

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

HANA BARTOŠOVÁ

III. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika předškolního věku

Život dítěte s ADHD

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D

OLMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

*V Budišově nad Budišovkou
dne 19. 3. 2011*

.....

Chtěla bych poděkovat především vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Pastierikové, Ph.D za odborné vedení a poskytnutí cenných rad. V neposlední řadě také paní učitelce speciální mateřské školy a všem ostatním, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat.

Obsah

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Úvod do problematiky syndromu ADHD	8
1.1 Vymezení pojmu v minulosti	8
1.2 Vymezení pojmu v současnosti	9
1.3 Etiologie a výskyt.....	10
1.4 Projevy dětí s ADHD.....	11
1.4.1 Klíčové symptomy ADHD	12
1.4.2 Přidružené problémy.....	14
1.5 Klasifikace ADHD	15
1.6 Diagnostika ADHD	17
2 Diferenciální diagnostika	18
2.1 Somatické poruchy	18
2.2 Psychické poruchy.....	19
3 Vzdělávání dětí s ADHD	21
3.1 Vývoj předškolního dítěte	21
3.1.1 Dítě bez ADHD	21
3.1.2 Dítě s ADHD	22
3.2 Vliv ADHD na prožívání a chování	23
3.3 Vymezení předškolního vzdělávání dětí s ADHD	23
3.4 Intervence ve škole a v rodině	24
3.4.1 Intervence ve škole	24
3.4.2 Intervence v rodině	26
3.5 Osobnost pedagoga.....	28
3.6 Metody terapie dětí s ADHD.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST	32
4 Výzkumné šetření dítěte s hyperkinetickým syndromem	33
4.1 Cíl výzkumného šetření.....	33
4.2 Metody výzkumu.....	33
4.3 Kazuistická studie.....	34
4.4 Závěr výzkumného šetření	43

Závěr	45
Seznam literatury	47
Seznam příloh	49

Úvod

„Dítě, na jehož natažené ruce se často odpoví odmítnutím, může navždy ztratit schopnost projevat svou něžnost a vycházet vstříc.“

Jste neustále ve střehu a musíte mít oči všude. Hned je vaše dítě tam a hned zase jinde. Pořád se vrtí a nedokáže sedět v klidu na místě. Často vůbec nevnímá, co mu říkáte. Neustále vymýšlí, co by kde udělalo. Tyto a spousta dalších projevů se mohou zdát povědomé ne málo rodičům. V malé míře to poukazuje na zdravé dítě, které je právě ve vývoji, okouzleno podnětným prostředím, které se snaží poznávat. Když se však tyto projevy vyskytují častěji a trvají delší dobu, mělo by se to stát také záležitostí odborníka (dětského psychologa), jelikož může jít právě u vašeho dítěte o syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou.

Spousta rodičů si nechce připustit, že právě jejich dítě je „jiné“. Nechtějí navštívit dětského psychologa z důvodu, co by si asi pomyslelo jejich okolí. Avšak netuší, že právě to by mohlo být jejich vysvobozením. Mají pocit, že neuspěli ve výchově, že nejsou dost dobrými rodiči pro své dítě. V situacích, kdy si již rodiče nevedí rady, jsou děti trestány. Rodičům se také honí hlavou spousta otázek: Proč se mé dítě tak chová? Proč na něj nezabírají postupy, které na ostatní děti zabírají? Co mám dělat proto, aby mne mé dítě poslouchalo? Proč nevydrží v klidu sedět? Je to právě psycholog, který by jim na tyto otázky mohl odpovědět. Když rodiče zjistí, že jejich dítě trpí hyperkinetickým syndromem, mohou se dostavit pocity strachu a nejistoty, co bude dál. Zda výchovu dítěte zvládnou. Může však přijít také pocit úlevy, jelikož konečně pochopí chování svých potomků. V tu chvíli rodiče přehodnotí způsob výchovy, který měli doposud. Změní své postoje k výchově svých dětí a budou jim pak oporou. Vina není tedy v nich ani v jejich způsobu výchovy, ale v projevech tohoto syndromu.

Výchova dětí v dnešní době není nijak jednoduchá. Malá informovanost společnosti může způsobovat, že okolí vnímá děti s ADHD jako zlobivé a nevychované. Mnohdy však rodiče pro výchovu svého dítěte udělají vše, co je v jejich silách, avšak projevy ADHD jsou silnější. Čím více budeme mít informací o tomto syndromu, tím pro nás bude jednodušší tuto situaci zvládnout. Nejen my, ale také okolí, ve kterém dítě žije, by mělo být dostatečně informováno o hyperkinetickém syndromu. Potom by možná lidé přehodnotili své chování a začali

se k těmto dětem chovat podle jejich individuálních potřeb. Každé dítě bez výjimky chce být milováno a touží po uznání. Proto bychom je měli brát takové, jaké jsou, a ne takové, jaké bychom je chtěli mít.

Když se rozhlédneme kolem sebe, zjistíme, že v našem okolí žije spousta dětí se syndromem ADHD. Touto bakalářskou prací bychom chtěli přispět ke zlepšení informovanosti o této problematice. Uvedeme zde základní informace o syndromu ADHD. Nastíníme možné metody, které odstraňují či snižují projevy hyperkinetického syndromu. Dále bychom se zde chtěli zabývat intervencí dětí jak v rodině, tak i ve škole a poskytnout spousta rad, jak k těmto dětem správně přistupovat. Pro praktickou část jsme si zvolili metodu kvalitativního výzkumu, ve kterém máme možnost nahlédnout přímo do rodiny s dvěma hyperaktivními chlapci. Chtěli bychom se zabývat projevy jejich chování, vzájemnými vztahy se sourozenci a také vrstevníky. Naším cílem je také dokázat, že citlivým přístupem můžeme dosáhnout i u těchto dětí velmi dobrých výsledků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Úvod do problematiky syndromu ADHD

V úvodní části bakalářské práce se seznámíme s pojmem poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Dozvíme se, jaké bylo vymezení pojmu v minulosti a současnosti. Stručně popíšeme etiologii, výskyt a projevy dětí s ADHD. A nakonec zmíníme problém terminologické nejednotnosti a diagnostiku ADHD.

1.1 Vymezení pojmu v minulosti

Hyperaktivní děti zde byly vždy, jen byly označovány různými termíny. Nejsou tedy pouze „produktem současné doby“, jak bývá někdy laicky posuzováno. V českém jazyce upozorňují na výskyt velmi živých dětí běžně užívané termíny, jako jsou „živé stříbro“ nebo „děti z hadích ocásků“ (Jucovičová, Žáčková, 2010). „*Terminologie užívaná k označování hyperaktivních dětí se měnila podle pojetí jejich problematiky a získávání nových poznatků o ní. První poznatky o hyperaktivních dětech lze nejen u nás, ale i ve světě zachytit koncem první poloviny a v průběhu druhé poloviny dvacátého století (přibližně od roku 1830), o přesnější ohraničení této problematiky se pokoušeli autoři na počátku dvacátého století*“ (tamtéž, 2010, str. 9).

Andreánská (in Lechta, 2010) zmiňuje, že ve starší literatuře byly zavedeny termíny jako *lehká dětská encefalopatie* (LDE), *minimální mozková dysfunkce* (MMD), resp. *lehká mozková dysfunkce* (LMD) a další, které byly chápány širěji, diagnostická kritéria byla poměrně vágní a opírala se o předpokládané etiologické činitele.

Lehkými dětskými encefalopatiemi (LDE), kterými se u nás v 50. letech zabýval O. Kučera, se rozumí drobné difúzní poruchy mozkové tkáně trvalého rázu vzniklé prenatálně, perinatálně nebo postnatálně, rozhodně však před „dobou dospělosti“. Poruchy jsou lehké v tom smyslu, že při nich není postižena výrazněji motorika či rozumové schopnosti, jež nejsou nižší než podprůměrné (Černá a kol., 2002). Mertin (Šturma, 1995 in Kucharská, 1997) se ve své kapitole zmiňuje, že v roce 1962 doporučil Šturma užívání pojmu *minimální mozková dysfunkce* (MMD). Z pojmu usuzoval, že se nedaří prokázat faktické organické poškození mozku ve smyslu strukturálního poškození, tedy přímého poškození mozkové tkáně.

S cílem sjednotit terminologii a ohraničit diagnostická kritéria této poruchy v mezinárodním měřítku vznikl termín lehká mozková dysfunkce (LMD). Na termínu se sjednotil v roce 1963 tým odborníků pod vedením S. Clementse. Tento termín se stal všeobecně známým a používaným nejen v psychiatrii, ale i v příbuzných oborech (Drtilková, Šerý et al., 2007). Termín LMD byl používán déle než třicet let a nová terminologie se u nás prosadila víceméně teprve po roce 2000. Výše uvedené termíny vycházely předně z etiologie syndromu, později se ve světě začala prosazovat terminologie zaměřená spíše na popis projevů syndromu (Jucovičová, Žáčková, 2010).

1.2 Vymezení pojmu v současnosti

Lechta (2010) ve své knize uvádí, že v odborné literatuře se v posledních desetiletích setkáváme s pojmy hyperkinetické poruchy nebo poruchy pozornosti s hyperaktivitou, jež se vyznačují zkratkou ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), respektive poruchy pozornosti bez hyperaktivity ADD (Attention Deficit Disorder).

Termín hyperkinetické poruchy má dvojí oprávnění. Zaprvé etiologické – nevyhraňuje se jako termín LMD pouze somaticky. I při dnešních vyšetřovacích možnostech tomografie či magnetické resonance může být u dětí s ADHD neurologické vyšetření negativní. Druhý důvod, proč se termín rozšířil, je jeho přesnější symptomatologické vymezení. Mnohdy se pod termínem LMD mohly skrýt mnohé symptomy, které jinak byly obtížně zařaditelné a diagnostikované (Pokorná, 2001).

*„ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm **pozornosti, hyperaktivity a impulzivity**. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu*

určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností“ (Barkley, 1990 in Zelinková, 2005, str. 196).

„Není vyloučeno, že se prosadí další termíny. Někteří odborníci již dnes uvažují o názvu *Behavioural Inhibition Disorder (BID)* – obtíže v usměrňování chování – protože se jedná o deficit v sebekontrolé“ (Barkley, 1996 in Pokorná, 2001, str. 130).

1.3 Etiologie a výskyt

Příčiny ADHD nejsou v současné době známe. Stejně jako u mnoha jiných poruch nelze ani u této vždy určit jednoznačnou příčinu (Riefová, 1999). Podle Pokorné (2001) otázkou zůstává osobnost dítěte, jeho celkový obraz, temperament, zranitelnost, plasticita nervové soustavy, podpora, která je mu dávana, schopnost adaptace, míra úzkostnosti, tolerance k zátěži apod. V úvahu se musí brát jak složka organická, tak i psychologická. Projevy chování je nutno hodnotit ve vztahu k vývoji dítěte (v určitém věku a na určitém vývojovém stupni mohou mít děti obtíže například s udržením pozornosti, kontrolou emocí, předvídaním nebezpečí, s impulzivním chováním apod.).

Možné příčiny (Riefová, 1999):

- **Genetické příčiny** – ADHD se v některých rodinách vyskytuje opakovaně. V rodině může být mnohdy rodič, prarodič, sourozenec nebo jiný člen, který měl v dětství ve škole s chováním podobné potíže.
- **Biologické/fyziologické příčiny** – Někteří lékaři popisují ADHD jako neurologickou poruchu postihující tu oblast mozku, která řídí zpracování impulzů a podílí se na třídění smyslových vjemů a na schopnosti koncentrace. Odborníci se domnívají, že může být spojena s nerovnováhou nebo nedostatečným množstvím dopaminu, chemické látky, která přenáší nervové signály. Lidé s ADHD mají nedostatek přenašečů signálů, které nám umožňují soustředit se na jednu věc a blokovat ostatní podněty.
- **Komplikace nebo poranění v těhotenství či při porodu**
- **Otrava olovem (např. ze znečištěného životního prostředí)**

- **Strava** – Složení stravy a alergie na jídlo stále vyvolávají u lékařů spory. Výzkumy spojení syndromu ADHD s touto příčinou zatím neprokázaly.
- **Užívání alkoholu a drog v těhotenství** – Pokud matka užívá drogy v těhotenství, má to negativní dopad jak na ni, tak i na plod. V mnoha případech se u těchto dětí zjišťuje neurologické poškození.

Údaje o výskytu se liší. Záleží na tom, ve které části světa se průzkum prováděl, u jaké populace a jaká diagnostická kritéria byla použita. Je všeobecně známo, že studie, které prováděli kliničtí odborníci za pomoci DSM-IV, přinášejí vyšší hodnoty výskytu ADHD než studie postavené na MKN-10 (Munden, Arcelus, 2002). Andreánská (in Lechta, 2010) uvádí, že odhadovaný výskyt poruchy pozornosti s hyperaktivitou u školních dětí se pohybuje kolem 2-12 až 15% (u amerických autorů), nejčastěji se však uvádí 6% u diagnostických kritérií pro hyperkinetické poruchy. Poměr chlapců a děvčat bývá uváděn od 3 : 1 až po 8 : 1 v neprospěch chlapců. Tuto poruchu je obtížné zjistit dříve než kolem čtvrtého či pátého roku věku, protože u mladších dětí obvykle nemůžeme rozlišit její příznaky – děti málokdy dokáží u nějaké činnosti vydržet. Mladší děti s ADHD nejsou např. schopné sedět klidně u jídla či u pohádky a rodiče je popisují jako celkově nezvladatelné. Když dítě začne chodit do školy, problémy se obvykle zviditelní. Protože je nesoustředěné, tak se mu ve škole nedaří nebo se kvůli své hyperaktivitě a impulzivitě nedokáže přizpůsobit určitým třídním pravidlům.

V mnoha případech obtíže vymizí a dítě se vyvíjí v souladu s normami, jindy přetrvávají až do dospělosti. Nelze předpokládat prosté zmizení symptomů s přibývajícím věkem. Symptomy přibližně u 65-80% jedinců přetrvávají, i když jsou méně závažné (Davidson, Neale, 2001 in Zelinková, 2003).

