



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta  
Katedra

Bakalářská práce

# Speciální vzdělávací potřeby dítěte s ADHD v běžné MŠ a v rodině

Vypracoval: Jana Součková  
Vedoucí práce: PaedDr. Eva Suchánková, Ph.D.

**České Budějovice 2014**

## Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Kolovči, 31. března 2014

Jana Součková

Mnohokrát děkuji PaedDr. Evě Suchánkové, Ph.D. za trpělivost a cenné odborné rady, připomínky a metodické vedení práce.

**Anotace:**

Práce se zabývá problematikou syndromu poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), jeho příčinami, výskytem a projevy v chování dítěte předškolního věku, popisuje různé druhy farmakologické léčby a psychoterapeutické přístupy. Zaměřuje se na vytvoření metodiky práce pro konkrétní dítě s ADHD, která by sloužila rodičům ke každodennímu, systematickému a cílenému výchovně vzdělávacímu působení. Popisuje spolupráci učitelky mateřské školy s rodinou.

**Klíčová slova**

Porucha pozornosti s hyperaktivitou, ADHD, hyperaktivita, impulzivita, biofeedback, kazuistika

**Abstract :**

The work deals with the issue of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), its causations, incidence and manifestation in the behaviour of preschool child. It describes the different types of pharmacological treatment and psychotherapeutic approaches. Furthermore, it focuses on the developing of methods and techniques for an actual child with ADHD which would assist the parents in their everyday, systematic and targeted child-upbringing educational activities. The work also describes the cooperation of a nursery teacher with the family.

**Keywords:**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD, hyperactivity, impulsivity, biofeedback, case interpretation

# Obsah

ÚVOD: .....	8
I TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 ADHD definice.....	9
2 ADHD výskyt.....	10
3 ADHD příčiny.....	11
3.1 Genetické příčiny.....	11
3.2 Biologické/fyziologické příčiny.....	12
3.3 Jiné – negenetické.....	12
4 ADHD symptomy.....	13
4.1 Porucha pozornosti .....	13
4.2 Impulzivita.....	14
4.3 Hyperaktivita.....	15
4.4 Přidružené poruchy.....	15
4.4.1 Percepčně motorické poruchy.....	15
4.4.2 Poruchy percepčních a kognitivních funkcí.....	15
4.4.3 Poruchy paměti .....	16
4.4.4 Poruchy myšlení a řeči.....	16
4.4.5 Emoční poruchy a poruchy chování.....	16
4.4.6 Jiné poruchy související s ADHD.....	17
5 Diagnostická kritéria ADHD.....	17
5.1 MKN – 10 Hyperkinetická porucha.....	17
5.2 DSM – IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD).....	19
5.3 Hlavní rozdíly mezi klasifikačními systémy .....	20
5.4 Diagnostika pedagogická.....	21
6 Přístupy.....	21
6.1 Farmakologická léčba.....	21
6.2 Psychoterapie.....	24
6.2.1 Kognitivně – behaviorální terapie.....	24
6.2.2 Analýza ABC .....	24
6.2.3 Pozitivní posilování.....	25
6.2.4 Rodinná terapie .....	26
6.2.5 Individuální práce ( psychodynamická terapie).....	26
6.3 Pedagogické přístupy.....	27
6.4 Speciálně reedukační přístupy.....	28
6.5 Jiné - EEG trénink (biofeedback).....	28
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
7 Cíl výzkumného šetření.....	30
7.1 Výzkumné otázky:.....	30
7.2 Metody výzkumného šetření.....	30
8 Případová studie.....	31
8.1 Rodinná anamnéza.....	31
8.2 Osobní anamnéza:.....	31

9 Vlastní šetření – rok 2012.....	33
9.1 Dotazník.....	37
9.1.1 Dotazník vyplněn třemi učitelkami v MŠ v měsíci dubnu 2012.....	38
9.1.2 Dotazník vyplněn matkou, otcem a babičkou v měsíci dubnu 2012.....	39
9.1.3 Vyhodnocení dotazníku:.....	40
9.2 Zpráva z vyšetření PPP – květen 2012: .....	41
9.3 Pedagogické hodnocení učitelky MŠ v září 2012, Dan, věk (3,11).....	42
9.4 Individuálně vzdělávací plán pro dítě s ADHD pro školní rok 2012 – 2013.....	45
9.5 Metodika práce s dítětem s ADHD pro rodiče .....	49
10 Vlastní šetření – rok 2013.....	50
10.1 Dotazník vyplněn třemi učitelkami ve třídě v měsíci září 2013.....	50
10.2 Dotazník vyplněn matkou, otcem, babičkou v měsíci září 2013.....	51
10.3 Vyhodnocení dotazníku – září 2013.....	52
10.4 Zpráva z vyšetření PPP – září 2013.....	53
10.5 Pedagogické hodnocení – listopad 2013 – vytvořeno po aplikaci IVP a společného působení rodiny a mateřské školy.....	53
11 Celkové výsledky dotazníkového šetření : rok 2012xrok 2013.....	55
12 Závěr.....	57
13 Shrnutí.....	59
LITERATURA.....	60
PŘÍLOHY.....	62

## ÚVOD:

### **Motto:**

*“Nejlepším způsobem, jak dětem, jež nám jsou svěřeny do péče, můžeme pomoci, je včasné diagnostikování poruchy. Naší odpovědností je, abychom se ve školách v týmové spolupráci společně všemi prostředky zasadili o to, aby se účinně vycházelo vstříc potřebám těchto dětí. Když děti podporujeme a odstraňujeme jim na cestě k úspěchu překážky, musíme být trpěliví, myslet pozitivně a snažit se dítě vnímat jako hodnotnou lidskou bytost, nikoli jako nositele některých specifických poruch chování “ (Riefová, 1999, str. 15).*

„Hyperkinetická porucha chování je porucha, v jejímž pozadí leží biologická příčina. Nejde o výsledek špatného rodičovského přístupu nebo nepříjemné a rozčilující dispozice ze strany dítěte. V jistých ohledech se podobá ostatním nemocem tím, že může mít při nesprávném vedení léčby vážné následky “  
(Munden a Arcelus, 2006, s. 11).

Pro snížení těchto následků podle Reifové (1999) potřebujeme ve spolupráci s rodinou a školou potlačit rozvoj pocitů méněcennosti a nežádoucího chování dítěte s touto diagnózou. Velmi potřebná je víra v dítě samotné, v to, že úsilí do něj vložené za to „stojí“. Tento lidský faktor je nenahraditelný, ačkoliv ani odbornost a v tomto případě, také dostatečná znalost problematiky této poruchy, nestojí v pozadí.

Přestože může být jakkoli komplikované navázat pozitivní komunikaci a kontakt s rodinou dítěte, nesmíme opomenout důležitost vytvoření přehledného a strukturovaného prostředí pro výuku dítěte (Riefová, 1999).

Bakalářskou práci na téma dítě s dg. ADHD jsem si vybrala na základě vlastního setkání s tímto dítětem při mé práci učitelky v mateřské škole.

Chtěla jsem se podrobněji seznámit s problematikou výchovy, vzdělávání a integrace dítěte se zdravotním postižením do kolektivu intaktních dětí.

Cílem bakalářské práce je sledování vývoje se syndromem ADHD v běžné mateřské škole a vypracování metodické pomůcky (manuálu) pro rodiče tohoto konkrétního dítěte.



# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ADHD definice

ADHD je zkratkou anglického názvu ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER , porucha pozornosti provázená hyperaktivitou (Riefová, 1999).

Jedná se o geneticky podmíněnou dispozici k neklidnému, roztěkanému a také těžce předvídanému chování, na jehož rozsah potíží má velký vliv prostředí a styl výchovy (Jenett, 2013).

V České republice se často setkáváme se zkratkou LMD - lehká mozková dysfunkce. Černá (1999) uvádí, že syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence, s určitými poruchami učení nebo chování, které jsou způsobené odchylkami funkce centrální nervové soustavy. Pojem LMD ještě nerozlišuje, jedná-li se o poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou či nikoli. Označení LMD je stále velmi časté, i když neodpovídá MKN-10 (systém Mezinárodní klasifikace nemocí) ani DSM – IV (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch) vydaný Americkou asociací psychiatrů (Škvorová, Škvor 2003, s. 11).

V České republice je také používán termín hyperkinetická porucha a její subtypy - porucha pozornosti a aktivity a hyperkinetická porucha chování dle Mezinárodní klasifikace nemocí nebo termín ADHD dle Americké asociace psychiatrů, který podle dominantních projevů rozdělujeme na tři subtypy – ADHD s převahou poruchy pozornosti, ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity, ADHD s poruchou pozornosti, hyperaktivity a impulzivity (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Z definice podle Michalové (2006) vyplývá, že ADHD je vývojová porucha, která je charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity.

Z modelu psycho – bio - sociální definice plyne, že ADHD je vývojová porucha, která je charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Projevuje se v raném dětství, potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit

na základě senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Tyto potíže jsou spojeny s neschopností dodržovat pravidla chování a po delší dobu opakovaně provádět pracovní úkony.

Model psychologické definice podle Barkleyho vychází z americké behavioralistické tradice, podle níž je ADHD termín pro specifickou vývojovou poruchu jak u dětí, tak dospělých, která zahrnuje nedostatky v oblasti behaviorální inhibice, v oblasti udržení pozornosti zahrnuje rezistenci vůči vyrušení a řízení úrovně aktivity vzhledem k probíhající situaci (Michalová, 2006).

## **2 ADHD výskyt**

Skutečný počet případů hyperkinetické poruchy nebo ADHD, jak uvádí Drtílková (2006) se v různých zemích světa zásadně neliší z toho důvodu, že v jejím pozadí leží biologická příčina. Nepřesnost v číslech je také připisována rozdílnosti diagnostických kritérií klasifikačních systémů MKN-10 a DSM-IV a v druhé řadě i rozdílnosti prostředí z hlediska kulturních zvyklostí a temperamentových rozdílů. Podle klinických odborníků, kteří prováděli studie pomocí DSM-IV se hodnoty výskytu projevují u 3-5 % populace, na rozdíl od studií pomocí MKN-10 přibližně u 0,5 % populace (Munden, Arcelus, 2006). Hyperkinetická porucha bývá kombinována s poruchami učení, chování nebo emočními problémy. Americké studie sledující dlouhodobý vývoj poruchy pozornosti a hyperaktivity, odhadují přetrvávání příznaků do dospělosti asi u 70 % případů.

„Výskyt ADHD je odhadován v populaci dětí do 18 let mezi 3–18 %, výskyt hyperkinetické poruchy asi mezi 1-3 %. Podle různých údajů se tyto poruchy 3-9 krát častěji vyskytují u chlapců ve srovnání s dívkami“ (Drtílková, 2007, s. 27).

Odborníci odhadují, že 3–10 % dětí bývá postiženo ve školním věku. V odborné literatuře se často uvádí hodnoty mezi 3-5 %. U dívek se častěji objevuje porucha pozornosti bez hyperaktivity (Riefová, 1999).

### 3 ADHD příčiny

Z vědeckého hlediska je nutné pro příčiny symptomů ADHD sledovat výzkum v mnoha vědeckých disciplínách, včetně antropologie, genetiky, neuroanatomie, neurofyzologie, neurochemie, dietetiky a toxikologie, psychologie a sociálních věd. Poznatky z těchto vědeckých oborů nám umožňují chápat složitý mechanismus ADHD (Munden, Arcelus, 2002, 2006).

#### 3.1 Genetické příčiny

Existuje řada důkazů o tom, že ADHD je poruchou dědičnou.

Vyplývá to z výzkumů doktora Biedermana a jeho kolektivu z Massachusettské všeobecné nemocnice z roku 1990. Do svého výzkumu použil 457 nejbližších pokrevních příbuzných (biologických rodičů a sourozenců) 75 dětí s ADHD. „Vědci je porovnali s rodinami 26 dětí s jinými psychickými poruchami a s kontrolním vzorkem 26 dětí (bez jakéhokoli psychického problému). Zjistili, že 25% nejbližších příbuzných dětí s ADHD rovněž trpělo touto poruchou“ (Munden, Arcelus, 2006, s. 51).

