních partnerek.

Trs 4 – Jaký měly pocit komunikační partnerky z učitelů

<b>Komunikační partnerka</b>	<b>Názor komunikační partnerky na učitele</b>
<b>K1</b>	Učitelé nebyli schopni nebo ochotni věnovat synovi jiný přístup
<b>K2</b>	Velmi špatný, neprostá neochota, nezkušenost.
<b>K3</b>	Učitelé neví, až praxí zjistí, jak s těmito dětmi mají zacházet.
<b>K4</b>	Bohužel špatný, většina učitelů netuší, jak s dětmi pracovat, jsou pohodlní přijmout nový způsob výuky a učit jiným způsobem
<b>K5</b>	Chodí do námi vybrané školy, na kterou jsem se informovala, a zde umí učitelé s takto hendikepovanými dětmi pracovat.
<b>K6</b>	V mateřské školce katastrofa. V základní škole zatím dobré, snaží se pochopit synovu situaci.
<b>K7</b>	Dvě skupiny učitelů, jedni si poradí se všemi žáky, jejich povolání je jejich poslání. Druhá skupina jsou učitelé, kteří to mají jako zaměstnání, pouze odučí nutné a osud žáků je nezajímá.

Zdroj: Vlastní výzkum

### **Pátá skupina otázek byla zaměřena na sourozenecké vztahy**

**TRS 5** ukazuje na to, že i syndrom ADHD má vliv na sourozenecké vztahy. První položená otázka v tomto trsu byla, jaký má dítě se syndromem ADHD vztah se sourozencem, druhá otázka byla, zda věnuje komunikační partnerka rozdílnou péči synovi se syndromem ADHD a jeho sourozencům a poslední otázka byla, zda sourozenec žárlí na dítě se syndromem ADHD. Na tyto otázky odpovídalo pouze 5 komunikačních

partnerek, které mají více dětí, než syna se syndromem ADHD. Dvě komunikační partnerky mají pouze syna s ADHD, proto na tyto otázky neodpovídaly.

U první otázky, jaký mají děti se syndromem ADHD vztah se sourozencem, byly od komunikačních partnerek rozdílné odpovědi. Záleží především na tom, jak velký věkový rozestup mají mezi sebou sourozenci a zda je dítě se syndromem ADHD prvorozený či druhozený. V rodinách, kde je první dítě bez problémů a mají větší věkový rozestup se sourozencem se syndromem ADHD, tak není problém. Toto mi uvedla komunikační partnerka K6 „..... *syn s dcerou mají sedmiletý rozestup a mají mezi sebou krásný vztah. Jsou zde normální občasné sourozenecké třenice, ale nic extrémního. Syn má k sestře důvěru, často se jí svěřuje...*“ Komunikační partnerka K4 mi řekla „..... *v současné době, kdy jsou oba již dospělý (mají věkový rozestup 1,5 roku), a nejsou ve stálém kontaktu, tak se vztah stabilizuje, tolerují se. V raném dětství byl normální vztah, ale s příchodem problémů, spočívajících v poruše chování syna se syndromem ADHD, se začal jejich vztah komplikovat, vyostřovat, kdy se nesnášeli, protože mladší bratr kradl věci a peníze staršímu....*“.

Na otázku, zda věnují rozdílnou péči dítěti se syndromem ADHD a jeho sourozenci, 5 komunikačních partnerek, které mají více dětí, odpovědělo, že ano. Z tohoto zjištění vyplývá, že skutečně dítě se syndromem ADHD potřebuje větší péči než zdravé dítě. Péče a výchova dítěte s ADHD by měla spočívat v důslednosti, v pravidelném režimu, tzn. vytvořit dítěti pokud možno ustálené postupy a rituály, které mu usnadní orientaci v čase a povinnostech. Dále by neměli rodiče vystavovat děti situacím, které nemohou zvládnout a zákonitě selžou (tzn. úkoly, které vyžadují dlouhé soustředění). Je vhodné vytvořit dítěti pravidla žádoucího chování a systém odměn i trestů, které budou následovat při jejich splnění, případně nedodržení tak, aby výchova byla pro dítě čitelná a předvídatelná. Rodiče by měli najít, v čem je dítě dobré, a na čem lze budovat jeho zdravé sebevědomí. Rodiče by měli svému dítěti naslouchat a nebagatelizovat jeho obtíže se sourozenci a s vrstevníky.

Péče o dítě s ADHD je velmi náročná a možná i těžko pochopitelná pro sourozence, který ADHD nemá. A ve většině případů je to také ještě dítě, kterému se určité věci těžko vysvětlují, i přestože se zvolí citlivý přístup odpovídající jeho věku. Už například z toho důvodu, kdy syna s ADHD odměňujeme za maličkosti, nepožadujeme po něm

dlouhodobé úkoly a nelpíme na detailech, které vyžadujeme po zdravém sourozenci. Což zdravé děti v raném dětství nemusí správně vyhodnotit.

Poslední otázka v trsu byla, zda žárlí zdravý sourozenec na sourozence s ADHD. Na tuto otázku všech pět komunikačních partnerek uvedlo, že zdravý sourozenec na nemocného nežárlí. Pokud přistupují rodiče důsledně k vymáhání povinností a úkolů po nemocném synovi, tak je pravděpodobné, že zdravý syn je toho svědkem, vidí, že i po nemocném synovi rodiče vyžadují plnění povinností a z toho důvodu nežárlí.

Psychologové uvádějí, že je pro další život velmi důležitý sourozenecký vztah. Způsob, jakým k sobě děti přilnou, je sice do značné míry nevypočitatelný, přesto se dá říci, že způsob, jakým se k sobě sourozenci chovají, bezprostředně vychází z nastavení vzájemných vztahů a komunikace v rodině.

### **Šestá skupina otázek se zabývala tím, zda má syndrom ADHD vliv na rodinu**

**TRS 6** poukazuje na to, že rodina, potažmo rodiče, jsou ovlivněny syndromem ADHD. První položená otázka komunikačním partnerkám byla, kdo je pro ně oporou při řešení problémů spojených se synovým postižením, druhou otázkou jsem chtěla zjistit, jak na rodinu pohlíží známí, kamarádi a okolí a třetí otázkou jsem chtěla zjistit, zda měla rodina dítěte se syndromem ADHD zvýšené náklady, související s postižením syna, například zda ztrácel věci, oblečení, atd.

Odpovědi od komunikačních partnerek byly různorodé. Komunikační partnerky, které jsou na výchovu syna samy, odpověděly, že rodiče. Komunikační partnerka K4 uvedla „.....snažila jsem se všechno zvládat sama a s péčí o děti mi pomáhali rodiče (prarodiče syna)....“. Komunikační partnerka K5, která byla také na výchovu syna sama, uvedla „.....Nikdo, vše jsem zvládala a zvládám sama. Vlastně jedinou oporou je paní psychologka, kterou si – nám platím soukromě“. Velice mne zaujala odpověď komunikační partnerky K2, která uvedla, že oporou při řešení problémů je „... on sám“. Po ukončení nahrávaného rozhovoru mi komunikační partnerka K2 řekla, že její syn, který má zdravotní problémy, o kterých nic do doby než měla syna, nevěděla, a musela je nyní řešit a tím si rozšířila i své znalostní obzory, jí posunul i jako člověka dál. Nikdy nepřemýšlela o tom, proč se některé děti, s kterými přišla na návštěvách nebo v běžném životě do styku, chovají určitým neadekvátním způsobem, a už vůbec někdy nechápala,

proč na toto chování reagují jejich rodiče ještě neadekvátnějším způsobem. Až zpětně si uvědomila, že není možné všechny děti vychovávat podle šablony, ale každé dítě potřebuje individuální způsob přístupu a výchovy. Ne vždy je na první pohled vidět, že dítě není v optimálním zdravotním stavu a potřebuje jiný přístup, než druhé zdravé dítě. Komunikační partnerka K6, u jejíž syna byl syndrom ADHD diagnostikován již v mateřské školce a která zůstala se synem doma, nechodila do práce a věnovala se mu po celou dobu, kdy nebyl ve školce (tam max. 4 hodiny denně), a následně i v prvním 4 letech školní docházky, uvedla, že „... *Mám velké štěstí. Největší oporou je manžel, dcera, ale i prarodiče. Dále pak paní učitelky, které jsou velmi empatické, funguje mezi námi úžasná spolupráce. A také psychologka a logopedka, ke kterým si i syn vytvořil krásný vztah a má k nim důvěru...*“. Musím konstatovat, že ne všechny komunikační partnerky mají nebo měly takové štěstí na lidi, kteří přišli do styku s jejich nemocným synem.

Většina komunikačních partnerek mi na otázku, jak na ně pohlížejí známí, kamarádi a okolí, odpověděla, že špatně. Co je to syndrom ADHD většina naší populace neví a netuší, pokud nejsou nuceni se tím zabývat osobně. Jaké jsou příznaky ADHD ví pouze zasvěcení jedinci. Těžko někoho z okolí postiženého dítěte napadne, aby si šel vyhledat, co to může být, když se dítě chová odlišným způsobem. Pokud známí a příbuzní neosloví rodiče dětí se syndromem a nechtějí vysvětlení, proč se jejich dítě chová neadekvátním způsobem a oni následně také, tak většinou neznalé okolí rodiče a dítě odsoudí, že se chovají divně. V tomto duchu mi odpovídaly i komunikační partnerky. V následující tabulce jsem pro přehlednost zobrazila odpovědi komunikačních partnerek.

Musím souhlasit s postupem komunikační partnerky K6, která napsala, že s přáteli, kterým vysvětlili problém a oni i přesto nechtěli pochopit jejich situaci, tak se se s nimi přestali stýkat, nebo se s nimi stýkají méně. Je jim přednější, jak se cítí jejich syn, než nechápaví přátelé.

Posledním otázkou v šestém trsu byl na komunikační partnerky vznesen dotaz, zda měla rodina zvýšené náklady z důvodu synovo postižení. Je všeobecně známé, že hyperaktivní děti, které jednají impulzivně a jsou nepozorné, nejenom jsou psychickou zátěží pro jejich rodiče, ale i finanční zátěží, protože často zapomínají a ztrácí věci, školní pomůcky i sportovní potřeby. Z tohoto důvodu jsem se zeptala na tento problém i svých komunikačních partnerek, zda i ony mají zvýšené náklady spojené s hyperaktivními syny.

Komunikační partnerky mi téměř shodně odpověděly, že jejich děti pravidelně ztrácely školní pomůcky, sešity, oblečení, sportovní potřeby. Pouze komunikační partnerka K1 uvedla, že „... snad to bylo v normě, asi jednou ztratil mikinu a pak si kreslí do sešitů, které musíme kupovat nové..“. Odlišná byla také odpověď komunikační partnerky K5, která uvedla, že samozřejmě jsme měli zvýšené finanční náklady, ale z důvodu doporučení pedagogicko-psychologické poradny, že syn může být v předškolním zařízení maximálně 4 hodiny denně, tak k zabezpečení péče o syna si najala chůvu, aby mohla ona finančně zabezpečit chod a nároky rodiny, protože od 3,5 roku syna se o něj stará pouze ona. Ztrácení a ničení se časem zlepšilo.

#### Trs 6 – Vliv syndromu ADHD na rodinu

<b>KP</b>	<b>Kdo byl oporou při řešení problémů spojených se synovým postižením?</b>	<b>Jak na vás, jako na rodinu, pohlíželi známí, kamarádi a okolí?</b>	<b>Zvýšené náklady</b>
<b>K1</b>	Moji rodiče, přítelkyně i partner a dva pejsci	Nevnímám nic mimořádného, chování lidí a známých okolo mne mi připadá v normě.	Ano
<b>K2</b>	On sám	Kamarádi v pořádku, neseznámené okolí syna považovalo za obtěžujícího a divného	Ano
<b>K3</b>	Sředisko výchovné péče	Jako, že máme postižené dítě, někdo nás litoval a někdo odsoudil	Ano
<b>K4</b>	Moji rodiče a sama sobě jsem byla oporou	Špatně, odsoudili mě, že jsem neschopná, aniž by se zeptali, kde je problém	Ano
<b>K5</b>	Nikdo, sama. Jedinou oporou byla psychologička	Syna se báli a nebyl žádoucí jako návštěva. Známí mi často kázali	ano

		o jeho rozmazlenosti a podobně, takto se chovala i řadu let rodina.	
<b>K6</b>	Manžel, dcera, ale i prarodiče. Dále pak paní učitelky, které jsou velmi empatické, funguje mezi námi úžasná spolupráce. A také psycholožka a logopedka, ke kterým si i syn vytvořil krásný vztah a má k nim důvěru	Někteří naší situaci nechápali, ani po vysvětlení. Nemohli pochopit rozdílné výchovné postupy. S těmi jsme omezili kontakt. Ale naštěstí tu bylo více přátel, kteří pochopit chtěli.	Ano
<b>K7</b>	Manžel	Někteří mě poučovali, že mám být přísnější, atd., někteří neříkali nic. Spíš mě odsoudili, že syna rozmazluji	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

### **Předposlední okruh otázek byl zaměřený na společensky nebezpečné jevy u dítěte se syndromem ADHD**

**TRS 7** zjišťuje, zda děti se syndromem ADHD jsou náchylnější, jak tvrdí odborná literatura, ke společensky nebezpečným jevům, zda již chování nebo nějaký delikt synů komunikačních partnerek řešila policie a zda kouří či užívá nějaké návykové látky.

Pět ze sedmi komunikačních partnerek mi shodně řeklo, že ne a doufají, že to tak i do budoucna zůstane. Dvě komunikační partnerky mi řekli, že již syny řešila policie. Jedná se o komunikační partnerky K4 a K7, které mají již syny dospělé. Své problémy měly děti až v pubertě a po dovršení plnoletosti, kdy pro jejich matky bylo toto nejtěžší období ve výchově svých dětí, jak uvedly v odpovědi na otázku v trsu 8.

Na otázku, zda synové kouří nebo užívají nějaké návykové látky, mi komunikační partnerky odpověděly shodně, jako v předchozí otázce. Pět komunikačních partnerek, které mají ještě syny mladšího věku, odpovědělo, že nekouří, ani neužívá žádné návykové látky, a že doufají, že to tak i zůstane. Dvě komunikační partnerky K4 a K7 shodně

odpověděly, že synové kouří. Komunikační partnerka K4 uvedla, že syn kouří i marihuanu a tvrdí, že ho to uklidňuje. Komunikační partnerka K7 uvedla, že ví o tom, že syn zkoušel kouřit marihuanu, ale v současnosti neví, zda jí kouří či ne.

Domnívám se, že pokud by bylo složení mého výzkumného vzorku jiné, pokud by bylo do výzkumu zahrnuto více starších lidí ovlivněných syndromem ADHD, byl by i výsledek této výzkumné otázky jiný. Zcela jistě ovlivňuje věk užívání návykových látek a dalších společensky nebezpečných jevů.

### **Posledním okruhem otázek jsem chtěla zjistit, zda rodičům způsobuje syn s ADHD omezení v běžném životě a jaké bylo pro rodiče nejtěžší období při výchově syna**

**TRS 8** Otázka č. 26 mi měla přiblížit období, jaké bylo pro komunikační partnerky při výchově svých synů se syndromem ADHD nejtěžší.

Na otázku, zda je pro rodiče jejich dítě nějaké omezení, byla položena všem komunikačním partnerkám a ty shodně uvedly, až na jedinou komunikační partnerku K2, že ano. Komunikační partnerka K1, K4, K5 a K7 uvedly, že v současné době již ne, ale když byl mladší, tak nemohly nechat syna doma samotného bez dohledu.

Není jednoduché být rodičem dítěte s ADHD, je to vyčerpávající a únavné, protože neustále musíte svému dítěti připomínat stejné věci, dohlížet na plnění školních povinností, a stále dokupovat školní pomůcky, které ztrácí.

Je lehké nezasvěcenému a neznalému člověku říci, že dítě je nevychované, když na něj musí rodiče stále dohlížet ještě například v 15 letech. Ale pro ty, kteří nemají zkušenosti s dětmi se syndromem ADHD, je těžké si představit a porozumět, jak velkému stresu jsou vystaveni rodiče takto nemocného dítěte. Jeho nemoc – syndrom ADHD není totiž vidět. Dítě chodí, běhá, směje se, mluví, jezdí na kole a dělá téměř všechny aktivity jako normální zdravé dítě. Proto by si měl každý učitel i okolí uvědomit, že práce a život s tímto dítětem není lehký a nikdy by neměli rodiče obviňovat a odsuzovat, ale spíše by se měli zaměřit na jejich podporu.

Následkem nepochopení u příbuzných, přátel a spolupracovníků, dochází často u rodičů k deprivaci z nezvládnutí výchovy dítěte se syndromem ADHD, následkem čehož dochází k manželským krizím či přímo k rozvodu. Osamocený rodič, který zůstane



na výchovu dítěte sám, ve většině případů matka, je vystavena dalšímu psychickému vypětí ze strachu ztráty zaměstnání, spojené s existenčními problémy a strachu z budoucnosti.

Na položenou otázku, jaké období života dítě bylo pro vás nejtěžší, jsem odpovědi komunikačních partnerek rozdělila do dvou skupin. První skupinu tvoří komunikační partnerky, kterým ještě synové chodí do školy, jsou nesamostatní a závislí na péči rodičů a druhou skupinu tvoří komunikační partnerky, které již mají syny dospělé, zařazené do pracovního procesu a samostatné.

