



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta přírodovědně-humanitní  
a pedagogická



# RODIČE DĚTÍ S ADHD/ADD

## Bakalářská práce

*Studijní program:* B7506 – Speciální pedagogika  
*Studijní obor:* 7506R012 – Speciální pedagogika předškolního věku  
*Autor práce:* **Jana Böhmová**  
*Vedoucí práce:* Mgr. Pavlína Roudná



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická  
Akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Böhmová**  
Osobní číslo: **P12000426**  
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**  
Studijní obor: **Speciální pedagogika předškolního věku**  
Název tématu: **Rodiče dětí s ADHD/ADD**  
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Popsat problematiku ADHD/ADD z hlediska rodičů dětí s ADHD/ADD. Zjistit, zda se liší úroveň informovanosti rodičů dětí s ADHD/ADD o tomto postižení v závislosti na dosaženém stupni vzdělání rodičů a zda více informovaní rodiče dětí s ADHD/ADD spolupracují lépe se školou než rodiče méně informovaní.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2007. Metody práce s dětmi s LMD (ADHD/ADD) především pro učitele a vychovatele. 2. vyd. Praha: D + H. ISBN 978-80-903-869-1-4.

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

MICHALOVÁ, Z., 2011. ADHD/ADD v kontextu poruch chování. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-733-8.

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

ZELINKOVÁ, O., 2001. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-544-X.

ZELINKOVÁ, O., 2003. Poruchy učení. 10. zcela přepracované a rozšířené vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-800-7.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Pavlína Roudná**

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2015**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.  
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

## Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 10. 4. 2015

Podpis: Böhmová

**Poděkování:**

Ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. Pavlíně Roudné za ochotu, odborné vedení a konzultace. Dále bych chtěla poděkovat výchovným poradkyním ze základních škol v Liberci, které mi pomohly shromáždit potřebné materiály k vypracování této bakalářské práce. Rodině děkuji za poskytnutí zázemí a podpory.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá problematikou rodičů dětí s ADHD. Teoretická část je zaměřena na kompilaci poznatků o problematice poruch pozornosti s hyperaktivitou na základě studia odborné literatury. Empirická část analyzuje znalosti rodičů dětí s ADHD o dané poruše v souvislosti s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním. Hledá souvislosti mezi informovaností rodičů o ADHD a spoluprací se základní školou, kterou navštěvují jejich děti s ADHD. Dále sleduje vztah mezi informovaností rodičů o ADHD a jejich postojem k užívání léků na potlačení negativních symptomů této poruchy.

Zvolenou metodou průzkumu byl dotazník, který vyplnili rodiče dětí s poruchou ADHD. Výsledky bakalářské práce ukázaly, že vysokoškolsky vzdělaní rodiče jsou lépe informováni o problematice ADHD než rodiče s nižším stupněm vzdělání. Neprokázalo se, že lépe informovaní rodiče spolupracují lépe se školou než hůře informovaní rodiče. Potvrdilo se, že lépe informovaní rodiče souhlasí častěji s medikací ke zmírnění syndromů ADHD.

## **Klíčová slova**

ADHD, hyperaktivita, hyperkinetická porucha, porucha pozornosti, impulzivita, rodiče, znalosti o ADHD, terapie ADHD, výchova, základní škola

## **Annotation**

Bachelor thesis deals with the parents of children with ADHD. The theoretical part is focused on compiling evidence on the issue of Attention Deficit Hyperactivity Disorder on the study of literature. The empirical part analyzes the knowledge of parents of children with ADHD about the disorder in relation to their highest education. Searches relation between the awareness of parents about ADHD and cooperation with the primary school attended by their children with ADHD. It also monitors the relationship between awareness of parents about ADHD and attitude towards the use of drugs to suppress the negative symptoms of this disorder.

The chosen method was a survey questionnaire completed by parents of children with ADHD. The results of this thesis showed that college-educated parents are better informed about the problems of ADHD than parents with lower education level. There is no evidence that better informed parents cooperate better school than less-informed parents. It was confirmed that better informed parents agree more with medication to alleviate ADHD syndrome.

## **Keywords**

ADHD, ADHD therapy, attention, education, hyperactivity, hyperkinetic disorder, impulsivity, knowledge about ADHD, parents, primary school

# Obsah

Seznam tabulek.....	9
Seznam grafů.....	10
Seznam zkratek.....	11
Úvod.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 Terminologické vymezení.....	14
1.1 MKN-10: Hyperkinetická porucha.....	15
1.2 DSM-IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD).....	17
2 Etiologie ADHD.....	20
2.1 Genetické faktory.....	21
2.2 Negenetické faktory.....	21
2.3 Poruchy neurotransmise.....	22
3 Epidemiologie ADHD.....	22
4 Diagnostika ADHD.....	23
4.1 Postup vyšetření.....	24
4.2 Klinická část.....	24
4.3 Testová část.....	25
4.3.1 Diagnostika základních příznaků.....	25
4.3.2 Škály nebo dotazníky pro dítě, rodiče a učitele.....	26
4.3.3 Vyšetření intelektu.....	26
4.3.4 Vyšetření poruch učení.....	26
4.3.5 Hodnocení motorických schopností.....	27
4.3.6 Vyšetření osobnostních charakteristik a sebehodnocení.....	27
4.3.7 Vyšetření povahy interpersonálních vztahů.....	28
5 Projevy ADHD v jednotlivých věkových obdobích.....	29
5.1 Novorozenecké a kojenecké období.....	29
5.2 Batolecí období.....	29
5.3 Předškolní věk.....	29
5.4 Školní věk.....	30
5.5 Adolescence.....	31
5.6 Dospělost.....	31



6 Terapie projevů ADHD.....	32
6.1 Kognitivně behaviorální terapie.....	32
6.2 Farmakoterapie.....	33
6.3 Relaxační techniky a EEG biofeedback.....	34
6.4 Program reedukace chování ve škole.....	35
6.4.1 Vytvoření třídního řádu.....	36
6.4.2 Pozitivní posilování.....	36
6.4.3 Řešení problémových situací.....	37
6.5 Program reedukace chování v rodině.....	39
7 Informovanost rodičů o ADHD.....	40
EMPIRICKÁ ČÁST.....	42
8 Cíl empirické části.....	42
9 Stanovení hypotéz.....	42
10 Použité metody a průběh průzkumu.....	43
10.1 Předvýzkum a jeho výsledky.....	43
10.2 Vlastní průzkum a popis zkoumaného vzorku.....	44
11 Interpretace dat.....	44
11.1 Vyhodnocení hypotéz.....	59
Závěr.....	62
Navrhovaná opatření.....	65
Seznam použitých zdrojů.....	66
Seznam příloh.....	69

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Poměr zastoupení otců a matek mezi respondenty.....	44
Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	45
Tabulka 3: Poměr mezi počtem chlapců a dívek.....	46
Tabulka 4: Věk dítěte s ADHD v době průzkumu.....	47
Tabulka 5: Kdo pojal podezření na ADHD.....	48
Tabulka 6: Věk dítěte v době zjištění ADHD.....	49
Tabulka 7: Příbuzní s ADHD.....	50
Tabulka 8: Zdroje informací o ADHD.....	51
Tabulka 9: Subjektivní informovanost rodičů.....	52
Tabulka 10: Spolupráce se školou.....	53
Tabulka 11: Tolerance problémů ze strany učitelů.....	54
Tabulka 12: Metody výchovy dětí s ADHD.....	55
Tabulka 13: Postoj rodičů k medikaci:.....	56
Tabulka 14: Zdroje pomoci v obtížných situacích.....	57
Tabulka 15: Průměrné výsledky v dotazníku KADDS.....	59
Tabulka 16: Spolupráce rodičů se školou z hlediska výsledků v KADDS.....	60
Tabulka 17: Postoj k medikaci z hlediska výsledků v KADDS.....	61

## Seznam grafů

Graf 1: Poměr zastoupení otců a matek mezi respondenty.....	44
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	45
Graf 3: Poměr mezi počtem chlapců a dívek.....	46
Graf 4: Věk dítěte s ADHD v době průzkumu.....	47
Graf 5: Kdo pojat podezření na ADHD.....	48
Graf 6: Věk dítěte v době zjištění ADHD.....	49
Graf 7: Příbuzní s ADHD.....	50
Graf 8: Zdroje informací o ADHD.....	51
Graf 9: Subjektivní informovanost rodičů.....	52
Graf 10: Spolupráce se školou.....	53
Graf 11: Tolerance problémů ze strany učitelů.....	54
Graf 12: Metody výchovy dětí s ADHD.....	55
Graf 13: Postoj rodičů k medikaci.....	56
Graf 14: Zdroje pomoci v obtížných situacích.....	58
Graf 15: Průměrné výsledky v dotazníku KADDS.....	59
Graf 16: Spolupráce rodičů se školou z hlediska výsledků v KADDS.....	60
Graf 17: Postoj k medikaci z hlediska výsledků v KADDS.....	61

## **Seznam zkratek**

ADD (Attention Deficit Disorder) Porucha pozornosti

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) Porucha pozornosti s hyperaktivitou

CNS Centrální nervový systém

DSM-IV (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder) Diagnostický a statistický manuál psychiatrických poruch

EEG Elektroencefalogram

KADDS (Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale) Škála znalostí o ADHD

KBT Kognitivně behaviorální terapie

LMD Lehká mozková dysfunkce

MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí

MŠMT ČR Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy České republiky

PPP Pedagogicko-psychologická poradna

## Úvod

Tématem této bakalářské práce jsou rodiče dětí se syndromem poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Podle střízlivých odhadů trpí syndromem ADHD asi 5 % dětí, to znamená každé dvacáté dítě. Z toho vyplývá, že na každou třídu základní školy připadá jedno až dvě děti s poruchou ADHD. Jsou to děti, jejichž výchova je daleko náročnější než výchova ostatních dětí a největší nároky jsou kladeny na jejich rodiče. Ti jsou konfrontováni s projevy ADHD již od raného věku jejich dětí. Děti často trpí poruchami spánku, jsou neklidné a jejich chování obtěžuje nejen vlastní rodinu, ale i příbuzné, známé i neznámé lidi. Největší obtíže potom nastávají v době nástupu dětí na základní školu. Děti jsou nesoustředěné, vyrušují ostatní a jejich školní výsledky neodpovídají jejich schopnostem.

Zde je třeba pokud možno předejít problémům souvisejícím s touto poruchou nebo je alespoň zmírnit a řešit. Z tohoto hlediska je důležité, aby dítě s ADHD bylo diagnostikováno co nejdříve a aby jeho rodiče získali kvalitní informace o všech aspektech, které s poruchou ADHD souvisejí. Dobrá informovanost pomůže rodičům zaujmout k tomuto problému správný postoj. Je třeba se s danou diagnózou smířit a vynaložit veškeré úsilí na to, aby dítě a jeho okolí netrpělo projevy této poruchy. Je zapotřebí spolupracovat se školou a zaujmout rozumné stanovisko k možnostem léčby této poruchy.

Cílem bakalářské práce je charakterizovat problematiku ADHD, zjistit, jaká je informovanost rodičů dětí s ADHD o dané poruše, jak spolupracují se školou, kterou jejich dítě navštěvuje a jaké stanovisko zaujímají k užívání léků ke zmírnění negativních symptomů ADHD.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a empirické. Teoretická část je členěna do sedmi kapitol. V této části nejprve definujeme termín porucha pozornosti s hyperaktivitou podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 a podle Americké asociace psychiatrů DSM-IV. Uvádíme zde rozdíly v obou klasifikacích a objasňujeme, z jakého důvodu v dalších částech bakalářské práce používáme pouze termín ADHD. Dále se zabýváme etiologií ADHD a popisujeme možné příčiny vzniku této poruchy. V následujících kapitolách se věnujeme epidemiologii ADHD a průběhu diagnostiky této poruchy.

V páté kapitole charakterizujeme projevy ADHD v jednotlivých etapách lidského života. Velmi významnou tématikou se zabývá šestá kapitola a to jsou možnosti terapie projevů ADHD. Jsou zde popsány behaviorálně kognitivní terapie, farmakoterapie, relaxační techniky a EEG biofeedback, terapie projevů poruchy ve škole i v domácím prostředí. Poslední kapitola teoretické části se zabývá informovaností rodičů dětí s ADHD, popisujeme zde, jak ovlivňuje ADHD život rodiny a jaké jsou možnosti získat o této problematice informace.

V empirické části části bakalářské práce jsou zpracovány výsledky průzkumu. Průzkum byl proveden prostřednictvím 60 dotazníků, jež byly distribuovány osobně do pěti základních škol v Liberci. Školy předaly dotazníky rodičům žáků s diagnostikovanou poruchou ADHD. Zpět se vrátilo 41 vyplněných dotazníků. Jednalo se o kombinaci nestandardizovaného dotazníku a standardizovaného dotazníku KADDS. V nestandardizované části dotazníku jsme nejprve zjistili obecné informace o respondentech, jako je pohlaví respondentů, jestli se jedná o dceru či syna, jaký je věk jejich dětí, kdo a v jakém věku dítěte pojal podezření na poruchu ADHD. Dále jsme se respondentů ptali, jestli mají mezi příbuznými někoho, kdo má diagnostikovanou poruchu ADHD, z jakého zdroje čerpají informace o dané poruše a jak hodnotí svou informovanost o této problematice. Dalšími otázkami jsme zjišťovali, jak hodnotí rodiče svou spolupráci se školou a zda škola toleruje obtíže jejich dětí související s ADHD. Také jsme se ptali respondentů, které výchovné metody se jim při péči o dítě s ADHD osvědčily a co jim pomáhá zvládat obtížné situace při výchově jejich dětí. Objektivní míru informovanosti rodičů jsme ověřili pomocí standardizovaného dotazníku KADDS.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Terminologické vymezení

První poznatky o hyperaktivních dětech se objevovaly u nás i ve světě již v devatenáctém století. O přesnější vymezení dané problematiky se pokoušeli autoři na počátku dvacátého století. V roce 1930 byl poprvé použit termín minimální mozková dysfunkce, v českém prostředí označovaný jako malá mozková dysfunkce. V padesátých letech dvacátého století se u nás používal termín dětská mozková encefalopatie, v šedesátých letech se objevil termín dětská mozková dysfunkce (LMD), s kterým se můžeme setkat u laické i odborné veřejnosti i dnes (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 9). Tyto termíny se zaměřovaly především na etiologii syndromu.

Dle současného názoru odborníků je používání pojmu LMD chybné, neboť směřuje široké spektrum psychopatologie. Jedná se o dnes již neexistující diagnózu, která vycházela z blíže nespecifikovaného organického postižení CNS. Setrvávání na této diagnóze může vést k používání terapeutických postupů, které nejsou dostatečně přesně cíleny na specifickou poruchu. *Například rutinní používání nootropik, která byla často ordinována dětem s LMD, v léčbě dětí s hyperkinetickou poruchou je přinejmenším sporné. Nootropní preparáty sice prokázaly příznivý efekt u dětí s poruchami učení, aktivity a pozornosti, avšak u dětí s »čistou« hyperkinetickou poruchou jejich lehce stimulační vliv může zvýraznit projevy hyperaktivity a neklidu* (Drtílková, Šerý, et. al. 2007, s. 17).

V roce 1957 Laufer a Denhoff zavedli termín hyperkinetické impulzivní poruchy (hyperkinetic impulse disorder), jejíž kritéria se opírala pouze o klinické příznaky hyperaktivity, bez ohledu na etiologii. V letech 1968–1975 v americkém manuálu DSM-II byla uváděna podobná kritéria pro hyperkinetickou reakci v dětství a v následném manuálu DSM-III (1980–1987) byla v názvu zdůrazněna porucha pozornosti (attention deficit disorder), která byla kritériem pro diagnózu samostatně nebo v kombinaci s hyperaktivitou a impulzivitou. Toto pojetí, zdůrazňující symptomatologii bez ohledu na etiologii přetrvává i v posledním manuálu DSM-IV z roku 1994 jako attention deficit

hyperactivity disorder (ADHD) a částečně i v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 jako hyperkinetické poruchy (Drtílková, Šerý, et. al. 2007, s. 18).

V současnosti dávají odborníci přednost termínům, které vystihují projevy syndromu. Používají se především dva hlavní klasifikační systémy.

1. Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize neboli MKN-10 (1992).
2. Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace Diagnostický a statistický manuál duševních poruch neboli DSM-IV (1994).

Diagnostická kritéria jsou následující: (V textu jsou tučně zvýrazněny odlišnosti v obou systémech).

### **1.1 MKN-10: Hyperkinetická porucha**

#### **Nepozornost**

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

1. často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;
2. často neudrží pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;
3. často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká;
4. často nedokáže postupovat podle pokynů nebo dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice či nepochopilo zadání);
5. často není s to uspořádat si úkoly a činnosti;
6. často se vyhýbá úkolům, například domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí;



7. často ztrácí věci potřebné pro vykonávání určitých úkolů nebo činností, například školní pomůcky, pera, knížky, hračky nebo nástroje;
8. často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;
9. často je při běžných denních činnostech zapomnětlivý.

## **Hyperaktivita**

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

1. často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;
2. při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;
3. často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se mohou vyskytovat pouze pocity neklidu);
4. často je nadměrně hlučné při hraní nebo má potíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech;
5. trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou není schopno zásadně podřizovat společenským podmínkám nebo požadavkům.

## **Impulzivita**

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

1. často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;
2. často nevydrží stát v řadě nebo nedokáže počkat, až na ně přijde řada při hře nebo v kolektivu;

3. často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře);

4. bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví.

## **1.2 DSM-IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD)**

A. Buď 1., nebo 2.:

1. *Šest nebo více následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepříznakovost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:*

### **Nepozornost**

- a) často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;
- b) často má potíže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;
- c) často se zdá, že neposlouchá, když se na ně přímo hovoří;
- d) často nepostupuje podle pokynů a nedaří se mu dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice nebo nepochopilo zadání);
- e) často mívá problémy zorganizovat si úkoly a činnosti;
- f) často se vyhýbá vykonávání úkolů, nedělá je rádo, zdráhá se například dělat domácí práce, které vyžadují soustředěné duševní úsilí (například školní nebo domácí úkoly);
- g) často ztrácí věci potřebné pro vykonávání úkolů nebo činností (například hračky, školní pomůcky, pera, knížky nebo nástroje);
- h) často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;
- i) často zapomíná na každodenní povinnosti.

2. **Šest nebo více následujících příznaků hyperaktivity či impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:**

### **Hyperaktivita**

- a) často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;
- b) často při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;
- c) často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se takové chování může omezit na subjektivní pocity neklidu);
- d) často mívá potíže tiše si hrát nebo v klidu něco jiného dělat;
- e) bývá často „na pochodu“ nebo se chová, jako by „jelo na motor“;
- f) často bývá nepřiměřeně upovídané.**

### **Impulzivita**

- g) často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;
- h) mívá problém vyčkat, až na ně přijde řada;
- i) často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře) (Munden, Arcelus 2008, s. 16–18).