V jiné studii porovnávali výskyt poruchy u obou jednovaječných dvojčat a zde se ukázalo, že 80-90 % sourozeneckých dvojic, kde jedno dítě mělo ADHD, trpělo chorobou i druhé dítě. Studie na dvojvaječných dvojčatech ukázaly, že ve 32 % dvojic trpěly ADHD obě děti, což je 6-10 krát více, než je běžné u nepříbuzných dětí, kde se výskyt pohybuje mezi 3-5 %. „Tyto výsledky dodaly váhu tvrzení, že symptomy ADHD jsou často geneticky dědičné a že v řadě případů není příčinou přítomnosti symptomů výchova ani životní prostředí dítěte“ (Munden, Arcelus, 2006, s. 52).

Podle nejnovějších studií je větší riziko nebezpečí zdědění ADHD od příbuzného druhého stupně po mužské linii – po dědečcích nebo strýcích, než po ženské linii – po babičkách nebo tetách. „Další práce ukazují, že za pozměněný vzorec mozkové aktivity vyskytující se u ADHD by mohla být zodpovědná konkrétní podoba genu pro receptor dopaminu D4. Zdá se, že tento gen má mnoho variant a že u lidí s ADHD existuje vysoký výskyt jedné konkrétní vady tohoto genu“ (Munden, Arcelus, 2006, s. 52).

Jak uvádí Paclt (2007) je ADHD (porucha pozornosti) polygenní onemocnění, podmíněné různými kandidátními geny.

### **3.2 Biologické/fyziologické příčiny**

Mnoho lékařů popisuje ADHD jako neurologickou poruchu postihující tu oblast mozku, která řídí zpracování impulzů a podílí se na třídění smyslových vjemů a na schopnosti koncentrace. Odborníci se domnívají, že může být spojena s nerovnováhou nebo nedostatečným množstvím dopaminu, chemické látky, která přenáší signály. Vysvětluje se to tak, že při soustředění náš mozek uvolňuje více přenašečů signálů mezi neurony (neurotransmitterů), což nám umožňuje se soustředit na jednu věc a blokovat ostatní podněty. Zdá se, že lidé s ADHD mají těchto přenašečů nedostatek (Riefová, 1999).

### **3.3 Jiné – negenetické**

Hyperaktivní chování může být také podmíněno prenatálním či perinatálním poškozením mozku (Renotierová, Ludíková 2003, 2004), ke kterému může dojít komplikacemi v průběhu těhotenství nebo porodu, nedonošeností nebo i přenošeností dítěte, infekčním a horečnatým onemocněním po porodu, úrazy hlavy, nebo déletrvajícím stavem bezvědomí (Jucovičová, Žáčková 2010).

Podle Drtílkové (2007) se k negenetickým rizikovým faktorům řadí konzumace alkoholu a kouření matky v graviditě, nízká porodní váha nebo předčasné a komplikované porody spojené s nedostatkem kyslíku. U 24 klinických studií bylo potvrzeno zvýšené riziko vzniku ADHD u dětí, jejichž matky během gravidity kouřily.

V neposlední řadě se k rizikovým negenetickým faktorům řadí i užívání drog a alkoholu těhotných matek. V mnoha případech u dětí těchto matek zjišťujeme neurologické poškození a objevují se u nich nejrozličnější projevy typické i pro děti s poruchami chování (Riefová, 1999).

## 4 ADHD symptomy

V různých obdobích života dítěte se projevy ADHD mírně odlišují. V kojeneckém věku jsou tyto děti neklidné, ukřižené a mívají problém s usínáním. V předškolním období se jeví jako neukázněné, nadměrně divoké, někdy reagují agresivně v případě, že se musí něčemu podřídit proti svému přání. S nástupem do první třídy se zřetelně projevují hlavní příznaky hyperkinetické poruchy – hyperaktivita, poruchy pozornosti a impulzivita (Drtílková, 2007). Mimo tyto základní projevy syndromu ADHD lze pozorovat i další přidružené poruchy, mezi něž patří poruchy percepčně motorické, poruchy paměti, poruchy myšlení a řeči, emoční poruchy a poruchy chování (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Michalová (2006) uvádí, že výskyt příznaků je u jednotlivých poruch variabilní, liší se kvalitou a kvantitou.

### 4.1 Porucha pozornosti

Michalová (2006, s. 47) konstatuje : „Pozornost je psychická funkce, jejímž úkolem je vybírat z množství podnětů dopadajících na organismus ty, které jsou z jeho hlediska důležité. Pracuje na základě regulace podráždění a útlumu.

**Porucha pozornosti je klíčovým symptomem ADHD.“**

Rozděluje se na dvě formy: 1) dítě je přecitlivělé na podněty, je neschopné

oddělit se od rušivých vlivů okolí

2) dítě je neschopné zaměřit a udržet pozornost,

soustředit se

Většina dětí, u nichž byla stanovena diagnóza ADHD, trpí oběma typy poruchy pozornosti, ale může se vyskytnout i pouze jedna z těchto forem.

Charakteristická je přecitlivělost na podnět, neschopnost tlumit vedlejší vlivy a neschopnost zaměřit pozornost na podstatné podněty. Dítě věnuje nadměrnou pozornost všem podnětům bez rozdílu a z tohoto důvodu dochází k nesoustředěnosti a roztržitosti, která není způsobená nedostatkem, ale naopak nadbytkem soustředění.

Neschopnost zaměřit a hlavně udržet pozornost dle Michalové ( 2006)

je způsobena zvýšenou unavitelností CNS, která se právě projevuje zvýšenou unavitelností pozornosti. V souvislosti s pozorností také existuje jev perseverace - ulpívání, což se projevuje tím, že dítě nedokáže pružně a pohotově přesunout pozornost na něco jiného.

## **4.2 Impulzivita**

Impulzivita znamená, že dítě reaguje na přicházející podněty zcela bezprostředně, zbrkle a překotně, naprosto bez zábran, což vytváří často nebezpečné situace – vběhne do silnice, když ho upoutá předmět na druhé straně.

Jak uvádí Michalová (2006) se impulzivita pojí s hyperaktivitou. Problém je však v tom, že útlumové mechanismy jsou nedostatečné. Charakteristické pro impulzivní dítě je, že žije zcela přítomností, všechno chce mít hned, nedokáže vyčkat, až na něj přijde řada.

Hyperaktivita a impulzivita u dítěte je nejen velice náročná pro rodiče a každého, kdo má dítě na starosti, ale jedince dostává do skutečně nebezpečných situací.

Vágnerová (2004) popisuje impulzivní jednání jako reakci na pocit nudy a prázdnoty, kdy se jedinec se svými excesy snaží těchto nepříjemných pocitů zbavit.

Impulzivní jednání je spojeno se sníženými volními a ovládacími schopnostmi, s obtížemi v komunikaci, s obtížemi při vykonávání činností, které vyžadují delší čas. Dítě obtížně snáší okamžité nesplnění svého požadavku ( Jucovičová, Žáčková, 2010).

Děti těžce nesou různá omezení a příkazy, nerady se podrobují autoritám a disciplíně (Drtílková, 2007).

U impulzivních dětí se také často vyskytují poruchy spánku hlavně při usínání, nebo probouzení v průběhu noci.

### **4.3 Hyperaktivita**

Hyperaktivita je takový fyzický stav, který se projevuje abnormální aktivitou, impulsivitou a vznětlivostí, nadbytkem neúčelné motorické aktivity, zvýšenou pohyblivostí a živostí. Hyperaktivní dítě se vyznačuje velkým množstvím energie.

Projevy hyperaktivity jsou nápadné zejména v situacích vyžadujících vysoký stupeň sebekontroly v chování (Drtílková, 2007).

Jak uvádí Train (2001), mezi základní projevy hyperaktivity přináleží neustálý pohyb - dítě se neustále vrtí, třepe rukama, poskakuje, stále mluví, padá ze židle, hraje si s rukama. Tato stálá fyzická aktivita bývá označována za motorický neklid (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Michalová (2006) charakterizuje hyperaktivitu jako aktivitu přesahující míru přijatelnou pro věk dítěte. Pohyby dítěte jsou neuspořádané, nemotorné, chaotické, neúčelné. Dítě má potřebu stále na něco sahat, pohrávat si s tím.

### **4.4 Přidružené poruchy**

K dalším projevům ADHD se řadí problémy s navazováním přátelství, problémy s učením a problémy se vztahy v domácím prostředí.

#### **4.4.1 Percepčně motorické poruchy**

Tyto poruchy se projevují v oblasti jemné i hrubé motoriky. Děti bývají neobratné, nešikovné, mívají problémy v sebeobsluze - při zapínání knoflíků, v zavazování klíčky, v oblékání.

Objevují se problémy s písmem, které bývá neuspořádané a nečitelné. Je-li porušena motorika mluvidel, má dítě problémy s artikulací hlásek.

#### **4.4.2 Poruchy percepčních a kognitivních funkcí**

Děti trpí deficitem ve funkci v oblasti sluchové a zrakové orientace, v oblasti sluchové paměti má dítě problém si zapamatovat pouze ústní výklad. V oblasti zrakového vnímání jde o špatné rozlišování podobných tvarů písmen.

Projevují se poruchy pravolevé orientace a orientace v prostoru, narušení vnímání vlastního tělesného schématu.

Tyto uvedené poruchy mají souvislost se vznikem specifických vývojových poruch učení, mezi něž patří dyslexie, dysortografie, dysgrafie, dyskalkulie, dyspraxie.

#### **4.4.3 Poruchy paměti**

Podle Černé (1999) je postižen celý paměťový proces, od ukládání až po vybavování. Paměť často ulpívá na jedné vzpomínce, od které se jedinec nedokáže dlouho odpoutat.

#### **4.4.4 Poruchy myšlení a řeči**

Myšlení u dětí s ADHD bývá nepružné, ulpívavé až stereotypní, nebo naopak zmatené a chaotické. Dále se vyznačuje neschopností odlišit podstatné od nepodstatného.

Vlivem poruch sluchové diferenciacce a kolísání pozornosti vznikají poruchy porozumění řeči. V oblasti aktivní řeči jsou nejvíce patrné poruchy artikulace a rytmu řeči, neobratnost mluvidel způsobuje rozsáhlou dyslalii. Řečový projev dětí s ADHD bývá chaotický a zmatečný.

#### **4.4.5 Emoční poruchy a poruchy chování**

Děti s ADHD bývají emočně labilní s častými výkyvy nálad. Vágnerová (1999) uvádí rychlé přechody od mrzutosti k euforii, citovou nezralost a labilitu.

Na změnu reagují neochotou, podrážděností a hněvem. Typická je nízká frustrační tolerance, což znamená, že některé podněty je dokáží dovést až k afektivnímu výbuchu.

„Nácvik sebeovládání je náročnou a dlouhodobou záležitostí, která však při systematickém zpevnování vhodného chování pochvalou a oceněním přináší postupně své plody“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 85).



#### **4.4.6 Jiné poruchy související s ADHD**

Každé dítě s ADHD nemusí trpět všemi poruchami, některé děti mohou být jen neklidné, nesoustředěné nebo trpí poruchami chování.

Jak uvádí Munden, Arcelus (2002), mohou se vyskytovat poruchy autistického spektra, poruchy opozičního vzdoru, ale i deprese a úzkost.

U dětí s ADHD bývá zrání nerovnoměrné, ale pro vstup do školy je třeba, aby byly všechny oblasti alespoň částečně vyzrálé.

### **5 Diagnostická kritéria ADHD**

„Diagnostická kritéria, která používají lékaři odborníci, se stále aktualizují a zlepšují v závislosti na zkvalitňování znalostí v oblasti nemocí a poruch.

V současné době existují a používají se dva klasifikační systémy:

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

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

(Munden, Arcelus, 2002, s.16).