1.4 Projevy dětí s ADHD

Různé specifické projevy lze pozorovat prakticky od narození. V prvních měsících života to bývá nejčastěji narušený biorytmus spánku a bdění. Děti ho mohou mít např. přehozený (ve dne spí a v noci jsou vzhůru), spánek bývá plytký, často se budí, po probuzení jsou plačtivé, unavené, hůře jedí atd. Takové chování dětí může často vést k frustraci matek, protože nabývají pocitu, že nedokážou uspokojit

potřeby dítěte, že mu nerozumějí, což v konečném důsledku může vést až k narušení vztahu matky a dítěte. V období batolete pak můžeme pozorovat zvýšenou pohyblivost, ale zároveň i jakousi neobratnost, a tudíž i s tím spojené zvýšené riziko úrazů. U těchto dětí se častokrát dostávají afektivní výbuchy provázené zlostí a agresivitou. V předškolním věku už lze pozorovat i poruchy koncentrace pozornosti. Syndrom ADHD se dává do souvislosti s vývojově opožděným dozráváním CNS, a proto je velmi často doporučen odklad školní docházky (Andreánská in Lechta, 2010).

1.4.1 Klíčové symptomy ADHD

Syndrom ADHD se projevuje symptomy poruch pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou. Tyto projevy jsou nepřiměřené vzhledem k věku dítěte, mentální úrovni a nejsou důsledkem sensorických, motorických postižení nebo důsledkem závažných emočních problémů (Andreánská in tamtéž, 2010). Výzkumné práce ukázaly, že symptomy ADHD jsou v čase nápadně stálé. Vzorce chování a klíčové symptomy zůstávají v průběhu týdnů, měsíců i let nezměněné, ačkoliv asi u poloviny dětí postižených hyperkinetickou poruchou tyto symptomy při dosažení dospělosti do značné míry vymizí.

Aby byly symptomy klinicky významné a splňovaly diagnostická kritéria, musí se vyskytovat ve významném počtu a v dostatečném stupni vážně postihovat schopnosti daného jedince. Rovněž se musí vykytovat v rozsahu, který překračuje meze normální pro jedince daného věku a vývojového stádia (Munden, Arcelus, 2002).

Paclt (2007) zmiňuje poznatek, že symptomy vystupují výrazněji v situacích, které kladou požadavky na udržení pozornosti, kontrolu pohybů a utlumení impulzů (školní úlohy, pobyt v kolektivu atd.).

Poruchy pozornosti

Děti s ADHD bývají často roztěkané, nesoustředěné, nepozorné. Nejsou odolné vůči vlivu vedlejších, rušivých podnětů. Neumí rozlišit, co je důležité a co ne. Již u předškolních dětí můžeme pozorovat poruchu schopnosti koncentrace pozornosti, jež se projevuje například tím, že si nevydrží hrát s jednou hračkou, nevydrží u déle trvající hry, špatně se přizpůsobují pravidlům hry, nedokončí hru a mnoha dalšími. Stále vyžadují nové podněty. Tyto děti bývají také charakterizovány

jako netrpělivé. Velkou roli ve schopnosti koncentrovat pozornost u dítěte s ADHD hraje motivace a adekvátní stimulace (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Pozornost může být **ulpívavá**, kdy ulpí na jednom podnětu a těžko se od něj odpoutává. Pokud je nějaký podnět pro dítě zajímavý, nemůže se od něho odpoutat a soustředit se na něco jiného. Pozornost dětí s ADHD je také často označována jako **nevýběrová**. Dítě nedokáže rozlišit podstatné od nepodstatného a „dává pozor na všechno“. Tím pádem dochází k vytěsňování informací (tamtéž, 2010).

„Tyto obtíže jsou projevem nezralosti nervového systému a nelze je překonat zvýšeným tlakem nebo delším zaměstnáváním nebo doučováním. U těchto dětí platí „zlaté pravidlo“ Matějčkovo: Raději málo, ale často! Účinnější je učit se s dítětem 2 krát 20 minut s přestávkou (proběhnutí a oddych) než hodinu a půl v jednom celku“. Lepšího soustředění dítěte dosáhneme, když mu vytvoříme takové podmínky, jaké vyžadují jeho zvláštnosti (Černá a kol., 2002, str. 58).

Hyperaktivita

Projevuje se přemírou, nadbytkem motorické (pohybové) aktivity, zvýšenou pohyblivostí a živostí, aktivity přesahují míru, která je přijatelná pro daný věk dítěte a pro jeho pohlaví. V mladším věku se totiž i značný neklid může jevit přiměřený. Pohyby dětí s ADHD jsou značně nemotorné, neuspořádané, přestřelující, chaotické. Organizace a harmonizace pohybů je obtížná (Černá a kol., 2002).

Hyperaktivita bývá také uváděna jako nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity. Popisovány jsou nepotřebné, bezúčelné pohyby či pohyby, které neodpovídají zadané úloze. Hyperaktivita se projevuje také nadměrným řečovým projevem, častými komentáři, skákáním do řeči či vydáváním různých zvuků (Paclt, 2007 in Jucovičová, Žáčková, 2010). Řečový projev je překotný, děti často mluví velmi hlasitě, aby se ve skupině prosadily, a tak se překřikují.

Stálá fyzická aktivita bývá v našich podmínkách označována jako **psychomotorický neklid**. Psychomotorický neklid má dva stupně. První je silnější, pokud se týká celého těla (zvýšená pohyblivost, nekoordinované, rychlé pohyby...) a druhý je jemný psychomotorický neklid, který zahrnuje jemné pohyby rukou či nohou (mnutí rukou, hraní s prsty, kopání nohama). Dítě je většinou v celkovém napětí nejen fyzickém, ale také psychickém (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Impulzivita

Impulzivita bývá popisována jako **okamžitá reakce na podnět**, kdy **chybí fáze rozmyšlení**. Dítě si nerozmyslí postup a neuvědomí si důsledky či následky svého jednání před tím, než něco udělá. Jedná okamžitě, což často vytváří nebezpečné ohrožující situace jak pro dítě, tak pro jeho okolí. Příkladem je třeba vběhnutí do silnice, když na druhé straně vidělo svého kamaráda. Jejich chování bývá hlučné, spontánní, zbrklé. Co je v tu chvíli napadne, to bez rozmyslu udělají. S impulzivním jednáním souvisejí také obtíže při vykonávání činností, které vyžadují delší čas. Děti s ADHD také obtížně snášejí okamžité nesplnění svého přání. Neumějí trpělivě počkat, než na ně přijde řada (tamtéž, 2010).

Mladí lidé s ADHD se díky touze po uznání mohou chovat hazardně před kamarády. Někteří třeba skočí z velké výšky, aby dokázali, že se nebojí. Někdy dělají různé věci, aby se stali zajímaví (Munden, Arcelus, 2002).

Impulzivita může přinést problémy i v sociálních situacích. Jelikož skáčou dětem do řeči, říkají nevhodné věci, pošťuchují druhé děti, mohou mít problémy s navázáním a udržením přátelství. Děti s ADHD často mívají dobré a nevinné záměry, přesto budí dojem, že si v nežádoucích projevech libují. Mnohdy bývá jejich chování zaměňováno s opozičními nebo asociálními činy (tamtéž, 2002).

1.4.2 Přidružené problémy

Munden a Arcelus (2002) uvádějí přidružené problémy, jako jsou:

Problém navázat přátelství

Děti trpící ADHD mívají málo kamarádů, a když už je mají, bývají to často děti „špatného řazení“. Příčinou problémů je impulzivita a omezená pozornost, což má za následek neschopnost zvládat pravidla společenského chování. Opakované odmítání a neúspěch u vrstevníků může mít ničující důsledky na sebevědomí dítěte.

Problém s učením

Hyperaktivita, impulzivita a poruchy pozornosti mohou vážně postihnout schopnost dítěte učit se. V některých případech děti s ADHD zaostávají za ostatními dětmi ve třídě. Značná část dětí trpí specifickými poruchami učení. Jakmile v látce jednou zůstanou pozadu, je pro ně velmi obtížné to dohnat. Nedokáží se soustředit jako jejich spolužáci. Hluk a okolní pohyb je často vyrušuje, proto přeslechnou

důležitou informaci či pokyn učitele. Mnohé děti mají neúhledný rukopis. Jejich ušmudlané, neúhledné poznámky a sešity mnohdy mohou vést k posměchu.

Problém doma

Vzájemné vztahy mezi jednotlivými členy rodiny mají tendenci se dostávat do výjimečného napětí. Děti s ADHD nemají tak velkou potřebu spánku jako ostatní, v důsledku čehož jsou všichni chronicky unavení a rodiče mají na sebe málo času. Chování dětí s ADHD se vyznačuje neustálými hádkami, hlukem, ničením různých věcí atd. Zdá se, že děti nikdy nemají nic pohromadě. Sourozenecká rivalita se přítomností ADHD může vystupňovat. Zdraví sourozenci mají problém se s tím vyrovnat. Rodiče mívají dojem, že se jich jejich přátelé straní. Mohou mít také pocit, že jsou neschopní.

Riefová (1999) dodává, že všechny příznaky nejsou stejné pro každé dítě a jejich stupeň se bude případ od případu lišit. Každé dítě je totiž jedinečná bytost a má jiné projevy chování, silné a slabé stránky, zájmy, vlohy i dovednosti. Musíme si uvědomit, že v dětství je kterýkoliv z uvedených projevů chování v dané vývojové fázi do jisté míry normální. Některé děti jsou třeba jen neklidné, nesoustředěné, ale netrpí poruchami vnímání. Některé projevy mohou být zase velmi výrazné, jiné pouze naznačené. Jsou-li tyto projevy výrazné už v předškolním věku, často dítěti pomůže odklad školní docházky o jeden rok, protože dozríváním centrální nervové soustavy se některé projevy poruchy mohou zmírnit. Důležité je s dětmi během tohoto roku intenzivně pracovat.

1.5 Klasifikace ADHD

Munden, Arcelus (2002) uvádějí, že lékařští odborníci používají diagnostická kritéria, která se aktualizují a zlepšují v závislosti na zkvalitňování našich znalostí v oblasti nemocí a poruch. V současné době existují a používají se dva hlavní klasifikační systémy (soubory diagnostických kritérií):

- Klasifikační systém **Světové zdravotnické organizace** (*The International Classification of Diseases, 10th 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, 4th edition*, neboli **DSM-IV**)

Mezi diagnostickými kritérii MKN-10 a DSM-IV jsou však značné rozdíly. Vztahují se zejména k velice podobným syndromům (skupinám symptomů, které dohromady tvoří diagnózu), jimž byla přisouzena podobná, avšak odlišná jména či diagnostická označení. Označení „ADHD“ (DSM-IV) a „Hyperkinetická porucha“ (MKN-10) je toho dobrým příkladem.

Jsou zde také značné rozdíly v řadě příznaků, které jsou nezbytné pro stanovení diagnózy, i ve způsobu, kterým se různá chování a abnormality popisují. Například: DSM-IV klasifikuje vlastnost „často je nepřiměřeně upovídané“ jako příznak hyperaktivity. MKN-10 uvádí podobný, avšak přesnější popis chování „mluví nadměrně bez ohledu na společenské zvyklosti a zábrany“ jako příznak impulzivity (Příloha č. 1).

Diagnostická kritéria:

1. MKN-10 zahrnuje diagnózy F 90 Hyperkinetické poruchy (MKN-10, 2000):
 - **F 90.0 Porucha aktivity a pozornosti** (syndrom deficitu pozornosti nebo syndrom s hyperaktivitou, poruchu pozornosti a hyperaktivity)
 - **F 90.1 Hyperkinetická porucha chování** (hyperkinetická porucha spojená s poruchou chování)
 - **F 90.8 Jiné hyperkinetické poruchy**
 - **F 90.9 Hyperkinetická porucha nespecifikovaná** (hyperkinetická reakce či syndrom v dětství nebo v adolescenci) – nedoporučuje se užívat
2. DSM-IV rozlišuje tři subtypy poruchy (Drtílková, Šerý et al., 2007):
 - **ADHD, inattentive type** (převládající porucha pozornosti)
 - **ADHD, hyperactivity/impulsivity type** (s převládající hyperaktivitou a impulzivitou)
 - **ADHD, combined type** (smíšený typ)

1.6 Diagnostika ADHD

Poměrně velké množství projevů a jejich proměnlivost má za následek, že diagnostika ADHD není jednoduchá. Situace se může komplikovat skutečností, že je někdy poměrně obtížné určit hranice, po které jsou projevy v rámci variability pro daný věk v normě a od kterých už jde o projevy poruchy. Někdy se neadekvátní projevy dítěte podceňují. Pro komplexní diagnostiku je nezbytná spolupráce psychologa, lékaře, učitele, speciálního pedagoga, ale také rodičů.

Cílem diagnostiky by mělo být nejen zmapování symptomatiky, ale také určení výkonů a činností, ve kterých by se dítě mohlo zlepšit (Andreánská in Lechta, 2010).

Pokorná (in Lechta, 2010) ve své publikaci uvádí poznatek Pelhama, jenž vytvořil komplexní vyšetření pro diagnostikování poruchy pozornosti s hyperaktivitou, které obsahuje:

- Informace z prostředí, ve kterém dítě žije. Informace se získávají strukturovaným rozhovorem s rodiči, posuzovací škálou pro matku a učitele, pozorováním dítěte ve třídě a doma, sociometrickým vyšetřením ve třídě.
- Vyšetření psychologickými testy, vyšetření inteligence.
- Vyšetření možných SPU.
- Vyšetření osobnostních vlastností, zejména emočních poruch.
- Rozhovor se samotným dítětem – nutné zejména u starších dětí.

Kromě tří základních symptomů (poruchy pozornosti, hyperaktivita, impulzivita) je třeba rozlišit: zda se projevy vyskytovaly už před vstupem dítěte do školy, zda problémy přetrvávají déle než šest měsíců, zda se vyskytují i v různých prostředích a zda jsou projevy v takové intenzitě, která je nepřiměřená danému vývojovému stupni dítěte, a jsou výrazně častější než u jiných dětí stejného věku (Lechta, 2010).