Na první pohled se zdá, že jednotlivé příznaky jsou formulovány v obou systémech téměř shodně. Při podrobnějším zkoumání ale dospíváme k závěru, že se oba systémy v určitých aspektech výrazně liší.

Významný rozdíl je v tom, že DSM-IV spojuje projevy hyperaktivity a impulzivity a na rozdíl od MKN-10 nevyžaduje, aby se u dítěte projevovaly příznaky impulzivity. Odlišnosti se objevují ve vymezení nadměrné hovornosti, kdy MKN-10 ji považuje za projev impulzivity a vymezuje ji přesněji formulací: *bez ohledu na společenské zvyk-*

*losti a omezení nadměrně mluví. DSM-IV ji zařazuje mezi projevy hyperaktivity a formuluje ji větou: často bývá nepřiměřeně upovídané.*

Paclt (2007, s. 15) srovnává tyto dvě diagnózy a dochází k závěru, že jejich kritéria se překrývají jen částečně a diagnóza hyperkinetické poruchy zachycuje závažnější příznaky než diagnóza ADHD.

Rozdíly jsou dále patrné ve vyčlenění subtypů. MKN-10 rozděluje hyperkinetické poruchy na:

- subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (F 90.0)
- subtyp hyperkinetické poruchy chování (F 90.1).

Pro diagnózu je nutné, aby byly přítomny všechny základní příznaky poruchy, tedy porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita.

Diagnostický manuál DSM-IV definuje ADHD širěji a dělí ji do těchto tří podtypů:

- ADHD s převládající poruchou pozornosti
- ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou
- ADHD, smíšený typ (Drtilková, Šerý, et. al. 2007, s. 21, 22).

Pro označení syndromu poruchy pozornosti bez hyperaktivity se také používá termín ADD (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 14).

Někteří autoři používají termíny ADD a ADHD jako vzájemně zaměnitelné (Riefová 2007), jiní používají pouze termín ADD (Hallowell, Ratey 2007), který dle autorů dokáže pojmut jedince s hyperaktivitou i bez ní. Zajímavé je, že tito autoři zároveň zdůrazňují, že vhodnějším pojmem než porucha pozornosti je porucha pozornosti s hyperaktivitou (Hallowell, Ratey 2007, s. 6). Domníváme se, že důvodem je to, že považují poruchu pozornosti za základní problém, který může být spojen s hyperaktivitou, ale také nemusí. Jucovičová a Žáčková (2010, s. 10) užívají ve své publikaci termín ADHD, neboť ADD chápou jako termín podřazený.

Z výše uvedeného vyplývá, že na základě DSM-IV je diagnostikována větší skupina dětí, neboť splňují širší a méně přísná kritéria DSM-IV. Tyto děti mohou mít užitek z léčby.

*Pokud budou kliničtí pracovníci trvat na tom, že dříve, než padne rozhodnutí terapeuticky pracovat s pacientem s ADHD, je nutné, aby splňoval diagnostická kritéria MKN-10, hrozí nebezpečí, že část dětí s určitým postižením (splňující kritéria DSM-IV, nikoli však kritéria MKN-10) bude ochuzena o účinnou léčbu a náležitá opatření (Munden, Arcelus 2008, s. 19).*

Významným argumentem pro preferování termínu ADHD je také skutečnost, že většina mezinárodních výzkumných prací a studií se provádí u pacientů, kteří splňují kritéria DSM-IV pro ADHD. Pokud chtějí kliničtí pracovníci využívat ve své práci výsledky těchto studií, musejí je aplikovat na stejnou klinickou populaci (Munden, Arcelus 2008, s. 19, Michalová 2011, s. 4).

Podle Swierkoszové (in Jucovičová, Žáčková 2010, s. 10) je termín ADHD popisnější, poskytuje širší pojetí syndromu a je užitečnější pro depistáž, následnou terapii a redukaci. Je také běžně užívaný v odborné literatuře ve světě i u nás a obecně známý u laické veřejnosti.

Ve shodě s názory většiny odborníků budeme v této práci dále pracovat s termínem ADHD.

## **2 Etiologie ADHD**

Jak bylo uvedeno v první kapitole, současné vymezení ADHD v rámci mezinárodně užívaného klasifikačního systému DSM-IV popisuje symptomy dané poruchy, ale nezabývá se její etiologií.

Většina lékařů a jiných odborníků se shoduje v tom, že příčiny vzniku ADHD nejsou v současné době známy (Riefová 2007, s. 20, Paclt 2007, s. 25, Jucovičová, Žáčková 2010, s. 12, Michalová 2011, s. 55). Zároveň ale připouštějí, že vznik této poruchy je ovlivňován jak genetickými, tak negenetickými faktory (Malá 2000, s. 312, Paclt 2007, s. 25, Riefová 2007, s. 20, Drtílková, Šerý 2007, s. 30, Michalová 2011, s. 55).

## **2.1 Genetické faktory**

Mezi odborníky panuje shoda v tvrzení, že ADHD je dědičná porucha. V této souvislosti vznikla řada studií, které dokazují dědičný charakter ADHD.

Munden a Arcelus (2008, s. 51) uvádějí studii doktora Biedermana a jeho kolektivu z Massachusettské všeobecné nemocnice z roku 1990, která zkoumala 457 nejbližších pokrevních příbuzných sedmdesáti pěti dětí s ADHD. Vědci je porovnali s rodinami 26 dětí s jinou psychickou poruchou a s rodinami 26 dětí intaktních. Zjistili, že 25 % nejbližších příbuzných dětí s ADHD mělo rovněž tuto poruchu. V kontrolní skupině se tato porucha objevila jen v 5 % případů.

Při porovnávání výskytu ADHD u jednovaječných dvojčat vědci zjistili výskyt této poruchy současně u obou dětí v 80–90 % případů. U dvojvaječných dvojčat se ADHD objevovalo u obou sourozenců v 30 % případů.

Četné rodinné studie rovněž objevily, že u mužů s ADHD je pravděpodobnost, že jejich příbuzní prvního stupně budou trpět touto poruchou, pětkrát vyšší ve srovnání s intaktními osobami (Drtílková, Šerý, et. al. 2007, s. 42).

*V současnosti je popsána existence více než 40 genů dopaminového, noradrenergního, serotoninového a GABA systému, které se mohou podílet na vzniku hyperkinetické poruchy. Zároveň nelze vyloučit účast dalších genetických polymorfismů (Paclt 2007, s. 31).*

Na základě výsledků těchto výzkumů se jeví jako pravděpodobné, že symptomy ADHD jsou v mnoha případech způsobeny dědičností a nikoli nevhodnou výchovou ani životním prostředím dítěte.

## **2.2 Negenetické faktory**

Malá (2000, s. 312) uvádí, že negenetické faktory se podílejí na vzniku ADHD asi 20–30 %.

K negenetickým rizikovým faktorům z hlediska vzniku ADHD je řazena konzumace alkoholu a kouření matky v průběhu gravidity, nízká porodní váha, předčasný porod, perinatální traumata spojená s hypoxií a úrazy hlavy, toxémie (např. expozice olovu).

U dětí s fetálním alkoholovým syndromem se vyskytuje ADHD častěji než u dětí zdravých. 24 klinických studií potvrdilo rovněž zvýšené riziko vzniku ADHD u dětí, jejichž matky kouřily během gravidity. Asi 22 % matek dětí s ADHD uvádí, že kouřilo v době těhotenství v průměru jednu krabičku cigaret, zatímco u dětí bez ADHD to bylo pouze 8 % matek. Pozdější studie na zvířatech ukázaly, že chronická přítomnost nikotinu zvyšuje uvolňování dopaminu v mozku a způsobuje hyperaktivitu (Zelinková 2003, s. 196).

U dětí, které utrpěly těžký úraz hlavy, se mohou rovněž vyvinout příznaky ADHD, obvykle s převažující poruchou pozornosti.

Těžká otrava olovem může u dítěte vyvolat vážnou encefalitidu a děti, které se uzdraví, trpí často příznaky nepozornosti a hyperaktivity (Munden, Arcelus 2008, s. 56).

Podle průzkumů zaměřených na rodiny dětí s ADHD se porucha s větší pravděpodobností projeví u dětí, které žijí v nepříznivých sociokulturních podmínkách (Drtílková 2007, s. 42).

### **2.3 Poruchy neurotransmise**

Mnoho lékařů popisuje ADHD jako neurologickou poruchu postihující tu oblast mozku, která řídí zpracování impulzů a podílí se na třídění smyslových vjemů a na schopnosti koncentrace. Odborníci se domnívají, že může být spojena s nerovnováhou nebo nedostatečným množstvím dopaminu, chemické látky, která přenáší nervové signály. Vysvětluje se to tak, že při soustředění náš mozek uvolňuje více přenašečů signálů mezi neurony (neurotransmiterů), což nám umožňuje soustředit se na jednu věc a blokovat ostatní podněty. Zdá se, že lidé s ADHD mají těchto přenašečů nedostatek (Riefová 2007, s. 20).

## **3 Epidemiologie ADHD**

Podle Paclta (2007, s. 13) se syndrom ADHD vyskytuje asi u 6 % dětské populace v poměru chlapců a dívek 3 až 5 : 1. Munden a Arcelus (2008, s. 45) uvádějí, že v celosvětovém měřítku se ADHD vyskytuje u 1–5 % obyvatelstva. Riefová (2007, s. 19) se domnívá, že tyto hodnoty jsou podceněné vzhledem ke skutečnosti, že u dívek se tato po-

rucha často nepozná, neboť se u nich vyskytuje častěji porucha pozornosti bez hyperaktivity, která není tak nápadná. Drtílková (2007, s. 29) připomíná rozdíl v počtu diagnostikovaných dětí podle DSM-IV a MKN-10, kdy *v zemích, ve kterých je používán manuál DSM-IV, je prevalence dětí s ADHD podstatně vyšší (4–19 %) než v zemích, ve kterých je používána klasifikace MKN- 10 (1–3 %).*

Jak již bylo uvedeno výše, kritéria DSM-IV jsou volnější a nevyžadují pro diagnózu přítomnost všech základních příznaků. MKN-10 zahrnuje závažnější případy hyperkinetických poruch, zatímco relativně lehčí případy, které nesplňují podmínky pro diagnózu nejsou zachyceny a léčeny.

## 4 Diagnostika ADHD

Pro účinnou léčbu dětí s ADHD je v první řadě důležitá včasná a přesná diagnostika této poruchy. Proto se ve čtvrté kapitole budeme zabývat otázkami, kdo provádí diagnostiku ADHD, jaký je postup, metody a oblasti diagnostiky ADHD u dětí.

Klasifikační systémy MKN-10 a DSM-IV byly popsány v první kapitole a proto se k nim zde již nevracíme.

*Diagnostika není jen předmětem pedagogiky, psychologie nebo lékařských věd. Laickou diagnostiku provádí i rodič, který si klade otázky typu: Proč se nechce učit? Proč lže? Proč malé dítě pláče? Čím lépe je odborník připraven pro svou profesi, tím lepší diagnostiku je schopen provádět, tím lepší vytvoří základnu pro další působení (Zelinková 2007, s. 23).*

Diagnostika ADHD je v naprosté většině záležitostí týmové spolupráce lékařů (pediatra, neurologa, psychiatra), psychologů a speciálních pedagogů a to zvláště v případech, kdy je stanovení diagnózy nejednoznačné (Paclt in Jucovičová, Žáčková 2010, s. 17). Michalová (2011, s. 62) se domnívá, že diagnózu ADHD by měl vždy stanovit dětský psychiatr a psycholog. Další odborníci, jako je speciální pedagog, etoped a terapeut se následně podílejí na ovlivňování příznaků poruchy u jednotlivých případů.

Lékařské vyšetření je nutné z důvodu vyloučení jiných příčin a posouzení případné medikace. Někdy jsou děti s podezřením na ADHD automaticky posílány na neurologické



vyšetření. Tato porucha se ovšem nemusí nutně projevit ani při vyšetření EEG, může být i naprostá absence neurologických známek. Pokud ale na syndrom ADHD ukazují výstupy z provedené pedagogické, speciálně pedagogické a psychologické diagnostiky, neměla by být diagnóza ADHD vyloučena jen na základě negativního neurologického vyšetření (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 17).

#### **4.1 Postup vyšetření**

Komplexní psychodiagnostické zhodnocení dítěte vyžaduje přípravu, trpělivost a dostatek času u všech zúčastněných stran. Tedy psychologa, rodičů i dítěte. Rodič by měl být vždy několik dní před vyšetřením podrobně informován o časové náročnosti a také o tom, jak dítě připravit. Vyšetření by mělo probíhat v dopoledních hodinách, dítě by mělo být odpočaté a nemělo by být vystaveno stresu. Vyšetření trvá zhruba 2,5 hodiny. Psychologické vyšetření obsahuje část klinickou a testovou (Ptáček 2007, s. 60).

#### **4.2 Klinická část**

V této části se psycholog seznámí se základním charakterem obtíží dítěte a vytvoří si představu o následném postupu. Důležité je také navázání otevřeného vztahu a důvěry s dítětem a rodičem a vypořádání základních projevů chování. Základní části této fáze tvoří:

- klinický rozhovor s rodiči a dítětem,
- záznam pozorování dítěte,
- zhodnocení školního výkonu od mateřské školy až po současnost.

Tento postup by měl dát podklad ke stanovení:

- optimální testové baterie,
- strategií efektivního vedení dítěte vyšetřením,
- základních hypotéz o možném charakteru obtíží, které budou ověřeny příslušnými testy (Ptáček 2007, s. 60).

Při vyšetření je nezbytná přítomnost osoby, která je velmi dobře obeznámena s vývojem dítěte, dokáže podat kvalitní anamnestické údaje a popsat chování dítěte, se kterým je v častém kontaktu. Obvykle to je jeden z rodičů dítěte. Tento rozhovor má ale také svá úskalí. Rodiče mají tendenci popisovat chování svého dítěte neobjektivně a hovoří spíše o tom, co si myslí o chování svého dítěte. Pokud jsou informováni o problematice ADHD, mohou také diagnózu psychologovi sami „podstrkovat“ (Drtílková, Šerý, et. al. 2007, s. 80).

Další cenné údaje poskytuje psychologovi pozorování chování dítěte při rozhovoru, v testové situaci, při psaní, čtení, počítání nebo při hře. Projevy chování dítěte jsou výrazně ovlivněny situací, kdy je v individuálním kontaktu s dospělým člověkem, který mu věnuje pozornost, a v neznámém prostředí. V této situaci na dítě nepůsobí rušivé vlivy jako ve vrstevnické skupině, při běžné školní práci (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 18).

### **4.3 Testová část**

#### **4.3.1 Diagnostika základních příznaků**

Podrobná diagnostika základních příznaků ADHD zahrnuje hodnocení pozornosti, impulzivity a hyperaktivity. K vyšetření těchto příznaků se používají výkonové testy, které mohou být administrovány klasickou formou typu „tužka–papír“ nebo počítačem. Některé z nich se vyskytují v obou variantách. Při vyšetření pozornosti a impulzivity jsou hlavními měřenými kritérii výkonu rychlost a chybovost. U jedinců s ADHD se rychlý odpověďový čas nemusí projevit v celkové rychlosti zpracování úkolu. Pokud je pozornost vyšetřovaného odpoutávána vnějšími podněty, celková doba administrace se prodlužuje. Chybovost je odvozována z počtu chyb. V testech pozornosti se mohou objevit různé typy odpovědí. Správné odpovědi jsou reakce nebo odpovědi na cílový podnět nebo nereagování na jiný než cílový podnět. Chyba je nesprávný typ odpovědi.

Pro vyšetření poruch pozornosti se u nás používají následující testové metody: *číselný čtverec*, *číselný obdélník*, *test diskriminace tvarů*, *Pražská modifikace Bourdonova testu* ad.

Pro vyšetření impulzivity se používá nejčastěji *Matching Familiar Figure Test (MFFT)*. U nás je využívána přepracovaná verze *Test nacházení známých obrázků (TE-NA-ZO)*.

Hodnotí se zde impulzivita a efektivita, které jsou odvozené z rychlosti prvních odpovědí a z přesnosti.

Pro měření hyperaktivity mohou být použity přístrojové metody, které mechanicky měří pohyb. Jedná se o aktometr nebo pedometr, které se připevňují na zápěstí nebo na kotník (Drtílková, Šerý, et. al. 2007, s. 95–103).

#### **4.3.2 Škály nebo dotazníky pro dítě, rodiče a učitele**

Údaje o projevech chování v přirozeném prostředí dítěte lze získat zprostředkovaně od rodičů a učitelů či jiných blízkých osob. K tomu lze použít např. dotazník nebo zprávu učitele. Zjištěné informace lze potom kvantifikovat prostřednictvím škál. Některé škály a dotazníky jsou určeny přímo pro rodiče nebo učitele a slouží k hodnocení projevů dítěte. Paclt (2007, s. 61) uvádí, že v České republice není v současné době práce se standardizovanými dotazníky obvyklá, ale k dispozici jsou překlady některých dotazníků, které lze použít i bez národní standardizace. Jedná se především o *dotazníky Conner-sové – verze pro rodiče a učitele*, mezi méně známé ve světě používané patří: *ADHD Rating Scale IV – Home version*, *ADHD Rating Scale IV – School Version*, *Child Attention Profile (CAP)* aj.

#### **4.3.3 Vyšetření intelektu**

Výkon v intelektových testech je u dětí s ADHD často narušen projevy základních příznaků a je u nich obtížnější zjistit skutečnou intelektovou úroveň. Při použití *Wechslerova testu inteligence pro děti* je třeba přistupovat k výkonu v jednotlivých subtestech individuálně a snažit se hledat jeho pravděpodobné příčiny. Měla by být zvážena úroveň všech psychických funkcí, které se mohou podílet na výkonu dítěte v jednotlivých subtestech. Pro orientační zjišťování intelektové úrovně lze použít i některé neverbální testy, jako jsou *Ravenovy testy*, *Barevné progresivní matice* a *Standardní progresivní matice* (Drtílková, Šerý, et. al. 2007, s. 105, 106).

#### **4.3.4 Vyšetření poruch učení**

U dětí s ADHD se často vyskytují tzv. specifické poruchy učení (SPU). Michalová (2011, s. 47) uvádí, že minimálně 25 % procent dětí s ADHD trpí zároveň specifickými poruchami učení. Ty jsou diagnostikovány na základě podrobného vyšetření prováděného zpravidla v pedagogicko-psychologické poradně. Toto vyšetření se skládá z vyšetření

řady specifických dovedností a z vyšetření intelektu. Výkon v jednotlivých testech zde může být ovlivněn nejen specifickou dysfunkcí, ale také dysfunkcí, vyplývající ze základních příznaků ADHD. Při současném výskytu SPU a ADHD lze předpokládat souhru dysfunkcí obou poruch (Drtílková, Šerý, et. al. 2007, s.107).

