

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2012

Zuzana Trhlínová

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské kombinované studium

2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zuzana Trhlínová

Syndrom ADHD/ADD a faktory podílející se na jeho vzniku

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:

PaedDr. Vlasta Vaněčková

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined (Part-Time) Studies

2010 – 2012

DIPLOMA THESIS

Zuzana Trhlínová

The ADHD/ADD Syndrome and Factors Involved in its Origin

Prague 2012

The master thesis work supervisor:

PaedDr. Vlasta Vaněčková

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Zuzana Trhlínová

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat své vedoucí diplomové práce PaedDr. Vlastě Vaněčkové za odborné rady, vstřícnost, za věnovaný čas při zpracování této práce.

Anotace

Diplomová práce na téma Syndrom ADHD/ADD a faktory podílející se na jeho vzniku se v teoretické části zaměřuje na obecný teoretický výklad syndromu ADHD/ADD, na jeho projevy, komorbiditu, jednotlivé teorie, modely, přístupy, příčiny vzniku, diagnostický a léčebný postup.

Praktická část obsahuje šetření pomocí dotazníku, zaměřený na rodiče, především na matky dětí s ADHD/ADD, na zjišťování faktorů, které se vyskytovaly v období prenatálním, perinatálním, postnatálním. Součástí práce je popis metodiky sběru dat, analýza a interpretace dat a ověření stanovených výzkumných hypotéz.

Klíčové pojmy

ADHD/ADD, vznik, faktor, genetika, prenatální období, perinatální období, postnatální období

Annotation

The thesis deals with the topic of ADHD/ADD Syndrome and factors involved in its origin and in the theoretical section, it focuses on general theoretical interpretation of ADHD/ADD Syndrome, on its symptoms, comorbidity, particular theories, models, approaches, causes of origin, diagnostic process and treatment.

The practical section contains the survey by a questionnaire and this was focused on parents, especially on mothers of children suffering from ADHD/ADD Syndrome, on the detection of factors that occurred in the prenatal, perinatal, postnatal period. A part of the thesis is description of the procedure of data gathering, analysis, data interpretation and the verification of research hypotheses.

Key words

ADHD/ADD, origin, factor, genetics, prenatal period, perinatal period, postnatal period

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. PROBLEMATIKA ADHD/ADD	11
1.1 VYMEZENÍ POJMU.....	11
1.2 Z POHLEDU HISTORIE	13
1.3 PROJEVY - PŘÍZNAKY	16
1.4 KOMORBIDITA	19
2. VZNIK SYNDROMU ADHD/ADD	21
2.1 TEORIE, MODELY, PŘÍSTUPY V KONTEXTU SYNDROMU ADHD/ADD.....	21
2.2 GENETICKÉ PŘÍČINY	24
2.3 NEGENETICKÉ PŘÍČINY	27
3. DIAGNOSTIKA SYNDROMU ADHD/ADD	32
3.1 POSTUP STANOVENÍ DIAGNÓZY	32
3.2 KLASIFIKAČNÍ SYSTÉMY	35
3.3 DIAGNÓZA DOSPĚLÝCH S ADHD/ADD	37
4. LÉČEBNÉ POSTUPY SYNDROMU ADHD/ADD	39
4.1 FARMAKOTERAPIE	39
4.2 PSYCHOTERAPIE	44
PRAKTICKÁ ČÁST	49
5. CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	49
5.1 CÍL PRÁCE & HYPOTÉZA	49
5.2 METODIKA PRÁCE.....	49
5.3 HARMONOGRAM POSTUPU.....	50
5.4 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	52
6. ANALÝZA DAT	53
6.1 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	53
6.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	70
6.3 DÍLČÍ ZÁVĚRY	76
ZÁVĚR	79
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	87
SEZNAM PŘÍLOH	89

ÚVOD

Syndrom ADHD/ADD je neurovývojová porucha. Základními příznaky jsou porucha pozornosti, impulzivita, hyperaktivita. Mohou se projevovat jednotlivě, ale i smíšeně. Etiologie ADHD/ADD patří do oblasti málo objasněné. Stále jsou bez jednoznačného názoru na příčinu vzniku. Existuje velmi mnoho etiologických faktorů v oblasti genetiky, biologie, rodiny, školy, společnosti, které působí ve vzájemné interakci. Odborná veřejnost rozděluje faktory vzniku na vnitřní a vnější. Vnitřní faktory jsou genetické faktory. Mají největší podíl na vzniku poruchy. Vnější faktory jsou faktory objevující se v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Stále se také objevují i neznámé příčiny vzniku. Ovšem jsou i takové faktory, které mají velký podíl na vznik poruchy a lze jim předejít. Přes poměrně velkou mediální kampaň zaměřenou na prevenci, na negativní faktory a následky kouření, alkoholu se stále objevují ženy – matky, kterým jsou tato varování lhostejná.

Předmětem diplomové práce bylo zmapování negativních faktorů, které se objevují a zároveň mají vliv na vznik ADHD/ADD. Syndrom ADHD/ADD je velmi zatěžující především pro rodinu dítěte s ADHD/ADD, ale také pro dítě samotné. Při projevech se stává neoblíbeným, se špatným prospěchem, nepochopeným a mnohdy neúspěšným v celém jeho životě. Nebezpečím zde je, že 75 % příznaků přechází do adolescence a návazně 50 % do dospělosti. Z čehož vyplývá, že ADHD/ADD je zatěžující i pro společnost. Jednak z ekonomického hlediska, ale také z hlediska časté inklinace jedince k delikventnímu chování a k sociálně patologickým jevům.

Téma bylo zvoleno pro jeho aktuálnost, pro nutnost poukazovat na stále se vyskytující negativní faktory.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na odborné a teoretické osvětlení problematiky ADHD/ADD. Rozdělena je do čtyř okruhů.

První okruh je zaměřen na vymezení pojmu, pohled z hlediska historického vývoje, příznaky a projevy provázející poruchu od prenatálního období až po dospělost a na komorbiditu.

Druhý okruh je zaměřený na vznik ADHD/ADD. Poukazuje na vnitřní (genetické) faktory a vnější (prenatální, perinatální a postnatální) faktory podílející se na vzniku poruchy. Uvádí jednotlivé modely, teorie, přístupy ukazující možnosti k objasnění příčin vzniku syndromu ADHD/ADD. Výčet jednotlivých negativních, rizikových faktorů vedoucí k pozdějším projevům poruchy.

Třetí okruh je zaměřený na diagnostický postup, pohled na jednotlivé testy, metody vedoucí ke zjištění a potvrzení správné diagnózy u dětí a dospělých. Vymezení klasifikačních systémů, a to Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace, v České republice známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, její poslední desátá revize (MKN-10) a Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (DSM-IV).

Čtvrtý okruh je zaměřený na léčbu ADHD/ADD, na farmakoterapii, psychoterapii, výchovná a režimová opatření. Uvedeny jsou jednotlivé léky, které se nejčastěji užívají při léčbě ADHD/ADD, a to stimulancia, antidepresiva, antihypertenziva, neuroleptika (antipsychotika), non-stimulans a zároveň nejčastěji užívané psychoterapeutické způsoby léčby.

Praktická část se zaměřuje na zjišťování negativních faktorů podílejících se na vzniku syndromu ADHD/ADD. Šetření se zaměřuje na matky dětí s ADHD/ADD pomocí kvantitativního výzkumu metodou dotazníku. Součástí praktické části je metodologie práce, harmonogram postupu, charakteristika souboru, analýza, interpretace dat a celkové zhodnocení výsledků.

Přínos diplomové práce pro praxi je spatřován v důsledném zmapování nejvíce se vyskytujících negativních faktorů pro jednotlivá období.

TEORETICKÁ ČÁST

1. PROBLEMATIKA ADHD/ADD

1.1 Vymezení pojmu

Syndrom ADHD/ADD je „*psychiatrická diagnóza, která se vztahuje na děti (a dospělé) s vážnými sociálními a kognitivními obtížemi*“ (Train, 1997, str.31).

Psychologický slovník termín ADHD/ADD vymezuje jako vývojovou poruchu. Přesněji termín ADD jako vývojovou poruchu pozornosti bez projevů hyperaktivity (ADDnoH), popisující projevy chování. Termín ADHD jako vývojovou poruchu pozornosti s hyperaktivitou, která ale popisuje příčinu poruchy (Hartl, Hartlová, 2004).

ADHD je anglická zkratka názvu attention deficit hyperaktivity disorder tedy porucha pozornosti s hyperaktivitou. Děti s tímto syndromem jsou již na první pohled zcela rozdílné než jejich vrstevníci. ADD je zkratka pro attention deficit disorder, nebo-li pro poruchu pozornosti, zde ve větší míře bez hyperaktivity. Děti se syndromem ADD nejsou okamžitě nápadné, nezlobí ani nevyrušují při výuce, někdy bývají přehlédnuty pedagogem i přesto, že se dítěti zhoršuje prospěch.

Školský zákon č.561/2004 Sb., § 16 ze dne 24. září 2004 tyto poruchy vymezuje jako vývojové poruchy chování a řadí je do kategorie zdravotního postižení. Zákon na tyto poruchy poukazuje právem na vzdělávání, na obsah, formy a metody, které musí odpovídat jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. Speciální vzdělávací potřeby upravuje Vyhláška č. 147 ze dne 25. května 2011, kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Pro edukaci jsou zřizovány dyslektické a vyrovnávací školy se speciálním režimem. Při maximálním počtu dvanácti žáků ve třídě

může být realizován individuální přístup. Vyhláška Ministerstva školství ČR (čj. 23 472/9291) povoluje odlišnou klasifikaci (Riefová, 2007).

Termíny ADHD a ADD se používají jako synonyma. Vztahují se k velmi podobnému onemocnění, ale ve skutečnosti jde o dvě různá onemocnění. Mluvíme-li o nemoci, musíme mít stále na mysli, že nejde o klasické onemocnění, které lze vyléčit. Syndrom ADHD/ADD není nemoc, ale vývojová porucha. Dítě se syndromem ADHD/ADD lze léčit. Správným přístupem lze přispět ke zmírnění příznaků, předcházení konfliktům, zabezpečení prožití kvalitního života v době dospívání, v dospělosti. U 30-40% dětí s ADHD/ADD dochází k vymizení příznaků syndromu v pubertálním období. Většina dětí, které se celé dětství potýkaly s problémy v chování, školními neúspěchy, navíc jim zůstala nálepka „grázla“ byly vším negativně ovlivněny. Ovlivněna byla jejich psychika, ale i postoj okolí (Drtílková, Šerý, 2007).

