



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Informovanost rodičů dětí předškolního věku s ADHD/ADD o této poruše

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R012 – Speciální pedagogika předškolního věku
Autor práce: **Jitka Kovářová**
Vedoucí práce: Mgr. Hana Joklíková, Ph.D.



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

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jitka Kovářová**
Osobní číslo: **P12000605**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika předškolního věku**
Název tématu: **Informovanost rodičů dětí předškolního věku s ADHD/ADD o této poruše.**
Zadávací 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: Zjistit, zda jsou rodiče dětí v předškolním věku s ADHD/ADD dostatečně informováni o problematice ADHD/ADD a zda nabyté informace využívají v praxi se svými dětmi.

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:

DRTÍLKOVÁ, I., Šerý, O., 2007. Hyperkinetická porucha: ADHD 1. vyd. Praha: Galen. ISBN 978-80-7262-419-5.

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

RIEFOVÁ, S. F., 2010. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-728-2.

TAYLOR, J., 2012. Jak přežít s hyperaktivitou. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0068-0.

TRAIN, A., 2001. Nejčastější poruchy chování dětí. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-503-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Hana Joklíková

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

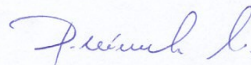
Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2014**

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: 24. 6. 2015

Podpis: Kovařová Jitka

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě poděkovala hlavně Mgr. Haně Joklíkové, Ph.D nejen za její čas, ale především za věcné připomínky, cenné návrhy, korekce týkající se obsahu této práce, za odborné vedení a trpělivý přístup.

Anotace

Bakalářská práce je věnována problematice poruchy ADHD/ADD, přičemž je zaměřena především do oblasti informovanosti o této poruše, a to směrem k rodičům dětí předškolního věku, u nichž byla porucha diagnostikována. Prostřednictvím dotazníkového šetření mezi rodiči podává informace o tom, jak rodiče informace získávají, jak s nimi umí pracovat a jestli je efektivně využívají v praxi.

Teoretická část je zaměřena na seznámení s problematikou poruchy ADD/ADHD a klade si za cíl vytvoření kvalitní teoretické základny pro následně realizované výzkumné aktivity. Jednotlivé kapitoly se zabývají možnými příčinami, projevy, diagnostikou, metodami léčby, speciálně pedagogickou intervencí, ale je zaměřena i na výchovné styly rodičů s ohledem na poruchu ADHD/ADD. Výběr kapitol v této části byl zvolen pro získání ucelených informací o této poruše.

Cílem praktické části bylo zjistit, jaké povědomí mají rodiče dětí s ADHD/ADD o této poruše, zda si dokáží informace sami vyhledat, porozumět jim a prakticky je využívat. Závěry dotazníkového šetření potvrdily, že rodiče mají dostatek poznatků o poruše ADHD/ADD, že vědí, kde jsou potřebné informace k dispozici, ovšem neumí je používat při výchovném procesu dítěte.

Klíčová slova

ADHD, ADD, hyperaktivita, impulzivita, porucha, pozornost.

Annotation

Bachelor thesis presents the issues of preschool children diagnosed with ADHD / ADD. Its main focus is put on figuring out how deep knowledge parents of a preschool children have. The questionnaire survey among parents discovers, how parents gather necessary information and how can they utilise them in real life scenarios.

The theoretical part is dealing with the analysis of ADHD / ADD. Individual chapters address the possible causes, symptoms, diagnosis, treatment methods, special educational interventions. There is also a strong focus on educational styles of parents with children diagnosed with ADHD / ADD. Chapters in this section are giving the overall comprehensive overview of this disorder.

The practical part of this thesis investigates the average knowledge of parents about the ADHD/ADD disorder. It explores if they are able to find all the necessary information, to understand it and use them afterwards. The results of the questionnaire survey confirmed that parents are able to read all the materials, but the are unable to utilise the knowledge in real life situations during the child care.

Key words

ADHD, ADD, hyperactivity, impulsivity, disorder, attention.

Obsah

Seznam grafů.....	9
ÚVOD.....	11
1 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY ADHD/ADD.....	13
1.1 Základní terminologie.....	13
1.2 Vznik poruchy.....	14
1.3 Diagnostická kritéria ADHD/ADD.....	14
1.4 Diagnostický postup.....	17
1.5 Diferenciální diagnostika.....	19
1.6 Základní projevy ADHD/ADD.....	20
1.6.1 Hyperaktivita.....	21
1.6.2 Impulzivita.....	21
1.6.3 Nepozornost.....	21
1.6.4 Poruchy motoriky a senzomotorické koordinace.....	22
1.6.5 Poruchy řeči.....	23
1.6.6 Poruchy percepčních a kognitivních funkcí.....	23
1.6.7 Poruchy paměti.....	23
1.6.8 Emoční poruchy a poruchy chování.....	24
1.7 Vliv ADHD na prožívání a chování dětí.....	25
2 MOŽNOSTI INTERVENCE V SOULADU S ADHD/ADD.....	26
2.1 Léčba poruchy ADHD/ADD.....	26
2.2 Farmakoterapie.....	26
2.3 Psychoterapie.....	27
2.4 Speciálněpedagogická intervence.....	28
2.5 Spolupráce s rodiči.....	28
2.6 Pedagogicko psychologická poradna (PPP).....	29
3 DÍTĚ S ADHD/ADD V RODINĚ.....	30
3.1 Rodina také plní následující funkce:.....	30
3.2 Podpora rodiny ze strany odborníků.....	31
3.2.1 Specifické potřeby rodin s dětmi s poruchou ADHD.....	32
4 METODOLOGICKÉ ASPEKTY PRÁCE.....	34
4.1 Cíl práce.....	34

4.2 Výzkumné otázky a hypotézy.....	34
4.3 Popis výzkumného vzorku a metody sběru dat.....	35
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT, SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	38
5.1 Vyhodnocení výzkumných otázek a hypotéz.....	53
6 DISKUZE.....	56
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	58
ZÁVĚR.....	60
POUŽITÁ LITERATURA.....	62
SEZNAM PŘÍLOH.....	66

Seznam grafů

Graf č. 1. Pohlaví respondentů.....	36
Graf č. 2. Věk rodičů.....	36
Graf č. 3. Složení rodiny.....	37
Graf č. 4. Zaznamenání prvních nestandardních projevů dítěte.....	38
Graf č. 5. Věk diagnostikování poruchy.....	39
Graf č. 6. Impulz k vyhledání první pomoci.....	39
Graf č. 7. Nejčastěji vyhledávaný odborník.....	40
Graf č. 8. Prvotní vyhledávání informací o poruše ADHD/ADD.....	41
Graf č. 9. Znalost významu pojmu ADHD/ADD.....	41
Graf č. 10. ADHD/ADD jako výsledek nevhodné výchovy.....	42
Graf č. 11. Příčiny vzniku ADHD/ADD.....	42
Graf č. 12. ADHD/ADD v rodině dítěte.....	43
Graf č. 13. Znalost projevů ADHD/ADD u kojenců.....	43
Graf č. 14. Výskyt dalších obtíží u dětí.....	44
Graf č. 15. Přetrvávání poruchy ADHD/ADD do dospělosti s ADHD/ADD (poruchy řeči, agresivita apod.).....	45
Graf č. 16. Využívání alternativních metod léčby.....	45
Graf č. 17. Názor na význam alternativních metod.....	46
Graf č. 18. Užívání medikamentů.....	46
Graf č. 19. Individuální vzdělávací plán dítěte.....	47
Graf č. 20. Potřeba zařazení dítěte s ADHD/ADD do speciální školy.....	47
Graf č. 21. Vyjádření souhlasu s tvrzením, že se dovede soustředit stejnou dobu na různé druhy činností.....	48
Graf č. 22. Zvládání výchovy hyperaktivního dítěte.....	49
Graf č. 23. Zhodnocení vlastní informovanosti o ADHD/ADD.....	50
Graf č. 24. Použitelnost instrukcí odborníků v praxi.....	50
Graf č. 25. Souhlas s nutností dodržování zásad a zkušeností při výchově dítěte.....	51
Graf č. 26. Znalost výchovných zásad.....	52
Graf č. 27. Reakce okolí na odlišné chování dítěte.....	52

Seznam zkratek

- ADHD (attention deficit hyperaktivity disorder),
- ADD (attention deficit disorder),
- LMD (lehká mozková dysfunkce),
- PPP (Pedagogicko-psychologická poradna),
- SPU (specifické poruchy učení),
- LDE (lehká dětská encefalopatie) ,
- SPC (Speciálně-pedagogické centrum),
- MKN (mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů),
- DSM (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch),
- IQ (intelligenční kvocient),
- CNS (centrální nervová soustava),
- EEG (elektroencefalografie),
- MR (mentální retardace),
- CT (výpočetní (počítačová) tomografie),
- PC (personal computer – osobní počítač),
- MŠ (mateřská škola),
- IVP (individuální vzdělávací plán),
- VPU (vývojové poruchy učení),
- EU(Evropská unie),
- ČR (Česká republika),
- ČŠI (Česká školní inspekce,
- ŠVP (Školní vzdělávací program),
- RVP (Rámcový vzdělávací program),
- DVPP (Další vzdělávání pedagogických pracovníků).

ÚVOD

Téma bakalářské práce Informovanost rodičů dětí s ADHD/ADD o dané poruše jsme zvolili ke zpracování z několika důvodů, které následně představíme.

Jedním z nich je, že syndrom ADHD/ADD je nyní často diagnostikován pedagogicko-psychologickými poradnami (dále jen PPP) či speciálněpedagogickými centry (dále jen SPC) při diagnostice dětí před nástupem do základní školy. S diagnózou ADHD/ADD se v této době z pravidla seznámí i rodiče dítěte. Vzhledem k tomu, že diagnózu zpravidla provází specifické poruchy učení (dále jen SPU), PPP (SPC) poučí rodiče jak přistupovat k dítěti a zároveň doporučí např. odklad školní docházky dítěte, nebo stanoví podmínky, za jakých lze do základní školy nastoupit (asistent pedagoga, změkčené známkování, specifický přístup pedagoga, častější přestávky apod.). Vzhledem k tomu, že se rodičům dostane prvotních informací zejména v této fázi, zajímalo nás, zda jsou informace dostačující a jak s nimi rodiče nakládají.

Dalším důvodem je, že pracuji jako učitelka v mateřské škole (dále jen MŠ) a v posledních několika letech dětí s příznaky syndromu ADHD/ADD přibývá. Nebývalo pravidlem, že je syndrom diagnostikován již v předškolním věku, protože se symptomy začaly objevovat po nástupu do základní školy, kdy byly na dítě kladeny větší nároky. V posledních letech však narůstá diagnóz právě už ve věku předškolním a mne samotnou tato problematika zaujala. Rodiče dětí s diagnostikovaným ADHD/ADD chtějí komunikovat o vhodném výchovném přístupu, nových informacích o poruše a je potřeba, aby takové informace pedagog věděl a také uměl rodiči správně poradit. Komunikace a spolupráce je základním stavebním kamenem kvalitní výchovy samotného dítěte.

Cílem práce bylo zjistit míru informovanosti rodičů o poruše ADHD/ADD, a na základě tohoto zjištění vytvořit praktická doporučení. Poukázat na faktory, které je třeba dodržovat při práci s těmito dětmi a sestavit vhodné návrhy pro optimální rozvoj klíčových kompetencí dětí.

Z dotazníkového šetření jsme od rodičů získali výstupy, se kterými můžeme nadále pracovat. Získané informace ze zpracování bakalářské práce, ale i studia můžeme použít ve prospěch rodičů dětí s diagnostikovanou ADHD/ADD, zejména tam, kde rodiče nemají dostatek informací a tápou, což uvedli v dotazníkovém šetření.

Metodou získávání informací bylo použití dotazníků vlastní konstrukce, který vyplňovali rodiče dětí s diagnostikovaným ADHD/ADD v předškolním věku. Další metodou byla analýza odborné literatury a dalších odborných zdrojů.

Při zpracovávání tématu jsme také získali velké množství informací z různých odborných zdrojů, které jsme v práci použili, nebo nás obohatily o zajímavé pohledy a poznatky, které můžeme použít ve své další pracovní praxi jak směrem k rodičům, tak i k dětem.

1 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY ADHD/ADD

1.1 Základní terminologie

Zkratka ADHD v anglickém jazyce attention deficit hyperaktivity disorder, se do českého jazyka překládá jako porucha pozornosti s hyperaktivitou (Zelinková 2008, s. 177). Poruchy charakteristické pro ADHD/ADD bývaly dříve označovány názvy jako např. LMD (dále jen lehká mozková dysfunkce), hyperkinetická reakce, LDE (lehká dětská encefalopatie), nebo hyperkineze. V posledních letech však došlo ke změně v terminologii, a toto označování je v dnešní době považováno za chybné a zastaralé (ADHD 2009). Vedle termínu ADHD se vyskytuje také termín ADD (attention deficit disorder). „Oba termíny se často používají jako synonyma: máme-li být však přesní, vztahují se k různým, ačkoli velmi podobným pravděpodobně příbuzným onemocněním.“ (Munden, Arcelus 2002, s. 11). Lidé trpící poruchou ADHD mívají potíže s koncentrací, jsou impulzivní a hyperaktivní. Naopak lidé s ADD jsou zřídka hyperaktivní, trpí problémy spojenými s impulzivitou, nedostatečným soustředěním, často bývají zasněni a nereagují, když na ně někdo hovoří. Jsou snadno vyrušitelní nepodstatnými podněty, zapomínají, mívají obtíže při dokončování úkolů a jejich život bývá chaotický. V psychiatrii a České klasifikaci nemocí bývá porucha ADHD odborníky označována jako porucha hyperkinetická (Munden, Arcelus 2002, s. 11).

Hyperkinetická porucha se rozděluje na dva subtypy, a to poruchu pozornosti a aktivity a hyperkinetickou poruchu chování. Druhá jmenovaná je diagnostikována pouze pokud je porucha aktivity a pozornosti doplněna i o problematiku v chování dítěte, které se projevuje jak v domácím prostředí, tak i ve škole. Termíny, jako je hyperkinetický syndrom a syndrom poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou pocházejí z lékařské psychiatrické terminologie. V pedagogice a psychologii jsou projevy hyperaktivních dětí označovány termínem vývojové poruchy chování, nebo se také můžeme setkat s termínem specifické vývojové poruchy chování. Ten odlišuje problematiku těchto dětí od poruch chování, jako jsou např. krádeže, záškoláctví, lhaní apod. Specifikem vývojových poruch je to, že se jedná o problematiku vrozenou, kterou nelze vlastními silami ovlivnit na rozdíl od poruch chování, jež jsou způsobeny vlivy z pravidla sociokulturními, nebo sníženou schopností rozpoznávání např. u dětí s mentální retardací či jinými zdravotními oslabeními (Jucovičová, Žáčková 2010).

1.2 Vznik poruchy

Přesto, že lékaři i další odborníci získávají stále více znalostí z oblasti neurologie, konkrétně mozkové činnosti, příčiny vzniku ADHD nejsou doposud úplně známy. V odborné literatuře nalezneme několik možných příčin vzniku ADD/ADHD:

- Za nejčastější příčinu vzniku odborníci označují lehké difúzní poškození mozkové tkáně. Vzniká při vývoji a zrání centrální nervové soustavy, kdy příčinou bývá hypoxie, tedy nedostatek kyslíku (dlouhé protahované porody) či při krvácení do mozku (poranění hlavičky při použití kleští). V postnatálním období se tato porucha přisuzuje např. infekčním horečnatým onemocněním, nebo úrazům hlavy spojeným s poraněním mozku (Strnadová aj. 2015).
- Výzkumy potvrdily také dědičný faktor této poruchy. Je známo, že v některých rodinách se ADHD/ADD vyskytuje opakovaně. Porucha ADHD se dědí častěji po mužské linii. U ADD je tomu opačně, tedy po linii ženské. (Riefová 1999, s. 20).
- Jako další možnost je uváděna odlišná produkce neurotransmiterů - biochemických přenašečů informací mezi neurony. Postižena je zde část mozku zpracovávající impulzy a podílející se na schopnosti koncentrace. Důležitou úlohu zde hraje látka dopamin, která ovlivňuje pozornost, chování a správnou koordinaci pohybů a noradrenalin, který je zodpovědný za proces spánku, bdění, učení a paměti. Lidé s poruchou ADHD/ADD mají dopaminu méně než lidé, kteří touto poruchou netrpí (Strnadová aj. 2015).
- Mezi další možné příčiny patří také užívání alkoholu a drog v těhotenství matky.
- Někteří odborníci se dokonce domnívají, že příčinou vzniku poruchy může být i strava resp. složení stravy a alergie na jídlo, nebo také otrava olovem ze znečištěného životního prostředí. Nicméně tyto domněnky nebyly jasně prokázány (Riefová, 1999, s. 20).

1.3 Diagnostická kritéria ADHD/ADD

Mezi laiky panuje názor, že důvodem této poruchy je nevychovanost. Dle statistických údajů poruchou hyperaktivity, pozornosti a impulzivnosti trpí kolem 6 – 9 % dětí. (ADHD - Asociace dospělých pro hyperaktivní děti 2009).

Diagnostika poruchy ADHD závisí na několika faktorech, avšak především na tom, do jaké míry zasahuje do života dítěte a jak jeho vývoj celkově ovlivňuje.

Aby mohla být tato porucha správně diagnostikována, musí délka problémů přesahovat minimálně dobu šesti měsíců a souběžně se u něj musí vyskytnout alespoň jeden z těchto příznaků – nesoustředěnost, nepozornost, nadměrná aktivita či špatně zvladatelné jeho chování. V úvahu je třeba brát nejen fyzické a psychické vyšetření dítěte, ale také informace od rodiny či osob, se kterými dítě nejčastěji přichází do styku. (rodíče, učitelé), (ADHD 2009).

Podle toho, jaká z těchto výše uvedených poruch u dítěte převládá, lze dále diagnostikovat:

1. ADHD s převahou poruchy pozornosti.
2. ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity.
3. ADHD s poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou (kombinovaný typ).

V současné době máme dva klasifikační systémy:

- Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (The International Classification of Diseases 10th edition, dále už jen MKN-10).
- Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, dále už jen DSM-IV).

V těchto dvou systémech po bližším prostudování nalezneme značné rozdíly, které se týkají hlavně názvosloví. (ADHD vs. hyperkinetická porucha). Oba dva názvy označují jednu a tutéž poruchu, avšak u systému MKN-10 je popis chování daného jedince přesnější. Zde narážíme na skutečný problém - podle jakého systému tedy správně hodnotit stupeň poruchy. Opomeneme-li včasnou léčbu, protože dítě bude klasifikováno pouze dle systému DSM-IV, ale nebude splňovat již kritéria MKN-10, bude dítě ochuzeno o správnou a hlavně včasnou léčbu. (viz přílohy: Diagnostická kritéria ADHD/ADD).

Diagnostický a statický manuál (DSM-IV) se věnuje popisu příznaků hyperkinetické poruchy u všech věkových kategorií. Začíná v období předškolního věku a končí v oblasti dospívání. Nejvhodnější výstupy jsou, když porovnáme příznaky chování s ostatními dětmi stejného věku a zároveň se zaměříme na jeho mentální věk. Děti trpící touto poruchou jsou úplně jiné než děti shodného věku. Mají totiž chování shodné nebo přinejmenším podobné jako děti mladšího věku a často si také mezi nimi volí kamarády. To ale ještě neznamená, že by tyto děti byly zaostalé. V něčem jsou stejné, v něčem

zkrátka zaostávají a v něčem dokonce své vrstevníky předčí. Systém DSM-IV popisuje 14 příznaků (viz následující tabulka), (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Diagnostická kritéria pro diagnózu ADHD podle DSM-IV

„Porucha, trvající nejméně 6 měsíců, při níž se objevuje nejméně 8 z následujících 14 symptomů, a to v takové míře, že projevy dítěte neodpovídají jeho věku:

- Často se neklidně pohrává s rukama, bezúčelně pohybuje nohama anebo se vrtí na židli. V době dospívání můžeme omezit kladnou odpověď na tuto položku pouze na takové případy, kdy adolescent hovoří o tom, že prožívá subjektivní pocity vnitřního neklidu.

- Dítě má potíže s tím, aby vydrželo klidně sedět, i když je o to požádáno.

- Lehko je vyruší (případně odvedou od práce) vnější stimuly.

- Ve hrách s pevně stanovenými pravidly či ve společenských (resp. skupinových) stimulacích mu dělá potíže vyčkat, dokud na ně nepříjde řada.