Diagnostická kritéria jsou následující:

#### **5.1 MKN – 10 Hyperkinetická porucha**

##### Nepozornost

Alespoň šest z následujících příznaků nepozornosti přetrvává podobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu

1. často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti, nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách
2. často neudrží pozornost při plnění úkolů nebo při hraní

3. často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká
4. často nedokáže postupovat podle pokynů nebo dokončit školní práci, domácí práce, nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice, či nepochopilo zadání)
5. často není s to uspořádat si úkoly a činnosti
6. často se vyhýbá úkolům, například domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí
7. často ztrácí věci potřebné při vykonávání určitých úkolů nebo činností, například školní pomůcky, pera, knížky, hračky nebo nástroje
8. často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty
9. často je při běžných denních činnostech zapomnětlivý

### Hyperaktivita

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

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

### Impulzivita

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

1. často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka

2. často nevydrží stát v řadě nebo nedokáže počkat, až na ně přijde řada při hře nebo v kolektivu
3. často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře)
4. bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví

## **5.2 DSM – IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD)**

### Nepozornost

Šest nebo více následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že to má za následek nepříznivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu

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

## Hyperaktivita

Šest (nebo více) následujících příznaků hyperaktivity či činnosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu

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

## Impulzivita

- g) často vyhrkne odpověď dříve, než byla dokončena otázka
- h) mívá problém vyčkat, až na ně přijde řada
- i) často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře)

### **5.3 Hlavní rozdíly mezi klasifikačními systémy**

1. „ DSM – IV. Klasifikuje vlastnost „ často je nepřiměřeně upovídané“ jako příznak hyperaktivity. MKN – 10 uvádí podobný, ale přesnější popis chování „ mluví nadměrně bez ohledu na společenské zvyklosti a zábrany“ jako příznak impulzivity.

2. DSM – IV. Vyžaduje, aby šest (nebo více) symptomů pro „ hyperaktivitu – impulzivitou“ přetrvávalo po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stádiu. Protože je zde zahrnuto šest symptomů hyperaktivity (a tři symptomy impulzivity), je možné, že i děti bez symptomů nedostatečné kontroly impulzivity, by mohly splňovat diagnostická kritéria pro ADHD. Toto má značný význam ve chvíli, kdy současný vědecký názor směřuje k tomu, že k základním příznakům ADHD

(a hyperkinetické poruchy) patří právě nedostatečná kontrola impulzivity. Rozdíly mezi diagnostickými kritérii MKN – 10 a DSM – IV se pak promítnou ve výběru rozdílných, avšak překrývajících se skupin dětí. Ukazuje se, že podle MKN – 10 je opakovaně diagnostikována menší skupina dětí se závažnějšími příznaky, než v případě klasifikace DSM – IV“ ( Munden, Arcelus, 2006, s. 16-18).

#### **5.4 Diagnostika pedagogická**

Diagnostický postup zahrnuje i pedagogickou diagnostiku učitele obsahující dlouhodobé pozorování a rozbor spontánních činností dítěte, anamnestické dotazování rodičů, dále psychologickou diagnostiku v oblastech intelektu, sociálního chování, paměti, soustředěnosti a konečně i speciálně pedagogickou diagnostiku zaměřenou na poruchy v percepčně motorické oblasti, školní výkonnost, ale v neposlední řadě i na specifické poruchy učení. K diagnostice jsou využívány speciálně zaměřené testy jako např. Test koncentrace pozornosti (Kučera), Číselný čtverec (Jirásek), Test obkreslování (Matějček), ale i projektivní techniky jako kresba postavy. Součástí vyšetření by mělo být také zkoumání jeho prožívání např. Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti (Matějček, Vágnerová).

Pro správnou diagnózu ADHD je důležité využít diferenciální diagnostiku k vyloučení neurologických, motorických nebo sensorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Jako základ diferenciální diagnostiky uvádí např. Paclt (2007) odlišení ADHD od mentálního postižení, emočních poruch a poruch učení.

## **6 Přístupy**

### **6.1 Farmakologická léčba**

Jak uvádí Drtílková (2007): „Úspěšná farmakologická léčba hyperkinetických dětí má příznivý vliv na celkovou atmosféru v rodině, zlepšuje vztahy dítěte s rodiči a sourozenci a omezuje nutnost používání výčitek, napomínání a trestů.“

K farmakologické léčbě ADHD se používají psychostimulancia - léky, které pomáhají zvýšit množství dopaminu v čelních lalocích mozku, jelikož jeho nedostatek způsobuje většinu příznaků hyperkinetické poruchy. Tyto léky příznivě ovlivňují symptomy hyperkinetické poruchy, kterými jsou poruchy pozornosti, hyperaktivita a impulzivita.

V České republice je dostupný methylphenidát s názvem Ritalin. Ritalin snižuje hyperaktivitu a impulzivitu a zvyšuje rozsah pozornosti. Výzkumy neprokázaly, že tento lék je návykový a jeho užívání není spojeno ani se stavy euforie. K jeho vedlejším účinkům patří nechutenství a poruchy usínání. Přípravek posiluje účinnost neurotransmitérů (přenašečů signálů mezi neurony). Dítě je schopno se za 30-40 minut po podání Ritalinu lépe soustředit, impulzivita jeho chování se utlumí. Zlepšuje se kvalita jeho práce, vystupování, čím dál tím lepší je také čtení a psaní. Účinek trvá 3-5 hodin. U dětí, které užívají Ritalin se snižuje agresivita a posiluje se soustředění a ovládnutí se.

Ze své vlastní zkušenosti musím uvést, že při podávání Ritalinu mělo sledované dítě v různých časových intervalech, většinou 2-3 hodiny po podání léku, projevy typu strnutí celého těla a třes horní poloviny těla, provázené nepřítomným pohledem jakoby do prázdna.

Ve formě kapslí je registrován methylphenidát Concerta. Po požití jedné kapsle ráno má rychlý nástup účinku a během dne nedochází ke kolísání koncentrace účinné látky v plazmě.

Dalším lékem je dexamfetamin (Dexadrin), který se používá k léčbě ADHD v Austrálii. Z farmakologického hlediska má chemicky blízko k Ritalinu. Nemá žádnou významnou výhodu nebo nevýhodu, může však působit u dětí, které na Ritalin nereagují. Má delší „životnost“ v krvi a v mozku, takže se dá snížit četnost podávání léku.

V USA je k dispozici nový přípravek k léčbě ADHD – Strattera, který působí především na noradrenalinový systém v mozku. Není to stimulant, proto nepodléhá zákonu o omamných prostředcích a nehrozí riziko jeho zneužívání. Podle výsledků studií je účinek Strattery srovnatelný s účinkem Ritalinu nebo Concerty.

Léky ovlivňují:

**motoriku:**

- snižují hyperaktivitu na úroveň, která je běžná u zdravých dětí
- tlumí mnohomluvnost, vykřikování a vyrušování
- zlepšují kontrolu jemné motoriky

**sociální oblast:**

- tlumí afekty vzteku
- tlumí vzdor a opoziční chování vůči dospělým
- zlepšují schopnost dítěte samostatně si hrát
- tlumí verbální a fyzickou agresi vůči vrstevníkům

**kognitivní oblast:**

- zlepšují schopnost koncentrace pozornosti
- zlepšují krátkodobou paměť
- zmírňují roztěkanost
- zmírňují impulzivitu

K léčbě hyperaktivity bývají ještě využívána antidepresiva (imipramin, desipramin, nortriptylin) a neuroleptika (antipsychotika - Risperidon, Risperdal), jejichž použití v léčbě musí pečlivě zvážit dětský psychiatr vzhledem k nežádoucím účinkům (Drtílková, 2007).

## **6.2 Psychoterapie**

Odpověď na problémy, s nimiž se děti a mladí lidé s projevy ADHD a jejich rodiny setkávají, nespočívá jenom v krabičce s léky. Potíže lidí s ADHD mohou potencionálně působit vážné problémy ostatním. Pokud máme dítěti pomoci zlepšit jeho život, musíme si představit, jaké to je být dítětem. Budeme potřebovat velkou představivost, pevnou vůli a úsilí všech zúčastněných. Neméně důležité je probrat tato témata v rodině a mezi odborníky. Lékaři i ostatní pracovníci zabývající se duševním zdravím dítěte s ADHD využívají terapeutické techniky.

Techniky využívané k výcviku rodičů pracují v první řadě s rodiči samými, nikoli přímo s dětmi. Terapeut nejprve zjišťuje celkový rozsah a podstatu problémů, jak vznikly a jak je rodiče doposud zvládali. Pak ze škály psychologických postupů nápravy vybere ty, které vyhovují pro konkrétní rodinu, a spolu s rodiči připraví plán nápravy a ten jim pak pomůže zavést do praxe. Řada technik na zlepšení chování dětí vychází z behaviorální terapie.

### **6.2.1 Kognitivně – behaviorální terapie**

Kognitivně - behaviorální terapie je založena na využívání principu učení k získání žádoucích reakcí vzorců chování a vytěsnění nežádoucích. Pomocí různých technik (modelování situací, hraní rolí) se děti snaží kontrolovat své projevy impulzivity a nepozornosti. Terapie musí mít jasně stanovený cíl, ke kterému musí na konci hodiny dítě dospět. Cílem je změna chování za nové, které bude dítěti přinášet určité výhody.

### **6.2.2 Analýza ABC**

Jak uvádí Munden, Arcelus (2002, 2006), spočívá tato analýza v tom, že projevy většiny vzorců chování jsou ovlivněny antecedencí – předcházejícími událostmi (co se událo před daným projevem chování) a konsekvencí- následujícími událostmi (co se událo vzápětí po daném projevu chování). Změnou antecedence nebo konsekvence nežádoucího chování lze dosáhnout změny v četnosti výskytu projevů chování. Rodiče na žádost terapeuta zaznamenávají události, které po nevhodném chování dítěte následovaly. Pak se spolu s nimi pokusí sestavit schéma, které ukazuje,



jak se dítě za určitých okolností nevhodně projevuje. Nežádoucí chování se zpravidla projevuje na konkrétních místech (v nákupních centrech obchodních domech, na oslavách...) a podobně. Jasný popis toho, co dítě dělá a říká, pomůže terapeutovi pochopit to, co rodič i děti prožívají. Zpočátku musí rodiče s terapeutem spolupracovat velmi úzce, dokud se neseznámí s konceptem a cílem terapie.

### **6.2.3 Pozitivní posilování**

Základem této terapie je využívání ocenění za očekávané vhodné chování. Tento postup využívají behaviorální terapeuti v technice zvané „pozitivní podpora“. Rodiče musí dítěti popsat co nejpodrobněji chování, které od něho očekávají. Dítě by mělo pochopit, jaké chování je přijatelné, a jaké ne.

Rodiče musí chování dítěte komentovat zcela jasně, aby dítě bylo schopné pochopit, co se od něj očekává:

- vysvětlit dítěti důsledky každého žádoucího chování, aby si uvědomilo, co a za jakých podmínek dostane, bude-li hodné
- odměnit správné chování, aby dítě uvěřilo, že se mu to může podařit, začít chválit či odměňovat správné chování je důležité
- nereagovat do jisté míry na nežádoucí chování
- pomoci dítěti dosáhnout správného chování plánováním situací, které dítě prožije, rodiče by se měli snažit nevystavovat dítě situacím, ve kterých pravděpodobně neuspěje

Odměny mohou být typu procházky s rodiči, nebo hraním s prarodiči, neměly by být drahé a spočívat v penězích a dárkách. Odměnu musí dítě dostat co nejdříve, co se pěkně zachovalo. Dítě potřebuje mít jasně stanovené hranice.

Rodiče a terapeuti musí vzít v úvahu věk dítěte a jeho schopnost chápat a řídit své chování.

Kombinace farmakoterapie a behaviorální terapie se ukázala být pro děti s ADHD jedním z nejúspěšnějších léčebných postupů.

#### **6.2.4 Rodinná terapie**

Problém ADHD považují rodinní terapeuti za záležitost celé rodiny, nikoli problém dítěte samotného. Spočívá ve zlepšení komunikace a porozumění mezi členy rodiny s cílem pomoci jim najít vlastní řešení problémů, které ADHD a jejich okolnosti způsobily. Tato metoda je vhodná zejména v rodinách, kde problémy plynou z nejasné a nejednoznačné komunikace, a v rodinách, kde jsou vztahy mezi jednotlivými příslušníky rodiny napjaté nebo se bortí (Munden, Arcelus, 2002, 2006).