Syndrom u více než poloviny dětí přetrvává i během dospívání až do dospělého věku. Samozřejmě v každém období v jiné podobě (Drtílková, 2007).

K ADHD se vztahují potíže s hyperaktivitou, se soustředěním a impulzivitou. Nedostatky se projevují především v oblasti kognitivních a percepčně-motorických funkcí, také jsou změny v regulaci afektů, emotivity a v sociálním přizpůsobení. U ADD hyperaktivita není, ale ani impulzivita nepatří mezi dominantní projevy. Nedostatky jsou spatřovány především v pozornosti a percepčně-motorických funkcí, velmi příkladnou poruchou je uváděna porucha efektivní distribuce pozornosti při mentální činnosti a především zjevné pomalé tempo (Munden, Arcelus, 2006).

Profesor Michael Gordon kořenem ADHD vidí jako neschopnost zdržet se reakcí na všechno na to, co je pro tu danou situaci nejzajímavější, ale i nejpřitažlivější (in Munden, Arcelus, 2006).

Děti, které trpí syndromem ADHD/ADD mají největší problém ve vytrvalosti pro zadaný úkol, a to výrazněji než jejich intaktní vrstevníci. Problém nevzniká při náhlém vyrušení vnějšími podněty, zde je prehlivost a odvedení pozornosti zcela stejná jako u intaktních spolužáků, ale problémem je, že sníží nebo zhorší výkon dítěte a pozornost je velmi rychle přesměrována k zajímavějšímu podnětu. Musíme tady hovořit o poruše pozornosti, ale i poruše vytrvalosti (Paclt, 2007).

V České republice odhadujeme výskyt syndromu ADHD/ADD až u 20 000 dětí. Některé děti se k lékaři nedostanou. Starší výzkumy poukazují na častější výskyt u chlapců, ale novější výzkumy již hovoří jasně, pokud budeme velmi pečlivě sledovat nepozornost, pak se dívky ve výskytu velmi přibližují (Goetz, Uhlíková, 2009).

Široká odborná veřejnost se shoduje na 3–10 % výskytu převážně u dětí školního věku. Odborná literatura zase nejčastěji uvádí 3-5 %. V celosvětovém měřítku je prevalence ADHD 3-9 % obyvatelstva. Při nástupu do první třídy statistika hyperkinetické poruchy hovoří o 2-10 %. Statistika kritérií DSM IV uvádí až 18 % dětí. Syndrom ADHD se častěji objevuje u chlapců. Porucha pozornosti bez hyperaktivity (ADD) je dominantnější u dívek, protože symptomy ADHD se mnohdy nerozpoznají. Až 75 % příznaků přechází do adolescence a návazně 50 % do dospělosti. Děti s ADHD, které mají větší podíl poruchy pozornosti, je u 25-35 %. Větší podíl hyperaktivity a impulzivity je u 10-20 % dětí. Tzv. smíšený typ ADHD se vyskytuje asi u 50 % dětí. U 60-70 % dětí s ADHD/ADD se objevuje přítomnost další poruchy, a to poruchy školních dovedností, poruchy opozičního vzdoru, poruchy chování, úzkostné poruchy, poruchy nálady, Tourettův syndrom (Goetz, Uhlíková, 2009).

1.2 Z pohledu historie

První zmínky o hyperaktivních dětech můžeme vyhledat již v roce 1830. Odbornou veřejnost problematika začala zajímat ve velkém měřítku až na počátku 20.století (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Není možné říci, kdy tato nemoc vznikla, neboť příznaky syndromu ADHD/ADD existují od zrodu lidstva. Již v krásné literatuře se můžeme setkat s popisem různých typů povah a chování, které bychom dnes mohli diagnostikovat jako syndrom ADHD/ADD.

Před 200 000 lety jedinec se symptomy ADHD mohl být ve značné výhodě a upřednostňován. Nomádský lovec, který zajišťoval potravu po sebe a pro svou rodinu potřeboval okamžitě reagovat, prohledávat své okolí a pronásledovat svou kořist, agrese a impulzivita pro něj byla výhodou (Munden, Arcelus, 2006).

První faktické pojednání o poruchách chování přinesl belgický psychiatr J. Guislain v roce 1838. V Německu H. Hoffmann v roce 1845 popsal jev, který dnes nazýváme hyperkinetický syndrom. První pozornost britských lékařů je datována k roku 1902, kdy lékař G.F. Still sledoval a popsal skupinu dvaceti neklidných dětí, které měly velmi dobrou výchovu a přesto se u nich objevovala neschopnost udržet pozornost, agrese, porušování pravidel, ničení věcí. Tyto projevy spatřoval v organických a vrozených příčinách a zavedl pojem „deficit morální sebekontroly“. V roce 1904 tyto hyperkinetické příznaky popsal v časopise Lancet a poprvé jsou zmíněny přibývajících problémy a frustrace ze strany rodičů. V roce 1908 francouzský psychiatr E. Dupré si všiml pohybové neobratnosti u některých dětí, ale přesto s uspokojujícím nadáním. Ve svých pracích používá termín „motorická debilita“. V roce 1926 německý psychiatr A. Homburger již používá termín „motorický infantilismus“. V roce 1958 Bahwin mění termín na „vývojová neobratnost“ (Černá, 2002).

V roce 1937 Charles Bradley použil na léčbu poruch chování a hyperaktivitu psychostimulační látku – benzendrin (racemická směs dextro- a levoamfetaminu). Léčba byla velmi úspěšná, a tak nastal průlom v předepisování amfetaminu v šedesátých a sedmdesátých letech 20. století, především u pediatrů ve Spojených státech. Evropa se v takové míře o léčbu nezajímala. V roce 1963 tým odborníků v Chicagu pod vedením S. Clementse

uceluje bohatou terminologii a zaměřuje se na přesném vytyčení diagnostických kritérií. Vzniká termín lehká mozková dysfunkce (LMD). V šedesátých letech minulého století v bývalém Československu vzniká termín „lehká dětská encefalopatie“, ale diagnostická kritéria jednotlivých termínů se příliš nelišila. Americký manuál DSM-II z roku 1968 (Diagnostický a statistický manuál, též Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace) používá termín „hyperkinetická reakce v dětství“. V dalším manuálu DSM-III z roku 1980 se již hovoří o „poruše pozornosti“ (ADD), jako o samostatné diagnóze nebo ve spojení s hyperaktivitou a impulzivitou. DSM-IV v roce 1994 přichází s termínem porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou (ADHD). Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace u nás známý pod pojmem Mezinárodní klasifikace nemocí v 9. revizi (MKN-9) z roku 1975 používá termín „psychomotorická instabilita na terénu LMD“. V 10. revizi z roku 1993 přichází s termínem „hyperkinetická porucha“ (Michalová, 2007).

Termín LMD (lehká mozková dysfunkce) byla širšího pojetí. Zahrnovala i takové poruchy, které dnes bereme jako komorbidní. Nedostačujícím pojmem pro vyjádření byl i pohled na příčinu vzniku, a to vznik především při perinatálních komplikacích. Hyperkinetická porucha již dává důraz nejen na perinatální a prenatalní komplikace, ale také již hovoří o etiopatogenetických faktorech. Pro řadu odborníků je předmětem zkoumání a hledání příčin vzniku i molekulární genetika.

Avšak podle Drtílkové ani tento poslední termín není úplně výstižný a přesný, neboť se zcela kříží s neurologickými hyperkinetickými symptomy, označující zcela odlišné klinické symptomy. I přesto, že posledním správným odborným výrazem je „hyperkinetická porucha“ většina odborníků přejímá termín z hovorové psychiatrie, a to termín ADHD (Drtílková, Šerý, 2007).

V České republice profesor Heveroch v roce 1905 poprvé hovoří o dětech, které mají symptomy lehké mozkové dysfunkce, a to ve své práci „Dítě neposedá“. V roce 1949 Mudr. Macek zavedl termín „lehké poškození CNS“. V roce 1961 psychiatr O. Kučera vydává svou monografii „Psychopatologické

projevy při lehkých dětských encefalopatiích“, která byla v tehdejší Evropě průkopnickou prací. Vlivem mezinárodní konference v Oxfordu se od 60. let 20. století užíval jednotný termín lehká mozková dysfunkce (LMD). V dnešní době se od termínu LMD ustoupilo a užívá se termín ADHD/ADD. Změna nastala především v pohledu. Nenahlíží se na mozkové postižení, ale na deficit (Michalová, 2007).

1.3 Projevy - příznaky

Základními příznaky ADHD/ADD jsou porucha pozornosti, impulzivita, hyperaktivita. Mohou se projevovat jednotlivě, ale i smíšeně. Profesor Barkley hovoří ještě o dvou dalších subkategoriích ADHD s agresivitou a bez agresivity a opozičním chování – ODD (Oppositional Deviant Disorders).

Jedinci patří do ohroženější skupiny vzhledem k jejich sklonům k antisociálnímu chování. Pokud vyrůstají v dysfunkční rodině s největší pravděpodobností se jejich projevy budou vyskytovat i v adolescenci a dospělosti. U jedinců s ADD (pouze porucha pozornosti) se impulzivita a hyperaktivita neobjevuje. Obtíže se vyskytují v percepčně-motorických úkolech a především v oblasti pozornosti, ale ne s udržením pozornosti jako u jedinců s ADHD. Obtíže činí v neschopnosti zaměřit svou pozornost na konkrétní činnost, poruchu v navazování sociálních vztahů, pomalost v kognitivních operacích. Jedinci se často propadají do tzv. „denního snění“ (Zelinková, 2003).

U poruchy opozičního vzdoru je nejvýraznějším projevem právě vzdorovitost, a to k autoritám, ale i k rodičům. Časté je promyšlené porušování pravidel, hádavost a podrážděnost. Závažnější jsou projevy u poruchy chování. Tato porucha se vyskytuje později než porucha opozičního vzdoru a zesiluje v adolescenci. Projevuje se především neúctou k pravidlům, majetku, zdraví. Velmi často se objevuje šikanování slabších jedinců, vyvolávání rvaček, ničení věcí svých, ale i cizích, lhaní, toulání, časté jsou také útky z domova. Projevem u úzkostné poruchy jsou pocity napětí, strach, a to při změnách, před

nástupem do školy, nebo odchodu ze školy, rozvod rodičů. Současným projevem bývají i tělesné projevy – bušení srdce, pocení atd. Výrazné je také nižší sebevědomí. Další přidruženou poruchou je porucha nálady, která se projevuje depresemi a bipolární afektivní poruchou. Deprese se projevují především smutnou, plačtivou náladou bez aktivity. Bipolární afektivní porucha se projevuje střídáním nálad špatnou náladou a na druhou stranu až projevy mánie. U tikové poruchy to mohou být tiky, posmrkávání, záškuby tělem. U poruch spánku jsou velmi časté noční děsy, náměsíčnost, mluvení ze spánku (Goetz, Uhlíková, 2009).