- Často vyhrkne odpověď na otázku ještě předtím, než ji ten, kdo se ptá, vůbec stačil vyslovit (což vede k častým chybám).

- Dělá mu potíže řídit se instrukcemi jiných osob (a není to kvůli opozičnímu, negativistickému chování ani kvůli nepochopení), například mu dělá problém dokončit nějakou práci.

- Dělá mu potíže soustředit se, ať už na úkoly, nebo při hrách.

- Často “přebíhá” od jedné nedokončené činnosti ke druhé.

- Dělá mu potíže hrát si potichu.

- Často je nadměrně povídavé, překotně hovoří.

- Často přerušuje jiné nebo jim skáče do řeči, například se plete do her jiných dětí.

- Často to vypadá, jako že neposlouchá, co se mu říká.

- Často ztrácí věci, které nejsou nezbytné pro školní práci či celkově pro různé důležité činnosti, ať už doma, nebo ve škole (např. hračky, tužky, knihy, domácí úkoly).

- Často se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bralo v úvahu možné následky (přitom to nedělá kvůli tomu, že by vyhledávalo nebezpečí pro nebezpečí), například vbíhá do vozovky, aniž by se předtím rozhlédlo.

- Nemoc se začíná výrazněji projevovat obvykle před sedmým rokem věku.

•Nemoc nespĺňuje kritéria vše zachvacující vvojov poruchy (pervasive development disorder) (Jucovičová, Źkov 2010, str. 15, 16).“

Ke sprvn diagnostice ADHD u dětí předškolního věku musí být nalezeno deset ze trnct příznaků; u dětí mladho školního věku osm ze trnct; a nakonec u dětí starho školního věku est ze trnct příznaků. Dále pak můžeme příznaky rozdělit dle závažnosti do tří typů:

- Mrn typ ADHD** – V ppad, Źe se objevuje/projevuje jen málo symptomů v takov míře, aby se dala pesn určit porucha. Toto dt se není schopno koncentrovat po delší dobu, setkáme se s urity výkyvy chování, kter se ale dají, zvládnou v rámci individuln pe.
- Stedn typ ADHD** – Zde zanj příznaky kolísat mezi „mrny“ a „vny“. Dt je neklidn, emocionln nestabilní a nedokáže se kontrolovat. Kromě individuln pe potřebuje postieny jedinec i pi speciln.
- Vn typ ADHD** – Příznaky se objevují j v nadmrn míře, a to jak doma, tak ve škole. Dt je neklidn, patn sociln ukotven, není schopno sebekontroly, má sklon k rizikovému chování. Velmi často u nich bývá diagnostikována i jin specifick porucha učení (Jucovičová, Źkov, 2010, s. 16).

1.4 Diagnostick postup

ADHD se vyskytují v různých stupních závažnosti. Nn jednoduch rozpoznat jedince s mrnou poruchou ADHD, protože takovto příznaky mohou mít i lid „normln“, pouze mají sklony být aktivnější. Příznaky jsou u kadho jedince vždy odlin, zvis např. na věku, aktuln situaci, rozpoložení jedince apod. Syndrom ADHD/ADD je často doprovázen např. specificky poruchami učení (dále jen SPU). Je tedy mon, Źe příznaky syndromu jsou z počátku skryt a tudíž jsou ppsny k poruše jin (Munden, Arcelus 2002, s. 59).

Mozek funguje u lidí s poruchou ADHD jinak, než mozek u lidí zdravých. Hyperkinetick porucha je liteln, a pokud zvolíme vhodn přístup k těmto dětem, dá se velice dobře zvládnout. ADHD má vedle negativních projev také siln stránky – jsou zvidav, temperamentn a také mohou mít zvyen IQ v urit oblasti např. hra na hudebn nástroj. Je dleit diagnostu určit co nejpesnj, abychom se vyhnuli negativním

symptomům např. deprese, úzkosti, nevhodné chování apod. Musíme tedy určit správnou diagnózu a nastavit vhodnou léčbu (viz kapitola - Léčba poruchy ADHD/ADD), (Munden, Arcelus 2002, s. 59).

Správná diagnostika hyperkinetické poruchy není vůbec snadná. Spolupracuje na ní zpravidla hned několik specialistů – lékařů (psychiatr, neurolog, pediatr), psychologů a také speciálních pedagogů. Diagnózu by měl určit dětský psychiatr, který rozhoduje o samotné léčbě a spolupráci s výše zmíněnými odborníky. Samotné vyšetření dítěte není náročné, spočívá v rozhovoru lékaře s dítětem, s rodiči a vyplnění dotazníku. Následující zjištěné faktory pomohou posoudit závažnost onemocnění a hodnotit celkový duševní stav pacienta (Goetz, Uhlíková 2009, s. 52).

Jako první, zpravidla na poruchu upozorní pedagog v mateřské škole. Jedná se o tzv. pedagogickou diagnostiku, kdy pedagog dítě pozoruje při jeho každodenních činnostech, plnění zadaných úkolů a zároveň provádí i následný rozbor jeho prací. Informace, které pedagog z pozorování získá, pak předá psychologovi prostřednictvím školního dotazníku nebo samostatnou, písemně zpracovanou diagnostikou. V té se učitel zaměřuje především na informace porovnávající výkon žáka v průběhu vyučování, jeho chování, jeho vztah ke spolužákům a k učiteli, pozitivní i negativní výsledky nebo spolupráci s rodinou (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 17-20).

Důležitá je i návštěva pediatra, který zváží problémy, jež dítě i jeho rodina prožívají a které mohly napomoci vzniku poruchy ADHD. Patří k nim zdravotní anamnéza (rizikové těhotenství, obtížný porod, drogy – kouření, alkohol, apod.), lékař musí znát také zdravotní stav dítěte, a to jak současný, tak minulý (nehody, operace, chronická onemocnění – astma, epilepsie, užívané léky, apod.). Bude-li to nutné, doporučí dítěti návštěvu dalších odborníků např. foniatr, oftalmolog, nebo logoped (Munden, Arcelus, 2002, s. 61, 62).

Další, kdo se zpravidla na vyšetření dítěte podílí, je neurolog. Neurologické vyšetření bývá zařazeno u ne zcela typických projevů ADHD, nebo u dětí se známkami širšího postižení CNS. (Goetz, Uhlíková 2009, s. 53). „Jako další rozšíření vyšetřovacích metod může být použito zobrazovací vyšetření mozku, nejčastěji magnetická rezonance (MR) nebo výpočetní tomografie (CT) a záznam elektrické aktivity mozku (elektroencefalograf – EEG).“ (Goetz, Uhlíková 2009, s. 53).

Jak již bylo výše zmíněno, diagnózu stanoví dětský psychiatr, který vede pohovor s rodiči (tzv. anamnestické dotazování) o projevech chování jejich dítěte. Pohovoru by se měli účastnit oba rodiče, protože každý má vždy na danou problematiku trochu jiný pohled a získané informace budou pro následnou diagnostiku kvalitnější.

Čím více informací lékař (dětský psychiatr) k dispozici má, tím kvalitněji a přesněji je schopen problémy pochopit a následně diagnostikovat. Součástí vyšetření zpravidla bývá:

- Klinické psychiatrické vyšetření – jedná se o pohovor psychologa s rodiči a dítětem.
- Dotazník – zaměřený na chování dítěte.
- Pohovor s učitelem dítěte – součástí bývá i vyplňování škály o chování dítěte ve škole.
- IQ test a test školních dovedností – zpravidla provádí psycholog.
- Laboratorní vyšetření – pouze pokud to psychiatr považuje za nutné (Goetz, Uhlíková 2009, s. 54 – 56).

Ke snadnější diagnostice také slouží tzv. posuzovací škály. Existuje nesčetné množství škál chování, které byly vytvořeny a následně schváleny (viz Přílohy). Se škálou orientovanou výhradně na ADHD vystoupil například Rutter (1967) a Du Paul (1967). Při zkoumání chování ve školním prostředí nám zase může být užitečný Berkleyův dotazník určený pro domácí a školní prostředí. Výsledky těchto testů však mohou být do jisté míry zkresleny. Záleží na tom, kdo dotazník vyplňuje, zda rozčilený rodič nebo učitel, nebo někdo, kdo dané oblasti nerozumí či ten, kdo dítě ani náležitě nezná. Existují i jiné testy, které se používají v obecnějším měřítku, protože jsou zaměřené na širší skupinu emočních a behaviorálních symptomů a potíží dětí či dospívajících. Mezi více užívané patří: škála dětského chování, dotazník pro učitele, Achenbacherův sebesuzující dotazník pro mládež, Connorsové škály pro rodiče a učitele, Goodmanův dotazník předností a slabostí. Tyto testovací škály dávají lékařům širší náhled na funkční úroveň dítěte a může z nich vyplynout potřeba vzít v úvahu další nebo jiné diagnózy, (Munder, Arcelus, 2008, s. 66).

1.5 Diferenciální diagnostika

Co rozumíme pod pojmem diferenciální diagnostika? Slovo diagnóza lze volně přeložit jako vymezení, stanovení či rozpoznání choroby (Slovník cizích slov ABZ).

Slovo diferenciální, pak jako rozdíly vyrovnávající (Slovník cizích slov ABZ). Z toho vyplývá, že diferenciální diagnostika je postup, při kterém lékař na základě příznaků rozhodne, o jakou chorobu se jedná. Samotnou hyperkinetickou poruchu je třeba odlišit od jiných poruch, u kterých mezi hlavní příznaky patří porucha pozornosti dítěte. Velmi často bývá zaměňována s dětskou mánií. Ta se může vyskytovat sama o sobě (tj. samostatná nosologická jednotka) nebo v rámci bipolární poruchy. Hlavními jejími projevy jsou: nestabilní nálada (pramenící až v depresi), příliš zvýšené sebevědomí, nespavost (s ní související únava), zrychlená řeč a nepozornost (Drtílková 2004).

Některé příznaky mánie jsou shodné s projevy ADHD. Právě proto bývají tyto poruchy často zaměňovány. Je velmi důležité v tomto případě určit správnou diagnózu, protože léky používané k léčbě ADHD (tj. stimulancia a antidepresiva) mohou zhoršovat nejen projevy hyperkinetické poruchy, ale i projevy dětské mánie.

Diferenciální diagnostika těchto chorob se ale nezaměřuje pouze na projevy. Hledá také příčiny jejich vzniku i v jiných oblastech např. sociální, sociokulturní situace dítěte, náležitost k etnické skupině či aktuální vliv zátěže neboli stres. Stres se vyskytuje převážně krátkodobě a vztahuje se k určité rodinné události (rozvod rodičů, úmrtí v rodině), změně prostředí zapříčiněné stěhováním či změnou školy, dále traumaty (zneužívání, týrání) či dlouhodobými traumatickými onemocněními (nesoustředěnost, psychomotorický neklid). (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 19, 20). „V poslední době bývá v odborném tisku upozorňováno na to, že poruchy koncentrace pozornosti vznikají i v důsledku přetížení či dlouhodobého zatížení jednostranně působícími podněty, což bývá spojováno např. s neadekvátním využíváním PC techniky (v případě dětí se často jedná o počítačové hry, které děti hrají neúměrně dlouhou dobu, i několik hodin denně)“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 19, 20).

1.6 Základní projevy ADHD/ADD

Mezi tři základní projevy ADHD/ADD patří hyperaktivita, impulzivita a nepozornost. Tyto projevy se kombinují ještě s dalšími obtížemi, které s poruchou souvisí. Za rizikové tyto symptomy považujeme jen tehdy, pokud dosáhnou určitého stupně. Musí tedy překračovat meze „normální“ pro jedince daného věku.

1.6.1 Hyperaktivita

Hyperaktivitu můžeme charakterizovat jako nápadnou pohyblivost a neklid. Tyto vlastnosti mohou být přirozenou součástí osobnosti, ale v případě, že se stanou pro člověka problémem, hovoříme už o chorobě (iZdravie 2015). Projevy hyperaktivity jsou schopny matky pozorovat již v době těhotenství. V pozdějším věku si můžeme všimnout, že děti nejsou schopny klidně sedět na židli. Vrtí se, houpou, padají, vstávají, odcházejí ze svého místa apod. Učitel není schopen je usměrnit na delší dobu. Nepomáhá ustavičné napomínání, tresty ani izolace z kolektivu (ADHD 2009).

1.6.2 Impulzivita

S tímto termínem ve spojitosti s ADHD je propojováno jméno významného amerického profesora R. Barkleyho, který prosadil názor, že klíčovým nedostatkem u jedinců s ADHD je neschopnost zamezit reakci na impulzy, a to jak vhodně, či nevhodně. Dle profesora Gordona je jádro problému v tom, že jedinci nedokáží ovládnout své reakce na signály, podněty, nebo události, které jsou pro ně v dané chvíli nejpřitažlivější. „Snadná vyrušitelnost, neschopnost plánovat a organizovat, nevyrovnanost, zdánlivá absolutní neschopnost předvídat důsledky pramení v tomto smyslu z primárního problému, jímž je neschopnost posečkat“ (Munder, Arcelus, 2008, s. 22 – 23).

Impulzivní děti myslí i jednají ve stejnou chvíli, nejsou schopny přemýšlet dopředu a uvědomit si následky svých činů. Dělají sami jen to, co uznají za vhodné nejlépe hned. Zbrkle reagují, skáčou do řeči, neustále vyrušují při vyučování např. tím, že hovoří bez vyzvání. Obtížně přijímají a respektují autority, stejně tak jejich příkazy, nebo řády. Často hazardují se svým životem. Bezhlavě se pouštějí do nebezpečných aktivit, a proto mají i různé úrazy (ADHD 2009).

1.6.3 Nepozornost

Děti trpící poruchou ADHD mají problémy zejména s učením, a to nejen ve škole, ale i doma při běžných úkonech jako je plavání, jízda na kole apod. Nejsou schopny koncentrovat svou pozornost na danou činnost tak dlouho, aby pronikly do problému věci. Jsou roztěkané, nesoustředěné a nepozorné, tedy nejsou odolné vůči vnějším rušivým podnětům (Munden, Arcelus, 2002, s. 23).

Pokud se zaměříme na předškolní děti, typické projevy poruchy můžeme pozorovat např. při jejich hře. Nevydrží u déletrvajících her, špatně se přizpůsobují pravidlům hry, nedokáží adekvátně prožívat výhru ani prohru, často ani nejsou schopni hru dokončit, nebo věnovat pozornost delší dobu jedné hračce. Takové děti vyžadují individuální péči, jsou netrpělivé a stále touží po nových podnětech. Velkou roli ve schopnosti koncentrovat pozornost u dítěte s ADHD hraje motivace a adekvátní stimulace (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 28). Kolísání v soustředění působí na výkonnost dětí a s tím je spojena i úspěšnost ve škole. Pokud se dítě není schopno soustředit, je jasné, že jeho výkon nebude odpovídat jeho možným schopnostem (Munder, Arcelus, 2008, s. 24). Pokud mu však poskytneme dostatek podnětů a udržíme jeho pozornost, budeme schopni rozvinout jeho jednotlivé vlohy.

S nepozorností mají problém také děti, zejména dívky, trpící ADD. Projevují se opačně než hyperaktivní děti, není o nich tedy příliš slyšet, nejsou hyperaktivní ani impulzivní. Snadno se rozptýlí vnějšími podněty, mají problém s plněním pokynů, objevuje se zde tzv. vypínání pozornosti („zasněnost“) (Riefová 1999, s. 17).

1.6.4 Poruchy motoriky a senzomotorické koordinace

Motoriku člověka můžeme rozdělit na jemnou a hrubou. Jemnou motoriku řídí drobné svaly, které jsou zodpovědné např. za pohyb prstů a artikulačních orgánů. Hrubá motorika zahrnuje pohyby celého těla a velkých svalových skupin např. ovládání a držení těla, koordinace horních a dolních končetin (SPC Kamínek 2015). Děti s ADHD mají v těchto oblastech potíže. Bývají neohrabané, neobratné, nešikovné. Pohyby jsou málo koordinované, nepřesné a zvláště pak souhra pohybů horních a dolních končetin. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 35).

V oblasti jemné motoriky jsou problémy nejvíce zjevné např. při oblékání – zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, při jídlu – používání příboru, aj. Ve škole mají obtíže s psaním – písmo je neúhledné, kostrbaté až nečitelné. Příčinou mohou být i oční vady, kdy má dítě problém zaostřit na text, čte pomalu, či přeskakuje řádky. Typickými problémy v hrubé motorice mívají např. při jízdě na kole nebo míčových hrách. V důsledku poruch koordinace trpí často i sníženým sebevědomím, protože hry kazí a ostatní je považují za outsidersy (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 36).

1.6.5 Poruchy řeči

U dětí s ADHD/ADD se můžeme ještě ve školním věku setkat s přetrvávajícími dyslaliemi, poruchami rytmizace, artikulační neobratností atd. Objevuje se zde také opožděný vývoj řeči, nebo naopak jsou schopny komunikovat už velmi brzy. Jazykový cit bývá snížený a mívá negativní dopad na osvojování českého i cizího jazyka. Při komunikaci často dochází ke konfliktním situacím s ostatními dětmi. Jedinci s ADHD/ADD mohou mít totiž sníženou schopnost empatie a proto s ostatními hovoří netaktně či s nedostatkem sociálního vcítění (Jucovičová 2014, s. 8).

1.6.6 Poruchy percepčních a kognitivních funkcí

Poruchy percepční a kognitivní jsou vlastně poruchy sluchového a zrakového vnímání. Nejedná se však o poruchy orgánové (ucho, oko), ale o poruchy jejich funkce. Okolí se mylně domnívá, že dítě slyší i vidí špatně, ale není tomu tak. V oblasti zraku má problémy diferencovat podobná písmena při čtení, jako jsou např. d – b, a – o, m – n, g – q. Ve sluchové oblasti se jedná o chybné rozpoznání stejně znějících hlásek např. čtvrtka – čtvrtka, kostka – koska. Se sluchovým a zrakovým aparátem souvisí také vnímání prostoru, které je u dětí trpících hyperkinetickou poruchou nepřesné. Problémy mívají s pravolevou orientací a orientací v prostoru. Nedaří se jim rozlišovat pravé a levé strany a objevují se problémy s určováním času. Odborníci tyto poruchy označují jako specifické poruchy učení (dyslexie – porucha čtení, dysgrafie – porucha psaní, dysortografie – porucha pravopisu, dyskalkulie – porucha počítání, dyspraxie – porucha motorických funkcí, dyspinxie – specifická porucha kreslení, dysmúzie – vada hudebních schopností) (Jucovičová, Žáčková, 2002, s. 36 – 37).

1.6.7 Poruchy paměti

U ADHD/ADD jsou typické poruchy v oblasti krátkodobé paměti ať už zrakové, či sluchové. Krátkodobá paměť uchovává informace po dobu několika vteřin, minut i hodin. Charakteristická je pro ně „průtoková paměť“, což znamená, že dítě sice informaci vnímá, ale nezapamatuje si ji. Při poruše pozornosti dítě vnímanou informaci uchová jen částečně, nebo vůbec. Výsledkem je to, že si pamatuje buď jen část jemu prezentované informace, nebo vůbec nic. V důsledku poruch paměti tyto děti často zapomínají jak pokyny, tak i své věci. Nepamatují si, co kam daly, věci často ztrácejí a zapomínají

(Jucovičová, Žáčková 2010, s. 38). V některých případech můžeme zaznamenat tzv. ulpívání paměti na jedné informaci či myšlence, kdy dítě není schopno postřehnout např. přechod k jinému tématu rozhovoru. Dítě se stále vrací a reaguje na předchozí problematiku. Poruchy paměti ovlivňují celý paměťový proces vštípení, uchování i vybavení. Postiženy jsou rovněž asociativní spoje, které slouží k zapamatování nové informace (Jucovičová 2014, s. 6, 7).

1.6.8 Emoční poruchy a poruchy chování

Děti s ADHD/ADD bývají emočně labilní, pozorujeme u nich rychlé přechody od pláče k smíchu a naopak. Reagují také zvýšenou vzrušivostí, afektivitou, jindy útlumem. Charakteristickými jsou rovněž přechody od mrzutosti k euforii, k citové labilitě až infantilnosti, což poukazuje na nízkou frustrační toleranci (neadekvátní reakce na podněty, někdy se chovají jako dítě vývojově mladší). Tyto projevy vedou k poruchám sebeovládání, afektivním až agresivním reakcím. Může se ale jednat i o obranný mechanismus v situacích, kdy dítě prožívá nadměrnou zátěž.