První skupina komunikačních partnerek uvedla, že je pro ně právě toto období, ve kterém jsou, tj. nástup do školy, puberta, atd. Což je pochopitelné, protože s přibývajícím věkem dítěte se syndrom ADHD více projevuje, je na dítě kladeno více nároků, ve kterých může selhávat a uchýlovat se k závadovému chování. Tyto děti jsou stále nuceny se přizpůsobovat svým spolužákům, tempu ve škole i mimo školu, což je pro ně vyčerpávající a frustrující, a tento tlak také může vyústit v nevhodné a závadové chování.

Druhá skupina komunikačních partnerek, které již mají syny dospělé a samostatné, uvedla, že nejtěžší období pro ně byla puberta a pak období, kdy dosáhli plnoletosti, což jim umožňovalo různé věci, například omlouvat si nepřítomnost ve škole, a až následně se rodiče dozvěděli, že syn téměř nedochází do školy, nebo vzetí si rychlých půjček, koupení si věcí na splátky, atd....

I s těmito projevy se mohou v budoucnu komunikační partnery první skupiny, které mají ještě syny nedospělé, u svých synů setkat.

## 11 DISKUZE

V diplomové práci jsem se zaměřila na rodiny a jejich děti se syndromem ADHD, dále na vztahy se sourozenci, jejich problémy, a jak na ně pohlíží jejich okolí. V práci se také zabývám specifickými projevy dítěte s ADHD a analyzuji, jak výchova neklidného dítěte se syndromem ADHD zasahuje do života rodiny. Pro neinformované okolí, které neví co je to ADHD, je dítě většinou vnímáno jako neposedné, hloupé, nevychované, způsobující problémy. A rodiče, z pohledu okolí, jako neschopní zvládat své dítě. Je však řada případů, kdy porucha nebo disharmonický vývoj dítěte může přímo narušit dobře fungující rodinu.

Cílem práce bylo zmapovat život rodiny s dítětem se syndromem ADHD; popsat, jak rodina vnímá chování okolí v této souvislosti, jak zasahuje do života jeho sourozenců a sociálního fungování celé rodiny.

Pro účely výzkumu byla stanovena jedna výzkumná otázka, která vychází ze stanovených cílů práce. Tato otázka zní: *Jaký je život rodiny s dítětem s ADHD?*

Výzkumný soubor tvořilo 7 komunikačních partnerek, které mají syny se syndromem ADHD ve věku od 9 let do 29 let. Rodiny nebo rodič mající dítě se syndromem ADHD byl vybrán náhodně v širokém okolí. Pro svůj výzkum se mi nepodařilo získat dívku se syndromem ADHD. Výzkumu se účastnili pouze chlapci se syndromem ADHD. Což potvrzuje i známou teorii, že ADHD se dědí většinou po mužské linii. Jednu z bariér, na kterou jsem při svém výzkumu narazila, byla neochota a stud rodičů mi sdělit nepříjemné informace, co se jich a jejich dítěte týká. Z toho důvodu jsem požádala přátelé z jiných měst, zda nemají ve svém okolí rodiny s dětmi s ADHD, kteří mne neznají, já neznám je, a pro můj výzkum ke mne budou otevřenější a budou bez zábrán mluvit o problémech. Výzkumný vzorek byl vybrán z konkrétní cílové skupiny lidí v širokém okolí metodou prostého záměrného (účelového) výběru, a současně s výzkumem také souhlasil.

Vytvoření otázek pro výzkum probíhalo v souvislosti s určeným cílem práce a bylo koncipováno tak, aby odpovídalo jak na cíl práce, tak na výzkumnou otázku. Prvními otázkami byly identifikační otázky, které jsou pro všechny komunikační partnery jasné,

a nebyl problém na ně odpovědět. Od obecnějších otázek bylo postupováno ke konkrétnějším.

K výzkumu byl použit kvalitativní sběr dat, který probíhal metodou dotazování u komunikačních partnerek, technikou polostrukturovaného (hloubkového) rozhovoru. Rozhovory jsem nahrávala na diktafon, se souhlasem komunikačních partnerek, a následně přepisovala do písemné podoby.

První otázky rozhovoru se týkaly identifikačních otázek. Zjišťovaly věk a pohlaví dítěte. Další otázka směřovala na život komunikační partnerky od narození syna až do současnosti. Ostatní otázky byly voleny tak, aby byl naplněn cíl diplomové práce.

Na základě rozhovorů lze říci, že všechny děti se narodily z těhotenství, které probíhalo standardně. Pouze komunikační partnerka K5 uvedla, že syna adoptovala ve 14,5 měsících věku dítěte, a proto nelze zjistit, zda biologická matka měla problémy v těhotenství a porodu, či nikoliv. Ostatních 6 komunikačních partnerek uvedlo, že těhotenství probíhalo standardně, porod v termínu a dítě v pořádku. Z tohoto lze odvodit, že dítě se nenarodilo z problémového těhotenství, ani předčasně a ani s výrazně nižší váhou novorozeněte. Všechno poukazuje na to, že u všech 6 synů komunikačních partnerek jde o vrozené ADHD z důvodu dědičnosti.

Dle široké literatury se v současnosti podíl vlivu jednotlivých faktorů způsobující syndrom ADHD odhaduje takto:

- dědičnost	70 %
- komplikace během těhotenství, při a po porodu	20 %
- pozdější vlivy	10 %

Profesorka Papežová (2010) oproti tomu ale uvádí, že syndrom ADHD je dědičný neurovývojový syndrom daný narušeným fungováním v oblasti mozku, které souvisejí s plánováním, předvídáním, zaměřením a udržením pozornosti a sebeovládáním.

**Trs 1** Položenými otázkami jsem se zabývala problematikou, jakými symptomy byli nejvíce zatíženi synové komunikačních partnerek od narození až do předškolního věku. Při rozhovorech mi všechny sdělily, že jejich děti byly živější. Ostatní příznaky dětí se různily. Toto lze přičíst i názorovosti a tolerantnosti komunikačních partnerek. Ne každá

partnerka má stejné měřítko na upovídanost, živost, impulsivnost či neposlušnost. Ale v podstatně komunikační partnerky potvrdily všechny příznaky, kterým se hyperaktivita vyznačuje a o kterých píše mnoho odborníků.

O projevech dětí, které jsou uvedeny v trsu 1, které mi potvrdily komunikační partnerky, píše Michalová a Pešatová (2012) ve svém díle, kde popisují, že nepozornost, hyperaktivita a impulzivita jsou klíčové symptomy ADHD.

**Trs 2** Zde jsem položila otázky, abych zjistila, jak se projevovaly děti se syndromem ADHD po vstupu na základní školu. Zda si plnily dobrovolně domácí úkoly, nebo zda je odkládaly, zda byly při zpracování domácích úkolů koncentrovány a zda byli odmítáni kolektivem z důvodu projevů ADHD. Z odpovědí komunikačních partnerek vyplynulo, že velký vliv na vstup jejich dětí na základní školu měl učitel. Pokud byl učitel erudovaný a znalý problému, co je to syndrom ADHD, nemělo dítě při vstupu problémy. Toto mi uvedla komunikační partnerka K1, K6 a K7. Ostatní komunikační partnerky mi uvedly, že jejich synové neměli to štěstí na učitele a první třída, která má největší vliv na úspěšnost dítěte po celou dobu školní docházky, byla pro ně téměř traumatem.

O tom, že ve většině případů u dětí syndrom ADHD odhalí zkušený pedagog již v prvních měsících školní docházky a měl by jim přizpůsobit výuku a snažit se jim zpříjemnit příchod na základní školu, píše neurolog Mlčoch (2013).

Komunikační partnerky, které uvedly, že jejich děti měly problémy při vstupu na základní školu, uvedly u svých dětí typické projevující se symptomy ADHD, mezi které patřila hyperaktivita, nepozornost, snaha upoutat pozornost, nerespektování pokynů učitele, vyčlenění z kolektivu třídy a další drobné symptomy. Tyto symptomy uvádí ve svém díle například Paclt (2007) nebo Munden a Arcelus (2008).

Mezi symptomy, které se u dětí komunikačních partnerek projeví, jsou také poruchy opozičního vzdoru a porucha chování, kdy jsou děti neposlušné, vzdorovité, provokující. Tyto symptomy se označují jako komorbidita syndromu ADHD. Při výzkumu bylo také zjištěno, že se u dětí projeví další komorbidity, jako například, porucha řeči, a dále porucha učení, spočívající v dyslexii, dysgrafii, dysortografií a dyskalkulii. Tyto uvedené komorbidity mají velký vliv na psychický vývoj dítěte. Toto popisuje i ve svém díle neuroložka a psychiatrička Dva Malá (2005), kde přímo popisuje, že komorbidita ADHD

v dětství výrazně zvyšuje výskyt psychických poruch, což bylo již dříve zjištěno longitudinálními studii. Komorbidními poruchami se také zabývá profesor Ivo Paclt ve svých publikacích.

Dále jsem v trsu 2 zjistila, že synové všech komunikačních partnerek měli problémy s koncentrací pozornosti při zpracování úkolů a že oddalovali plnění těchto úkolů. O tomto mém zjištění píše i Paclt (2007) ve svém díle Hyperkinetická porucha a porucha chování.

Otázkou jak se cítilo dítě se syndromem ve školním kolektivu dětí a zda byl či nikoliv z důvodu syndromu ADHD kolektivem odmítán mi odpověděly komunikační partnerky shodně, že velký vliv na přijetí žáka do kolektivu má třídní učitel. Pokud dětem citlivě vysvětlí, jaký má problém dítě s ADHD, co ho odlišuje od ostatních dětí, a že k němu bude přistupovat odlišně, jak to udělala učitelka u syna komunikační partnerky K2, dítě je pozitivně přijímáno. Ale dle zjištění moc takových učitelů není. Spíše to učitelé nechávají náhodě a tyto nemocné děti osudu. Tím, že jsou děti vyřazeny z kolektivu, trpí často i psychika dítěte.

Odborná literatura také uvádí, že cca 50 % dětí s ADHD má výrazné obtíže v sociální oblasti jak ve skupině vrstevníků, tak ve vztahu s autoritami. I sebehodnocení dětí se syndromem ADHD je výrazně nižší než u zdravých dětí.

Problémem u dětí s ADHD, které bývají labilní, impulzivní, nerespektující jakákoliv pravidla, následkem čehož jsou svými vrstevníky odmítány a stěží si mohou udržet přátelství, se zabývá ve své knize Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole Sandra Riefová (2010).

**Trs 3** Otázkou v tomto trsu jsem chtěla zjistit, kdy bylo synům komunikačních partnerek diagnostikováno ADHD, zda symptomy ADHD mají vliv na úspěšnost dítěte ve škole a v kolektivu žáků a také zda mají symptomy vliv na úrazovost dětí.

Z odpovědí jsem zjistila, že 5 synům bylo diagnostikován syndrom ADHD na základní škole a dvou synům komunikačních partnerek již v mateřské škole.

Mé zjištění v trsu číslo 3 potvrdilo i teorii, o které píše Jucovičová a Žáčková (2010), že většině dětí je diagnostikováno ADHD po vstupu na základní školu.

Druhou otázku v trsu 3 jsem položila, abych zjistila, zda dětem byly provedeny IQ testy a zda jejich dosažené školní výsledky odpovídaly jejich inteligenci a jejich dosaženému vzdělání. Rozbor jsem udělala pouze z 5 odpovědí komunikačních partnerek, protože 2 dětem testy IQ dělány nebyly. Výsledek byl opět odstrašující. U žádného dítěte z 5 dětí, kterým byly dělány testy IQ, neodpovídaly jeho výsledky jeho inteligenčnímu kvocientu. Výsledky, jak uváděly komunikační partnerky, byly podprůměrné a neodpovídaly jejich dispozicím. Z toho plyne, že jsou stále na školách učitelé, kteří neumí se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami pracovat.

Výsledky mého výzkumu se shodují s tím, co popisuje Jucovišová a Žáčková (2010) ve své knize, že typické pro děti s ADHD je, že jejich výkony, a to zejména školní, neodpovídají jejich schopnostem, výkony bývají na nižší úrovni, mají výrazný rozpor mezi intelektovými schopnostmi dítěte a jeho výkony, a dítě pracuje pod úrovní svých schopností.

O tomto problému, kdy dítě nedosazuje svých inteligenčních schopností ve škole, píše neuroložka Malá (2005) ve své knize, kde uvádí, že dítě se syndromem ADHD ve většině případů ve škole neprospívá a nedosahuje optimálních výsledků, narušuje vyučování svou neposedností, roztěkaností, na což by měli učitelé upozornit rodiče a nabídnout jim optimální řešení pro jejich děti. Dále Malá uvádí, že longitudinální studie dokazují, že jen málo žáků s ADHD dokončí střední školu a v 70 – 80 % nastupují na horší práci.

Třetí otázkou v trsu 3 jsem chtěla zjistit, jakým symptomem ADHD trpěl syn komunikačních partnerek. Zda poruchou pozornosti, hyperaktivitou nebo impulzivitou. Nejčastěji na mou otázku odpovídaly komunikační partnerky, že jejich syn trpěl hyperaktivitou, dále poruchou pozornosti a v nejmenší míře impulzivitou. V odborné literatuře se také uvádí, že se u dětí se syndromem ADHD projevuje výrazněji, než u ostatních dětí, stupeň vzdorovitého a opozičního chování a agresivity. Na toto jsem se komunikačních partnerek neptala.

Zjištěné výsledky odpovídaly teorii psychologa a psychiatra Oldřicha Matouška, který ve své knize Rodina jako instituce a vztahová síť (2003), uvádí, že mezi časté duševní problémy lidí se syndromem ADHD patří úzkostné poruchy, poruchy pozornosti, autismus, poruchy příjmu potravy, poruchy nálady, schizofrenie a hyperaktivita či hyperaktivita s poruchou soustředění.

Na otázku, zda si synové komunikačních partnerek přivodili nějaké úrazy, shodně komunikační partnerky odpověděly, že ano, a uvedly široký výčet úrazů a pohmožděnin, co si jejich synové způsobili. Odpovědi komunikačních partnerek a mé zjištění potvrzuje tvrzení Merrilla et al. (2009), který ve své knize uvádí, že všechny jádrové příznaky ADHD jasně predikují, že u pacientů s ADHD může být zvýšené riziko úrazovosti. Nejvyšší míru výskytu úrazů ve studii ADHD pacientů ve věku od narození do 65 let vykazují děti ve věku od 5 do 9 let, dominují distorze a luxace kloubů, fraktury a poranění hlavy. Výskyt závažných poranění je ve skupině ADHD pacientů 3krát častější než v kontrolní skupině.

**Trs 4** Otázkami v trsu 4 jsem se chtěla od komunikačních partnerek dozvědět, zda jim učitelé doporučili vyhledat odbornou pomoc nebo zda jim nabídli ve škole asistenta pedagoga nebo osobního asistenta a zda stále spolupracují s pedagogicko-psychologickou poradnou.

Na otázku, zda jim učitelé doporučili vyhledat odbornou pomoc, mi 4 komunikační partnerky odpověděly, že ano. U dvou dětí již v mateřské školce. 3 komunikační partnerky odpověděly, že vyhledaly odbornou pomoc sami, bez doporučení školy, protože učitelky neuměly s dětmi pracovat. Zde by se měly školy zabývat připraveností svých učitelů na takto postižené děti, zda vůbec mají učitelé přehled o symptomech ADHD, nebo zda je pro ně pohodlnější se o tyto děti, kterých stále přibývá, více nezajímat a nestarat.

Ještě více zarážející jsou odpovědi komunikačních partnerek na otázku, zda jim škola umožnila asistenta pedagoga nebo osobního asistenta. Přestože, všechny děti měly potvrzení z pedagogicko-psychologické poradny, že jejich dítě má syndrom ADHD, jim ani jedna škola neumožnila mít ve třídě asistenta pedagoga nebo osobního asistenta. Pouze jedna komunikační partnerka uvedla, že syn měl asistenta, ale nejenom z důvodu ADHD, ale především z důvodu zrakových indispozic. A jelikož jsou z velkého města, tak mohla komunikační partnerka vybírat vždy takovou školu, kde to bude synovi umožněno.

Dle školského zákona je asistent pedagoga zaměstnancem příslušné mateřské nebo základní školy a působí ve třídě, ve které se vzdělávají žáci se speciálními vzdělávacími

potřebami, což jsou žáci se zdravotním postižením nebo zdravotním či sociálním znevýhodněním. Dle § 16 školského zákona je žák se speciálními vzdělávacími potřebami osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Mezi podpůrná opatření patří i využití asistenta pedagoga. Dle školského zákona hradí stát ze státního rozpočtu nezbytné zvýšené výdaje spojené s výukou dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.

V současné době, pokud rodiče a škola dostane z Pedagogicko-psychologické poradny nebo ze Speciálně pedagogického centra písemný seznam doporučení, jak s dítětem se syndromem ADHD pracovat, jsou tato doporučení pro školu závazná a dostává na takto registrovaného žáka peníze navíc, které jsou především určeny na odměnu pedagogů, tj. na platy asistentů pedagogů, kteří jsou přítomni ve třídách, kde jsou děti se speciálně vzdělávacími potřebami.

Je smutné, že v současné době, kdy ředitelům škol umožňuje školský zákon, aby si požádali o finanční prostředky na asistenty pedagogů, nejsou schopní zajistit dětem se speciálními vzdělávacími potřebami, v tomto případě konkrétně dětem se syndromem ADHD, odpovídající podmínky pro vzdělávání, ve formě asistenta učitele.