#### **6.2.5 Individuální práce (psychodynamická terapie)**

Podstatou této terapie je podle Mundera a Arceluse (2002, 2006) možnost dítěte se individuálně sejit v pravidelných intervalech se zkušeným, zvláště k tomu vyškoleným, terapeutem. Dítě může odhalit svoje myšlenky, pocity, vztahy a zkušenosti v soukromí, aniž by hrozilo nebezpečí, že rozzlobí rodiče. Terapeut může zvolit formu hry, dramatického nebo výtvarného projevu, hraní rolí, a pomoci tak malému dítěti, které má potíže svoje pocity vyjádřit slovy. Terapeut se snaží s dítětem navázat dobrý, bezpečný a přátelský vztah, zprostředkovat mu pozitivní zkušenost a využít takového vztahu k tomu, aby pomohl dítěti i v jiných oblastech života. Mnoho dětí pak snáze pochopí, jaký smysl to má, co se stalo a co se děje nyní a lépe porozumí i sobě samým.

„Bez ohledu na terapeutický plán je nezbytné zachovat za každé situace optimismus. S odhodláním, odbornou pomocí a trochou štěstí by se věci měly začít obracet k dobrému od prvního okamžiku, kdy jsme si uvědomili, že něco vážně neklape. Dosažení stanovených cílů bude možná trvat dlouho a jistě dojde i k mnoha chybám. Pokud se však podaří stanovit jednotlivé kroky, které se dají zvládnout a časový plán, který je reálný, poroste úspěch, uznání a zadostiučinění každým dnem“ (Munden, Arcelus, 2002, 2006, s. 96).

### 6.3 Pedagogické přístupy

Práce s dítětem s ADHD je ve školním prostředí velice obtížná. Chování dítěte i jeho motivaci ke školním povinnostem může ovlivnit systematický a specifický přístup, který Paclt (2007) shrnul do několika bodů:

- pozitivní posilování spolu s mírnými tresty, které jsou jasně definovatelné, pochvaly by měly směřovat ke všem žádoucím činnostem
- častá zpětná vazba by měla být stručná a pro dítě jasná
- instrukce a pokyny by měly být stručné, jasné a splnitelné
- respektování stylu učení dítěte s ADHD, pro něž je charakteristický globální styl učení
- nácvik metakognitivních strategií je učením o vlastním stylu učení, kdy důležitým prvkem je zpětná vazba a poznávání následků svých činností
- sebekontrola a sebehodnocení, která vede k regulaci impulzivity může být vhodným nástrojem ke změně nežádoucích vzorců chování

Mezi obecné zásady výchovného působení zařazuje Jucovičová, Žáčková (2010) vytvoření klidného, citově protepleného rodinného prostředí, přiměřené zvládnutelné požadavky na dítě, stanovení řádu, vytyčení hranic ve výchově a mantinelů v chování, důslednost, jednotnost výchovných přístupů, přiměřenost podnětů, dodržování zásad racionální výživy a pitného režimu. Ke zklidnění lze využít i techniky z muzikoterapie a dramaterapie. Důležitou roli zastává celkový režim dne, který by měl být klidný, pravidelný a neuspěchaný.

Cílem rodičů a učitelů by při výchově dítěte s ADHD proto mělo být nalezení způsobu, jak si počínat v soužití s dítětem tak, aby se dosáhlo stavu přijatelného pro obě strany. Je třeba snažit se rozlišit, za co dítě ve svých projevech může, a tudíž si zaslouží potrestání a za co naopak nemůže a trestání je zbytečné a vede jen ke sníženému sebevědomí, k pocitům méněcennosti či k větší zatvrzelosti dítěte (Jucovičová, Žáčková, 2010).

#### 6.4 Speciálně reedukační přístupy

Pro předškolní věk, kde se setkáváme kromě hyperaktivity také s oslabením percepčně kognitivních funkcí, je vytvořen program ke stimulaci těchto funkcí a k posílení pozornosti pod názvem **HYPO**, kdy slabika HY označuje hyperaktivitu a PO pozornost. Je pro děti od 5,5 do 6,5 až 8 let věku. Posiluje pozornost dětí, komunikační dovednosti, sociální zručnost a senzomotorické dovednosti. Většího úspěchu dosahuje dítě při individuální práci a je rozfázován do dvanácti týdnů.

Doktorkou Kuncovou byly vytvořeny další dva programy **KUPOZ** a **KUMOT**.

**KUPOZ** (Ku-Kuncová, PO-pozornost) je určen pro děti do 12 let věku a jeho těžiště spočívá v domácí práci s jedním z rodičů po dobu patnácti týdnů. Rozvíjí poznávací schopnosti dítěte a posiluje vazbu rodič - dítě, kdy dítě zažívá první pracovní úspěchy a to ho vede k větší motivaci. Některé činnosti jsou časově limitované a tím dochází ke zpětné vazbě, kterou je porovnávání úrovně vlastního výkonu dítěte.

**KUMOT** (KU-Kuncová, MOT- motorika) je určen k rozvoji motoriky dětí ve věku 5-8let. Je zaměřen na rozvoj jemné a hrubé motoriky a motoriky mluvidel, v jehož rámci děti střídají napětí a uvolnění motorických funkcí. Program doprovází písničky, které posilují rytmizaci a napomáhají k celkovému uvolnění dětí. Provádí se formou skupinové práce v deseti jednodinových lekcích (Michalová, 2007).

#### 6.5 Jiné - EEG trénink (biofeedback)

Jak vysvětluje Drtílková (2007), vykazuje mozek určitou elektrickou aktivitu, kterou lze měřit pomocí přístroje - elektroencefalografu a graficky ji znázornit jako EEG záznam. Záznam EEG odráží změny mozkové aktivity při stavech bdělosti, psychické aktivity, útlumu nebo spánku. EEG biofeedback je založen na principu zpětné vazby. Snímaná EEG aktivita je během sezení převáděna na obrazovce do podoby jednoduché videohry, jejíž průběh je možno ovládat změnami psychického stavu, spojenými s výskytem žádoucí nebo nežádoucí mozkové aktivity. Výskyt žádoucí aktivity je odměňován úspěchem ve hře nebo jiným signálem. Opakovaným tréninkem se mozek teoreticky učí fungovat v požadovaném frekvenčním pásmu, které

je spojováno se zlepšením psychického výkonu v určitých oblastech, případně umožňuje nácvik relaxace. U dětí s ADHD je proto často používán trénink cílený na zvýšení žádoucí a potlačení nežádoucí aktivity, což může teoreticky příznivě ovlivňovat chování, učení a pozornost.

Odborná pediatrická společnost American Academy of Pediatrics (AAP) v současné době nezařazuje EEG biofeedback mezi dostatečně ověřené a účinné způsoby léčby u ADHD (Monastra, 2005). Zmíněný autor v obsáhlé publikaci vyhodnotil účinky biofeedbacku na základě výsledků dosud publikovaných studií i zkušeností z praxe. Použil přísné metody ustanovené Společností pro aplikovanou psychofyziologii a neurofeedback a mezinárodní společností pro neuronální regulace. Podle těchto výsledků je biofeedback považován pouze za metodu pravděpodobně účinnou v léčbě ADHD. Dokud nebude specifický účinek biofeedbacku u ADHD potvrzen exaktnějšími metodami, je tento postup nutno považovat za experimentální (Drtílková, 2007).

## II PRAKTICKÁ ČÁST

### 7 Cíl výzkumného šetření

**Hlavním cílem** výzkumné práce je vytvořit metodiku výchovně vzdělávací práce pro rodiče dítěte s ADHD.

**Díličními cíli** je zachycení projevů poruchy chování dítěte s ADHD v kolektivu mateřské školy a sledování vývoje dítěte s ADHD v rodině a mateřské škole.

#### 7.1 Výzkumné otázky:

1. Má rodina dostatečné vědomosti pro cílené a systematické výchovně vzdělávací vedení dítěte s ADHD?
2. Jak se projevuje dítě s ADHD v kolektivu MŠ?
3. Jaké volí učitelka MŠ specifické metody výchovně vzdělávací práce?

#### 7.2 Metody výzkumného šetření

Pro dosažení vytčeného cíle výzkumného šetření jsem použila metodu pozorování, metodu rozhovoru a dotazníkovou metodu. Základním východiskem pro práci je případová studie, sledující projevy dítěte s ADHD.

Hendl (2005) uvádí, že v případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jeho celistvosti.

## **8 Případová studie**

V rámci ochrany osobních údajů jsem zvolila fiktivní jméno dítěte Dan.

**DAN**

**Chlapec, věk: 5,4**

### **8.1 Rodinná anamnéza**

Matka – Martina, 30 roků, má středoškolské vzdělání, dojíždí za prací mimo republiku, každodenně se vrací odpoledne domů, vyzvedává Dana z MŠ těsně před uzavřením MŠ. O dění ve školce a chování Dana jeví zájem. Každý týden se snaží s učitelkou konzultovat projevy Dana ve školce a v rodině, s Danem se zúčastňuje všech akcí pořádaných mateřskou školou pro rodiče s dětmi.

Otec – David, 32 roků, má vysokoškolské vzdělání, zabývá se počítačovou technikou v nedalekém okresním městě, do MŠ téměř nedochází, odjíždí brzy ráno do zaměstnání a vrací se, když je MŠ uzavřena.

Starší sestra – Kristýna, 10 roků, je z prvního manželství matky. Na narození bratříčka se moc těšila – v době těhotenství matky a jejího porodu navštěvovala mateřskou školu, stále vyprávěla o jeho narození, jeho projevech a dost často byla a je využívána matkou jako chůva. Denně přivádí Dana do MŠ a spolehlivě vyřizuje všechny vzkazy mezi rodinou a MŠ, cítí za Dana odpovědnost a z jejich vztahu je zřejmé, že ji Dan bere jako velkou autoritu.

Rodiče žili do 4 let věku Dana v nesezdaném svazku, pak společně uzavřeli manželství.

### **8.2 Osobní anamnéza:**

Těhotenství matky bylo bezproblémové, porod fyziologický, z důvodu přenášení o dva týdny byl porod vyvolán léky - porodní váha 4000 gramů, míra 50 cm. Kojen byl jeden rok.

Vývoj Dana probíhal dle slov matky do dvou let věku tak, jako u první dcery. Vývoj řeči se začal objevovat prvním broukáním kolem 4. měsíce, pak žvatláním a kolem prvního roku používáním slov máma, táta, bába, děda, které vyslovoval srozumitelně až do věku dvou let, kde nastal zlom ve vývoji, který popíši v rozhovoru s matkou.

V motorickém vývoji Dana se matce též nejevily žádné výrazné odlišnosti od prvního dítěte. Kolem 6. měsíce začal sám sedět, když mu byl 1 rok, udělal své první samostatné kroky.

Kromě běžných dětských nemocí, jako je rýma a kašel, zvláště po nástupu do mateřské školy, neprodělal žádná jiná závažná onemocnění, která by mohla ovlivnit jeho vývoj.

### **8.3 Sociální anamnéza**

Do dvou let věku s Danem nejvíce času trávila matka na mateřské dovolené.

S hlídáním ji pomáhala Danova sestra, které bylo v době jeho narození 6 let, ale dokázala se o Dana postarat, když matka potřebovala odejít na nákupy. Otec většinu dne trávil jednak dálkovým studiem a pak příležitostným zaměstnáním, proto neměl příliš času matce pomáhat s výchovou. Prarodiče se s Danem stýkali pouze o víkendu, protože bydlí v jiném městě, sami byli zaměstnáni a neměli tak příliš času na hlídání a ani o to sami neprojevovali zájem.

Když byli Danovi 3 roky, dostala matka nabídku o umístění Dana do mateřské školy, což přivítala s velikou radostí, protože už se cítila sama velice vyčerpaná a netajila se tím ani při předávání Dana do školky.

Při nástupu do mateřské školy upozornila maminka dítěte na potíže v chování a v projevech Dana, v jejím výrazu byla čitelná únava a bezradnost ve výchově.