Rodiče a učitelé patří do nejužšího okruhu jedinců s ADHD/ADD. Mohou tak velmi objektivně popsat a pozorovat jejich projevy. Již v období těhotenství pozorovali zvýšený neklid svého nenarozeného dítěte. Mezi nejčastější projevy patří *chyby z nepozornosti*, nepřesné nastudování zadání vede k špatným postupům a následně výsledkům. Objevuje se také zapominání háčků a čárek. Dalším připomínaným projevem je *nesoustředěnost a obtíže s návratem k činnosti po vyrušení*. Nelze jednoznačně tvrdit, že děti s ADHD/ADD jsou nesoustředivé a velmi snadno se vyruší. Spousta rodičů uvádí stoprocentní soustředivost při hraní počítačových her jejich dětí, ale při plnění domácích úloh je vše zcela jinak. Dětem s ADHD/ADD se činnosti, které vyžadují pravidelnost, určitou míru odpovědnosti, zcela jistě brzy omrzí. Dojde k uvědomění si zcela jiných podnětů. Doporučuje se, aby tyto děti při zpracování např. domácích úloh měly na stole pouze to nejdůležitější pro práci. Zabráni se tak jejich rozptýlení. *Vyhýbání se domácím úkolům* je dalším projevem. Zde není nic překvapujícího. Děti dopředu ví, že jejich úloha nebude zpracována tak dobře, jako úloha jeho intaktních spolužáků. Velmi výrazným rysem je provádět a upřednostňovat takové aktivity, které přinášejí pozitivum a odměnu velmi brzy, ne-li hned. Pro poruchu soustředění k činnosti vypracovat domácí úlohu nastává velmi brzy odpor (Černá, 1999).

Rodiče si také velmi stěžují na *zhoršený odhad času, ztracení věcí* – děti si velmi často uvědomují a také se tím trápí, že neustále něco ztrácejí.

Přesto nejsou schopné jakkoliv to ovlivnit a předejít tak ztrátám. Rodiče nabývají dojmu, že dítěti je tato situace zcela lhostejná. Nejen rodiče, ale také učitelé hovoří o dalších projevech. Mezi další projevy patří *neposlušnost, obtíže se započítím činnosti, samomluva, neposednost, problémy se zklidněním po hře, divoké vykonávání aktivit, nedočkavost, vykřikování při výuce, zbrkllost, obtíže se zařazením do kolektivu vrstevníků, ukvapenost při navazování a ukončování vztahů, riskantní chování, časté úrazy, urážlivost, snadné nadchnutí se pro cokoli, problémy se spánkem*. V adolescenci a v dospělosti je zcela běžným projevem špatné finanční hospodaření. V důsledku impulzivitu okamžitě nakoupí. Velmi brzy je daná věc omrzí a znovu nepromyšleně nakupují. Ne podle užitečnosti, ale opět podle libivosti (Goetz, Uhlíková, 2009).

Porucha pozornosti se také projevuje tím, že dítě neuváženě a předčasně ukončí svou práci a bez potřeby dodělání od této práce odchází. Právě činnosti, které vyžadují duševní úsilí, vytrvalost, trpělivost, děti předčasně ukončují. Prospěch u dětí s ADHD/ADD je v porovnání s jejich inteligencí spíše horší. Ve svých osobních věcech mají neustálý nepořádek. vést rozhovor je téměř nemožné. V kognitivní oblasti je výrazná distraktibilita, porucha analýzy a syntézy a porucha exekutivních funkcí. Celkově děti s ADHD/ADD působí věkově mladším dojmem. Hyperaktivita se projevuje neustálým neklidem, pohybem. Téměř nemožné jsou situace, které vyžadují vysoký stupeň sebekontroly chování. Jsou hlučné, neustále obtěžují své spolužáky, vyrušují a často bývají neoblíbenými. Prakticky jsou bez kamarádů, a to někdy vede až k agresivitě. Velice běžným znakem je, že jsou nedbalé. Impulzivita se projevuje náhlými, neuváženými úsudky, soudy, rozhodováním, chaotickým jednáním. Častější jsou úrazy, nehody. Diskuse s dětmi je zcela nemožná, neustále řeč přerušují, odpovídají předčasně na otázku, vykřikují při hodině (Drtílková, Šerý, 2007).

Podstatné je, že první projevy je možné zachytit v ranném věku dítěte, obvykle v prvních pěti letech věku dítěte. Neustálý pohyb pro dítě mladší tří

let je zcela přirozený. Po třetím roce již pohybová aktivita stagnuje a celkově se snižuje, avšak u dětí s ADHD nastává zcela jiný průběh. Jsou překročeny meze standardu v komparaci s vrstevníky. V předškolním věku jsou typické symptomy. Ve školním věku se k typickým symptomům přidávají poruchy učení, školní nepřizpůsobivost, nízké sebehodnocení, vznikají i sekundární poruchy, který mají spíše obranný charakter. V dospělosti se může objevit výrazná porucha chování, agresivita, neschopnost organizace i svých potřeb, impulzivita, dispozice k antisociálnímu chování. Dospělý se syndromem ADD má více potíže v kognitivní oblasti. Méně výrazná je agresivita, menší výskyt poruch chování, ale zcela běžně se vyskytuje komorbiditní deprese, úzkost a schizotypální porucha osobnosti (Paclt, 2007).

Ovšem děti s ADHD/ADD nemají pouze negativní vlastnosti. Jsou zcela otevřené, společenské, srdečné, přátelské, upřímné. V interakci s blízkou osobou se zklidňují a chování pak bývá velmi přátelské. Nebývají falešné, nepředstírají, nejsou lakomé, jednají pohotově a rychle. Bývají také vděčné za osobní kontakt a rčení „srdce na dlani“ v mnoha případech velmi vystihuje jejich charakter (Černá, 1999).

1.4 Komorbidita

Mezi základní symptomy ADHD/ADD tedy řadíme hyperaktivitu, impulzivitu, problémy se soustředěním a udržením pozornosti. Je nutné se zmínit o existenci přidružených problémů, kterými jsou problémy v navozování přátelství, s učením a problémy v domácím prostředí. Mohou se také objevit i další onemocnění a jiné poruchy jejich výskyt je až u 60-70% jedinců s ADHD/ADD. Včasné podchycení těchto komorbidit předchází vážnému rozvíjení se poruchy. Výzkumy bylo prokázáno, že komorbidita, která se vyskytuje u dětí s ADHD/ADD zvyšuje riziko vzniku psychiatrických poruch v dospělém věku. Za vážnou komorbiditu se považuje porucha chování, neboť v dospělém věku často inklinuje ke kriminální činnosti a užívání návykových látek. Mezi nejčastější poruchy patří poruchy školních dovedností,

především dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, specifické poruchy v oblasti motoriky a řeči, emoční poruchy, denní nebo noční pomočování, balbuties (Michalová, 2007).

Velmi často se také vyskytuje porucha opozičního vzdoru, porucha chování, úzkostná porucha, porucha nálady, deprese, tiková porucha, porucha spánku, asociální a delikventní chování, porucha přichylnosti (Götz, Uhlíková, 2009).

Psychické poruchy, a to poruchy autistického spektra (dětský autismus, Aspergerův syndrom), obsedantně-kompulzivní porucha, Tourettův syndrom, porucha opozičního vzdoru, porucha chování, mohou být komorbiditou, ale také často se mohou za syndrom ADHD/ADD zaměnit. Zaměnit lze také somatická onemocnění (např. porucha zraku a sluchu, epilepsie, následky poranění hlavy, akutní nebo chronické somatické onemocnění, špatná výživa, nedostatek spánku, porucha spánku, nevhodné prostředí). Nevhodné, nezákonné užívání léků, jejich vedlejší účinky mnohdy evokují ke stanovení diagnózy ADHD/ADD. Patří sem zejména fenobarbital, carbamazepin, ale i alkohol a drogy (Munden, Arcelus, 2006).

V dospělém věku je častou komorbiditou chronická deprese (dystymie), chorobný stav úzkosti (anxieta), dráždivost, nízká frustrační tolerance, dyslexie různého stupně, vzácněji OCD (obsedantně-kompulzivní porucha), Tourettův syndrom, chronický únavový syndrom (Paclt, 2007).

2. VZNIK SYNDROMU ADHD/ADD

2.1 Teorie, modely, přístupy v kontextu syndromu ADHD/ADD

Z definic předních odborníků a přesného vymezení pojmu dle mezinárodních klasifikačních systémů syndromu ADHD/ADD nám jasně vyplývá, že jde o deskriptivní přístup. Etiologie, patogeneze a její základní mechanismy jsou nám zpřístupněny prostřednictvím teorií, modelů a přístupů. Zároveň musíme říci, že etiologie ADHD/ADD patří do oblasti málo objasněné. Neuropsychologické teorie nám přináší informace o základních mechanismech. Mezi její teorie patří deficit inhibičních mechanismů a kognitivně energetický model (CEM). Na faktory biologické, psychologické, sociální se zaměřuje etiopatogenetický model. Na poruchu jako na celek se zaměřují integrativní přístupy (Drtílková, Šerý, 2007).

Projevy syndromu ADHD/ADD jsou způsobeny změnou funkce mozku. Nereagovat neustále na nové podněty a impulzy, nereagovat na ně v přehnané míře je možné pokud jsou řídicí systémy mozku dostatečně funkční, na kterých je závislá i dostatečná sebekontrola. Pokud ale funkčnost je nedostatečná, hovoříme o behaviorální inhibici a následuje i špatná sebekontrola. U dětí se syndromem ADHD/ADD je správná funkce sebekontroly oslabena. Mozek u dětí se syndromem ADHD/ADD dozrává nerovnoměrně a opožděně, nerozvíjí se tedy ani sebekontrola. Centrum sebekontroly je oblast kůry čelního laloku mozku tedy prefrontální kůra v souvislosti s podkorovým centrem – skupina nervových buněk v mozku. U pacientů s ADHD/ADD nás nejvíce zajímá bazální ganglia a mozeček, protože se podílejí na koordinaci pohybů. Při použití zobrazovacích metod a elektroencefalogramu (EEG) se ukazuje menší aktivita prefrontální kůry a bazálních ganglií. U jedinců s ADHD/ADD se také ukázaly drobné odchylky v přirozené asymetrii některých struktur, snížený metabolismus některých částí mozku a menší objem mozku. Nelze předpokládat při menším objemu mozku nižší intelekt (Goetz, Uhlíková, 2009).