Žádný jedině správný test na diagnostikování ADHD neexistuje. Přesto je nutné tuto poruchu přesně odlišit od jiných psychických a psychologických poruch (tamtéž, 2010).

2 Diferenciální diagnostika

V této kapitole se seznámíme s poruchami, které jsou či mohou být zaměňovány s ADHD nebo ADHD svými projevy připomínat. Jsou to somatické poruchy (poruchy zraku a sluchu, záchvaty, následky poranění hlavy atd.) a psychické poruchy (poruchy autistického spektra, obsedantně-kompulzivní poruchy, Tourettův syndrom atd.).

„Ne každé dítě, které je hyperaktivní a impulzivní a má problémy se soustředěním a pozorností, trpí ADHD. Existují další tělesná a psychická onemocnění, která mohou být s ADHD chybně zaměňována, a lékař je při vyšetřování dítěte s takovými příznaky nesmí opomenout“ (Munden, Arcelus, 2002, str. 31).

2.1 Somatické poruchy

Některé somatické poruchy uvádí ve své publikaci Munden, Arcelus (2002):

Porucha zraku a sluchu

Problémy se sluchem nebo s viděním dětem ztěžují porozumění mluvenému slovu a pochopení okolních událostí. Což může vést k nesnadné orientaci v běžných situacích a k problémům ve škole. Děti s těmito poruchami bývají často zmatené, dokonce sklíčené a často mívají potíže s učením. Jejich chování často budí dojem, že se nemohou nebo nechtějí soustředit, nebo že se dokonce nejsou schopné učit.

Záchvaty

Řadu různých podob na sebe berou epileptické záchvaty. Ačkoliv se obecně symptomy epilepsie nijak zvlášť příznakům ADHD nepodobají, vlastní nebo související příznaky určitého typu epilepsie v sobě některé klíčové rysy ADHD obsahují. Spadá sem snížená schopnost soustředění, narušené chování a neklid.

Následky poranění hlavy

Některé děti jsou k úrazům hlavy náchylnější než jiné. Druh úrazu hlavy, oblast a závažnost následného poškození mozku ovlivní typy příznaků, které se u dítěte objeví. Vážné úrazy hlavy mohou mít za následek výrazné projevy společensky nepřijatelného chování (dítě začne být otevřené, klade nevhodné otázky,

může začít být zapomětlivé, upovídané, výbušné atd.). Setkáváme se i s tím, že příznaky ADHD jsou vnímány jako důsledek poranění hlavy. Ve skutečnosti ale mohou být příčinou nehody.

Akutní nebo chronické somatické onemocnění

Některé symptomy ADHD se mohou projevovat během nemoci nebo po ní. Jedním z důležitých rozlišujících faktorů mezi symptomy, které jsou důsledkem nemoci, a symptomy, které jsou skutečnými příznaky ADHD, je to, že ADHD je porucha postihující děti během jejich vývoje. Onemocnění může mít na dítě řadu vlivů (na dětské názory, chování či emoce). U nepředvídatelných onemocnění (epileptické záchvaty) se některé činnosti mohou stát nebezpečnými. Jiné onemocnění může výrazně ztížit řízený pohyb. Astma může omezit druh a intenzitu cvičení.

Špatná výživa

Největší důsledky má špatná výživa v prvním roce života dítěte. Podle Skuse (1989 in Munden, Arcelus, 2002) děti, které nerostou v prvním roce života tak, jak by měly, bývají vývojově opožděnější a mívají jak problémy s učením, tak s emocemi a chováním.

Za další somatické poruchy, které mohou vypadat jako ADHD, Munden a Arcelus (2002) považují ***spánkový deficit*** v důsledku poruchy spánku nebo nevhodného prostředí a ***vedlejší účinky léků a drog***.

2.2 Psychické poruchy

Munden, Arcelus (2002) ve své knize také uvádějí psychické poruchy:

Poruchy autistického spektra

Poruchy v této oblasti zahrnují problémy sociálních dovedností různého stupně, poruchy emocí, vztahů a komunikace. Lidé s takovými poruchami mívají sklon ke stereotypům a rituálům. Tak jako u ADHD se i zde profil symptomů u daného jedince během doby mění. Rodiče i odborníci si často všimnou dítěte, které vypadá, jako by bylo ve svém vlastním světě. Když jsou tyto děti v napětí či stresu,

často začnou být značně hyperaktivní a leckdy i agresivní. V jejich chování může být zpočátku jistá podobnost s chováním dětí s ADHD.

Obsedantně-kompulzivní porucha

Osoba trpící touto poruchou má neodolatelnou potřebu vykonat rituál nebo se zabývat nějakou představou. Důsledek této poruchy, jako je přehlčení rituály a představami, může budít dojem, že postižený má problémy s udržení pozornosti. Jelikož takový člověk potřebuje vyhovět svým myšlenkám, je pro něj obtížné uspořádat a naplánovat si činnosti a ovládat impulzy.

Tourettův syndrom

Tento syndrom se vyznačuje opakovanými bezděčnými záškuby těla, kterým se říká tiky. Mohou být buď motorické tiky nebo vokální tiky (hrdelní zvuky či zkomolená slova). Symptomy často vzbuzují mylný dojem, že jde o hyperaktivitu, jelikož se například děti snaží své tiky zakrývat tím, že se vrtí či díky tikům ztrácejí pozornost.

Porucha chování

Porucha je charakterizována opakujícím se a přetrvávajícím vzorcem asociálního, agresivního nebo delikventního chování. Důsledky těchto problémů, vyskytujících se vedle již zmíněného chování, mohou vést k symptomům připomínající ADHD.

Munden, Arcelus (2002) ve své knize dále zmiňují mnoho dalších poruch, které mají podobné symptomy jako ADHD. Je to ***porucha příchyllosti, deprese a jiné emoční problémy, úzkostné poruchy a psychotické poruchy***. Je třeba poznamenat, že každé dítě nezapadá přesně do diagnostické kategorie. Některé děti mohou mít příznaky dvou a více poruch.

Současný výskyt dvou nebo více poruch u jednoho pacienta není jev tak vzácný. U ADHD nalézáme přítomnost další poruchy v 60 – 70% případů. Jejich zastoupení se mění s věkem a také stoupá jejich závažnost. ADHD bývá uváděno také v kombinaci s ***poruchou školních dovedností, poruchou opozičního vzdoru, poruchou nálady či tikovou poruchou*** (Goetz, Uhlíková, 2009).

3 Vzdělávání dětí s ADHD

V poslední kapitole naší teoretické části si shrneme vývoj dítěte předškolního věku a porovnáme ho s vývojem dítěte s ADHD. Dále určíme možné vlivy na prožívání a chování přinášené nám hyperkinetickou poruchou. Specifikujeme si předškolní vzdělávání, které je velice důležité pro děti tohoto věku, a objasníme si zásady přístupu k nim. V neposlední řadě si zopakujeme, jaké předpoklady by měl mít předškolní pedagog, a nakonec si vyjmenujeme metody, kterými pozitivně ovlivňujeme chování dětí s ADHD.

3.1 Vývoj předškolního dítěte

Předškolní období je jedním z nejdůležitějších pro správný tělesný a psychický vývoj dítěte. Vymezuje se ve věku 3-6 let a končí zejména nástupem dítěte do základní školy. V tomto období je charakteristický rozvoj pohybové aktivity a intenzivního smyslového a citového vnímání. Dítěti se výrazně mění tělesná konstrukce a objevují se nápadné pohlavní rozdíly. Zdokonaluje se hrubá i jemná motorika. Předškolní věk je označován podle Eriksona jako období iniciativy, jehož hlavní potřebou je aktivita. Pro rodiče je velmi důležité, aby děti co nejvíce chválili, a tím také podporovali jejich další aktivitu. Výchovný přístup by měl respektovat jak individualitu dítěte, tak jeho schopnosti (Dostupné na: <http://www.psychoporadna.cz/cz/clanky/predskolni-obdobi/72.html>).

3.1.1 Dítě bez ADHD

Motorický vývoj – zdokonaluje se a narůstá kvalita pohybové koordinace. Pohyby jsou přesnější a plynulejší. Dítě dokáže velmi dobře pozorovat a napodobovat sportovní aktivity. Motorický vývoj souvisí s celkovou aktivitou dítěte. Dítě je schopno sebeobslužných činností (obléká se, uklízí, zavazuje tkaničky, pečuje o svou hygienu). Dochází k rozvoji jemné motoriky a kresby. **Kognitivní vývoj** – vnímání je globální (není schopno rozlišovat detaily). Rozvíjí se zraková a sluchová diferenciací. Čas vnímá ve vztahu ke konkrétní činnosti. Předškolák má velice bohaté představy. U dětí se v tomto věku objevuje tzv. dětská konfabulace (představy, o kterých jsou děti přesvědčené, že jsou pravdivé). Dítě už ví, že vše kolem něj má nějaký význam, proto přechází od otázek typu „Co je to?“ na otázku

„Proč?“. U dětí převažuje egocentrismus. Déle narůstá slovní zásoba a dochází k osvojování gramatických pravidel. Paměť je spíše mechanická, konkrétní a krátkodobá. **Emoční, motivační a sociální vývoj** – dítě má silnou potřebu být aktivní. Mezi další potřeby spadá potřeba stability, jistoty, zázemí a bezpečí. Významnou potřebou je také citový vztah, který je důležitý pro další vytváření vztahů. Důležitá je motivace dítěte. V tomto období se začínají formovat základní citové projevy. Děti postupně začínají ovládat své citové projevy, hodnotí své chování. Rozvíjí se také vztahy mezi vrstevníky. Děti si navzájem pomáhají, podřizují se, ale také mezi sebou soupeří (Šulová in Mertin, Gillernová, 2003). Helus (2004) poukazuje na to, že jedním z významných kritérií při volbě kamaráda bývá pohlaví, vlastnictví nějakého zajímavého předmětu, přátelské chování a další.

3.1.2 Dítě s ADHD

Poruchy motoriky – u dětí s ADHD se projevuje zvýšená aktivita, jsou neklidné, roztěkané, stále se vrtí, nevydrží dlouho v klidu. Jsou velmi snadno unavitelné. Některé děti mohou mít také potíže s usínáním. Projevují se zde také obtíže v oblasti jemné a hrubé motoriky. Pohyby jsou nekoordinované, bývají neobratné a nešikovné. Objevují se také problémy v sebeobsluze, problémy při hře s ostatními dětmi. V souvislosti s poruchami myšlení, vnímání, paměti a pozornosti se u dětí vyvíjí specifické vývojové poruchy učení. **Poruchy vnímání** – děti mají problémy s orientací v čase a prostoru a pravolevé orientaci. Objevuje se zde také porucha analyticko-syntetické činnosti, které je velmi důležitá při výuce čtení a psaní. Další obtíže jsou **emoční poruchy a poruchy chování** – děti s ADHD trpí často poruchami emocí (bývají emočně labilní, mívají výkyvy nálad), výkyvy ve výkonnosti. Jednají velmi impulzivně (viz. dříve). Mívají nízkou tzv. frustrační toleranci, což znamená, že podněty, které ostatním dětem nevadí, dokáží děti s ADHD vyvést z míry. Reagují tak nepřiměřeně na podněty. Nedokáží odhadnout, jaké chování se od nich očekává. Tyto děti bývají učiteli negativně hodnoceny za své projevy. Jako další problémy ve vývoji si představíme **poruchy řeči a myšlení** – často pozorujeme opožděný vývoj řeči, poruchy a vady výslovnosti, specifické asimilace, artikulační neobratnost, omezenější slovní zásobu, snížený jazykový cit a další. Myšlení bývá nepružné. Dítě lpí na jedné myšlence a nedokáže se od ní odpoutat. Děti obtížněji vnímají

souvislosti. U dětí s ADHD se také objevují *poruchy koncentrace pozornosti a paměti*, o kterých jsme se zmiňovali již dříve (Jucovičová, Žáčková, 1999).

3.2 Vliv ADHD na prožívání a chování

Jucovičová, Žáčková (2010) pokládají za důležité si uvědomit, že děti s touto poruchou jsou neustále pod tlakem náročných situací, které vznikají vlivem projevů jejich poruchy. Tyto děti nedokážou situace přiměřeně zvládnout, tak je řeší jinak. Jednou ze strategií je **únik**. Dítě se snaží před svými problémy utéct například do nemoci či do svého „vlastního světa“, kdy utíká do svých představ. Další strategií je **regrese**, kdy se dítě začne chovat jako věkově mnohem mladší. Dítě může také **popírat své neúspěchy nebo je zlehčovat**. V dalším případě se dítě snaží **upoutat pozornost**. Neúspěšné dítě se snaží alespoň nějakým způsobem uspět. Často však poutá pozornost nevhodným způsobem (předvádění, provokování). Poslední strategií, kterou dítě řeší situaci, je **útok**. Dítě řeší svůj neúspěch slovním napadáním nebo fyzickým útokem. Děti jsou považovány za zlé, nevychované atd. Z toho důvodu pak rodiče bývají obviňováni ze špatné výchovy.

3.3 Vymezení předškolního vzdělávání dětí s ADHD

Postavením dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole se zabývá **zákon č. 561/2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání** (školský zákon). Podrobněji se touto problematikou zabývá **vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných** (Jucovičová, Žáčková, 2010). Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním, přičemž vývojové poruchy učení a chování (ADHD) spadají do zdravotního postižení. Pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami se vypracovává individuální vzdělávací plán (zákon č. 561/2004).