#### **4.3.5 Hodnocení motorických schopností**

U části dětí s ADHD se setkáváme s nápadnou motorickou neobratností, zejména v oblasti jemné motorické koordinace při vizuálně prostorových kognitivních úkolech (problém zavázat si tkaničky, zapínat knoflíky, úhledně psát, kreslit chytat míč apod.). Paclt (2007, s. 19) v této souvislosti uvádí, že až 52 % dětí s ADHD je charakterizováno jako děti se zhoršenou motorickou koordinací.

Dítě může být celkově neobratné, nešikovné, s problémy při školní tělesné výchově. Charakteristické projevy u těchto dětí byly dříve podkladem pro označení „syndrom neobratného dítěte“. Neobratnost spojená s hyperaktivitou a impulzivitou zvyšuje riziko různých nehod a úrazů (Drtílková, Šerý, et. al. 2007, s. 185).

Pro posouzení adekvátního motorického vývoje je možno použít škálu *Osertzkého*. Ta umožňuje posoudit jemnou i hrubou motoriku a zaměřuje se na posouzení koordinace, přesnosti a spojení různých pohybů. Dále se používá Míkův *Orientační test dynamické praxe*, který umožňuje identifikovat děti s motorickým opožděním. Při hodnocení senzomotorické koordinace se používají pohybové zkoušky, jako je házení a chytání míčku aj. Senzomotorické dovednosti je možno hodnotit také pomocí kresebné zkoušky. Problémy s vizuomotorickou koordinací se mohou projevit např. v kresbě lidské postavy. Jedná se o nápadné disproporce jednotlivých částí těla, opomenutí podstatných detailů, bizarní tvary, primitivní zpracování atd. Intelektuální úroveň dítěte s ADHD tedy není možno hodnotit na základě kresby. Kresebné zkoušky mohou u těchto dětí také snižovat motivaci ke spolupráci během vyšetření (Drtílková, Šerý et. al. 2007, s. 107, 108).

#### **4.3.6 Vyšetření osobnostních charakteristik a sebehodnocení**

Pro vyšetření osobnostních charakteristik a sebehodnocení jedince je možno použít klinické metody, psychologické testy nebo posuzovací techniky.

Cenné informace v této oblasti lze získat prostřednictvím rozhovoru od rodičů. Pohled rodičů na projevy dítěte v domácím prostředí lze doplnit informacemi od učitele. Zde je možno použít výše zmíněnou škálu Connersové pro rodiče (CPQ) a škálu Connersové pro učitele (CTQ). Používá se také školní dotazník. Vágnerová (2001) doporučuje jeden z Rohnerových dotazníků diagnostiky rodinných vztahů – PAQ (Personal Assessment Questionnaire), který je zaměřen na zjištění osobní nejistoty, intenzity pocitů ohrožení, sníženou sebeúctu (Drtílková 2007, Šerý, et. al. s. 108, 109). Pro zjištění sebehodnocení školní úspěšnosti pak doporučuje *Dotazník sebezpojetí školní úspěšnosti dětí (SPAS)*. Drtílková (2007, s. 109) se domnívá, že vhodnější jsou u dětí s ADHD některé projektivní metody, např. *Scénotest*. Je to dle autorky metoda dobrá pro navázání kontaktu a vytvoření dobrého pracovního spojení mezi dítětem a vyšetřujícím. Metoda dítě zpravidla zaujme a dává prostor pro vyjádření jeho psychických obsahů (Drtílková, Šerý, et. al. 2007, s. 108–110).

#### **4.3.7 Vyšetření povahy interpersonálních vztahů**

Interpersonální vztahy hrají v životě každého člověka velmi důležitou roli. Významné jsou ve všech etapách života, ale v období dětství a dospívání jsou mimořádně důležité, ovlivňují mimo jiné i sebehodnocení dítěte a dospívajícího. Dítě s ADHD má v důsledku projevů této poruchy často narušené mezilidské vztahy. Projevuje se to v rámci rodiny, ve školním prostředí i mezi vrstevníky.

Při vyšetření interpersonálních vztahů vycházejí odborníci z rozhovoru s rodičem a dítětem. Dále se používají dotazníky a škály. Opět je možno využít např. *Škálu Connersové*, *Scénotest*, dále pak kresebné projektivní metody jako *kresba rodiny* nebo *kresba začarované rodiny*. Pro zjištění vztahů s vrstevníky je možno použít sociometrické metody, jako je např. *SORAD Sociometrický ratingový dotazník* (Drtílková, Šerý, et. al. 2007, s. 110, 111).

## **5 Projevy ADHD v jednotlivých věkových obdobích**

Tak, jako se člověk vyvíjí během svého života ve všech oblastech své osobnosti, mění se u jedinců s ADHD s věkem projevy ADHD. Pokud mají rodiče, vychovatelé a učitelé pozitivně ovlivňovat děti s ADHD, musejí brát tuto skutečnost v potaz a uvědomovat si všechna specifika každého vývojového stádia.

### **5.1 Novorozenecké a kojenecké období**

Odborníci uvádějí, že nejtypičtějším projevem novorozence s hyperaktivitou bývá výrazná nepravidelnost v denním režimu, tj. poruchy rytmu spánku, v noci bdí a ve dne spí. Některé děti spí celkově méně než je v tomto věku obvyklé. Dále dítě často provádí mnoho bezúčelných pohybů, projevuje se u něj zvýšená dráždivost, častěji pláče bez zjevné příčiny. Jeho křik bývá popisován jako ostřejší, matce trvá déle dítě uklidnit. Tyto projevy způsobují u matky nejistotu a zároveň zvýšenou únavu. Objevují se rovněž první negativní zpětné vazby z okolí, partner, případně prarodiče mohou matce vyčítat, že se o dítě nestará správně. To může narušit vztah matky k dítěti i k partnerovi (Michalová 2011, s. 44, 45, Balaščíková 2007, s. 168, Jucovičová, Žáčková 2010, s. 23).

### **5.2 Batolecí období**

V tomto období bývají hyperaktivní děti zvýšeně pohyblivé, častěji než jiné děti trpí různými úrazy, přetrvává u nich nepravidelnost v denním režimu. Typické období vzdo-ru se u těchto dětí projevuje bouřlivěji. Na určitá omezení nebo neúspěchy reagují zlostí až agresí, ničí například hračky, ubližují jiným dětem a zvířatům. Objevují se konflikty s okolím, dítě bývá označováno jako „zlobivé“, ať už svými rodiči, prarodiči nebo rodiči svých vrstevníků. Nepřiměřené chování dítěte bývá považováno za důsledek ne-správné výchovy (Michalová 2011, s. 45, Jucovičová, Žáčková 2010, s. 23, 24).

### **5.3 Předškolní věk**

Podle Michalové (2011, s. 46) je pro toto období typická náladovost, podrážděnost, rozmrzelost, sklon k hněvu, u některých k agresivitě a neposlušnosti. Tyto projevy přinášejí potíže při začlenění do mateřské školy, kde je již po dítěti vyžadována určitá disciplína, schopnost přizpůsobit se režimu a odložit bezprostřední uspokojení svých potřeb. Uči-

telky rodiče upozorňují na atypické chování dítěte ve srovnání s vrstevníky. Nezřídka se stává, že je docházka dítěte do mateřské školy z důvodu horší adaptability omezena, případně je mu zcela odepřena (Michalová 2011, s. 46, Balaščíková 2007, s. 169, Jucovičová, Žáčková 2010, s. 24).

#### **5.4 Školní věk**

Zkušenosti odborníků, pedagogů i rodičů přinášejí zjištění, že nejtěžším obdobím bývá pro všechny školní věk. Škola klade na dítě mnohem vyšší nároky z hlediska koncentrace pozornosti, tlumení impulzivity a projevů hyperaktivity. Dítě s ADHD se velice těžko podřizuje školním pravidlům. Neudrží pozornost na práci a často kazí aktivity ostatních dětí. V určitých situacích reaguje v důsledku své impulzivity naprosto zkratkovitě. Chová se jako dítě na nižší sociální úrovni než jeho vrstevníci z důvodu jeho emoční nezralosti. Dostává se s ostatními do konfliktu a proto nebývá v kolektivu příliš oblíbeno.

Minimálně 25 % dětí s ADHD trpí zároveň dyslexií, dysgrafií, dysortografií nebo dyspraxií. Přítomnost specifických poruch učení spolu s ADHD zhoršuje studijní výsledky dítěte. Neúspěch ve výuce v kombinaci s menší oblibou u dětí a učitelů způsobuje jejich nízké sebevědomí a sebehodnocení. Svůj problém potom tyto děti často kompenzují nevhodným upozorňováním na sebe a zlobením (Michalová 2011, s. 47).

V důsledku dlouhodobé zátěže, kterou přináší výchova hyperaktivního dítěte, dochází i k častým nedorozuměním v komunikaci mezi rodiči a školou. Takové dítě proto během své školní docházky mění i několikrát školu, což k jeho zdárnému vývoji nepřispívá (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 25).

Domníváme se, že důvodem těchto změn nemusí být pouze špatná komunikace rodiny a školy, ale také určitá bezradnost pedagogů i rodičů, způsobená např. nedostatečnou informovaností všech zúčastněných o problematice ADHD. Ze strany školy se může jednat rovněž o snahu usnadnit si práci a „zbavit se“ problémového žáka. Rodiče zas mohou být vedeni k tomuto rozhodnutí nadějí, že v jiné škole budou mít pedagogové k jejich dítěti lepší přístup.

## 5.5 Adolescence

V tomto vývojovém období se hyperaktivita zmírňuje, to ovšem neznamená, že spolu s dospíváním dochází k ústupu ADHD. Impulzivita přetrvává a negativně poznamenává způsob řešení adolescentních konfliktů s rodiči a případné krize (Balaščíková 2007, s. 171). Proces osamostatňování v tomto věku přináší u každého jedince konflikt mezi potřebou emancipace a bezpečí. Michalová (2011, s. 49) prezentuje názor, že *jedinec tohoto věkového období chce svobodu a privilegia dospělých s odpovědností, péčí a ochranou dítěte.*

Dospívající jedinec s ADHD nebývá připravený zvládnout zodpovědnost za své chování a pokud na něj rodiče přesunou veškerou zodpovědnost, většinou ji nezvládne.

Podle Michalové (2011, s. 49) až 30 % takovýchto dospívajících experimentuje s drogami, kouří, propadá hazardním hrám, případně se chovají asociálně i antisociálně. Více než polovina dospívajících s ADHD pak opakuje ročník na střední škole nebo je dokonce vyloučena. Munden a Arcelus (2008, s. 28) uvádějí, že lidé s ADHD mají větší sklon k užívání návykových látek a začínají je brát dříve než lidé bez ADHD. Zároveň mají vyšší sklon stát se na takových látkách fyzicky a psychicky závislími. Paclt (2007, s. 21) popisuje výsledky mnoha výzkumů zaměřených na zneužívání drog, alkoholu v souvislosti s ADHD (např. Studie Blouin a kol. 1978, Kramer a kol. 1978, Goodwin a kol. 1975, Wood a kol. 1983, ad.) a dospívá k závěru, že *některé studie vazbu hyperaktivity v dětství a alkoholu v dospělosti potvrzují, jiné nikoliv, ale v podstatě se tato souvislost jeví jako možná.*

## 5.6 Dospělost

Podle současných údajů je ADHD přítomna u 30–50 % dospělých, kteří měli ADHD v dětství. V dospělosti se symptom ADHD projevuje poněkud odlišně než v dětství. Ve srovnání s dětstvím dokáží dospělí jedinci s ADHD příznaky poruchy lépe korigovat svou vůlí. Často se objevují symptomy jako mnohomluvnost, vnitřní neklid, roztěkanost, dále nepořádnost, neschopnost udržet si partnera. Dospělí jedinci s ADHD jsou často viníky dopravních nehod. V zaměstnání se mohou uplatnit jejich kreativní schopnosti, jejich neklid se může projevit jako workoholismus. Často se objevují psy-



chické poruchy, deprese, poruchy osobnosti, závislost na nikotinu, kofeinu a alkoholu (Michalová 2011, s. 52).

## **6 Terapie projevů ADHD**

Jak vyplývá z předcházejících kapitol, projevy ADHD přinášejí svým nositelům řadu obtíží v běžném životě. Ačkoliv hyperaktivita s sebou nese i určité výhody, o kterých se zmiňují například Jucovičová a Žáčková (2010, s. 222–226), jedná se o vyšší výkonnost, schopnost rychlého rozhodování, spontánnost, kreativitu, fantazii, ad., v každodenním životě převažují spíše problémy nad výhodami. Proto je třeba všemi dostupnými prostředky potlačovat negativní projevy spojené s ADHD a posilovat ty pozitivní. Metod jak toho dosáhnout je celá řada. V dnešní době existuje mnoho kvalitních odborných publikací, které radí učitelům i rodičům, jak mají pozitivně působit na děti s ADHD.

Mezi způsoby terapie patří: kognitivně-behaviorální terapie, farmakoterapie, relaxační techniky, různé alternativní terapie a především program reedukace chování doma i ve škole. Péče o jedince s ADHD by měla být především komplexní. V této kapitole si dále podrobněji popíšeme jednotlivé terapeutické metody.

### **6.1 Kognitivně behaviorální terapie**

Při péči o děti s ADHD může rodičům, učitelům i vychovatelům pomoci tzv. Kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Ta je zaměřena na děti i adolescenty s ADHD, jejich rodiče i učitele, případně i na dospělé jedince s ADHD a jejich partnery. Učí adaptivnímu chování pomocí různých technik (modelování situací, hraní rolí, sebeinstrukce). Jedinec s ADHD se snaží kontrolovat své projevy impulzivity a nepozornosti. Za optimální je považována individuální terapie dítěte v kombinaci s rodinnou terapií, či s terapeutickým vedením rodičů, která vede k nastolení režimových a výchovných změn a která se zaměřuje i na přijímání hyperaktivního dítěte. Na tuto práci se soustředí především pedagogicko-psychologické

poradny, některá speciálně pedagogická centra a střediska výchovné péče (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 184, 185).

Podle Theinera (2007, s. 178) vyplývá z výzkumů, že kognitivně behaviorální terapie je účinná především v kombinaci s medikací. U samotné KBT u dětí s ADHD se dlouho nedařilo účinnost prokázat. Frölich et. al. (2002) ukázali u 18 dětí s ADHD, že speciální forma KBT s důrazem na sebeřídící samomluvu a schopnost řešit problémy zlepšuje jak jádrové příznaky, tak chování.

## **6.2 Farmakoterapie**

Názory lékařů, pedagogů a především rodičů těchto dětí na trvalé užívání léků ke zmírnění obtíží souvisejících se symptomy ADHD se mnohdy výrazně liší. Rodiče se pochopitelně často brání tomu, aby jejich dítě trvale užívalo léky a obávají se jejich vedlejších účinků. Někteří pedagogové se také domnívají, že problémy dětí s ADHD by měly být zvládnuty pouze prostřednictvím správných pedagogických metod. Zde je třeba zvážit přínos léčby pro dítě s ADHD i pro jeho okolí. Domníváme se, že některé formy poruchy bývají u dětí natolik výrazné, že volba medikace ke zklidnění dítěte a zmírnění projevů poruchy je nutná.

Do roku 2007 byl v České republice k léčbě ADHD užíván jako jediný lék methylfenidát, s firemním názvem Ritalin. Tento lék patří mezi stimulantia. Podrobné studie ukazují, že perspektiva dětí a adolescentů s ADHD léčených dlouhodobě stimulantii se výrazně zlepšuje. U dětí se zvyšuje schopnost soustředění, a tím i výkonnost ve škole, u adolescentů a dospělých se zlepšují výsledky ve studiu a v zaměstnání. Dochází k úbytku hyperaktivity a impulzivity a tím se snižuje riziko konfliktů a nedorozumění. Zlepšují se vztahy s ostatními lidmi, u dětí vztahy s rodiči a učiteli, u adolescentů a dospělých vztahy partnerské a profesionální. Jako vedlejší účinky jsou uváděny především nespavost a nechutenství (Paclt 2007, s. 103–109). Podle Uhlíkové (in Michalová 2011, s. 97) reaguje na tuto terapii pozitivně asi 70–80 % klientů.

V roce 2009 byl v České republice schválen metylfenidát s prodlouženým účinkem s firemním názvem Concerta. Je určený pro léčbu ADHD u dětí od 6 let a mladistvých. Concerta využívá orální systém s osmotickým, kontrolovaným uvolňováním metylfenidátu přibližně do 12 hodin, což umožňuje dostatečně dlouhou dobu kontroly symptomů

ADHD během dne. Ve srovnání s Ritalinem má Concerta značné výhody. Užívá se jen jednou denně, dítě ji užívá ráno pod dohledem rodičů a nemusí aplikaci opakovat ve škole před učiteli a spolužáky. Tím, že se účinná látka uvolňuje postupně během dne, je její působení stabilnější. Hrozí zde také nižší nebezpečí abúzu (Drtílková 2010, s. 77–80).

Roku 2007 byl pro léčbu dětí s ADHD v České republice schválen první nestimulační preparát atomoxetin (Strattera). Dosavadní výsledky studií potvrzují, že Strattera je v redukci symptomů dětí s ADHD srovnatelně účinná se stimulancii. Je známo, že některé děti nereagují příznivě na stimulantia a výskyt některých nežádoucích účinků nebo komorbidních poruch omezuje jejich užití. Strattera je účinná v redukci symptomů u pacientů s některými komorbidními diagnózami, jako jsou tikové poruchy, úzkostné poruchy, deprese, porucha opozičního vzdroru, agresivita nebo enuréza. Protože není stimulant, není spojena s rizikem abúzu a drogové závislosti. Ve srovnání s Ritalinem má Strattera širší spektrum účinnosti, kontinuální účinek 24 hodin a příznivější profil nežádoucích účinků. Nevýhodou je vysoká cena tohoto preparátu a s tím související menší ochota lékařů Stratteru k léčbě ADHD předepisovat (Drtílková 2008, s. 143–146).

Jako další možnou podpůrnou farmakoterapii uvádí Michalová např. Lecitin a Ginkgo biloba.

### **6.3 Relaxační techniky a EEG biofeedback**

**Relaxační techniky** by měly vést k dosažení fyzického uvolnění, uvolnění svalového napětí a tím i k uvolnění psychickému. Děti s ADHD jsou v důsledku poruchy procesu vzruchu a útlumu ve stálém napětí, což vede k jejich zvýšené afektivitě. Při rozrušení člověk podvědomě napíná svaly – když je uvolníme, zbavíme se rozrušení, hněvu a úzkosti.

Pro děti s ADHD jsou vhodná např. dechová cvičení, která ovlivňují okysličení krve a výměnu všech dýchacích plynů, působí i na srdeční frekvenci. Dále mezi vhodná cvičení pro děti s ADHD patří jóga. Ta je zaměřená na vnitřní prožívání cvičení, čímž působí na uvolnění, zklidnění a soustředění. Pomocí může hyperaktivním dětem také hudební relaxace, kdy se jedná o poslech hudby v relaxačních pozicích.