Od početí do třetího roku věku dítěte mozek prochází prudkým vývojem. Nervové buňky, které rychle přenáší informace v podobě podráždění, vznikají v polovině těhotenství. Spojeny jsou dendrity a synapsemi, které ale stále dozrávají – hovoříme o procesu myelinizace. Velmi podstatný proces vývoje nervových spojů vzniká od druhé poloviny těhotenství do konce druhého roku věku dítěte. Poruchy, které nastanou v tomto období vývoje oslabí vývoj a vznik nervových spojů – synapsí, ale především oslabí zrání biochemických procesů.

Základní funkce mozku se především vytváří ve fázi senzomotorického vývoje. Projevený neklid v tomto období brání získávání kvalitních zkušeností, které mají vliv na postupné zrání celé osobnosti. Špatné návyky, postoje v tomto období se projeví v konečném výsledku celkového vývoje osobnosti jedince. Dítě se syndromem ADHD/ADD má vlohky k neklidu, ale pokud podchytíme základní symptomy v tomto velmi citlivém období a začneme s cíleným ovlivňováním přílišné aktivity, lze hyperaktivní chování ovlivnit, případně zmenšit (Prekopová, Schweizerová, 2008).

Dalším přístupem na úrovni neuropsychologické teorie je kognitivně energetický model (CEM), jehož cílem je také interpretovat deficit ADHD/ADD, ale již uvažuje o inhibičních mechanismech. Ukazuje na možný vliv energie jedince a především zobrazuje procesy zpracování informací.

Etiopatogenetický model vidí příčiny vzniku poruchy jednak v:

- 1) biologických faktorech, které obsahují:
 - a) hereditární model - důraz na genetické faktory
 - b) neurobiochemický model – důraz na změny neurotransmiterů
 - c) neurofyziologický model – poškození podkorových struktur, poukazuje na formu psychomotorické poruchy

2) biologických a psychologických faktorech:

a) psychoneurologický přístup – příčina vzniku ADHD je porucha psychické a psychomotorické dynamiky, tedy porucha rovnováhy mezi nervovými procesy excitace (budivý účinek) a inhibice (tlumivý účinek) – následkem bývá chaotické, přerušované, špatně vykonané činnosti

b) psychoanalytické teorie – poukazují na deficit v seberegulaci, ale také na psychosociální faktory

ba) monopersonální hledisko

– hyperaktivita vzniká následkem nadměrné pudové stimulace (excitace)

bb) bipersonální hledisko

– hyperaktivita vzniká následkem poruchy vztahů – ztráta úplná nebo dočasná rodičů, matky apod., důraz na psychosociální faktory (Drtílková, Šerý, 2007).

Výše uvedené modely, teorie, přístupy nám ukazují možné přístupy k objasnění příčin vzniku syndromu ADHD/ADD. Zaměřují se vždy na jednotlivá hlediska syndromu. Na celek poruchy se zaměřují integrativní přístupy. Mezi přední odborníky tohoto přístupu se řadí Teeterová a Semrudová-Clikemanová, které v roce 1995 z pěti paradigmat syndromu ADHD/ADD vytvořily Transakční model, který je dle autorek nejlepší možností pro diagnostiku, léčbu a výzkum. Důraz je dán na kvalitu a efektivitu léčby z dlouhodobého hlediska (Drtílková, Šerý, 2007).

Výzkumných modelů je velmi mnoho. Nejvíce jsou prezentovány výzkumné modely kognitivní, neurobiologický, genetický, biochemický. Kognitivní model klade důraz na chybný informační proces, neurobiologický upozorňuje na funkční souvislosti CNS, genetický a biochemický model hovoří o transmitterové poruše (Paclt, 2007).

Jednoznačný názor na příčinu vzniku syndromu ADHD/ADD neexistuje. Tato oblast je stále nejasná. Existuje velmi mnoho etiologických faktorů v oblasti genetiky, biologie, rodiny, školy, společnosti, které působí ve vzájemné interakci. V celkovém pojetí je rozdělujeme na rizikové faktory, podílející se na vzniku syndromu ADHD/ADD. Jsou to faktory prenatální, perinatální, postnatální. Prenatální faktory jsou genetické, infekční, nutriční, psychické, endokrinní. Perinatální faktory jsou nedonošenost, přenošenost, dlouhý nebo komplikovaný porod, neobvyklá poloha plodu, účinky léků při porodu. Postnatální faktory jsou infekce, úrazy, látky, jedy, toxiny, cévní poruchy. Nebezpečnými faktory jsou také úrazy hlavy, otřesy hlavy, zhmožděniný hlavy, ale také encefalitida. Musíme také připustit, že existují i neznámé příčiny vzniku. Přesto, že příčiny vzniku nelze přesně vymezit, můžeme na základě výzkumů vymezit podíl jednotlivých vlivů na vzniku syndromu:

50 – 70 % heredita

20 – 30 % prenatální a perinatální příčiny

10 % postnatální příčiny (Michalová, 2007).

2.2 Genetické příčiny

Dnes již můžeme říci, že syndrom ADHD/ADD je dědičná porucha. O toto tvrzení se zasloužilo několik vědců, kteří svými výzkumy prokázali, že symptomy syndromu jsou často geneticky podmíněny. Vyvrátili tak tvrzení, že syndrom je o špatné výchově a špatném životním prostředí. Mezi známé práce patří studie dvojčat, adopční a rodinné studie. Rodinná studie ukázala pětkrát větší pravděpodobnost získání syndromu u příbuzných v první linii ve srovnání se zdravými osobami. Studie jednovaječných dvojčat ukazuje 80 – 90% výskyt poruchy i u druhého dítěte. Adopční studie prokázala větší výskyt a shodu mezi biologickými rodiči a jejich dětmi než u adopčních rodičů. Nové studie se zaměřily a prokázaly, že syndrom ADHD/ADD je dědičný také ve druhém stupni příbuzenského vztahu. Větší výskyt a pravděpodobnost vzniku je v mužské linii (Munden, Arcelus, 2006).

Nejdříve se zkoumaly ty kandidátní geny, které souvisely s dopaminovým systémem, a to dopaminový receptor D₄ (DRD4), dopaminový receptor D₂ (DRD2), dopaminový přenašeč (DAT1), dopamin-β-hydroxyláza, později se začal zkoumat noradrenalinový přenašeč (NET1), serotoninový přenašeč, gen pro COMT (catechol-O-methyltransferáza) a spousta dalších (Paclt, 2007).

Od roku 1999, kdy byla poprvé použita metodika PCR (polymerase chain reaction) řetězová polymerázová reakce a současně při rozvoji molekulární psychiatrie a nových metod, se objevuje stále více výzkumů, které se zabývají genetikou syndromu ADHD/ADD. Mezi přední a častěji vyskytující se metody ve výzkumech patří asociační studie. Zabývají se srovnáváním kontrolních souborů a souborů s ADHD/ADD. Frekvencí polymorfismů tedy kandidátních genů a odkrytí jejich odchylek, které by mohly být příčinou vzniku syndromu ADHD/ADD. Důraz je dán především na vrozený genetický defekt, který má vliv na metabolismus jedince a následně na funkci dopaminu a noradrenalinu – neurotransmiterů, které můžeme vysvětlit jako „chemické posly mozku“, přenášející signály a impulsy v mozku. U jedinců se syndromem ADHD/ADD byly zjištěny odchylky v této funkci. V roce 1970 C. Kortensky uvedl „catecholaminovou hypotézu hyperaktivity“ a poukázal tak na sníženou produkci, ale i sníženou schopnost využití funkce catecholaminů v mozku, tedy dopaminu a noradrenalinu. Dopamin, adrenalin, noradrenalin jsou součástí catecholaminové skupiny neurotransmiterů, které jsou odpovědné za emoce, motoriku, motivaci a kognitivní funkce. Funkcí dopaminu je kontrola pohybu a koordinace aktivity, reakci a aktivaci organismu na nové podněty, ovlivňuje také pozornost, chování a psychomotoriku. Noradrenalin jeho správná funkce je důležitá při průběhu spánkové a bdělé činnosti, ale i při soustředění se, pozornosti, učení, paměti (Drtílková, 2007).

Molekulární psychiatrie využívá také HHRR a TDT studie. Již zmíněná asociační studie se zabývá určitým kandidátním genem a předkládá hypotézu o

jeho příčině vzniku psychické poruchy. Podstatou této studie je shodný zkoumaný vzorek, to ovšem není možné u syndromu ADHD/ADD, neboť vyskytující se komorbidita, kdy její genetika je velmi rozdílná neumožní sestavit větší homogenní vzorek v oblasti genů. Metoda HHRR (haplotype-based haplotype relative risk) je metoda, která je více praktikována. Podstatou této metody je výzkumný vzorek, který se skládá z tzv. trio souboru. Dva rodiče a jejich dítě se syndromem ADHD/ADD. Vychází z metody HRR (haplotype relative risk), která se zabývá kontrolním genotypem, příčinným genotypem a jejich vlivem přenosu na dítě. Metoda HHRR se zabývá již konkrétními alelami. V triu jsou tedy hodnoceny příčinné a kontrolní alely. Další metodou je metoda TDT (transmission disequilibrium test) dříve jmenovaný test McNemerův. Zabývá se také alelami přesněji, která z alel bývá přednostně přenesena na dítě rodičů se syndromem ADHD/ADD. Nejnovějším dostupnou metodou je tzv. genomové skenování prostřednictvím DNA mikročipů (tzv. microarray) (Drtílková, Šerý, 2007).

Odborná veřejnost je přesvědčena že ADHD/ADD je polygenetická porucha, vytvářená mutací více genů. Risk vzniku poruchy u jednovaječných dvojčat je 11-18x větší než u dvojvaječných. Příbuzní prvního stupně trpí touto poruchou ve 20-25%. Existuje více než třicet dopaminergních, noradrenergických, serotoninergních a gabaergních genů. Pouze u některých genů výzkumy potvrdily souvislost se vznikem ADHD/ADD jsou to DRD4, DAT, DRD5, DBH, 5HTT, HTR1B, SNAP25. Výzkum, který se zabýval ostatními geny DRD2, DRD3, MAO, ADR2A, GABAA3, GABAB3 souvislost dosud neprokázal (Paclt, 2007).