„Děti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, a na

vytvoření takových podmínek, které jim toto vzdělávání umožní“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 188). V předškolním vzdělávání je velice důležitá a nezbytná spolupráce rodiny, školy a také všech, kteří mají dítě s ADHD ve své péči. Cílem jiných metod práce a hodnocení dítěte se specifickou poruchou učení a chování není nadhodnocování výkonu, ale zjištění skutečných schopností a vědomostí dítěte nezkreslených poruchou. Dítě je vzděláváno pomocí integrace (v běžné škole) a ve speciálních školách pro žáky se zdravotním postižením. Pomoc při identifikaci a následném vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami zajišťují školská poradenská zařízení, mezi která patří pedagogicko-psychologické poradny a speciální pedagogická centra (tamtéž, 2010).

3.4 Intervence ve škole a v rodině

Pokorná (2001) uvádí, že pomoc, terapie a intervence by měly vycházet z projevů a příčin hyperkinetických poruch.

3.4.1 Intervence ve škole

Úkolem předškolního vzdělávání je doplňovat rodinnou výchovu a zajišťovat dítěti dostatečně podnětné prostředí k jeho aktivnímu rozvoji. Má také obohacovat denní program dítěte a poskytovat mu odbornou péči. Rozvíjet osobnost dítěte, podporovat tělesný rozvoj a zdraví, motivovat k dalšímu poznávání a učení. Předškolní vzdělávání by mělo nabízet pro dítě vhodné prostředí, v němž se bude cítit dobře a které mu zajistí možnost projevit se. Vzdělávání má být vázáno k individuálním potřebám a možnostem dětí. Rozvojové předpoklady a možnosti dětí vyžadují uplatňovat odpovídající metody a formy práce. Učební aktivity by měly probíhat především formou hry (RVP PV, 2004). Zásady, které by se měly dodržovat při práci nejen s dětmi s ADHD:

- **Útulné, klidné a harmonické prostředí** – Děti se musí soustředit na práci a velké množství zrakových podnětů v některých třídách zbytečně odpoutává jejich pozornost. Dáme dítěti na vybranou prostředí, ve kterém se mu bude nejlépe pracovat. Ve třídě existuje mnoho faktorů, které můžeme ovlivnit a upravit tak, aby se výkon dětí zlepšil (Pokorná, 2001).

- ***Mít na dosah pouze pomůcky, které potřebuje pro práci*** – Domníváme se, že dítě s ADHD se nechá lehce rozptýlit podněty, které ho obklopují. Proto při práci s dítětem odstraníme všechny tyto podněty, aby se pak dítě mohlo soustředit jen na plnění svého úkolu (tamtéž, 2001).
- ***Usměřňovat aktivitu dítěte a dodávat mu přiměřené podněty*** – Je vhodné aktivitu dítěte nepotlačovat, ale nechat ji „vybít“ ve chvílích, kdy to jde. Dáváme také dítěti možnost co největšího volného pohybu. Stále však dbáme na rovnováhu, aby u dítěte nedošlo k přetížení. Důležitý je tedy dostatečný přívod přiměřených podnětů (Jucovičová, Žáčková, 2010).
- ***Důležitá je pochvala dítěte*** – Snažíme se dítěti poskytnout příležitosti, ve kterých mu umožníme prožít úspěch. Musíme však dítě upozornit na to, co udělalo správně (pozdravení, poděkování...), a tím mu dáváme přesnější informaci o jeho chování. Poskytujeme dítěti možnosti, aby ukázalo své silné stránky. U dětí s ADHD velmi oceňujeme například i to, že vydržely chvíli v klidu například při poslechu pohádky (Pokorná, 2001, doplnění Jucovičová, Žáčková, 2010).
- ***Vynechat činnosti, které jsou spojeny s rychlostí a závoděním*** – Soutěžením se podporuje impulzivní chování dítěte a jeho zbrkllost. Dítě musí převzít za své chování odpovědnost (Pokorná, 2001).
- ***Kratší úkoly přiměřené věku*** – Nejprve dítěti dáváme kratší úkoly a postupně je zvyšujeme, aby se dítě přizpůsobilo nárokům ostatních dětí (Pokorná, 2001). Riefová (1999) také doplňuje, že zvládnutí úkolu, který nám může připadat jednoduchý, stojí děti s ADHD velkou námahu.
- ***Porozumění zadanému úkolu*** – Je nutné se přesvědčit, že dítě úkolu rozumí. Často díky své nepozornosti přeslechnou zadání nebo si neuvědomí, co je podstatné (Pokorná, 2001).
- ***Trváme na splnění úkolu, musíme být důslední*** – Důslednost je jednou z dalších důležitých zásad. Pokud dítěti něco zakážeme a vzápětí mu to dovolíme, uvádíme je ve zmatek, přestává mít jasno, co se po něm chce, co smí či nesmí. Častější kontrolou dosáhneme toho, že si dítě požadované činnosti zautomatizuje. Kontrola musí být efektivní a musí dávat dítěti okamžitou zpětnou vazbu. Je také vhodné vést dítě k vyvození důsledků jeho chování (Jucovičová, Žáčková, 2010).

- **Dodržování řádu a určitých rituálů** - Měli bychom dodržovat určitý řád, aby dítě vědělo, co se od něj očekává. Pravidla soužití by měla být vymezena jasně a konkrétně. Dítě by mělo mít jasně a stručně vymezeno, jaké chování se od něj očekává a jaké ne. Tato pravidla je třeba neustále připomínat a opakovat, jelikož na ně děti zapomínají. Dítě s ADHD se v neustálých změnách necítí jistě a bezpečně, proto je důležité dodržovat pravidelný denní řád (tamtéž, 2010).
- **Dobré vztahy s vrstevníky** – Každé dítě by mělo vědět, že do třídy patří. Jak jsme dříve zmiňovali, děti s ADHD nebývají oblíbené u svých vrstevníků. Jsou netrpělivé, neumí počkat, až na ně přijde řada, skáčou do řeči, předbíhají se a další. Tuto situaci nevyřešíme tak, že dítě vyloučíme ze hry nebo ho budeme neustále napomínat. Takové dítě potřebuje podporu dospělého, aby se zklidnilo a bylo přijímáno ostatními (Pokorná, 2001).
- **Odměna či trest?** - Učíme se pracovat spíše s odměňováním a pochvalami než s tresty (Jucovičová, Žáčková, 2010).

3.4.2 Intervence v rodině

Rodina je v životě dítěte významným výchovným činitelem a představuje soubor složitých sociálních vztahů. Vše, co na dítě působí, tak ovlivňuje jeho rozvoj (morálka rodiny, zvyky, zájmy atd.). Dunovský (1999 in Šmelová, 2004, str. 87) definuje rodinu „*jako malou primární společenskou skupinu, založenou na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a dětí nebo vztahu jej substituujícím (osvojení), na společné domácnosti, jejíž členové plní společensky určené a uznané role vyplývající ze soužití, a na souhrnu funkcí, jež podmiňují existenci tohoto společenství a dávají mu vlastní význam ve vztahu k jedincům i k celé společnosti*“. Rodina je nezastupitelnou součástí při socializaci dítěte. Její zázemí a výchovný styl je velice důležitý pro další život dítěte (Šmelová, 2004). Dítě s ADHD je mnohem více závislé na pevném rodinném zázemí a potřebuje mít jistotu, že je milováno a že láska k němu pramení z láskyplného vztahu mezi rodiči (Serfontein, 1999).

Myslíme si, že nejen ve škole, ale také v rodině by se měly dodržovat určité zásady výchovného vedení, které jsou:

- **Úzká spolupráce mezi rodiči a školou** – Důležitá je spolupráce rodiny a školy a vzájemná komunikace. Vytvoření kvalitního pracovního vztahu (Jucovičová, Žáčková, 2010).
- **ADHD není nemoc, ale vzorec problémů chování** – Snažíme se akceptovat problém a postupně ho překonávat (Pokorná, 2001).
- **Netrestáme dítě za to, co neumí nebo co neudělalo vědomě** – Děti s ADHD jsou málo empatické a nedokáží pohotově rozlišit, co je dobré a co je špatné. Vždy je dobré se ptát dítěte, co si myslelo, co si řeklo, jak tuto situaci vidělo (tamtéž, 2001).
- **Sjednotit výchovné přístupy** – Zásadní je sjednotit výchovné působení v rodině. Oba rodiče by se měli dohodnout na přesných pravidlech výchovy a požadavcích na dítě. Totéž platí i pro ostatní členy rodiny, kteří na dítě působí. Důležité je také sjednotit přístup rodiny a školy (Jucovičová, Žáčková, 2010).
- **Vytvořit klidné, láskyplné rodinné prostředí** – Dát dítěti najevo, že v rodičích bude mít vždy oporu, rodina mu poskytne zázemí, bezpečí, jistotu. Dá mu najevo lásku. Pro dítě je důležitý pocit sounáležitosti. Láska a klid v rodině tvoří základ pro další výchovné postupy. Požadavky na dítě musí být přiměřené a pro dítě zvládnutelné. Dítě by mělo zažívat atmosféru, kdy je pozitivně přijímáno takové, jaké je (tamtéž, 2010).
- **Důležité jsou vztahy mezi sourozenci** – Dítě s ADHD zasahuje do celé dynamiky vztahů v rodině. Důležité pro vytvoření dobrých vztahů v rodině je, aby rodiče neporovnávali děti mezi sebou. Měly by se klást přiměřené nároky jak na zdravého sourozence, tak i na dítě s ADHD (Pokorná, 2001).

Goetz, Uhlíková (2009) ve své knize uvádějí terapeutický program „8 kroků k lepšímu chování“, jehož autorem je psycholog Russell Barkley. Program je určen pro děti od 2 do 13 let a vychází z Barkleyho dlouholeté praxe jako odborníka na ADHD. Léčba má být individuální a přizpůsobovat se konkrétním podmínkám dítěte a celé rodiny. Důležitou podmínkou pro zvládnutí dítěte je odhodlání změnit i své

vlastní chování. Jednotlivé kroky tohoto programu na sebe navazují, proto je nutné dodržovat jejich pořadí a následující krok začínat až po zvládnutí toho předchozího.

„8 kroků k lepšímu chování“ (více v Goetz, Uhlíková, 2009):

1. krok: Naučte se věnovat dítěti pozitivní pozornost
2. krok: Věnujte dítěti pozornost a využijte ji pro získání jeho spolupráce
3. krok: Dávejte účinnější pokyny a příkazy
4. krok: Učte dítě nepřerušovat vaši práci
5. krok: Založte si domácí žetonový nebo bodový systém
6. krok: Naučte se trestat nevhodné chování způsobem, který dítě motivuje ke změně
7. krok: Použijte pauzu (time-out)
8. krok: Naučte se dítě zvládat na veřejných místech

3.5 Osobnost pedagoga

*„Došel jsem k děsivému závěru,
že rozhodujícím prvkem ve třídě jsem já.
Atmosféru vytvářím svým osobitým přístupem
a pohodu svou každodenní náladou.*

*Jako učitel mám obrovskou moc
vnášet do života dětí déšť i slunce.
Umím být nástrojem trýznění,
ale i zdrojem inspirace.
Umím pokořovat i ustupovat,
zraňovat i uzdravovat.*

*Jen na mně pokaždé záleží,
zda se krize vystupňuje, nebo zažehná,
a zda se dítě polidští, nebo odlidští“.*

Haim Ginnot

(in Riefová, 1999, str. 117, Převzato z knihy Haim Ginnot: *Teacher and Child*. New York, Macmillan, 1972, str. 15)

Učitel mateřské školy ve své práci realizuje spoustu rozmanitých činností, a to ve složité síti sociálních vztahů, které se vzájemně ovlivňují (Gillernová in Mertin, Gillernová, 2003).

Učitel je modelem a jeho chování se odráží v chování dětí. Učitelka by měla rozvíjet dítě ve všech jeho stránkách osobnosti. Cvičit jeho schopnosti, dovednosti. Rozvíjet kreativitu dítěte, jeho zájmy a nadání. Dále také rozvíjet kompetence nezbytné pro orientaci v prostředí. Učit děti řešit životní situace. Úkolem učitelů je u dětí rozvíjet zdravé sebevědomí a sebedůvěru. Pro předškolního pedagoga jsou důležité požadavky, jako jsou tvořivost, autentičnost, zodpovědnost a všestrannost. Učitel musí být také trpělivý, flexibilní, odpovědný a empatický (Šmelová, 2006).

U dětí s ADHD musí učitel vynaložit mnohem více času, energie a úsilí na to, aby těmto dětem opravdu naslouchal, povzbuzoval je a přizpůsoboval se jejich potřebám. Učitelé by měli mít možnost dále se vzdělávat v oblasti problematiky syndromu ADHD a díky tomu lépe pochopit projevy těchto dětí. Tím si také snáze zachováme trpělivost, smysl pro humor a schopnost se pozitivně s chováním dítěte vypořádat (Riefová, 1999).

Povinnosti předškolního pedagoga jsou také uvedené v Rámcovém vzdělávacím programu (Příloha č. 2).

3.6 Metody terapie dětí s ADHD

Cílem těchto terapií je zajištění odpovídajícího vývoje v oblasti učení a chování. Důležitá je spolupráce co nejvíce odborníků z různých oborů a vhodně zvolená metoda (Serfontein, 1999).

Behaviorální terapie (výchovná)

Touto terapií se snažíme u dětí získat pozitivní vzorce chování a nahradit je za dřívější negativní sklony. Každé chování vyvolává v ostatních lidech reakci, proto si nejprve dítě s ADHD musí uvědomit následky, které jeho chování následuje. Tuto terapii doprovází systém odměn. Terapeut musí být trpělivý, jelikož jeho snaha nemusí často dlouho přinášet výsledky (Serfontein, 1999).

Jucovičová, Žáčková (2010) tuto terapii nazývají ***Kognitivně behaviorální terapie*** (KBT). Tato terapie učí děti přijatelnému chování pomocí různých technik,

jako jsou například modelové situace či hraní rolí. Terapie je zaměřena jak na děti s ADHD, tak na rodiče a učitele.