Použití relaxačních technik u dětí s ADHD má určitá specifika. Jsou náročná na pozornost a soustředění, kterých se právě těmto dětem nedostává. Proto je třeba postupovat po malých krocích, volit jednodušší cvičení a ze začátku relaxovat co nejkratší dobu, kterou je možno postupně prodlužovat. Cílem je tyto děti naučit rychle se uvolnit i v běžných životních situacích a zase se rychle aktivizovat (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 136–176).

**EEG biofeedback** je metoda, která umožňuje regulaci frekvencí elektrické aktivity mozku (mozkových vln). Podle Heřta (2010, s. 179–180) je možno touto metodou docílit celkového uvolnění, snížení psychického napětí, odstranit úzkost, stres apod. Odborníci zabývající se aplikací této metody tvrdí, že účinek EEG biofeedbacku se vyrovná účinku silného stimulantia, tedy ústup příznaků u 83 % subjektů (Tyl in Michalová 2011, s. 90).

Drtílková a Šerý (2007, s. 209) ovšem uvádějí, že EEG biofeedback nepatří v současné době mezi dostatečně ověřené a účinné způsoby léčby u ADHD. Různé metody EEG biofeedbacku mohou podle autorů pomáhat některým jedincům při nácviku pozornosti, relaxace, případně vizuomotorické koordinace a v těchto případech mohou být doplňkovou technikou léčby. *Nejsou však zahrnuty v oficiálním algoritmu léčby ADHD a neměly by být nabízeny místo standardních postupů.*

#### **6.4 Program reedukace chování ve škole**

Přístup k žákům se specifickými poruchami chování ve škole upravují právní předpisy MŠMT ČR. Jedná se především o **Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.**

Pro tyto žáky je důležitý **paragraf 16**, který se zabývá vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Děti se specifickými poruchami chování patří mezi děti se zdravotním postižením. Dle tohoto paragrafu mají *právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem*, dále i právo na vytvoření nezbytných podmínek a na poradenskou pomoc školského poradenského zařízení.

Problematika je podrobně zpracována ve **vyhlášce 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných**. Vyhláška uvádí, že *speciální vzdělávání se poskytuje žákům se speciálními vzdělávacími potřebami na základě speciálně pedagogického, popřípadě psychologického vyšetření školského poradenského zařízení a jejich rozsah a závažnost je důvodem k zařazení žáka do režimu speciálního vzdělávání*. Vyhláška dále konkretizuje tzv. *podpůrná opatření při vzdělávání*, kam patří: *speciální metody a postupy, kompenzační učební pomůcky, speciální učebnice a didaktické materiály, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě*.

Problematikou dětí s ADHD ve škole se zabývá mnoho zahraničních i našich odborníků, kteří navrhují celou řadu opatření, přístupů a výchovných metod, jež by měly napomoci odstranění nebo alespoň zmírnění obtíží těchto dětí ve vyučovacím procesu (Train 1997, Swierkoszová 2006, Riefová 2007, Jucovičová, Žáčková 2000, 2010, Jenett 2013, Mertin, Krejčová et. al. 2013 a mnoho dalších). V této kapitole se pokusíme shrnout nejvýznamnější metody, které tito autoři uvádějí.

#### **6.4.1 Vytvoření třídního řádu**

Děti s ADHD potřebují jasně strukturovanou třídu. Pokud vědí, co se od nich očekává z hlediska učení i chování, přináší jim to pocit bezpečí. Pravidla by měla být jasná, jednotná a nemělo by jich být mnoho. Mertin (2013, s. 70) doporučuje cca 5 až 7 pravidel, která by se měla dotýkat nejpodstatnějších událostí, být stručně formulována a dětem stále k dispozici na očích. Pro lepší akceptaci ze strany žáků je jistě vhodné, aby učitel pravidla prodiskutoval se žáky.

#### **6.4.2 Pozitivní posilování**

Pozitivní posilování patří bezesporu mezi nejdůležitější metody reedukace nežádoucího chování žáka s ADHD. Riefová (2007, s. 32) ho trefně nazývá *Nachytejte ho, když je hodný*. Žáci s ADHD se setkávají většinou s negativní pozorností z důvodu nevhodného chování. Je třeba spíše vyhledávat specifické případy, kdy se žák chová podle žádoucích pravidel. Žáka je třeba odměňovat pochvalou a uznáním, může se jednat také o hmatatelné ceny jako je samolepka, razítko, pamlsek, nebo volný čas navíc apod.

### 6.4.3 Řešení problémových situací

Podle Mertina (2013, s. 74–78) je třeba při intervenci uplatnit pravidlo minimální akce, tedy použít nejmírnější prostředek, který dovede žáka zpátky ke spolupracujícímu chování. V této souvislosti uvádí třístupňový postup při řešení nevhodného chování:

#### 1. Situační reakce

Cílem je pomoci žákovi vypořádat se s výukovou situací a udržet ho u úkolu.

- odstranění rušivých předmětů (tzn. vzít dítěti předmět, který odvádí jeho pozornost);
- poskytnutí podpory obvyklými činnostmi (pravidelný průběh hodiny poskytuje dítěti jistotu);
- posilování přijatelného chování;
- podpora zájmu žáka (učitel projeví zájem o práci žáka, případně mu pomůže);
- poskytování vodítka pro určitou činnost (např. zavření dveří znamená začátek hodiny);
- pomoc žákovi překonat překážku (pomoc učitele s těžkým úkolem může posílit snahu žáka pokračovat v úkolu a dokončit jej);
- přesměrování chování (vidí-li učitel, že žák nedává pozor, položí mu otázku a pochválí ho, pokud zareaguje správně);
- změna průběhu hodiny (pokud žáci ztrácejí zájem, je vhodné změnit charakter činnosti, např. práce ve skupinkách, ve dvojicích);
- použití netrestajícího vyloučení (při nevhodném chování žáka ho učitel pošle se napít, něco odnést mimo třídu apod.);
- modifikace prostředí třídy (změna uspořádání lavic, vyvětrání, zatažení rolet).

#### 2. Mírné reakce

Cílem je použití netrestajících opatření k navrácení žáka k učebnímu úkolu.

- ignorování nevhodného chování (hodí se pro menší přestupky, např. pokud dítě vykřikuje odpověď bez přihlášení, učitel ho ignoruje);
- využití neverbálních signálů (změna pohledu, gesta, ztichnutí při výkladu);
- postavení se k žákovi (blízkost představuje zesílení hrozby na dálku);
- dotek žáka (krátký dotek ruky, paže, ramene);
- jednoduché verbální signály (změna tónu hlasu, změněné oslovení);
- využití humoru (nesmí se jednat o výsměch, humor je neosobní, legrační je situace ne konkrétní žák);
- použití osobního sdělení ( jedná se o stručný popis nevhodného chování, vliv na učitele nebo na ostatní žáky, osobní pohled učitele);
- užití osobního vyjádření („Petře, když se vrátíš na místo, budeš moci pokračovat v práci“);
- připomenutí pravidel chování (jak jsme uvedli výše, pravidla třídy by měla být viditelně vystavena ve třídě, učitel na ně může ukázat, nebo je připomenout verbálně);
- dát žákovi možnost volby (vybrat si ze dvou možností přináší větší šanci vstřícné reakce);
- vznesení dotazu: „Co bys dělal?“
- verbální pokárání (Mělo by probíhat v soukromí. Tím, že je neslyší celá třída, je menší pravděpodobnost negativní emoční reakce).

### **3. Výraznější reakce**

Cílem je snížení nežádoucího chování.

- odebrání výhod;
- změna rozložení ve třídě;

- vyloučení žáka z aktivity (nemělo by trvat déle než pět, deset minut);
- „po škole“ (Důležité je, aby žák porozuměl propojení přestupku a ztráty části volna);
- kontaktování rodičů (Jestliže selhala předcházející opatření, obrací se učitel na nejvyšší autoritu, kterou představují rodiče);
- dovedení žáka k řediteli ( Návštěva u ředitele může vést k zapojení dalších osob do řešení problému).

## **6.5 Program reedukace chování v rodině**

V mnoha směrech se pravidla pro výchovu dítěte s ADHD v rodině shodují s pravidly výchovy ve škole. Ačkoliv vyučování ve škole vyžaduje větší kázeň a disciplínu žáků s ohledem na výchovně vzdělávací cíle školy, přesto mají výchova v rodině i ve škole mnoho společných bodů.

Žáčková a Jucovičová (2005, s. 13–17) uvádějí v této souvislosti následující výchovné zásady:

- **Vytvoření klidného a láskyplného rodinného prostředí.** Dítě musí vědět, že ho rodiče mají rádi, i když někdy hodně zlobí
- **Stanovení řádu a jasných hranic ve výchově.** Stejně jako ve školním prostředí potřebuje dítě i v rodině vědět, co se od něj očekává, mělo by se naučit, že své osobní zájmy musí sladit a někdy i podřídit potřebám ostatních členů rodiny.
- **Důslednost ve výchově.** Tato zásada patří k nejdůležitějším a zároveň k nejobtížnějším. Pravidla soužití je třeba důsledně dodržovat, ale také kontrolovat, pokud možno nenápadným a nedirektivním způsobem.
- **Sjednocení výchovy.** Je-li jeden z rodičů ve výchově důsledný a druhý ne, jeden požaduje to a druhý ono, uvádí takové jednání dítě ve zmatek. Výsledkem je, že se dítě naučí využívat „slabšího“ rodiče, případně neposlouchat ani jednoho z nich. Velmi důležité je také sjednotit výchovné postupy se školou, pedagogičtí pracovníci mohou často přispět rodičům radou ze své praxe.



- **Soustředění se na kladné stránky jeho osobnosti.** K negativním reakcím a neadekvátnímu chování dítěte vedou jeho časté neúspěchy. Proto je důležité objevit oblast, ve které je dítě úspěšné, a na tu se zaměřit. Umožnit mu prožívat i úspěchy. Dále je třeba chválit dítě i za malé, dílčí pokroky a povzbuzovat je k dalším výkonům. Stejně jako ve škole i doma je třeba pochválit dítě za to, že vydrželo chvíli v klidu, neskočilo rodiči do řeči, vydrželo doposlechnout vyprávěnou pohádku apod.
- **Usměrňování aktivity dítěte a přívod přiměřených podnětů.** Jak již bylo uvedeno výše, děti s ADHD jsou většinou zvýšeně aktivní, velmi pohyblivé, neklidné a plné energie. Tyto vlastnosti není vhodné potlačovat, ale nechat je „vybít“ ve vhodnou chvíli a vhodným způsobem. Zde je důležitá vhodná volba zájmové činnosti, např. určitý oblíbený sport nebo kroužky, kde má dítě možnost se odreagovat a také být úspěšné. Na druhou stranu je třeba dbát na rovnováhu, protože přetížení dítěte přemírou zájmové činnosti by mohlo vést ke zvyšování jeho hyperaktivity a poklesu soustředění.

## 7 Informovanost rodičů o ADHD

Být rodičem dítěte s ADHD přináší určitá specifika. Tím, jak prožívají péči o hyperaktivní děti jejich matky se zabývají ve svém výzkumu Kolčárková a Lacinová (2008). Dospěly k závěru, že hlavní odlišnost výchovy dítěte spatřují rodiče v její časové a psychické náročnosti. Tato role jim přináší velké množství negativních pocitů, především nejistotu, selhání a bezradnost, když se jim nedaří chování dítěte usměrnit, dále jsou to špatné pocity a výčitky z křičení a fyzických trestů vůči dítěti.

Matky ve výzkumném vzorku vypovídají, že *považují za správnou výchovu „po dobrém“, ale ne vždy se jim daří se jím řídit . Pociťují výčitky svědomí, když ztratí trpělivost a zareagují v rozporu s tímto výchovným vzorem (nejčastěji se jedná o tělesné tresty). Výchova dětí s ADHD jim přináší pocity neúspěchu, selhání a sebeobviňování (Kolčárková, Lacinová 2008, s. 115).*

Informovanost rodičů o problematice ADHD ovlivňuje do značné míry to, jak si matky obtížné chování svých dětí vysvětlují. Ty, které si neklid dítěte vysvětlit nedokážou, hle-

dají „chybu“ a zvažují svůj možný podíl na jeho chování. Ty, které mají v příčinách jasno, přisuzují problémové chování dítěte jeho vnitřním vlastnostem či dispozicím, a jsou přesvědčeny, že dítě své obtížné chování nemůže kontrolovat. To je pro rodiče přijatelnější, než kdyby se jednalo o záměrné projevy dítěte, které ho nedokážou odnaučit. *Jedná se o proces vyrovnávání se s odlišností dítěte a smířování se s jeho omezenými možnostmi, to také rodičům umožňuje vysvětlovat a obhajovat jeho odlišnost* (Kolčárková, Lacinová 2008, s. 109–115).

Pokud rodiče a další vychovatelé dítěte připustí, že dítě je handicapované, protože má poruchu ADHD a s ní spojené další citové a výchovné problémy, nebudou se cítit zahnaní ani poníženi ve chvíli, kdy se jeho porucha projeví.

Informace a pomoc mohou rodiče získat mnoha různými způsoby. Jak bylo uvedeno na začátku šesté kapitoly, existuje dnes již řada kvalitních odborných publikací, které radí rodičům i pedagogům, jak pomáhat dětem s ADHD překonat potíže s jejich chováním. Dále mohou rodiče získat informace na internetu, u odborného lékaře, ve škole nebo od pracovníků školských poradenských zařízení. Významnou pomoc, podporu a informace mohou rodiče také získat v rámci různých rodičovských skupin.

Od roku 2007 existují ve všech krajích České republiky Programy pro rodiny s hyperaktivními dětmi, které jsou poskytovány v rámci sociálně aktivizačních služeb. Ty nabízejí právě rodičovské skupiny, dále pak organizují semináře, nabízejí psychologické poradenství, skupinové aktivity pro děti a jejich rodiče ad. (crsp.cz).

*Typickým rysem naší společnosti je, že handicap chápe jako stigma, a ještě smutnější je skutečnost, že poruchu často neuznává, nejsou-li její projevy hned patrné* (Train 1997, s. 93). Proto by bylo velkým přínosem pro takto postižené děti i jejich rodiče, kdyby se zvýšila informovanost o dané problematice nejen u bezprostředního okolí dítěte ale rovněž v celé společnosti.

## EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část bakalářské práce vychází z její teoretické části, navazuje na ni a jsou v ní prezentovány výsledky průzkumu, který se zabýval souvislostmi mezi vzděláním rodičů dětí s poruchou ADHD, jejich informovaností o dané problematice, spoluprací se školou, kterou jejich děti navštěvují a názory těchto rodičů na podávání léků ke zmírnění symptomů ADHD. V této části je uveden cíl práce, jsou zde formulovány hypotézy, popsána metoda průzkumu, popis výzkumného vzorku a popsán průběh předvýzkumu a samotného průzkumu. Stěžejní kapitolou je interpretace získaných dat.

### 8 Cíl empirické části

Cílem empirické části bakalářské práce je zjistit informovanost rodičů dětí s ADHD o dané problematice, zjistit jejich postoj k léčbě ADHD, zmapování jejich teoretických znalostí a zjištění, jestli míra informovanosti dané problematiky souvisí se stupněm vzdělání rodičů. Statistické vyhodnocení získaných dat umožňuje postihnout úroveň informovanosti rodičů a konstatovat závislost této informovanosti na vzdělání rodičů a jejich subjektivní názor týkající se úrovně spolupráce se školou. Dalšími sledovanými proměnnými jsou údaje o tom, jakým způsobem získali rodiče informace o ADHD, zda osobně považují své vědomosti o ADHD za dostatečné, jak vnímají svoji spolupráci se školou a co jim pomáhá zvládat obtíže spojené s hyperaktivitou jejich dětí.

### 9 Stanovení hypotéz

**H1:** Vysokoškolsky vzdělaní rodiče jsou lépe informovaní o problematice ADHD než rodiče s nižším stupněm vzdělání.

**H2:** Více informovaní rodiče spolupracují lépe se školou než méně informovaní rodiče.

**H3:** S užíváním léků na tuto poruchu souhlasí častěji více informovaní rodiče.

## 10 Použité metody a průběh průzkumu

V tomto průzkumu jsme použili kvantitativní přístup. Ten je zaměřen na práci s číselnými údaji. Získané údaje lze matematicky zpracovat a cílem takto orientovaného výzkumu je vytřídit údaje a vysvětlit příčiny existence jevů (Gavora 2000, s. 31, 32).

Vybranou metodou je dotazník. Jedná se o kombinaci nestandardizovaného dotazníku a standardizovaného dotazníku KADDS, který jsme pro účely této práce upravili a zkrátili. Výsledky jsou prezentovány v grafech.

V nestandardizovaném dotazníku byly u položek 1, 2, 3, 4, 6, 7 použity uzavřené otázky, které nabízely hotové alternativní odpovědi, neboť je pro respondenty snadnější vybírat si z nabídky odpovědí a zjednodušuje to pochopení otázky. Dále byly použity otázky polootevřené, kde si mohli respondenti vybrat z nabízených odpovědí, ale také přidat vlastní alternativní odpověď. Jednalo se o položky 5, 8, 12, 14. V případě položek 9, 10, 11 byly použity čtyřstupňové posuzovací škály.

### 10.1 *Předvýzkum a jeho výsledky*

V první fázi byl proveden předvýzkum užitím dotazníku a zjištěním jeho možností, silných a slabých stránek pro tuto práci, které vedly k úpravě dotazníku. Dále následovala distribuce dotazníků, jejich sběr a analýza, shrnutí závěrů a vyvození doporučení, opatření.

Předvýzkum byl proveden distribucí tří dotazníků. Vyplnily je matky dětí s diagnostikovanou poruchou ADHD. Předvýzkum se zaměřoval na to, jestli jsou otázky pro respondenty srozumitelné a jestli je rozsah dotazníku přijatelný. Gavora (2000, s. 107) uvádí, že doba vyplňování dotazníku by neměla překročit 30 minut.

Po vyplnění dotazníků jsme uskutečnili rozhovor s respondentkami, na jehož základě jsme provedli určité změny. Standardizovaný dotazník KADDS byl zkrácen z původních 36 položek na 23, přičemž byly z dotazníku vypuštěny především otázky týkající se procentuálního výskytu dané poruchy v populaci, případně příliš odborně formulované otázky, vyžadující speciálně pedagogické vzdělání. Některé položky byly pro lepší pochopení přeformulovány. Předvýzkum potvrdil použitelnost dotazníku.

## 10.2 Vlastní průzkum a popis zkoumaného vzorku

Pro průzkum bylo připraveno 60 dotazníků, které byly osobně distribuovány v září 2014 do pěti základních škol v Liberci, z nichž jedna je zaměřena na děti se specifickými poruchami učení a chování. Tyto školy zprostředkovaly předání dotazníků rodičům dětí s diagnostikovanou poruchou ADHD. Respondenty tedy byli rodiče dětí prvního i druhého stupně, jejichž děti měly v době distribuce dotazníků diagnostikovanou poruchu ADHD. Zpět se vrátilo 41 vyplněných dotazníků. návratnost dotazníků je tedy 68,3 %.