Ve svém výzkumu jsem se také chtěla dozvědět, zda komunikační partnerky vyhledaly odbornou pomoc a zda stále spolupracují s pedagogickou-psychologickou poradnou, která jim může být nápomocna při výchově a vzdělávání jejich synů. Jak jsem již uvedla výše, tak všechny komunikační partnerky vyhledaly pomoc. Pedagogicko-psychologická poradna všechny syny vyšetřila a dala jim i školám zprávu o zdravotním stavu jejich dětí s doporučením, jak mají školy postupovat při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, mezi které patří i žáci se syndromem ADHD. O tomto píše i Šauerová et al. (2012), že pedagogicko- psychologické poradny se specializují na pomoc při výchově a vzdělávání žáků prováděním vyšetření dítěte na základě žádosti rodičů, nebo na žádost školského zařízení a poskytují pomoc nejenom dětem, žákům a studentům, ale i zákonným zástupcům a školským zařízením.

Otázka „Jaký jste měli pocit z učitelů, měli zkušenosti s takto postiženými žáky?“ byla pro mne jedna ze stěžejních otázek mého výzkumu, protože velký vliv na rodinu pohodu



má prospívání dětí ve škole, na čemž má velký vliv učitel dítěte. Odpovědi mých komunikačních partnerek mne ohromily. Ve většině případů mají děti učitele, kteří nechtějí změnit svůj zaběhnutý způsob výuky a ani nechtějí tolerovat odlišnosti dětí se syndromem ADHD.

Z mého pohledu, a vzhledem k tomu, že dnešní trend je integrace a inkluze dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných tříd základních škol, je nemožné, aby na školách stále působili učitelé, kteří se nechtějí dále vzdělávat a změnit svůj zaběhlý stereotyp. Ale ke smůle dětí se speciálními vzdělávacími potřebami jsou stále na školách učitelé, kteří nechtějí, nebo možná nemohou, své zaběhlé vyučovací metody změnit.

Ministryně Kateřina Valachová v článku „Inkluze není novinka. Děti s postižením si zaslouží pomoc, porozumění a úctu.“, který byl publikován 25.08.2016 na internetových stránkách, uvedla že: Dítětem, žákem či studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je podle § 16 školského zákona osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo osoba s sociálním znevýhodněním nebo osoba se sociálním znevýhodněním. Jde tedy nejen o osoby mentálně, tělesně, zrakově či sluchově postižené, o žáky s kombinovanými vadami či poruchami řeči a žáky se specifickými poruchami učení a chování, ale také o děti se zdravotním oslabením, dlouhodobou nemocí či lehčími zdravotními poruchami vedoucími k poruchám učení a chování..... Pravidla vzdělávání žáků stejně jako přehled a účel jednotlivých podpůrných opatření a postup pro jejich poskytování a použití komplexně upravují vyhláška ke školskému zákonu a její přílohy (vyhláška č. 27/2016 sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných)..... Mezi podpůrná opatření patří především individuální vzdělávací plán vypracovaný „na míru“ příslušnému žákovi a dále úprava rozvrhu a organizace výuky, zredukování obsahu a výstupů vzdělávání, způsob hodnocení žáka ..... a dále personální podpora (asistent pedagoga, další pedagog, školní speciální pedagog, školní psycholog..... Zjednodušeně řečeno: novela školského zákona a souvisejících předpisů v oblasti společného vzdělávání především zaručuje žákům se znevýhodněním vyšší podporu, než tomu bylo doposud, a zároveň školám garantuje financování podpůrných opatření, která budou ke vzdělávání takovýchto žáků potřebovat.“

Dle školského zákona, který je účinný od 01.01.2005, je povinnost školy při integraci dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami, mu zajistit podpůrná opatření, protože dle zákona mají všechny děti právo na přijetí v běžné škole příslušné podle místa bydliště žáka a tato škola je povinna žáka nejen přijmout, ale i zajisti maximální možnou podporu jeho vzděláváním, zajištěním mu například asistenta, speciální pomůcky a optimální vzdělávací metody.

Ale praxe je zcela jiná. Nejenže škola nemá dost erudovaných učitelů, ale většina ředitelů a ředitelky základních škol nejsou dost pružní, zodpovědní a obětaví pracovat na tom, aby získali finanční prostředky, které by jim umožnili zajistit hendikepovaným dětem asistenty či optimální vzdělávací metody.

Dle mne je smutné, a ze strany ředitelů škol nezodpovědné, že zůstávají na školách učitelé, kteří chodí do školy jenom pro to, aby byli zaměstnaní, odučí si své potřebné hodiny, jdou domů a osud žáků je nezajímá. A tento přístup nezmění ani 10 nových zákonů, novel a vyhlášek. Je to pouze o tom, že pozici učitele by měl vykonávat takový člověk, který to bere jako poslání a ne jako zaměstnání.

Již Brooks (2001) ve své knize psal o tom, že žáci nejenom s ADHD považují za nejdůležitější, aby jejich učitel byl spravedlivý, citlivý a empatický, protože tyto vlastnosti jsou součástí sociální inteligence a pouhým studiem si je člověk, budoucí učitel neosvojí.

**Trs 5** Položenými otázkami v tomto trsu jsem chtěla zjistit, jaký mají vztah děti se syndromem ADHD se svými sourozenci a zda rodiče věnují jinou péči dítěti se syndromem ADHD oproti zdravému sourozenci.

Na tyto otázky mi odpovídalo pouze 5 komunikačních partnerek, protože komunikační partnerka K2 a K5 vychovává pouze jedno dítě. U těchto otázek mi komunikační partnerky podaly různorodé odpovědi. Odpovědi se lišily hlavně z důvodu, že synové komunikačních partnerek jsou různého věku a mají sourozence různého pohlaví a věku. Nejde jednoznačně říct, například dle komunikační partnerky K6, kde je 12letý syn se syndromem a zdravá 19letá dcera a mají mezi sebou pěkný vztah, že je to měřítko pro všechny sourozence. Naproti tomu ani nelze brát za směrodatný vztah syna se syndromem, který má staršího o 1,5 roku zdravého bratra. Sourozenecké šarvátky

bývají mezi přibližně starými sourozenci častější, než když jsou sourozenci s věkovým rozdílem a různého pohlaví. Toto moje zjištění odpovídá logickému úsudku a všeobecně známým skutečnostem.

Pouze na otázku, zda komunikační partnerky věnují rozdílnou péči synovi s ADHD oproti zdravým sourozencům, shodně uvedly komunikační partnerky, že ano. Což je také logicky pochopitelné.

Výsledky mého výzkumu potvrzuje i Prekopová a Schweizerová (1999) ve své knize, kde uvedly, že se větší pozornost věnuje sourozenci s hendikepem – syndromem ADHD a druhý zdravý sourozenec se cítí být odstrkován a jsou mu rodiči odpírány projevy citu, které se více přesouvají na hendikepovaného sourozence. Je velmi důležité, aby se pozornost rodičů vůči zdravému sourozenci bez hendikepu nedostala do pozadí a zdravé dítě bylo ubezpečeno, že i jemu bude věnována potřebná pozornost.

**Trs 6** V tomto trsu jsou otázky, které měly za úkol zjistit, kdo je pro komunikační partnerku oporou při řešení problémů spojených se synovým postižením, jak na jejich rodinu pohlíží známí, kamarádi a okolí a zda měla rodina zvýšené finanční náklady z důvodu synovo postižení. Odpovědi na první otázku byly opět různorodé. Spočívaly v tom, zda se komunikační partnerka stará o syna se syndromem ADHD sama, či zda s manželem, otcem dítěte. Komunikační partnerky, které se o syna starají samy, tak odpověděly, že jejich rodiče. Což je logické, jsou to její nejbližší rodinní příslušníci, na které se může se žádostí obrátit. Ostatní komunikační partnerky odpovídaly různorodě, přestože jsou vdané a žijí s otcem dítěte. Zaskočila mne odpověď komunikační partnerky K3, která odpověděla, že její oporou je středisko výchovné péče, kde již byl syn dvakrát na pobytu. Podobnou odpověď mi podala i komunikační partnerka K5, která uvedla, že oporou jí byla psycholožka, kterou vyhledala ona sama a navštěvovala jí i se synem. Krásnou odpověď jsem dostala od komunikační partnerky K2, která uvedla, že oporou je pro ní sám syn. Vždy když vidí, že se syn posunul o krůček dál a uspěl v čemkoliv, tak to pro ní je motivací a největší oporou do dalších dní. Ani z těchto odpovědí nelze jednoznačně v mém výzkumu určit, kdo je ve větším měřítku oporou pro další matky, které pečují o děti se syndromem ADHD.

Na otázkou jak na rodinu pohlíželi známí, kamarádi a okolí mi většina komunikačních partnerek odpověděla negativně. Setkávaly se s neporozuměním, proč se chová jejich syn tak, jak se chová. Komunikační partnerka K4 uvedla, že měla pocit, že na ní okolí pohlíží jako na neschopnou zvládat své dítě.

Moje zjištění ve výzkumu se shoduje i s tvrzením renomované psycholožky Marie Vágnerové, která ve svém díle *Psychologie handicapu* (2005) napsala, že rodina s hendikepovaným dítětem se stává odlišnou od ostatních rodin, postižené dítě mění dosavadní chod i životní styl rodiny, a ta se musí přizpůsobit jeho potřebám. Speciální pedagog Libor Novosad (2006) a psychiatrička Eva Malá (2005) také uvádí, že rodina s hendikepovaným dítětem se liší od ostatních rodin a může dojít až k izolaci od ostatní společnosti. Což je podle mne velmi smutné a pro rodiny s hendikepovaným dítětem psychicky náročné.

Poslední otázku v trsu 6 jsem položila záměrně, abych zjistila, zda měla rodina zvýšené finanční náklady z důvodu synova postižení. Na tuto otázku mi 6 ze 7 komunikačních partnerek odpovědělo jednoznačně, že ano. Pouze komunikační partnerka K1 uvedla, že ztratil asi jednu část oblečení a větší náklady měli na pořizování sešitů, do kterých si neustále kreslil a psal. Můj výzkum potvrdil, že rodina, kde je dítě se syndromem ADHD má zvýšené finanční náklady.

O tom, že nejenom děti s ADHD, ale i dospělí, mají zvýšené životní finanční náklady z důvodu častého ztracení svých věcí (mobil, diář, peněženku, klíče...), zapomínání na domluvené schůzky, odkládání nebo zapomenutí zadaných úkolů, píše Čermáková et al. ve své publikaci *Porucha pozornosti a hyperaktivita: Příručka pro dospělé*.

**Trs 7** V tomto trsu jsem chtěla zjistit, zda se u synů se syndromem ADHD projevil i symptom závadového chování, a proto jsem komunikačním partnerkám položila otázku, zda již jejich syna řešila za nějaký delikt policie nebo zda kouří či užívá návykové látky. Na tyto otázku mi odpověděly všechny komunikační partnerky. Pět ze sedmi komunikačních partnerek uvedlo, že syna neřešila za jakýkoliv delikt policie. Dvě komunikační partnerky uvedly, že bohužel syny řešila policie. Podobně to vypadalo i s odpovědí na otázku, zda synové kouří nebo užívají jiné návykové látky.

Pět komunikačních partnerek uvedlo, že synové nekouří ani neužívají nějaké návykové látky. Dvě komunikační partnerky, které mají nejstarší syny z výzkumného vzorku, uvedly, že kouří. Komunikační partnerka K7 uvedla, že jelikož kouří ona i manžel, na tom nevidí nic divného, když kouří i syn. Komunikační partnerku K4 to mrzí, protože ani ona, ani nikdo v rodině nekouří. Otec dítěte, který s nimi nežije ve společné domácnosti, již také nekouří. Komunikační partnerka K4 uvedla, že syn kouří i marihuanu a komunikační partnerka K7 uvedla, že ví o tom, že syn zkoušel kouřit marihuanu, ale v současnosti neví, zda v tom pokračuje nebo ne. Výsledky mého výzkumu jsou ovlivněny věkem synů komunikačních partnerek. Myslím si, že pokud by byly synové komunikačních partnerek starší, že by byly i výsledky výzkumu jiné.

Profesor Ján Grác (2009), který se zabývá edukační psychologií a psychologickými problémy etiky, ve svém díle píše o tom, že u předškolních dětí jde nejdříve o disociální projevy v chování, odklon od norem dané společnosti, což vede k těžkostem pro ostatní i je samostatné a následně toto chování, které se zpočátku jeví jen jako nevychovanost, postupně přerůstá do poruchy chování ve středním a starším školním věku, kdy se projevuje v asociálním, agresivním a vzdorovitým chováním, které má nepříznivý vliv na sociální vztahy mezi lidmi a způsobuje narušení etické, právní a další společenské normy.

Mé zjištění odpovídá teorii profesora Jána Gráce, který napsal, že v raném dětství jsou brány prohřešky dětí jako nevychovanost a až ve starším školním věku a následně v dospělosti jsou tyto prohřešky brány jako asociální chování způsobující narušení právních a dalších norem.

Goetz a Uhlíková (2009) uvádí, že dítě hledá východisko a útěchu v cigaretách, v marihuaně a dalších drogách z důvodu neúspěchu a opakovaného selhání, ale také z důvodu žádané změny nálady, uniknout nudě a beznaději, rebelovat a zařadit se mezi vrstevníky.

**Trs 8** V posledním trsu jsem položila komunikačním partnerkám dvě stěžejní otázky a to, zda je pro rodinu a pro komunikační partnerky jejich syn se syndromem ADHD nějaké omezení a jaké období života jejich synů pro ně bylo nejtěžší.

Na otázku, zda je pro rodinu a pro komunikační partnerky jejich syn se syndromem ADHD nějaké omezení, zda ho mohou nechat doma samotného, jít např. do společnosti, plnit si pracovní i společenské povinnosti, odpověděly komunikační partnerky různorodě. Komunikační partnerky, které mají ještě syny školou povinné, tak vesměs odpověděly, že na krátkou dobu, např. 2 hodiny, ano, ale na delší dobu ne. Komunikační partnerky, které mají již syny dospělé, odpověděly, že v současnosti již ano, žijí si svoje životy, ale v době školní docházky, kdy byli synové ještě mladší, tak nikoliv.

Na poslední otázku z celého rozhovoru, jaké období života jejich syna bylo pro rodinu a komunikační partnerky nejtěžší, odpověděly v podstatě pouze dvěma způsoby. První skupina partnerek, které ještě nemají děti dospělé a synové chodí stále do školy a jsou závislí na péči rodičů, odpověděla, že je to pro ně nejtěžší současné období. Bez rozdílu věku syna. Druhá skupina komunikačních partnerek, které mají již syny dospělé a synové se starají sami o sebe, mi odpověděla, že to bylo období puberty a dosažení zletilosti. Z toho se dá snadno usoudit, že s věkem dítěte přibývají i problémy spojené se syndromem ADHD. Ne nadarmo se říká, že malé děti, malé starosti.

Dle Mudr. Goetze dojde k přechodu onemocnění ADHD z dětství do dospělosti až u 50 % jedinců. Prevalence v dospělé populaci se pohybuje mezi 3 - 5 %. V tomto období ustupuje hyperaktivita a objevují se pocity vnitřního neklidu, převládá impulzivita a poruchy pozornosti. ADHD se v dospělosti projevuje jinými způsoby, postižení jedinci již nepadají ze židle, ani nevbíhají bez rozhlédnutí do vozovky, ale často ztrácejí své věci, obtížně dokončují započaté úkoly, nemají přehled o svých financích, střídají partnery, nebo mají potíž soustředit se na cokoli včetně sexu. V horších případech se rizikově chovají v dopravě, experimentují s návykovými látkami, nebo jsou náchylní k jinému rizikovému chování. Dospělí s ADHD se mohou cítit méněcenní, protože jejich výkony nemusí odpovídat jejich schopnostem, což může mít za následek selhávání ve vztazích, v zaměstnání i ve studiu.

Cílem mé práce mělo být zmapování života rodin s dítětem se syndromem ADHD; popsat, jak rodina vnímá chování okolí v této souvislosti, jak syndrom ADHD zasahuje do života jeho sourozenců a sociálního fungování celé rodiny, neboli jaký je život rodiny s dítětem se syndromem ADHD. Odpovědi sedmi korespondenčních partnerek nám umožnilo

získat informace o rodinném životě, o problémech jejich dětí ve školních zařízeních i mimo ně.

Výzkumná otázka stanovená v diplomové práci „Jaký je život rodiny s dítětem s ADHD?“ byla naplněna. Z výzkumného šetření a z výše uvedeného vyplývá, že život těchto rodin je značně náročný, a dítě se syndromem ovlivňuje nejenom chod celé domácnosti, ale také život všech členů rodiny. Vychovávat dítě s ADHD obnáší neustálé se vyrovnávání s kritikou a netolerancí jejich okolí. Pro děti i rodiče je velmi důležité, aby věděli, že jsou okolím přijímáni takoví, jací jsou, že je lidé hned neodsuzují a nezavrhují. Tolerance okolí vůči dítěti s ADHD umožňuje, aby se dítě lépe cítilo a bylo spokojené, což by mělo pozitivní vliv i na jeho rodiče. Při rozhovorech s komunikačními partnerkami jsem si uvědomila, že i když mají těžký život s dítětem, kterému byl diagnostikován syndrom ADHD, že svoje dítě milují a záleží jim na osudu svého dítěte a na tom, jaký z něj vyroste člověk a jak se zařadí do společnosti. Naučily se brát své dítě takové, jaké je, a ne jaké by mohlo být. Jsou vzorem pro jejich okolí a společnost, protože i naše společnost by se měla nejdříve seznámit s tím, co to je syndrom ADHD a následně být k těmto hendikepovaným nejenom dětem, ale i dospělým, nekritická a tolerantní.