Terapeut tedy pracuje s konkrétními situacemi, se kterými se může dítě potkat a dítě se je snaží pochopit a učí řešit. Stejně jako behaviorální terapie zmírňuje projevy nežádoucího chování, tak se osvědčily v této oblasti dvě techniky – Analýza ABC a pozitivní podpora. **Analýza ABC** se skládá ze zkratk: A – antecedent events (předcházející události), B – behaviour (chování), C – consequent response (následná odpověď). Terapie je zaměřena na předcházející a následující události, které vedly k nežádoucímu chování. Změnou událostí můžeme snížit výskyt tohoto chování. Nežádoucí chování se projevuje například na konkrétních místech (doma, v obchodě) nebo v určitém čase (před večeří, před spaním). Zaznamenáváme si události, které předcházely nežádoucímu chování či jej následovaly, a tím pomůžeme terapeutovi pochopit situaci. Rodiče si tímto způsobem také uvědomují vlastní reakce na chování dítěte. Druhou, již dříve zmíněnou technikou, je **pozitivní posilování**. Pokud po správném chování následuje odměna, tak se bude opakovat. Na každé dítě platí jiné odměny, a proto musí rodiče vymyslet takovou odměnu, která dítě bude motivovat. Aby byla odměna účinná, musí následovat hned. Rodiče by měli vymyslet velké množství odměn, jelikož odměny ztrácejí po určité době význam. Metody, které s touto technikou souvisejí, jsou tresty a „oddechový čas“. Tresty by se měly využívat jen velmi zřídka a v přiměřené míře. „Oddechový čas“ spočívá v tom, že dítě odvedeme z prostředí, ve kterém se projevilo nežádoucí chování, do prostředí, které bude pro něj nezajímavé, ale bezpečné. Musíme určit dobu, po kterou dítě v tomto prostředí zůstane. Pokud se nežádoucí chování objeví znovu, technika se opakuje stejným způsobem. Prostor i doba oddechu musí být přiměřené věku dítěte (Munden, Arcelus, 2002).

Rodinná terapie

Rodinní terapeuti považují problém ADHD za záležitost celé rodiny. Tato terapie se soustřeďuje na zlepšení komunikace a porozumění mezi členy rodiny. Metoda je vhodná v rodinách, kde je špatná komunikace, nebo vztahy mezi jednotlivými příslušníky rodiny jsou napjaté či se rozpadají (tamtéž, 2002).

Pracovní terapie

Děti s ADHD mají problémy s pohybovou koordinací, která zahrnuje hrubou

motoriku, jemnou motoriku i senzomotorickou koordinaci oko – ruka, oko – noha. Dětem s poruchou koordinace poskytují péči hlavně fyzioterapeuti a ergoterapeuti. S těmito odborníky děti provádějí cvičení na rozvoj nedostatečně vyvinutých funkcí. K procvičování hrubé motoriky se využívá například trampolína a velké míče. K rozvoji jemné motoriky může dítě navlékat korálky, cvičit zasouvání předmětů. Koordinace ruka – oko se pak nacvičuje třeba při chytání míče. Činností na rozvoj pohybové koordinace je spousta. Dítě obvykle chodí na terapii do odborného pracoviště dvanáct dní (Serfontein, 1999).

Farmakoterapie

Někteří autoři považují farmakoterapii za nejúčinnější léčbu, jiní zase farmakoterapii odmítají. Také se uvádí, že u 20 – 30% dětí tato terapie nezabírá. Každá profese (lékař, psycholog, speciální pedagog) považuje za efektivní jiné metody a postupy (Jucovičová, Žáčková, 2010). Paclt (2007 in Jucovičová, Žáčková, 2010) uvádí, že medikace se rozlišuje podle jednotlivých typů ADHD. Uvádí také nutnost komplexního posouzení dítěte, aby byla medikace správně zvolena.

Doporučuje se léčba medikamenty, které jsou dexamphetamin (Dexadrin), methylphenidate (Ritalin). Tyto léky děti s ADHD zklidní. Děti léčené medikamenty reagují mnohem lépe na ostatní druhy terapie. Mohou se objevit také vedlejší účinky (ztráta chuti k jídlu, nespavost, počáteční únava, bolesti hlavy a další), které jsou krátkodobé a po několika dnech vymizí (Serfontein, 1999).

Relaxační techniky

Děti s ADHD potřebují díky své zvýšené unavitelnosti relaxovat častěji (v průběhu dne, odpoledních hodinách i během vyučování). Relaxační techniky přispívají k tlumení zvýšené aktivity (uvolňovací a odpočinková relaxační cvičení), působí na zmírnění unavitelnosti (relaxačně aktivační techniky), zlepšení koncentrace pozornosti a ovlivnění úrovně myšlení a paměti (relaxační, dechová, ale i jógová koncentrační cvičení). Tato cvičení mohou mít také dobrý vliv na komunikaci a poruchy řeči, při kterých jsou doporučována dechová cvičení a zpěv. Dalšími projevy, kterými trpí děti s ADHD, jsou poruchy motorické koordinace, motorická neobratnost, efektivita či agresivita, sklon k úzkostnému prožívání a další. Na všechny tyto projevy mají relaxační techniky velice dobrý vliv. Celkově tedy u dětí s ADHD relaxace přispívá k jejich zklidnění, zlepšení výkonnosti, sebeovládání

a sebekontroly. Do relaxačních technik tedy spadají **relaxační cvičení** (tzv. Jacobsonova progresivní svalová relaxace – fyziologická, aktivní relaxace, relaxační spirála, rytmická relaxace – psychofyzická relaxace, pasivní relaxace – fyziologická, ve dvojicích, Schultzův autogenní trénink – psychofyzická relaxace), **dechová cvičení** (zadržení dechu, střídání nádechu a výdechu, dechová pauza atd.), **jógová cvičení** (relaxační pozice těla, oční relaxace atd.), **hudební relaxace** (poslech relaxační hudby v relaxačních pozicích). Některým dětem může trvat dlouhou dobu, než se naučí uvolnit. Proto musíme mít velkou trpělivost a nesmíme se nechat odradit neúspěchy (Jucovičová, Žáčková, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumné šetření dítěte s hyperkinetickým syndromem

Na základě tohoto výzkumného šetření jsme měli možnost blíže se seznámit se syndromem ADHD. Setkávali jsme se v průběhu šetření s mnoha dětmi s tímto syndromem, avšak každé z nich mělo zcela jiné projevy. Pro tuto kazuistickou studii jsme si zvolili pětiletého chlapce Pavla, kterému byl diagnostikován hyperkinetický syndrom ve věku dvou let a deseti měsíců. Pavel má velmi ochotné rodiče, kteří s námi spolupracovali a otevřeně nám odpovídali na veškeré otázky. Tímto způsobem nám sdělili svůj příběh, ve kterém hraje velkou roli i starší bratr Pavla, který má také diagnostikovaný hyperkinetický syndrom. Výzkumné šetření probíhalo jak v domácím prostředí, tak i v prostředí mateřské školy. Na základě ochrany osobních údajů jsme v práci pozměnili jména všech členů rodiny.

4.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo nahlédnout do života dětí s hyperkinetickým syndromem. Pozorovat jejich chování a projevy jak v domácím prostředí, tak i v prostředí mateřské školy. Zjistit, jak tyto děti vnímá nejen jejich rodina, ale také okolí, ve kterém žijí. Seznámit se s možnými metodami či přístupy, které působí na zmírnění projevů ADHD, popřípadě jejich odstranění. A tímto si tak prohloubit informace o dané problematice.

4.2 Metody výzkumu

Při výzkumném šetření jsme zvolili formu kvalitativního výzkumu. K závěru jsme došli pomocí metod analýzy odborné literatury, analýzy lékařských dokumentů, analýzy produktů činnosti, analýzy kazuistické studie, metodou rozhovoru a pozorování. Všechny metody jsme měli předem promyšlené a připravené. Vše jsme si průběžně zaznamenávali.

Analýza odborné literatury – prostudování literárních zdrojů nám pomohlo zejména při vypracovávání teoretické části bakalářské práce a při hlubším pochopení problému hyperkinetického syndromu.

Analýza lékařských dokumentů – bylo nám umožněno nahlédnout do zpráv z psychologického a logopedického vyšetření, ty nám poskytly informace zejména pro vypracování osobní anamnézy dítěte a o jeho celkovém zdravotním stavu.

Analýza produktů činnosti – z Pavlových výrobků jsme mohli posuzovat úroveň jeho jemné motoriky, grafomotoriky a kresby. Porovnáním těchto výrobků jsme viděli výrazné zlepšení ve všech ohledech.

Analýza kazuistické studie – tato metoda tvořila základ pro vypracování praktické části bakalářské práce.

Přímé pozorování – pozorování bylo extrospektivní, dlouhodobé, cílevědomé a plánovité. S pozorováním jsme začali již v roce 2010, kdy jsme se s chlapcem seznámili při vykonávání praxe. Pozorování probíhalo v prostředí mateřské školy, ale také doma, kde je dítě v přirozeném prostředí. Mohli jsme při metodě pozorovat změny, které během této doby nastaly.

Metoda rozhovoru – tato metoda pro nás byla hlavním východiskem pro vypracování kazuistické studie. Rozhovory byly nestrukturované, s předem připravenými okruhy otázek. Rozhovor probíhal s rodiči, dítětem a paní učitelkou. Všechny otázky jsme si zaznamenávali do předem připravených záznamových archů. Otázky nebyly povinné, pokud někdo nechtěl odpovídat, nemusel. Rozhovor s rodiči probíhal nejprve v prostředí mateřské školy a poté u nich doma. Měli jsme možnost mluvit s rodiči zvlášť i dohromady. Rodiče byli příjemní a odpovídali spontánně na všechny naše otázky. Vedli jsme také rozhovor s dítětem. Pavel byl velmi výřečný a přátelský. Na otázky jsme se ho ptali v průběhu hry. Mohli jsme zjistit vztahy v rodině z pohledu dítěte. Při rozhovoru s Pavlovou učitelkou jsme se dozvěděli spoustu cenných rad. Odpovídala nenucenně na všechny naše otázky.

4.3 Kazuistická studie

Osobní anamnéza

Jméno: Pavel A.

Rok narození: 2005

Bydliště: Opava

Diagnóza: Opožděný vývoj řeči, dysfázie

Hyperkinetický syndrom F 90.9

Narozen jako třetí dítě. Matka měla spontánní porod v termínu. Pavel se narodil s nízkou porodní váhou 2750g a měřil 48 cm. Po celou dobu těhotenství si rodiče mysleli, že se jim narodí holčička, jelikož na 3D sonu, které matka podstoupila, se právě toto pohlaví ukázalo. Že budou mít chlapečka, zjistili až při porodu. Pohlaví však nijak neovlivnilo vztah rodičů k dítěti. Jelikož měli doktoři podezření na fyzický handicap, byla matka poslána na amniocentézu do Ostravy. Amniocentéza je jednoduše řečeno odběr plodové vody. Tato vyšetřovací metoda slouží k odhalení některých závažných vrozených vad plodu u těhotné ženy. Provádí se tehdy, kdy se může ještě těhotenství ze zákona přerušit, tudíž do 24. týdne těhotenství, a tím zabránit narození postiženého dítěte. K tomuto zákroku však může dojít jen na přání těhotné ženy. Naštěstí se podezření doktorů nepotvrdilo a Pavlík se narodil bez fyzického handicapu. Jak se říká, miminka většinu dne (20 hodin) prospí a jen 4 hodiny jsou vzhůru. U Pavlíka to bylo přesně naopak. Byl neustále neklidný a velmi uplakaný. Matka ho pořád nosila všude s sebou. Toto období bylo pro matku hodně vyčerpávající. Pavlík byl kojen do čtvrtého měsíce. Trpěl opakovanými záněty středouší. Od třetího měsíce do dvou let měl zánět i desetkrát. Po očkování dítěte se záněty již neopakovaly. Do dvou let byl také sledován alergologickou ambulancí pro recidivující bronchitidu. S dítětem rodiče docházeli pravidelně na kontroly k alergologovi. V nynější době se tyto problémy již nevyskytují. Pavel měl opožděný vývoj řeči. Rozmluvil se až ve chvíli, kdy docházel pravidelně k logopedovi (3-4 roky). První jednoduché věty začal tvořit až ve věku pěti let.

Díky své neklidnosti byl Pavel poslán na vyšetření k neurologovi. Chlapec byl na psychologickém vyšetření ve věku 2 roky a 10 měsíců, kdy mu byl diagnostikován hyperkinetický syndrom. V roce 2008 bylo dítě na doporučení pediatra a neurologa přijato do dětského centra z důvodů hyperaktivních projevů a horší zvladatelnosti v domácím prostředí. Pavlík měl nespočet úrazů z nepozornosti (pokousaný koněm, odřeniny, rozbitou hlavu a další). Také se vůbec ničeho nebál, proto například skočil ze stolu. Jistě víme, že děti s ADHD nepřemýšlejí nad tím, než něco udělají, ale prostě to udělají. Tak to také je u Pavla.

Z rozhovoru s rodiči již víme, že pro ně situace, kdy zjistili, že jejich dítě má hyperkinetický syndrom, nebyla až tak překvapující. Hyperkinetický syndrom má i matčin nejstarší syn z prvního manželství. Jelikož znali projevy hyperaktivity, tušili, co bude následovat. Při otázce, do jaké míry vás doktoři informovali o této problematice, otec odpověděl, že jejich neurolog jim dal spoustu letáků vztahujících

se k problému a také jim doporučil literaturu, ve které by mohli najít spoustu cenných rad. Jak všichni víme, každé dítě se syndromem ADHD má jiné projevy. Proto ne vždy literatura může pomoci vyřešit situaci, avšak čím více znalostí budeme mít, tím to pro nás bude jednodušší a jsou zde větší předpoklady situaci zvládnout.