V sociální oblasti se děti projevují jako sociálně nezralé, jsou velmi konzervativní a hůře reagují na náhlé změny. Jejich snížená schopnost vyrovnat se s neúspěchy a se změnami vede ke konfliktům s ostatními dětmi, rodiči i učiteli. Typické jsou také výkyvy ve výkonnosti těchto dětí (záleží na aktuálním rozpoložení, zda dítě úkol zvládne dobře, či ne). Na běžné nevýznamné podněty jsou schopny reagovat nepřiměřeným způsobem např. křikem až agresí. Kvůli svým projevům se často dostávají do situací, kdy se cítí samy ohroženy reakcemi okolí, proto mají zvýšenou potřebu bránit se. Jsou vnímavější, zranitelnější a mívají také snížené sebevědomí. Přestože jsou tyto děti velice citlivé a reagují přecitlivěle, mají obtíže s empatií (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 43-45).

Některé děti jsou třeba jen nesoustředěné či neklidné, ale netrpí poruchami vnímání. Rozdíl také může být v míře projevů (mírné až výrazné). Výkyvy od běžného chování můžeme vysledovat již v předškolním věku. Takovým dětem pak pomůže prostý odklad školní docházky, díky čemuž je dítěti umožněno postupné dozrávání centrální nervové soustavy a dítě se po uplynulém roce snáze vyrovná s nadcházejícími úkoly, které s sebou nese školní docházka. V daném roce je ale potřeba s dětmi intenzivně pracovat a pomoci jim plně rozvinout jejich schopnosti a potlačit negativní projevy chování. „Dobrý start“

ve škole je velmi důležitý pro budoucí úspěšnost dítěte, a nelze ho proto podceňovat (Jucovičová, Žáčková, 2002, s. 52).

1.7 Vliv ADHD na prožívání a chování dětí

ADHD/ADD ovlivňuje chování dítěte k ostatním, jak vrstevníkům tak k rodičům. Mít ADHD je pro dítě psychicky i fyzicky velmi náročné, má konflikty s rodiči, nebo ostatními příbuznými doma, dělá mu problémy najít si kamarády a shodnout se s jinými dětmi. ADHD vyvolává v dětech prudké emoce – hněv a smutek. Ovlivňuje každodenní fungování jako je spánek, jídlo a úvahy o sobě samých. Mají pocit, že okolí od nich očekává nepřiměřeně mnoho a dostávají se tak do velkého stresu. Velké problémy jim dělá zvládat hněv, nebo úzkost. Někteří mohou propadnout až depresivním stavům (Taylor 2012, s. 13, 104-106).

2 MOŽNOSTI INTERVENCE V SOULADU S ADHD/ADD

2.1 Léčba poruchy ADHD/ADD

Jedincům s touto poruchou jsou k dispozici různé léčebné procesy. Můžeme sem zařadit užívání léků, psychoterapii, opatření ve škole a sociální intervenci. Postiženým, trpícím středně těžkou až těžkou poruchou jsou podávána psychofarmaka, která mohou velice ovlivnit chování, myšlení, schopnost učit se, či zlepšovat vztahy s ostatními lidmi. Pro děti, které mají mírnější formu ADHD jsou vhodnější některá psychologická, speciálně pedagogická, nebo sociální opatření. Předepisování léků musí vždy probíhat po vyšetření lékařem a se souhlasem rodičů, nebo zákonných zástupců dítěte (Munden, Arcelus 2002, s. 75). „Pokud lékař dítěti předepíše léky, musí si s dítětem nezbytně pohovořit a vhodně mu vysvětlit důvod, proč by mělo léky začít brát. Spousta dětí se bude chtít ptát a povídat si o všem, z čeho v té souvislosti mají strach. Některé děti mohou mít dojem, že dostaly léky, proto, že zlobí. Léčbu pak mohou pokládat za trest, nikoli za něco, co by jim mohlo pomoci“ (Munden, Arcelus 2002, s. 75).

2.2 Farmakoterapie

Farmakoterapie a psychoterapie se vzájemně ovlivňují. Jsou nedílnou součástí dětské psychiatrie. Psychofarmaka mohou pozitivně ovlivnit řadu příznaků, jako je impulzivita, hyperaktivita, nesoustředěnost atd. Zlepšují kognitivní funkce a psychosociální adaptaci pacientů (Malá 2012). Otázkou však zůstává, jak dlouho by měly děti léky užívat. Odborníci hovoří o tom, že někteří z poruchy ADHD „vyrostou“. Naučí se zvládat své chování a pomáhat různými způsoby sami sobě. Praxe však ukazuje, že menší děti potřebují léky déle, někdy i řadu let. Lékaři také doporučují po nějakém čase například s odstupem jednoho roku léčbu vynechat, aby se zjistilo, zda jsou skutečně farmaka zapotřebí, nebo jestli už dotyčný dokáže fungovat bez nich. Ne všichni však mohou léčbu vynechat. Řada z nich musí brát léky i v dospělosti (Munden, Arcelus 2002, s. 75). Farmakoterapie má kladné, ale i záporné vlastnosti, ke kterým patří např. vedlejší účinky (nevolnost, potíže se spánkem) jednotlivých medikamentů. Proto je dobré léčbu kombinovat ještě s psychoterapií (multimodální přístup). Nejúčinnější jsou však postupy zaměřené na modifikaci chování, které vycházejí z běžných výchovných a vzdělávacích postupů s ohledem na změněné možnosti dětí s ADHD/ADD. (Mertin 2004).

Možnosti výchovného přístupu:

•**Aktivita dospělého při společné činnosti s dítětem** – Část problematických situací, ve kterých se dítě naskytne, vzniká ve většině případů bez přítomnosti dospělé osoby. Jen pouhá přítomnost rodiče či učitele vzbuzuje v dítěti podvědomou schopnost lépe se ovládat, věnovat se lépe dané činnosti a déle se soustředit.

•**Jednoznačné instrukce** – Zde je kladen důraz na jasnost a srozumitelnost povelu, aby dítě neslo jednu informaci, která vede k úspěšnému splnění. Pouhá verbální výchova u dětí s ADHD/ADD nestačí. Je zapotřebí vzít dítě „za ruku“ a provést s ním činnost, kterou po něm vyžadujeme. Dlouhé rozhovory či vysvětlování se v tomto případě mívají účinkem.

•**Denní řád** – Dětem s ADHD/ADD pomáhá připravený denní rozvrh, kde navazuje jedna činnost na druhou bez časových prostojů. Lépe se jim daří plnit zadané úkony a lépe se soustředí na průběh celého dne. Pokud si opakováním činností vytvoří stereotyp, bude šťastný a spokojený.

•**Důslednost** – Je velice důležité naučit děti dokončovat rozdělanou práci. Vést je k prodlužování doby, po kterou musí zůstat u zadaného úkolu a dokončit jej.

•**Přirozené následky** – Všichni si nesou následky za své činy a to by měly pochopit i děti postižené syndromem ADHD/ADD. Nutné je však postavit se následkům čelem a pokusit se je vyřešit (Mertin 2004).

2.3 Psychoterapie

Je dobré si uvědomit, že dítě s ADHD/ADD má stejné pocity a prožitky, jako všechny malé děti. Budou-li často o sobě slýchat, že mají „tu“ poruchu, co dělají všechno špatně a žádná slova chvály. Zcela jistě to skončí minimálně psychickou újmou, protože, kdo z nás by zvládl o sobě poslouchat jen negativní hodnocení. Zvláště, když se snažíte dobře učit, být hodný na kamarády, a ono to nejde, protože vás „zradí hlava“. Pro postižené děti tímto syndromem je vhodná psychoterapie. Používají se zde speciální psychoterapeutické metody a techniky, které mohou dítěti pomoci lépe zvládat své chování:

•**Relaxační metody** – Děti se při některých činnostech rychle vyčerpají, nebo naopak, mají problémy s uvolněním. Nejen z těchto důvodů je pro ně důležité relaxovat např. plavání, jóga, dechová cvičení, imaginace (prohloubení duševního klidu).

- Dramaterapie, psychogymnastika** – Pracuje se zde s nonverbálním vyjadřováním situací a vztahů za využití pantomimy, prací s emocemi a chováním.
- Muzikoterapie** – Důležitý je zde rytmus, který má uklidňující a stabilizující prvek. Hudba může aktivizovat jedince, ale také uvolňovat, záleží na druhu zvoleného žánru.
- Canisterapie** – Terapie se psem, dítě ho hladí, mazlí se s ním a zadává mu povely. Cílem je zmírnit agresivitu (Fialová 2004).
- Výcvik rodičů a behaviorální terapie** – Tato terapie učí rodiny rozpoznávat zažitá stereotypy v myšlení (cognitive) a jednání (behaviour) a na základě rozboru nalézt a nacvičit výhodnější či emočně přijatelnější postupy. Cílem je uklidnit rodinnou atmosféru, snažit se obnovit funkční a vzájemně podporující vztahy. Dítě se učí řídit své chování a rodiče zase, jak k němu přistupovat. Výborných výsledků dosahuje tato terapie s kombinací medikamentů (Uhlíková 2014).
- Biofeed back (biologická zpětná vazba)** – Dítě se zde učí ovládat mozkové vlny, jedná se o „sebeučení“ mozku za pomoci tzv. biologické zpětné vazby. Snaží se uvést do souladu své „rozladěné“ mozkové vlny (Fialová 2004).

2.4 Speciálněpedagogická intervence

V dnešní době se děti s ADHD/ADD v mateřských školách vyskytují čím dál častěji. Záleží tedy na snaze učitelek, jak proniknout k impulzivnímu a vyrušujícímu dítěti a jak ho něčemu naučit. Na prvním místě vždy zůstává informovanost pedagogů o dané problematice. Díky dobré informovanosti lze předejít nedorozumění mezi učitelem, dítětem a jeho rodiči. Učitel bude schopen odlišit projevy této poruchy a nebude je považovat za projevy neukázněnosti, nedostatečné výchovy či schválnosti. Jeho úkolem je hledání stále nových individuálních postupů, které při vzdělávání žáka s ADHD/ADD mohou být úspěšné.

2.5 Spolupráce s rodiči

Při vzdělávání dětí s ADHD/ADD je nutná úzká spolupráce a komunikace mezi rodiči a pedagogem. Je nezbytné vytvořit společně jednotný a srozumitelný systém hodnocení a motivování dítěte pro školní i domácí práci. Rodiče by měli docházet častěji

do mateřské školy a aktivně se zajímat o to, jak se dítěti daří, a jak vytvořený program výchovy a vzdělávání v MŠ realizují.

2.6 Pedagogicko psychologická poradna (PPP)

Poskytuje bezplatné pedagogicko-psychologické poradenství např. v těchto oblastech:

- Posouzení vývoje dítěte a jeho připravenosti na povinnou školní docházku.
- Poradenství a diagnostiku v oblasti obtíží s učením.
- Pomáhá sestavovat individuální vzdělávací plán (dále jen IVP).
- Doporučuje případné zařazení žáků se specifickými vzdělávacími potřebami do speciálních škol, tříd či skupin.
- Poskytuje poradenské služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti, s osobními či sociálními problémy, také jejich zákonným zástupcům i jejich pedagogům.
- Poskytuje pomoc s výchovou v rodině (Pedagogicko-psychologická poradna Liberec).

ADHD/ADD se zpravidla projeví mezi šestým až devátým rokem, proto může vzniknout dojem, že dítě začne mít problémy až po nástupu na základní školu. V takovém to případě pak učitel doporučí návštěvu PPP, kde dítě posoudí poradenský psycholog. Provede testy pro posouzení intelektu, pozornosti, vyhledání případných poruch učení či problémů s chováním. Při podezření na ADHD/ADD by PPP měla doporučit návštěvu dětského psychiatra, který posoudí, zda není na místě zařadit medikaci (Goetz, Uhlíková 2009, s. 52, 53).

PPP mají na svých internetových stránkách také různé metodické materiály, kde mohou rodiče nalézt pokyny, jak správně k dětem s ADHD/ADD přistupovat, mohou zde nalézt dotazník o vyšetření školní zralosti a spoustu další doporučení. Cílem PPP, rodičů i školy je vždy zájem dítěte.

3 DÍTĚ S ADHD/ADD V RODINĚ

Rodina je skupina dvou a více osob, žijících spolu v jedné domácnosti. Jsou spojeny manželstvím, pokrevním příbuzenstvím, nebo adoptivním svazkem (Sopóci, Búzík in Mišíková 2003, s. 5). Pro Havlíka je rodina místem emocionálního zázemí, bezpečí, jistoty a uznání. Místo, ve kterém jsou uznávány elementární zkušenosti, ale také základna, která je důležitá pro vstup potomků do společnosti (Havlík 2002, s. 67, 68).

Langmeier a Kňourek uvádějí definici, která o rodině hovoří jako o Institucionalizované bisociální skupině, tvořené minimálně ze dvou a více členů odlišného pohlaví, mezi nimiž neexistují pokrevní pouta a také z jejich dětí (in Výrost, Slaměník, 1998, s. 304).

Rodina je také z psychologického hlediska charakterizována jako celek, kde jsou lidské vztahy důležitější než výkon, prestiž či úspěch. Pro dítě by měl být domov symbolem otevřenosti, upřímnosti, pravdivosti a vzájemnosti. V rodinné psychologii jsou tyto termíny nahrazovány slovem „mutualita“ (pochází z latinského termínu mutuus, „vzájemný“). Rodina je rovněž skupina, která drží spolu, členové mají společné radosti i starosti. Všichni by měli držet spolu jako spojenci a bránit jeden druhého (Říčan 2013, s. 60, 61).

Rodinu dělíme podle počtu členů v ní. Vyskytují se dva typy rodinných útvarů:

- Nukleární (jádrová) rodina** – Jedná se o dvougenerační rodinu, která se skládá z rodičů a dětí, tedy manželů, dětí vlastních, nebo adoptovaných žijících ve společné domácnosti.

- Rozšířená rodina** – O této rodině hovoříme, pokud v jedné domácnosti žijí kromě obou dvou rodičů a jejich dětí ještě další blízcí příbuzní např. prarodiče, strýc, teta, bratranec, sestřenice (Giddens in Mišíková 2003, s. 5).

V rozšířené rodině nejsou na prvním místě vztahy manželů, jako je to v rodině nukleární, ale dominují zde vztahy příbuzenské.

3.1 Rodina také plní následující funkce:

- Biologicko – reprodukční:** Tato funkce má význam nejen pro společnost, ale i pro všechny, kdo rodinu tvoří. V dnešní době se hranice rodičovství spíše posouvá

do pozdějšího věku oproti dřívějším dobám. Dnes je běžné, když má pár dítě ve věku kolem 30 let.

•**Sociálně – ekonomickou:** Na tuto funkci se můžeme dívat ze dvou pohledů. V první řadě může být chápána, jako významný prvek důležitý pro existenci ekonomického systému ve společnosti. V druhé řadě, jako povinnost rodičů materiálně zabezpečit všechny členy rodiny. Nároky a požadavky na chod domácnosti však stále vzrůstají a udržení určitého standardu nemusí být vždy jednoduché.

•**Socializačně – výchovnou:** Rodina je první sociální skupinou, se kterou se dítě setkává. Zde se učí osvojovat si základní návyky a způsoby chování ve společnosti. V dnešní době se často stává, že tuto funkci zastává škola, nebo jiné výchovně vzdělávací zařízení. Rodiče by proto měli být příkladem a vzorem správného chování. Měli by dítě řádně připravit na vstup do společnosti dospělých a samostatné působení v něm.

•**Emocionální:** Emocionální funkce je pro dítě velice zásadní a důležitá. Vždyť jaká jiná sociální skupina by mu mohla poskytnout zázemí plné lásky a porozumění. Bohužel ale nejsou výjimkou případy, kdy rodiče tuto funkci neplní z různých důvodů např. zaneprázdněnost apod. (Čadilová 2010).

3.2 Podpora rodiny ze strany odborníků

Spolupráce rodiny a odborníků zabývajících se problematikou ADHD (pedagog, speciální pedagog, další odborníci) by měla být samozřejmostí a navzájem se prolínat (doplňovat). Bez této spolupráce není možné kvalitně vést dítě, a snažit se, o jeho další bezproblémové vzdělávání. Motivovat ho ke snaze neustále se zlepšovat. Rodina, ve které se vyskytuje jedinec s poruchou chování má možnost využít péče (pravidelného vedení) a pomoci, aby se dokázali vyrovnat s postižením dítěte a popř. s negativními reakcemi okolí. Především pozor by si měli rodiče dávat na přehnaný ochranný, rozmazlující nebo naopak přísný či lhostejný přístup. (Krejčíková, 2013, s.24).

Klidné, laskavé, nestresující prostředí je předpokladem pro dobrý rozvoj osobnosti ve všech složkách. Mezi hlavní doporučení pro rodiče by patřil určitě zájem o svého potomka! (docházka, dochvilnost, užívání medikace, spolupráce, cvičení)

3.2.1 Specifické potřeby rodin s dětmi s poruchou ADHD

•**Pochopení:** Rodiče mají potřebu, aby jejich blízké okolí, ať už se to týká širší rodiny, sousedů, učitelů měli dostatek pochopení pro odlišné chování jejich dětí. Pro ně samotné je to velmi stresující, náročné. Kritika rodiny od okolí je velmi zatěžuje, stresuje, raní. Neúspěchy a nepřijetí bere jako jejich osobní životní prohru

•**Přijetí:** Pečovat o dítě s ADHD a snažit se ho vychovávat je v dnešní době velmi náročné a rodiče se musí neustále vyrovnávat s kritikou a netolerancí okolí. Je třeba pohlížet na dítě bez negativního a odsuzujícího hodnocení. Velmi důležitá je podpora! Pocit, že jsou bráni a přijímáni takový, jací skutečně jsou, neodsuzovat je. Pokud se podaří jeho správné přijetí, dává to dítěti i jeho rodině zpětnou pozitivní vazbu.

•**Podpora a pomoc:** „Rodiče jsou ve své situaci nejistí a nedokážou odhadnout, jak dítě správně vést, jak s ním komunikovat, potřebují podpořit a posílit své výchovné kompetence“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2010). Je třeba jim podat pomoc a podporu a zajistit jim dostatek informací. Odborníci by měli navázat pozitivní vztah s rodiči a ukázat jim, že ve stejné situaci nejsou sami a podobné nebo dokonce stejné obavy a frustraci zažívá celá řada dalších rodin. Vhodné je i doporučit kontakt s jinými rodinami, které mají podobný příběh.

•**Informovanost:** Zajistit rodině dostatek informací o dané problematice a to formou, kterou jsou schopni pochopit a běžně dále využívat. Je třeba je seznámit s příčinami a projevy obtíží jejich potomka. Je vhodné, aby pochopili, z jakého důvodu se jejich dítě takto chová, a jak oni mu mohou být nápomocni. Podat informace o možnosti účasti dítěte na nápravných programech, které pomáhají v odstranění nežádoucích projevů ADHD. Nezbytné jsou i informace o všech možných dostupných službách, které jim v jejich péči mohou pomoci. Pouze za předpokladu dostatku informací mohou rodiče vhodně a zodpovědně vychovávat své dítě a rozhodovat o správném přístupu k němu (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2010).

Empirická část práce

4 METODOLOGICKÉ ASPEKTY PRÁCE

Tato kapitola obsahuje cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy, popis výzkumného vzorku a sběru dat, diskuzi a doporučení pro praxi. Svým obsahem navazuje na teoretickou část a pojednává o tom, jaké mají rodiče informace o ADHD/ADD.

Jednou z hypotéz bylo zjistit, zda využívají starší rodiče informace o ADHD/ADD v praxi lépe, než rodiče mladší. Staršími rodiči v tomto případě myslíme věk od 45-55 let. V dnešní době začínají lidé rodiny zakládat později, tudíž jsme i věkovou hranici starších rodičů případně posunuli výše.

4.1 Cíl práce

Výchova dítěte se syndromem ADHD/ADD vyžaduje široké povědomí o této poruše. Nedostatek informací komplikuje porozumění situacím, které se v rytmu života rodiny každodenně vyskytují. Dochází často k problémovým situacím a zbytečným stresům všech členů rodiny.