## 12 ZÁVĚR

V diplomové práci jsem zkoumala problémy rodiny a jejich dětí se syndromem ADHD, vztah mezi sourozenci, a pohled okolí na rodinu s dítětem s ADHD. Cílem práce bylo popsat, jak rodina vnímá chování okolí vůči ní, když se stará o dítě se syndromem ADHD, které je okolím většinou vnímáno jako neposedné, hloupé, nevychované a způsobující řadu dalších problémů. A dále zjistit, jak syndrom ADHD zasahuje do života celé rodiny a do sociálního fungování rodiny. Výzkumná otázka zněla: „Jaký je život rodiny s dítětem s ADHD?“ Výzkumný soubor tvořilo 7 matek, které mají syna se syndromem ADHD a byly vybrány záměrným výběrem. Sběr dat byl proveden kvalitativní metodou dotazováním, technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Z výzkumu vyplynulo, že rodinný život všech 7 komunikačních partnerek je značně ovlivněn, tím, že mají a pečují o syna se syndromem ADHD. Syndrom ADHD neovlivňuje pouze rodinný život, ale i sourozenecké vztahy. Smutné zjištění je, že rodiny, kde je dítě s ADHD se rozpadají a celá výchova zůstává ve většině případů na matce, která musí nejen zabezpečit fungování rodiny po všech stránkách, ale ještě k tomu navíc, péči o dítě se syndromem ADHD, která není jednoduchá a je časově i finančně náročná. Na dítěti se syndromem ADHD nejsou na první pohled vidět jeho zdravotní problémy, na lidi působí jako normální, ale nevychované a neposlušné dítě. Každý, kdo se staral o dítě s mentálním postižením, si umí představit, jaké nepříjemné situace matka, popřípadě rodina dítěte se syndromem ADHD zažívá.

Společensky nepřijatelné je, že v dnešní době, kdy je možné získat informace z internetu, z odborných publikací, na školeních a seminářích, jsou mezi učiteli stále tací, kteří buď neznají, nebo nechtějí znát, co je to syndrom ADHD a jak se s takovými dětmi pracuje. V době, kdy se stále diskutuje o integraci a inkluzi dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných základních škol, je to alarmující. Učitel, který neuplatňuje vyučovací metody u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, může způsobit psychické problémy dětí a navíc, děti se syndromem i ostatní děti, kterým bylo pedagogicko-psychologickou poradnou doporučeno vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu, a u nich neprobíhá vzdělávání podle tohoto plánu, nedosahují zdaleka výsledků, které by odpovídaly jejich inteligenčnímu kvocientu. Je prokázáno, že syndrom ADHD neovlivňuje inteligenci, ale naopak, děti se syndromem ADHD jsou



často velice inteligentní, ale s neadekvátním přístupem, nemají možnost dosáhnout optimálních výsledků.

A pokud dítě, které je frustrované ze školních neúspěchů, díky chybnému přístupu učitelů, chodí domů stále se špatnými známkami, s poznámkami o nevhodném chování, vykřikování a neposednosti, tak to má neblahý vliv i na rodinný život. Dítě, aby vyniklo mezi spolužáky a upoutalo jejich pozornost, tak se často dopouští přestupků proti školnímu i společenskému řádu, a v pozdějším věku závadového jednání, spočívající v užívání tabákových výrobků a návykových látek. Toto všechno se odráží na rodinném životě, kde panuje napětí a nesoulad mezi dítětem, sourozenci a rodiči.

Tím, že se dítě dopouští přestupků proti společenským pravidlům a v pozdějším věku závadového jednání, je zaznamenán v povědomí příbuzných, známých a přátel rodičů, i v celém okolí, jako problémové dítě. Hůře jsou na tom děti z malých obcí nebo malých měst, kde se všichni znají a na rodiče poukazují, jako na neschopné. O něco lépe jsou na tom děti, které se svými rodiči žijí ve větších městech, kde je v tomto případě větší anonymita.

Závěrem bych chtěla říct, že jedinci i rodiny, kteří jsou postiženi syndromem ADHD, a oni si to dobrovolně nevybrali, by neměli být za toto trestáni a odsuzováni. Naše společnost by vůči těmto rodinám měla být ohleduplná a tolerantní. Zájem o problematiku dětí se syndromem ADHD je aktuální, protože v poslední době dětí se syndromem stále přibývá.

Tato práce by mohla obohatit nejen rodiče dětí se syndromem ADHD, ale také sociální pracovníky, kteří s těmito dětmi pracují a přichází do kontaktu s nimi i s jejich rodinami. A v neposlední řadě také učitele, kteří vyučují tyto děti a na nich záleží, zda děti ve škole dosáhnou optimálních výsledků, nebo zda sklouznou mezi děti s nižší inteligencí a v budoucnu budou mít zkomplikované zařazení do běžného života.

## 13 ZDROJE

1. ANTAL, Martin, 2013. *To dítě je nepozorné*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta. 296 s. ISBN: 978-80-204-2898-1.
2. ASHERSON, P., CHEN, W, CRADDOCK, B., TAYLOR, E., 2007. *Adult attention-deficit hyperactivity disorder: recognition and treatment in general adult psychiatry*. Br J Psychiatry; 190: 4–5.
3. AUGER, M. T. a Ch. BOUCHARLAT, 2005. *Učitel a problémový žák. Strategie pro řešení problémů s kázní a učením*. 1. vyd. Praha: Portál. 128 s. ISBN 80-7178-907-0
4. BANGS, M., EMSLIE, G., SPENCER, T., et al., 2007. *Atomoxetine ADHD and comorbid MDD study group and metaregression analysis*. J Psychiat, 164, p. 942–948.
5. BARKLEY, R. A., 1998. *Attention-deficit hyperactivity disorder*. Sci Am 279, p. 66–71.
6. BARKLEY, R. A, 2004. *Driving impairments in teens and adults with attention deficit/hyperactivity disorder*. Psychiatr Clin North Am; 27(2): 233–260.
7. BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ M., 2007. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-158-4
8. BIEDERMAN, J., FARONE, S. V., MICK, E., et al. 1995. *High risk for attention deficit/hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study*. Am J Psychiatry, 152, p. 431-435.
9. BROOKS, R. B., 2001. *Fostering Motivation, Hope and Resilience in Children with Learning Disorders*. Annals of Dyslexia, 51, s. 9–20. ISBN 0736-9387.
10. CAHOVÁ P., PEJČOCHOVÁ J., OŠLEJŠKOVÁ H., 2010. *Hyperkinetická porucha v klinické praxi dětského neurologa*. Postgrad Med; 12(1): 8–18.
11. COTE, S., ZOCCOLILLO, M., TREMBLAY, R., et al., 2001. *Predicting girls' conduct disorder in adolescence from childhood trajectories of disruptive behaviors*. Am Acad Child Adolesc Psychiat, 40, p. 678–684.
12. DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ et al., 2007. *Hyperkinetická porucha / ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén. 268 s. ISBN 80-7262-419-5
13. DRTÍLKOVÁ, Ivana, 2007. *Hyperaktivní dítě: Vše, co potřebujete vědět o dítěti hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. 2. vyd. Praha: Galén. 87 s. ISBN 978-80-7262-447-8.
14. ERIKSON, Erik, 2015. *Životní cyklus rozšířený a dokonalý*. 2.vyd. Praha: Portál. 147 s. ISBN 978-80-262-0786-3.
15. FONTANA, D., 2010. *Psychologie ve školní praxi*. 3. vyd. Praha: Portál. 383 s. ISBN 978-80-7367-725-1.
16. GIDDENS, Anthony, 1999. *Sociologie*. Překlad Jan Jařab. Praha: Argo. 595 s. ISBN 80-7203-124-4.
17. GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ, 2009. *Porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. 1. vyd. Praha: Galén. 160 s. ISBN 978-80-7262-630-4.
18. GOETZ, Michal, 2009. *Současný pohled na léčbu ADHD*. Remedia. 3 s. 190–196.

19. GRÁC, Ján, 2009. *Kapitoly edukačnej psychológie*. Vydavateľstvi: TYPI UNIVERSITATIS TYRNAVIENSIS. 257 s. ISBN: 9788080822347
20. HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ, 2010. *Inkluzivní vzdělávání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN: 978-80-247-3070-7
21. HELUS, Zdeněk, 2009. *Dítě v osobnostním pojetí: Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál. 87 s. ISBN 978-80-7367-628-5
22. HENDL, Jan, 2012. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
23. Hrdlička, M., 2007. *Postavení atomoxetinu v léčbě hyperkinetické poruchy u dětí a adolescentů*. Čes slov psychiat; 103: s.230–239.
24. JANDOUREK, Jan, 2007. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978- 80-7367-269-0
25. JANSKÝ, Pavel, 2004. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus ISBN 80-7041-114-7
26. Journal: ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders: *Relationship between symptom impairment and treatment outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a physician perspective*, Setyawan, Juliana et al., 2015, vol. 7. Springer International Publishing AG, ISSN: 1866-6116.
27. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ, 2007. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství D + H. 128 s. ISBN 80-903869-1-4
28. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ, 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-2697-7.
29. Knop J., Penick E. C., Nickel E. J., Mortensen E.L., Sullivan M.A., Murtaza S., Jensen P., Manzardo A.M., Gabrielli W.F., 2009. *Childhood ADHD and conduct disorder as independent predictors of male alcohol dependence at age 40*. Stud Alcohol Drugs. 70(2): 169–177
30. Kokešová, Lenka, 2014. *Sociální a emocionální vývoj dítěte s ADHD*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
31. KRATOCHVÍL, Stanislav, 2012. *Základy psychoterapie*. 6. vydání. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-262-0302-5
32. KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál. 216 s. ISBN 978–80–7367–383–3.
33. LANG, Greg a Chris BERBERICHOVÁ, 1998. *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. Z anglického originálu „All children are special“ přeložil Stanislav Kostíha. Vyd. 1., Praha: Porál. ISBN 80-7178-144-4.
34. Mannuzza S, Klein RG, Moulton JL., 2008. *Lifetime criminality among boys with attention defi cit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using offi cial arrest records*. Psychiatry Res. 160(30): 237–246
35. MARTÍNEK, Z., 2015. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978–80–247–5309-6.

36. MATĚJČEK, Zdeněk, 1994. *Dialogy o rodině*. Sborník, kapitola: Nejvíce vychováváme, když nevychováme. Praha: Národní centrum podpory zdraví. (str. 12).
37. MATĚJČEK, Zdeněk, 2011. *Praxe dětského psychologického poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 344 s. ISBN: 978-80-262-0000-0.
38. MATĚJČEK, Zdeněk, Marie POKORNÁ a Petr KARGER, 2004. *Rodičům na nejhezčí cestu*. Jinočany: H & H. ISBN 80-7319-023-0.
39. MATĚJŮ, Petr a Jana STRAKOVÁ, 2003. *Role rodiny a školy v reprodukci vzdělanostních nerovností. Sociologický pohled na úlohu víceletých gymnázií ve světle výzkumu PISA 2000*. Sociologický časopis/Czech Sociological Review. **39**(5), 625-652.
40. MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Vydavatelství Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 80-86429-19-9.
41. MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Práce s rodinou* In: MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál. s. 181 – 200. ISBN 978-80-262-0213-4.
42. MERRILL R. M., LYON J. L., BAKER R. K., GREN L. H., 2009. *Attention deficit hyperactivity disorder and increased risk of injury*. Adv Med Sci. 54(1): 20–26
43. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903
44. MICHALOVÁ, Z., PEŠATOVÁ, I. a kol. 2015. *Determinanty inkluzivního vzdělávání dětí s ADHD*. Brno: Tribun EU. 239 s. ISBN 978-80-7414-934-4.
45. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
46. MOŽNÝ, Ivo, 2008. *Rodina a společnost*. 2.vyd. Praha: Slon. ISBN 978-80-86429-87-8.
47. MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS, 2008. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portál. 119 s. ISBN 978 –80 –7367 –430 –4.
48. NIERENBERG et al., 2005 v RAMSAY, J. R., ROSTAIN, A. L.: *Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD*. Taylor & Francis Group, LLC 2008
49. NOVÁK, Tomáš, 2013. *Jak vychovat sebevědomé dítě*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 133 s. ISBN 978-80-247-4522-0.
50. Novosad, Libor, 2000. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159. ISBN: 80-7367-174-3
51. PACLT, I. a kol., 2007. *Hyperkinetická porucha a porucha chování*. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN: 978-80-247-1426-4
52. PAPEŽOVÁ, Hana (ed.) 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada. 432 s. ISBN 978-80-247-2425-6
53. PAVLAS MARTANOVÁ, V.,2011: *Efektivita poradenské péče o děti s poruchami chování*. Univerzita Karlova, pedagogická fakulta, katedra psychologie. Praha, disertační práce.
54. POLANCZYK, G., de LIMA, M., HORTA, B., et al., 2007. *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis*. Am J Psychiat. 164, p. 942–948. (2)

55. PREKOPOVÁ, Jiřina a Christel SCHWEIZEROVÁ, 2016. *Neklidné dítě*. Praha: Portál, 1999. 163 s. ISBN: 978-80-262-0466-0-74.
56. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J., 2005. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7290-085-4
57. RAMOS-QUIROGA, J.A., MONTOYA, A., KUTZELNIGG, A., DEBERDT, W., SOBANSKI, E., 2013. *Attention defi cit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness and treatment guidelines*. *Curr Med Res Opin*. 29: 1573.
58. RAMSAY, J. R. a A. L. ROSTAIN, 2008. *Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD*. Taylor & Francis Group, LLC.
59. REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
60. RIEFOVÁ, S. F., 2010. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: Praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. 2. vyd. Praha: Portál. 251 stran. ISBN 978-80-7367-728-2
61. RUBÁŠOVÁ, Eva et al., 2015. *Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice: pilotní studie*. *Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS*. 111(5), str. 228-235. ISSN 1212-0383.
62. ŘÍČAN, Pavel, 2013. *S dětmi chytře a moudře: psychologie výchovy pro rodiče a prarodiče*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0343-8
63. SHEEDYOVÁ-KURCINKOVÁ, M., 1998. *Problémové dítě v rodině a ve škole*. Praha: Portál. 284 s. ISBN 80-7178-174-6
64. SINGLY, Francois de, 1999. *Sociologie současné rodiny*. Portál. s. 25, ISBN 80-717-249-1
65. SIROVÁTKA, Tomáš a Ondřej HORA, 2008. *Rodina, děti a zaměstnání v české společnosti*. Brno: Vydavatelství František Šalé – Albert. ISBN 978-80-7326-140-5
66. ŠAUEROVÁ, Markéta, ŠPAČKOVÁ, Klára a Eva NECHLEBOVÁ, 2012. *Speciální pedagogika v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-4369-1
67. TOMÁŠEK, kardinál František, 2012. *Katechismus katolického náboženství*. 1. vyd. Olomouc: Michael
68. Upadhaya, H. P. a M. J., 2008. Carpenter. *Is attention defi cit hyperactivity disorder (ADHD) symptom severity associated with tobacco use?* *Am J Addict*. 17(3): 195–198.
69. VÁGNEROVÁ, M. et al., 2004. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova. 230 s. ISBN 80–7184 –929 –4.
70. VÍTKOVÁ, M., 2004. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 461 s. ISBN: 8073150719
71. VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan, 1998. *Aplikovaná sociální psychologie 1*. Praha: Portál. 383 s. ISBN 80-7178-269-6.
72. WEISS, G., TROCKENBERG, L., ECHTMAN, H., 1993. *Hyperactive children grown up*. New York: The Guilford Press.
73. WEISS, M.D., WEISS, J.R., 2004. *A guide to the treatment of adults with ADHD*. *J Clin Psychiatry*. 65, Suppl. 3, p. 27-37.

74. WILENS, T.E., DODSON, W., 2004. *A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood*. J Clin Psychiatry. 65, p. 1301-1313.
75. YEN J. Y., YEN C. F., CHEN C. S., TANG T. C., KO C.H., 2009. *The association between adult ADHD symptoms and internet addiction among college students: the gender difference*. Cyberpsychol Behav. 12(2): 187–191.
76. ZEDNÍČEK, Miroslav, 1994. *Kodex kanonického práva*. ZVON. 814 s. ISBN 80-7113-082-6.
77. ZEMÁKOVÁ, Marie a Jana VYSKOTOVÁ, 2010. *Cvičení pro hyperaktivní děti – Speciální pohybová výchova*. Grada Publishing. 64 s. ISBN: 978-80-247-6405-4

## **Zákony a vyhlášky**

1. Česká národní rada. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod. In. Sbírka zákonů.
2. Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., o sjednání úmluvy o právech dítěte. In: Sbírka zákonů. 8. 4. 1991, částka 22.
3. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných
4. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. In. Sbírka zákonů 10.11.2004, částka 190. (školský zákon)
5. Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů
6. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In. Sbírka zákonů 22.3.2012, částka 33.
7. Zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník. In Sbírka zákonů 5.3.1964, částka 19.