V dnešní době bychom mohli říci, že u Pavlíka došlo ke zlepšení ve všech oblastech. Pavel nosil ještě donedávna (v pěti letech) dudlík. Rodiče i učitelky se ho to pokoušeli odnaučit a dlouhou dobu se jim to nedařilo. Bez dudlíku byl uplakaný a rodiče to nemohli vydržet, proto mu dudlík vždy dali zpátky. V této chvíli již dudlík nepotřebuje. Jedna z věcí, se kterou má ještě problémy, je noční pomočování. Rodiče mají podezření, zda nemá nemocné ledviny. Pavel se za to velmi stydí. Z matčina vyprávění víme, že vždy když přišla návštěva a Pavlík měl u postele plínky, hned je schovával, aby to nikdo nevěděl. Dokonce se i sám v noci chtěl převléct. Plínky dostával jen v době, kdy se pomočil i třikrát za noc. Dnes již plínky nenosí, avšak občas se ještě pomočí. Pavlík je velmi mazlivý a dokáže dát najevo svou lásku k rodičům.

Rodinná anamnéza

Matka: Kateřina A.

Rok narození: 1976

Bydliště: Opava

Povolání: pracuje v továrně, vystudovaná prodavačka

Otec: Jakub A.

Bydliště: Opava, pochází ze Slovenska

Povolání: kovář – pracuje ve stejné továrně jako manželka, jen má jinou funkci

Rodina se skládá z pěti členů, přičemž má Pavlík dva starší sourozence z prvního manželství matky. Prvním je nejstarší syn Radek B., narozen v roce 2001 (10 let), který má také diagnostikovaný hyperkinetický syndrom. Prostřední dítě je holčička se jménem Jana B., narozena v roce 2004 (7 let).

Rodina bydlí v panelovém bytě v části Opavy. Tato část je celkem klidná a má kolem sebe pěkné prostředí. Mají to blízko jak do mateřské školy, tak do základní

školy, které navštěvují jejich děti. Bydlí v bytě 3+1. Kluci mají pokoj spolu a Janička má pokoj sama. Rodiče to tak chtěli proto, aby byla holčička sama a měla svoje soukromí. Byt mají velmi pěkně vybavený a děti vyrůstají v čistém a hygienickém prostředí. Prostory bytu jsou velké, a tak mají děti spoustu místa na hru. Také mají doma psa, kterého rodiče pořídili dětem, když se narodil Pavlík. Jednou z nevýhod tohoto bytu jsou sousedé. Každé dítě je hlučné, když si hraje. V tomto případě tu máme však tři děti a z toho jsou dva chlapci hyperaktivní. Umíme si představit reakce sousedů. Děti běhají po bytě a dupou. Tato věc sousedy znepokojuje. Domníváme se však, že by sousedé měli pochopit situaci rodičů, kteří to v této situaci nemají vůbec lehké. Často potom rodiče slychávají, jak mají nevychované děti.

Stručná charakteristika Radka

Pavlův bratr Radek má také diagnostikovaný hyperkinetický syndrom. V prvním těhotenství matka nepocítovala žádné větší problémy. Snažila se dodržovat správnou životosprávu a také měsíc před termínem porodu přestala chodit do práce. Porod byl spontánní v termínu. Při porodu byl Radek přidušený pupeční šňůrou. Jinak se žádné větší komplikace nevyskytovaly. Z rozhovoru s matkou víme, že Radek byl na rozdíl od Pavla velice hodné miminko. Většinu času prospal a skoro vůbec nebrečel. Hyperkinetický syndrom mu byl diagnostikován kolem dvou let (přesný věk si matka nevybavila). Radek, stejně jako jeho mladší bratr Pavel, navštěvoval dětské centrum. Chodil tam však jen rok a potom ho rodiče dali do běžné mateřské školy. Před nástupem na základní školu rodiče řešili problém tiků, které se začaly u Radka projevovat. Tiky si natáčeli na videokameru, aby je poté mohli ukázat pediatrovi. Tiky se objevovaly v podobě záškubů hlavy. Dítě bylo posláno na vyšetření mozku. Radek měl velmi rychlé myšlenkové pochody a nestíhal tak například formulovat větu. Mluvil obzvláště rychlým tempem. Po užití léků předepsaných pediatrem se tiky ve velmi krátké době přestaly projevovat. Nezná se přesná příčina, mohlo to být snad nervozitou před nástupem na základní školu. Přístup učitelů na základní škole byl vždy dobrý. K Radkovi se chovají podle jeho individuálních potřeb. Nechají ho třeba projít po třídě. Radek má výborný prospěch. Do učení se mu sice nechce, ale rodiče na něj dohlížejí. S nástupem do třetí třídy přišla také nová paní učitelka. Radek nikdy nenosil domů poznámky, ale v této třídě začal. Poznámky byly typu: neustále se vrtí, nedává pozor a další. Matka musela

vysvětlit nové učitelce situaci a požádala ji, aby si přečetla Radkovy lékařské zprávy, a podle doporučení pak k dítěti přistupovala. Od té doby už žádnou poznámku nedonesl.

Při práci s hyperaktivními dětmi můžeme využít rad, které nám pomohou udržet pozornost dítěte (Příloha č. 3), a také nápadů, jak pomoci rozptýleným žákům (Příloha č. 4). Tyto rady využije zejména učitelka na základní škole, ale mohou se jimi nechat inspirovat také rodiče či učitelky mateřských škol.

V dnešní době tedy Radek chodí do základní školy, kde se mu daří dobře. Do školy dochází sám. Má kamarády, se kterými chodí ven. Rodiče Radka nechávají samotného běhat venku, i když nesmí chodit daleko. Navštěvoval spoustu kroužků. Jednu dobu chodil do malířského kroužku. Umí pěkně malovat, ale tento kroužek ho nebavil. Dále hrál také florbal. Teď chodí pravidelně na fotbal, který ho zatím baví.

Vztahy mezi sourozenci jsou dobré. Někdy se navzájem škádlí, což je však v každém sourozeneckém vztahu. Pavlova a Radkova sestra začala chodit do mateřské školy už ve dvou a půl letech. Dnes navštěvuje první třídu základní školy. Je velice upovídaná. Více si rozumí se starším bratrem, jelikož je Pavlík ještě trochu dětinský.

Mohli bychom porovnat oba hyperaktivní chlapce. Radek byl a je klidnější než Pavel. Jak však podotkl otec: „ Každé období dítěte má jiné projevy“. U Radka jsou projevy hyperaktivity trochu jiné než u Pavla. Čím je starší, tím je klidnější a projevy ustupují. Oba mají společný psychomotorický neklid. Neustále se vrtí, nedovedou sedět v klidu na místě, musí něco dělat s rukama a další podobné projevy. Chlapci potřebují neustále zaměstnávat nějakou činností, aby se nenudili a neměli čas na lumpárny.

Děti si hrají spolu i samostatně. Pavlovou nejoblíbenější hračkou je počítač. Z rozhovoru s rodiči víme, že by u něho dokázal sedět i deset hodin. To však rodiče nepovolují. Dříve nechtěl Pavlík na počítač nikoho pustit, teď se děti střídají. Když už má povolený počítač, hraje si na něm hry, jako například obléká lidi či se stará o zahrádku. V těchto hrách se mohou děti ledacos naučit. Nemá dovolené hry, kde se střelí. U jiných činností nevydrží tak dlouhou dobu. Když chtějí mít rodiče klid, tak ho prostě posadí k počítači. Neustále vše komentuje a vyžaduje také po rodičích vzájemnou komunikaci. Rodiče tak mluví a mluví a mluví. Tímto sice Pavlíka

motivují k činnosti, ale jsou pak značně vyčerpaní. Velmi důležité je Pavla chválit, i když úkol není správně (Pavlíku, je to dobré, jsi šikovný a příště to bude ještě lepší). Podpořit ho, a tím ho také motivovat k další činnosti.

Děti musí chodit spát po večerníčku. Oba kluci někdy vstávají velmi brzo. Někdy už v půl páté. Radek si vezme nějakou hračku a sám se zabaví. To však Pavel neumí, proto své sourozence budí. Když rodiče chodí s dětmi ven, musí Pavla dobře motivovat, jelikož se mu nechce. Na pokyny reaguje Pavel někdy dobře, někdy zase hůř. Neustále mu musí rodiče vysvětlovat, proč se to nesmí, proč se tak nemá chovat. Otec pochází ze Slovenska, tudíž mluví slovensky. Děti mu dobře rozumí. Občas řeknou nějaké slovenské slovíčko. Pokud se s dětmi učí otec, tak se snaží mluvit česky.

Rodinu bychom hodnotili pozitivně. Rodiče působí milým a přátelským dojmem. Snaží se zabezpečit všechny funkce a vytvářet optimální podmínky pro vývoj dětí. Po finanční stránce na tom rodina není nejlépe, a tak se rodiče v práci střídají po směnách. Víkendy tráví všichni společně. Rodiče mají jasně stanovená pravidla výchovy dětí. Před dětmi se nehádají a svoje problémy řeší v soukromí. V pozici autority je zde otec, který je na děti přísnější. Rodiče se snaží, aby děti měly nějaký denní režim. Děti mají také své povinnosti, které zahrnují úklid pokoje a starání se o psa. Rodiče představují demokratickou výchovu a snaží se být pro děti dobrým vzorem.

Výchovná anamnéza

Pavel byl z důvodů hyperkinetických projevů na doporučení pediatra a neurologa vřazen do dětského centra v Opavě. Centrum navštěvuje od roku 2008. Toto centrum zajišťuje komplexní systém zdravotnických, sociálních a pedagogicko – psychologických služeb rodičům a dětem se speciálními výchovně – vzdělávacími potřebami, kteří sem přicházejí na doporučení pediatra, neurologa či ortopeda. Rodiče Pavla měli zkušenosti s centrem již dříve, jelikož zde docházel i jejich prvorozený syn.

Při nástupu do mateřské školy byl Pavel velice uzavřený a uplakaný. Postupem času si začal zvykat na kolektiv dětí. Nejprve si hrál sám a postupně se zapojoval do hry s dětmi. Pavel je velice komunikativní a rád se baví se svými kamarády. Z toho vyplývá, že vztah s vrstevníky má dobrý. Dokáže se celkem rychle

adaptovat na nové prostředí. Z rozhovoru s Pavlíkem víme, že má také oblíbené dva kamarády, se kterými si rád hraje či povídá.

Každé ráno, když přijdou děti do školy, následuje nějaká grafická činnost. Pokud je Pavel dobře naladěný, činnost začne dělat bez připomínek. Někdy musí paní učitelka Pavla velmi dobře motivovat, jinak se mu do činnosti nechce. Z rozhovoru s učitelkou víme, že jeho grafický projev je dobrý a úchop tužky správný. Tato činnost sice nepatří mezi jeho oblíbené, ale své povinnosti dokáže plnit, pokud je dobře motivován. Nejraději má Pavlík konstruktivní hry, lego či stavebnice. K jeho oblíbeným činnostem, jak zmínila paní učitelka, také patří puzzle. To, co Pavel neumí, ho nebaví. Z toho vyplývá, že učitelka musí nejprve Pavla k činnosti vést a naučit ho a potom se může stát tato činnost jeho oblíbenou. Důležitý je i individuální přístup, který si Pavlík vyžaduje. Jednu dobu Pavel nechtěl pracovat s vodovými barvami. Vadilo mu, že bude od barev špinavý. Jelikož Pavel strašně rád mluví, tak mu nedělá problémy například popisovat obrázek. Všechny tyto činnosti vykonává úspěšně, pokud se neobjeví nějaké dítě nebo činnost, která zaujme jeho pozornost. Z psychologického vyšetření vyplývá, že jeho pozornost je krátkodobá, má povrchnější koncentraci se zvýšenou unavitelností v zátěži. Zadané úkoly plní ochotně, avšak někdy méně pohotově porozumí instrukci. Pavel sice není stydlivý vůči lidem, ale když má vystupovat před kamarády, například zpívat či říkat nějakou básničku, tak se stydí. Pavlovi vyhovuje střídání činností, jelikož u jedné vydrží maximálně 10 minut. Nejlépe když se střídají s pohybem, aby se udržela jeho pozornost. Dělá velice rád na děti grimasy, aby se mu smály. V tom případě buď učitelka změni činnost, nebo posadí Pavla ke stolu. Záleží na situaci a chování ostatních dětí. Pokud musí sedět Pavlík u stolu, vnímá to dost negativně. Jeho chování se tak uklidní, ale jen na krátkou dobu. Jak jsme již zmiňovali, velice důležitá je motivace a klidné prostředí pro práci. Paní učitelka také využívá behaviorální terapii, kterou jsme zmiňovali již dříve. Abychom si ji trochu připomněli. Je to výchovná metoda, při které se snažíme u dětí získat pozitivní vzorce chování a nahradit jimi dřívější negativní sklony. Učitelka se snaží, aby si děti uvědomily následky svého chování, a musí být velice trpělivá, jelikož výsledek nemusí přijít hned. Po této terapii následuje systém odměn, který je zejména pro Pavla velice motivující. Neustále se musí činnosti komentovat. Jelikož zvládá všechny činnosti téměř bez problémů, mohli bychom usoudit, že u něj převažuje spíše hyperaktivita a impulzivita. Při odpoledním odpočinku je Pavel vždy už

unavený, a tak usne. Někdy má dokonce problémy vstát z postele.

Pavlík také v dětském centru navštěvuje spoustu terapií. Jelikož měl diagnostikovaný opožděný vývoj řeči a dysfázií, dochází dvakrát týdně k logopedovi. Ve větách začal mluvit ve třech letech. Srozumitelnost byla problematická. Dále navštěvuje hipoterapii jednou týdně, hydroterapii jednou týdně, canisterapii jednou za měsíc a masáže. Všechny tyto terapie má rád, možná také proto, že v nich převažuje individuální přístup. Terapeuté se mohou věnovat jen jednomu dítěti, a to je v Pavlově případě výhodné. Neustále potřebuje činnosti komentovat. Mezi jeho nejoblíbenější patří hydroterapie. I když jsou činnosti dlouhé a vyžadují klid delší dobu, je Pavel schopný udržet svou pozornost, možná proto, že jsou pro něj tak zajímavé. Dále také paní učitelka s dětmi chodí do snoezelenu (při snoezel terapii se využívá různých masáží, muzikoterapie, aromaterapie, jsou tam také přístroje pro zrakovou stimulaci, to vše napomáhá k vytvoření příjemné atmosféry plné pohody, místnost tak utváří vhodné podmínky pro individuální práci s dítětem, dítě je tak pozornější a lépe se soustředí na práci), 13. komnaty či prenatální místnosti. Z rozhovoru s učitelkou jsme se dozvěděli možnou metodu, která pozitivně ovlivňuje Pavlovo chování. Pobyt v prenatální místnosti. V této místnosti je vodní postel a různá světla. Může se tam také pustit relaxační hudba. Nejlepší je, když se tam chodí v malém počtu. Učitelka při práci s Pavlem zvolila jako činnost například čtení pohádky. Pavlík se v této místnosti uvolní, nic ho neruší a plně se soustředí jen na pohádku. Je obdivuhodné, že hyperaktivní dítě při nějaké činnosti vydrží déle než 15 minut, což učitelka zvolenou činností dokázala.