Cíle této práce jsou:

- Cílem této bakalářské práce je pomocí dotazníkového šetření zjistit míru informovanosti rodičů o ADHD/ADD a zhodnotit jejich schopnost pracovat se svým dítětem dle pokynů odborníků.
- Ověřit zda a do jaké míry komplikuje/omezuje tato porucha vztah s okolím a navazováním sociálních vztahů.
- Z informací poskytnutých rodiči analyzovat, kde rodiče hledají odbornou pomoc, zda si myslí, že tito odborníci jim jsou schopni poskytnout dostatek pro ně kvalitních informací a jestli míra zájmu rodičů je rozdílná v závislosti na tom, zda dítě pochází z úplné nebo neúplné rodiny.
- Zjistit, zda je zájem rodičů o danou problematiku nějak ovlivněn jejich věkem.

4.2 Výzkumné otázky a hypotézy

•Výzkumné otázky

1. Jaké informace mají rodiče o ADHD/ADD a jak je využívají ve výchově svého dítěte?

2. Spolupracují rodiče se školním psychologem nebo s jinými odborníky (PPP, dětský psycholog, psychiatr, apod.)?
3. Využívají a vyzkoušeli rodiče mimo doporučení odborníků také nějaké alternativní metody?

•**Hypotézy**

- H1. Rodiče z úplných rodin jsou o ADHD/ADD informováni lépe než rodiče z neúplných rodin.
- H2. Starší rodiče využívají informace o ADHD/ADD v praxi se svými dětmi častěji, než mladší rodiče.
- H3. Rodiče dětí s ADHD/ADD častěji vyhledají při prvním kontaktu s odborníkem pedagoga než psychiatra.

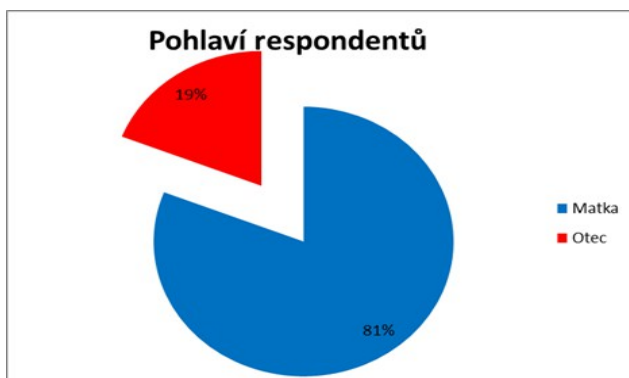
4.3 Popis výzkumného vzorku a metody sběru dat

Výzkumný vzorek sestával z rodičů dětí s diagnostikovanou poruchou ADHD/ADD navštěvující liberecké mateřské školy.

Rodiče zapojení do dotazníkového průzkumu nebyli omezeni věkem, ani pohlavím. Výzkumný vzorek čítal celkem 25 osob, které obdržely dotazníky k vyplnění. Návratnost byla 100%. Z celkového počtu 25 (100 %) dotazníků byly 4 vyřazeny (16 %) z důvodu nekompletních údajů.

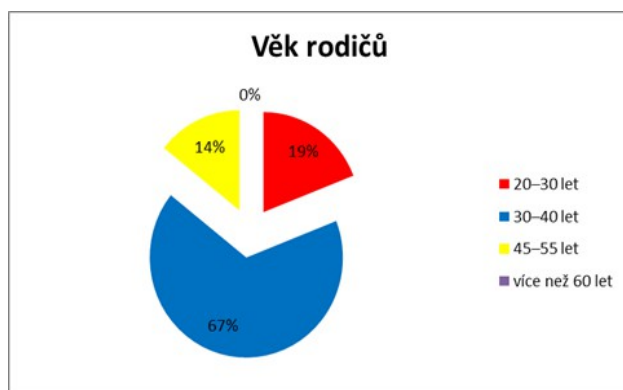
Jakožto metoda sběru dat posloužil dotazník vlastní konstrukce, sestavený přímo pro účely realizovaného výzkumu (viz. Příloha č. 1). Dotazník byl uveden krátkým textem, obsahující informace o tom, k čemu je určen a k čemu bude použit. Respondenti byli seznámeni s tím, že jde o zcela anonymní formu spolupráce a že získaná data poslouží pouze pro účely bakalářské práce.

Dotazník se skládal z 27 otázek. Otázky byly otevřené i uzavřené a měly charakter zjišťovací. V první části dotazníku jsme mohli nalézt otázky týkající se základních údajů o respondentech a dále navazují otázky, které se týkaly samotného přístupu/pohledu na danou tematiku.



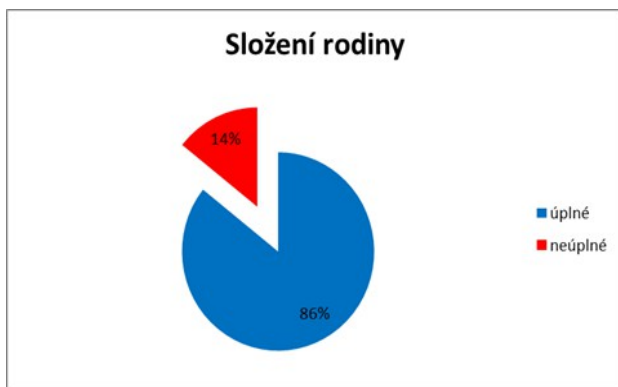
Graf č. 1. Pohlaví respondentů

Z celkového počtu dotazovaných respondentů tvoří 81 % matky a 19 % tvoří otcové. Tato otázka slouží jako informační. Výsledek otázky jsme očekávali, jelikož děti z mateřské školy častěji vyzvedávají matky a z pohledu pedagoga jsou v dané problematice aktivnější. V rámci rodiny přebírají také hlavní zodpovědnost za chod domácnosti, výchovu dětí např. rozvážení na kroužky apod. Otcové, jsou-li vůbec v rodině přítomní, zpravidla pracují na hmotném zabezpečení rodiny a domácnosti.



Graf č. 2. Věk rodičů

Nejsilnější věkovou skupinu tvoří rodiče ve věku 30 – 45 let (67 %). Ze zbývajících dotazovaných rodičů tvoří 19 % ve věku 20 – 30 let a 14 % ve věku 45 – 55 let. Ve věku 60 let a více se výzkumu nezúčastnil žádný z rodičů. Tato čísla korespondují se současnými standardy ve společnosti, protože založení rodiny se v dnešní době odsouvá do pozdějšího věku rodičů. Nejprve např. studují, cestují, poznávají cizí země apod. Rodinu zakládají zpravidla kolem, nebo po třicátém roku věku. Proto je údaj 67 % zcela relevantní.



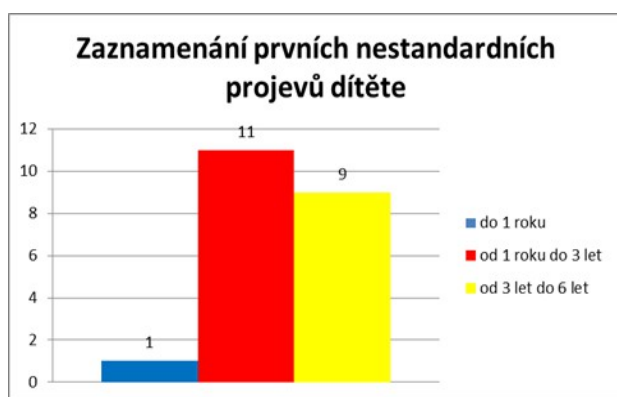
Graf č. 3. Složení rodiny

Tato otázka slouží jako zjišťovací pro potvrzení či vyvrácení stanovení hypotézy číslo 2. Výsledek Výzkumu je pro nás velmi překvapivý. Domnívali jsme se, že procento neúplných rodin bude mnohem vyšší. Výsledek činí 86 % dětí pocházejících z úplné rodiny a pouze 14 % z rodiny neúplné. Pravděpodobně se na tomto výsledku podílí nutnost zachování úplné rodiny zejména z ekonomických důvodů. Samoživitelé ať je to otec, nebo i matka mají zpravidla nižší životní standard, než mají úplné rodiny. Rovněž vymáhání výživného je v ČR problematické. Mimo dotazníkové šetření jsem se od některých rodičů dozvěděla, že jsou v rodině vztahy napjaté, ale rodiče spolu zůstávají právě kvůli dětem.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT, SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

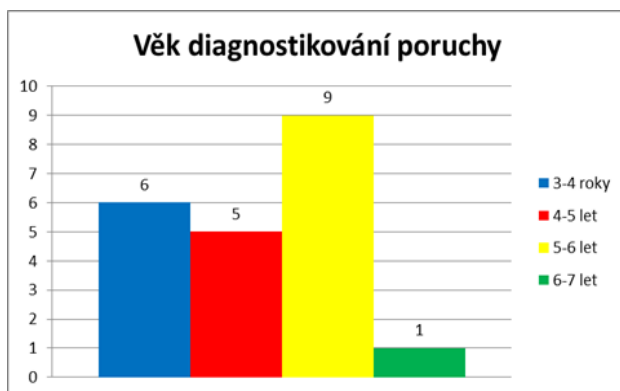
Výzkum probíhal na libereckých mateřských školách (dále jen MŠ). Po domluvě s ředitelkami příslušných mateřských škol autorka předala dotazníky pedagogům MŠ, kteří zajistili jejich distribuci samotným rodičům dětí s touto diagnostikovanou poruchou.

Získané informace od respondentů byly zpracovávány pomocí výpočetní techniky v programech LibreOffice Writer a Microsoft Excel. Pro lepší přehlednost jsou získaná data zařazena do přehledných tabulek a grafů. Velmi nás překvapila vstřícnost a spolupráce všech oslovených rodičů.



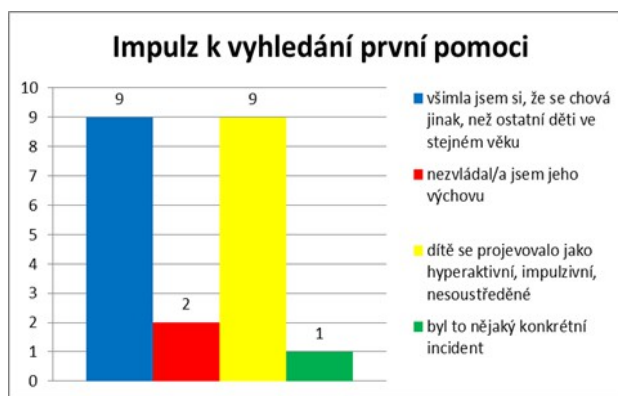
Graf č. 4. Zaznamenání prvních nestandardních projevů dítěte

Z celkového počtu dotazovaných pouze jeden respondent uvádí, že si všiml projevů ADHD/ADD do jednoho roku. Většina respondentů udává, že tyto odchylky zpozorovali mezi 2-3 rokem a menší část respondentů uvádí, že prvotní odchylky zaznamenali až po 3 letech věku dítěte. Z informací od pracovníků PPP, které jsme získali z osobního rozhovoru při jejich návštěvě MŠ, jsme se dozvěděli, že si rodiče prvních projevů všimnou většinou až po třech letech věku. Do té doby považují nestandardní projevy dítěte jako zlobení, nebo specifickou formu hry. Konkrétnější formu specifické poruchy chování, nebo pozornosti odhalí zpravidla až diagnostické předškolní vyšetření odborníky z PPP. Až poté získají rodiče a MŠ informace a současně doporučení, jak k dítěti dále přistupovat.



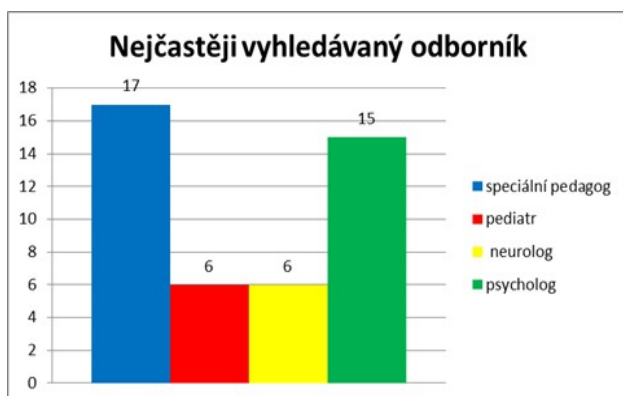
Graf č. 5. Věk diagnostikování poruchy

Z celkového počtu dotazovaných jich 6 uvádí, že bylo jejich dítěti ADHD/ADD diagnostikováno mezi 3-4 rokem věku dítěte. 5 z nich uvádí mezi 4-5 rokem, 9 mezi 5-6 rokem a pouze u jednoho z dotazovaných byla porucha diagnostikována mezi 6-7 rokem. Podobně jako v předcházející položce se potvrzuje, že porucha bývá nejčastěji diagnostikována až v době předškolní přípravy. Vzhledem k tomu, že odbornou diagnostiku mohou provádět pouze specializovaná pracoviště, jako je např. PPP, nebo SPC, které mají standardizované dotazníky a postupy, a ne speciální pedagog na škole.



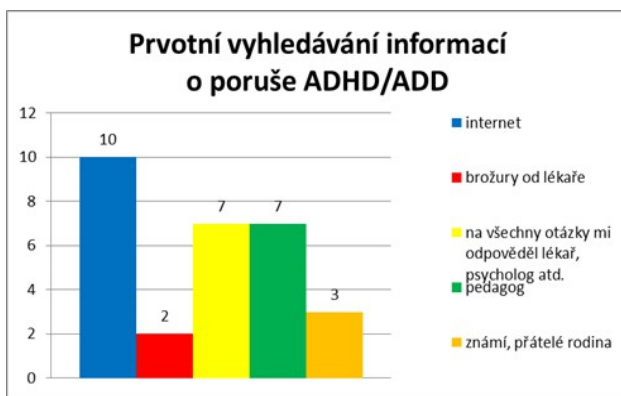
Graf č. 6. Impulz k vyhledání první pomoci

Dvě shodné skupiny (po devíti) uvedly jako první impulz k vyhledání odborné pomoci fakt, že si všimly rozdílného chování a jednání dětí, než se projevovala skupina dětí stejného věku. Je možné, že prvotní poznatky získali rodiče na společných setkáních s jinými rodiči a přáteli. Na těchto setkáních se zpravidla sejde více dětí i rodičů, probírají se běžné situace. Prvotní impulz může získat rodič i od svého kamaráda, který je vnímavější. Ten mu může doporučit návštěvu nějakého odborníka.



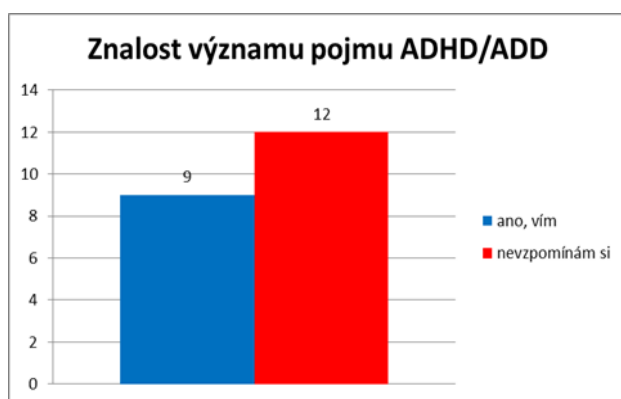
Graf č. 7. Nejčastěji vyhledávaný odborník

Pro většinu rodičů bývá nejbližším odborníkem právě speciální pedagog v příslušné mateřské škole, do které jejich dítě dochází. Záleží však, zda je v MŠ vůbec zaměstnán pedagog s touto odborností. Nej kvalitnější informace a doporučení ovšem poskytnou odborní pracovníci např. v PPP. V PPP působí jak speciální pedagog, tak i jednooborový psycholog. Ti mají další odborné kurzy k řešení složitějších situací a dětský psycholog je jediný, kdo provádí diagnostiku. Odpovědi rodičů jsou tedy správné, obrazejí se se svými problémy, nebo s problémy dětí na odborníky, kteří jim mohou skutečně pomoci. Vzhledem k tomu, že je PPP dostupná v každém okrese, i když objednáací lhůty jsou poměrně dlouhé, je tato pomoc skutečně dostupná. Nikdo z rodičů nevedl návštěvu psychiatra. Stále přetrvává určitá stigmatizace lidí, kteří jsou psychiatricky vyšetřováni. Návštěva lékaře – psychiatra je i podle nás až krajní řešení, kdy je potřeba léčit medikamenty.



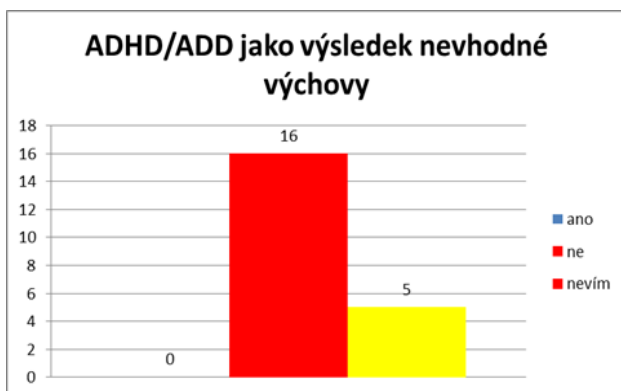
Graf č. 8. Prvotní vyhledávání informací o poruše ADHD/ADD

Většina rodičů využila možnosti označit více odpovědí. Nejčastěji získávané informace jsou prostřednictvím internetu. Je to logické, neboť žijeme v moderní digitální a informační době. Internet je velkým zdrojem informací, pouze se musí umět správně odfiltrovat odborné informace od laických názorů. Dvě větší skupiny uvedly jako zdroj prvotních informací pedagoga a lékaře či psychologa. Psycholog, nebo lékař často poskytne první informaci při diagnostice před nástupem do základní školy. Pedagog poskytuje základní informace z pravidla při předávání dítěte od rodiče (jak se choval v mateřské škole apod.).



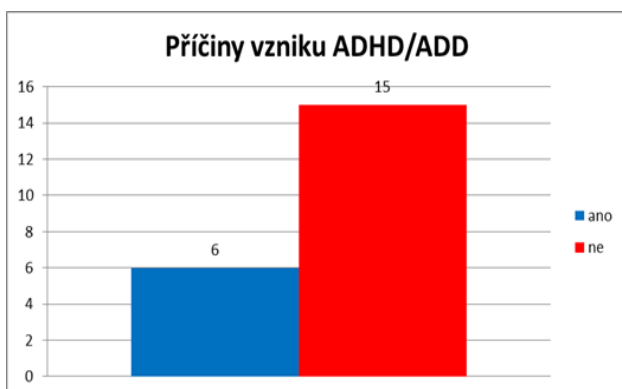
Graf č. 9. Znalost významu pojmu ADHD/ADD.

Devět rodičů vědělo, co znamená pojem ADHD/ ADD před tím, než bylo jejich dítě diagnostikováno, z toho pouze 3 rodiče zvládli napsat, co tyto zkratky znamenají. Dvanáct rodičů uvádí, že se s touto poruchou nikdy nesetkali. Jedná se o odborné termíny (ADHD/ADD) a jestli s nimi byli rodiče seznámeni, je pochopitelné, že je časem zapomenou (dříve LMD).



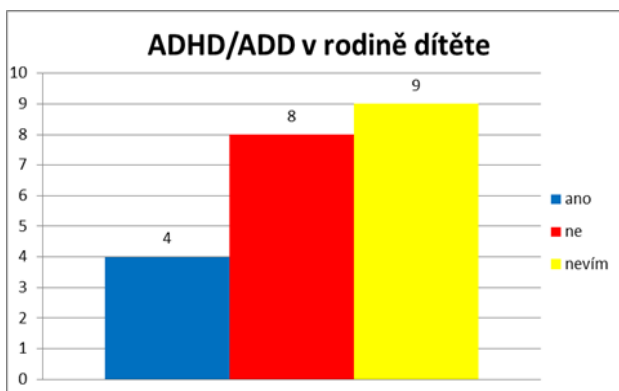
Graf č. 10. ADHD/ADD jako výsledek nevhodné výchovy.

Většina rodičů uvádí, že ADHD/ADD není výsledkem nevhodné výchovy. Nikdo neuvedl, že by byl přesvědčený, že špatná výchova má vliv na tuto poruchu. Všichni rodiče jsou všeobecně na výchovu svého dítěte velmi citliví. Je tedy pochopitelné, že ze skupiny oslovených rodičů, kdy jsou všichni s diagnostikovaným ADHD/ADD poruchou s ní byli také seznámeni a správnou odpověď tedy znají. Překvapující je čtvrtina respondentů, kteří odpověděli, že neví. U této skupiny předpokládáme zásadní nedostatek informací.