## **Elektronické zdroje**

1. Asociace dospělých pro hyperaktivní děti, 2009 [online]. *Diagnostika a typy ADHD*. [cit. 19.11.2016] Dostupné z: <<http://www.adehade.cz/diagnostika/diagnostika-a-typy-adhd/>>
2. Asociace dospělých pro hyperaktivní děti, 2009 [online]. *O ADHD*. [cit. 23.10.2016]. Dostupné z: <http://www.adehade.cz/o-adhd/>
3. CAHOVÁ, Pavlína. *Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita* 2010 [online]. Brno: Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno, 10(6) [cit. 2016-11-19]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/06/04.pdf>
4. ČERMÁKOVÁ, Markéta, Hana PAPEŽOVÁ a Petra UHLÍKOVÁ. *Porucha pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD): Příručka pro dospělé* [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Praha [cit. 2016-11-18]. Dostupné z: [http://www.prevence-praha.cz/attachments/article/35/ADHD-ADD\\_dospeli\\_brozura.pdf](http://www.prevence-praha.cz/attachments/article/35/ADHD-ADD_dospeli_brozura.pdf)
5. Doktoronline, 2016 [online]. *Války mezi sourozenci*. [cit. 23.01.2017]. Dostupné z: <http://doktoronline.cz/clanek/512-Valky-mezi-sourozenci.html>
6. GOETZ, Michal. Postgraduální medicína. *ADHD u dospělých* [online]. Praha: Univerzita Karlova, 2. LF a FN Motol, Dětská psychiatrická klinika, 2006. [cit. 2017-

- 01-20]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/adhd-u-dospelych-173266>
7. KABÍČEK, Pavel. Zdravotnictví medicína. *Rizikové chování v dospívání*. [online]. Praha: Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN Praha a Subkatedra dorostového lékařství IPVZ Praha, 2008(22) [cit. 2016-11-18]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/rizikove-chovani-v-dospivani-361947>
  8. Lehké mozkové dysfunkce (1. část): Nové metody nápravy. *Rodina.cz: Každodeník o dětech a rodičích* [online]. Praha: Feedback institut, 2000 [cit. 2016-11-17]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek532.htm>
  9. MALÁ, Eva. ADHD: ADHD - hyperkinetické poruchy. In: *JAN LARYSZ* [online]. Praha, 2005 [cit. 2016-11-18]. Dostupné z: <http://jan1212.webgarden.cz/rubriky/zdravicko/mozek-nervy-a-oci/adhd>
  10. MLČOCH, Zbyněk, 2013 [online]. *Příznaky, projevy. ADHD, hyperaktivita dítěte, porucha pozornosti - projevy, příznaky, symptomy*. 1. 6. 2013. [cit. 23.10.2016]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/adhd-hyperaktivita-ditete-porucha-pozornosti-projevy-priznaky-symptomy>
  11. Péče o děti a rodinný život: Syndrom ADHD. *Potomci.cz: Příčiny vzniku syndromu ADHD* [online]. ©2016 [cit. 2016-11-17]. Dostupné z: <http://www.potomci.cz/syndrom-adhd/>
  12. Potomci.cz, 2012 [online]. Syndrom ADHD: *Problémy s udržením pozornosti*. 9.9.2012. [cit. 24.10.2016]. Dostupné z: <http://www.potomci.cz/syndrom-adhd/>
  13. Škola zvesela, 2015-2016 [online]. *Jak přežít školní docházku a nezbláznit se*. [cit. 29.10.2016]. Dostupné z: <http://www.skolazvesela.cz/2015/08/10/vase-dotazy-cast-1/>
  14. TRAPKOVÁ, Ludmila, 2016 [online]. *Kde jsi táto: Rodina - základ státu*. [cit. 23.10.2016]. Dostupné z: <http://www.kdejsitato.cz/rodina/rodina-zaklad-statu.html>
  15. VILÍMOVSKÝ, Michal, 2015. *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou u dětí*. [online] Medlicker. 2.1.2015. [cit. 23.10.2016]. Dostupné z: <http://cs.medlicker.com/802-adhd-porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-u-deti>

## 14 PŘÍLOHY

### *Příloha č. 1 - Informovaný souhlas*

#### **Informovaný souhlas**

**Oblast výzkumu:** Problematika spolupráce u klientů s ADHD/HKP.

**Studium:** Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.

**Výzkumník:** Bc. Kokešová Lenka

**Kontaktní údaje:** tel. 607984368

Vážená paní, vážený pane,

ráda bych Vás požádala o účast ve studii, která je zaměřena na Rodinu a dítě se syndromem hyperaktivity s poruchou pozornosti. Výsledky výzkumu budou součástí diplomové práce. Informace shromážděné během této studie zůstanou důvěrné, Vaše jméno a příjmení, ani jméno a příjmení Vašeho dítěte nebudou zveřejněna. Svou účast ve studii, která je dobrovolná, můžete bez jakýchkoliv závazků kdykoli odmítnout.

Děkuji za Vaši ochotu ke spolupráci.

Bc. Lenka Kokešová

**Souhlasím s využitím údajů shromážděných za účelem zpracování Diplomové práce.**

Jméno a příjmení dítěte:..... Datum narození

dítěte:.....

Datum podpisu: .....

Jméno a podpis zákonného zástupce: .....

Jméno a podpis výzkumníka: .....

Tento dokument byl vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá strana obdržela jeden.



## ***Příloha č. 2 - Otázky na polostrukturovaný rozhovor***

1. Jak se jmenuje Váš syn/ Vaše dcera a kolik je mu/jí let?
2. Mohla byste mi vyprávět váš život a život „Honzíka/Janičky“ od narození až do současnosti?
3. Projevoval/la se „Honzík/Janička“ rozdílně oproti dětem ve školce?
4. Jak se „Honzík/Janička“ projevoval/la po vstupu do základní školy?
5. Měl/la „Honzík/Janička“ často obtíže v koncentraci pozornosti při zpracovávání úkolů?
6. Oddaloval/la „Honzík/Janička“ plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí?
7. Kdy bylo „Honzík/Janička“ diagnostikováno ADHD?
8. Doporučili vám učitelé vyhledat odbornou pomoc?
9. Nabídlí vám ve škole asistenta pedagoga nebo osobního asistenta?
10. Spolupracujete s pedagogicko-psychologickou poradnou?
11. Jaký jste měli pocit z učitelů, měli zkušenosti s takto postiženými žáky?
12. Byly vašemu „Honzíkovi/Janičce“ provedeny testy IQ? Dosahovali jeho/její výsledky ve škole jeho inteligenci?
13. Jakého dosáhl „Honzík/Janička“ nejvyššího vzdělání?
14. Jakou vadou trpěl/la Váš „Honzík/Janička“ – poruchou pozornosti, hyperaktivitou nebo impulzivitou?
15. Byl/la „Honzík/Janička“ odmítán kolektivem ve škole z důvodu projevů ADHD?
16. Je pro Vás rodiče „Honzík/Janička“ nějaké omezení? Myšleno tím, zda ho/ji můžete například nechat doma samotného a plnit si pracovní povinnosti, nebo jít do společnosti, atd.
17. Způsobil si „Honzík/Janička“ nějaké úrazy?
18. Jaký je vztah „Honzíka/Janičky“ se sourozencem?
19. Věnujete rozdílnou péči „Honzíkovi/Janičce“ a jeho sourozenci?
20. Žárlí sourozenec na „Honzíka/Janičku“?
21. Kdo je pro Vás oporou při řešení problémů spojených s „Honzíkovým/Janiččiným“ postižením?
22. Jak na Vás, jako na rodinu, pohlíželi známí, kamarádi a okolí?
23. Měli jste, jako rodina, zvýšené náklady z důvodu „Honzíkovo/Janiččino“ postižení? Ztrácel/la věci, oblečení, ničil/la školní pomůcky....?
24. Řešila „Honzíkovo/Janiččino“ chování nebo nějaký delikt policie?
25. Kouří nebo užívá nějaké jiné návykové látky „Honzík/Janička“?
26. Jaké období života „Honzíka/Janička“ pro Vás bylo nejtěžší

### **Příloha č. 3 - Komunikační partnerka K1**

1. Jak se jmenuje Váš syn dcera a kolik je mu?

*Honzík, 18,5 roku*

2. Mohla byste mi vyprávět váš život a život Honzíka od narození až do současnosti?

*Bylo to mé již páté těhotenství. Z prvního těhotenství mám syna, který je těžce mentálně postižený. Rozumově je na úrovni mimina a vzrůstem dospělý člověk. Nežije s námi, ale v ústavu. Následovaly tři samovolné potraty. Těhotenství, z kterého se mi narodil Honzík, bylo provázelo úmrtí manžela a v té době cvičením s postiženým starším synem, který v tu dobu bydlel doma. Do ústavní péče jsem ho nechala umístit až v šesti letech, kdy mi lékaři řekli, že jeho stav je již neměnný. Těhotenství s Honzíkem bylo v normě i porod v termínu. Honzík dobře prospíval, jedl a byl kojen do necelých dvou roků. Brzy mluvil, hodně jsem mu četla, zpívala, procházky na vzduchu a u mých rodičů. Ve třech letech šel do školky. Ve školce byl režim, což moc Honzíkovi nevyhovovalo. Nechutnalo mu jídlo, nechtěl spát po obědě. Upozorňoval na sebe tak, že rušil a brzy mi bylo doporučeno navštívit specializovanou poradnu. V té době mi to nepřípadalo důvodné, proto jsem do poradny s Honzíkem nešla. Byla jsem šťastná, že je v pořádku, zdravý a živý. V základní škole měl štěstí na učitelku, se kterou si sedli. V dalším ročníku mě bylo doporučeno navštívit poradnu. Jezdila jsem s ním do Velkého Meziříčí, kdy paní magistra po sezeních napsala několik zpráv, jak s Honzíkem pracovat doma i ve škole. Sedli jsme si, ale co psychologka doporučila, ve škole ve Velké Bíteši bohužel nešlo, spíše se nechtělo. Nyní je Honzík na střední škole, kam dojíždí brzy ráno a pozdě přijíždí domů. Ovlivňuje jej ta dlouhá doba cestování a má to vliv na soustředění ve škole, na jeho chování apod. Opakuje třetí ročník, nechce tam, nechce se učit, nic pro školu nedělá. Nesedí mu někteří učitelé a hlavně až nenávidí ke třídní učitelce. Neochota pracovat, zapojit se do ničeho nechce. Nyní asi nejhorší období, co se týká školy. Honzík asi nikdy nestráví nepřítomnost sourozence, ani otcovu nepřítomnost. Trápí ho to, nemluví o tom.*

3. Projevoval se Honzík rozdílně oproti dětem ve školce?

*Byl již ve školce dosti živé dítě. Proto nám již tehdy učitelka doporučovala navštívit poradnu. Projevy Honzíka oproti jiným dětem nebyly, naopak oblíba u dětí.*

4. Jak se Honzík projevoval po vstupu do základní školy?

*V první třídě se zdálo, že je vše v normě. Měl asi štěstí na přístup této učitelky. Hrávala s dětmi divadlo, hodně spolu zpívaly a chodily ven a měla je k tomu, aby spolu vycházely.*

5. Měl Honzík často obtíže v koncentraci pozornosti při zpracovávání úkolů?

*Těžko se koncentruje a neumí se zkoncentrovat, když je potřeba, potřebuje klid a čas.*

6. Oddaloval Honzík plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí?

*Ano, oddaloval a to trvá až do dnes.*

7. Kdy bylo Honzíkovi diagnostikováno ADHD?

*Ve druhé třídě základní školy. Což bylo v 7 letech.*

8. Doporučili vám učitelé vyhledat odbornou pomoc?

*Ano, byla nám doporučena.*

9. Nabídli vám ve škole asistenta pedagoga nebo osobního asistenta?

*Nenabídli mi nikoho.*

10. Spolupracujete s pedagogicko-psychologickou poradnou?

*V současnosti docházíme k docentu Vodrážkovi do psychologické poradny v Brně.*

11. Jaký jste měli pocit z učitelů, měli zkušenosti s takto postiženými žáky?

*Učitelé nebyli schopni nebo ochotni věnovat Honzíkovi jiný přístup, mají prý i jiné žáky.*

12. Byly vašemu Honzíkovi provedeny testy IQ? Dosahovali jeho výsledky ve škole jeho inteligenci?

*Dělali mu IQ testy již ve třech letech, již v tu dobu měl vyšší číslo, ale přesně si to nepamatuji.*

13. Jakého dosáhl Honzík nejvyššího vzdělání?

*Zatím je na střední škole, kde opakuje třetí ročník.*

14. Jakou vadou trpí Váš Honzík – poruchou pozornosti, hyperaktivitou nebo impulzivitou?

*Hyperaktivitou.*

15. Byl Honzík odmítán kolektivem ve škole z důvodu projevů ADHD?

*Děti ho měly vždy v oblibě, rád bavil třídu.*

16. Je pro Vás Honzík nějaké omezení? Myšleno tím, zda můžete například nechat Honzíka doma samotného a plnit si pracovní povinnosti, nebo jít do společnosti, atd.

*Mohu se vzdálit, nemám problém. Oznamím mu, když někam jedu nebo jdu.*

17. Způsobil si Honzík někdy nějaké úrazy?

*Tím, že Honza je bavič celé třídy, předvádí se a neustále se snaží být ve všem první, tak odřenin, ran, kdy jsme museli na šití do nemocnice, vymknutých kotníků a naraženin měl mnoho. Měl i zlomenou nohu.*

18. Jaký je vztah Honzíka se sourozencem?

*Tragédií bylo setkání s postiženým starším bratrem v ústavu pro postižené v Křižanově, kde bratr žije trvale.*

19. Věnujete rozdílnou péči Honzíkovi a jeho sourozenci?

*Dělám, co umím a jak nejlépe to jde. Za starším synem jezdím pouze na návštěvy a o Honzíka se starám trvale, de facto jako o jedináčka.*

20. Žárlí sourozenec na Honzika?

----

21. Kdo je pro Vás oporou při řešení problémů spojených s Honzиковým postižením?

*Oporou pro mne jsou moji rodiče, přítelkyně i partner a dva pejsci.*

22. Jak na Vás, jako na rodinu, pohlíželi známí, kamarádi a okolí?

*Nevnímám nic mimořádného, chování lidí a známých okolo mne mi připadá v normě.*

23. Měli jste, jako rodina, zvýšené náklady z důvodu Honzíkovo postižení? Ztrácel věci, oblečení, ničil školní pomůcky....?

*Náklady s Honzíkovo životem byly také v normě, snad jedenkrát ztratil mikinu a kreslil a kreslí si do sešitů, které musíme kupovat nové.*

24. Řešila Honzíkovo chování nebo nějaký delikt policie?

*Neřešili jsme žádný delikt s policií.*

25. Kouří nebo užívá nějaké jiné návykové látky Honzík?

*Ve smyslu špatné návykové látky, tak žádné.*

26. Jaké období života Honzika pro Vás bylo nejtěžší?

*Nejtěžší období je pro mne zatím to současné.*

## **Příloha č. 4 - Komunikační partnerka K2**

1. Jak se jmenuje Váš syn dcera a kolik je mu let?

*Karel, 15 let*

2. Mohla byste mi vyprávět váš život a život Káji od narození až do současnosti?

*Kája se narodil jako donošené dítě v mých 24 letech, přičemž se jedná o mé první a jediné dítě, manželovo druhé dítě, kdy má ještě syna z prvního manželství o 5 let staršího, u kterého bylo mimochodem také diagnostikováno ADHD, ovšem typu hypo. Psychomotorický vývoj Kájův probíhal naprosto v pořádku, velmi brzy začal mluvit, chodit, neprodělal žádná závažná, ani dlouhodobá onemocnění, přičemž od malička se projevoval zvýšenou aktivitou, vyžadováním pozornosti a povídavostí. Vzhledem k tomu, že se jednalo o mé první dítě, nic „zvláštního“ jsme nepozorovala až do nástupu do 1. třídy základní školy, kdy začaly velké problémy. Jeho třídní učitelka nás neustále předvolávala a upozorňovala nás na jeho nepozornost, hyperaktivitu. O přestávkách běhal, ostatní děti obtěžoval hrou, ..., a v dobu se začaly projevovat zjevné problémy s jemnou motorikou, problémy s malováním, psaním, zavazování si tkaniček, atd., a dále syntetickým a analytickým myšlením, nebyl schopný z jednotlivých hlásek tvořit hlásková spojení atd. Navštívili jsme na doporučení třídní učitelky před pololetím PPP, podstoupili vyšetření u speciální pedagožky, psycholožky a neurologa, kde mu bylo diagnostikováno ADHD – hyperaktivita, porucha pozornosti, spolu s poruchami učení dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie a dysortografie. Třídní učitelka ovšem nenalezla k mému synovi cestu a navíc se její chování k němu odrazilo i na přístupu ostatních dětí ve třídě k němu, byl vyčleněn z kolektivu, velmi těžce to nesl on i já a tak jsem ho v pololetí třetí třídy po dohodě s ním nechala přestoupit na jinou ZŠ v našem městě. Do 5. třídy měl vypracován IVP, od 5. třídy již PPP nenavštěvujeme, vzhledem k tomu, že v nové škole se zařadil velmi dobře, potíže se psaním a rozlišováním měkkých a tvrdých samohlásek v poslechu přetrvává, ovšem vyučující podle IVP stejně nepracovali, diktáty musel psát stejně jako ostatní, i když je psát neměl, atd., úlevy mu poskytovány nebyly, tudíž jsem to vyhodnotila jako zbytečné. V současné době dokončuje 9. třídu, jeho školní výsledky lze označit za průměrné, hlavně vzhledem k jeho naprosté nechuti se učit, přičemž z českého jazyka má na vysvědčení celá léta 4, vzhledem k tomu, že není schopný napsat žádný diktát lépe než za 4-5, 5.*