Studie, metody, které se zabývají genetikou syndromu ADHD/ADD jsou velmi náročné, ale potvrdily, že největší příčina vzniku tohoto syndromu je v genetice, a to až 80% vycházíme-li ze studie jednovaječných dvojčat. Prokázalo se, že u dětí rodičů s ADHD/ADD je pětikrát větší přítomnost této poruchy, než u dětí rodičů, kteří syndrom nemají. Pokud pacienti měli tuto poruchu i v dětství, pak u jejich dětí je výskyt 25%. Pokud si pacienti syndrom

ADHD/ADD nesou až do dospělého věku genetická příčina vzniku u jejich dětí je ještě větší (Goetz, Uhlíková, 2009).

2.3 Negenetické příčiny

Za vznik syndromu jsou zodpovědné také vnější vlivy. Jejich míra na vzniku je menší než samotná genetika, ale hovořit o těchto příčinách je důležité. Většině z nich lze předejít. Tyto vnější vlivy řadíme do prenatálních, perinatálních a postnatálních faktorů. Pro správný vývoj a funkci mozku je velmi důležitý kyslík. Nejcitlivější částí mozku na nedostatečný přísun kyslíku jsou oblasti podkorového centru, přesněji bazální ganglia. Vzhledem k nejnovějším výzkumům z hlediska přísunu kyslíku je závažnější spíše dlouhodobější nedostatečný přísun kyslíku, např. infekce matky v těhotenství. Další příčinou vzniku syndromu jsou předčasně narozené děti, děti s nízkou porodní váhou (Goetz, Uhlíková, 2009).

Většina odchylek ve vývoji dítěte v součinnosti se syndromem ADHD/ADD vzniká v prenatálním období. Příčiny prenatálních poruch, které vedou k pozdějším projevům tohoto syndromu, jsou především pozdní gestózy, krvácení a onemocnění matky. Velmi vážné je infekční onemocnění matky, například spalničky, neštovice, infekční hepatitida, příušnice, poliomyelitis, streptokokové i stafylokokové infekce, chřipka a řada dalších infekcí. Další příčinou může být změna koncentrace CO₂, ozáření, anoxie (nedostatek kyslíku ve tkáních), jedy, užívání léků nestanovené lékařem, nedostatek výživových látek matky v době těhotenství. S nedostatkem těchto látek si samotný organismus umí poradit. Vážná situace nastává při nedostatku jódu (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Strava v prenatálním období by měla být pravidelná a vyvážená. Přesto se doporučuje některé potraviny, byliny a koření omezit nebo zcela vynechat. Z bylin se doporučuje k užívání převážně máta, heřmánek a meduňka. Ale mateřídouška, skořice, fenykl obsahují látky, které mohou stahovat hladkou svalovinu dělohy, vyvolat porod a další související jevy nebezpečné především

pro plod. Z koření je doporučováno ze zdravotního hlediska zelené naťové koření, které obsahuje kyselinu listovou ze skupiny vitamínů „B“. Kyselina listová je důležitá pro prevenci vzniku vývojových vad. Stejně důležitou stravou je i listová zelenina, která obsahuje železo důležité pro vznik červených krvinek. Červené krvinky zaručí dostatečné zásobování plodu kyslíkem, tedy správnému vývoji plodu (Rupp, Christ, 2010).

Jednou z příčin vzniku poruchy je také úraz mozku v kojeneckém věku. U dětí, u kterých se prokázal vznik poruchy následkem těžkého úrazu hlavy, se vyskytuje především porucha pozornosti. Správné chování dítěte se také mimo jiné přisuzuje chemické rovnováze v organismu. Na chemickou rovnováhu a na její správnou funkci má velký vliv strava. Někteří odborníci upozorňují na umělá barviva, konzervační přípravky, salicyláty, kterých by se děti měly vyvarovat. Vazba mezi stravou a vznikem syndromu ADHD/ADD nebyla vědecky prokázána. Důraz se klade na rodiče, aby se zajímali o stravu a dietetické postupy, které mohou ovlivnit průběh poruchy. Vědecky prokázána byla vazba mezi obsahem olova v krvi a syndromem ADHD/ADD. Obsah olova v krvi je ale přítomen pouze u některých dětí, které bydlí ve velkých městech a dýchají škodliviny, výfukové plyny. Nemůžeme tedy jasně stanovit jako příčinu vzniku syndromu obsah olova v krvi, neboť musíme vycházet z faktu, že dítě je více aktivnější a právě proto se může těchto škodlivin více nadýchat (Train, 1997).

Je ale zcela zřejmé, že těžká otrava olovem může způsobit dítěti encefalitidu. Následkem této otravy u vyléčených dětí jsou zjevné symptomy nepozornosti a hyperaktivity. Ovšem dnes se olovo v dětském prostředí téměř nevyskytuje. Vymizelo z hraček (např. olovění vojáčky), které jsou dnes předmětem starožitnictví, ale i z pastelek pro děti. V současné době je spíše větší hrozbou poškození dětského mozku, ke kterému dochází v období před narozením dítěte, a to sklonem matky k nikotinismu a alkoholu. I dětský psychiatr Munden se také zmiňuje o možném vlivu stravy na vznik syndromu. Především upozorňuje na aditiva, konkrétně na žluté potravinářské barvivo -

azo-barvy na bázi dusíku. Po použití tohoto barviva byly děti extrémně hyperaktivní (Munden, Arcelus, 2002).

Rodičům se také doporučuje omezit nebo zcela vynechat sladkosti. Především cukr a čokoládu, které mají vliv na koncentraci v daném okamžiku a následný výkon v testech (Sulzberger, 2008).

Stravou se také zabývalo několik vědeckých projektů. Zabývaly se jídelníčkem dětí s ADHD/ADD např. speciální Feingoldova dieta nebo vylučovací dieta, která vylučuje určité jídlo z jídelničky. Zde je na místě položit si otázku, zda se tak děje v souladu se zdravou výživou. V současné době panuje spor mezi odborníky na vliv složení stravy a alergické reakce na jídlo. Výzkumy jednoznačně souvislost nepotvrdily. K poškození mozku, které vede ke vzniku syndromu ADHD/ADD, dochází i při hypoxii v perinatálním období. Hypoxie, nebo-li snížený obsah kyslíku ve tkáních při zpomalení krevního oběhu, ovlivňuje stupeň poškození části mozku tzv. striatum, které je nejvýznamnější součástí bazálních ganglií (Munden, Arcelus, 2002).

Mezi hlavní faktory patří genetika, ale také toxiny z vnějšího prostředí, zejména aditiva v potravinách a nikotin. Z výzkumu z roku 1996 se ukázalo, že 22% matek dětí s ADHD/ADD kouřilo během svého těhotenství průměrně jednu krabičku cigaret denně. Jiné výzkumy prokázaly působení nikotinu na dopaminový systém plodu. Psychologická teorie ukazuje na možné propojení vrozené dispozice k hyperaktivitě a výchovy rodičů. Pokud má dítě sklony k neklidu, k větší aktivitě, k pohyblivosti, je rodičem neustále trestáno a srovnáváno s „hodnými“ dětmi. Nesplňuje-li ambice svých rodičů, dochází-li k nepřiměřené úrovni slovního vyjadřování, pak dochází u dítěte k posilování negativního vnímání svého okolí, ale také k rozvoji negativního chování samotného dítěte. Děti se velice snadno dostávají do problémů se školním řádem a se svým okolím (Zelinková, 2003).

O špatných psychosociálních podmínkách v souvislosti se zvýšenou možností projevů poruchy se také zmiňuje Drtílková. Výzkumy, které jsou zaměřené na děti s ADHD/ADD, prokázaly větší výskyt projevů poruchy u dětí z dysfunkčních rodin. Výskyt psychopatologie u matky dítěte, zanedbávání, nepřiměřené tresty, ale i psychická zátěž nebo dlouhodobý stres vlivem úmrtí, rozvodu rodičů, změnou bydliště a s tím související nástup do jiné školy. Další výzkumy, a to až 24 studií, potvrdily výskyt ADHD/ADD u dětí matek, které během těhotenství kouřily. U matek, které během těhotenství požívaly alkoholické nápoje ve větším množství s následkem fetálního alkoholového syndromu, se také potvrdil větší výskyt projevů poruchy u jejich dětí. Předčasný porod, nízká porodní váha, komplikace v perinatálním období jsou dalšími velmi častými faktory pro vznik syndromu ADHD/ADD (Drtílková, Šerý, 2007).

Potravinová aditiva a jejich negativní vliv na chování dětí s ADHD/ADD se podrobně zkoumala v roce 2007. Britský výzkum zkoumal 153 dětí ve věku tří let a 144 dětí ve věku od osmi do devíti let. Výzkum byl srovnáván s kontrolní skupinou a potvrdil, že aditiva skutečně mají negativní vliv na chování dětí s ADHD/ADD. I přesto, že byl tento výzkum Evropským úřadem pro zdravotní nezávadnost potravin (EFSA) napadán, Britská vládní organizace pro potravinové standardy (FSA) doporučila rodičům dětí s ADHD/ADD vyvarovat se potravin, které obsahují barviva E 102, E 104, E 110, E 122, E 124, E 129. Tato aditiva nezpůsobují vznik ADHD/ADD, ale pouze mohou ovlivňovat jeho průběh (Goetz, Uhlíková, 2009).

ADHD/ADD a její příčina vzniku v kontextu fenokopie je pravděpodobná a také výzkumy zkoumána. Následkem může být i hypoxie v perinatálním období, která může zapříčinit špatnou funkci dopaminergní a noradrenergní transmise. Příčinou vzniku hypoxie může být dlouhodobý vliv faktorů v prenatalním období, a to nedonošenost, silné užívání alkoholických nápojů, drogy, nikotin, křeče vzniklé v pozdním období těhotenství (eklampsie) (Paclt, 2007).

Mezi rizikové faktory se také pokládá špatný zdravotní stav matky, nízký věk matky, přítomnost bakteriálních jedů v krvi (toxémie) a výskyt bílkoviny v moči. Zároveň vysoký krevní tlak, otoky v těhotenství (preeklampsie), dlouhé přenášení plodu. V současné době se předpokládá i vliv ekologický - zvýšený spad těžkých kovů a radioaktivity, které se vzájemně prolínají se změněnou aktivitou neurotransmiterů a zároveň se projevují se sníženým průtokem krve v prefrontální kůře (Machová, Kubátová, 2009).

Další faktory mohou být vlivy životního prostředí, celkové společenské klima, vlivy školských zařízení a nejbližšího sociálního prostředí jedince – rodiny její citové vztahy a výchovné postoje a samotný přístup rodiny k dítěti. Jak tyto vlivy působí na dítě ukazuje jeho samotné chování. Tyto vlivy oslabují nervový systém a vyvolávají neklid a právě tento neklid je příčinou hyperaktivního chování. Hyperaktivita bývá důsledkem příliš velké zátěže v určitém citlivém vývojovém stupni (Prekopová, Schweizerová, 2008).