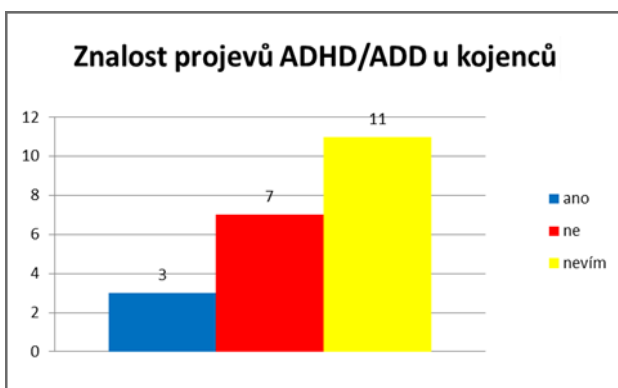
Graf č. 11. Příčiny vzniku ADHD/ADD

Šest rodičů udává, že příčinami poruchy ADHD/ADD by mohlo být např. alkohol, nebo dědičnost. Patnáct rodičů se přiklání k odpovědi ne. Ani odborníci se na jasném spouštěči této poruchy neshodli, protože příčinou může být téměř cokoliv. Není tedy překvapující, že ani rodiče netuší.



Graf č. 12. ADHD/ADD v rodině dítěte

Pouze 4 respondenti se přiklání k tomu, že v jejich rodině má někdo v příbuzenstvu obtíže s hyperaktivitou a impulzivitou. Dalších 8 respondentů tuto skutečnost vyvrací a 9 dotazovaných zvolilo možnost „nevím“.



Graf č. 13. Znalost projevů ADHD/ADD u kojenců.

Celkem 11 respondentů uvedlo, že neví, zda se chování u kojenců s ADHD/ADD liší od stejně starých vrstevníků. Dalších 7 dotazovaných si myslí, že chování je odlišné a 3 odpověděli záporně. Pokud rodič neví, jedná se opět o nedostatečnou informovanost, nebo jsou tyto informace přístupné pouze odborníkům.

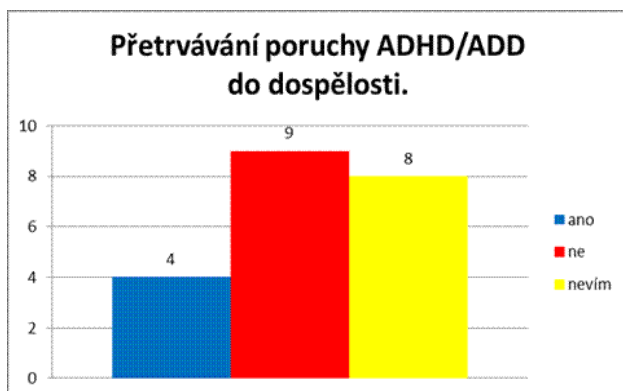


Graf č. 14. Výskyt dalších obtíží u dětí s ADHD/ADD (poruchy řeči, agresivita apod.)

Většina rodičů (18) uvádí, že u jejich dítěte se současně objevují i další obtíže. Nejčastějšími odpověďmi byly poruchy řeči, opožděný vývoj, agresivita. Pouze 3 z dotazovaných neshledali u svého dítěte žádné další obtíže.

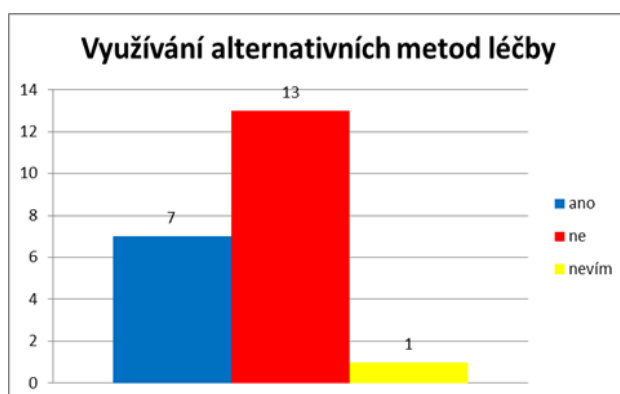
Děti s poruchou aktivity a pozornosti mají predispozice k mnoha dalším obtížím, které se často vyskytují a projevují už v raném dětství. Jsou dlouhodobé a s vývojem se mohou měnit. Často jsou spojovány s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Bývají zde také problémy s učením (SPU) a poruchy řeči. Objevují se příznaky deprese, úzkosti, emočních problémů nebo problémů v oblasti sociálních dovedností. Jedná se o rizikovou skupinu ve vztahu k poruchám chování (s dalšími rizikovými faktory např. nepřiměřené výchovné vedení nebo disfunkční rodina). Uvedené obtíže zpravidla přetrvávají až do dospělosti (Khýr).

„Ve školském zákoně (zákon č. 561/2004 Sb., § 16) jsou tyto poruchy označeny jako vývojové poruchy chování a spolu s vývojovými poruchami učení (dále jen VPU), mentálním, tělesným a smyslovým postižením, vadami řeči a autismem jsou zahrnuty do kategorie zdravotního postižení“ (Khýr).



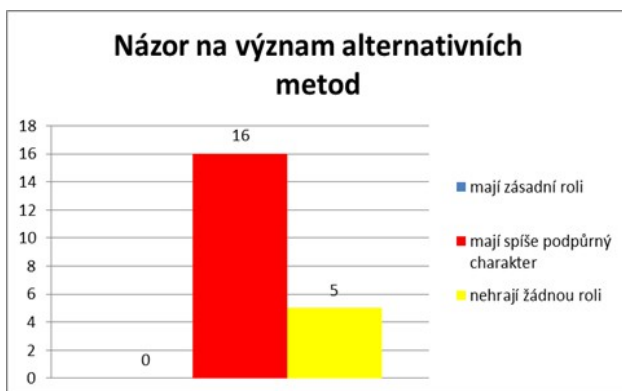
Graf č. 15. Přetrvávání poruchy ADHD/ADD do dospělosti.

4 respondenti z dotazovaných si myslí, že děti s ADHD/ ADD budou v dospělosti bez obtíží, 9 rodičů tuto skutečnost vyvrací a 8 rodičů zvolilo možnost „nevím“. Současné výzkumy potvrzují, že projevy ADHD/ADD přetrvávají i do dospělosti, často v souběhu i s jinými vadami.



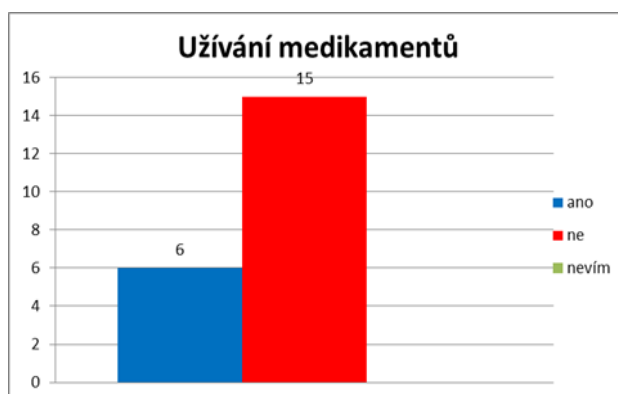
Graf č. 16. Vyžívání alternativních metod léčby.

Pouze 7 rodičů vyzkoušelo nějaké alternativní metody léčby. Nejčastěji uvádí homeopatika, nebo bylinky. Větší část (13) rodičů tyto metody nikdy nevyzkoušelo. Vzhledem k tomu, že rodiče mají odborné informace a doporučení z PPP, spokojí se zpravidla s nimi a nevyhledávají další alternativy. Tyto alternativy bývají pro některé finančně nedostupné, ale také se jich mohou obávat.



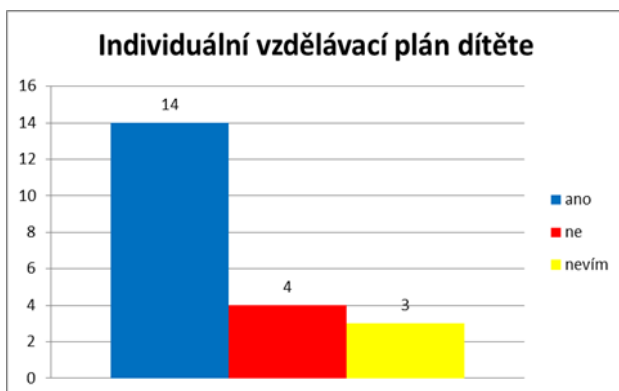
Graf č. 17. Názor na význam alternativních metod

Většina rodičů se přiklání k tomu, že alternativní metody v léčbě ADHD/ ADD mají spíše podpůrný charakter a 5 rodičů si myslí, že nehrají žádnou roli. Vzhledem k tomu že účinky na alternativní metody nebývají vědecky prověřené a někdy jsou dokonce podvodné, berou je lidé s rezervou. Více věří např. lékaři a medikamentům, proto odpověď, že mají pouze podpůrný charakter, je odpovídající.



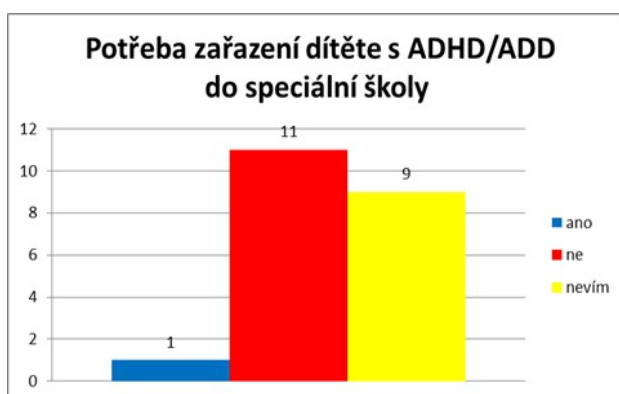
Graf č. 18. Užívání medikamentů

6 rodičů uvedlo, že jejich dítě užívá léky ve spojitosti s ADHD/ADD a 15 nikoliv. Odpověď je celkem logická. Medikamenty jsou spojovány s chemickým složením, proto se užívání většina rodičů vyhýbá. Neurologická ambulance Liberec uvádí, že u dětí s poruchami pozornosti jsou k léčbě používána Nootropika. Jedná se asi o 10 % dětí. Rodiče totiž léčbu medikamenty často odmítají. Poruchy chování medikací řeší pouze na psychiatrii.



Graf č. 19. Individuální vzdělávací plán dítěte

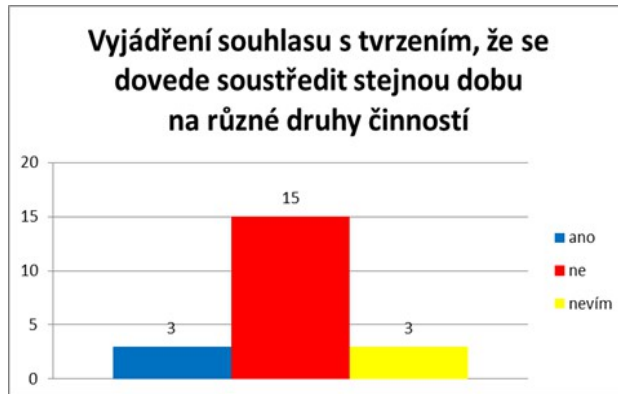
Zde u této otázky je zarážející, že někteří rodiče tuto skutečnost neví. Většina dětí s diagnostikovaným syndromem ADHD/ADD je zpravidla vzdělávána podle IVP. Záleží na rozsahu postižení, nebo na souběhu více poruch (SPU viz příloha č. 4). Doporučení k vzdělávacím postupům dává škola na základě výsledků odborné diagnostiky PPP. Vzhledem k tomu, že na vyšetření doprovází dítě zákonný zástupce, v našem případě některý z rodičů, mělo by se dostat stejné informace i rodiči. Proto většina odpověděla kladně, a o tom, že dítě je vzděláváno podle IVP, byla informována. V případě záporné odpovědi, nebo odpovědi „nevím“, se můžeme domnívat, že se k rodičům tato informace nedostala (což je chyba), nebo na to mohli zapomenout vzhledem k velkému množství odborných informací.



Graf č. 20. Potřeba zařazení dítěte s ADHD/ADD do speciální školy.

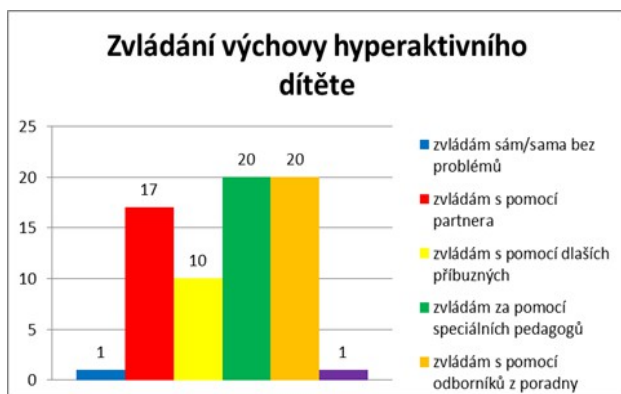
Rodiče, kteří odpověděli „ne“, mají pravdu, protože dítě s diagnostikovanou ADHD/ADD není nutné přeradit do speciální třídy, nebo školy, pokud není další kombinace, nebo souběh vad, které zařazení do speciální školy vyžadují (zřejmě nemají

dítě s kombinací vad). Rodiče, kteří odpověděli, že neví, nemají dostatek odborných informací, aby dali jednoznačnou odpověď. Jak jsme již několikrát zmínili, vše záleží na odborné diagnostice specializovaného pracoviště a následnému doporučení.



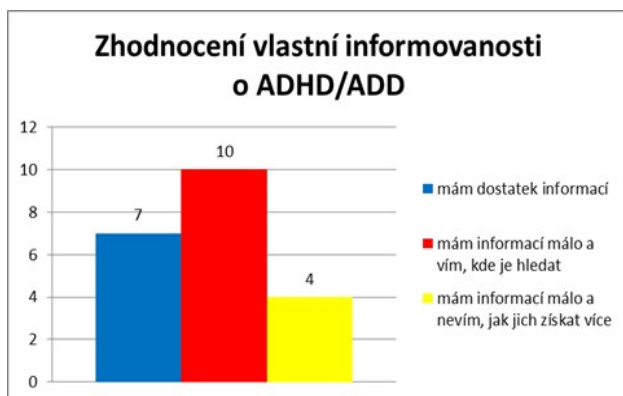
Graf č. 21. Vyjádření souhlasu s tvrzením, že se dovede soustředit stejnou dobu na různé druhy činností.

Téměř dvě třetiny rodičů, kteří zvolili odpověď „ne“, pravděpodobně vycházeli ze svých osobních zkušeností při výchově a péči o dítě. Je rozdíl mezi jednotlivými činnostmi. Záleží, o jakou činnost se jedná, jakou má dítě motivaci, jakou má momentální kondici, nebo náladu, jaký je jeho aktuální zdravotní stav. Činnost, která dítě nebaví je z jeho strany zkracována, nebo odmítána a často musí být v té činnosti i nuceno (např. doporučené nácviky či cvičení). Pokud je na PC hra, která rozvíjí jeho pozornost, jsou tam oblíbené postavičky, zajímavé barvy apod. je dítě schopno u této činnosti vydržet podstatně déle. Pokud se jedná o hru, která je doporučena odborným pracovištěm, je dokonce pro rozvoj dítěte přínosná. Rodiče, kteří odpověděli ano, nebo nevím, zřejmě vycházeli ze svých zkušeností, nebo nemusí mít v domácnosti PC, a tak nemohou podat jednoznačnou odpověď na naši položku.



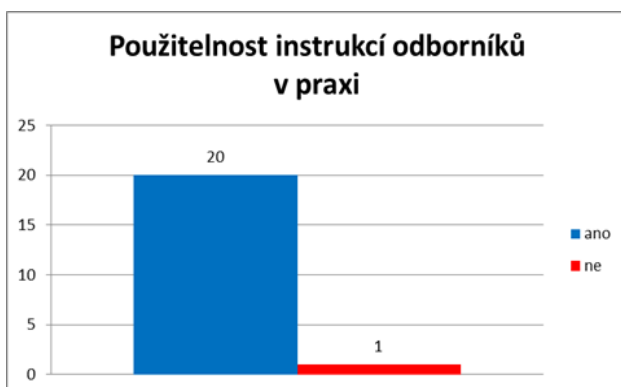
Graf č. 22. Zvládání výchovy hyperaktivního dítěte

Rodiče žijící s dítětem, nebo dětmi v úplné rodině odpověděli, že výchovu zvládají s pomocí partnera, což je pro jak dítě, tak stabilitu rodiny žádoucí. Rodič, který partnera nemá (neúplná rodina) se musí spoléhat při výchově dítěte pouze na své síly, případně na pomoc dalších příbuzných (prarodiče, sourozenci). Vzhledem k tomu, že je úplných rodin 86 %, je pozitivní, že se oba partneři z větší části na výchově dítěte také podílejí. Dvacet rodičů z osloveného vzorku odpovědělo, že výchovu dítěte s ADHD/ADD zvládá s pomocí speciálních pedagogů a s pomocí odborníků z poradny. Je to výborná informace, protože by to tak mělo ve skutečnosti být. Spolupráce rodičů, školy, odborníků z praxe je v těchto případech nejen žádoucí, ale často i nutná (zvláště je-li diagnostikována na víc některá SPU). Rodiče, kteří nejsou odborníky, se obracejí pro radu či doporučení na odborné pracovníky, které znají, s kterými se setkali při diagnostice dítěte a kteří dítě po celou dobu jeho školní docházky sledují. Mohou tak reagovat při případné změně chování, nebo jednání dítěte. Vzájemná důvěra mezi odborníky, školou a rodiči je vždy ve prospěch dítěte.



Graf č. 23. Zhodnocení vlastní informovanosti o ADHD/ADD.

Odpovědi na tuto položku jsou překvapující. Několikrát jsme již zmínili, že rodiče zpravidla dostanou minimálně základní informace o poruše ADHD/ADD při diagnostickém vyšetření spolu s doporučením jak s dítětem jednat a jak k němu přistupovat. Pokud je vzděláváno v IVP, opět by měli alespoň základní informace obdržet. Pravděpodobně informace měli, ale v průběhu času byly upozaděny jinými důležitějšími informacemi (chod domácnosti apod.). V každém případě jsou základní informace k dispozici na webových stránkách pedagogicko-psychologických poraden, nebo webových stránkách věnovaných syndromu ADHD/ADD, kde většinou odpovídají opět odborníci např. <http://www.pppliberec.cz/metodicke-materialy>.



Graf č. 24. Použitelnost instrukcí odborníků v praxi.

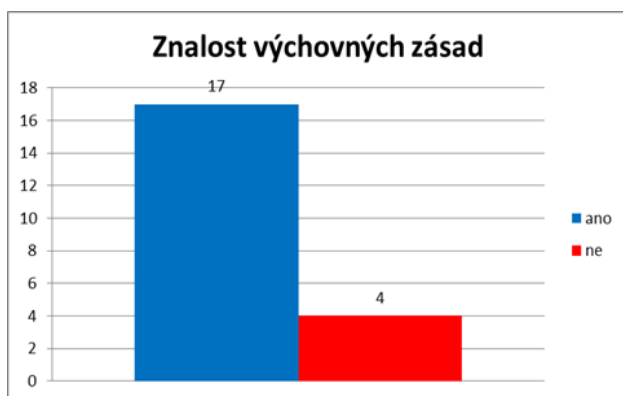
Dvacet rodičů je přesvědčeno, že pokyny a rady odborníka v této problematice jsou využitelné v praxi. Jak jsme již zmínili, úzká spolupráce mezi rodiči, odborníky a školou je nejideálnější řešením situace ve prospěch dítěte. Informace získávají rodiče po diagnostickém vyšetření spolu s instrukcemi a doporučeními jak se k dítěti chovat, jak

s ním jednat, jak motivovat, jak řešit problémy apod. Rodiče by byli sami proti sobě, pokud by se radami odborníků v praxi neřídili. Nejen, že by se situace mohla zhoršovat, ale mohlo by to ohrozit i výchovu a vzdělávání dítěte. Milující rodič udělá pro své dítě z pravidla maximum možného. Výsledné odpovědi ve prospěch ano jsou tedy naprosto v pořádku.