3. Projevoval se Kája rozdílně oproti dětem ve školce?

*Ne*

4. Jak se Kája projevoval po vstupu do základní školy?

*Tak jak jsem vám to říkala v předchozí otázce. Po vstupu do 1. třídy, přišly velké problémy. Třídní učitelka nás neustále předvolávala a upozorňovala nás na jeho neposednost, nepozornost a hyperaktivitu. Pořád ho napomínala a Kájovi se nechtělo do školy. V tu dobu se začaly projevovat problémy s jemnou motorikou, a jak jsem již řekla, se syntetickým a analytickým myšlením, protože nebyl schopný z jednotlivých hlásek tvořit slabiky, nešlo mu čtení a měl problémy i se psaním. Třídní učitelka nám doporučila navštívit pedagogicko-psychologickou poradnu, kde jsme podstoupili vyšetření u Kájovi bylo diagnostikováno ADHD – hyperaktivita, porucha pozornosti, spolu s poruchami*

*učení dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie a dysortografie. Ani potvrzení a posudek z PPP nepomohl, třídní učitelka si cestu k synovi nenašla a navíc se její chování k němu odrazilo i na přístupu ostatních dětí ve třídě, nechtěly se s ním děti kamarádit, byl vyčleněn z kolektivu, velmi těžce to nesl on i já, a tak jsem ho v pololetí třetí třídy po dohodě s ním nechala přestoupit na jinou základní školu.*

5. Měl Kája často obtíže v koncentraci pozornosti při zpracovávání úkolů?

*Ano, neustále. A stále má.*

6. Oddaloval Kája plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí?

*Ano. Každý den bylo neustálé dohadování, kdy už půjde na úkoly.*

7. Kdy bylo Kájovi diagnostikováno ADHD?

*V 6 - ti letech.*

8. Doporučili vám učitelé vyhledat odbornou pomoc?

*Ano, učitelka na základní škole*

9. Nabídli vám ve škole asistenta pedagoga nebo osobního asistenta?

*Ne*

10. Spolupracujete s pedagogicko-psychologickou poradnou?

*Již ne, skončili jsme v páté třídě, protože se změnou školy a učitelky, která respektovala Kájovo problémy, nebylo třeba navštěvovat poradnu.*

11. Jaký jste měli pocit z učitelů, měli zkušenosti s takto postiženými žáky?

*Velmi špatný, naprostá neochota, nezkušenost. Většina nechtěla respektovat nic.*

12. Byly vašemu Kájovi provedeny testy IQ? Dosahovali jeho výsledky ve škole jeho inteligenci?

*Ano, IQ v lehkém nadprůměru, školní výsledky v podprůměru*

13. Jakého dosáhl Kája nejvyššího vzdělání?

*Zatím končí základní školu. A půjde na učební obor.*

14. Jakou vadou trpěl Váš Kája – poruchou pozornosti, hyperaktivitou nebo impulzivitou?

*Poruchou pozornosti a hyperaktivitou*

15. Byl Kája odmítán kolektivem ve škole z důvodu projevů ADHD?

*Ano do 3. třídy, zejména vlivem třídní učitelky na děti, ale po přestupu na jinou školu je velmi oblíben, jak spolužáky tak i vyučujícími*

16. Je pro Vás rodiče Kája nějaké omezení? Myšleno tím, zda můžete například nechat Káju doma samotného a plnit si pracovní povinnosti, nebo jít do společnosti, atd.

*Ne, ale ne na dlouhou dobu.*

17. Způsobil si Kája někdy nějaké úrazy?

*Ano, měl drobných úrazů mnoho, Tím, jak je živý, tak měl neustále odřené nohy a ruce, tržných ran několik, vyražený zub a zlomenou ruku.*

18. Jaký je vztah Káji se sourozencem?

*Dobry, toleruji se... ale není s ním v každodenním kontaktu. Manželovo syn k nám pouze dochází.*

19. Věnujete rozdílnou péči Kájovi a jeho sourozenci?

*Ne, tedy pokud je manželův syn u nás. Trvale se starám pouze o Káju.*

20. Žárlí sourozenec na Káju?

*Nemyslím si, ale je to také ovlivněno tím, že spolu trvale nebydlí.*

21. Kdo je pro Vás oporou při řešení problémů spojených s Káji postižením?

*On sám*

22. Jak na Vás, jako na rodinu, pohlíželi známí, kamarádi a okolí?

*Kamarádi v pořádku, neseznámené okolí jej někdy považovalo za obtěžujícího a divného*

23. Měli jste, jako rodina, zvýšené náklady z důvodu Káji postižení? Ztrácel věci, oblečení, ničil školní pomůcky....?

*Ano, toto se stávalo pravidelně. Školní potřeby a oblečení jsme museli neustále dokupovat.*

24. Řešila Káji chování nebo nějaký delikt policie?

*Ne*

25. Kouří nebo užívá nějaké jiné návykové látky Kája?

*Ne, má k tomuto naprostý odpor*

26. Jaké období života Kája pro Vás bylo nejtěžší?

*Asi současné – puberta, ta nás trápí moc.*

## **Příloha č. 5 - Komunikační partnerka K3**

1. Jak se jmenuje Váš syn a kolik je mu let?

*Lukáš, je mu 9 let*

2. Mohla byste mi vyprávět váš život a život Lukáška od narození až do současnosti?

*Od narození je Lukáš neklidný, v chůdítku cca od půl roku, měl rychlejší pohybový vývoj než u souvrstevníků. Nevydržel u jednoho úkolu, hračky déle než 15 minut. Ve školce byl vyřazen z kolektivu, protože neustále děti poštuchoval a vynucoval si pozornost nevhodným způsobem. Čím s ním děti chtěly méně komunikovat, tím je více poštuchoval. Neustále konflikty se spolužáky. To pokračuje i po nástupu do školy. Bylo nám třídní učitelkou doporučeno vyhledat pomoc v poradně. Tam jsme byli a Lukášovi diagnostikovali ADHD. Ve škole byl i po užívání léku stále nezvladatelný, vyrušoval a nechtěl přijmout režim. Proto nám bylo doporučeno navštívit středisko výchovné péče, kde byl i následně na pobytu. Nyní po dvou pobytech a částečné psychické vyzrálosti se stav stabilizoval. Asi pátým rokem užívá léky na zklidnění.*

3. Projevoval se Lukášek rozdílně oproti dětem ve školce?

*Ano, projevoval. Stále byl v pohybu a nevydržel pracovat s dětmi. Poštuchoval je a snažil se upoutat pozornost*

4. Jak se Lukášek projevoval po vstupu do základní školy?

*I přes to, že bral léky na zklidnění, tak byl nesoustředěný, nedovedl být v klidu jako ostatní děti. Upoutával na sebe pozornost zlobením a děti se s ním nechtěly kamarádit.*

5. Měl Lukášek často obtíže v koncentraci pozornosti při zpracovávání úkolů?

*Má stále, jen jeho příprava k vypracování domácího úkolu trvá přes půl hodiny. Stále je něco třeba a dodělat, vyřešit než se dostane na domácí úkol. Je to každodenní boj.*

6. Oddaloval Lukášek plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí?

*Ano*

7. Kdy bylo Lukáškovu diagnostikováno ADHD?

*Ve 3 letech*

8. Doporučili vám učitelé vyhledat odbornou pomoc?

*Ano*

9. Nabídli vám ve škole asistenta pedagoga nebo osobního asistenta?

*Ve škole ne ani v PPP, protože pedagogicko-psychologický pracovník asistenta nedoporučuje.*

10. Spolupracujete s pedagogicko-psychologickou poradnou?

*Ne, ale spolupracuji se střediskem výchovné péče.*



11. Jaký jste měli pocit z učitelů, měli zkušenosti s takto postiženými žáky?

*Rozporuplný pocit. Většinou špatný. Učitelé až praxí zjistí, jak s těmito dětmi mají zacházet. Díky integraci. Pouhé školení praxi nenahradí.*

12. Byly vašemu Lukáškovy provedeny testy IQ? Dosahovali jeho výsledky ve škole jeho inteligenci?

*Testy mu nikdy nedělaly.*

13. Jakého dosáhl Lukášek nejvyššího vzdělání?

*Momentálně 3. třída základní školy*

14. Jakou vadou trpěl Váš Lukášek – poruchou pozornosti, hyperaktivitou nebo impulzivitou?

*Hyperaktivitou*

15. Byl Lukášek odmítán kolektivem ve škole z důvodu projevů ADHD?

*Ano*

16. Je pro Vás rodiče Lukášek nějaké omezení? Myšleno tím, zda můžete například nechat Lukáška doma samotného a plnit si pracovní povinnosti, nebo jít do společnosti, atd.

*Ano je, v současné době ho můžeme nechat samotného maximálně 2 hodiny.*

17. Způsobil si Lukáš někdy nějaké úrazy?

*Měl nedávno zlomenou ruku, jednu rozbitou hlavu, když zakopl a upadl, a asi jako jiní kluci odřenin.*

18. Jaký je vztah Lukáška se sourozencem?

*Dobrý*

19. Věnujete rozdílnou péči Lukáškovy a jeho sourozenci?

*Ano*

20. Žárlí sourozenec na Lukáška?

*Občas, je mladší a určité věci nechápe.*

21. Kdo je pro Vás oporou při řešení problémů spojených s Lukáškovy postižením?

*Středisko výchovné péče.*

22. Jak na Vás, jako na rodinu, pohlíželi známí, kamarádi a okolí?

*Jako, že máme postižené dítě. Někdo nás lituje a někdo odsoudil.*

23. Měli jste, jako rodina, zvýšené náklady z důvodu Lukáškovy postižení? Ztrácel věci, oblečení, ničil školní pomůcky....?

*Ano. Často ztrácel a zapomínal věci ve škole i na hřišti.*

24. Řešila Lukáškovu chování nebo nějaký delikt policie?

*Ne, a doufám, že snad ani nikdy nebude.*

25. Kouří nebo užívá nějaké jiné návykové látky Lukášek?

*Ne, doufám.*

26. Jaké období života Lukáškovu pro Vás bylo nejtěžší?

*Nástup do školy.*

## **Příloha č. 6 - Komunikační partnerka K4**

1. Jak se jmenuje Váš syn dcera a kolik je mu let?

*Michal, téměř 24 let*

2. Mohla byste mi vyprávět váš život a život Michala od narození až do současnosti?

*Michal se mi narodil jako 2. dítě. První byl syn starší o 1,5 roku. Těhotenství probíhalo normálně až do 38 týdne, pak problémy. Porod proběhl císařským řezem. Po narození bylo synovi provedeno CT mozku a zjištěno, že se jedná o cystu, které byla mezi levou a pravou hemisférou. Chodili jsme pravidelně na kontroly a cysta se do roku vstřebala a ztratila. Od 2,5 roku chodil do školky, kde jsem nebyla upozorněna ze stran učitelek na jakékoliv abnormality. Doma se projevoval, s drobnými odchylkami, jako jeho bratr o 1,5 roku starší. Byl živější a neměl moc sebedůvěry. Cokoliv se učil, tak to trvalo dlouho, než si začal věřit, že to zvládne. Např. jízdu na kole zvládal rychle, ale 1,5 roku jsem běhala s ním a držela mu ruku na zádech, aby cítil z mé strany podporu. To samé bylo například při lyžování. Jelikož je narozený v polovině roku, ptala jsem se obou učitelek v mateřské školce, zda je dost vyzrálý na to, aby nastoupil do školy v termínu, nebo zda mám požádat o odklad. Obě učitelky mi doporučily, že je syn dost zralý na to, aby nastoupil do školy v normálním termínu, že by mu odklad spíš uškodil. Problémy začaly v první třídě, kdy si nesedl s paní učitelku, byl živější než ostatní děti a bylo nám doporučeno navštívit psychologa. Psycholožka po testech vystavila pro školu posudek, že syn je hyperaktivní s poruchou soustředění a že vydrží v klidu a soustředit se nejdéle 7 minut. Toto paní učitelka vůbec nezohlednila a naopak mu dávala za nesplněné úkoly černé puntíky nebo poznámky. Byl projednáván na pedagogické radě, že je neposlušný, nevychovaný.... Označovala ho před všemi ostatními pedagogy, což pro něj mělo negativní následky do dalších let na škole. Ve druhé třídě jsem požádala o přeřazení do jiné třídy, kde paní učitelka na toto brala zřetel, a nebyl po celý rok problém. Od třetí třídy měl opět jinou paní učitelku, která se léčila s nervy, a opět začaly problémy, které se stupňovaly. O páté třídy syn na lékách ke zklidnění. Po ukončení docházky na základní škole nastoupil na střední školu, kde se chytil party a začal chodit za školu. Asi to byl zlomový okamžik, kdy se na syna začaly nabalovat problémy a průšvihy. Ze školy odešel a nastoupil na učňovský obor. Opět se chytil party a nedocházel do školy. Požádala jsem o přeřazení na ten samý obor na učňák v blízkosti bydliště. V té době jsem zjistila jeho první užívání marihuany. Doma začaly krádeže peněz i věcí. Stále jsme docházeli jak psychologovi, tak i k psychiatrovi. Toto všechno jsme neustále s ním probírali a snažili to řešit. V druhém ročníku byl vyloučen z učiliště pro porušování kázně. Rozhodl se, že již dál do školy chodit nebude a nastoupil do práce, kterou mu otec zajistil. Tam byl 3 měsíce, a když zjistil, jak je těžké si vydělávat a žít, tak se rozhodl, že si učňák dodělá. Vše si zařídil sám a učňák skutečně dokončil, i když s velkými problémy, které nespočívali ve zvládnutí učiva, ale v kázni a docházce do školy. Po skončení učňáku si zajistil sám práci a s drobnými výpadky pracuje. Bohužel, ne dlouho na jednom místě. Vždy si najde důvod, proč z práce odejít. V posledním roce ale odchází až tehdy, kdy má již zajištěnou jinou, prý i lepší práci. Bohužel stále musí řešit problémy, které si nadělal v minulosti. Týká se to půjček i bohužel jeho neuváženému jednání, kdy slovně „napadl“ člověka, který ho nahlásil na policii...*

3. Projevoval se Michal rozdílně oproti dětem ve školce?

*Ne projevoval, snad tím, že byl dle učitelek bystřejší a rychlejší než ostatní děti.*

4. Jak se Michal projevoval po vstupu do základní školy?

*Začaly problémy, protože paní učitelka neměla pojem o tom, co to je ADHD a místo toho, co by mu život na škole zpříjemnila, ho před spolužáky zesměšňovala.*

5. Měl Michal často obtíže v koncentraci pozornosti při zpracovávání úkolů?

*Ano, nevydržel dlouho se soustředit na práci. V první třídě to bylo 7 minut.*

6. Oddaloval Michal plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí?

*Ano, odkládal děláni úkolů.*

7. Kdy bylo Michalovi diagnostikováno ADHD?

*V první třídě, tj. v necelých 7 letech.*

8. Doporučili vám učitelé vyhledat odbornou pomoc?

*Ne, vyhledala jsem ji sama. Paní učitelka v první třídě syna zaškatulkovala do krabičky zlobivý a víc se s ním nezabývala*

9. Nabídli vám ve škole asistenta pedagoga nebo osobního asistenta?

*Ne, nenabídli. Syn začal chodit do školy v roce 1999 a v té době asi škola neměla pojem o tom, co to je asistent učitele nebo osobní asistent.*

10. Spolupracujete s pedagogicko-psychologickou poradnou?

*K psychologovi syn docházel do 18. let a poté docházky ukončil. Nechtěl, aby byl zesměšňován před ostatními vrstevníky.*

11. Jaký jste měli pocit z učitelů, měli zkušenosti s takto postiženými žáky?

*Bohužel špatný. Měla jsem pocit, že většina učitelů netuší, jak s takovými dětmi zacházet. Byli moc pohodlní na to, aby přijali jiné výchovné prostředky a naučili se učit jiným způsobem.*

12. Byly vašemu Michalovi provedeny testy IQ? Dosahovali jeho výsledky ve škole jeho inteligenci?

*Testy mu byly provedeny v první třídě, kdy měl 139 IQ. Školní výsledky tomu vůbec neodpovídali a když jsem na toto téma měla rozhovor s učitelkou v první třídě, tak mi odpověděla, že jsou to jenom testy a dispozice člověka, ale že se je musí syn naučit využívat.*

13. Jakého dosáhl Michal nejvyššího vzdělání?

*Středoškolského vzdělání, vyučen s výučním listem.*

14. Jakou vadou trpěl Váš Michal – poruchou pozornosti, hyperaktivitou nebo impulzivitou?

*Všemi třemi vadami – hyperaktivitou, impulzivitou i poruchou pozornosti*

15. Byl Michal odmítán kolektivem ve škole z důvodu projevů ADHD?

*Podle toho, jak se na to koukáte. Pro určitou skupinu spolužáků byl vyhledávaný, oblíbený, protože nebyl lakomý, byl ochotný se pustit do čehokoliv a byl bavič. Ale druhou skupinou byl odmítán pro svou impulzivní povahu.*

16. Je pro Vás rodiče Michal nějaké omezení? Myšleno tím, zda můžete například nechat Michala doma samotného a plnit si pracovní povinnosti, nebo jít do společnosti, atd.

*Ano, byl pro mne velkým omezením. Nemohla jsem nikam odejít na delší dobu, nebo odjet, aniž bych nezajistila pro něj dohled či péči o něj. Vždy musel být pod nějakým dozorem.*

17. Způsobil si Michal někdy nějaké úrazy?

*Od mala jsme byli stáli zákazníci na úrazovém oddělení v nemocnici. Michal měl stále rozbitá kolena, naraženiny, zlomenou nohu v kotníku, vykloubené rameno několikrát, mnoho tržných ran i rozbitou hlavu.*

18. Jaký je vztah Michal se sourozencem?

*V současné době, kdy jsou oba již dospělý a nejsou ve stálém kontaktu, tak se vztah stabilizuje. Tolerují se. V raném dětství byl normální vztah, ale s příchodem problémů se začal jejich vztah komplikovat a vyostřovat, kdy se nesnášeli, protože mladší bratr kradl věci a peníze staršímu.*

19. Věnujete rozdílnou péči Michalovi a jeho sourozenci?

*Ano, musela jsem věnovat větší péči Michalovi. I v současnosti, kdy je dospělý, mám s ním jiný vztah, než s druhým synem – asi obezřetnější k mladšímu synovi.*

20. Žárlí sourozenec na Michala?