3. DIAGNOSTIKA SYNDROMU ADHD/ADD

3.1 Postup stanovení diagnózy

Abychom mohli stanovit efektivní léčbu, správnou diagnózu je velmi důležité komplexní diagnostické vyšetření. První příznaky syndromu se projevují již v ranném věku v prvních pěti letech věku dítěte. Nejvíce pohybu je u dětí do tří let, potom se jejich aktivita pomalu snižuje. U dětí s ADHD aktivita narůstá a přerůstá v neklid. Neklid chápeme jako poruchu tehdy, když se z něj stává trvalý rys chování bez vlivu na daný okamžik a situaci. Syndrom ADHD/ADD řadíme mezi spektrální poruchy tedy poruchy, u kterých projevy některých jedinců mohou být jasné a zřetelné a stanovení diagnózy není zdlouhavým a pracným procesem. U jedinců se slabými projevy může určení diagnózy přivodit nemalé potíže. Zabývat se výrazným neklidným chováním a diagnostikovat jej jako syndrom ADHD/ADD je možné, pokud se příznaky vyskytují minimálně po dobu šesti měsíců. Stanovit diagnózu v České republice může pouze odborník tedy dětský psychiatr, psycholog, speciální pedagog, neurolog. Pro posouzení všech symptomů jsou důležité všechny zprávy od ostatních odborníků a rozhovory s dítětem, rodiči, učitelem, sociálním pracovníkem (Žáčková, Jucovičová, 2000).

Stanovení diagnózy nesmí rodičům dítěte přinést trápení, úzkost. Diagnóza musí přinést pocit uklidnění a naděje pro řešení v lepší budoucnost, lepší vývoj jejich dítěte, možnost terapie, léčby, nápravy a především zklidnění i celkového klima v rodině. Především vymizí pocit osobního zklamání a hledání viny v sobě samých (Šebek, 1990).

Velmi důležité je pomoci především dítěti, a to zbavit jej nálepky „neposlušné dítě“. Kolčárková, Lacinová uvádí: „*ADHD/ADD představuje menší stigma než již zmíněná nevychovanost*“ (Kolčárková, Lacinová, 2008, str.21).

Nejdříve se provádí rozhovor s blízkou osobou nejčastěji s matkou, potom rozhovor s dítětem. Při rozhovoru s matkou získáme řadu významných faktů. Zjišťujeme vývoj dítěte, fyzické zdraví, smyslové vady, problémy s řečí, soběstačnost, společenské chování, rodinné vztahy. Dalším krokem diagnózy je podrobné klinické vyšetření dítěte a vyšetření psychických funkcí. Hovoříme o pedopsychiatrickém vyšetření. Při vyšetřování je důležité pozorovat projevy dítěte. Nejlépe bez přítomnosti rodičů a v prostředí pro dítě známé. Není dobré, když pozorované dítě ví, že je pozorované, neboť mnohdy tak své přirozené chování potlačuje (Munden, Arcelus, 2006).

S dítětem se také hovoří o jeho životě a zároveň se sledují jeho projevy. Doporučeno je hovořit o jeho domově, škole, kamarádech, koníčcích, budoucnosti, přání. Postupně se přechází na dotazování jednotlivých příznaků poruchy nepozornosti, impulzivity, hyperaktivity jejich projevy a jejich působení na dítě. U školních dětí hovoříme o jeho prospěchu, jeho soustředění se při vyučování, jaká je u dítěte domácí příprava, co a zda jej něco vyrušuje. V oblasti impulzivity se hovoří s dítětem, zda dříve jedná a pak přemýšlí nebo naopak, zda je neposedné, vykřikuje při vyučování, zda bývá často napomenuto a zda mívá často uloženy tresty. Součástí vyšetření je i reakce rodičů a pedagogů na chování dítěte. U mladších dětí mají smysl jednoduché a konkrétní otázky a především otázky blízké jejich věku. Děti v předškolním věku spíše pozorujeme a vycházíme z poznatků rodičů. Důležitá je přirozenost a otevřenost dítěte. Pokud je dítě úzkostné, diagnostické vyšetření není objektivní (Goetz, Uhlíková, 2009).

Podstatnou část času tráví děti ve škole, proto informace učitele jsou velmi důležité, především o projevech dítěte ve škole, ve třídě při vyučování, o přestávkách. Pro ušetření času pedagoga a zjištění co nejvíce informací o projevech dítěte ve škole o přestávkách, při vyučování, postoji k autoritám je nejvíce efektivní použít „dotazník pro učitele“, který má 39 položek. K zjištění informací od rodičů se používá „dotazník pro rodiče“, který má 90 položek (Drtílková, Šerý, 2007).

Součástí diagnostiky, která vede k farmakoterapii, jsou vyšetření tělesná, laboratorní, zobrazovací metody (CT, MR mozku) a elektrofyziologické metody (EEG, EKG). Posledním vyšetřením je vyšetření psychologické, které se zaměřuje na psychické a behaviorální funkce. K vyšetření se využívají výkonové testy, metody pozorování, dotazníky, škály a subškály zaměřené na pozornost, impulzivitu, hyperaktivitu. Pro měření pozornosti se využívají výkonové testy nejvíce se přiklání k metodě „tužka-papír“ např. Číselný čtverec, Číselný obdélník, které jsou pražskou modifikací Bourdonova testu, Test diskriminace tvarů, Test pozornosti D2, Test cesty, subtesty Wechslerova testu inteligence, a to Opakování čísel, Počty, Symboly. K hodnocení schopnosti rozdělovat pozornost se užívá díl B z testu TMT (Trail Making Test). Hodnotí se schopnost udržet, dělit, koordinovat pozornost. K vyšetření impulzivity se také používají testy „tužka-papír“ a test Matching Familiar Figure (MFFT). V České republice se více používá upravený typ tohoto testu Test nacházení známých obrázků TE-NA-ZO (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Subtesty pro vyšetření hyperaktivity se používají především metody pozorování, rozhovor, škály a dotazník. Nejvíce používanými škálami v České republice jsou škály Connersové, její dvě modifikované verze Dotazník pro rodiče a Dotazník pro učitele. Dalším používaným dotazníkem pro impulzivitu je Eysenckův dotazník impulzivity pro děti od 7 – 15 let. Důležitou součástí psychologického vyšetření je také vyšetření intelektu. K tomuto účelu se používá Wechslerův test inteligence pro děti, a to modifikovaný Pražský dětský Wechsler (PDW), Wechslerův test inteligence pro děti – III, který může být použit i pro dospělé pacienty, Wechslerův test pro dospělé. Dále se používají Ravenovy testy. Pro děti od 5 – 11 let je vhodný test Barevné progresivní matice. Pro mladistvé a dospělé je vhodnější test Standardní progresivní matice. Použit lze také Standfordský Binettův inteligenční test. Dále se vyšetřují poruchy učení, motorické schopnosti – škálou Osertzkého, osobnostní charakteristika, sebehodnocení a interpersonální vztahy jedince, které jsou důležité pro správný vývoj sebehodnocení (Drtílková, Šerý, 2007).

Pro potvrzení dalších hypotéz je důležité používat dalších testů. Zjišťující funkci speciálních schopností, znalostí, dovedností. Důraz je především kladen na percepci, která tvoří pro děti s ADHD/ADD zvláštní odvětví. Zde používaný velice přesný Stroopův test. Pro zjištění zrakové percepce se používá Reverzní test, pro sluchovou percepci Zkouška sluchové diferenciace, ale i Zkouška sluchové analýzy. Testovat můžeme také paměť, která se může stát pro děti s ADHD/ADD kompenzačním prostředkem. Testovat můžeme neverbální paměť, a to testem Rey-Osterriethovy komplexní figury. K testování verbální paměti se používá Paměťový test verbálního učení. Testovat můžeme také sociální dovednosti, řečové a jazykové schopnosti, celkový společenský přehled (Paclt, 2007).

3.2 Klasifikační systémy

Klasifikační systémy nebo také soubory diagnostických kritérií jsou především nezbytné pro určení správné a stejné diagnózy pacientů kdekoli na světě podle konkrétních symptomů a klinických příznaků. Lékaři a další odborníci tak okamžitě poznají diagnózu a případně se jí mohou dále věnovat. Stanovení diagnózy se vychází ze dvou systémů:

- 1) Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (The International Classification of Diseases, 10th edition, také ICD-10, v České Republice je známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize, více používání zkratka MKN-10)
- 2) Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, více známá a užívaná je zkratka DSM-IV).

MKN-10 užívá termín Hyperkinetická porucha.

DSM-IV užívá termín ADHD (Drtilková, Šerý, 2007).

Společné symptomy pro oba systémy jsou shodné. Jsou jimi nepozornost, hyperaktivita a impulzivita, avšak rozdíly můžeme najít v jejich

příznamených. Na první pohled je zcela jasný rozdíl v názvu, ale hlavní rozdíly spočívají v klasifikaci vlastnosti projevu. Oba systémy v podstatě nabízejí významově stejný popis určitého projevu, pouze vyjádření je odlišné. Zcela shodný projev přisuzuje každý systém k jinému příznaku. DSM-IV projev, který popisuje jako „často je nepřiměřeně upovídané“ přisuzuje příznaku hyperaktivity. Systém MKN-10 tento samý projev popisuje jako „mluví nadměrně bez ohledu na společenské zvyklosti a zábrany“. MKN-10 jej přisuzuje příznaku impulzivity. Druhým výrazným rozdílem je v klasifikaci poruchy. MKN-10 klade jasný důraz na výskyt obou hlavních rysů – pozornost a hyperaktivita v doprovodu impulzivity. Porucha těchto projevů musí začít před sedmým rokem věku dítěte. Délka projevů musí být nejméně šest měsíců a být přítomna doma, ve škole, na klinice atd. Podle DSM – IV se mohou vyskytovat pouze některé symptomy. Délka projevů musí být nejméně šest měsíců před sedmým rokem věku dítěte a přítomnost projevů musí být ve více situacích (Munden, Arcelus, 2006).

Hlavní rozdíly jsou především ve zcela jiném členění subtypů.

MKN-10 Hyperkinetické poruchy mají dva subtypy

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

DSM-IV ADHD má subtypy

- ❖ ADHD typ s převahou poruch pozornosti
- ❖ ADHD typ hyperaktivně-impulzivní
- ❖ ADHD typ kombinovaný
- ❖ ADHD typ nespecifický
- ❖ ADHD v částečné remisi (symptomy nesplňují všechna kritéria) (Zelinková, 2003).