## **Chování Dana při nástupu do MŠ – rozhovor s učitelkou MŠ**

„Při nástupu do MŠ (leden 2012), do třídy 22 dětí ve věku 2-4 roky, se Dan (3,4) jevil jako velice živé, neposedné až neposlušné dítě, doslova spletené jak „z hadích ocásků“. Nedokázal komunikovat s dětmi ani s učitelkou, vydával jen skřeky, nereagoval na moje pokyny, nevydržel u žádné hračky. Pobíhal stále v prostoru třídy, do všech hraček jen kopal, vše bořil, dle mého názoru aniž by to dělal úmyslně, ale vše vycházelo z jeho nemotorných a neuspořádaných pohybových projevů. Nezapojoval se do žádných kolektivních aktivit, při řízené činnosti se nedokázal ani krátkodobě soustředit. Samovolně opouštěl prostor třídy kamkoliv, proto musela být učitelka neustále ve střehu, zda je Dan ve třídě. Měl problémy s jemnou motorikou, potíže v sebeobsluze při jídle, při hygieně. Oblíbil si ve třídě kamaráda s autistickými prvky chování, někdy bylo obtížné tyto dvě děti v početném dětském kolektivu (22 dětí) správně rozvíjet. Po dvouměsíčním pobytu v mateřské škole jsem matce doporučila návštěvu PPP, která u Dana proběhla v květnu 2012.“

## **9 Vlastní šetření – rok 2012**

### **Rozhovor s matkou**

Pro tento rozhovor jsem použila metodu polostrukturovaného rozhovoru, která se používá při kvalitativním výzkumu. Otázky jsem měla předem připravené a matka byla ochotná na ně odpovídat.

#### **1. otázka: Jak probíhalo těhotenství? Jak jste se cítila?**

„Žila jsem s přítelem a svojí tříletou dcerou u jeho rodičů, ale po zjištění mého těhotenství jsme si pronajali byt a začali žít samostatně. Těhotenství jsem prožívala v naprostém klidu, všichni jsme se moc těšili na náš nový přírůstek. Přenášela jsem asi 14 dnů přes plánovaný termín porodu, proto jsem musela nastoupit do nemocnice a porod byl vyvolán léky. Pamatuji si, že jsem šla z WC a najednou ucítila velký tlak, kdy jsem už nemohla ani dojít na pokoj a porod byl velice rychlý, bez jakýchkoli komplikací.“

## **2. otázka: Jak se projevoval Dan jako miminko? Prodělal nějaké závažnější nemoci?**

„Kojenecké a batolecí období jsem si doslova s Daníkem užívala, neměl žádné problémy s výživou, spal téměř celou noc, přes den ani příliš neplakal. Kromě běžných dětských nemocí žádné závažnější neprodělal.“

## **3. otázka: Kdy jste si všimla, že projevy Daníka jsou nějak odlišné?**

„Když byly Danovi 2 roky, nastoupila jsem do zaměstnání z důvodu špatné finanční situace rodiny. Pracovala jsem jako servírka a téměř celé dny jsem strávila v zaměstnání. Přítel studoval dálkově vysokou školu a neměl stálé zaměstnání. Dana hlídala přítelova maminka, která s ním do této doby trávila velmi málo času, proto na ni Dan nebyl příliš zvyklý. Každý den dojížděla hlídat Dana do našeho bytu a ihned po mém návratu ze zaměstnání odjížděla domů.“

Asi po dvou týdnech mého zaměstnání a babiččina hlídání jsem pozorovala, že Dan je stále uplakaný, často měnil svoje nálady, slova, která doposud srozumitelně vyslovoval najednou začal drmolit, nereagoval, když jsem na něj mluvila.

Já jsem se cítila velice unavená, vyčerpaná, a tak to trvalo celé dva měsíce, než jsem se psychicky zhroutila. Musela jsem navštívit psychiatra a podstoupit ambulanční léčbu léky, která trvala asi 3 měsíce. Z toho důvodu jsem musela ukončit svoje zaměstnání a zůstala jsem s Danem doma. Situace s Danem začaly být vážné.

Když byl sám v pokojíku, v domnění, že si hraje, jsem zaslechla, jak volá: „táto, táto !“. Vběhla jsem do pokoje a Dan stál v otevřeném okně a volal na kolemjdoucího pána – „táto, táto!“ . Z toho jsem usoudila, že mu asi přítomnost otce doma chybí.

Jiný den při procházce se mi vysmekl z ruky a běžel rovnou pod kolemjedoucí auto.

Třetí rizikovou situaci jsem zažila na koupališti, kdy mi utekl a bez zábran skočil do hluboké vody. Začala jsem se o Dana bát a byla jsem stále ve strachu a napětí, což mě značně vyčerpávalo. Dana nechtěli hlídat ani prarodiče, byla jsem s ním a s dcerou stále sama, protože otec byl celý den pryč.“

**4. otázka: Kdo Vás první upozornil na to, že Danovo chování je odlišné od ostatních dětí jeho věku?**

„Na tříleté prohlídce u dětské lékařky se Dan projevoval jen skřeky, lítal po ordinaci, nereagoval na slova lékařky, nevnímal ji. Tehdy mě lékařka upozornila, že bych s Danem měla navštívit dětského neurologa. Návštěva proběhla v měsíci listopadu, to byly Danovi tři roky a dva měsíce.“

**Závěr ze zprávy zněl:** „výrazná hyperaktivní porucha - syndrom ADHD, opožděný vývoj řeči - vývojová dyslálie“.

„Při nástupu Dana (3,4) do mateřské školy, v lednu 2012, jsem upozornila paní učitelky na Danovu diagnózu, která byla zaznamenána i v evidenčním listu.“

Po měsíci docházky do mateřské školy mi byla doporučena návštěva PPP, z důvodu zajištění asistenta pro úspěšnou integraci. Tato návštěva proběhla v měsíci květnu 2012, Danovi bylo 3,7 roků.“

**5. otázka: Vyskytl se podobný problém ve vaší rodině?**

„Nejsem si vědoma toho, že by někdo z rodiny měl takový syndrom diagnostikovaný. Danův otec je samotářský, velice klidný typ člověka. Můj otec - tedy Danův dědeček je naopak „bohém“, žijící jen hudbou a pro hudbu.“

**6. otázka: Byla u Dana tato porucha léčena medikací?**

„Z vlastní iniciativy, kdy jsem nemohla s Danem normálně komunikovat, nereagoval na verbální komunikaci, utíkal, stále byl v pohybu, jsem s Danem navštívila dětského psychiatra, který mu po vyšetření naordinoval Ritalin, který užíval každý den ráno. Po dvou týdnech užívání se velice zklidnil, ale paní učitelka ve školce mě upozornila, že pokud po Danovi něco požaduje, dochází u něho ke strnutí a třesům celého těla. Navštívila jsem se synem znovu neurologii a sdělila jim upozornění učitelek ze školky. Lékařka na neurologii vyžadovala, abych zjistila přesné projevy Dana ve školce a sama navrhla, abych přestala Ritalin Danovi dávat. Proto jsem tak učinila a doposud je Dan bez léků.“

Já sama, v roli učitelky, jsem byla přítomna Danových projevů. Několikrát

v průběhu dne, asi 3 hodiny po požití léku, nastaly u Dana zvláštní třesy celého těla, pohled Dana byl nepřítomný a strnulý, byl mu nepříjemný jakýkoli tělesný kontakt. Proto jsme byly nuceny upozornit matku na tyto projevy.

**7. otázka: Navštěvujete s Danem logopedii?**

„Na logopedii jsem začala s Danem (4,1) docházet k logopedce, kterou mi doporučila lékařka na neurologii. Zpočátku byl přístup logopedky vlídný, ale později nechtěla tolerovat Danův neklid, při naší návštěvě byla nervózní, nedokázala s Danem pracovat, proto jsem přestala po 6 měsících na logopedii docházet, doposud jsem jinou logopedickou pomoc nevyhledala.“

**8. otázka : Jak vy sama a váš manžel vnímáte Danovu poruchu?**

„Zpočátku jsem cítila velkou bezmoc, lítost a stres nad tím, proč právě on musí trpět touto poruchou. Velkou psychickou oporou je mi Danův otec.

Danův otec je velice klidný, hloubavý typ člověka, který ale po celodenním pobytu v zaměstnání se doma rád uchýlí do klidu a výchovu opět přenechává na mně. Pokud je s Danem sám, nechává ho pracovat na počítači, ale s tím já nejsem spokojena.

Cítila jsem potřebu odborné pomoci při výchovném působení na Dana, a proto jsem požádala paní učitelku o pomoc. Bylo mi nabídnuto vytvoření metodiky systematické výchovně vzdělávací práce pro dítě s ADHD.“

## 9.1 Dotazník

Pro svou práci jsem použila dotazník Michalové – Sondy do problematiky specifických poruch chování (2006), který je určen pro rodiče a pedagogické pracovníky.

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	
5. Dětinské, sociálně nezralé	
6. Průběžně během celého dne nepokojné	
7. Krátkodobě udrží pozornost	
8. Lehce se nechá něčím odradit	
9. Provází ho rychlé změny nálad	
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	

Pokyny k vyplnění dotazníku: 1) Rodiče a učitelé hodnotí a bodují nezávisle na sobě

2) Výsledek tvoříme sečtením položek jednotlivě a následně dohromady

Bodové hodnocení:

0	Tento problém se dítěte netýká
1	Tento problém se týká dítěte částečně
2	Tento projev dítěti dobře odpovídá
3	Tento projev výborně vystihuje chování dítěte

**Výsledek:** Jestliže je výsledek po sečtení obou testů nad 36 bodů, poukazuje na poruchu pozornosti a hyperaktivitu.

Součet 15 bodů v rodičovském dotazníku či samotném učitelském dotazníku upozorňuje na možnost, že by se o výskyt poruchy mohlo jednat.

Před návštěvou PPP jsem požádala učitelky Dana a jeho matku o vyplnění dotazníku. Tři učitelky v mateřské škole, které s Danem pobývaly nejvíce času se naprosto shodly v odpovědích, které jim dotazník nabízel.

### **9.1.1 Dotazník vyplněn třemi učitelkami v MŠ v měsíci dubnu 2012**

#### **učitelka č. 1**

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	3
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	3
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	3
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	3
5. Dětské, sociálně nezralé	3
6. Průběžně během celého dne nepokojné	3
7. Krátkodobě udrží pozornost	3
8. Lehce se nechá něčím odradit	3
9. Provází ho rychlé změny nálad	3
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	3

Po vyplnění dotazníku učitelkou č. 1 je celkový součet bodů **30**.

#### **učitelka č. 2**

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	3
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	3
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	3
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	3
5. Dětské, sociálně nezralé	3
6. Průběžně během celého dne nepokojné	3
7. Krátkodobě udrží pozornost	3
8. Lehce se nechá něčím odradit	3
9. Provází ho rychlé změny nálad	3
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	3

Po vyplnění dotazníku učitelkou č. 2 je celkový součet bodů **30**.

### učitelka č. 3

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	3
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	3
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	3
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	3
5. Dětské, sociálně nezralé	3
6. Průběžně během celého dne nepokojné	3
7. Krátkodobě udrží pozornost	3
8. Lehce se nechá něčím odradit	3
9. Provádí ho rychlé změny nálad	3
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	3

Po vyplnění dotazníku učitelkou č. 3 je celkový součet bodů **30**.

### **9.1.2 Dotazník vyplněn matkou, otcem a babičkou v měsíci dubnu 2012**

#### matka

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	3
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	2
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	3
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	2
5. Dětské, sociálně nezralé	2
6. Průběžně během celého dne nepokojné	3
7. Krátkodobě udrží pozornost	3
8. Lehce se nechá něčím odradit	3
9. Provádí ho rychlé změny nálad	3
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	3

Po vyplnění dotazníku matkou je celkový součet bodů **27**.

## otec

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	3
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	2
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	2
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	2
5. Dětské, sociálně nezralé	2
6. Průběžně během celého dne nepokojné	3
7. Krátkodobě udrží pozornost	3
8. Lehce se nechá něčím odradit	3
9. Provází ho rychlé změny nálad	2
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	3

Po vyplnění dotazníku otcem je celkový součet bodů **25**.