*Nežárlil, ale vytýkal mi, že mu toleruji věci, které jemu netoleruji a že k němu mám jiný přístup.*

21. Kdo je pro Vás oporou při řešení problémů spojených s Michalovo postižením?

*Snažila jsem se všechno zvládat sama, protože manžel od nás odešel, když bylo Michalovi 6 let. S péči o děti mi pomáhali mí rodiče.*

22. Jak na Vás, jako na rodinu, pohlíželi známí, kamarádi a okolí?

*Špatně, odsoudili mě, že jsem neschopná, aniž by se zeptali, kde je problém.*

23. Měli jste, jako rodina, zvýšené náklady z důvodu Michalovo postižení? Ztrácel a věci, oblečení, ničil školní pomůcky....?

*Ano. Z počátku školy ztrácel věci, školní pomůcky, penály, sportovní věci. V pozdějším věku díky své impulzivitě si ničil věci, například vzteky praštil s hodinkami, mobilem..... při potyčce s kamarádem měl roztrhané oblečení...*

24. Řešila Michalovo chování nebo nějaký delikt policie?

*Ano, řešila a ne jednou.*

25. Kouří nebo užívá nějaké jiné návykové látky Michal?

*Co vím, tak kouří cigarety, do kterých si přidává marihuanu a říká, že ho to zklidňuje.*

26. Jaké období života Michala pro Vás bylo nejtěžší?

*Asi období puberty a pak doba, kdy dosáhl plnoletosti, protože mu zákony umožňovaly různé věci, o kterých jsem se dozvěděla až poté. Například si začal brát rychlé půjčky, nebo od kamarádova, který se dostal do finančních problémů, koupil na oko auto, vzal si na to úvěr od Essoxu, kamarád dostal peníze a slíbil mu, že úvěr bude splácet. Úvěr nesplácel, to bohužel zůstalo na mě, protože Michal si nevydělával a kamarád už neměl peníze na to, aby mu je vrátil. Auto také neměl. Byl za to souzený a odsouzený k podmínce za úvěrový podvod. A takových věcí po 18. roku bylo víc...*

## **Příloha č. 7 - Komunikační partnerka K5**

1. Jak se jmenuje Váš syn a kolik je mu let?

*Vašek a je mu 13,5 roku*

2. Mohla byste mi vyprávět váš život a život vašeho syna Vašíka od narození až do současnosti?

*Syna jsem adoptovala s manželem, když mu bylo 14,5 měsíců. Od malinka byl živý. Když mu bylo 3,5 roku, tak jsem se s manželem rozešla a žijeme sami, s otcem se nestýká. Otec se po mozkové příhodě stal silně agresivní. Ve třech letech začal chodit do školky. Bylo to mé jediné dítě, tak jsem jeho vývoj neměla s čím posoudit, až po nějaké době ve školce mne upozornili, že je Vašek nezvykle živý a že bychom měli vyhledat poradnu. Tam mu bylo diagnostikováno ADHD. Ve škole měl a má velké problémy. Ale jde o přístup učitelů. Vašek má problémy ještě se zrakem a ani to moc nechtějí tolerovat. Ve škole má osobní asistentku. Když šla Vašek k zápisu, tak jsme vybírali školu, aby mu umožnili mít asistentku.*

3. Projevoval se Vašík rozdílně oproti dětem ve školce?

*Ano, ze začátku jako neadaptabilní a pak neposlušností, nerespektování opakujících se činností, příkazů, působil nepřítomně, upoutával negativní pozornost jak děti tak dospělých*

4. Jak se Vašík projevoval po vstupu do základní školy?

*O něco lépe než ve školce, ale stále přítomné projevy nevíle pracovat, nepodrobování se klasickému přístupu, zapomnětlivost, špatná soustředěnost*

5. Měl Vašík často obtíže v koncentraci pozornosti při zpracovávání úkolů?

*Ano, většinou ano*

6. Oddaloval Vašík plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí?

*Ne jenom těch ale všech úkolů, i když pak zjistí, že jsou jednoduché a zpracuje je rychle.*

7. Kdy bylo Vašíkovi diagnostikováno ADHD?

*V 5 letech i s EEG, před tím v náznacích, jen to nikdo nechtěl říct na tvrdo.*

8. Doporučili vám učitelé vyhledat odbornou pomoc?

*Ano, učitelka v MŠ.*

9. Nabídli vám ve škole asistenta pedagoga nebo osobního asistenta?

*Syn měl asistenci už ve školce i díky zrakovým problémům, školu jsem vybírala podle toho, jestli mu asistenci umožní, a měl asistentku do konce 7. třídy.*

10. Spolupracujete s pedagogicko-psychologickou poradnou?

*Ano, s PPP Zlíchov*

11. Jaký jste měli pocit z učitelů, měli zkušenosti s takto postiženými žáky?

*Ano, tato škola celkem s tímto problémem umí pracovat. Syn měl skvělou první paní učitelku, která je i speciální pedagog a opravdu s ním výborně pracovala. Spíš vidím problém v asistentkách, které jsou spíš připravené na pomoc fyzicky postiženému dítěti než dětem s poruchou pozornosti.*

12. Byly vašemu Vašíkovi provedeny testy IQ? Dosahovali jeho/její výsledky ve škole jeho inteligenci?

*Ano, test mu dělali v roce 2015 v PPP na Zlíchově. Výsledky nedosahují jeho inteligenci, tento klasický systém s těmito dětmi neumí pracovat tak, aby z nich opravdu dostali jejich maximum a zvedli jim sebevědomí.*

13. Jakého dosáhl Vašík nejvyššího vzdělání?

*Zatím je osmé třídě základní školy.*

14. Jakou vadou trpěl Vašík – poruchou pozornosti, hyperaktivitou nebo impulzivitou?

*ADHD, porucha pozornosti.*

15. Byl Vašík odmítán kolektivem ve škole z důvodu projevů ADHD?

*Ano, ale učitele s tím problémem pracovali celkem dobře a já jsem zapojila soukromí marketing, ve smyslu že se stalo prestižní záležitostí chodit k nám na přespaní apod.*

16. Je pro Vás Vašík nějaké omezení? Myšleno tím, zda můžete například nechat Vašíka doma samotného a plnit si pracovní povinnosti, nebo jít do společnosti, atd.

*Ted' už ho můžu nechat samotného, ale většinou nemůžu očekávat, že v tom čase i splní samostatně nějaké úkoly. Dříve to bylo horší.*

17. Způsobil si Vašek někdy nějaké úrazy?

*Nevím, zda jeho úrazy byly způsobeny hyperaktivitou nebo také tím, že má zrakové problémy. Od útlého dětství padal, mě odřené ruce, kolena, jednou spadl z kola a rozbil si hlavu. Jiné větší úrazy neměl.*

18. Jaký je vztah Vaška se sourozencem?

*Nemá sourozence.*

19. Věnujete rozdílnou péči Vašíkovi a jeho sourozenci?

-----

20. Žárlí sourozenec na Vašíka?

-----

21. Kdo je pro Vás oporou při řešení problémů spojených s Vašíkovo postižením?

*Nikdo, vše jsem zvládala a zvládám sama. Vlastně jedinou oporou je paní psychologka, kterou sobě i synovi platím soukromě.*

22. Jak na Vás, jako na rodinu, pohlíželi známí, kamarádi a okolí?



*Syna se báli a nebyl žádoucí jako samostatná návštěva. Známí mi drželi často kázání o jeho rozmazlenosti a podobně, takto se chovala řadu let i rodina.*

23. Měli jste, jako rodina, zvýšené náklady z důvodu Vašíkovo postižení? Ztrácel věci, oblečení, ničil školní pomůcky....?

*Samozřejmě. Ve školce byl jen na 4 hodiny, dle nařízení PPP, pak s ním byla chuva. To se týkalo i prázdnin a podobně, dokud nevyspěl dostatečně, aby mohl jet někam, pokud by to vyhovovalo dostatečně jeho zájmům. Ztrácení a ničení bych řekla, že se časem zlepšilo, dokonce možná i nad úroveň průměru ostatních kluků.*

24. Řešila Vašíkovo chování nebo nějaký delikt policie?

*Zatím ne, a doufám, že to tak i zůstane.*

25. Kouří nebo užívá nějaké jiné návykové látky Vašík

*Také zatím ne.*

26. Jaké období života Vašíkovo pro Vás bylo nejtěžší?

*O tom budu moc mluvit, až dospěje a najde si svoji životní náplň, štěstí a spokojenost, zatím je ještě brzy. Každé období bylo zatím těžké nějakým způsobem. Teď nám vše komplikuje puberta, předtím to byla nezralost a nechápání situací, těžký rozvod a další .....*

## **Příloha č. 8 - Komunikační partnerka K6**

1. Jak se jmenuje Váš syn a kolik je mu let?

*Syn se jmenuje Vašík a je mu 12 let.*

2. Mohla byste mi vyprávět váš život a život vašeho syna Vašíka od narození až do současnosti?

*Vašík se narodil v termínu. Po porodu musel být stabilizován kyslíkem. Od narození do dvou let byl jeho vývoj v normě. Byl hospitalizován, kvůli obrázce (pozn. ze zdravotních důvodů, ne náboženských). Byl velice živé dítě. Po druhém roce jsem začala sledovat, že Vašík moc nekomunikuje. Domlouval se s námi rukama nohama, ale mluvit se mu nechtělo. Nerad maloval, čtení pohádek ho nebavilo. Před spaním jsme mu místo čtení zpívali. Když jsem chtěla, aby maloval, stříhat nebo ho nějak zabavit moc jsem nepochodila. Ale když ho něco bavilo, tak u toho vydržel i hodiny. Byl to mazlík a to mu drží až do dneška. Ve třech letech jsme začali navštěvovat mateřské centrum, byli jsme tam asi čtyřikrát, protože tam Vašík díky hyperaktivitě působil jako rušivý element. Bylo nám naznačeno, ať už tam nechodíme a tak to chodilo v každém dětském kolektivu. Ve třech letech jsem navštívila našeho dětského lékaře a popsala jsem mu naše potíže. Snažil se mě uklidnit, že každé dítě je jiné. Nedalo my to a navštívila jsem logopeda, který řekl, že je zatím brzy něco řešit ať přijdeme, až budou Vašíkovi čtyři roky. Syn nastoupil do školky ve čtyřech letech. Zde začali problémy jak s dětmi, tak s učitelkami Vašík byl impulzivní, hyperaktivní, díky jeho špatnému mluvení docházelo často k nedorozuměním a ke konfliktům mezi dětmi a Vašíkem. Paní učitelky považovali Vašíka za nevychovaného a agresivního. Často ho trestaly. Později si stěžovaly nejen na důležité věci, ale i úplné banality. Podle nich by bylo nejlepší nechat Vašíka doma a neposílat ho do kolektivu. Proto jsme se rozhodli vyhledat pomoc psychologa. Ten nám nejdříve řekl, že na diagnostiku je ještě brzy, ale řekl, ať Vašíka ze školky určitě nebereme. Je důležité, aby si zvykal na jinou autoritu i sociální vazby. Doporučil, aby syn chodil do školky maximálně na čtyři hodiny denně. Delší doba ho unavuje a stresuje. Zde vzniklo naše rozhodnutí, že zůstanu se synem doma, abych mu mohla věnovat zvýšenou péči, kterou potřeboval. Kromě potíží, které jsem již popsala, jsem musela s Vašíkem začít navštěvovat každých čtrnáct dní logopedii. Vašík začal mít ortopedické problémy. Ze začátku jsme jezdili k fyzioterapeutovi každý týden, později se návštěvnost snižovala. Nyní jezdíme jen na jednorocní kontroly. Začali jsme pravidelně každých čtrnáct dní navštěvovat psychologku v místě bydliště. Kde jsme se snažili nacvičovat pozornost, testy KUPOZ, KUPREV. Řešila se i jeho laterálita, je levák. Řešila jsem i otázku, zda Vašíka nedat hned od počátku do vyrovnávací třídy. Psycholožka to ihned zamítla, že Vašík je bystrý, chytrý kluk a když si k němu pedagog najde cestu, že by měl docházku zvládnout. V roce 2011, byl Vašíkovi dán odklad školní docházky, pro jeho nevyrovnaný vývoj, porucha pozornosti a nezralost. V témže roce nastoupil na přípravku Juda, zde byli opět velmi chápaví trenéři a instruktoři, kteří ho velmi citlivě vedou. Vašík Judo miluje, jezdí na závody, občas má i úspěch v podobě medaile. Chodí tam rád a vysloveně si tam odpočine a odreaguje se. Před nástupem do školy jsme zintenzívnili návštěvy u psychologky i logopedky. Vašík začal se mnou chodit na kurzy grafomotoriky, které mu moc pomohly. Vašík od mala miloval vše o vesmíru, autech, přírodě, mapy, v těchto směrech je až nadprůměrně*

informovaný. Když ještě neuměl číst, prohlížel si encyklopedie, nechal si číst. Dnes si vyhledává informace sám. To co ho zajímá, tam neustále hledá nové věci, ale zavázat si tkaničky zvládl až v deseti letech. Najít se přiborem je trochu problém i dnes. Ale lepší se to. V roce 2012 Vašík nastoupil do první třídy. Jak už jsem napsala níže, měli jsme velké štěstí na paní učitelky, pomáhají mu jak s učením tak se vztahy se spolužáky a postupem času je vidět zlepšení. Vašík dostal od psycholožky vypracovaný individuální učební plán a integraci. Paní učitelky velice dobře spolupracují s námi jako rodinou, tak s psycholožkou. Jsme v častém kontaktu, přes telefon, tak i osobně. Musíme mu věnovat více času, co se učení týká, ale dobře si pamatuje. Pamatuje si i ze školy. Lépe se učí poslechově. Například učení básniček, já předčítám a on opakuje. Píše si krátké příběhy, které pak předčítá před třídou. Připravuje kvízy pro třídu. Už od tří let miluje modelínu a modeluje i teď, ve svých dvanácti letech. Mám někdy pocit, že tím uvolňuje určité napětí. Byla jsem doma do Vašíkových dvanácti let. Takže můj život to ovlivnilo dost. Nelituji jediného dne, protože to bylo k prospěchu Vašíka a mě také péče o něj velice obohatila. Ale nebudu lhát, jednoduché to vždy nebylo. Nyní chodím do zaměstnání na zkrácený úvazek. Ráno ho vypravím do školy. Je to naprosto ideální. V dnešní době je Vašík poměrně vyrovnaný, snaží se konflikty řešit klidněji a s rozmyslem. Je rád, když dostane nějaký úkol. Když ho zvládne, pozvedne to jeho sebejistotu, v tom ho podporujeme. Vždy se to ale nedaří, i přes to se ho snažíme motivovat, chválit, důsledně vést. Je veselý, přátelský, vynalézavý. Ve škole se aktivně zapojuje, někdy více než je třeba. Ještě, že má paní učitelka velký smysl pro humor. Vašík se i dobře učí, má zatím samé jedničky. Je soutěživý a rád se učí nové věci, hodně čte. Je to naše sluníčko.

### 3. Projevoval se Vašík rozdílně oproti dětem ve školce?

Ano, Vašík byl hyperaktivní, impulzivní dítě. Vzhledem k poruše řeči měl problém porozumět instrukcím od učitelek. Vyžadoval velice individuální péči. Chtěl si hrát s dětmi, ale měl problém se domluvit. Díky obtížnému dorozumění docházelo ke konfliktům s dětmi, které paní učitelky hodnotily tak, že je Vašík agresivní dítě. Byl trestán postavením do kouta, nebo posazením na samotku. Tím byl vyčleněn z kolektivu.

### 4. Jak se Vašík projevoval po vstupu do základní školy?

Na základní škole se situace hodně zlepšila. Paní učitelka přistupovala k Vašíkovi individuálně. Byla mezi námi úžasná spolupráce. Dětem ve třídě velice citlivě vysvětlila Vašíkovo odlišnost. Vašík byl velice spontánní, vstával z lavice, kdy chtěl, vykřikoval, lehal si během vyučování na koberec... Naštěstí se Vašík začal během roku zklidňovat. V případě, že si potřeboval odpočinout, měl domluvu s paní učitelkou, že se může projít. Paní učitelka mu často měnila úkoly. Vašík rád pomáhá, tak když měl nějakou funkci, kterou ostatní neměli, cítil se důležitě. Jeho potíže se postupem času zmírňují a Vašík už umí vyhodnocovat situace lépe. Přetrvává stále porucha pozornosti.

### 5. Měl Vašík často obtíže v koncentraci pozornosti při zpracovávání úkolů?

Ano, nesmí být rušen jinými podněty. Věkem se to lepší.