Kritéria DSM-IV nemají subtyp poruchy chování, pokud ale příznaky poruch chování jsou přítomny, pak jsou označovány jako komorbidita. Naopak MKN-10 chybí subtyp, který bude soustředěn pouze na poruchu pozornosti,

zdá se, že jde pouze o tzv. „slovičkaření“, ale jde o velmi zásadní a podstatný rozdíl, neboť naše zdravotnická zařízení se řídí podle MKN-10, a protože samostatná porucha pozornosti není subtypem pro hyperkinetickou poruchu není tudíž evidována, ale dokonce ani léčena. Navíc DSM-IV připouští u ADHD výskyt úzkostných poruch a depresí, MKN-10 nikoli. Obecně můžeme říct, že diagnostická kritéria ADHD jsou mírnější než diagnostická kritéria hyperkinetické poruchy, a tak děti, které jsou diagnostikovány podle přísnějších kritérií MKN-10 unikají včasnému podchycení léčby a léčbě samotné, která již započala u mírnějších kritérií DSM-IV (Drtílková, 2007).

3.3 Diagnóza dospělých s ADHD/ADD

Vzhledem k situaci, že 1-2 % dospělé populace splňují kritéria pro stanovení diagnózy ADHD/ADD, jsou patrné aktivní snahy pro nové a vhodnější diagnostická kritéria pro dospělé. Příznaky ADHD/ADD si dospělí přinášejí z dětského věku. Paul Wender se svým výzkumným týmem sestavil kritéria „UTAH“ pro možnost stanovení farmakologické léčby pro dospělé s ADHD/ADD. Pro stanovení diagnózy se příznaky musí objevit již v dětství a zároveň v dospělosti musí být přítomny znaky přetrvávající motorické hyperaktivity a nedostatečné soustředění, ale také zároveň alespoň dva z dalších příznaků, a to citová labilita, neschopnost dokončit úkoly, potíže se sebeovládáním, impulzivita, špatná snášenlivost stresu (Munden, Arcelus, 2006).

Výzkum, který vedl Shekim v roce 1985 prokázal na 56 dospělých ve věku od 19 – 65let až 53% generalizovanou poruchu nálady, 34% závislost na alkoholu, 30% drogovou závislost, 25% chronicky špatnou náladu (dystymie), 25% střídání nálad (cyklotymie). Pouze 14% dotazovaných mělo čistý syndrom ADHD/ADD bez dalších poruch. Současně se zjistilo, že syndrom ADHD/ADD je rizikem pro patologické hráčství v dospělém věku. Neklid se v dospělém věku projevuje jako vnitřní neklid, který je velmi často uspokojen domácími pracemi, různými společenskými akcemi. V zaměstnání se stávají workoholiky. Práce vyvolávající stres paradoxně přináší uspokojení.

Dospělí s ADHD/ADD ve vedoucích pozicích představují pro své okolí velmi náročné spolupracovníky, se kterými se mnohdy ani spolupracovat nedá. Často předkládají nerealizovatelné nápady. Spolupracovníky kritizují velmi často, ale sebekritiku vylučují. Velmi častými projevy jsou také zmatky, neschopnost pro organizování, neustálé vstupování do řeči, zapomínání povinností, nedodržování schůzek a smluv (Michalová, 2007).

Vyšetření a léčba je téměř shodná jako u dětí. Největší problém nastává, pokud není možné získat pravdivé a objektivní informace o průběhu syndromu v dětství. Pro posouzení, zda se jedná o pokračování poruchy nebo projevu jiné psychické diagnózy. Stanovit diagnózu v dospělém věku je velmi náročný a složitý proces zjišťování. Zabývat by se jí měli pouze psychiatři. Vyšetření začíná rozhovorem pacienta a nejlépe i jeho rodiny a přátel. Součástí jsou informace ostatních odborníků. Mohou se použít i testovací formuláře pro dospělé, kterými jsou testovací škála pro dospělé s ADHD Wenderova posuzovací škála Utah (Tender Utah Rating Scale), Brownova posuzovací škála (BAADS), Copelandova škála příznaků poruchy pozornosti pro dospělé, Triolova škála pro posuzování poruch pozornosti u dospělých. Běžným diagnostickým vodítkem jsou posuzovací škály, které zjišťují výskyt depresí, úzkostí, manželský soulad. Používá se také standardní test IQ, ale i screeningové testy. Stanovit diagnózu u dospělých, ale i u dětí není snadnou a rychlou záležitostí. Neexistuje jeden léčebný postup, jeden lék, který by zaručil vyléčení poruchy. Existuje úplný léčebný postup, který dokáže zlepšit příznaky, projevy a prognózu jedince s poruchou. Zaměřuje se také na prevenci a terapii dalších vyskytujících se psychických poruch. Využívá inteligenci a pomáhá zlepšit celkovou kvalitu života. Úplný léčebný postup se opírá o farmakoterapii, psychoterapii a režimová a výchovná opatření (Pešová, Šmalík, 2006).

4. LÉČEBNÉ POSTUPY SYNDROMU ADHD/ADD

4.1 Farmakoterapie

Při stanovení diagnózy syndromu ADHD/ADD není zcela automatickým postupem nasadit medikamenty. Pro nasazení medikamentů musí platit jasná shoda v postoji k léčbě mezi rodiči jedince s ADHD/ADD, protože při opačném přístupu by léčba neměla smysl. Praxe ukázala, že úspěšnost léčby medikamenty je až u 60-80% léčených dětí. Nezmění se jejich povaha nebo inteligence, nezmění se osobnost dítěte, jak se často rodiče obávají. Osobnost je dána geneticky. Výrazný posun nastává především v sociálních dovednostech, dosažení vyššího stupně vzdělání ve srovnání s dětmi, které nejsou léčeny medikamenty. Výrazné změny nastávají také v domácí přípravě, v možnosti dlouhodobého soustředění, delšího čtení, eliminace chyb v diktátech, v matematických úlohách. Výrazný obrat k lepšímu nastává také v krátkodobé paměti. Pro větší možnost soustředit se mizí konflikty mezi rodiči, učiteli, při vyučování, se spolužáky. Společenská pravidla chování nejsou již tak zcela odmítána. Součinnost u farmakoterapie jsou výchovná a režimová opatření. Nastolení pravidelného režimu, spolupráce mezi rodiči, učitelem a lékařem, všechny pokroky, úspěchy ve škole, doma, na kroužcích, všechny pozitivní posuny jejich zhodnocení, pochválení a zároveň posilování, všechny tyto okolnosti budou mít vliv na úspěšnost farmakoterapeutické léčby (Goetz, Uhlíková, 2009).

Především se používají takové léky, které se zaměřují na systémy neuropřenašečů dopaminu a noradrenalinu. Pro dopaminový systém se užívají léky tzv. stimulancia. Stimulancia zvyšují koncentraci dopaminu. Nebezpečím je, že zvyšuje rozvoj motorického neklidu, tiků a vzniku závislostí. Pro systém noradrenalinu se užívají léky ze skupiny látek nestimulační. Zvyšují koncentraci dopaminu a noradrenalinu v prefrontálním kortexu a nemá vliv na hladinu serotoninu. Za velmi efektivní se pokládá léčba medikamenty dříve než dítě nastoupí do školy, dříve než si osvojí negativní postoje právě ke škole. Samotná léčba je u každého jedince individuální. Vzhledem k situaci, kdy je

prokázáno, že u některých pacientů příznaky ADHD/ADD přetrvávají až do dospělého věku, je doporučeno přerušit léčbu na několik týdnů až měsíců a sledovat projevy a chování jedince (Černá, 2002).

Stimulancia

K nejužívanějším lékům u syndromu ADHD/ADD patří stimulancia. Jejich léčba je úspěšná až u 70-80% dětí. V České republice se k léčbě užívá Ritalin (methylfenidát). Doporučuje se užívat od šesti let věku dítěte, ale ve vážnějších případech projevů se může podávat již od tří let věku dítěte. Ritalin účinkuje velmi rychle, zpravidla do jedné hodiny. Účinky léku vymizí do čtyř až pěti hodin, zde je nutné podat druhou dávku léku. Snižuje hyperaktivitu, impulzivitu, agresivitu, zapomnětlivost, zvyšuje pozornost, poslušnost, kvalitu práce, čtení, psaní, sebevědomí. Zároveň se zlepšují sociální dovednosti. Užívání Ritalinu není návykové, ale při vyšších dávkách vznikají vedlejší účinky, a to nespavost, nechutenství, tiky, větší nervozita, deprese, bolesti břicha, hlavy, nauzea, malátnost, sucho v ústech, zácpa. Podávání a předepisování Ritalinu podléhá velmi přísné kontrole. Důležitá je také kontrola výšky, hmotnosti, krevního tlaku a odběry krve. Kontrola se doporučuje každých šest měsíců. Velké pozornosti při předepisování Ritalinu je zapotřebí u dětí se zvýšenou agresivitou, s výraznou úzkostí a tiky (Munden, Arcelus, 2006).

Ritalin patří mezi stimulancia s krátkým poločasem vylučování. Doba účinku léku je velmi krátká. Užití léku se tak praktikuje na dva až třikrát denně. Používá k léčbě lehké až střední hyperaktivity. V zahraničí se již podávají léky, které mají jednak menší výskyt vedlejších účinků, ale především prodloužený poločas vylučování. Pozitivní účinky jsou zjevné na kvalitě spánku, na eliminaci výkyvu hladiny koncentrace. Od května roku 2009 je již i v České republice dostupná forma metyfenidátu Concerta, ale zatím pouze v kapslích. Postupné uvolňování účinné látky vydrží až dvanáct hodin. Podávají se pouze jednou denně ráno. Účinek léčby je velmi brzký. V zahraničí je již dostupný methylphenidát ve formě náplastí. Jeho výhoda spočívá především

v jednoduché aplikaci a lepší toleranci u dětí. Doporučuje se užívat od šesti do dvanácti let věku dítěte. Náplast se aplikuje ráno a dvě hodiny před spaním se sejme (Drtílková, 2009).