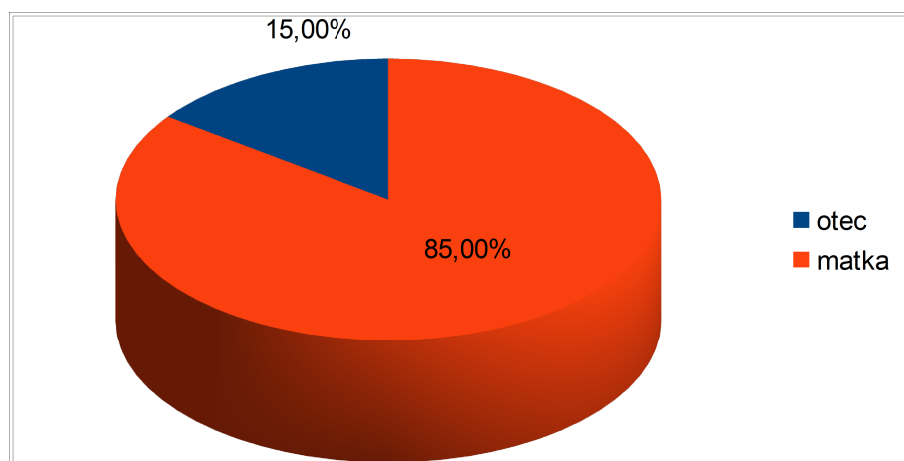
## 11 Interpretace dat

### Položka č. 1:

*Dotazník vyplňuje otec nebo matka?*

*Tabulka 1: Poměr zastoupení otců a matek mezi respondenty*

Dotazník vyplnil	Počet respondentů	%
otec	6	15,00%
matka	35	85,00%



*Graf 1: Poměr zastoupení otců a matek mezi respondenty*

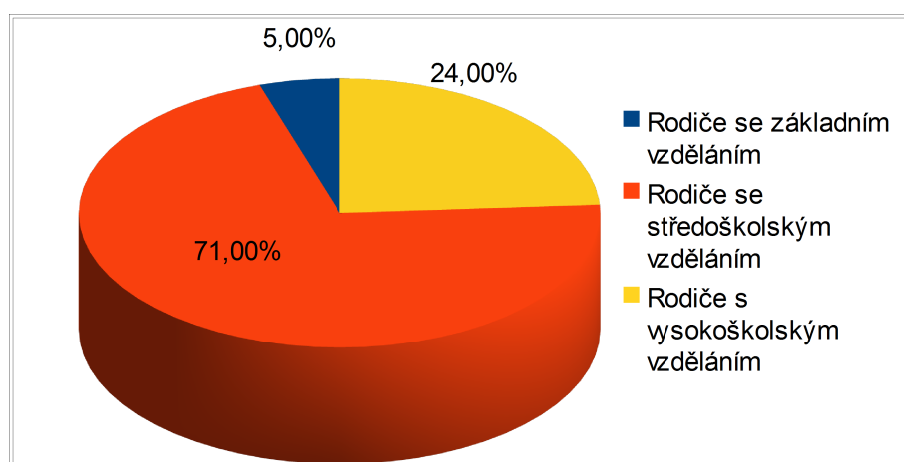
Mezi respondenty převažují matky nad otci v poměru 35:6. Ačkoliv se jistě podíl otců na výchově dětí postupně zvyšuje, stále ještě v naší společnosti hrají matky v péči o děti dominantní roli.

## Položka č. 2:

*Uveďte prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.*

*Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů*

Vzdělání rodičů	Počet respondentů	%
Rodiče se základním vzděláním	2	5,00%
Rodiče se středoškolským vzděláním	29	71,00%
Rodiče s vysokoškolským vzděláním	10	24,00%



*Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů*

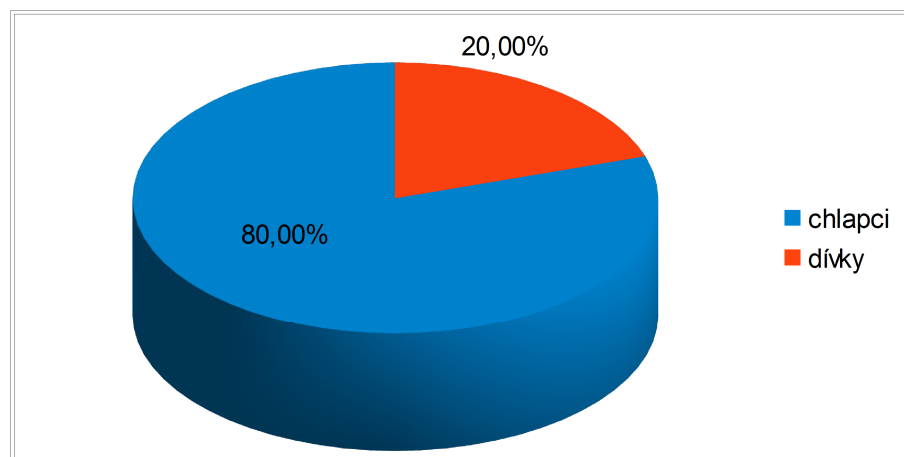
U této položky jsme nerozlišovali jednotlivé druhy středního vzdělání. Z celkového počtu respondentů má vysokoškolské vzdělání 10 rodičů (24 %), středoškolské vzdělání 29 rodičů (71 %) a 2 rodiče mají základní vzdělání (5 %).

### **Položka č. 3:**

*Vaše dítě s ADHD je syn nebo dcera?*

*Tabulka 3: Poměr mezi počtem chlapců a dívek*

Poměr z hlediska pohlaví	Celkový počet	%
chlapci	33	80,00%
dívky	8	20,00%



*Graf 3: Poměr chlapců a dívek*

Jak uvádíme v třetí kapitole teoretické části, poměr mezi chlapci a dívkami s poruchou ADHD je zhruba 3 až 5 : 1. Tomu odpovídají data získaná v našem průzkumu, kde je v souladu s očekáváním mezi dětmi s poruchou ADHD výrazně více chlapců než dívek v poměru 33:8.

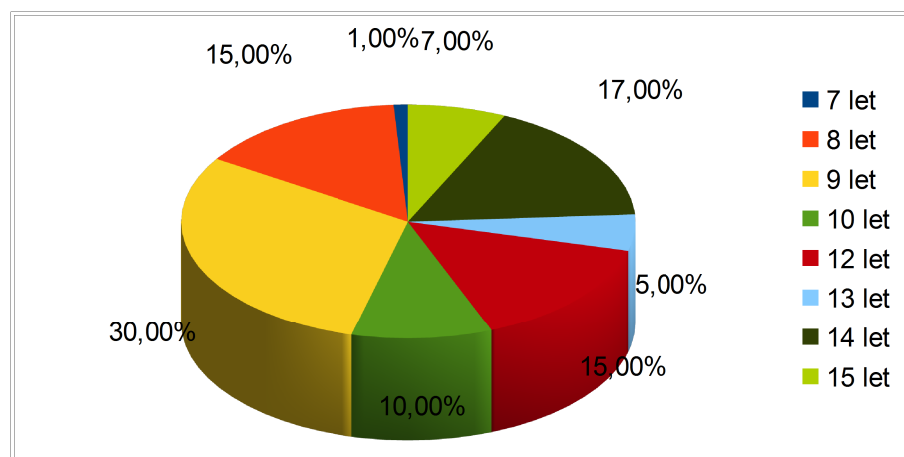
To může být způsobeno také tím, že u dívek se objevuje častěji porucha pozornosti bez hyperaktivity, která není tak nápadná a nemusí být diagnostikována.

#### **Položka č. 4:**

*Jaký je věk vašeho dítěte?*

*Tabulka 4: Věk dítěte s ADHD v době průzkumu*

Věk dítěte v době průzkumu	Celkový počet	%
7 let	1	2,00%
8 let	6	15,00%
9 let	12	30,00%
10 let	4	10,00%
12 let	6	15,00%
13 let	2	4,00%
14 let	7	17,00%
15 let	3	7,00%



*Graf 4: Věk dítěte s ADHD v době průzkumu*

Průzkum se týkal rodičů dětí prvního i druhého stupně základní školy. Věk dětí se pohyboval mezi 7 až 15 lety. Nejvíce dětí bylo ve věku 9 let.

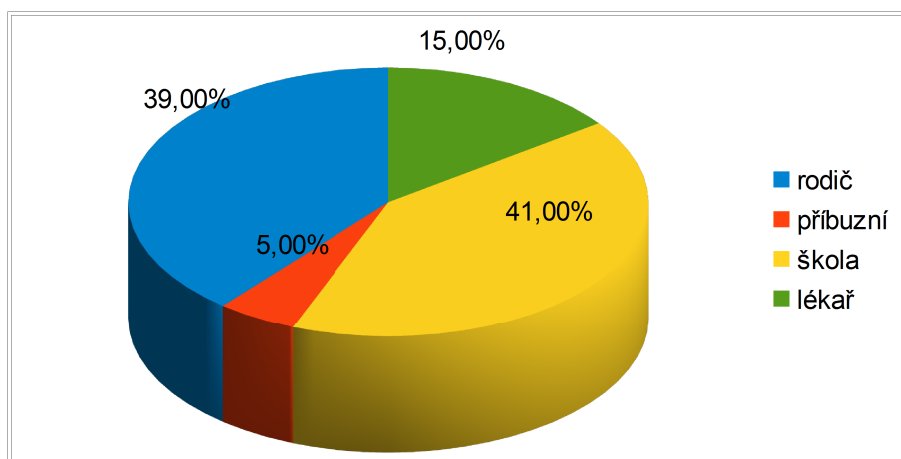


### **Položka č. 5:**

*Kdo pojal jako první podezření, že se u Vašeho dítěte jedná o ADHD?*

*Tabulka 5: Kdo pojal podezření na ADHD*

Podezření na ADHD pojal jako první	Celkový počet	%
rodič	16	39,00%
příbuzní	2	5,00%
škola	17	41,00%
lékař	6	15,00%



*Graf 5: Kdo pojal podezření na ADHD*

V 17 případech pojala jako první podezření, že se u dítěte jedná o ADHD škola, v 16 případech rodič dítěte, lékař upozornil na tuto poruchu v 6 případech, příbuzní ve dvou případech.

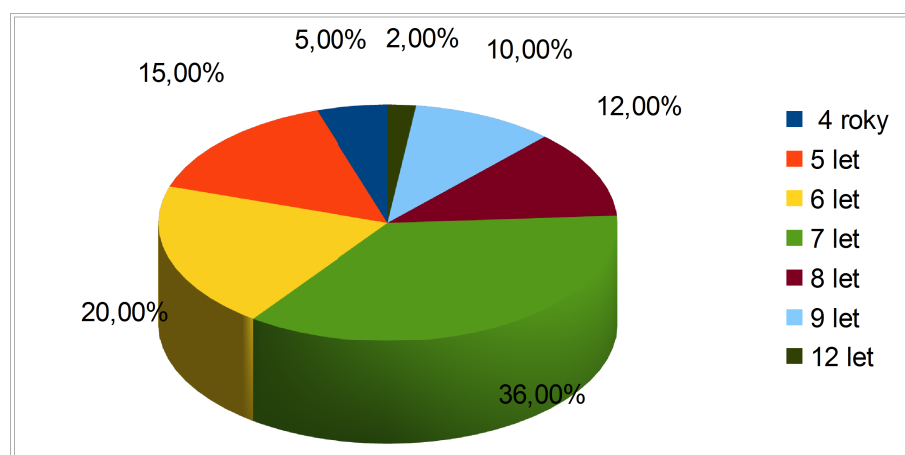
Nejčastěji odhalili symptomy ADHD u dítěte pedagogové. To souvisí pravděpodobně s faktem, že symptomy ADHD způsobují největší obtíže právě ve školním prostředí, kde je vyžadována koncentrovanost na výuku a dodržování pravidel, což je pro děti s ADHD obtížnější než pro děti intaktní. Pedagogové získávají v této problematice stále více informací a nepovažují již symptomy ADHD za pouhé „zlobení“ dítěte nebo jeho špatnou výchovu v rodině.

## Položka č. 6:

*V kolika letech byla porucha ADHD u Vašeho dítěte diagnostikována?*

*Tabulka 6: Věk dítěte v době zjištění ADHD*

Porucha ADHD byla diagnostikována ve věku	Celkový počet	%
4 roky	2	5,00%
5 let	6	15,00%
6 let	8	20,00%
7 let	15	36,00%
8 let	5	12,00%
9 let	4	10,00%
12 let	1	2,00%



*Graf 6: Věk dítěte v době zjištění ADHD*

Ve věku 4 let byly diagnostikovány 2 děti, v 5 letech 6 dětí, v 6 letech 8 dětí, v 7 letech 15 dětí, v 8 letech 5 dětí, v 9 letech 4 děti a ve 12 letech 1 dítě.

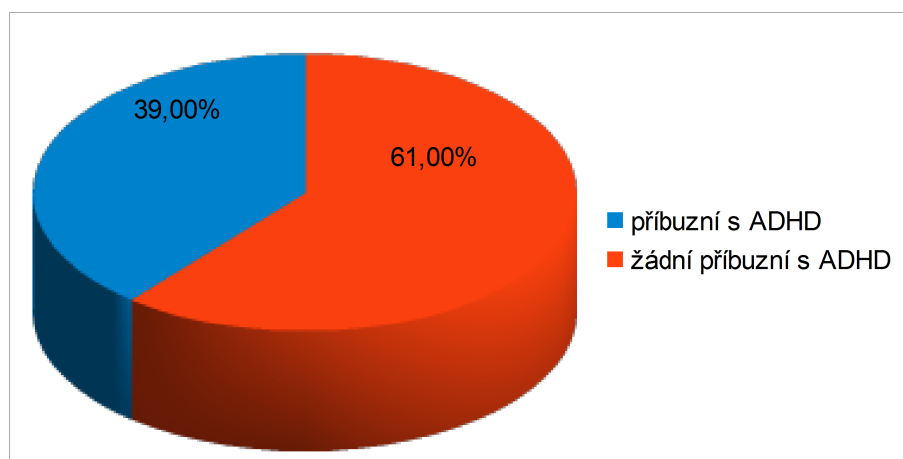
Z průzkumu vyplývá, že nejvíce dětí, dohromady 56 % bylo diagnostikováno ve věku 6 až 7 let, tedy v období jejich nástupu na základní školu. Je to doba velkých nároků na dítě, kdy se začínají ve větší míře projevovat obtíže související s poruchou ADHD. S tím také korespondují výsledky položky č. 5, kde jsme zjistili, že nejčastěji pojali jako první podezření na tuto poruchu učitelé, a to v 17 případech.

### **Položka č. 7:**

*Máte mezi příbuznými někoho, kdo má poruchu ADHD?*

*Tabulka 7: Příbuzní s ADHD*

Přítomnost příbuzných s ADHD	Celkový počet	%
Příbuzní s ADHD	16	39,00%
Žádní příbuzní s ADHD	25	61,00%



*Graf 7: Příbuzní s ADHD*

Na tuto otázku odpovědělo 25 respondentů (61 %) záporně a 16 respondentů (39 %) kladně.

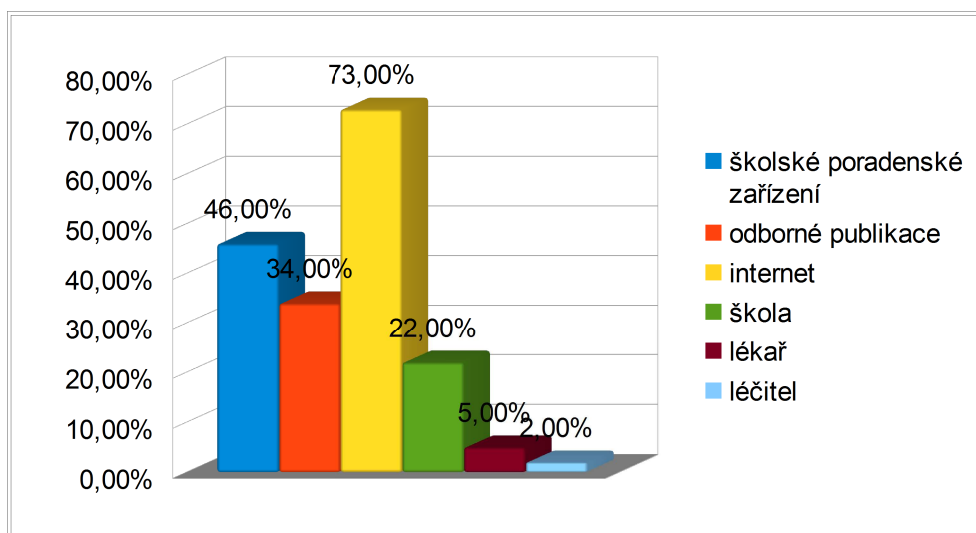
Výzkumy odborníků dokazují, že porucha ADHD se často vyskytuje v jedné rodině ve více případech, velmi často ji má v rodině otec a syn, ale výsledek našeho průzkumu neukazuje tuto souvislost tak jednoznačně. Může to být způsobeno skutečností, že v dřívějších letech nedocházelo k diagnostikování ADHD tak často jako nyní, nebo symptomy této poruchy mohly být mylně přisuzovány jiným příčinám, než je ADHD.

### **Položka č. 8:**

*Z jakého zdroje jste čerpal/a informace o problematice ADHD?*

*Tabulka 8: Zdroje informací o ADHD*

Zdroj informací o ADHD	Celkový počet	%
Školské poradenské zařízení	19	46,00%
Odborné publikace	14	34,00%
Internet	30	73,00%
Škola	9	22,00%
Lékař	2	5,00%
Léčitel	1	2,00%



*Graf 8: Zdroje informací o ADHD*

U této položky měli respondenti možnost zvolit jednu nebo více odpovědí, neboť lze předpokládat, že informace o problematice ADHD získávali z několika různých zdrojů. Většina respondentů vybrala jeden až tři zdroje informací. Nejčastěji získávali informace prostřednictvím internetu (30 respondentů), dále rodičům radila školská poradenská zařízení (19 respondentů), rodiče také četli odborné publikace (14 respondentů). Devět respondentů uvádí jako zdroj svých informací školu, dva respondenti byli informováni

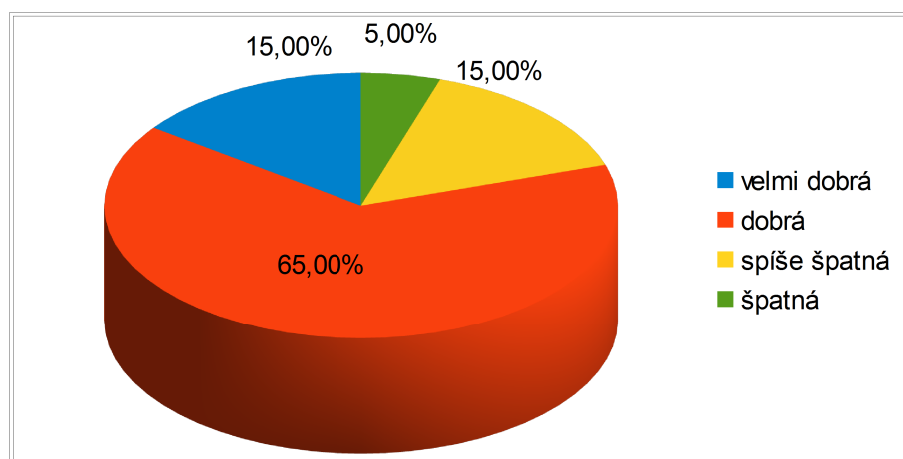
lékaři a jeden respondent léčitelem. Zarážející je velmi nízké procento (5 %) informací získaných od lékařů.