### 6. Oddaloval Vašík plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí?

*Ano, oddaluje plnění úkolů, vyžaduje to někdy velkou trpělivost, velkou vynalézavost a hlavně důslednost.*

7. Kdy bylo Vašíkovi diagnostikováno ADHD?

*ADHD nám nikdy do dokladů napsáno nebylo. Jeho diagnosa zní „Porucha pozornosti na bázi lability CNS“. Výrazná unavitelnost, slabší paměť (krátkodobá i dlouhodobá), logopedické potíže (ve čtyřech letech měl malou slovní zásobu i výslovnost). Tato diagnosa byla stanovena v r. 2011. Bylo nám vysvětleno, že je to lepší. Z hlediska zdravotního je to prý to samé, a pokud by mu do papírů napsali syndrom ADHD, tak by na něj bylo pohlíženo jinak, a nemuseli by mu umožnit individuální vzdělávací plán.*

8. Doporučili vám učitelé vyhledat odbornou pomoc?

*Ne, odbornou pomoc jsme vyhledali sami. Po nástupu do školky, kdy jsme neustále poslouchali stížnosti učitelek. Došli jsme k názoru, že je třeba se někde poradit s odborníkem. Paní učitelky zastávaly názor, že je Vašík nezralý pro navštěvování školky.*

9. Nabídli vám ve škole asistenta pedagoga nebo osobního asistenta?

*Žádného asistenta nám ve škole nenabídli, ale jinak máme velice dobrou spolupráci s třídními učitelkami, psycholožkou i logopedkou. Vašíkovi je povoleno individuální školní plán. Velkou výhodou je, že je ve třídě malý počet dětí (17 žáků). To umožňuje i individuálnější přístup paní učitelky.*

10. Spolupracujete s pedagogicko-psychologickou poradnou?

*Ano s psychologem spolupracujeme od roku 2008. Nejdříve si nás zvali jednou ročně na komplexní vyšetření. Od roku 2013 spolupracujeme s psycholožkou Speciálně psychologického centra při základní škole logopedické. Zde Vašík jednou za čtrnáct dní navštěvoval logopedku i psycholožku po dobu tří let. Logopeda navštěvujeme dále. S paní psycholožkou jsme v kontaktu dle potřeby. Další vyšetření je naplánováno na rok 2018.*

11. Jaký jste měli pocit z učitelů, měli zkušenosti s takto postiženými žáky?

*První rok v mateřské školce, bylo utrpení pro mě jako matku, ale i pro paní učitelky. Měli pocit, že do školky nepatří, nesnažily se s Vašíkem navázat vztah. Trestaly ho stáním v koutě, neustále opakovaly, že Vašík zlobí. Tím ovlivňovaly i chování ostatních dětí vůči Vašíkovi. Od dalšího roku to bylo už lepší. V předškolní třídě byly dvě úžasné učitelky, které byly přítomné celé dopoledne a mohli se tak lépe věnovat dětem. V první třídě jsme měli paní učitelku, která sice neměla zkušenost, ale velice se snažila pochopit situaci. Osobně kontaktovala psycholožku, se kterou konzultovala problém, pokud vznikl. Byla zde velická odezva i vůči Vašíkovi, vedla ho na jedné straně přísně, ale dokázala ocenit každé zlepšení a snahu. Syn jí měl velice rád a do dnes na ni vzpomíná. Od čtvrté třídy má jinou třídní učitelku, která už díky předchozí konzultaci se mnou a s bývalou učitelkou byla na Vašíka připravená. Je také skvělá. Společně pracujeme na Vašíkovo růst. Obě učitelky se snaží Vašíka začlenit do kolektivu. Pokud dojde ke konfliktu, řeší ho vždy velice podrobně, aby nikomu nebylo ukřivděno. Velice citlivě vysvětlily spolužákům Vašíkovo poněkud rozdílné chování a reakce (vstávání z lavice při vyučování, sezení na koberci...). Často se pak předešlo i zbytečným konfliktům.*

12. Byly vašemu Vašíkovi provedeny testy IQ? Dosahovali jeho/její výsledky ve škole jeho inteligenci?

*Ne. Testován nikdy nebyl.*

13. Jakého dosáhl Vašík nejvyššího vzdělání?

*Momentálně navštěvuje 5. ročník základní školy.*

14. Jakou vadou trpěl Vašík – poruchou pozornosti, hyperaktivitou nebo impulzivitou?

*U Vašíka se projevují všechny tyto vady.*

15. Byl Vašík odmítán kolektivem ve škole z důvodu projevů ADHD?

*Ano, v podstatě od školky, až do dneška. Jeho odlišné reakce a chování v některých situacích ostatní děti můžou vystrašit a děti je nepochopí. Vašík, ačkoli je velice společenské dítě, má jen jednoho kamaráda. Rád by navázal vztah i s jinými dětmi, ale neví jak na to. Bývá z odmítnutí smutný. Snažíme se mu to vysvětlit. Ale věkem se to lepší.*

16. Je pro Vás rodiče Vašík nějaké omezení? Myšleno tím, zda můžete například nechat Vašíka doma samotného a plnit si pracovní povinnosti, nebo jít do společnosti, atd.

*Ano, když byl mladší, bylo to někdy dost náročné. Neexistovalo jít do společnosti, byl to velký stres jak pro nás, tak i pro něj. Nenavštěvovali jsme mateřská centra. Bylo zde velké odmítání ze stran dětí i jejich rodičů. Ve čtyřech letech jsme se rozhodli, že zůstanu se synem doma, abych mu mohla věnovat péči, kterou potřeboval. Doma samotného jsme ho do deseti let neměli odvahu nechat. Od deseti let se to lepší. Vydrží doma sám, někdy i vypracuje domácí úkol, udělá přípravu do školy. Je pravda, že jsme v kontaktu přes mobil. Kdykoli může zavolat, nebo i já jemu.*

17. Způsobil si Vašík někdy nějaké úrazy?

*Velké úrazy neměl žádné, ale malých, spočívajících v odřeninách, modřinách, a různých šrámec, těch měl a má mnoho.*

18. Jaký je vztah Vašíka se sourozencem?

*Vašík má sestru Libušku, mají mezi sebou krásný vztah. Jsou zde normální občasné sourozenecké třenice, ale nic extrémního. Vašík má k sestře důvěru. Dost často se jí svěřuje. Dceři je 19 let.*

19. Věnujete rozdílnou péči Vašíkovi a jeho sestře?

*Ano, Vašíkovi jsme vždy museli věnovat větší pozornost, pro jeho živelnost a nepředvídatelné chování. Libuška byla pravý opak Vašíka, klidná, pozorná, zodpovědná. Ale nechtěla jsem, aby to vnímala negativně, tak jsem se jí snažila vždy situaci vysvětlit.*

20. Žárlí sestra na Vašíka?

*Ne. Dceři jsme to vysvětlili, je o 7 let starší, dnes je jí již 19 let, a kdysi mi říkala, že nikdy neměla pocit, že by jsme Vašíka nějak upřednostňovali. Dělali jsme si a vlastně do dneska děláme tzv. holčičí dny a vikendy, kdy chodíme na nákupy, do divadla, kina, cukrárna, na*

*kosmetiku, .... Tatínek s Vašíkem mají své dny, kdy jezdí na vandry, tatínek syna doprovází na tréninky a závody v Judu, mají svoje vyjížďky na kole. Děti spolu mají moc hezký vztah.*

21. Kdo je pro Vás oporou při řešení problémů spojených s Vašíkovo postižením?

*Mám velké štěstí. Největší oporou je manžel, dcera, ale i prarodiče. Dále pak i současné paní učitelky, které jsou velmi empatické, funguje mezi námi úžasná spolupráce. A také psycholožka a logopedka, ke kterým si i Vašík vytvořil krásný vztah a má k nim důvěru.*

22. Jak na Vás, jako na rodinu, pohlíželi známí, kamarádi a okolí?

*Někteří naši situaci nechápali a nechtěli chápat, ani po vysvětlení. Neuměli pochopit rozdílné výchovné postupy. S těmi jsme se přestali stýkat, nebo jsme se stýkali méně. Ale naštěstí tu bylo více přátel, kteří pochopit chtěli. Vašíka mají rádi a mají radost z jeho postupného, ale zlepšujícího se stavu.*

23. Měli jste, jako rodina, zvýšené náklady z důvodu Vašíkovo postižení? Ztrácel věci, oblečení, ničil/la školní pomůcky....?

*Ne. Naštěstí se vždy vše našlo, ale Vašík je velice zapomnětlivý. Za pět minut neví kam co položil. Je nutné mu neustále vše připomínat a důsledně kontrolovat.*

24. Řešila Vašíkovo chování nebo nějaký delikt policie?

*Ne.*

25. Kouří nebo užívá nějaké jiné návykové látky Vašík?

*Ne.*

26. Jaké období života Vašíka pro Vás bylo nejtěžší?

*Nejtěžší bylo období mezi třetím až osmým rokem.*

## **Příloha č. 9 - Komunikační partnerka K7**

1. Jak se jmenuje Váš syn a kolik je mu let?

*Syn se jmenuje Vojta a je mu 29 let.*

2. Mohla byste mi vyprávět váš život a život Vojty od narození až do současnosti?

*Těhotenství s Vojtou bylo normální ve srovnání s mým prvním těhotenstvím. Od narození se vyvíjel a prospíval normálně. Byl živější než jeho starší sestra, ale to jsme přisuzovali tomu, že je to kluk. Ve školce nebyly problémy, ani z počátku ve škole. Všichni nám říkali, že je jak z hadích ocásků, že je živý, ale že se to snad usadí. Problémy začaly až v třetí třídě, kdy syn dostal jinou učitelku, s kterou si nesedli. Dospěli jsem až do stavu, kdy jsem navštívila se synem pedagogicko–psychologickou poradnu a požádala o vyšetření. Tam bylo synovi tehdy diagnotikováno LMD, později předdiagnostikováno na ADHD s hyperaktivitou. Nicméně, paní učitelka na toto nebrala žádný ohled a Vojta měl pořád ve škole problémy. Ač byl nadprůměrně inteligentní, podle testů v poradně, tak známky tomu neodpovídaly. Paní učitelka ho zesměšňovala před ostatními spolužáky, udělala si z něj otloukánka. Proto jsem ho nechala od šesté třídy přeradit na jinou základní školu, kde sice neměl tu nálepku „sičák“, co mu dala paní učitelka na první škole, ale tou svou živostí na sebe upozorňoval pořád. Po základní škole šel na střední školu, kde měl podobné problémy. Jeho výsledky neodpovídaly jeho inteligenci a navíc se začaly stupňovat problémy s dospíváním a s dojížděním do školy. Již jsem ho neměla až tak pod dohledem, jak bych potřebovala a začal občas chodit za školu a poflakovat se s kamarády. Musel opakovat jeden ročník, ale maturitu si dodělal. Od té doby vystřídal více zaměstnání, ale vždy se snaží pracovat a práci si najít. Práci opouští, protože ho přestává bavit. Nevyhovuje mu práce, pokud by měl být delší dobu na jenom místě, nebo například celou dobu v kanceláři. Musí být stále v pohybu. V současné době pracuje v novém zaměstnání skoro rok, a je spokojený. Jen se bojím toho, kdy přijde a zase si najde důvod, proč z práce odejít, co se mu nebude líbit.*

3. Projevoval se Vojta rozdílně oproti dětem ve školce?

*Tehdy jsem tomu nevěnovala moc pozornost, protože to že je živější, jsem přisuzovala tomu, že je kluk. Dcera byla od mala klidnější.*

4. Jak se Vojta projevoval po vstupu do základní školy?

*V první třídě měl paní učitelku, která měla živých dětí ve třídě více, tak tomu přizpůsobovala výuku. 20 minut s nimi pracovala, pak si všichni zacvičili na koberci, který byl v zadní části třídy, a pak zase pokračovali ve výuce. Na rodičovském sdružení nám říkala, že si děti odpočinou a pak zase pracují zbývajících 20 minut bez problémů, že se jí to osvědčilo, tak neměl Vojta problémy. Paní učitelka s hyperaktivními dětmi dovedla pracovat.*

5. Měl Vojta často obtíže v koncentraci pozornosti při zpracovávání úkolů?

*Ano. A to přetrvává do současnosti. Stále pokud má něco dělat delší dobu, tak to buď nedodělá, nebo mu to trvá dlouho.*

6. Oddaloval Vojta plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí?

*Neřekla bych, že oddaloval, ale vždy ho všechno kolem rozptylovalo a proto, než se dostal k úkolům, tak uteklo hodně času. Nebo si spíš hledal důvod, proč ten úkol teď nedělat. Takže ve skutečnosti oddaloval plnění úkolů.*

7. Kdy bylo Vojtovi diagnostikováno ADHD?

*LMD mu bylo diagnostikováno v 9 letech. Koncem základní školy mi bylo vysvětleno, že se používá nový termín pro tuto nemoc, a že je to ADHD s hyperaktivitou a poruchou soustředění.*

8. Doporučili vám učitelé vyhledat odbornou pomoc?

*Ne. Vyhledala jsem ji sama po problémech, co vznikly.*

9. Nabídli vám ve škole asistenta pedagoga nebo osobního asistenta?

*Nenabídli. Ani nevím, zda v té době něco takového existovalo. Vojta chodil do první třídy v roce 1994.*

10. Spolupracujete s pedagogicko-psychologickou poradnou?

*Se synem jsem tam byla prvně, když byl ve třetí třídě a pak ještě jednou. Od té doby jsem s ním nikam nechodila.*

11. Jaký jste měli pocit z učitelů, měli zkušenosti s takto postiženými žáky?

*Jsou dvě skupiny učitelů. Učitel, který si poradí se všemi žáky, protože je jeho zaměstnání jeho poslání. A pak je druhá skupina učitelů, kteří to mají jako zaměstnání, ty si to tam jdou odučit a moc je osud žáků nezajímá. Z těch jsem měla špatný pocit, těm nešlo o to, aby usnadnili Vojtovi pobyt ve škole. Setkala jsem se s učitelkou, která snad měla radost z toho, že může Vojtovi dát špatnou známku a pak na něj mohla ukazovat před ostatními spolužáky jako na lajdáka a hlupáka.*

12. Byly vašemu Vojtovi provedeny testy IQ? Dosahovali jeho výsledky ve škole jeho inteligenci?

*Ve třetí třídě mu byly dělány testy, kdy jeho výsledek byl nadprůměrně inteligentní. Ale jeho výsledky ve škole neodpovídaly jeho dispozicím.*

13. Jakého dosáhl Vojta nejvyššího vzdělání?

*Má po problémech na střední škole udělanou maturitu.*

14. Jakou vadou trpěl Váš Vojta – poruchou pozornosti, hyperaktivitou nebo impulzivitou?

*Hyperaktivitou a poruchou pozornosti.*

15. Byl Vojta odmítán kolektivem ve škole z důvodu projevů ADHD?

*Ano, tou svou ztřeštěností byl odmítán většinou spolužáků.*



16. Je pro Vás rodiče Vojta nějaké omezení? Myšleno tím, zda můžete například nechat Vojtu doma samotného a plnit si pracovní povinnosti, nebo jít do společnosti, atd.

*To určitě byl a dodnes mám hrůzu z toho, co se zase přihodí. Musel být stále pod dohledem a pak jakžtakš fungoval.*

17. Způsobil si Vojta někdy nějaké úrazy?

*Vojta měl úrazů několik, zlomenou ruku, nohu, pohmožděné koleno. Malých a drobných nespočet.*

18. Jaký je vztah Vojty se sourozencem?

*Řekla bych, že už teď dobrý. Ale bylo také období, kdy se nemuseli.*

19. Věnovala jste rozdílnou péči Vojtovi a jeho sourozenci?

*Ano, dcera byla úplně bez problémů, Vojtovi jsem musela vždy věnovat větší pozornost.*

20. Žárnil sourozenec na Vojtu?

*Když byli malí, tak mi to tak občas připadalo, že nechápala, proč k Vojtovi přistupujeme jinak než k ní. Ale když byla starší a vysvětlili jsme jí, proč je to tak, tak už to bylo v pohodě. Spíš nám i s Vojtou pomáhala. Sekýrovala a poučovala ho za nás.*

21. Kdo je pro Vás oporou při řešení problémů spojených s Vojtovým postižením?

*Manžel.*

22. Jak na Vás, jako na rodinu, pohlíželi známí, kamarádi a okolí?

*Většinou jsem viděla, že koukají divně, když byli svědky nějakého mého střetu s Vojtou. Nevěděli, proč Vojta tak reaguje. Někteří mě i poučovali, že mám být přísnější atd... Někteří to přešli. Spíš na mě koukali tak, jako že ho rozmazluji.*

23. Měli jste, jako rodina, zvýšené náklady z důvodu „Honzíkovo/Janiččino“ postižení? Ztrácel/la věci, oblečení, ničil/la školní pomůcky....?

*To určitě ano, Vojta ztrácel hodně věcí, pravidelně jsme dokupovali školní pomůcky – pastelky, pera, gummy, pravítka, ale i věci na tělocvik. Dost často někde zapomněl bundu, a buď tam zůstala a přinesl ji třeba další den, a nebo jsme museli koupit novou. Dost věcí také zničil, protože se chtěl třeba vytáhnout před spolužáky.*

24. Řešila Vojtovo chování nebo nějaký delikt policie?

*Bohužel řešila.*

25. Kouří nebo užívá nějaké jiné návykové látky Vojta?

*Kouří, ale jelikož kouřím já i manžel, tak to tolerujeme u syna. Víím, že zkoušel kouřit marihuanu, ale o dalším nic nevím.*

26. Jaké období života Vojty bylo pro Vás nejtěžší?

*Asi období, když jsem ho přestala mít pod dohledem a začal dojíždět na střední školu. Tam začaly větší problémy a pak samozřejmě období, kdy dosáhl plnoletosti, protože tím,*

*že chtěl vyniknout před kamarády, tak si pořídil věci na půjčky nebo si vzal půjčky a pak to nesplácel. O tom jsme doma nic nevěděli, až když začaly chodit výzvy k úhradě dlužné částky nebo výzva od exekutora.*