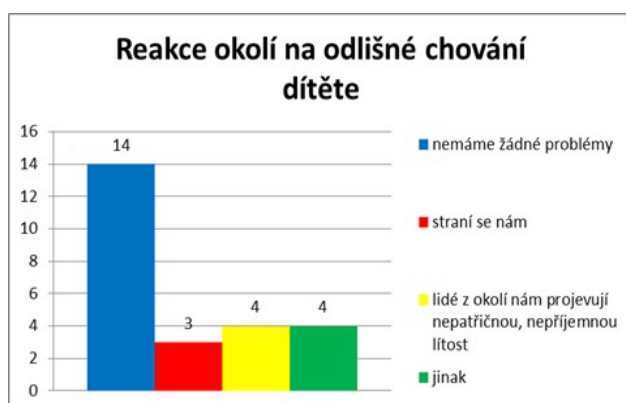
Graf č. 25. Souhlas s nutností dodržování zásad a zkušeností při výchově dítěte

Podobně jako v předcházejících odpovědích na položku jsou odpovědi naprosto správné a rodiče se radami a doporučeními řídí. Opět můžeme konstatovat, že rodiče odpověděli upřímně a ze své zkušenosti. Dítě při dodržování všech doporučení odborníků je vždy lépe zvladatelné. Zvladatelné dítě je i v zájmu rodičů (viz příloha č. 3).



Graf č. 26. Znalost výchovných zásad.

Osmnáct rodičů ví, jak přistupovat k dítěti s ADHD/ADD a zná správné zásady výchovy. Nejčastěji uváděli např. klidový režim, uvolňující techniky, důslednost a pozitivní působení. 4 z rodičů neví, jak správně výchovně působit na své dítě.



Graf č. 27. Reakce okolí na odlišné chování dítěte.

Nadpoloviční většina rodičů uvedla, že nemají žádné problémy s reakcí okolí na odlišné chování dítěte. Ostatní rodiče uvedli, že se některé z negativních reakcí objevily, nebo objevují. Vzhledem k tomu, že se diagnóza ADHD/ADD u dětí objevuje častěji a je medializována, většina populace reaguje adekvátně informacím (tedy normálně, nebo netečně). Lidé, kteří reagují neadekvátně tak činí zpravidla z neznalosti problematiky. Bojí se neznámého, mohou hyperaktivitu považovat za nemoc, nebo jim vadí projevy dítěte (křik, zatvrzelost, hluk...) někdy jsou stěžovateli starší lidé, nebo jiní rodiče, kteří o této poruše nemají informace.

5.1 Vyhodnocení výzkumných otázek a hypotéz

Výzkumné otázky

1. Jaké informace mají rodiče o ADHD/ADD a jak je využívají ve výchově svého dítěte?

Výzkumná otázka č. 1 byla ověřována několika položkami v dotazníku vlastní konstrukce. V položce č. 8. rodiče uvedli, že první informace o ADHD/ADD získávali nejčastěji prostřednictvím internetu (10 rodičů). Druhé dva nejčastější zdroje informací poskytli rodičům lékař a pedagog (7 a 7 rodičů). V položce č. 23 měli rodiče zhodnotit vlastní informovanost o této problematice. Dostatek informací potvrdilo pouze 7 rodičů. 10 rodičů označilo v dotazníku, že mají málo informací, ale vědí, kde je hledat. Pouze 4 rodiče sdělili, že mají informací málo a nevědí, kde a jak je získat. V položce č. 24 téměř všichni rodiče odpověděli, že získané informace v praxi skutečně používají. Jedna položka (č. 26) potvrzuje, že informace rodiče mají. (17 rodičů ví, jak přistupovat k dítěti s ADHD a pouze 3 nevědí).

Výzkumná otázka č. 1 byla zodpovězena. Rodiče, až na několik zanedbatelných výjimek, mají odborné informace o ADHD/ADD a v praxi je také plně používají a řídí se jimi (brožury, odborné letáky, informace z ústních konzultací, internetové odborné weby).

2. Spolupracují rodiče se školním psychologem nebo s jinými odborníky (PPP, dětský psycholog, psychiatr, apod.)?

Výzkumná otázka č. 2 byla zodpovězena. V položce č. 7 rodiče potvrzovali spolupráci s odborníky. Speciálního pedagoga vyhledalo 17 rodičů, psychologa vyhledalo 15 rodičů, pediatra vyhledalo 6 rodičů, neurologa rovněž 6 rodičů. Služeb psychiatra nevyužil nikdo. Odpovědi v položce č. 8 potvrzují, že pomoc odborníků využilo 14 rodičů. Téměř všichni rodiče v položce č. 25 potvrdili souhlas s nutností dodržování zásad při výchově dítěte, to znamená, že získané informace od odborníků plně využívají v běžném životě.

Rodiče dětí s ADHD/ADD spolupracují se všemi dostupnými odborníky (PPP, dětský psycholog, speciální pedagog, apod.). Vzhledem k tomu, že diagnostiku

ADHD/ADD mohou provádět pouze vyškolení odborníci, je to pozitivní zpráva. Spolupráce rodičů a odborníků je v tomto případě nutná a žádoucí.

3. Využívají a vyzkoušeli rodiče mimo doporučení odborníků také nějaké alternativní metody?

Výzkumná otázka č. 4 byla zodpovězena pouze částečně (omezeně). Z položky č. 16 vyplývá, že alternativní metody využilo pouze 7 rodičů a nevyužilo 13. V položce č. 17, 16 rodičů zastává názor, že alternativní metody mají spíše podpůrný charakter. Že nehrají žádnou roli, odpovědělo 5 rodičů. Zásadní roli nepřiznal alternativním metodám žádný rodič. Z této výzkumné otázky vyplývá, jeden pozitivní výstup. Rodiče dají spíše na doporučení odborníků, než na nějaké alternativní metody. Tím se potvrzuje platnost výzkumné otázky č. 2.

Hypotézy

H1. Rodiče z úplných rodin jsou o ADHD/ADD informováni lépe než rodiče z neúplných rodin.

Hypotéza č. 1 nelze spolehlivě přijmout ani odmítnout. Sledované vzorky rodičů dětí s ADHD/ADD byly následující: 86 % úplnou rodinou. Pouze 14% pocházelo z rodiny neúplné (položka č. 3). Z toho vyplývá, že jsme pracovali především s rodiči z úplných rodin. V jiných odpovědích na jiné položky rodiče potvrdili, že mají odborné informace, spolupracují s odborníky a získané informace využívají v praxi. V položce č. 22, jak zvládají výchovu hyperaktivního dítěte, odpovídali, že výchovu zvládají s pomocí partnera (17). Rodiče z neúplné rodiny se musí spoléhat pouze na své síly případně na další příbuzné. Spoléhat se na druhého partnera, podělit se o problémy a rozdělit své síly je pro chod rodiny při péči o dítě výhodnější. Obě skupiny rovněž odpovídaly, že výchovu zvládají s pomocí odborníků - speciálních pedagogů, pracovníků PPP (20+20 rodičů). Nemůžeme přesně specifikovat míru informovanosti rodičů z úplných a neúplných rodin. Ve sledovaném vzorku jsme měli 86% rodičů z úplných rodin. Můžeme však předpokládat, že informovanost v úplných rodinách je vyšší, protože informační zdroje využívá více osob (otec i matka). Rovněž přístup k informacím z hlediska pohlaví bývá často rozdílný. Matka zpravidla využívá osobní konzultace s odborníky, navštěvuje lékaře, psychology, PPP, apod. Otec bývá zdatnější např. ve vyhledávání informací na internetu.

H2. Starší rodiče využívají informace o ADHD/ADD v praxi se svými dětmi častěji, než mladší rodiče.

Hypotéza č. 2 byla odmítnuta. Z výzkumného vzorku tvořili největší věkovou skupinu rodiče ve věku 30-45 let (67 %). Ve věku 20-30 let bylo 19 % rodičů a ve věku 45-55 let bylo 14 % rodičů. Ve věku 60 let a více nebyl nikdo. Vzhledem k tomu, že největší skupinou byli rodiče ve středním věku, nelze poměr mladší a starší rodiče efektivně analyzovat. Celé věkové spektrum odpovídalo v položkách č. 24 a 25, že informace poskytnuté odborníky o ADHD/ADD v praxi plně využívají a souhlasí s nutností dodržování zásad a zkušeností při výchově dítěte. Informace využívají tedy všichni.

H3. Rodiče dětí s ADHD/ADD častěji vyhledají při prvním kontaktu s odborníkem pedagoga než psychiatra.

Hypotéza č. 3 byla přijata. V položce č. 7 rodiče potvrdili, že nejčastěji vyhledávaným odborníkem je speciální pedagog (17), a psycholog (15). Další v pořadí byli odborní lékaři (pediatr 6, neurolog 6). Psychiatr nebyl označen ani v jednom případě. Z položky č. 5 vyplývá, že věk diagnostikování poruchy ADHD/ADD byl mezi 3-6 lety (pouze 1x 6-7 let). Je to logické, protože prvních problémů si rodiče i pedagogové zpravidla všimnou v mateřské škole. V tomto věku rovněž probíhají první předběžné a později odborné diagnostiky dětí před nástupem do základní školní docházky. Odborníci, kteří se na práci s dítětem a jeho diagnostice podílejí, jsou nejčastěji speciální pedagog a pracovníci PPP. Návštěva psychiatra bývá až krajním řešením.

6 DISKUZE

Diskuse o problematice ADHD/ADD probíhají na více úrovních (EU, ČR, kraj, okres, město, obec, univerzita, škola) i mezi různými odbornými profesemi (lékaři, psychiatři, psychologové, speciální pedagogové, vychovatelé, odborní úředníci, apod.). Probíhají jak mezi laickou tak i odbornou veřejností.

Vzhledem k tomu, že se poznatky rychle mění, rozvíjejí a aktualizují, bylo by vhodné častěji uspořádat odborné diskuse na tematicky zaměřených konferencích, za účasti odborníků nejen z ČR, ale i z ciziny. Získané zkušenosti potom pilotně ověřit a distribuovat cílovým skupinám – odborníci a pracovníci škol, PPP a rodiče.

Pouze 3 z celkového počtu rodičů v dotazníkovém výzkumu uvedli, že neumí posoudit či neví, jak ke svému dítěti trpícímu poruchou ADHD/ADD správně přistupovat, reagovat na jeho výkyvy nálad apod. Zpravidla je to způsobeno nedostatkem kvalitních informací, nebo získáním rozporuplných informací, které nedokáží správně zpracovat. Což vede k chybnému přístupu k dítěti, důvěřování všemu, co si přečtou na internetu, apod.

Odborná veřejnost i škola by měli s těmito rodiči více a častěji o problému diskutovat, poskytovat relevantní informace a vzájemně si pomáhat v působení na dítě.

PhDr. Eva Labusová na svých webových stránkách: „Rodičovství, psychologie, zdraví“ na otázku: „Lze dnes vyšetření v ČR absolvovat v každém větším městě, nebo jen na specializovaných pracovištích?“ „Je nutné doporučení pediatra?“ Uvádí:

„Ke stanovení diagnózy ADHD je kompetentní každý dětský psychiatr. Doporučení pediatra nutné není, rodiče se mohou objednat k psychiatrovi přímo.“ (Labusová 2010). Je pravda, že dětský psychiatr má kompetenci stanovit diagnózu ADHD/ADD, ovšem i z veřejných sdělovacích prostředků je známé, že objednáací lhůty k dětskému psychiatrovi jsou velmi dlouhé, a že dětských psychiatrů je v ČR hluboký podstav. Doporučení rodičům, aby se k dětskému psychiatrovi objednali přímo, považujeme za nesprávné. V každém okrese ČR je plně funkční a odborníky zaměstnávající PPP, nebo SPC. Objednáací lhůty jsou podstatně kratší, než k dětskému psychiatrovi a rodiče mají blíže k pracovníkům PPP či SPC, než k psychiatrovi, což potvrdili v jedné z položek.

Tereza Bartůňková ve své bakalářské práci uvádí, že bakalářská práce představuje „manuál“ pro rodiče, a možnost jejich dítě srovnat s normou (Bartůňková 2008, s. 46).

Obsah bakalářské práce je věcně správný. Nesouhlasíme však s cílem práce, kdy autorka uvádí, že by měla být „manuálem“ pro rodiče a jejich informovanost pro srovnávání dítěte s normou. Myslíme si, že nikdo z rodičů, kteří se účastnili našeho dotazníkového šetření, by práci jako manuál nečetl. Jednoduchý informační leták pro rodiče, nebo školu je přehlednější a účelnější, než rozsáhlá práce obsahující mnoho cizích slov, kterým rodiče nerozumějí. Rodiče na základě svých zkušeností málokdy dokáží provést srovnání svého dítěte s normou. Záleží na individualitě dítěte, na prostředí, na zkušenostech a odborných informacích. Odborné informace jsou schopny předat a řádně rodičům vysvětlit pouze odborní pracovníci z praxe. Tuto skutečnost nám rodiče potvrdili v dotazníkovém šetření. Manuál tedy nelze uplatnit plošně.

Na odborné webové stránce poskytuje dětský pediatr MUDr. Martin Gregora odpovědi na dotazy občanů – rodičů. V části popisující problematiku ADHD se věnuje několika otázkám, které jsme v naší práci rovněž zkoumali. S odpověďmi na tyto otázky můžeme souhlasit. V našem průzkumu mezi rodiči dětí s ADHD/ADD byli podobné či zcela shodné výstupy. MUDr. Gregor uvádí např., že pro rozpoznání ADHD je klíčový předškolní věk a začátek věku školního (Gregor 2014). Toto tvrzení je uvedeno i v naší bakalářské práci. Rovněž na vznik poruchy, léčbu i přístup k dětem s ADHD/ADD zaujímá MUDr. Gregor opět stejný postoj. Tyto webové stránky můžeme rodičům na rozdíl od výše uvedeného „manuálu“ doporučit.

Z dotazníků pro účastníky konference „Co nás spojuje a nerozděluje při pomoci dítěti s diagnózou ADHD na jeho životní cestě“ vyplynula tato odpověď: „Na základě Vašich odpovědí se domníváme, že odborná péče věnovaná dětem s ADHD u nás je jednorázově na dobré úrovni, ale chybí užší spolupráce mezi jednotlivými oborovými specializacemi a hlavně péče průběžná.“ (Anon 2014). S touto odpovědí nemůžeme zcela souhlasit. Je možné, že mezioborová spolupráce vázne. Již se zmínili o problematice délky objednacích lhůt k dětskému psychiatrovi a jejich nedostatku. Dětské lékaře léčí zejména dětské choroby a odbornou diagnostikou ADHD/ADD se zpravidla nezabývají. Nelze tedy hovořit o dobré spolupráci mezi jednotlivými mezioborovými specializacemi. Průběžná péče o děti s ADHD/ADD je podle nás alespoň na Liberecku zajištěna velmi kvalitně. Od MŠ (první zjištění – speciální pedagog, rodič) přes předškolní diagnostiku (PPP, SPC, rodiče) až po nástup a absolvování ZŠ (školní poradenský systém, asistent pedagoga, školní psycholog, IVP, ČŠI, PPP).

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z analýzy odpovědí rodičů v dotazníkovém šetření vyplývá několik základních doporučení pro praxi:

- Rodiče často bloudí v mnoha často rozporuplných informacích, které získávají z různých zdrojů, jako například internet, poradny, ostatní rodiče, apod. Doporučujeme více využívat odborníky působící přímo na škole (pedagog, speciální pedagog, školní psycholog), kteří jsou, nebo by měli být školeni na přístup k dětem s ADHD/ADD a SPU a jsou dítěti i rodičům nejbliže – jak znalostmi prostředí, tak i časově denním kontaktem s rodiči. Další odbornou autoritou jsou Pedagogicko-psychologické poradny, které jsou v každém okrese, kde mají také své pobočky (bohužel jsou poměrně dlouhé objednací termíny).
- Již zmíněné PPP mají na svých webových stránkách základní informace k ADHD/ADD, k jednotlivým SPU (specifickým poruchám učení), občas mají pro rodiče i nějaké písemné pokyny aj. Doporučujeme zpracovat jeden informační letáček (skládačku) se základními souhrnnými informacemi, kde by se rodiče orientovali a získali praktické rady, jak s dítětem postupovat a pracovat. Byla by podstatně kvalitnější spolupráce rodičů a školy a vzájemné působení na dítě a jeho rozvoj.
- Pokud již některé informační letáčky existují a jsou k dispozici, doporučuji, aby se také dostaly k rodičům i pedagogům. Prostřednictvím ředitelů škol, vedení PPP, apod. Někdy tyto materiály leží ve skladu nebo na chodbě a neplní svůj účel.
- Jestliže je ve školní třídě více dětí s diagnózou ADHD/ADD nebo SPU, je velmi potřebná součinnost pedagogů a asistentů pedagoga. Často školy naráží na finanční limity určené na asistenty pedagoga a ti potom ve třídách citelně chybí. Pedagog se nemůže individuálně věnovat všem dětem.
- Česká školní inspekce (ČŠI) kontroluje, zda mají školy individuální vzdělávací plány jak pro děti se znevýhodněním, tak pro děti nadané. Podrobněji je to rovněž rozpracováno v RVP (rámcových vzdělávacích plánech) a ŠVP (školních vzdělávacích plánech), které jsou také předmětem kontroly ČŠI, a které jsou jakousi osnovou – kuchařkou pro vzdělávání na škole.
- Doporučuji při vzdělávání pedagogů na vysokých školách nebo při DVPP (dalším vzdělávání pedagogických pracovníků) zařadit problematiku výchovy a vzdělávání

děti s ADHD/ADD a zejména předávat aktualizované informace. Vývoj v diagnostice i farmacii jde rychle kupředu.

ZÁVĚR

Počet dětí s diagnostikovanou poruchou ADHD/ADD se každým rokem neustále zvyšuje. Je tedy žádoucí, abychom hlavně jako pedagogové uměli s těmito dětmi pracovat, rozvíjet jejich kladné i záporné stránky a také jim uměli správným přístupem pomoci. V dnešní době se k tématu problematiky ADHD/ADD objevuje čím dál tím více různé odborné literatury a doporučení. Vzhledem k tomu, že se pedagogové s dětmi setkávají nejčastěji, je především na nich, aby získané, doporučené postupy uměli správně a srozumitelně předat rodičům, kteří se (jak vyplynulo z dotazníkového šetření) v této problematice neorientují.

K naplnění cíle jsme oslovili rodiče dětí s diagnostikovaným ADHD prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce a odpověděli v něm na sadu položek, které výše uvedené cíle sledovaly. Odpovědi z dotazníku vlastní konstrukce jsme následně analyzovali a připojili k nim komentář.

Z analýzy odpovědí na jednotlivé položky nás překvapily zejména některé rozporupné odpovědi. Kdy rodiče uvádějí, že doporučené rady odborníků jim ve výchově pomáhají, ale na druhou stranu netuší, jak své dítě dle doporučených rad vychovávat. Odborníci doporučují dítě s ADHD/ADD často povzbuzovat, chválit a motivovat, protože pochvala je důležitou součástí výchovy. Rodič by měl vždy najít něco, za co může pochválit, ať už se jedná např. o uklizený pokoj, snahu, aktivitu či nové oblečení. Důležité je rovněž pěstovat v dítěti zdravé sebevědomí, to posiluje pocit prospěšnosti a zvyšuje prestiž v kolektivu mezi spolužáky. Při výchově by rodiče měli dbát na dodržování nastavených pravidel, kterých nemusí být mnoho, ale hranice by měly být nastaveny naprosto jasně, srozumitelně a neprostopupně. Pokud je v diagnóze dítěte přítomna hyperaktivita, doporučuje se zachovat klid. Rozmluva je v tuto chvíli neúčinná. Rodič musí vždy počkat, až se dítě zklidní a situaci s ním může poté v klidu rozebrat.

Dále nás velmi mile překvapila míra využívání odborníků a také vzájemná spolupráce.

Z ucelených informací, které jsme dotazníkovým výzkumem a studiem odborných zdrojů získali, jsme také připravili několik doporučení pro praxi a diskuzi.

Práce byla přínosná jak pro nás, tak i pro pedagogy mateřských škol. Zejména pak pro rodiče dětí s diagnostikovanou ADHD/ADD, se kterými přijdeme při své pracovní

činnosti do styku. Můžeme jim na základě výstupů této bakalářské práce poskytnout základní informace, poradenství, dále je můžeme nasměrovat, kde je informace možné získat, na které odborníky se mohou obrátit, nebo nabídnout některé z hotových informačních letáků vytvořených PPP. Některé z těchto informačních materiálů nalezneme v této bakalářské práci v přílohách.