**Položka č. 9:**

*Domníváte se, že Vaše informovanost o této problematice je velmi dobrá, dobrá, spíše špatná, špatná?*

*Tabulka 9: Subjektivní informovanost rodičů*

Rodiče se domnívají, že jejich informovanost o ADHD je	Celkový počet	%
velmi dobrá	6	15,00%
dobrá	27	65,00%
spíše špatná	6	15,00%
špatná	2	5,00%



*Graf 9: Subjektivní informovanost rodičů*

Z celkového počtu 41 respondentů je 33 z nich (73 %) přesvědčeno o tom, že jejich informovanost o ADHD je dobrá nebo velmi dobrá. Jen 8 respondentů se domnívá, že jejich informovanost je spíše špatná nebo špatná.

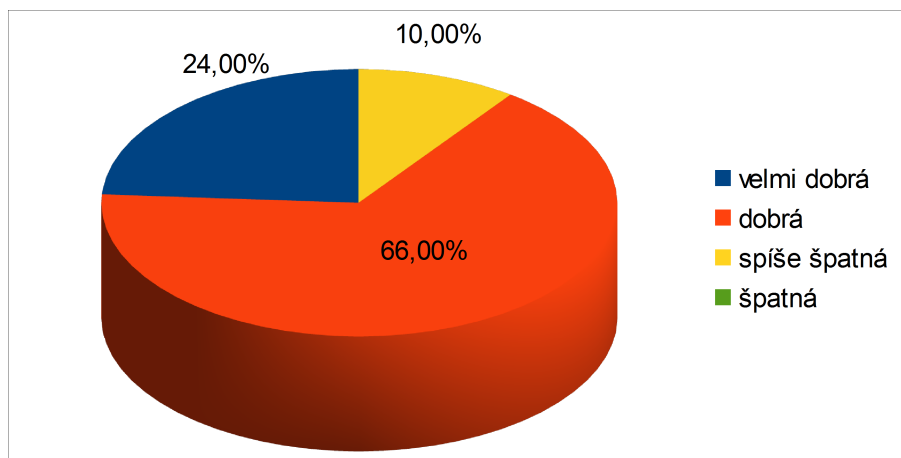
Objektivní zhodnocení informovanosti rodičů jsme provedli využitím standardizovaného dotazníku KADDS při ověřování stanovených hypotéz.

### **Položka č. 10:**

*Jak byste charakterizoval/a Vaši spolupráci se školou?*

*Tabulka 10: Spolupráce se školou*

Rodiče se domnívají, že spolupráce se školou je	Celkový počet	%
velmi dobrá	10	24,00%
dobrá	27	66,00%
spíše špatná	4	10,00%
špatná	0	0,00%



*Graf 10: Spolupráce se školou*

Až 37 rodičů (90 %) je spokojených nebo velmi spokojených s tím, jak škola a rodina spolupracují při řešení problémů spojených s ADHD jejich dětí. Jen 4 rodiče ( 10 %) se domnívají, že spolupráce se školou je spíše špatná. Žádný rodič nevedl, že spolupráce se školou je špatná. To je velmi pozitivní výsledek.

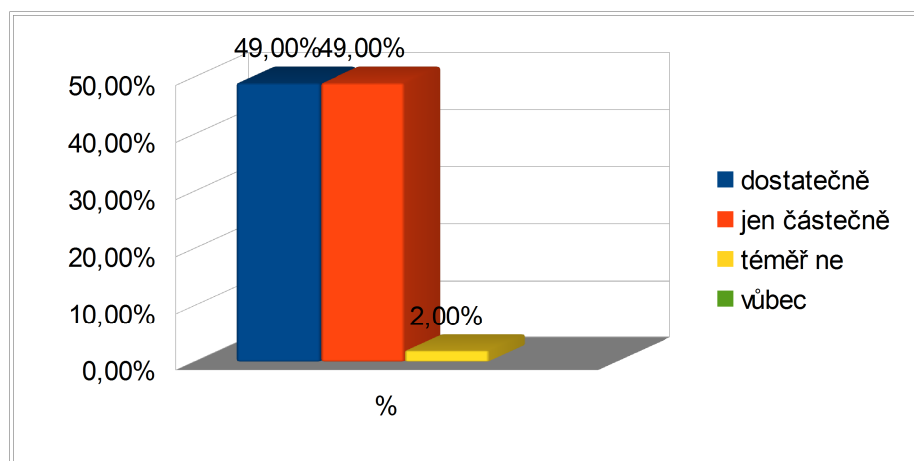
Vyplývá pravděpodobně z toho, že informovanost o problematice ADHD se zlepšuje jak mezi laickou veřejností, tak především mezi pedagogy, kteří zvládají stále lépe přímou pedagogickou činnost s těmito dětmi i komunikaci a spolupráci s jejich rodiči. Proto jsou rodiče v našem zkoumaném vzorku se spoluprací se školou převážně spokojeni.

### **Položka č. 11:**

*Domníváte se, že učitelé tolerují problémy Vašeho dítěte související s poruchou ADHD?*

*Tabulka 11: Tolerance problémů ze strany učitelů*

Učitelé tolerují problémy spojené s ADHD	Celkový počet	%
dostatečně	20	49,00%
jen částečně	20	49,00%
téměř ne	1	2,00%
vůbec	0	0,00%



*Graf 11: Tolerance problémů ze strany učitelů*

Tato položka souvisí těsně s položkou č. 10. Na otázku odpovědělo 20 respondentů tak, že učitelé tolerují problémy jejich dětí dostatečně a dalších 20 respondentů se domnívá, že škola toleruje problémy jejich dětí jen částečně. Pouze jeden respondent je přesvědčen o tom, že učitelé problémy jejich dětí téměř netolerují a žádný respondent nevedl, že učitelé netolerují problémy jejich dítěte vůbec. Tedy celých 98 % rodičů je přesvědčených, že škola dostatečně nebo alespoň částečně toleruje problémy jejich dětí spojených s ADHD.

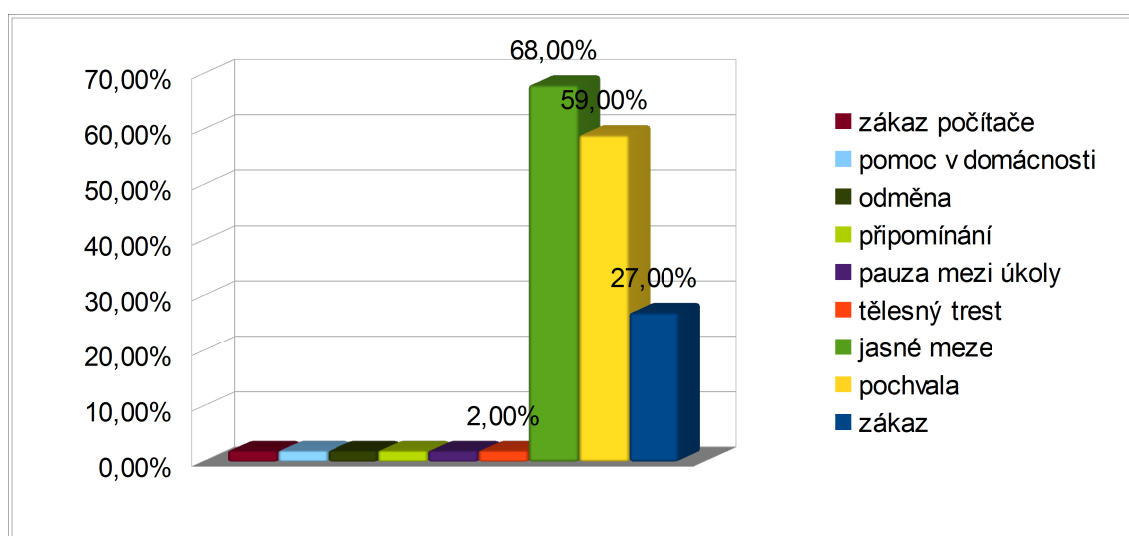
Výsledky položky č. 11 korespondují s výsledky položky č. 10.

## Položka č. 12:

*Které metody výchovy se Vám u dítěte osvědčily?*

*Tabulka 12: Metody výchovy dětí s ADHD*

Osvědčené metody výchovy dětí s ADHD	Celkový počet	%
zákaz	11	27,00%
tělesný trest	1	2,00%
pochvala	24	59,00%
jasné meze	28	68,00%
zákaz počítače	1	2,00%
pomoc v domácnosti	1	2,00%
odměna	1	2,00%
připomínání	1	2,00%
pauza mezi úkoly	1	2,00%



*Graf12: Metody výchovy dětí s ADHD*

Tato položka byla polouzavřená a respondenti si mohli vybrat jednu nebo více odpovědí z nabídky: zákaz, tělesný trest, pochvala a jasné meze, případně doplnit další metody, které při výchově svých dětí používají. Jako další metody uvedli respondenti: pomoc v domácnosti, zákaz počítače, odměnu, připomínání a pauzu mezi úkoly.



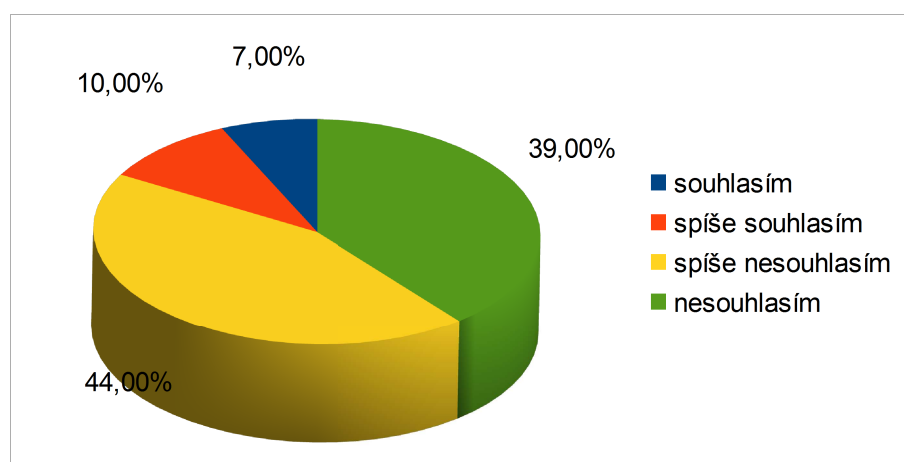
Nejčastěji označovanou metodou bylo vymezení jasných mezí (28 respondentů). Na druhém místě v četnosti používaných výchovných metod se objevila pochvala (24 respondentů) a na třetím místě zákaz (11 respondentů). Z toho můžeme usuzovat, že se rodiče skutečně snaží získat co nejvíce informací o dané problematice a proto používají při výchově svých dětí objektivně velice vhodné metody. Například tělesný trest se v dotazníku objevil jen v jednom případě.

### **Položka č. 13:**

*Jaký je Váš názor na užívání léků na tuto poruchu?*

*Tabulka 13: Postoj rodičů k medikaci*

S užíváním léků na tuto poruchu	Celkový počet	%
souhlasím	3	7,00%
spíše souhlasím	4	10,00%
spíše nesouhlasím	18	44,00%
nesouhlasím	16	39,00%



*Graf 13: Postoj rodičů k medikaci*

Naprostá většina námi oslovených rodičů odmítá užívání léků ke zmírnění obtíží souvisejících s ADHD jejich dětí. Z celkového počtu 41 respondentů souhlasí s medikací 3 respondenti a 4 s ní spíše souhlasí. 18 respondentů spíše nesouhlasí 16 respondentů nesouhlasí vůbec.

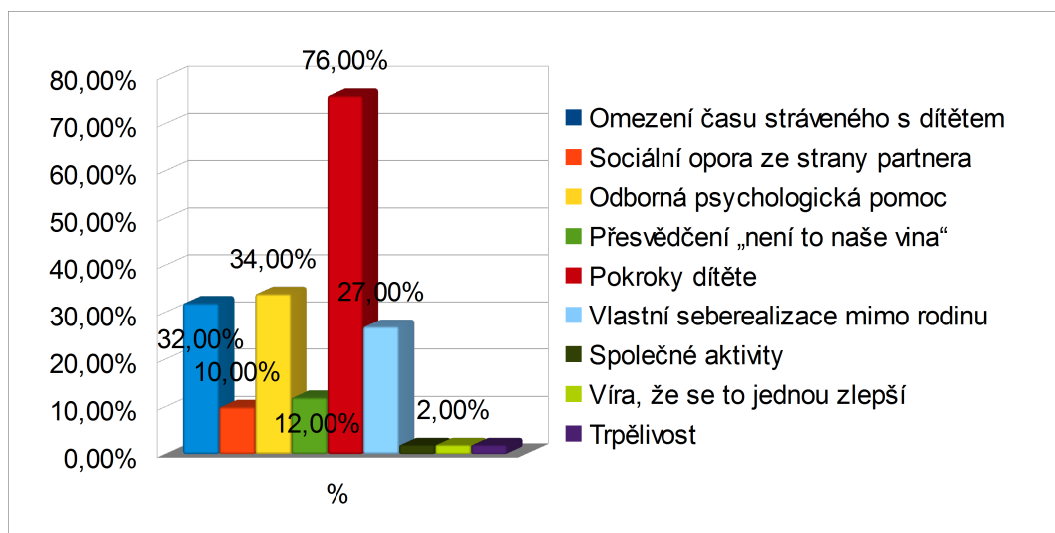
Můžeme se domnívat, že rodiče nechtějí zatěžovat své děti trvalým užíváním léků a obávají se negativních vedlejších účinků. Projevy ADHD u jejich dítěte také nemusejí být tak výrazné, aby považovali užívání léků za nezbytné. Případně s nimi mají negativní osobní zkušenosti, kdy při léčbě jejich dítěte byl použit nevhodný preparát, jenž neměl na projevy ADHD jejich dítěte žádný pozitivní vliv. Dále to ale může být také způsobeno špatnou informovaností rodičů o možnostech medikamentózní léčby ADHD, nebo jejich špatnou informovaností o problematice ADHD vůbec. Na možnou souvislost mezi informovaností rodičů o ADHD a jejich postojem k užívání léků na tuto poruchu se zaměřujeme ve třetí hypotéze.

**Položka č. 14:**

*Co Vám pomáhá zvládat obtížné situace související s ADHD Vašeho dítěte?*

*Tabulka 14: Zdroje pomoci v obtížných situacích*

Pomoc při zvládnání obtížných situací	Celkový počet	%
Omezení času stráveného s dítětem	13	32,00%
Sociální opora ze strany partnera	10	10,00%
Odborná psychologická pomoc	14	34,00%
Přesvědčení „není to naše vina“	5	12,00%
Pokroky dítěte	31	76,00%
Vlastní seberealizace mimo rodinu	11	27,00%
Společné aktivity	1	2,00%
Víra, že se to jednou zlepší	1	2,00%
Trpělivost	1	2,00%



Graf 14: Zdroje pomoci v obtížných situacích

Tato otázka byla formulována jako polouzavřená a respondenti vybírali jednu nebo více možností. Měli na výběr z těchto odpovědí: omezení času stráveného s dítětem (škola, kroužky, sportovní oddíly, pomoc prarodičů), sociální opora ze strany partnera, odborná psychologická pomoc, přesvědčení „není to naše vina“, pokroky dítěte, vlastní seberealizace mimo rodinu (zaměstnání, sport, koníčky), jiný zdroj. Jako jiný zdroj uvedli rodiče společné aktivity, víru v to, že se to jednoulepší a trpělivost.

Nejvíce respondentům uvedlo, že jim pomáhají pokroky dítěte (31), jako další zdroje podpory uvádějí odbornou psychologickou pomoc (14), omezení času stráveného s dítětem (13) a vlastní seberealizaci mimo rodinu (11). Jak jsme uvedli v teoretické části této práce, péče o dítě s poruchou ADHD je v mnoha ohledech náročnější než péče o dítě in-taktní. Přináší rodičům mnoho obtížných situací, negativních postojů okolí k jejich dítěti i k nim samotným a proto je nutné, aby čerpali síly z různých zdrojů.

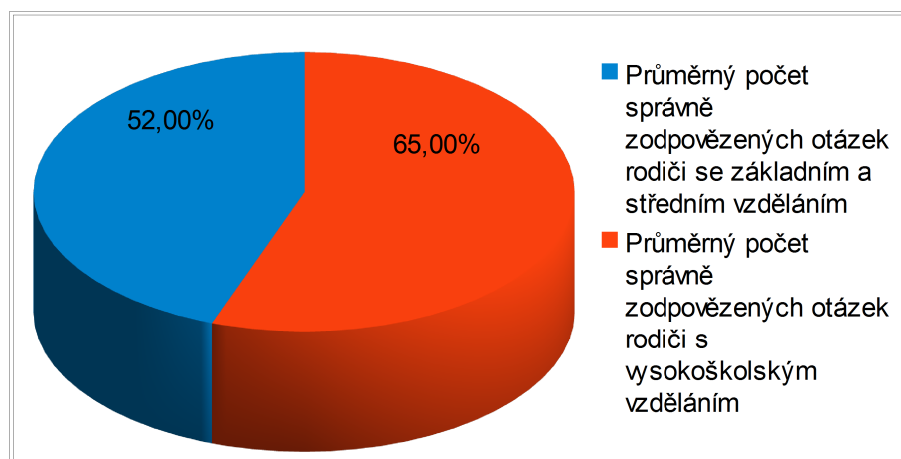
## 11.1 Vyhodnocení hypotéz

**H1:** Vysokoškolsky vzdělaní rodiče jsou lépe informovaní o problematice ADHD než rodiče s nižším stupněm vzdělání.

### Výsledky dotazníku KADDS

Tabulka 15: Průměrné výsledky v dotazníku KADDS

Průměrný počet správně zodpovězených otázek	Celkový počet	%
Rodiče s vysokoškolským vzděláním	15	65,00%
Rodiče se středoškolským vzděláním	12	52,00%



Graf 15: Průměrné výsledky v dotazníku KADDS

Data pro ověření hypotézy pocházejí z modifikovaného dotazníku KADDS. Vysokoškolsky vzdělaní rodiče měli průměrně 15 správných odpovědí (65 %), zatímco rodiče se středním a základním vzděláním měli průměrně 12 správných odpovědí (52 %).