## babička

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	3
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	3
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	3
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	2
5. Dětské, sociálně nezralé	3
6. Průběžně během celého dne nepokojné	3
7. Krátkodobě udrží pozornost	3
8. Lehce se nechá něčím odradit	2
9. Provází ho rychlé změny nálad	3
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	3

Po vyplnění dotazníku babičkou je celkový součet bodů **28**.

### **9.1.3 Vyhodnocení dotazníku:**

Všechny 3 učitelky, které vyplňovaly dotazník nezávisle na sobě, se shodly naprosto stejně v odpovědích na všechny body, které dotazník nabízí. Součet bodů v jednotlivých dotaznících tak dosahuje maximálního počtu 30 bodů. Tento výsledek potvrzuje u pedagogických pracovníků diagnózu, stanovenou neurologem.



Také po sečtení bodů v rodičovském dotazníku, který nezávisle na sobě vyplňovala matka, otec a babička dosahuje v rozmezí od 25 do 28 bodů. To poukazuje na fakt, že v očích rodičů, zejména otce, se Dan jeví o něco klidněji vzhledem k tomu, že s ním tráví podstatně méně času doma, než pobývá Dan ve školce, ale výše součtu bodů zároveň potvrzuje diagnózu stanovenou neurologem.

## **9.2 Zpráva z vyšetření PPP – květen 2012:**

*„Osobní kontakt navazuje Dan bez obtíží, je přátelský, spolupracuje se zájmem, při hře a aktivitách je reciproční. Pozornost je krátkodobá, v chování a činnostech známky zvýšeného psychomotorického neklidu, který při zátěži může vést k impulzivité a opozičním reakcím, horší seberegulaci zejména v kolektivu dětí. Vývoj řeči je opožděný, zatím používá vlastní slovník, artikulace nerozvinutá, řeč jen částečně srozumitelná. Lateralita méně vyhraněná s předpokládanou pravostrannou dominancí. Rozvoj všeobecných dovedností a intelektových schopností je v normě, začíná se rozvíjet dětská symbolická kresba. Lze očekávat lehké oslabení grafomotorických dovedností“.*

**Závěr:** *výsledky vyšetření potvrzují nerovnoměrné zrání na podkladě syndromu ADHD s psychosociální a motorickou nevyzrálostí, opožděný vývoj řeči. Celkový mentální vývoj v normě.*

**Doporučení PPP** – *vzhledem k tomu, že se jedná o dítě se speciálními výchovně vzdělávacími potřebami, doporučujeme jeho individuální integraci v běžné třídě MŠ dle §16 a §18 školského zákona 561/2004 Sb. a vyhlášky č.73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami ve znění pozdějších předpisů a dopomoc asistenta pedagoga po dobu volnočasových aktivit, zejména při pobytu venku. Pro vzdělávání bude nutné vytvořit individuální vzdělávací plán s přihlédnutím k potřebě intenzivnějšího výchovného dohledu (nutná intenzivnější a časově náročnější péče).*

### 9.3 Pedagogické hodnocení učitelky MŠ v září 2012, Dan, věk (3,11)

Dan nastoupil do mateřské školy ve věku 3,3 roků. Opuštění rodiny nepůsobilo Danovi žádný problém, alespoň jej nedával nijak najevo.

Jeho slovní projev byl velice strohý, vydával skřeky, neartikuloval, nereagoval na žádné pokyny, laicky se dal jeho vývoj vyjádřit slovy „roste jako dříví v lese“. „ Sama matka uváděla, že si s ním naprosto neví rady, že neposlouchá, nereaguje, je nadměrně živý. Matce byla doporučena návštěva PPP a psychologické vyšetření, které proběhlo v měsíci květnu, kdy bylo Danovi 3,8 roku.

Do třídy mateřské školy přichází vždy s úsměvem, rychle se rozloučí s matkou, radostně pozdraví učitelku – jeho verbálnímu projevu není sice rozumět, ale dokáže komunikovat mimickými svaly v obličeji a očními pohyby, ze kterých vyzařuje radost z jeho příchodu a zapojuje se do hry. Je většinou veselý, nebojácný.

Z hlediska vnímání se projevuje jako typ kinestetický, stále potřebuje manipulovat s předměty, dokáže samostatně a se zaujetím konstruovat ze stavebnic, s velkou zálibou skládá puzzle. V získávání poznatků je zvědavý, má zájem o věci kolem sebe, ptá se, co to je, ale vše probíhá jakoby v poklusu a nejsem si jistá, zda dochází k zapamatování. Zadané úkoly je možné řešit pouze v individuálním přístupu a v době, kdy je ve třídě menší počet dětí. Každé sebemenší rozptýlení vede k odpoutání jeho pozornosti. Úkoly řeší na základě nápodoby, jen krátkou chvílí se dokáže soustředit a je nutné důsledné vedení učitelky, aby došlo k soustředění na daný úkol.

Kolektivním aktivitám se přizpůsobuje jen zřídka, zvláště těm řízeným, naopak při volné hře a volných činnostech vyžaduje pozornost ostatních dětí, ale nepřiměřeně si o ni dětem říká – pošťuchuje je, bere jim hračky, ruší jim hru. Nedokáže se zapojit do hry ostatních dětí, aniž by vyvolal konflikt, upoutává na sebe pozornost způsobem, který ostatní děti nejsou schopny přijmout. Přesto se najdou v kolektivu dětí většinou děvčátka, která do své hry Dana zapojí a on je za to velice šťastný. Při hře s dětmi není dominantní, dokáže se přizpůsobit, ale nikdo mu nesmí brát jeho hračky. Potíže

mu činí opožděný vývoj řeči, takže se s dětmi nedokáže verbálně domluvit, děti nerozumí jeho verbálnímu projevu. Pokud někomu ublíží, a to je mnohdy i neúmyslně, dokáže se mu omluvit a vždy citlivě reaguje na výtku.

Na svoji hru se dokáže soustředit takovým způsobem, že ho nelze od ní odtrhnout. Každý přechod od jeho hry mu působí značný problém, nechce se přizpůsobit a řeší situaci silným pláčem. Mezi jeho oblíbené činnosti patří konstruování ze stavebnic, dokáže vydržet delší dobu u stavebnice, která ho zaujme. Další jeho oblíbenou činností je skládání puzzlí.

Pozornost je krátkodobá, velké problémy má třeba jen posedět při jídle, kope nohama, vrtí se na židli, pobíhá při jídle, při chůzi je zbrklý. Pohyby těla jsou nekoordinované.

U Dana není ještě zcela vyhraněná lateralita, ale spíše převládá pravostranná dominance.

Většina jeho slovního projevu, který je téměř nesrozumitelný – používá svůj vlastní slovník, se týká toho, co prožívá právě v daný moment, nevypráví zážitky, které se mu přihodily doma, vše navazuje jen na to, co se právě děje. Navštěvuje logopedickou poradnu a spolu s Danem opakujeme a procvičujeme zadané úkoly, které matka vždy po návštěvě logopeda donese a i sama doma je s ním procvičuje. Jsou to úkoly pro rozvoj zrakové a sluchové diferenciaci.

Při nástupu do MŠ, kdy bylo Danovi 3,3 roku, byl ve třídě spolu s chlapcem, u něhož byly diagnostikovány rysy autismu. Tito dva chlapci se stále vyhledávali při hře, při všech činnostech a pro učitelku bylo velmi obtížné skloubit jejich chování s ostatními dětmi ve třídě, společně bořili co se dalo, vyrušovali, byli nadměrně hluční, nereagovali na pokyny učitelky, nedokázali se přizpůsobit pravidlům společného soužití ve třídě. Po nástupu asistentky pedagoga, kterou iniciovala i sama matka, se situace uklidnila. Při návštěvě PPP matka požadovala, aby byl asistent přítomen hlavně v době volnočasových aktivit, tedy při pobytu venku, protože chování Dana je natolik

impulzivní, že je potřeba ho mít stále v dohledu a těsném kontaktu. Přítomnost asistenta pedagoga v MŠ navíc negativně ovlivňuje problém s jeho financováním, kdy část jeho platu je hrazena z prostředků na financování učitelek a má to tak dopad na krácení učitelských úvazků. Od září pak byli chlapci vzhledem k věku každý v jiné třídě a asistentka si Dana přebírá pouze na pobyt venku.

Do náročných situací se Dan dostává tehdy, když není zrovna po jeho, například při úklidu hraček, změně činností, nebo vyžadování jeho pozornosti - na takovou situaci reaguje pláčem a vzdorem. Pokud něco provede a má být za to potrestán, někdy i jen pokárán, přijímá toto s velkým pláčem a křikem : „ Nechci zlobit, nechci zlobit “. Tady je zřejmé, že má z trestu velký strach. Při každé činnosti, kdy má dojít ke vzdělávání je, nutný individuální přístup s neustálým povzbuzováním k činnosti. Pokud se mu práce daří, vyjadřuje velkou radost a vyžaduje pozornost všech ostatních.

## 9.4 Individuálně vzdělávací plán pro dítě s ADHD pro školní rok 2012 – 2013

Metody a formy práce:

- 1) Na projevy poruchy pozornosti a hyperaktivity naučit Dana reagovat očním kontaktem s učitelkou, řešit je v klidu, nikoli v afektu.
- 2) Umožnit Danovi pohybové uvolnění v případě potřeby.
- 3) Pracovat jen v krátkých intervalech.
- 4) Umožnit Danovi dostatek relaxace při patrné únavě.
- 5) Vytvořit vstřícnou a klidnou atmosféru ve třídě.
- 6) Dbát na dodržování pravidelného režimu, odpolední odpočinek.
- 7) Pro zklidnění využívat tělesný kontakt, dostatek pochvaly za každou snahu a úspěch.
- 8) Vhodnou motivací důsledně trvat na dodržení předem stanovených pravidel.
- 9) Po vzájemné konzultaci s matkou dbát na vzájemné sjednocení výchovy jak doma, tak v mateřské škole.

### **Září –**

- Naučit Dana znát jména dětí ve třídě, se kterými je dennodenně ve styku.
- Naučit Dana ukazovat na předměty a hračky, které jsou potřebné a dennodenně je používá - hygienické předměty a vést k osvojování základních hygienických návyků.
- Zařazovat logopedické chvílky – cvičení zrakové percepce - pracovní listy – vyhledávání stejných prvků v řadě, provádět v prostoru, kde bude jen on a učitelka.
- Při opouštění třídy naučit Dana upozornit učitelku.

### **Říjen –**

- Rozvíjet hrubou motoriku při manipulaci s míčem, míč si posílat ve dvojici s dalším dítětem po zemi.
- Vytvářet u Dana návyk správného stolování - pokud jí, nemůže běhat v prostoru třídy.

- Krátkodobě Dana zapojovat do kolektivních činností pohybových - při ranním cvičení.
- Vést Dana nenásilně k úklidu hraček v době, kdy přecházíme k jiné činnosti.
- Učit Dana, aby neodcházel samovolně ze třídy.

#### **Listopad –**

- Rozvíjet jemnou motoriku čmáráním prstem do krupice, trénovat krátkodobou výdrž u činnosti - provádět s asistentkou v době, kdy ostatní děti jsou soustředěné k jiné činnosti.
- Rozlišovat zvuky zvířat a přiřazovat k nim obrázky, k danému obrázku zvířete napodobit jeho zvukový projev.
- Oblékat se s dopomocí učitelky, obout si samostatně boty.
- Důsledně trvat na sezení během jídla u stolu.

#### **Prosinec –**

- Vést Dana k poslechu krátkého vyprávěného příběhu v kolektivu dětí tak, že bude v těsném kontaktu s učitelkou.
- Prohlížet si s Danem samostatně knihu s říkadly a nacházet v ní obrázky, které jmenuje učitelka, dávat správný řečový vzor – snažit se o pojmenování.
- Důsledně trvat na sezení během jídla a na čistotu při stolování.