POUŽITÁ LITERATURA

ADHD: Asociace dospělých pro hyperaktivní děti [online]. [vid. 20. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.adehade.cz/o-adhd/>

ANON, 2014. *Sborník z konference: I. Celostátní mezioborová konference ADHD* [online]. [vid. 2. 6. 2015]. Dostupné z: http://www.raabe.cz/Files/Sbornik_ADHD.pdf

ANTAL, M., 2013. *To dítě je nepozorné: jak žít s hyperaktivním dítětem: ADHD očima ADHD*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2898-1.

BARTŮŇKOVÁ, T. 2008. *Bakalářská práce: Proces diagnostiky syndromu ADHD u dítěte předškolního věku*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky.

CACHOVÁ, P., 2010. Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidity. *Neurologie pro praxi* [online]. roč. 11, č. 6. s. 373–377 [vid. 12. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/06/04.pdf>

DRTÍLKOVÁ, I., 2004. Diferenciální diagnostika dětské manie a hyperkinetické poruchy (ADHD). *Psychiatrie pro praxi* [online], roč. 5, č. 6, s. 309-3012 [vid. 24. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/05.pdf>

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

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P., 2009. *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-630-4.

GREGOR, M., 2014. Máme hyperaktivní dítě, nebo „jen“ zlobivé? In: *Babyweb* [online]. [vid. 2. 6. 2015]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/mame-hyperaktivni-dite-nebo-jen-zlobive>

HAVLÍK, R., KOŤA, J., 2002. *Sociologie výchovy a školy*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-2620-042-0.

CHERYL, R., aj., 2014. *Dítě s ADHD a ADD doma i ve škole: praktický rádce pro rodiče i učitele*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0621-7.

iZdravie. [online]. [vid. 14. 5. 015].

Dostupné z: <http://www.pluska.sk/izdravie/wiki/hyperaktivita.html>

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

KHÝR, M., ADHD: Dítě s poruchou pozornosti a aktivity (ADD/ADHD). In: *Pedagogicko-psychologická poradna v Novém Jičíně*. [online]. [vid. 24. 5. 2015].

Dostupné z: <http://www.pppnj.cz/Stranky/ADHD.aspx>

KREJČÍKOVÁ, P., 2013. *Poruchy chování u dětí a mládeže*. Závěrečná práce studia pedagogiky. Liberec. Národní institut dalšího vzdělávání.

LABUSOVÁ, E., 2010. Děti s diagnózou ADHD. In: *Rodičovství, psychologie, zdraví*. [online]. [vid. 24. 5. 2015]. Dostupné z: <http://www.evalabusova.cz/clanky/adhd.php>

MALÁ, E., 2005. ADHD Hyperkinetické poruchy. In: *Občianske združenie PreDys: Vznikli sme aby sme pomohli deťom* [online]. [vid. 20. 1. 2015].

Dostupné z: http://www.predys.szm.com/zdrav_noviny.htm

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.

Nepozorní [online]. [vid. 20. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.nepozornidospeli.cz/>

WOLFDIETR, J., 2013. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele*. 1. vyd. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0158-6.

PACLT, I., aj., 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1426-4.

Pedagogicko psychologická poradna Liberec [online]. [vid. 20. 5. 2015].

Dostupné z: <http://www.pppliberec.cz/o-nas>

Portál [online]. [vid. 20. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=2815>

Pražské centrum primární prevence: Portál primární prevence rizikového chování v Praze. [online]. [vid. 17. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/adhd?showall=1>

PTÁČEK, R., aj, 2010. Podporu si zaslouží i rodiny s hyperaktivními dětmi. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [vid. 20. 5. 2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8159>

Ptejte se knihovny [online] [vid. 24. 1. 2015].

Dostupné z: <http://www.ptejteseknihovny.cz/uloziste/kag503/znalosti-a-informovanosti>

Slovník cizích slov ABZ [online]. [vid. 17. 12. 2014]. Dostupné z: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=diagn%C3%B3za&typ_hledani=prefix

Slovník cizích slov ABZ [online]. [vid. 17. 12. 2014]. Dostupné z: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=diferenci%C3%A1ln%C3%AD&typ_hledani=prefix

Speciálně pedagogické centrum Kamínek. [online]. [vid. 14. 5. 015].

Dostupné z: <http://www.spckaminek.websnadno.cz/Jemna-motorika.html>

STRNADOVÁ, I., aj, 2015. Příčiny vzniku ADHD. In: *Alfabet: Informační servis pro rodiče dětí se zdravotním postižením*. [online]. [vid. 14. 5. 015]. Dostupné z: <http://www.alfabet.cz/informace-o-typech-zdravotniho-postizeni/diagnozy/354-jak-vznikne-adhd>

TAYLOR, J. F., 2012. *Jak přežít s hyperaktivitou a poruchami pozornosti: rádce pro děti s ADHD a ADD*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0068-0.

TĚTHALOVÁ, M., 2011. Děti s ADHD bychom měli chválit za všechno, co se jim povede. In: *Portál* [online]. [vid. 17. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/casopisy/info/ukazky/-vychovne-malickosti/45845/>

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., 1998. *Aplikovaná sociální psychologie I. Člověk a sociální instituce*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-269-6.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 - Dotazník pro rodiče předškolních dětí s ADHD/ADD.
- Příloha č. 2 – PPP Liberec (Doporučení pro práci dětmi s ADHD/ADD).
- Příloha č. 3 – Projevy dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyspraxie, dyskalkulie.
- Příloha č. 4 – Máte doma předškoláka? (Informace pro rodiče předškolních dětí týkající se zápisu).
- Příloha č. 5 – Některé užitečné diagnostické nástroje.
- Příloha č. 6 – Shrnutí základních projevů ADHD/ADD u dětí školního věku.

Příloha č. 1

Dotazník pro rodiče předškolních dětí s ADHD/ADD

Vážení rodiče.

Obracím se na Vás s prosbou o pomoc při průzkumné části mé bakalářské práce na téma „Informovanost rodičů dětí předškolního věku s ADHD/ADD o této poruše.“. Ráda bych vás poprosila o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, jehož výsledky budou použity pouze pro potřeby bakalářské práce, zpracovávané na Technické univerzitě v Liberci, Fakultě přírodovědně-humanitní a pedagogické. U každé otázky zvolte prosím křížkem alternativu, která nejvíce odpovídá skutečnosti. U otázek číslo 6, 7, 8 a 23 můžete označit více možností.

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Jitka Kovářová

email: jitulekovarova@seznam.cz

1. Jste matka, nebo otec?

matka

otec

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

od 20 do 30 let

od 30 do 45 let

od 45 do 55 let

60 let a více

3. Žije dítě v úplné, nebo neúplné rodině?

4. Kdy jste poprvé zaregistroval/a některé nestandardní projevy svého dítěte a pojal/a podezření, že něco není v pořádku?

- v období do 1 roku věku dítěte
- v období od 1 roku do 3 let věku dítěte
- v období od 3 let do 6 let věku dítěte

5. V jakém věku dítěte přesně (rok a počet měsíců) byla u dítěte porucha diagnostikována?

6. Co konkrétně Vám dalo první impuls k tomu, že jste vyhledal/a odbornou pomoc?

- všiml/a jsem si, že se chová jinak než ostatní děti ve stejném věku
 - nezvládal/a jsem jeho výchovu
 - dítě se projevovalo jako hyperaktivní, impulzivní, nesoustředěné
 - byl to nějaký konkrétní incident (uved'te prosím, jaký):
-

7. Na jakého odborníka jste se obrátil/a?

- speciální pedagog
- pediatr

- neurolog
- psycholog
- psychiatr

8. Kde jste v době, než jste se obrátil/a na odborníka, hledal/a první informace o poruše ADHD/ADD?

- internet
- brožury od lékaře
- na všechny otázky mi odpověděl lékař /psycholog atd.
- pedagog
- známí/přátelé/rodina

9. Věděl/a jste, co znamená pojem „ADHD/ADD“ předtím, než bylo Vašemu dítěti diagnostikováno? Pamatujete si, co tyto zkratky znamenají?

- ano, vím
-

- nevzpomínám si

10. Domníváte se, že je ADHD/ADD výsledkem špatné výchovy rodičů?

- ano
- ne
- nevím

11. Napadají Vás některé příčiny vzniku ADHD/ADD?

ano (Uved'te prosím, jaké to mohou podle Vás být příčiny)

nevím

12. Má někdo z blízkých příbuzných dítěte také obtíže s hyperaktivitou, impulzivitou, nesoustředěností?

ano

ne

nevím

13. Souhlasíte s tvrzením, že už u kojenců se liší chování dětí s ADHD/ADD od vrstevníků.

ano

ne

nevím

14. Vyskytují se u Vašeho dítěte nějaké další obtíže (poruchy řeči, agresivita apod.)?

Ano (jaké?)

ne

nevím

15. Myslíte si, že děti s ADHD/ADD z poruchy „vyrostou“ a v dospělosti budou bez obtíží?

- ano
- ne
- nevím

16. Vyzkoušeli jste s dítětem nějaké jiné-alternativní metody léčby (terapie, diety) vedoucí ke zvládnutí ADHD/ADD?

- Ano, uveďte konkrétně
-

- ne
- nevím

17. Jaký je podle Vašeho názoru význam alternativních metod při nápravě obtíží spojených s ADHD/ADD?

- mají zásadní roli
- mají spíše podpůrný charakter
- nehrají žádnou roli

18. Užívá Vaše dítě ve spojitosti s ADHD nějaké léky?

- ano
- ne
- nevím

19. Je Vaše dítě vzděláváno podle individuálního vzdělávacího plánu?

- ano
- ne
- nevím

20. Je podle Vašeho názoru diagnóza ADHD/ADD důvodem k zařazení dítěte do speciální školy?

- ano
- ne
- nevím

21. Souhlasíte s tvrzení, že je-li dítě s ADHD schopno se hodinu a více soustředit na hraní her na PC, pak je schopno se stejně dlouho soustředit na plnění svých úkolů.

- ano
- ne
- nevím

23. Jak zvládáte výchovu hyperaktivního dítěte?

- zvládám sám/sama bez problémů
- zvládám s pomocí partnera
- zvládám s pomocí dalších příbuzných
- zvládám za pomoci speciálních pedagogů
- zvládám s pomocí odborníků z poradny
- nezvládám

24. Jak hodnotíte svou informovanost ve vztahu k ADHD/ADD?

- mám dostatek informací
- mám informací málo a vím, kde je hledat
- mám informací málo a nevím jak jich získat více

25. Myslíte si, že výchovné pokyny, instrukce a rady, které Vám odborník dává jsou využitelné v praxi?

- ano
- ne

26. Myslíte si, že když je dodržujete je vaše dítě lépe zvladatelné?

- ano
- ne

27. Víte, jak správně výchovně působit na dítě s ADHD/ADD, jaké zásady je nutné dodržovat?

- ano (uveďte)

-
- ne

28. Jak reaguje okolí na odlišné chování vašeho dítěte?

- nemáme žádné problémy
 - straní se nám
 - lidé z okolí nám projevují nepatřičnou, nepříjemnou lítost
 - jinak (uveďte)
-

Příloha č. 2

Pedagogicko-psychologická poradna Liberec, p.o. Doporučení pro práci se žáky s ADD / ADHD (poruchou pozornosti a poruchou pozornosti s hyperaktivitou)

Dítě potřebuje být v první řadě hlavně **neustále povzbuzováno, motivováno a přijímáno**. Trávíte s ním většinu času jeho aktivního dne, máte tudíž velký vliv na formování jeho chování.

Věnujte mu pozornost, vyměňte si s dítětem alespoň 1 x denně přátelské slovo. **Pochvalte ho za zájem, snahu, aktivitu, zajímejte se o jeho mimoškolní činnosti a události nebo jen pochvalte nový kousek oblečení**. Dejte mu možnost pocítit, že se o něj **zajímáme**, že vám na něm záleží.

Pomozte dítěti najít jeho **místo v kolektivu**, zvyšujte jeho prestiž mezi spolužáky, nepoukazujte na jeho zvláštnosti, posilujte jeho pocit prospěšnosti a významu.

Přizpůsobte své požadavky v rámci učebních osnov tak, aby se dostavil spíše **úspěch** než neúspěch. Určete mu denně nějaký **dosazitelný cíl**, a až jej dosáhne, dítě pochvalte. Označte barevně správné části jeho práce a oznámujte.

Hranice a požadavky by měly být naprosto **jasné, srozumitelné, neprostupné**. Pravidel stanovíme raději méně, ale na jejich dodržování trváme. Požadavky na dítě dobře zvážíme, přihlídneme k osobním možnostem a omezením (např. ke skutečné době soustředění na jedinou činnost).

Při zpětném hodnocení se jeho pozornost koncentruje více na **pozitivní aspekty práce**. Nechte raději dítě **udělat jednu část úkolu správně než celý chybně**. Někdy je **užitečné prověřit znalosti dítěte individuálně, mimo třídní atmosféru plnou rušivých vlivů**.

Dovolte dětem, aby si mohly **jako pomůcku k lepšímu zapamatování** svých povinností vystavit nakreslené obrázky, piktogramy nebo si samy zapsaly různé

Dítě se musí učit tak, aby se přitom učily i ostatní děti: - číst nahlas

- převyprávět učební látku
- vše několikrát opakovat

□ Pracujte pokud možno v co **nejmenších skupinkách**, využívejte alternativní způsoby výuky, rozdělte děti např. do páru. Jeden je posluchač a druhý je mluvčí. V časovém limitu má mluvčí říci svému partnerovi: Co nám učitel uložil...? Nedávejte do páru dvě hyperaktivní děti.

□ U hyperaktivních dětí je nutno počítat s **dvojnásobným pracovním časem**, nespěchejte na kvantitu práce, zaměřte se na kvalitní výkony, které nezapomínejte vždy ocenit.

□ Dítě s ADHD se často cítí „zahlcené“ množstvím podnětů, mezi kterými nedokáže vybrat ten v konkrétním okamžiku důležitý. Mívá tak potíže se strukturováním času a prostoru. Velmi mu pomáhá, když nad řádem a strukturou v jeho životě bdí dospělý, vede to k pocitu větší jistoty, bezpečí. Časem také dítě snáze strukturu a určité pracovní postupy „zvnitřní“. Je proto vhodné zavést **řád, stálejší schémata průběhu dne, přípravy do školy** apod. – prosazovat je důsledně, ale zároveň vlídně, trpělivě, v atmosféře citové vřelosti.

Pedagogicko –psychologická poradna Liberec, Truhlářská 3, p.o.

□ Důležité úkoly, sdělení, zprávy, zadání a informace nenechávejte na poslední vyučovací hodinu. Důležitý výklad podávejte v **prvních 20 minutách hodiny**, taktéž i písemné práce zadávejte v prvních vyučovacích hodinách a hned na začátku dané hodiny.

□ Osvědčí se, pokud zkusíte sestavit **jasnou strukturu rozvrhu dne** a dítěti napíšete krátké a srozumitelné pravidlo chování ve škole, tělocvičně, ve školní jídelně

□ Nikdy neposazujte spolu dvě hyperaktivní děti. Je-li to možné, posaďte **dítě ve třídě** co nejbližší učitelce a vzdáleněji od okna (příp. jiných míst, které snadno upoutávají pozornost), mezi klidnější žáky.

□ Doporučujeme z dosahu či dohledu dítěte důsledně **odstranit podněty** z hlediska konkrétního úkolu **rušivé** nebo zkrátka „**přebytečné**“ (např. na lavici nechat pouze momentálně používané pomůcky).

□ „**Odstranění přebytečných podnětů**“ se vyplatí „domyslet“ i v různých všednodenních situacích – zjednodušit a zpřehlednit lze např. oblékání (věci večer nachystat, v šatníku nechat jen skutečně pravidelně nošené oblečení), stolování (stálé místo u stolu, stůl bez rozptylujících drobností), ranní hygienu (vlastní kartáček s pastou a ručník na stále stejném místě, ustálené pořadí činností...) – často tak **předejdeme** zbytečným nedorozuměním a projevům „neposlušnosti“.

□ Lze očekávat obtíže s vykonáváním činností, které vyžadují udržení pozornosti na **určitou sekvenci drobných úkonů** (oblékání, úklid penálu, příprava pomůcek), a to i u dětí bystrých; pomoci může rozfázování, „naučení“ a následné **zautomatizování** (podobně jako u básničky nebo nové látky ve škole)

□ Každou mimoškolní aktivitu je nutné **předem sdělit a ve** všech bodech s žáky prodiskutovat. Každá změna se sděluje v **klidu**.

□ Dítě bývá často **pod silným vnitřním tlakem**, proto má tendence se bez ustání kývat, hučet, vyrušovat. Pokuste se zůstat klidní. Domlouvat v tuto chvíli dítěti je neúčinné. Podobné to je i při prudších emocionálních reakcích. Je třeba počkat, až se dítě uklidní, potom je možné s ním předchozí situaci rozebrat.

□ Každá prudkost by měla být zmírněna. Při hyperaktivním chování žáka se snažte zůstat klidní a nezvyšujte hlas. Na jeho projevy **reagujte vždy tiše, klidně**. Používejte přímé, krátké a výstižné věty. Důležité pokyny je třeba ještě zesílit pomocí očního nebo tělesného kontaktu (např. položením ruky na rameno, přistoupením k lavici žáka).

□ Pokud dítě porušilo pravidlo, **nereagujte posměchem nebo rozčileně**. Ačkoliv tato chyba nemůže být prominuta, uvědomte si, že je to jeden z příznaků jeho poruchy. Zeptejte se dítěte, jaké pravidlo bylo porušeno. Je-li to nutné, formulujte pravidlo ještě jednou. Potom proveďte potrestání, které musí být **účinné, uvědomělé, dále se však**

o něm nemluví. Návrat do pozitivních interpersonálních vztahů je základem a podmínkou další spolupráce.

□ Jako **trest se** nesmí užít žádné opatření, které by dítěti omezilo jeho základní životní potřeby. Přestávky a možnosti pohybu nesmí být kráceny. Dodatečné úlohy, které vyžadují ještě více pozornosti navíc, také nejsou vhodným řešením. Zde se lépe osvědčí důsledný systém **odměňování pomocí bodů**, který se denně zapisuje a na konci týdne vede k zaslouženému výsledku. Body, které jsou odečteny pro určité nedostatky, je nutno předem s dítětem prohodit a zároveň dítě naučit, jak jim příště předejít.

□ Zpětnou vazbu poskytujeme **častěji, konkrétně, pozitivně** (= co přesně se nám líbí? Možná ve výkresu vybralo zajímavé barvy, uplatnilo fantazii, soustředilo se celých 10 minut, úkol dokončilo?)

Pedagogicko –psychologická poradna Liberec, Truhlářská 3, p.o.

□ Napomínáme-li, místo kritiky raději sdělíme, **jak si přejeme, aby dítě jednalo** (např. namísto „zas tu máš nepořádek“ raději „ten kelímek od vodovek už nepotřebuješ, prosím, uklid' ho do svého kufříku“, nejlépe následováno „správně, vidíš, jak teď tvoje lavice prokoukla“.)

□ **Pozitivní posilování** (úsměv, pohlazení, pochvala) – ihned po splnění úkolu, po chování, které bylo žádoucí, zralejší, líbilo se nám... Pochvaly se vztahují i na úkoly, které by měly být zvládnuty dětmi v nižším věku. Pozitivních zpětných vazeb by se dítěti mělo dostat alespoň dvakrát více, nežli těch negativních. V běžných každodenních situacích je proto vhodné příležitosti k pochvalě a kladným zpevněním aktivně „vyhlížet“ (zatímco příležitosti ke kritice se často „hledají samy“).

□ Je dobré zadat hyperaktivnímu dítěti nějakou **malou povinnost**, pověřit ho nějakým stálým úkolem pro třídu nebo ho nechat něco vyřídit, přinést, smazat tabuli aj.

□ Domluvte si s dítětem **gesto**, které mu vždy připomene, že se má utišit. Pokud dítě gestu rozumí, reaguje na ně velmi vděčně, a je tak znovu motivováno. Učte děti dávat pozor na neverbální podněty, aby se udržely při své práci bez přerušení vyučování.

□ Při silném neklidu při vyučování je možné zařadit **relaxační chvílky**, uvolňovací sekvence pomocí her zacílených na tělesné vjemy, prožitky apod. (chvíli položit hlavu na lavici, nechte ho v lavici polohovat, klečet, možnost odpočinku na koberci apod.).

□ I o přestávkách lze provádět bohaté pohybové činnosti s důrazem na bezpečnost dětí.