Můžeme předpokládat, že vysokoškolsky vzdělaní rodiče jsou více zvyklí vyhledávat informace z různých zdrojů a zároveň získané informace také lépe zpracovat a využít.

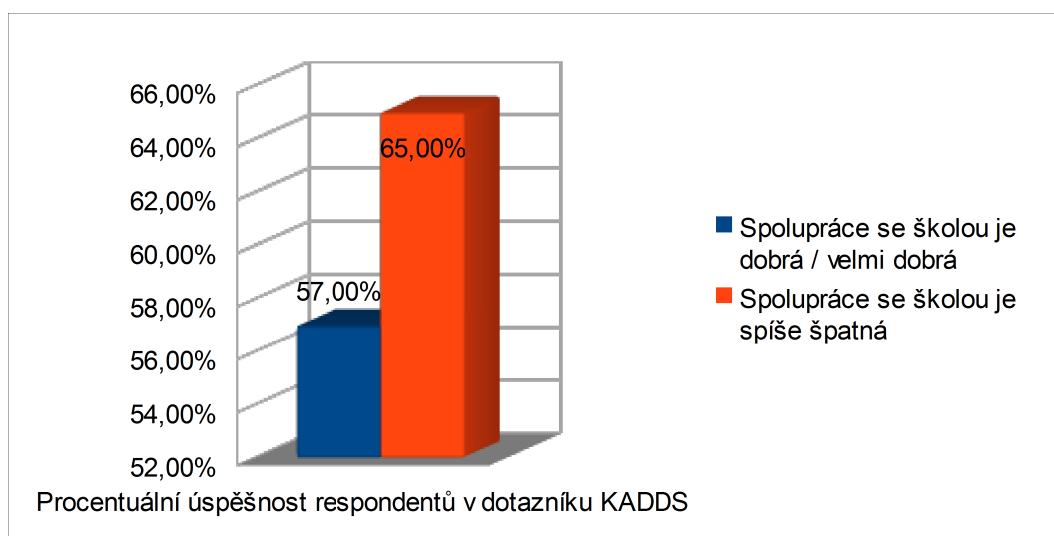
Ačkoliv procentuální rozdíl v úspěšnosti při vyplňování dotazníku mezi vysokoškolsky vzdělanými rodiči a ostatními rodiči nebyl příliš velký, hypotéza byla dokázána.

**Hypotéza byla verifikována**

**H2: Více informovaní rodiče spolupracují lépe se školou než méně informovaní rodiče.**

*Tabulka 16: Spolupráce rodičů se školou z hlediska výsledků v KADDS*

Úspěšnost v dotazníku KADDS	Průměrný počet správných odpovědí	%
rodičů považujících spolupráci se školou za dobrou nebo velmi dobrou	13	57,00%
rodičů považujících spolupráci se školou za spíše špatnou	15	65,00%



*Graf 16: Spolupráce rodičů se školou z hlediska výsledků v KADDS*

Tato hypotéza se nepotvrdila. Respondenti, kteří hodnotili svou spolupráci se školou z hlediska jejich dětí s poruchou ADHD jako spíše špatnou, měli lepší výsledky v dotazníku KADDS než rodiče, kteří hodnotili svou spolupráci se školou jako dobrou nebo velmi dobrou. Jak ale ukazují výsledky 10. a 11. položky průzkumu, převažující většina rodičů je spokojena se spoluprací se školou i s ohleduplností vůči jejich dětem, takže skupina nespokojených respondentů byla velmi malá.

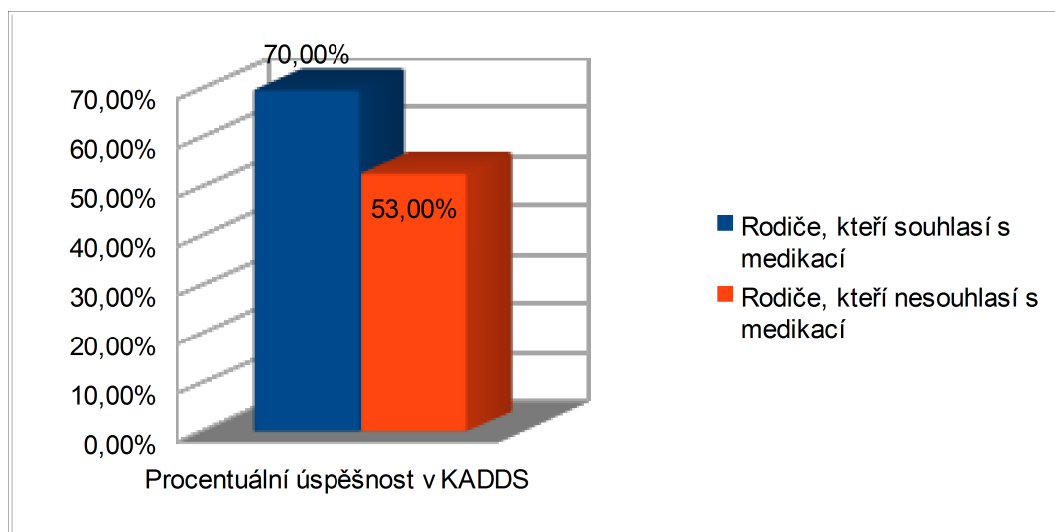
Tento výsledek můžeme přisuzovat větší náročnosti a kritičnosti dobře informovaných rodičů na péči o své dítě s danou poruchou. A naopak méně informovaní rodiče mohou být také méně nároční na péči o své děti s ADHD.

**Hypotéza byla falzifikována.**

**H3:** S užíváním léků na tuto poruchu souhlasí častěji více informovaní rodiče.

Tabulka 17: Postoj k medikaci ve vztahu k výsledkům v KADDS

Úspěšnost v dotazníku KADDS	Průměrný počet správných odpovědí	%
rodičů souhlasících s medikací	16	70,00%
rodičů nesouhlasících s medikací	12	53,00%



Graf 17: Postoj k medikaci ve vztahu k výsledkům v KADDS

Celkový počet respondentů, kteří souhlasí s medikací dětí s ADHD byl velmi nízký (viz graf 12). V České republice není užívání léků k potlačení symptomů ADHD zdaleka tak rozšířené, jak např. ve Spojených státech amerických nebo v zemích západní Evropy.

Nicméně hypotéza, že s užíváním těchto léků souhlasí častěji lépe informovaní rodiče se potvrdila. Jejich výsledky v dotazníku KADDS byly v průměru o 17 % lepší, než výsledky respondentů, kteří s medikací nesouhlasí. Z toho můžeme usuzovat, že pokud jsou rodiče dobře informovaní o poruše ADHD, mají pozitivnější postoj k terapii této poruchy pomocí léků.

**Hypotéza byla verifikována.**

## Závěr

V této práci jsme se zabývali problematikou poruchy ADHD u dětí školního věku z hlediska jejich rodičů. V teoretické části jsme provedli terminologické vymezení syndromu ADHD, popsali jsme možnou etiologii tohoto syndromu, epidemiologii a diagnostiku. Dále jsme se zabývali projevy této poruchy v jednotlivých etapách lidského života a především možnostmi její terapie. V poslední kapitole teoretické části jsme uvedli, jak ovlivňuje porucha ADHD rodiny těchto dětí a jaké jsou možnosti získat o dané poruše informace.

V praktické části byly zpracovány výsledky dotazníkového šetření rodičů. Do pěti libereckých základních škol bylo distribuováno 60 dotazníků určených rodičům dětí s diagnostikovanou poruchou ADHD. Zpět se vrátilo 41 vyplněných dotazníků.

Mezi respondenty převažovaly matky nad otci v poměru 35:6. Zdá se tedy, péči o děti se stále ve větší míře věnují matky než otcové. Z těchto respondentů měli 2 základní vzdělání, 29 z nich mělo středoškolské vzdělání a 10 vysokoškolské vzdělání. Synové převažovali ve zkoumaném vzorku v poměru 33:8. Tento poměr odpovídá výsledkům našich i zahraničních studií, které uvádějí, že poměr mezi chlapci a dívkami se syndromem ADHD je asi 3 až 5:1. Věk těchto dětí se pohyboval mezi 7 až 15 lety, neboť průzkum byl zaměřen na žáky prvního i druhého stupně základní školy. Podezření, že se u dítěte jedná o syndrom ADHD pojali jako první nejčastěji učitelé a na druhém místě rodiče dítěte. Je nesporným faktem, že problémy s touto poruchou se projevují u dítěte obvykle nejvíce právě ve školním prostředí, které je náročné na udržení pozornosti dítěte a dodržování určitých pravidel. To je pro dítě s ADHD většinou obtížné. S tím také souvisí výsledek další položky, kde jsme zjistili, že nejvíce dětí bylo diagnostikováno v 6 a 7 letech, tedy v době nástupu na základní školu.

Jako důkaz poměrně dobré informovanosti rodičů o dané problematice můžeme vnímat jejich výchovný přístup ke svým dětem s diagnózou ADHD. Za nejvhodnější výchovné metody považují rodiče stanovení jasných mezí a pochvalu, na třetím místě pak zákaz. Tělesný trest uvedl jako nejúčinnější výchovnou metodu jen jeden rodič. Sami respon-

denti pak přidali jako další alternativy účinných výchovných metod připomínání, pauzu mezi úkoly a odměnu.

Nyní se zaměříme na výsledky hypotéz. První hypotéza, že vysokoškolsky vzdělaní rodiče jsou lépe informovaní o problematice ADHD, byla verifikována. Vysokoškolsky vzdělaní rodiče měli průměrně 65 % správných odpovědí a respondenti se základní nebo střední školou 52 %. Můžeme předpokládat, že vysokoškolsky vzdělaní rodiče jsou více zvyklí získávat samostatně informace z různých zdrojů a také je efektivně využívat. Pokud srovnáme subjektivní názor respondentů na úroveň svých znalostí o ADHD, je výrazně vyšší než jsou skutečné znalosti, ověřené standardizovaným dotazníkem KADDS. Přesto jejich výsledky nejsou špatné a je evidentní, že se většina těchto rodičů snaží o problematice ADHD nějaké informace zjistit. V dnešní době není překvapivé, že nejvíce rodičů získává tyto informace prostřednictvím internetových stránek. Ty jsou pro většinu lidí snadno dostupné, nemusejí být ale zcela spolehlivé. Zde bylo zajímavé zjištění, že lékaři poskytli informace jen 2 respondentům a to jistě není správné.

Druhá hypotéza předpokládá, že více informovaní rodiče spolupracují lépe se školou než méně informovaní rodiče. Tato hypotéza se nepotvrdila. Ačkoli většina rodičů z průzkumného vzorku považovala svoji spolupráci se školou za dobrou, ti, kteří nebyli s touto spoluprací spokojeni, měli lepší výsledky v dotazníku KADDS. Tento fakt může být zapříčiněn tím, že rodiče, kteří se více informují o dané problematice, mají vyšší nároky i na přístup školy k jejich dítěti a naopak, rodiče, kteří se příliš nezajímají o tuto problematiku, mají na školu nižší nároky.

Přesto vyznívají výsledky průzkumu z hlediska spolupráce rodičů se školou velmi optimisticky. Většina rodičů považuje svou spolupráci se školou, kterou navštěvují jejich děti za dobrou nebo velmi dobrou. Také toleranci učitelů vůči problémům dětí s poruchou ADHD vnímají jako dostatečnou nebo alespoň částečnou. Z toho vyplývá, že i pedagogové rozšiřují své vědomosti o problematice ADHD a vynakládají velké úsilí, aby žákům s diagnostikovanou poruchou ADHD co nejvíce prospěli. Otázkou zůstává, jestli společné úsilí rodičů a pedagogů může stačit k odstranění negativních projevů ADHD u těžších případů této poruchy.



Poslední hypotéza se zaměřovala na postoj rodičů k medikaci dítěte s ADHD v souvislosti s jejich informovaností o dané poruše. Názor většiny respondentů k užívání léků ke zmírnění projevů této poruchy byl naprosto odmítavý. Celých 83 % respondentů spíše nesouhlasí nebo nesouhlasí s užíváním léků u svých dětí.

Nabízí se otázka, co tento postoj způsobuje. Může se jednat o předsudek, že tyto léky slouží k utlumení dítěte, které po něm bude jen apatické. Mnoho lidí také odmítá obecně užívání jakýchkoli léků, protože se obávají jejich vedlejších účinků. Odmítavý názor rodičů může být zapříčiněn také tím, že jejich dítě bylo medikováno nevhodným lékem, jehož účinky dítěti vůbec nepomohly a rodiče nechtějí zkoušet jiné preparáty. Všechny tyto argumenty jsou ale způsobeny především nedostatečnou informovaností rodičů o všech možnostech léčby. Účinné moderní léky, které jsou na trhu v posledních několika letech, jsou totiž zároveň finančně náročné a někteří dětské psychiatry je nechtějí předepisovat. Potom může dojít k tomu, že je dítě medikováno nesprávně a rodiče získají mylný dojem, že léky na ADHD neúčinkují.

Nicméně tato hypotéza byla verifikována, neboť rodiče dětí, kteří s medikací souhlasí, měli výrazně lepší výsledky v dotazníku KADDS. Z toho vyplývá, že pokud jsou rodiče dobře informovaní o všech aspektech syndromu ADHD, nezavrhují možnost medikamentózní léčby této poruchy. Tam, kde výchova nestačí, je zapotřebí využít možnosti medikace.

## Navrhovaná opatření

Z výsledků průzkumu jasně vyplývá, že informovanost rodičů o problematice ADHD je velmi důležitá pro to, aby rodiče dokázali k poruše svého dítěte zaujmout správné stanovisko, aby se s ní dokázali vyrovnat a uměli vyhodnotit všechny možnosti, které mohou být pro zdárný vývoj jejich dítěte s poruchou ADHD prospěšné.

Ačkoli je zřejmé, že rodiče se ve většině případů o problematiku ADHD zajímají, zdroje jejich informací nemusejí být zcela spolehlivé. Nejčastěji uváděným zdrojem informací je internet a nejméně častým zdrojem je lékař. Zde by bylo na místě, aby **lékaři (a především dětské psychiatři) poskytovali rodičům daleko více informací o dané poruše** a také o možnostech její léčby. Setkáváme se s tím, že rodič si zjišťuje informace o možnostech léčby na internetu a potom se snaží přesvědčit lékaře, aby poskytl dítěti odpovídající léky. Není to způsobeno jen neoborností rodičů, ale také často neochotou nebo nedostatkem času lékařů vysvětlit rodičům danou problematiku.

Dalším závažným problémem jsou možnosti školy z hlediska individuálního přístupu k dítěti s ADHD. Jak bylo uvedeno již v úvodu této práce, na každou třídu připadá statisticky jedno až dvě děti s poruchou ADHD. V běžných třídách základní školy se učí až 30 dětí. Za takových podmínek není možné věnovat se individuálně každému dítěti. Proto by byl velmi přínosný **nižší počet žáků ve třídě**. Nejde jen o děti trpící poruchou ADHD, ale o všechny děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Pokud je dnes prosazována inkluze ve vzdělávání, je třeba přizpůsobit podmínky školy tak, aby inkluze ve vzdělávání byla možná a prospěšná pro všechny děti, pro jejich rodiče i pro pedagogy. Zároveň by bylo přínosné, kdyby byl snadnější přístup škol ke **získání pedagogických asistentů** ve třídách, kde jsou integrované děti s ADHD. Domníváme se, že pro děti s jiným druhem zdravotního postižení nebo sociálního znevýhodnění je možnost získat pedagogické asistenty snadnější.

## Seznam použitých zdrojů

- BALAŠTÍKOVÁ, B., 2007. Vztahové problémy dětí s hyperkinetickým syndromem a jejich terapie. In: DRTÍLKOVÁ, ŠERÝ, et. al. *Hyperkinetická porucha/ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-419-5.
- BAUDYŠOVÁ, E., 2010. *Informovanost pedagogů o poruchách chování*. [on line]. [vid. 22. 11. 2014]. Dostupné na internetu: <http://knihovnaopac.tul.cz/externalResources/theses/17493?type=0&individualBuildingCatalogsEnabled=false>
- CENTRUM PRO RODINU A SOCIÁLNÍ PÉČI. [on line]. [vid. 25. 8. 2014]. Dostupné na internetu: <http://crsp.cz/>
- DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O., et al., 2007. *Hyperkinetická porucha/ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-419-5.
- GAVORA, P., 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- HALLOWELL, E. M., RATEY, J. J., 2007. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. 1. vyd. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-154-5.
- HEŘT, J., 2010. Alternativní medicína ve školství? *Speciální pedagogika*, roč. 20, č. 3., s. 169–191. ISSN 1211-2720.
- JENETT, W., 2013. *ADHD: 100 typů pro rodiče a učitele*. 1. vyd. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0158-6.
- JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2007. *Metody práce s dětmi s LMD (ADHD/ADD) především pro učitele a vychovatele*. 2. vyd. Praha: D + H. ISBN 978-80-903-869-1-4.
- JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2472697-7.

- KOLČÁRKOVÁ, I., LACINOVÁ, L., 2008. *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu – Barrister & Principal. ISBN 978-80-87029-47-3.
- MALÁ, E., 2000. Poruchy chování a emocí. In: HORT, V., et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9.
- MERTIN, V., KREJČOVÁ, L., et al., 2013. *Problémy s chováním ve škole – jak na ně: individuální výchovný plán*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7478-026-4.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: duševní poruchy a poruchy chování*. 1992. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-37-9: 45.00.
- MICHALOVÁ, Z., 2011. *ADD/ADHD v kontextu poruch chování*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-733-8.
- MUNDEN, A., ARCELUS, J., 2008. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-430-4.
- PACLT, I., et al., 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1426-4.
- PTÁČEK, R., 2007. Psychodiagnostika hyperkinetického syndromu (ADHD) u dětí. In: PACLT, I., et. al., 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1426-4.
- RIEFOVÁ, S. F., 2007. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: Praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-257-7.
- SWIERKOSZOVÁ, J., 2006. *Specifické poruchy chování*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. ISBN 80-7368-238-9.
- TRAIN, A., 1997. *Specifické poruchy chování a pozorování*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-131-2.

Vyhláška Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. 73/2005 Sb, O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In Sbírka zákonů č. 73/2005, částka 20, s. 503–508. Dostupné na internetu: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>.

Zákon 561/2004. Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In Sbírka zákonů 561/2004. částka 190 s. 10267–10268. Dostupné na internetu: <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>.

ZELINKOVÁ, O., 2003. *Poruchy učení*. 10., zcela přepracované a rozšířené vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-800-7.

ZELINKOVÁ, O., 2007. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-326-0.

## **Seznam příloh**

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Ukázka vyplněného dotazníku

Příloha C – Kazuistika chlapce s hyperkinetickou poruchou

## Dotazník

Vážení rodiče,

chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Tato práce se snaží zmapovat informovanost rodičů dětí s ADHD o dané problematice. Průzkum je anonymní a dotazník slouží pouze pro účely této práce.