#### **Leden –**

- Cvičit pomalé pohyby nápodobou v kolektivních pohybových činnostech.
- Rozvíjet slovní zásobu pomocí obrázkového slovníku.
- Otiskování barvy prstem do předem vymezeného prostoru, pracovat společně s dětmi u stolečku a trvat na vyplnění co největšího prostoru.
- Rozvíjet u Dana prostorovou orientaci pomocí předložek nad, pod.

#### **Únor –**

- Logopedická cvičení – rozvíjet pasivní slovní zásobu, snažit se o rytmizaci dvouslabičných slov.
- Rozvíjet logické myšlení podle vztahu (pes x bouda, bota x noha).
- Malování silným štětcem na velkou pracovní plochu, nemísit barvy.

- Skládat puzzle s větší obtížností.

#### **Březen –**

- Na kostkách učít Dana poznávat základní barvy - červenou, modrou, hledat je na předmětech, které ho obklopují.
- Rozlišovat velikost na míčích – velký x malý.
- Dokázat měnit pohyb na předem zadaný signál zvukový - soustředit se na jeho změnu.
- Logopedická cvičení.
- Cvičení zrakového vnímání – hledání cesty jednoduchým bludištěm.

#### **Duben –**

- Povzbuzovat Dana k zapojení do kolektivní reprodukce krátkých říkadel.
- Vykreslování tvarů silnými pastelkami - dbát na správné držení pastelky dokončit práci- práce individuální.
- Rozvíjet zrakovou paměť Kimmovými hrami – zapojit se do kolektivní činnosti dětí.
- Usnadňovat přechod k jiné činnosti, vysvětlovat řešení sporů mezi dětmi respektující komunikací.
- Poznávání směru a zdroje zvuku.
- Logopedické chvílky – dechová cvičení.

#### **Květen –**

- Sestavování puzzlí za pomoci druhého dítěte, rozvíjet schopnost kooperace s dalším dítětem.
- Logopedické chvílky na procvičování gymnastiky mluvidel.
- Grafomotorické činnosti – s individuálním přístupem, dokončit zadanou práci.
- Zapojovat Dana do řízených činností dětí, do kolektivních her.
- Procvičování základních barev červená, modrá.
- Učít poznávat barvu zelenou, žlutou.

### **Červen –**

- Vyhledávání stejných prvků v řadě.
- Logopedické chvílky se zaměřením na používání aktivní slovní zásoby.
- Práce s grafickým náčiním, modelování - zapojení jemné motoriky.
- Sestrojování ze stavebnic, snažit se o Danův klidný přechod k jiné činnosti.
- Zapojovat Dana do kolektivních činností.
- Upevňovat návyky sebeobsluhy.
- Důsledně dbát na sezení při jídle.

S tímto plánem jsou seznámeni rodiče dítěte, domluvili jsme se na vzájemné spolupráci, používání shodných metod ve výchovně vzdělávacím procesu a průběžné kontrole plnění vytčených cílů v jednotlivých měsících.



## **9.5 Metodika práce s dítětem s ADHD pro rodiče**

**1.** Zajistit Danovi dostatečný prostor pro pohyb, aby mohl svoji přebytečnou energii vybit pohybem, dovolit mu vrtět se na židli, měnit polohy v sedu i v lehu.

**2.** Omezit Danův pobyt u počítače na minimální dobu, toto omezení pro Dana musí dodržovat oba rodiče.

**3.** Pokud řešíme pro nás neodkladnou práci a Dan právě vyžaduje naši pozornost, snažit se s ním navázat alespoň oční nebo tělesný kontakt - pohlazením po rameni, nebo stisknutím ruky, aby věděl, že ho sice vnímáme, ale nemůžeme se mu právě teď plně věnovat, neukončujeme násilně svoji práci, ale naopak učíme Dana chvilku posečkat.

**4.** Dana netrestat tělesnými tresty za jeho projevy chování, snažit se mu vysvětlit verbálně i nonverbálně, co může jeho nevhodné chování způsobit, nevytvářet u Dana pocit viny a strachu, pokud se zrovna nebude chovat tak, jak vyžaduje norma.

**5.** Každý den po příchodu Dana z mateřské školy se s ním pobavit o tom, co ve školce prožil, co dělal, co ho zaujalo, s kým a s čím si hrál.

**6.** Mezi sourozenci respektovat vztah – jsou naše děti – nikoli starší sestru stavět do pozice rodiče a přenášet na ni povinnosti rodičů.

**7.** Dávat Danovi najevo svoje pocity, pokud nejsme spokojeni s jeho chováním, naopak za každou vydařenou maličkost mu dávat najevo svoji radost z jeho snahy a úspěchu, chválit, chválit, odměňovat (nikoli materiálně).

**8.** Sledovat s Danem Večerníčka v televizi a povídat si s ním o něm.

Tuto metodiku vyvěsit na viditelné místo pro všechny členy rodiny a dodržovat všechna stanovená pravidla.

## 10 Vlastní šetření – rok 2013

### 10.1 Dotazník vyplněn třemi učitelkami ve třídě v měsíci září 2013

#### učitelka č. 1

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	1
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	1
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	2
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	2
5. Dětinské, sociálně nezralé	2
6. Průběžně během celého dne nepokojné	2
7. Krátkodobě udrží pozornost	2
8. Lehce se nechá něčím odradit	3
9. Provází ho rychlé změny nálad	2
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	2

Po vyplnění dotazníku učitelkou č. 1 je celkový součet bodů **19**.

#### učitelka č. 2

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	2
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	1
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	2
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	2
5. Dětinské, sociálně nezralé	2
6. Průběžně během celého dne nepokojné	2
7. Krátkodobě udrží pozornost	2
8. Lehce se nechá něčím odradit	2
9. Provází ho rychlé změny nálad	1
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěchy	2

Po vyplnění dotazníku učitelkou č. 2 je celkový součet bodů **18**.

### učitelka č. 3

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	1
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	1
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	2
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	2
5. Dětinské, sociálně nezralé	2
6. Průběžně během celého dne nepokojné	2
7. Krátkodobě udrží pozornost	2
8. Lehce se nechá něčím odradit	1
9. Provází ho rychlé změny nálad	2
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	2

Po vyplnění dotazníku učitelkou č. 3 je celkový součet **17**.

### 10.2 Dotazník vyplněn matkou, otcem, babičkou v měsíci září 2013

#### matka

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	2
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	2
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	3
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	2
5. Dětinské, sociálně nezralé	2
6. Průběžně během celého dne nepokojné	2
7. Krátkodobě udrží pozornost	2
8. Lehce se nechá něčím odradit	2
9. Provází ho rychlé změny nálad	2
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	2

Celkový součet bodů v dotazníku vyplněném matkou je **21**.

### otec

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	1
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	1
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	2
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	1
5. Dětské, sociálně nezralé	2
6. Průběžně během celého dne nepokojné	2
7. Krátkodobě udrží pozornost	2
8. Lehce se nechá něčím odradit	1
9. Provází ho rychlé změny nálad	1
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	2

Po vyplnění dotazníku otcem je celkový součet bodů **15**.

### babička

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	2
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	3
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	3
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	2
5. Dětské, sociálně nezralé	2
6. Průběžně během celého dne nepokojné	3
7. Krátkodobě udrží pozornost	2
8. Lehce se nechá něčím odradit	2
9. Provází ho rychlé změny nálad	2
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	2

Po vyplnění dotazníku babičkou je celkový součet bodů **23**.

### 10.3 Vyhodnocení dotazníku – září 2013

Po vyplnění dotazníku všemi dotázanými v roce 2013, tedy po aplikaci IVP a používání metodiky pro dítě s ADHD pro rodiče, je z výsledků jednotlivých dotázaných patrný pokles celkových součtů bodů, což svědčí o tom, že projevy Danova chování v souvislosti s ADHD jsou podstatně mírnější, než tomu bylo při vyplňování dotazníku v roce 2012.

#### **10.4 Zpráva z vyšetření PPP – září 2013**

*„Dan ochotně spolupracuje, ale je potřebná neustálá motivace, podpora a pomoc. Samostatně pracuje v řádu několika minut. Po celou dobu vyšetření je patrný psychomotorický neklid, v některých okamžicích stává od stolu, chodí po místnosti, bere si různé věci ze stolu. Mírně opožděné jsou kresebné dovednosti, kresba je obsahově přiměřená, ale vážně grafická úroveň. Řečové dovednosti jsou vzhledem k věku opožděné a to jak v oblasti výslovnosti, tak i v obsahové stránce řeči. Oblast rozumových schopností v neverbální složce je výrazně nerovnoměrně rozložená, percepční uspořádání – schopnost skládat mozaiky, napodobovat vzory) je na úrovni průměru“.*

**Závěr:** *nerovnoměrné dozrávání CNS, rozumové schopnosti oscilují mezi podprůměrem a průměrem. ADHD diagnostikováno dětským neurologem – výrazná hyperaktivní porucha.*

#### **10.5 Pedagogické hodnocení – listopad 2013 – vytvořeno po aplikaci IVP a společného působení rodiny a mateřské školy**

Do třídy mateřské školy přichází vždy s úsměvem, doprovází ho sestra, kterou respektuje, radostně pozdraví učitelku a zapojuje se do hry. Je většinou veselý, nebojácný, vyžaduje osobní přivítání s učitelkou.

Kolektivním aktivitám a řízeným činnostem se přizpůsobuje každodenně v těsném kontaktu učitelky, potřebuje cítit neustálý zájem učitelky a aktivní zapojování do činností. Při kolektivní hře je schopný posečkat, až na něj dojde řada, ale je na něm znatelná velká netrpělivost. Při hovoru skáče ostatním do řeči, svoji myšlenku musí vyřknout okamžitě, jinak se projevuje vzdorem a pláčem.

Dokáže si sestrojovat ze stavebnic spolu s dětmi, je ochotný spolupracovat v konstruktivních činnostech, ale vyžaduje od druhých respektování jeho názorů a jeho individuality. Konflikty s kamarády nedokáže řešit bez pomoci učitelky, ale záměrně je nevyvolává. Dokáže projevit empatii vůči spolužákům, je citlivý, dokáže se omluvit a je ochotný pomoci. Velice citlivě reaguje na pocity jiných dětí i učitelky, po domluvě si uvědomuje svoje nevhodné chování a snaží se je napravit.

Při většině činností se projevuje u Dana psychomotorický neklid, schopnost udržet pozornost se značně prodloužila, ale potřebuje neustálou motivaci a podporu.

Problémy u jídla přetrvávají, kope nohama, vrtí se na židli, pobíhá při jídle. Chůze se stále jeví jako nekoordinovaná, nemotorná, se záškuby celého těla, to se také projevuje v běhu a pohybovém vyjádření hudby.

Je již vyhraněná pravostranná dominance.

Výtvarný projev je mírně opožděný, kresba je jednoduchá s nízkou grafickou úrovní. Zadané úkoly v oblasti grafomotoriky a výtvarného projevu je možné řešit pouze formou individuálního přístupu a v době, kdy je ve třídě menší počet dětí. Každé sebemenší rozptýlení vede k odpoutání pozornosti.

Z hlediska vnímání se projevuje jako typ kynestetický, stále potřebuje manipulovat s předměty, dokáže samostatně a se zaujetím konstruovat ze stavebnice Cheva nebo Lego. V získávání poznatků je zvědavý, má zájem o věci kolem sebe, ptá se, co to je a dokáže již vytvářet asociace mezi získávanými poznatky.

Slovní projev je bohatší, přetrvává mnohačetná dyslálie, ale slovní projev je srozumitelný, gramaticky průměrný, proto mu již nebrání v navazování kontaktů s dětmi ani dospělými. Vypráví zážitky, které se mu udály doma, nebo co ho teprve čeká. Matka byla několikrát vybidnuta k návštěvě logopeda, ale stále ji odkládá, vzhledem ke svému současnému zaměstnání. Logopedické chvíle s Danem individuálně zařazuji já, z pozice logopedické asistentky.

Na vlastní hru se dokáže soustředit dlouhou dobu, je vynalézavý v konstruování ze stavebnic. Při přechodu k jiné činnosti ho musím individuálně předem upozornit, že si bude muset svoji hru přerušit, na toto upozornění zpočátku reaguje vzdorem, ale po použití tělesného kontaktu s ním a smírném vysvětlení hru přeručí se slibem učitelky, že se k ní po určité době bude moci vrátit.