□ Domácí úkoly se zapisují každý den do **notýsku**, který sledují a kam se podepisují rodiče. Druhý den ráno splnění úkolu kontroluje učitel: to ušetří mnoho zbytečných diskusí rodičům i učitelům.

□ Úkoly zadáváme jednoduché, **splnitelné a krátké, složitější rozdělíme na kratší úseky** a zadáme je postupně; po zadání úkolu vytvoříme takové podmínky, aby bylo dítě co nejméně rušeno.

□ V neposlední řadě buďte **velmi tolerantní k** psychomotorickému neklidu, zvýšené pohyblivosti, impulzivním reakcím, příp. pomalejšímu pracovnímu tempu a dalším charakteristickým obtížím plynoucím z poruchy – v tomto věku **jsou stěží ovlivnitelné zvýšeným úsilím dítěte** (resp. spíše krátkodobě a v závislosti na konkrétní situaci).

□ Při setkání s rodiči dítěte myslete na to, že se rodiče nebudou soustředit pouze na informace o výsledcích dítěte v učení, ale i na **váš přístup k němu**. Pro rodiče je důležité, aby mohli být na své dítě pyšní a aby je uklidnilo, že jejich dítěti rozumíte v jeho problému a že mu chcete pomoci. Hledejte proto také **hodně pozitivních informací**, které jim můžete sdělit.

□ **Důležité je ocenění a využití pozitivních vlastností těchto dětí, jako jsou:**

- smysl pro spravedlnost
- pohotová pomoc a starostlivost
- radostná tvorba
- otevřenost a upřímnost
- schopnost odpouštět

Vypracovala: Mgr. Jana Hlavová, psycholog

Mgr. et Mgr. Hana Šuková, speciální pedagog, psycholog

Příloha č. 3

Projevy dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyspraxie, dyskalkulie

Specifické poruchy učení se neprojevují pouze ve čtení, psaní, pravopise a počítání, ale postihují:

- kognitivní (poznávací) procesy s typickými poruchami krátkodobé paměti, v pracovní paměti, v procesu automatizace a v soustředění
- sociální vazby jedince
- v souhrnu mohou ovlivnit celou jeho osobnost

Dyslexie

Jedná se o sníženou schopnost naučit se číst běžnými vyučovacími metodami (přiměřenými rozumové úrovni), typické jsou obtíže v rychlosti, správnosti, porozumění čtení.

Specifické chyby při čtení:

- snížená schopnost spojovat psanou a zvukovou podobu hlásek
- odchylky ve zrakovém vnímání - nedostatek schopnosti diferencovat optické obrazy; obtížné rozeznávání tvarů, záměna podobných písmen – tf, se, zrcadlově podobné útvary, pbd...
- záměna zvukově blízkých hlásek, znělosti, měkké – tvrdé slabiky (di – dy), nerozlišení sykavek
- nedodržení pořadí, nedostatečná schopnost pravolevé orientace, inverze, sen – nes...
- nedostatečná analyticko-syntetická schopnost, obtíže při spojování písmen do slabik a slov
- vynechávání písmen, slabik, částí slov
- problém číst skupiny souhlásek
- nedodržení délek, vynechání interpunkce
- dvojitý čtení
- nejistota, těžkopádnost
- domýšlení – kompenzace (umí text zpaměti, orientuje se podle klíčových slov)
- neporozumění, čtení bez porozumění
- odlišné oční pohyby při čtení
- odchylky ve sluchovém vnímání
- deficit v oblasti jazyka

Dysortografie

Jde o specifickou poruchu pravopisu, která se týká jen určitých jevů, ne celkové schopnosti zvládnout gramatiku.

Příklady specifických chyb:

- záměna tvarově podobných písmen (tiskacích, psacích apod.)
- záměna zvukově blízkých hlásek, znělosti
- nerozlišování sykavek
- nerozlišování měkkých/tvrdých slabik di, ti, ni, dy, ty, ny
- chyby ve zvukových celcích (přehazování, vynechávání, přidávání písmen, slabik)
- nedodržení délek samohlásek, vynechání interpunkce
- problémy ve slabikách se slabikotvornými r, l
- špatné rozlišování konce slova, věty
- umí gramatickou poučku ústně, neumí ji použít v písemné podobě

Dysgrafie

Znamená specifickou poruchu grafické stránky projevu, neschopnost napodobit a zapamatovat si tvar písmen, neschopnost psát čitelně, stejnosměrně, úhledně.

Příklady specifických chyb při psaní:

- obtížné zapamatování tvarů písmen
- nestejná velikost písmen, nedodržování a kostrbatost linie
- přepisování, obtížné spojování
- záměna tvarově podobných písmen (tiskacích, psacích)

Dyskalkulie

Znamená specifickou poruchu matematických schopností. Dle charakteristiky konkrétních obtíží se rozlišuje dyskalkulie:

- praktognostická - narušená schopnost manipulace s předměty konkrétními či nakreslenými a jejich přiřazování k symbolu čísla, postižena může být i schopnost řadit předměty podle velikosti nebo rozpoznávat vztahy v dimenzi více - méně.-
- verbální - vážne schopnost slovně označovat operační znaky, pochopení matematické terminologie ve smyslu určování o...více, o...méně, krát...více, méně, nezvládá slovně označovat matematické úkony, množství a počet prvků nebo i jen

odpočítávat číselnou řadu. Na slovní výzvu není žák schopen ukázat počet prstů, označit hodnotu napsaného čísla apod.

- lexická - typická je neschopnost číst matematické znaky a jejich kombinace, symboly, jako jsou číslice, vícemístná čísla s nulami, hlavně uprostřed, tvarově podobná čísla apod. Jedná se o podobu dyslexie v oblasti čtení číslic a čísel.
- grafická - se projevuje narušenou schopností psát numerické znaky, žák se neumí vyrovnat s příslušným grafickým prostorem, mívá problémy v geometrii. Jedná se o podobu dysgrafie v oblasti matematiky.
- operacionální - nezvládá provádění matematických operací, zaměňuje je, nahrazuje složitější operace jednoduššími, písemně řeší i velice lehké úkoly.
- ideognostická - porucha v chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi, v chápání čísla jako pojmu. Jedinec nedovede z paměti vypočítat příklady, které by vzhledem ke své inteligenci a dosaženému fyzickému i mentálnímu věku měl zvládnout zcela bez obtíží.

Dyspraxie

Dyspraxie, mezinárodně známá jako vývojová porucha motorické koordinace, (Developmental Co-ordination Disorder, DCD) se týká dětí a dospělých výraznými motorickými obtížemi, které nepříznivě ovlivňují jejich život a schopnost učení.

V minulosti byly tyto obtíže známy také pod názvy:

- syndrom nešikovného dítěte
 - minimální mozková dysfunkce
- Jedná se o poruchu či nezralost v uspořádání pohybů, která vede k dalším problémům v oblasti jazyka, percepce a myšlení.
- problém základní struktury - Svalová ochablost a nepružnost nebo snížený svalový tonus provázený naopak zvýšenou pružností a pohyblivostí.
 - přijímání informací a plánování aktivit - Obtíže promyslet a naplánovat co a jak má být uděláno.
 - percepční obtíže - V oblasti zrakového nebo sluchového vnímání.
 - obtíže vykonat pohyb (činnost) - Děti mohou mít problémy s tím, že neví, jaký první krok mají udělat; mají potíže s časovou posloupností a návazností pohybů.
 - porucha v koordinaci očních pohybů patrná obzvláště při čtení
 - porucha motoriky mluvidel

Příloha č. 4

Máte doma předškoláka?

Kdy jít k zápisu?

K zápisu do základní školy musíte s **každým dítětem, které do 31.8. tohoto roku dovrší věk 6 let**. Tato povinnost vyplývá ze zákona. Termín zápisu vyhlašují jednotlivé základní školy na období od 15.1. do 15.2 – přesný termín se dovíte přímo ve škole nebo na jejich webových stránkách.

Jak je to s odkladem školní docházky?

Pokud se Vám, lékaři nebo učitelkám v mateřské škole Vaše dítě jeví pro školu nedostatečně tělesně nebo duševně vyspělé, **uvedete tuto skutečnost při zápisu**. Ředitel základní školy pak ve správním řízení rozhodne, zda dítěti umožní odklad školní docházky. Odklad školní docházky je možný pouze na Vaši žádost, kterou můžete podat (případně v ZŠ sepsat) nejpozději do 31.5. tohoto roku řediteli dané zápisové ZŠ. Aby mohl ředitel ZŠ rozhodnutí ve správním řízení vystavit, musíte řediteli předložit **doporučení dětského nebo odborného lékaře a také Pedagogicko-psychologické poradny nebo** (v případě dětí s postižením) **Speciálně-pedagogického centra**. V praxi tato dvě doporučení zpravidla nebudete mít k dispozici v období zápisu, ale až po 1.4. či ještě déle. Školy jsou s tímto srozuměny, tzn., že ředitel spádové zápisové školy: buď přeruší správní řízení nebo Vám po zápisu vydá rozhodnutí o přijetí Vašeho dítěte do ZŠ a až po předložení obou doporučení následně vydá rozhodnutí o odkladu školní docházky.

Pedagogicko-psychologické poradny provádějí tato **vyšetření od 1.4. tohoto roku** (tedy ne před zápisem) – důvodem je potřeba vyšetřit dítě co nejbližší možnému nástupu do základní školy. **Objednat se můžete nejlépe prostřednictvím ředitelky MŠ, do které Vaše dítě nyní chodí**, telefonicky, emailem nebo osobně. Při podrobném vyšetření odborní pracovníci spolu s rodiči zváží, zda je odklad pro Vaše dítě skutečně nutný a vhodný. **Dítěti, jehož vývoj je v normě nebo u kterého se zjistí jen menší dílčí nezralosti, by naopak setrvání v mateřské škole bylo ke škodě a zbrzdilo by jeho další vývoj.**

Co je pro zahájení školní docházky potřebné?

1. Tělesný vývoj a zdravotní stav:

Posuzuje lékař nebo odborný lékař.

2. Poznávací funkce:

Vizuomotorika a grafomotorika:

- Správně drží tužku, kreslí plynule
- Nakreslí postavu člověka i s detaily, dům, zvíře, strom nebo auto apod.
- Zvládne napodobení nebo obtažení různých tvarů, čar a klikyháků
 - Při kreslení již nestřídá ruce (pokud ano, nepřecvičujte, ale porad'te se s psychologem v poradně)

Řeč:

- Vyslovuje bez větších nedostatků (pokud ne, je nutná návštěva logopeda), mluví ve větách, dokáže smysluplně vyjádřit myšlenku, mluví gramaticky správně, používá i minulý a budoucí čas, rozliší jednotné a množné číslo
- Zná své jméno a příjmení, jména rodičů a sourozenců, kamarádů, případně svoji adresu
- Pojmenuje běžné věci na obrázku, dokáže říct, k čemu se používají, dokáže rozlišit činnosti a profese
- Umí tvořit protiklady, pozná a pojmenuje nesmysl, přiřadí, co k sobě patří
- Umí básničku, písničku, vyprávění, krátkou pohádku

Sluchové a zrakové vnímání:

- Rozliší základní barvy, pojmenuje je, přiřadí odstíny barev
- Umí rozlišit obrázek na pozadí, umí sledovat čáru mezi ostatními liniemi (bludiště, spojovačky), složí obrázek z několika částí (jednoduché puzzle)
- Najde v řadě odlišný obrázek, pozná shodné a odlišné dvojice, pozná shodu nebo rozdíl u obrázků, které jsou stranově obrácené podle svislé i vodorovné osy
- Určí první písmenko ve slově, najde slovo, které začíná zadaným písmenem
- Rozliší stejná a různá slova lišící se jedním písmenem
- Pozná počet slabik ve slově (např. vytleská)
- Zopakuje větu alespoň z 5 slov, naučí se básničku

□ **Vnímání prostoru a času:**

- Rozlišuje nahoře – dole, níž – výš, daleko – blízko, první – poslední atd.
- Chápe význam před, na, za, pod, vedle, mezi.
- Začíná rozlišovat pravou a levou stranu.
- Rozlišuje, co se dělá ráno, v poledne, večer.
- Rozliší pojmy dříve a později, včera – dnes – zítra.
- Začíná se orientovat ve dnech v týdnu, rozliší roční období a činnosti, které k nim patří.

□ **Matematické představy:**

- Rozlišuje méně – více - stejně, kratší – delší, o 1 více – o 1 méně atd.
- Dokáže roztrždit předměty do skupin podle barvy, tvaru, použití, velikosti.
- Pozná, co do skupiny nepatří.
- Seřadí pět prvků podle velikosti.
- Napočítá do 5, chápe princip sčítání a odčítání (na prstech, předmětech).
- Pozná základní geometrické tvary.

3.Pracovní předpoklady, návyky, osobnost dítěte:

- Zvládne být a pracovat bez rodičů.
- Hraje si s kamarády, spolupracuje, umí se rozdělit, dodržuje pravidla hry, umí i prohrávat, zvládnout neúspěch.
- Vydrží u hry a práce, dokáže se soustředit.
- Respektuje autoritu (učitelku, rodiče, dospělé), umí pozdravit, poprosit, poděkovat.
- Odpovídá na otázky, naslouchá jiným, umí se dohodnout.
- Ukládá si věci do tašky, přihrádky, botníku, na věšák, na ramínko, pozná osobní věci, zapne a rozepne knoflík, zip, suchý zip, oblékne se a svlékne, zvládá sebeobsluhu.
- Má pozitivní postoj ke škole, má zájem o poznání nových věcí, klade otázky.
- Dodržuje pravidla chování, podřídí se pokynům dospělého, i když je to pro něj nepříjemné, chápe nutnost řádu.
- Je schopné pracovat ve skupině dětí na společném cíli, zapojuje se do kolektivních her, dokáže ustoupit jinému dítěti.

Umí dítě většinu z uvedených dovedností? Je zdravé?

Zvládlo úkoly při zápisu do základní školy?

Pak se školy nebojte.

Některé užitečné diagnostické nástroje

Nástroj	Charakteristika	Získané informace	Zdroj
Du Paulův dotazník (Du Paul Questionnaire)	škála symptomů ADHD	přítomnost a závažnost symptomů, které v současnosti pociťuje vyšetřovaná osoba	Du Paul (1991)
škála symptomů podle DSM-IV (DSM-IV Symptom Checklist)	škála symptomů ADHD	viz výše	Gordon (1995)
dotazníky pro hodnocení situace doma a ve škole (Home and School Situation Questionnaires)	škála pro zjišťování závažnosti symptomů ADHD v různých prostředích	viz výše	viz výše a Barkley a Edelbrock (1987)
škála dětského chování, sebesuzovací dotazník pro mládež, dotazník pro učitele (Achenbach) (Child Behaviour Checklist, Youth Self Report, Teachers Report Form)	metody zjišťující různé symptomy, které se vyskytují u mladých lidí, včetně sociálního stažení, somatizace, sociálního fungování, úrovně pozornosti, delikventního a agresivního chování	informace o povaze, šíři a závažnosti obtíží, které mladý člověk prožívá; lze je porovnat s normami pro osoby stejného věku a pohlaví	Achenbach, Edelbrock (1981, 1983)
dotazník předností a slabostí (Strengths and Difficulties Questionnaire)	jednoduchý a rychlý dotazník pro rodiče a učitele, který je užitečný pro zjištění široké škály obtíží	orientační vyšetření duševního zdraví; vyvážené informace z oblasti chování, emocí a sociálních vztahů	Goodman (1977)
Gordonův diagnostický systém (Gordon Diagnostic System)	objektivní výkonový test	objektivní měření schopnosti ovládat impulzy, pohotovosti k reakcím a těkavosti, které lze srovnat s normami pro děti stejného věku	Gordon (1986, 1987)

Příloha č. 6

SHRnutí ZÁKLADNÍCH PROJEVŮ ADHD U DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU	
PORUCHY POZORNOSTI	<ul style="list-style-type: none">•nesoustředěnost, nepozornost (pozornost kolísavá – nepřiměřená fluktuace pozornosti bez zjevné příčiny, pozornost nevýběrová – sledování a reagování na všechny podněty bez výběru, děti dávají pozor “na všechno”, neoddělí podstatní od nepodstatného, pozornost ulpínavá – ulpí na jednom podnětu nebo způsobu řešení, nepostřehne změnu algoritmu řešení)•rychlá unavitelnost, krátkodobost koncentrace pozornosti – snížený rozsah pozornosti•snadná sklonitelnost pozornosti•netrpělivost, těkavost•neschopnost dokončit započatou práci – vlivem snadné sklonitelnosti pozornosti a rychlé unavitelnosti (souvisí i s volnými schopnostmi)•výkyvy ve výkonnosti
HYPERAKTIVITA	<ul style="list-style-type: none">•změna aktivační úrovně CNS, převládá zvýšená aktivita, tlumící procesy jsou pomalé•nepřiměřeně vysoká úroveň motorické i řečové aktivity•psychomotorický neklid – vrtění se, vyskakování z místa, kopání nohama, změny polohy na židli až padání ze židle, hraní si s rukama, stálé braní věcí do ruky a hraní si s nimi, poskakování, pošťuchování, grimasování, psychické napětí•rychlá unavitelnost, výkyvy ve výkonnosti•hlasitá, překotná řeč, skákání do řeči, komentování, vydávání neadekvátních zvuků - brumlání
IMPULZIVITA	<ul style="list-style-type: none">•jednání podle prvního popudu, bez rozmýšlení a domýšlení následků či důsledků•zbrkllost, jednání bez zábran, nebezpečí vzniku úrazů•reakce nepřiměřeně prudké, intenzivní

	<ul style="list-style-type: none"> •snížené ovládací a volní schopnosti •impulzivní skákání do řeči •reagování na část pokynu, nedoposlechnutí pokynu do konce •nedokončování činností a nesplnění úkolu vlivem impulzivního jednání •výkyvy ve výkonnosti
PORUCHY PERCEPČNĚ MOTORICKÝCH FUNKCÍ	<ul style="list-style-type: none"> •motorická neobratnost – poruchy jemné a hrubé motoriky •poruchy motorické a senzomotorické koordinace •poruchy harmonizace a automatizace pohybů •rychlá unavitelnost, výkyvy ve výkonnosti •poruchy sluchového i zrakového vnímání (percepční poruchy) – podklad specifických poruch učení •poruchy sluchové i zrakové diferenciacce, schopnosti analyzovat a syntetizovat, poruchy pravolevé a prostorové orientace, poruchy fonologického uvědomění
PORUCHY PAMĚTI	<ul style="list-style-type: none"> •poruchy krátkodobé paměti – provozní paměti /zejména auditivní, ale i vizuální) •poruchy vštípení, uchování i vybavování z paměti, porucha vytváření asociací – asociační paměti •časté zapomínání věcí a pokynů, nereagování na více pokynů najednou •ulpívání paměti
PORUCHY MYŠLENÍ A ŘEČI	<ul style="list-style-type: none"> •poruchy myšlení – nepružné, ulpínavé, difúzní (rozptýlené), infantilní, chaotické, impulzivní myšlení •poruchy pojmového myšlení (chápání pojmů) •porucha schopnosti zobecňovat, abstrahovat, vnímat logickou posloupnost •neschopnost odlišit podstatné od nepodstatného (zaměřenost spíše na detaily) •nerovnoměrný rozvoj intelektových funkcí

	<ul style="list-style-type: none"> •časté, silné a déle trvající dyslalie •artikulační neobratnost a poruchy rytmizace řeči •opožděný vývoj řeči •porucha tvorby pojmů, chudší slovní zásoba, obsahová chudost, stereotypní používání slov •snížený jazykový cit (agramatizmy) •poruchy komunikace
<p>EMOČNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ</p>	<ul style="list-style-type: none"> •emoční labilita (výkyvy nálad i výkonnosti) •zvýšená afektivita (až afektivní záchvaty) •nízká frustrační tolerance – neadekvátní reagování i na nevýznamné podněty •snížená schopnost empatie, orientace v sociálním prostředí •snížené sebepojetí, sebedůvěra (kompenzované poutáním pozornosti – i nevhodným způsobem) •zvýšený egoizmus, egocentrismus (sebestřednost) •snížené volní a ovládací schopnosti •neurotické projevy – tiky, koktavost, úzkostnost (neopodstatněný strach), bolesti hlavy, břicha ap. až depresivní stavy, školní fobie •negativismus, opoziční chování •agresivita •reaktivní poruchy chování – nevhodné reakce, např. na negativní hodnocení, kritiky (vybití vzteku, verbální i fyzická agrese, útěk) (Jucovičová, Žáčková, 2002, s. 50 – 52).