Pobyt v tomto zařízení tedy hodnotíme velmi kladně. Abychom to tedy shrnuli. Pavlík je samostatný a všechny činnosti zvládá dobře, i když někdy je potřeba větší vytrvalosti učitelky. Vyžaduje individuální přístup. Má také vypracovaný individuální plán (Příloha č. 5). Individuální plán dítěte je však z našeho pohledu příliš obsáhlý. Již z jeho názvu je zřejmé, že má vycházet z individuality dítěte, a myslíme si, že by měl Pavlův individuální plán obsahovat spíše méně činností, na které by se učitelky více soustředily. V zařízení se mu líbí a má tam kamarády. Je společenský a celkem hodně výřečný. Až na srozumitelnost řeči nemá problém s komunikací. Do mateřské školy pro něj chodí buď oba rodiče, nebo se střídají podle toho, kdo má čas. Spolupráce rodičů s dětským centrem je dobrá, a když je nějaký problém, snaží se ho společně s paní učitelkou vyřešit. Rodiče se také zúčastňují společenských aktivit, které dětské centrum pořádá. Je tedy

vidět velký zájem rodičů o své dítě. Z rozhovoru s otcem jsme se také dozvěděli, že rodiče chtějí dát Pavla před vstupem do základní školy na rok do běžné mateřské školy, aby se adaptoval na nové prostředí, a také na větší kolektiv dětí. Má všechny předpoklady k tomu, aby se mu v budoucím životě dařilo dobře.

Hodnocení dítěte

Hrubá motorika

Běhá jistě, chodí sám, do schodů i ze schodů střídá nohy. Je velmi živý a temperamentní chlapec. Kopne do míče, hází a chytá míč. Zapojuje se do ranního cvičení v mateřské škole a napodobuje správně všechny cviky. Jezdí na kole. Skočí snožmo a přeskočí provázek nízko nad zemí. Zvládne chůzi po čáře. Pohyb má velice rád a je pro něj vhodnou činností k uvolnění a k navození záměrné pozornosti pro další práci. Má předpoklady pro jakýkoliv sport. Vše zvládá samostatně.

Jemná motorika

Navléká korálky i jiné drobné předměty. Nemá problém s jemnou motorikou. Skládá puzzle a skládačky, které ho baví, pokud to umí. Když si neví rady, požádá paní učitelku. Pracuje s plastelínou a dokáže vymodelovat hada či kuličku. Má rád práci se štetcem. Úchop je již správně zafixován mezi třemi prsty, není nutná korekce pomocí trojhránku. Ruku má uvolněnou a tlak na tužku je přiměřený. Zpočátku kreslil na větší plochy, dnes na A4. Při práci v nácvičku jemné motoriky se využívá třídění fazolí dvou barev. Pavlovi nedělá problém ani grafomotorika. Rád plní připravené grafomotorické cviky, pokud je dobře motivován a následuje odměna.

Vývoj řeči

Pavlík má velkou slovní zásobu, kterou v plné míře využívá. Mluvidla jsou však neobratná, hovoří tichým hlasem a málo artikuluje, což negativně ovlivňuje srozumitelnost řeči. Kvůli dysfázii dochází k logopedovi. Je velice výřečný a komunikativní. Můžeme porovnat jeho zlepšení podle logopedického vyšetření z roku 2009:

Závěr vyšetření – opožděný vývoj řeči s projevy vývojové dysfázie doprovázené sníženou pojmovou vybaveností, omezená slovní zásoba, špatná výslovnost hlásek

s nepříznivým dopadem do srozumitelnosti projevu, nerovnoměrné vyžívání percepčních funkcí, povolený retní uzávěr, neobratná motorika mluvidel.

Rozvoj smyslů a hry

Má rád pohybové hry a zapojuje se aktivně do všech činností, které dříve jen pozoroval zpozvdálí. Dokáže si hrát samostatně i ve společnosti ostatních dětí. Přebývá napodobivá, asociativní hra. Výchovné či rozumové činnosti je nutné propojit pohybovou aktivitou. Svou pozornost nechává lehce strhnout jinými živějšími dětmi či činnostmi. Pokud ho činnost dostatečně zaujme, pracuje ve větším klidu a soustředění.

Sociální chování

Do mateřské školy chodí velmi rád. Jak jsme již zmiňovali, má kamarády a je společenský. Má také snahu pomáhat jak dětem, tak paní učitelce. Na okolí reaguje velmi impulzivně, i když ví, že jeho jednání okolí ovlivňuje. Dříve šel bez přemýšlení za cizím člověkem, dnes se jeho chování zlepšilo. Před lidmi se nestydí, pokud nemusí vystupovat před kolektivem.

Návyky a sebeobsluha

S dodržováním hygieny nemá problém. Zajde si sám na toaletu, čistí si zuby, češe si vlasy. Při těchto činnostech se na Pavla musí dohlížet, jelikož jeho pozornost lehce zaujme například umyvadlo plné vody, se kterou si pak hraje. Při oblékání je samostatný a má snahu si své věci skládat.

4.4 Závěr výzkumného šetření

Snažili jsme se hlouběji proniknout do problematiky hyperkinetického syndromu. Každé dítě plně vnímá své okolí bez výjimky dětí s ADHD. Prostředí, ve kterém žije, ovlivňuje jeho vývoj jak pozitivně, tak bohužel i negativně. Velkou úlohu má zde rodina, které by měla dítě podporovat a rozvíjet ho po všech jeho stránkách, ale také mateřská škola. I když tyto děti mohou vzít rodičům spoustu energie a jejich výchova není jednoduchá, měli bychom je brát takové, jaké jsou.

S rozhovoru s rodiči jsme se dozvěděli nejvíce informací, které pro nás byly velice důležité. Ze závěru výzkumu vyplývá, že přístup odborníků, kterými byli oba jejich synové šetřeni, byl velice dobrý. Že jejich syn trpí hyperkinetickým syndromem, jim bylo sděleno vždy šetrným způsobem. Odborník, kterého navštěvovali, jim podal všechny potřebné informace, a také jim poskytl spoustu letáků a literatury, které rodiče mohli využít k doplnění znalostí o tomto syndromu. Rodiče jsou velmi aktivní a snaží se svým dětem poskytnout vše, co potřebují. Svou situaci zvládají dobře, i když jsou někdy dny, které je velmi vyčerpávají. Rodiče se dětem v rámci svých možností plně věnují. Bohužel nemají možnost se stýkat s širší rodinou, díky složité rodinné situaci. Rodiče si zakládají na tom, aby z jejich dětí v budoucnu něco bylo. Aby měly vzdělání a dokázaly se o sebe postarat. V tomto případě si myslíme, že by neměl být problém, jelikož mají děti dobré předpoklady žít plnohodnotný život. Rodina má mezi sebou velice dobré vztahy. Rodiče se snaží jít svým dětem příkladem.

Závěr

Dříve se o syndromu ADHD nemluvalo tak často a spousta lidí ani nevěděla, co to znamená. Od některých můžeme dokonce slyšet, že v porovnání se svým dítětem byli možná také hyperaktivní, ale ještě se to v té době neřešilo. Každý, kdo byl nepozorný, hyperaktivní či reagoval příliš impulzivně, byl považován za zlobivé nebo neposlušné dítě a často následně potrestán. Nikoho nezajímalo, proč se tyto projevy chování objevují v tak velké míře.

Každý si ve svém okolí povšimne dítěte, které má odlišné chování od ostatních. V první řadě jsou to právě rodiče, kteří si odlišnosti svého dítěte všimnou, avšak mnohdy se to snaží přehlížet. Čím dříve se však obrátí na odbornou pomoc, tím to bude lepší pro ně i jejich děti. V dnešní době se situace hyperkinetického syndromu zlepšila, a s ní se zlepšil také přístup k těmto dětem. Jelikož děti s ADHD mají jiné projevy chování než ostatní děti, potřebují i jiný přístup jak rodičů, tak okolí. Velice důležitý je pro rodiče, ale také pro dítě nástup do mateřské školy. Je to etapa v životě dítěte, kdy se začne stýkat s vrstevníky, musí přijmout další autoritu, učí se osamostatňovat a rozvíjet ve všech směrech. Myslíme si, že v dnešní době mají rodiče na výběr z různých běžných či speciálních mateřských škol, které zajišťují kvalitní péči. Tyto mateřské školy se snaží uspokojovat všechny individuální potřeby dětí, v plné míře je rozvíjet a děti připravit do dalšího života. Důležitá je i spolupráce rodiny a školy, kdy si vzájemně doplňují a obohacují výchovu dětí.

V první kapitole jsme se snažili získat náhled do problematiky hyperkinetického syndromu. Vysvětlili jsme si zde terminologickou nejednotnost, se kterou se i v dnešní době můžeme setkat. Dále jsme nastínili možné příčiny vzniku a projevy chování dětí. K hlavním projevům, což je porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita, se také přidružují další problémy, které mohou zkomplikovat situaci. Ve druhé kapitole jsme vymezili poruchy, které se dají zaměnit se syndromem ADHD. Společně s třetí kapitolou jsme se dostali k vývoji dítěte v předškolním věku, možnostem intervence v rodině i škole a samozřejmě také zmínili osobnost pedagoga. V předškolním období je pedagog významnou součástí života dítěte, a proto by měl splňovat ty nejlepší předpoklady pro tuto práci. Také jsme popsali metody, kterými je možno snížit či v lepším případě odstranit projevy tohoto syndromu. Ve čtvrté kapitole, a také poslední, která pro nás byla nejvýznamnější,

jsme prováděli výzkum, který byl zaměřený na rodinu a dítě s ADHD. Výsledky jsme zpracovali do kazuistické studie. Z rozhovoru s rodiči víme, že důsledným a láskyplným přístupem se dá dosáhnout u dětí dobrých výsledků. I když nebyl v rodině každý den ideální, i přesto jsou šťastní a milují své děti takové, jaké jsou, bez ohledu na jejich chyby.

Seznam literatury:

- ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. Nakladatelství Karolinum, Praha. 2002, ISBN 80-7184-880-8.
- DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. *Hyperkinetická porucha*. Praha: Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-419-5
- GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén, 2009, ISBN 978-80-7262-630-4.
- HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-888-0.
- JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Metody práce s dětmi s LMD – především pro učitele a vychovatele*. Praha, 1999, nakladatelství D&H.
- JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Havlíčkův Brod: Grada publishing, a.s, 2010, ISBN 978-80-247-2697-7.
- KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení a chování - sborník 1996*. Praha: Portál, 1997, ISSN 1211-670X.
- LECHTA, V. *Základy inkluzní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010, ISBN 987-80-7367-679-7.
- MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I. (eds.) *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-799-X.
- *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize: Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80-85121-44-1.
- MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-625-X.
- PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1426-4.
- POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-570-9.

- RIEFOVÁ, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-287-4.
- SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-315-3.
- ŠMELOVÁ, E. *Mateřská škola - Teorie a praxe I*. Olomouc: UP v Olomouci, PdF, 2004, ISBN 80-244-0945-8.
- ŠMELOVÁ, E. *Mateřská škola a její učitelé v podmínkách společenských změn-teorie a praxe II*. Olomouc: UP, 2006, ISBN 80-244-1373-6.
- TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-503-2.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-800-7.

Další použité zdroje:

- **Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání**. Dostupný na: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_PV-2004.pdf
- <http://www.psychoporadna.cz/cz/clanky/predskolni-obdobi/72.html>
- **Zákon 561/ 2004 Sb.**, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Dostupný na: www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon

Seznam příloh:

- **Příloha č. 1** – Diagnostická kritéria podle Světové zdravotnické organizace MKN-10 a Diagnostická kritéria podle Americké psychiatrické asociace DSM-IV
- **Příloha č. 2** – Povinnosti předškolního pedagoga
- **Příloha č. 3** – Rady, jak upoutat pozornost žáků/děti
- **Příloha č. 4** – Nápad, jak pomoci rozptýleným žákům/dětem
- **Příloha č. 5** – Individuální vzdělávací plán dítěte s ADHD (Pavel)
- **Příloha č. 6** – Příklad z psychologického vyšetření chlapce s ADHD

Příloha č. 1

Munden, Arcelus (2002, str. 16 – 18)

Diagnostická kritéria jsou následující:

MKN-10: Hyperkinetická porucha

Nepozornost

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

1. často se mu nedaří pozorně 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 schopno uspořádat si úkoly a činnosti
6. často se vyhýbá úkolům, například domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí
7. často ztrácí věci potřebné pro vykonávání určitých úkolů nebo činností, například školní pomůcky, pera, knížky, hračky nebo nástroje
8. často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty
9. často je při běžných denních činnostech zapomětlivý.