Během dne je stále nadměrně pohybově aktivní, třese rukama, pobíhá, kope nohama, poskakuje, což je známkou únavy, kterou takto dává najevo. Tělesným kontaktem s učitelkou – pohlazením po rameni, stisknutím ruky se dokáže zklidnit a vrátit se k původní činnosti. Neopouští samovolně třídu, upozorní učitelku.

## 11 Celkové výsledky dotazníkového šetření : rok 2012xrok 2013

	Matka		Otec		Babička	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	3	2	3	1	3	2
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	2	2	2	1	3	3
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	3	3	2	2	3	3
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	2	2	2	1	2	2
5. Dětské, sociálně nezralé	2	2	2	2	3	2
6. Průběžně během celého dne nepokojné	3	2	3	2	3	3
7. Krátkodobě udrží pozornost	3	2	3	2	3	2
8. Lehce se nechá něčím odradit	3	2	3	1	2	2
9. Provází ho rychlé změny nálad	3	2	2	1	3	2
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	3	2	3	2	3	2
<b>Součet bodů</b>	<b>28</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>17</b>	<b>28</b>	<b>23</b>

	Učitelka 1		Učitelka 2		Učitelka 3	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	3	1	3	2	3	1
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	3	1	3	1	3	1
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	3	2	3	2	3	2
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	3	2	3	2	3	2
5. Dětské, sociálně nezralé	3	2	3	2	3	2
6. Průběžně během celého dne nepokojné	3	2	3	2	3	2
7. Krátkodobě udrží pozornost	3	2	3	2	3	2
8. Lehce se nechá něčím odradit	3	3	3	2	3	1
9. Provází ho rychlé změny nálad	3	2	3	1	3	2
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	3	2	3	2	3	2
<b>Součet bodů</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>30</b>	<b>18</b>	<b>30</b>	<b>17</b>

V porovnání součtu dosažených bodů z roku 2012 a z roku 2013

jak u rodičovského tak učitelského dotazníku, je z hodnocení všech dotázaných patrné výrazné zmírnění projevů v chování dítěte s ADHD, zvláště pak při pobytu dítěte v mateřské škole. Z toho plyne, že vytvoření individuálně vzdělávacího plánu, jeho důsledné dodržování všemi učitelkami a využívání specifických metod ve výchovně vzdělávacím procesu je správnou cestou k dosažení zmírnění projevů v chování dítěte s ADHD.

Porovnáme - li odpovědi členů rodiny, tedy matky, otce a babičky je patrné, že otec hodnotil projevy Dana vždy optimálněji než matka nebo babička, pravděpodobně z toho důvodu, že s ním trávil podstatně méně času než matka, naopak babička, která se s vnukem viděla pouze o víkendech se hůře vyrovnávala s projevy Danova chování. Velkým pozitivem ze strany prarodičů je i to, že už v současné době u nich Dan tráví víkendy sám bez přítomnosti rodičů a prarodiče dokáží zvládat jeho projevy chování, spojené s ADHD.



## 12 Závěr

Cílem práce bylo vytvořit metodiku výchovně vzdělávací práce pro rodiče dítěte s ADHD. Tuto metodiku matka přijala s nadšením. Spolupráce rodiny a mateřské školy je v tomto případě důležitým předpokladem k dosažení pozitivního výsledku ve výchovně vzdělávacím přístupu k dítěti s ADHD.

První výzkumnou otázkou pro tuto práci bylo zjistit, zda mají rodiče dostatečné vědomosti a dovednosti pro cílené a systematické výchovně vzdělávací vedení dítěte s ADHD. Podle mých získaných poznatků, které vyplynuly z osobního polostrukturovaného rozhovoru s matkou je patrné, že je naprosto bezradná ve výchově svého syna a sama vyjádřila potřebu pomoci, která vyústila ve vytvoření metodiky výchovně vzdělávací práce pro rodiče dítěte s ADHD. Zpočátku se využívání této metodiky zdálo matce příliš obtížné, ale po důkladném vysvětlení jednotlivých bodů a hlavně důslednosti v dodržování jednotného přístupu všech zúčastněných, tedy matky, otce, babičky a sestry dítěte, přispělo u Dana k velkému zmírnění projevů ADHD.

V odpovědi na druhou výzkumnou otázku, kterou bylo zachycení projevů dítěte s ADHD v kolektivu mateřské školy, mi pomohlo každodenní pozorování Dana při všech činnostech. Tímto pozorováním jsem zjistila, že přítomnost dítěte v kolektivu intaktních dětí do značné míry ovlivňuje vztahy mezi dětmi. Typické projevy chování, kterými jsou neklid, hluchost, impulzivnost a zbrkllost, vnímají ostatní děti jako velmi rušivé a nedokáží se s nimi samy vyrovnat. Dítě trpící touto poruchou je pak odmítáno při společných hrách a vyhledává si k sobě jedince s podobnými problémy v soužití v dětském kolektivu. V tomto případě je velice důležitý postoj učitelky k řešení vzniklé situace, která se jeví jako problémová, v soužití dítěte s ADHD v dětském kolektivu mateřské školy.

Poskytnutí zpráv od odborníků, které Dan spolu s matkou navštívil, mi pomohlo k vytvoření individuálně vzdělávacího plánu. Studium odborné literatury jsem využila k vytýčení specifických výchovně vzdělávacích metod, které shodně využívají všechny učitelky podílející se na výchovně vzdělávací práci s Danem. Také v jejich dotazníkovém hodnocení, týkajícího se Danových projevů chování, je v roce 2013

oproti roku 2012 patrné zmírnění projevů poruchy ADHD a všechny kladně hodnotí využívání vytvořeného individuálně vzdělávacího plánu a používání specifických výchovně vzdělávacích metod v přístupu k dítěti s ADHD. Zde se nachází tedy odpověď na třetí výzkumnou otázku, jaké volí učitelky mateřské školy specifické metody výchovně vzdělávací práce.

Nejvíce se nám osvědčila metoda tělesného kontaktu s Danem, která je využívána vždy, když je pozorována na Danovi únava a neklid. Ta se právě projevuje zvýšenou hyperaktivitou při různých činnostech ve třídě. Dan je již schopen reagovat i na oční kontakt s učitelkou a pochopí, co se od něj požaduje. Klidný přístup učitelky i v někdy vypjatých situacích, které vznikají mezi Danem a dětmi, je také zárukou toho, že si Dan uvědomuje svoji sounáležitost do kolektivu a není tak stavěn mimo kolektivní hry dětí.

Pokud je Dan vhodně motivován na přechod k jiné činnosti, je schopen akceptovat tuto změnu již bez doprovodného pláče a vzdoru.

Včasná reakce ve formě vyřčení mých pocitů na nevhodné chování: „Dane, to se mi nelíbí, jsem z toho smutná“, se jeví jako úspěšná. Dan si uvědomuje svoje chování a snaží se jej potlačit. Za pochvalu je velice vděčný a nadšený, zvláště pokud ji slyší širší kolektiv dětí. Velkým oceněním za mou snahu v přístupu k Danovi jsou jeho slova:

„Já tě mám rád, máš mě taky ráda?“

Tato slova pak končí vzájemným objetím a utvrzení toho, že můj přístup k Danovi je vřelý a Dan je za něj vděčný.

V současné době je chování Dana na takové úrovni, že si myslím, že nebude v následujícím školním roce nutná přítomnost asistenta pedagoga ve třídě.

### **13 Shrnutí**

Bakalářská práce se zabývá zachycením problematiky vývoje dítěte s ADHD v kolektivu mateřské školy a významem jednotného působení rodiny a mateřské školy ve výchově takto postiženého dítěte.

Je rozdělena do dvou částí. První část je teoretická, ve které je nastíněna problematika příčin a projevů chování dítěte s ADHD, jeho výskyt. Jsou uvedeny základní charakteristiky farmakologických, psychoterapeutických a pedagogických přístupů, vhodných ke zmírnění a ovlivňování projevů v chování u dětí s ADHD v předškolním věku.

Základním východiskem pro praktickou část byla případová studie chlapce s ADHD. Metodami pozorování, polostrukturovaného rozhovoru a dotazníkového šetření byl sledován vývoj dítěte s ADHD po dobu dvou let v rodině a v mateřské škole. Cílem bylo vytvoření metodiky práce pro rodiče dítěte s ADHD, která slouží rodičům ke každodennímu cílenému a systematickému výchovně vzdělávacímu procesu.

## LITERATURA

1. ČERNÁ, Marie. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-880-8.
2. DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě*. Praha: GALÉN, 2001, 88 s. ISBN 978-8-7262-447-8.
3. ESSA, E. *Jak pomoci dítěti*. Brno, COMPUTER PRESS, 2011, ISBN 978- 80- 251-2928-9.
4. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 208 s. ISBN 80-85931-79-6.
5. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
6. GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: GALÉN 2009, ISBN 978-80-7262-630-4.
7. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné děti ve škole a v rodině*. Praha: Grada, 2010. 238 s. ISBN 978-80-247-2697-7.
8. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. a kol. *Individuální vzdělávací plán pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami*, 1. vyd. Praha: D+H, 2009. ISBN 978-80-87295-00-7
9. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Metody práce s dětmi s LMD především pro učitele a vychovatele*. Vyd. 4. Praha: D+H, 2000.
10. JENETT, W. *ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Brno: Edika, 2013. ISBN 978-80-266-0158-6.
11. KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. Praha: Portál, s. r. o. 1997, ISBN 80-7178-147-9.
12. MICHALOVÁ, Z. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. Tobiáš, 2007. ISBN 80-7311-075- X.
13. MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-430-4.
14. PACLT, I. *Hyperkinetická porucha a porucha chování*. Praha: Grada, 2007. 234 s. ISBN 978-80-247-1426-4.

15. RIEFOVÁ, S., F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*, Praha: Portál, 1999.

ISBN 80-7178-287-4.

16. ŠKVOROVÁ, J., ŠKVOR, D. *Proč zlobím?* Praha: Triton, s. r. o. ISBN 80-7254-407-1.

17. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

## PŘÍLOHY

Dotazník

Pro svou práci jsem použila dotazník Michalové – Sondy do problematiky specifických poruch chování (2006), který je určen pro rodiče a pedagogické pracovníky.

1. Dítě je neustále podrážděné, vzrušivé	
2. Obtíže v sociálním učení, návyky	
3. Nepokojné, netrpělivé, roztěkané	
4. Žádnou činnost nedodělá do konce	
5. Dětské, sociálně nezralé	
6. Průběžně během celého dne nepokojné	
7. Krátkodobě udrží pozornost	
8. Lehce se nechá něčím odradit	
9. Provází ho rychlé změny nálad	
10. Neuznává své chyby, špatně snáší neúspěch	

Pokyny k vyplnění dotazníku: 1) Rodiče a učitelé hodnotí a bodují nezávisle na sobě

2) Výsledek tvoříme sečtením položek jednotlivě a následně dohromady

Bodové hodnocení:

0	Tento problém se dítěte netýká
1	Tento problém se týká dítěte částečně
2	Tento projev dítěti dobře odpovídá
3	Tento projev výborně vystihuje chování d.

Výsledek: Jestliže je výsledek po sečtení obou testů nad 36 bodů, poukazuje na poruchu pozornosti a hyperaktivitu.

Součet 15 bodů v rodičovském dotazníku či samotném učitelském dotazníku upozorňuje na možnost, že by se o výskyt poruchy mohlo jednat.

**Polostrukturovaný rozhovor s matkou – otázky:**

1. Jak probíhalo těhotenství? Jak jste se cítila?
2. Jak se projevoval Dan jako miminko? Prodělal nějaké závažnější nemoci?
3. Kdy jste si všimla, že projevy Daníka jsou nějak odlišné?
4. Kdo vás první upozornil na to, že Danovo chování je odlišné od ostatních dětí jeho věku?
5. Vyskytl se podobný problém ve vaší rodině?
6. Byla u Dana tato porucha léčena medikací?
7. Navštěvujete s Danem logopedii?
8. Jak vy sama vnímáte Danovu poruchu?