### 1. část: Údaje o respondentovi

1. Dotazník vyplňuje *otec*      *matka*
2. Uved'te, prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání  
*základní   úplné střední   vysokoškolské (titul)*
3. Vaše dítě s ADHD je *syn*      *dcera*
4. Jaký je věk Vašeho dítěte? .....
5. Kdo pojal jako první podezření, že se u Vašeho dítěte jedná o ADHD?  
*rodič   příbuzní (známí)   škola   lékař (jiný odborník)*
6. V kolika letech byla porucha ADHD u Vašeho dítěte diagnostikována? .....
7. Máte mezi příbuznými někoho, kdo má poruchu ADHD? .....
8. Z jakého zdroje jste čerpal/a informace o problematice ADHD?  
*školské poradenské zařízení   odborná publikace   internet   škola   jiný zdroj, uveďte jaký*
9. Domníváte se, že Vaše informovanost o této problematice je  
*velmi dobrá   dobrá   spíše špatná   špatná*
10. Jak byste charakterizoval/a Vaši spolupráci se školou?  
*velmi dobrá   dobrá   spíše špatná   špatná*
11. Domníváte se, že učitelé tolerují problémy Vašeho dítěte související s poruchou ADHD  
*dostatečně   jen částečně   téměř ne   vůbec*
12. Které metody výchovy se Vám u dítěte osvědčily?  
*zákaz   tělesný trest   pochvala   jasné meze   jiné .....*
13. Jaký je Váš názor na užívání léků na tuto poruchu?  
*souhlasím   spíše souhlasím   spíše nesouhlasím   nesouhlasím*
14. Co Vám pomáhá zvládat obtížné situace související s ADHD Vašeho dítěte?  
(Označte jednu nebo více možností)
  - *omezení času stráveného s dítětem (škola, kroužky, sportovní oddíly, pomoc prarodičů)*
  - *sociální opora ze strany partnera, ostatních maminek, rodičovských skupin, internetu*
  - *odborná psychologická pomoc*
  - *přesvědčení, „není to naše vina“*
  - *pokroky dítěte*
  - *vlastní seberealizace mimo rodinu (zaměstnání, sport, koníčky)*
  - *jiný zdroj, uveďte jaký .....*

## 2. část: Modifikovaný dotazník KADDS

Zakroužkujte u každé položky dotazníku jednu z možností: *ano*, je-li tvrzení pravdivé, *ne*, je-li tvrzení nepravdivé, pokud nevíte, nehádejte a označte položku *nevím*. Děkuji.

1.	Hlavními projevy ADHD jsou porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
2.	Děti s ADHD se často nechají rozptylovat vnějšími podněty.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
3.	ADHD je často důsledkem nevhodného výchovného působení rodičů.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
4.	Dítě s ADHD se typicky chová lépe v přítomnosti otce než v přítomnosti matky.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
5.	ADHD může být dědičná.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
6.	Jedním ze symptomů ADHD je fyzická krutost k ostatním lidem.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
7.	Mají-li děti s ADHD sedět, často se vrtí a ošívají.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
8.	Většina dětí z poruchy „vyroste“ a v dospělosti jsou bez obtíží.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
9.	Symptomy ADHD se musí projevovat alespoň ve dvou prostředích, např. ve škole a v rodině.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
10.	Je-li dítě s ADHD schopno se hodinu a více soustředěně věnovat hraní počítačových her, pak je schopno se stejně dlouho soustředěně věnovat i školní práci a plnění svých úkolů.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
11.	Diety s omezením cukru a potravinových aditiv jsou při redukci symptomů ADHD účinné.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
12.	Diagnóza ADHD je důvodem k zařazení dítěte do speciální školy.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
13.	Děti s ADHD mají často potíže s organizací a plněním svých úkolů.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
14.	ADHD se u dětí školního věku vyskytuje stejně často u dívek i u chlapců.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
15.	U velmi malých dětí (mladších čtyř let) se chování dětí s ADHD výrazně liší od chování vrstevníků bez ADHD.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
16.	Děti s ADHD se výrazně odlišují ve výuce než ve volnočasových aktivitách.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
17.	Většina dětí s ADHD selhává ve školní práci.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
18.	I děti bez ADHD pocházející z nevhodného rodinného prostředí mohou vykazovat symptomy odpovídající symptomu ADHD.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
19.	Péče o děti s ADHD zaměřená především na tresty je při omezení symptomů poruchy nejúčinnější.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
20.	Děti s ADHD mají více problémů v nových než v běžných situacích.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
21.	Pro děti s ADHD je typické vysoké sebehodnocení a sebeúcta.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
22.	Je-li odborná péče o dítě s ADHD ukončena, pak se symptomy poruchy vracejí jen výjimečně.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
23.	Nejúčinnější v péči o dítě s ADHD je kombinace speciálně pedagogického přístupu učitele, poučeného přístupu rodičů a medikace dítěte.	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>



# Dotazník

Vážený rodiče,

chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Tato práce se snaží zmapovat informovanost rodičů dětí s ADHD o dané problematice. Průzkum je anonymní a dotazník slouží pouze pro účely této práce.

## 1. část: Údaje o respondentovi

- Dotazník vyplňuje *otec* matka
- Uveďte, prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání  
*základní* úplné střední *vysokoškolské (titul)*
- Vaše dítě s ADHD je syn *dcera*
- Jaký je věk Vašeho dítěte? *9*.....
- Kdo pojal jako první podezření, že se u Vašeho dítěte jedná o ADHD?  
rodič *příbuzní (známi) škola lékař (jiný odborník)*
- V kolika letech byla porucha ADHD u Vašeho dítěte diagnostikována? *4*.....
- Máte mezi příbuznými někoho, kdo má poruchu ADHD? *ANO...BRÁTRA*
- Z jakého zdroje jste čerpal/a informace o problematice ADHD?  
*školské* poradenské zařízení *odborná publikace* internet *škola jiný zdroj, uveďte jaký*
- Domníváte se, že Vaše informovanost o této problematice je  
*velmi dobrá dobrá* spíše špatná *špatná*
- Jak byste charakterizoval/a Vaši spolupráci se školou?  
velmi dobrá *dobrá* *spíše špatná* *špatná*
- Domníváte se, že učitelé tolerují problémy Vašeho dítěte související s poruchou ADHD  
dostatečně *jen částečně téměř ne vůbec*
- Které metody výchovy se Vám u dítěte osvědčily?  
zákaz *tělesný trest* pochvala *jasné meze jiné* *MOTIVACE, PAUZA MEZI ÚKOLY*
- Jaký je Váš názor na užívání léků na tuto poruchu?  
*souhlasím spíše souhlasím spíše nesouhlasím* nesouhlasím
- Co Vám pomáhá zvládat obtížné situace související s ADHD Vašeho dítěte?  
(Označte jednu nebo více možností)
  - omezení času stráveného s dítětem (škola, kroužky, sportovní oddíly, pomoc prarodičů)*
  - sociální opora ze strany partnera, ostatních maminek, rodičovských skupin, internetu*
  - odborná psychologická pomoc*
  - přesvědčení, „není to naše vina“*
  - pokroky dítěte*
  - vlastní seberealizace mimo rodinu (zaměstnání, sport, koníčky)*
  - jiný zdroj, uveďte jaký* *TRPĚLIVOST*

## 2. část: Modifikovaný dotazník KADDS

Zakroužkujte u každé položky dotazníku jednu z možností: *ano*, je-li tvrzení pravdivé, *ne*, je-li tvrzení nepravdivé, pokud nevíte, nehádejte a označte položku *nevím*. Děkuji.

1.	Hlavními projevy ADHD jsou porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita.	<u>ano</u>	ne	nevím
2.	Děti s ADHD se často nechají rozptylovat vnějšími podněty.	<u>ano</u>	ne	nevím
3.	ADHD je často důsledkem nevhodného výchovného působení rodičů.	ano	<u>ne</u>	nevím
4.	Dítě s ADHD se typicky chová lépe v přítomnosti otce než v přítomnosti matky.	ano	<u>ne</u>	nevím
5.	ADHD může být dědičná.	ano	ne	<u>nevím</u>
6.	Jedním ze symptomů ADHD je fyzická krutost k ostatním lidem.	ano	<u>ne</u>	nevím
7.	Mají-li děti s ADHD sedět, často se vrtí a ošívají.	<u>ano</u>	ne	nevím
8.	Většina dětí z poruchy „vyroste“ a v dospělosti jsou bez obtíží.	<u>ano</u>	ne	nevím
9.	Symptomy ADHD se musí projevovat alespoň ve dvou prostředích, např. ve škole a v rodině.	ano	<u>ne</u>	nevím
10.	Je-li dítě s ADHD schopno se hodinu a více soustředěně věnovat hraní počítačových her, pak je schopno se stejně dlouho soustředěně věnovat i školní práci a plnění svých úkolů.	ano	<u>ne</u>	nevím
11.	Diety s omezením cukru a potravinových aditiv jsou při redukci symptomů ADHD účinné.	ano	<u>ne</u>	nevím
12.	Diagnóza ADHD je důvodem k zařazení dítěte do speciální školy.	ano	<u>ne</u>	nevím
13.	Děti s ADHD mají často potíže s organizací a plněním svých úkolů.	<u>ano</u>	ne	nevím
14.	ADHD se u dětí školního věku vyskytuje stejně často u dívek i u chlapců.	ano	ne	<u>nevím</u>
15.	U velmi malých dětí (mladších čtyř let) se chování dětí s ADHD výrazně liší od chování vrstevníků bez ADHD.	ano	ne	<u>nevím</u>
16.	Děti s ADHD se výrazně odlišují ve výuce než ve volnočasových aktivitách.	ano	<u>ne</u>	nevím
17.	Většina dětí s ADHD selhává ve školní práci.	ano	ne	<u>nevím</u>
18.	I děti bez ADHD pocházející z nevhodného rodinného prostředí mohou vykazovat symptomy odpovídající symptomu ADHD.	<u>ano</u>	ne	nevím
19.	Péče o děti s ADHD zaměřená především na tresty je při omezení symptomů poruchy neúčinnější.	ano	<u>ne</u>	nevím
20.	Děti s ADHD mají více problémů v nových než v běžných situacích.	<u>ano</u>	ne	nevím
21.	Pro děti s ADHD je typické vysoké sebehodnocení a sebeúcta.	ano	ne	<u>nevím</u>
22.	Je-li odborná péče o dítě s ADHD ukončena, pak se symptomy poruchy vracejí jen výjimečně.	ano	ne	<u>nevím</u>
23.	Nejúčinnější v péči o dítě s ADHD je kombinace speciálně pedagogického přístupu učitele, poučeného přístupu rodičů a medikace dítěte.	<u>ano</u>	ne	nevím

\* 302 MEDIKACE

\* 303  
PŘÍSTUP  
73246069

## Kazuistika chlapce s hyperkinetickou poruchou

Kazuistika vychází z materiálů pedagogicko-psychologické poradny a střediska výchovné péče, které poskytla chlapcova matka, a z rozhovorů s jeho matkou. Jméno i datum narození chlapce jsou smyšlené, aby byla zachována jeho anonymita.

Lukáš je narozen 10. 12. 2001 v Liberci. Ve věku 11 let mu byla diagnostikována hyperkinetická porucha. Od raného dětství má potíže s chováním ve školním i domácím prostředí. **Jeho školní výsledky jsou hluboko pod úrovní jeho schopností.**

Matka je narozena v roce 1965, je vdaná, má středoškolské vzdělání, pracovala jako projektantka, nyní je nezaměstnaná.. Vzájemný vztah s Lukášem má prý dobrý, ale nezbuzuje u Lukáše respekt, je příliš benevolentní. Matka udává partnerské neshody.

Otec je narozen v roce 1971, má vysokoškolské vzdělání, pracuje jako servisní programátor. Je velmi pracovně vytížen a domů jezdí jen několikrát do týdne. Lukáš otce respektuje víc než matku. Otec je dle matky vznětlivý.

Rodina spolupracuje s Poradnou pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, PPP Liberec.

Lukáš je třetí v řadě sourozenců. Má dva starší nevlastní sourozence. Sestra je narozena v roce 1988, bydlí v Praze, má samostatnou domácnost. Bratr je narozen v roce 1992. Ve společné domácnosti bydlí matka, otec, Lukáš a jeho starší bratr. Rodina bydlí v rodinném domě. Mezi Lukášovy zájmy patří počítač, koloběžka, nějaký čas docházel do kroužku horolezectví, ze kterého byl vyloučen pro svoji nespolehlivost při jištění druhých dětí.

Do mateřské školy nastoupil chlapec v 4,5 letech. První problémy nastaly již v této době. Lukáš byl hyperaktivní, nechtěl spát a ubližoval ostatním dětem. Na návrh mateřské školy byl **v šesti letech vyšetřen v pedagogicko-psychologické poradně.** V prostředí poradny se choval tiše a způsobně. Objevilo se slabé podezření na hyperkinetickou poruchu. Rodičům chlapce ale nebylo doporučeno, aby na tento problém upozorňovali základní školu, do které měl v následujícím školním roce nastoupit.

Jeho potíže na základní škole se rozvíjely postupně. Matka uvádí, že první závažnější problémy ve škole se objevily až **ve druhém pololetí 4. třídy.** Tomáš nerespektoval učitele, rušil, ubližoval dětem. Bral jim pomůcky, šťouchal je tužkou, schovával jim



učebnice. Postupně se zhoršilo jeho chování vůči autoritám. Zároveň se během prvního stupně výrazně zhoršily jeho studijní výsledky. Ačkoliv jeho intelekt byl v poradně vyhodnocen jako mírně nadprůměrný, **jeho studijní výsledky se během let školní docházky neustále zhoršují spolu s jeho chováním k vyučujícím i ke spolužákům.**

Na základě vyšetření v PPP mu bylo v 11 letech diagnostikováno *oslabení percepčních schopností a koncentrace pozornosti doprovázené psychomotorickým neklidem. Slovní zásoba odpovídá lepšímu průměru. Celkový aktuální intelektový výkon (WISC-III) se nachází v pásmu mírného nadprůměru, kde verbální složka nevýznamně převyšuje složku názorovou. Má nadprůměrné celkové vědomosti a praktické životní zkušenosti, dále abstraktně logické a konstruktivní myšlení a schopnost zobecnění. Vážnou asoci- ační schopnosti. Velmi rychle pochopil instrukci.*

**V polovině šestého ročníku absolvoval dobrovolný pobyt ve Středisku výchovné péče Čáp.** Zhruba dvouměsíční pobyt v tomto středisku mu nijak výrazně s chováním nepomohl, ale zhoršil se zde jeho prospěch. Na konci šestého ročníku dostal první nedostatečnou na vysvědčení a musel absolvovat opravnou zkoušku.

**Na začátku sedmého ročníku mu bylo PPP doporučeno zařazení do programu pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.** Poradna doporučila individuální integraci a individuální speciálně pedagogickou péči mimo vyučování. Jako nutnou uvedla *péči asistenta z důvodu individuálního vedení, kontroly a usměrňování chování, nabídky podpůrných opatření ve vyučování, korekce projevů agresivity, pozitivní podpory, motivace, důsledného vedení k dodržování pravidel a k jejich pochopení.*

Na straně učitelů byla doporučena *tolerance projevů dekoncentrace pozornosti, individuální vedení, podpora sebehodnocení, podpora adekvátní sebedůvěry a jistoty.* Dále bylo doporučeno *snížení počtu žáků dle možností základní školy.*

V této době, tedy **v necelých třinácti letech, také začal užívat první léky** ke zmírnění obtíží spojených s hyperaktivitou. Jednalo se o antidepresivum **setralin actavis**, který není primárně určen pro pacienty se syndromem ADHD. Matka udává mírné zlepšení projevů ADHD. Problém byl s pravidelností užívání těchto léků.

**V polovině sedmého ročníku** se jeho problémy vyhrotily natolik, že vedení školy doporučilo, aby přestoupil na jinou školu. Lukáš ale přestoupit nechtěl. Proto se rodiče rozhodli, že mu zajistí osobní asistentku, která mu má nejen pomáhat při práci ve škole, ale také pomoci s doučováním v předmětech, se kterými má Tomáš největší problémy.

Osobní asistentka (studentka pedagogické fakulty) pojala péči o Lukáše velmi zodpovědně. Připravovala mu materiály k doučování, dohlížela, aby si zapsal všechny úkoly, informovala písemně rodiče o tom, jak probíhala výuka a na co se má Lukáš do školy připravit. Přesto se zdálo, že péči o Lukáše nezvládne. Asistentka se cítila vyčerpaná a měla pocit, že energie, kterou do Lukáše investuje, se zcela míjí účinkem. Lukáš se při vyučování válel po lavici a neposlouchal ani vyučujícího ani asistentku, která sedí vedle něj v lavici. Už se zdálo, že tuto práci dlouho nezvládne a rodiče budou muset sehnat jinou asistentku.

**V posledních dvou týdnech (duben 2015) začal Lukáš užívat nový preparát, a to stratteru.** Na počátku léčby se u chlapce objevily vedlejší účinky v podobě časté nevolnosti. Ale již po dvou týdnech užívání tohoto preparátu se **výrazně zlepšilo Lukášovo chování doma i ve škole.** Zatímco doposud se přátelil jen s několika problémovými spolužáky, nyní se začal začleňovat do kolektivu, vydrží sedět s dětmi a povídat si s nimi. Matka uvádí, že spolužáci ho dříve oslovovali jen příjmením, měli k němu negativní vztah, nyní ho začali přijímat mnohem lépe. Zároveň má **velmi dobré výsledky z posledních písemných prací.**

Rodinná konstelace u Lukáše není ideální. Vyskytují se zde časté konflikty mezi rodiči. Rodiče nejsou schopni důsledného vedení Lukáše, které by mu poskytlo určité mantinely a také pocit bezpečí. Chlapec bývá přesycený drahými dárky a neváží si věcí kolem sebe a ničí je. Nebaví ho žádné společné aktivity připravené rodiči, je ze všeho znuděný a neváží si jejich snahy. Lukáš potřebuje jasné hranice a srozumitelnou výchovu. Tu mu mohou poskytnout jen stabilní rodinné vztahy.

Přesto největší problém spatřujeme v pozdní diagnostice tohoto chlapce. Lukášovi je v tuto chvíli 13,5 let. Správnou diagnózu získal v 11 letech. V předškolním věku, kdy byl pro obtíže s chováním v mateřské škole vyšetřován, nebyl v pedagogicko-psychologické poradně správně diagnostikován a jeho obtíže byly považovány za marginální. Pokud by **všestranná terapie včetně medikamentózní léčby** nastoupila již v tomto věku, mohlo se předejít velkým problémům z hlediska chování i školních výsledků, kdy dítěti s nadprůměrnou inteligencí hrozí opakování sedmého ročníku základní školy.

Domníváme se, že dobré rodinné zázemí je nesmírně důležité pro dítě intaktní i pro dítě se specifickou poruchou chování, ale k odstranění problémů spojených s ADHD nestačí. Zde je velkým pomocníkem vedle psychoterapie především **správně zvolená medikamentózní léčba.**