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

A. Buď 1., nebo 2.:

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

Nepozornost

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

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

Hyperaktivita

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

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

Impulzivita

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

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

Hyperaktivita

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

Impulzivita

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

Příloha č. 2

Povinnosti předškolního pedagoga

(Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání)

Předškolní pedagog odpovídá za to, že:

- školní (třídní) vzdělávací program, který zpracovává, je v souladu s požadavky RVP PV
- program pedagogických činností je cílevědomý a je plánován
- je pravidelně sledován průběh předškolního vzdělávání a hodnoceny jeho podmínky i výsledky

Předškolní pedagog by měl vykonávat tyto odborné činnosti:

- analyzovat věkové a individuální potřeby dětí a v rozsahu těchto potřeb zajišťovat profesionální péči o děti, jejich výchovu i vzdělávání
- realizovat individuální i skupinové vzdělávací činnosti směřující cílevědomě k rozvoji dětí, rozšiřování jejich kompetencí (schopností, dovedností, poznatků, postojů)
- samostatně projektovat výchovné a vzdělávací činnosti, provádět je, hledat vhodné strategie a metody pro individualizované a skupinové vzdělávání dětí
- využívat oborových metodik a uplatňovat didaktické prvky odpovídající věku a individualitě dětí
- projektovat (plánovat) a provádět individuální výchovně vzdělávací činnosti s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami
- provádět evaluační činnosti – sledovat a posuzovat účinnost vzdělávacího programu, kontrolovat a hodnotit výsledky své práce, sledovat a hodnotit individuální pokroky dětí v jejich rozvoji a učení, monitorovat, kontrolovat a hodnotit podmínky, v nichž se vzdělávání uskutečňuje
- výsledky evaluace samostatně uplatňovat v projektování (plánování) i v procesu vzdělávání
- provádět poradenské činnosti pro rodiče ve věcech výchovy a vzdělávání jejich dětí v rozsahu odpovídajícím pedagogickým kompetencím předškolního pedagoga a mateřské školy
- analyzovat vlastní vzdělávací potřeby a naplňovat je sebevzdělávacími činnostmi
- evidovat názory, přání a potřeby partnerů ve vzdělávání (rodičů, spolupracovníků, základní školy, obce) a na získané podněty reagovat

Předškolní pedagog má vést vzdělávání tak, aby:

- se děti cítily v pohodě (po stránce fyzické, psychické i sociální)
- se děti rozvíjely v souladu se svými schopnostmi a možnostmi a současně byl podněcován jejich harmonický rozvoj
- děti měly dostatek podnětů k učení a radost z něho
- bylo posilováno sebevědomí dětí a jejich důvěra ve vlastní schopnosti
- děti měly možnost vytvářet a rozvíjet vzájemné vztahy a cítit se ve skupině bezpečně
- byl dostatečně podporován a stimulován rozvoj jejich řeči a jazyka
- se děti seznamovaly se vším, co je pro jejich život a každodenní činnost důležité
- děti mohly pochopit, že mohou prostřednictvím vlastních aktivit ovlivňovat své okolí
- děti obdržely speciální podporu a pomoc, pokud ji dlouhodobě či akutně potřebují

Ve vztahu k rodičům má předškolní pedagog:

- usilovat o vytváření partnerských vztahů mezi školou a rodiči
- umožňovat rodičům přístup za svým dítětem do třídy a účastnit se jeho činností
- umožňovat rodičům účastnit se na tvorbě programu školy i na jeho hodnocení
- vést s rodiči dítěte průběžný dialog o dítěti, jeho prospívání, rozvoji a učení

Příloha č. 3

Riefová(2007)

Rady, jak upoutat pozornost žáků/děti:

- Dávejte žákům/dětem nejrůznější signály (zhasněte světla; zablikejte; zazvoňte na zvonek; zvedněte ruku na znamení, aby děti také zvedly ruku a utišily se; zahrajte nějaký takt na piano nebo kytaru atd.).
- Měňte hlas: střidejte hlasité mluvení s mluvením klidným nebo šeptáním. Zkuste nejprve udělit hlasitý pokyn: „Pozor! Připravit! Stát!“, vzápětí na několik vteřin ztichnout a potom dále udělovat pokyny normálním hlasem.
- Navazujte se žáky/děti oční kontakt. Jestliže k žákům/dětem promlouváte, zejména při udělování pokynů, měli byste k nim stát čelem. Někdy žáci/děti pracují ve skupinkách u několika lavic, které jsou seskupené tak, aby vytvořily jednu velkou pracovní plochu. Pro žáky/děti, kteří sedí u těchto seskupených lavic zády k vám a nevidí na vás, si musíte vymyslet nějaký signál, na který si tyto žáci obrátí židle a posadí se k vám čelem.
- Vytvořte ve třídě atmosféru vzrušení a očekávání následující hodiny (či dokonce nadšení).
- Vyvolávejte mezi žáky/děti diskusi a zájem o učební látku, proto jim položte na úvod hodiny nějakou zajímavou otázku, na kterou se budou snažit hledat odpověď.
- Občas zkuste předstírat „hloupost“ a využít svého hereckého nadání. Někdy v upoutání pozornosti žáků pomůže například bláznivý klobouk nebo neobvyklá hudba.
- Pracujte s různými záhadami. Přineste do třídy v krabici, tašce nebo povlaku na polštář nějaký předmět vztahující se k dané látce. Je to výborný způsob, jak u žáků/děti vyvolat dohady, které mohou vést k vynikající diskusi nebo slohovému cvičení.
- Než budete udělovat další pokyny, zajistěte si ve třídě ticho.

Příloha č. 4

Riefová (2007)

Nápady, jak pomoci rozptýleným žákům/dětem:

- Posad'te si žáka/dítě co nejbliže k sobě.
- Neustále se snažte s žákem/dítětem navazovat přímý oční kontakt.
- Odstraňte žákovi/dítěti z lavice a z rukou všechny předměty, které by mohly rušit jeho pozornost.
- Zajistěte, aby žák/dítě sedělo mezi pozornými, dobře soustředěnými dětmi.
- Využívejte fyzický kontakt (např. žákovi/dítěti zlehka položte ruku na rameno nebo záda).
- Využívejte pozitivního zpevnění a postupů či stimulů pro usměrnění chování (např. udělujte skupinám u jednotlivých lavic body za pozornost a vzorné plnění úkolu; využívejte individuální tabulky, smlouvy a karty, kam můžete zapisovat získané body, své iniciály či nalepovat nálepky atd.).
- Pokud žák/dítě dává pozor, pochvalte ho: „Líbí se mi, jak Adam sedí rovně a sleduje tabuli (poslouchá pohádku).“
- Abyste rozptýlenému žákovi/dítěti pomohli zaměřit pozornost, používejte osobně domluvené signály a připomínky, které jste si se žákem/dítětem dohodli předem. Příklady: Když si učitel ukáže na oči, znamená to „podívej se“. Jestliže ukáže na ucho, znamená to „poslouchej“. Když si učitel ukáže/poklepe na bradu, znamená to „dívej se mi do obličeje a dávej pozor“.

Příloha č. 5

Individuální vzdělávací plán

Školní rok 2010 – 2011

Jméno: Pavel A.

Datum narození: 2005

Bydliště: Opava

Vzdělávací program: Školní vzdělávací program mateřská škola

Personální zajištění: třídní učitelka

školní logoped

Zařazené terapie: Logopedická intervence

Hipoterapie – dle možnosti zařízení

Canisterapie

Specifické vzdělávací cíle v jednotlivých oblastech:

Rozvoj koncentrace, jemné motoriky, koordinace pohybů, grafomotorika

- Pozvolné prodlužování doby koncentrace na činnost
- Rozvoj automatizace rytmických pohybů ruky (vybarvování)
- Posilování a pohybová koordinace prstů (modelování, stříhání, třídění korálek...)
- Vyvození správného úchopu kreslicího náčiní (solení, drobení, uždibování hlíny...)
- Koordinace ruky a oka (vizuomotorika)
- Rozvoj koordinace pohybů celého těla (chůze ze schodů a do schodů, poskoky...)

Rozvoj hrubé motoriky

- Podporovat spontánní pohybovou aktivitu
- Rozvíjet a upevňovat základní pohybové dovednosti (běh, chůze, skok, lezení, házení, chytání, chůze po schodech..)
- Koordinovat lokomoci a další pohyby, sladit pohyb s rytmem a hudbou
- Naučit se zvládat chůzi se správným držením těla a využíváním doprovodných pohybů paží v pravidelném tempu kroků

- Naučit se samostatně přelézat, prolézat a podlézat několik za sebou stojících různě vysokých překážek
- Procvičovat manipulaci s míčem, házení a chytání míče po odrazu od země, koulení míče
- Zvládnout plazení po břiše i na zádech pod nízkou překážkou
- Procvičovat kotoul vpřed, válení sudů, jízdu na kole, jízdu na koloběžce

Podpora verbálního vyjadřování

- Aktivně používat slovní zásobu v odpovídajícím významu (bezprostřední pojmenování vnímaných předmětů a jevů)
- Snažit se správně dýchat při zpěvu i řeči
- Umět srozumitelně vyjádřit žádost či přání
- Rozvíjet souvislé vyjadřování metodou rozhovoru
- Výrazně přednášet říkadla při hrách a volných situacích

Rozvíjení poznání

- Upevňování základních údajů o sobě a o rodině, zjišťování dalších údajů o vlastní rodině
- Poznávání částí lidského těla, oblečení
- Poznávání a správné pojmenování barev základního spektra
- Návuk rozlišování vlastností – co je sladké, slané, teplé, studené, těžké, lehké, měkké, tvrdé
- Procvičování dovednosti určovat vzájemnou polohu předmětů dle velikosti, barev, tvarů, počtu
- Upevňování znalosti základních geometrických tvarů
- Seznamování s číselnou řadou 1 – 10
- Získávání základní orientace v čase, poznávání denní doby, vyjmenování dnů v týdnu a ročních období

Rozvoj sebeobsluhy, sociální integrace

- Upevňování samostatnosti v oblékání, hygienických návycích a jídle
- Dosáhnout uvědomování si důležitosti hygienických návyků, rozlišovat, co prospívá zdraví

- Rozvoj spolupráce s ostatními dětmi v kolektivu
- Znalost základních pravidel slušného chování a jejich každodenní aplikace (pozdravení, poděkování, omluva, požádání, prosba..)

Logopedická intervence

- Motorika mluvních orgánů – aktivní cvičení motoriky rtů a jazyka
- Dechová cvičení – posilování nosního dýchání
- Návzik a rozvíjení fonemické diferenciacie – fonemické vnímání, analýza
- Artikulační cvičení – přípravné cviky na artikulaci jednotlivých hlásek
- Rozvoj slovní zásoby – zvyšovat pasivní a aktivní slovní zásobu, podporovat tvorbu gramaticky správných vět
- Rozvoj komunikace – rozvíjet rozmanitost forem, zvyšovat počet projevů

Organizace péče:

Výchovná a vzdělávací činnost je organizována formou individuálních a skupinových aktivit, přičemž individuální aktivity jsou upřednostňovány a realizovány podle možnosti a konstalace dané skupiny dětí.

Evaluace:

- Průběžně
- 2 x ročně v hodnocení výchovně vzdělávací činnosti dítěte v MŠ

Spolupráce s rodinou:

Výchovná a vzdělávací činnost organizovaná v mateřské škole by měla mít svou návaznost také v prostředí domova. Jedná se zejména o fixování správné výslovnosti, rozvíjení slovní zásoby, opakování naučených básniček a písniček a dohlížení na samostatnost v sebeobsluze i v hygienických návycích.

Každé další speciální úkoly pro rodiče budou konzultovány při osobních setkáních s třídní učitelkou a dalšími odbornými pracovníky.

Příloha č. 6

Příklad z psychologického vyšetření chlapce s ADHD

Věk: 6 let

Diagnóza chlapce: Hyperkinetický syndrom

Dyslexie, dysgrafie

Na psychologickém vyšetření měl chlapec (budeme mu říkat Honza) zadané dva úkoly. Při prvním úkolu měl poskládat obrázek stojícího koně. Celý obrázek poskládal dobře až na nohy koně, které dal do vodorovné polohy. Když se ho psycholožka ptala, proč mu nohy dal do této polohy (správně měl kůň stát), Honza jí odpověděl, že jeho kůň je najezený, a tak odpočívá. V tomto případě to nemohla brát psycholožka jako chybu, jelikož to Honzík dle svého logicky odůvodnil.

Druhý úkol byl podobný. Honza měl poskládat situaci, ve které hasičské auto přijíždělo k požáru. Opět si to však postavil podle sebe. Na obrázku auto poskládal tak, že už ze situace odjíždělo. Opět to však dokázal odůvodnit tím, že jeho hasičské auto už požár uhasilo, a tak jede domů.

Tímto bychom chtěli poukázat na to, že tyto děti jsou často svým okolím díky poruchám pozornosti, hyperaktivitou či svou impulzivitou vnímány jako „hloupé“ a „zlobivé“, přitom mohou být velmi inteligentní, jen nemají příležitost to prokázat.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hana Bartošová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Život dítěte s ADHD
Název v angličtině:	Life of a child with ADHD
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na problematiku syndromu ADHD. Je zde vymezen pojem ADHD jak v minulosti, tak v současnosti. Zabýváme se příčinami a projevy tohoto syndromu, které mají vliv na další život dítěte. Také se zde blíže seznámíme s možnými přístupy a metodami, které na děti působí. Máme možnost nahlédnout do rodiny s hyperaktivním dítětem a pozorovat jeho projevy, jak v rodinném prostředí, tak v prostředí mateřské školy.
Klíčová slova:	ADHD, vývoj předškolního dítěte, intervence, osobnost pedagoga, metody, diferenciální diagnostika
Anotace v angličtině:	The thesis is focused on the issue of the ADHD syndrome. There is a definition of ADHD as in the past and the present. We deal with the causes and manifestations of this syndrome, which affect the life of another child. There is also more familiar with the possible approaches and methods that operate on children. We have insight into a family with a hyperactive child and watch his speeches, as in a family atmosphere and environment in the nursery.
Klíčová slova v angličtině:	ADHD preschool child development, intervention, teacher personality, methods, differential diagnosis

Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1- Diagnostická kritéria podle Světové zdravotnické organizace MKN-10 a Diagnostická kritéria podle Americké psychiatrické asociace DSM-IV Příloha č. 2- Povinnosti předškolního pedagoga Příloha č. 3- Individuální vzdělávací plán dítěte s ADHD
Rozsah práce:	49
Jazyk práce:	Čeština