Antidepresiva

Antidepresiva, přesněji tricyklická antidepresiva (TCA), která zpětně vychytávají noradrenalin a serotonin v různém poměru, jsou účinná asi u 30-50% pacientů s poruchou ADHD/ADD. Předepisují se dětem s výskytem úzkostí, sníženým sebevědomím a výskytem depresí. Také se předepisují dětem, které nereagují na léčbu Ritalinem. Antidepresiva příznaky syndromu ADHD/ADD nesnižují v takové míře, jako stimulancia. Vliv mají na zlepšení nálady, lepší kvalitu sociální integrace, eliminaci úrazů, nehod, sebevražd. Menší kvalita je v procesu učení vzhledem k sedativním účinkům antidepresiv. Pro děti, které trpí syndromem ADHD/ADD, tiky, úzkostmi a depresemi, jsou nejlepší volbou k léčbě právě antidepresiva Imipramin, Nortriptylin a Desipramin. Vedlejšími účinky jsou především sucho v ústech, zácpa, rozmazané vidění, retence moči, zvýšená nebo nížená chuť k jídlu, ale také poruchy srdečního rytmu. K léčbě ADHD/ADD s komorbidní poruchou nálad je dobře snášen lék Bupropion s noradrenergním a dopaminergním účinkem (Paclt, 2007).

Antihypertenzivum

Pro posunutí frustrační tolerance a poruchy spánku se v zahraničí velmi často užívá lék Clonidin (Catapresan). V České republice se užívá velmi zřídka pro velký výskyt vedlejších účinků. V zahraničí se osvědčila kombinace Clonidinu a metylfenidátu u velmi závažných projevů poruchy a těžkými poruchy spánku. Nebezpečná kontraindikace tohoto léku je u přítomnosti deprese a kardiovaskulární poruchy. Clonidin se předepisuje u dětí s výraznou hyperaktivitou, s výskytem agresivity a u chronického výskytu Tourettového syndromu. Předepisuje se až pokud nezaberou léky ze skupiny stimulancia a antidepresiva. Pokud je hyperaktivita u dětí velmi výrazná až nevladatelná,

používá se v kombinaci s Ritalinem. U hypoaktivního syndromu se tato kombinace léků nesmí předepisovat (Train, 1997).

Neuroleptika (antipsychotika)

K léčbě syndromu ADHD/ADD se vyjadřují i několik studií, především vliv antipsychotických léků, zejména tehdy pokud je jasná resistance na stimulancia. Zkoumaný Haloperidol a Chlorpromazin z roku 1996 ukázal účinky na léčbu menší než stimulancia. Pro možné nebezpečné vedlejší účinky např. pohybové poruchy, třes, sucho v ústech se běžně k léčbě ADHD/ADD nepoužívají. Novějším lékem v této oblasti je Risperidon, který je schválen pro léčbu psychotických poruch, ale také pro poruchy chování u dětí a dospělých. Velmi často se užívá k léčbě ADHD/ADD spolu s vážnou poruchou chování, výraznou agresivitou, tikovými poruchami a u autismu. Úspěšná léčba je zaznamenána v kombinaci s Ritalinem (Drtilková, 2007).

U farmakoresistentních poruch ADHD/ADD a poruch chování se užívá také lék Lithium. Jeho účinky jsou antiagresivní, antisuicidiální, ale i antimanický a antidepresivní. U dětí a dospívajících je doporučen tento lék při léčbě psychomotorického neklidu poruch chování, u agresivních mentálně retardovaných a autistických dětí. Doporučován je především pro pacienty starší dvanácti let. Použití léčby Lithiem je možné pouze za velmi přísných podmínek, velmi přesné diagnostiky a kontroly pro jeho nežádoucí účinky, rizika intoxikace a kontraindikace. Platí zásada, že pokud se nevyskytne onemocnění, které vyžaduje léčbu s pomocí antipsychotik, nepředepisují se. Na místě je také důraz na opatrnost při předepisování psychotropních léků u dětí předškolního věku a zvýšenou důslednost při samotné diagnostice v tomto období, neboť pouze přesná diagnóza a výskyt deprese umožňuje léčbu pomocí psychotropních léků (Brandon, Gamon, 2006).

Non-stimulans

Od prosince roku 2005 se v České republice užívá lék Atomoxetin (Strattera) – první non-stimulans. Nepodléhá zákonu o omamných prostředcích

a zároveň není ohroženo jeho zneužívání. Účinky tohoto léku jsou velmi shodné s účinky léku Ritalin, Concerta. Lék je doporučován jako lék první volby nejen u dětí, ale i u dospělých. Působí na základě změny aktivity noradrenalinového systému v prefrontálním kortexu a zároveň nemá vliv na hladinu serotoninu. Podává se jednou denně pro jeho dlouhodobější účinek. Zlepšuje usínání, nezhoršuje tiky a dokonce je možné jej užívat při nejtěžší formě tiku – Tourettova syndromu. Strattera je také předepisována dětem, u kterých není léčba simulanty úspěšná. Účinky léčby jsou velmi pozitivní. Dochází ke zmenšení příznaků hyperaktivity, nepozornosti, impulzivity, ale mají také vliv na poruchy spánku, úzkosti a tiky (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Prospěch léků, které jsou schváleny pro léčbu syndromu ADHD/ADD jejich příznivé účinky, konkrétní samotné ovlivnění dítěte jsou shrnuty následovně:

▪ **„ovlivnění motoriky:**

- *snižují hyperaktivitu na úroveň, která je běžná u zdravých dětí*
- *tlumí mnohomluvnost, vykřikování a vyrušování ve třídě*
- *zlepšují písmo (rukopis)*
- *zlepšují kontrolu jemné motoriky – pohybovou přesnost a obratnost*

▪ **ovlivnění sociální oblasti:**

- *tlumí afekty vzteku*
- *tlumí verbální a fyzickou agresi vůči vrstevníkům*
- *tlumí impulzivní krádeže a ničení věcí*
- *tlumí vzdor a opoziční chování vůči dospělým*
- *zlepšují sociální postavení mezi vrstevníky*
- *zlepšují schopnost dítěte samostatně pracovat a hrát si*
- *zlepšují vztahy v rodině, zejména mezi matkou a dítětem*

▪ **ovlivnění kognitivní oblasti: (psychické výkonnosti)**

- *zlepšují schopnost koncentrace pozornosti*

- *zlepšují krátkodobou paměť*
- *zmírňují roztěkanost*
- *zmírňují impulzivitu*
- *zlepšují schopnosti dokončit úkoly*
- *zlepšují přesnost při školní práci“ (Drtílková, 2007, str. 80).*

4.2 Psychoterapie

Psychoterapie spolu s farmakoterapií, ale také i s výchovným působením, EEG biofeedbackem patří mezi multifaktoriální způsoby léčby. Psychoterapie bývá dlouhodobá. Její podstata je především v prevenci vzniku sekundárních poruch chování, v pozitivním přijetí v sociálním prostředí, začlenění dítěte mezi své vrstevníky a působení na dítě pro správné přizpůsobení se ve své rodině. Psychoterapie slouží jako podpora samotnému dítěti s ADHD/ADD a jeho rodině. Velmi důležitá je spolupráce mezi dítětem, jeho rodinou, školou a psychoterapeutem (Hallowell, Ratey, 2007).

Nejčastěji užívané terapie pro děti se syndromem ADHD/ADD jsou:

- *Terapie pevným objetím*

Průkopnicí terapie pevného objetí u nás je Jiřina Prekopová. Dospělí pevně obejmou své dítě a i přes jeho protest v tomto láskyplném objetí pokračují. Cílem této terapie je vybouření, vykřičení se, prožití obrovského vzteku, nenávisti. Toto vše proti své vůli nakonec přináší pocit jistoty a nakonec zklidnění dítěte. Ovšem existuje i spousta odborníků, kteří ostře proti této terapii vystupují. Tento druh terapie u dětí s ADHD/ADD pracuje s jejich neklidem a v oblasti upevnění citového prožívání (Prekopová, 2010).

- *Kognitivně behaviorální terapie – terapie chování.*

Kognitivně-behaviorální terapie ovlivňuje myšlení a chování, především využívá tradiční racionalismus a logický pozitivismus. Tato terapie pomáhá uvědomit si, hodnotit a měnit špatné dysfunkční chování a zkreslené myšlení. Zejména techniky „Autoškola ABC“, která poukazuje na projevy

chování, které mají být ovlivněny antecedencí (předcházejícími událostmi) a konsekvencí (následující událostmi) a jejich změnou. Techniky „pozitivní posilování“ se zabývá reakcemi na podněty. Tyto praktiky se velmi osvědčily. Měly vliv na zmírnění projevů syndromu ADHD/ADD (Munden, Arcelus, 2006).

- *Systémová rodinná terapie.*

Syndrom ADHD/ADD není problémem pouze dítěte, ale především celé jeho rodiny. Terapie se zabývá zlepšením komunikace, lepších vztahů mezi členy v rodině. Cílem je nalézt vlastní řešení problému, které by se jinak neobjevily nebýt této poruchy. Tato metoda terapie se doporučuje zejména těm rodinám, kdy problémy vznikají ze špatné, nejednoznačné komunikace a především rodinám, kde jsou jejich vzájemné vztahy napjaté až rizikové (Djuričová, Kubička, 2009).

- *Metoda Biofeedback*

Metoda Biofeedback je vědecky složený postup. Úspěšný v tréninku pozornosti, koncentrace, paměti, zklidnění impulzivity a hyperaktivity, k dosažení lepšího intelektu, u poruch spánku, nočního pomočování, vývojové vady řeči, dyslexie, dyskalkulie. Jde o sebe-učení, kdy klient dostane zpětnou vazbu při hře. Hra – elektrody, které se přilepí na hlavu a snímají mozkové vlny a program je třídí do pásem a převádí do digitální podoby. Pokud aktivita narůstá v povoleném pásmu je klient odměněn, pokud ale narůstá v nepovoleném pásmu klientův úspěch mizí. Postupně se hyperaktivita upravuje a dostavuje žádaný efekt. Doporučuje se čtyřicet sezení. Účinky EEG-biofeedbacku se vyrovnají silnému psychostimulanciu (Tyl, Tylová, 2002).

Někteří odborníci na metodu EEG-biofeedback pohlížejí ne příliš optimisticky. Pro dosažení účinků léčby je zapotřebí mnoho sezení a opakování. Pro rodiče je tato metoda léčby méně vhodná, jednak není hrazená pojišťovnou a účinky léčby nejsou zcela jednoznačně prokázány (Goetz, Uhlíková, 2009).

- *Vojtova metoda*

Vojtova metoda, nebo-li metoda reflexní lokomoce je založena na principu reakce dítěte na pohyb a jeho kvalitě pohybového aparátu. MUDr. Václav Vojta hovoří o pohybových reakcích, o vrozených pohybových programech, které někdy bývají zablokovány. Včas diagnostikované hybné problémy a včasná léčba předchází motorickým, mentálním vývojovým poruchám, ale i svalové dysbalanci, bolesti zad, postavení páteře. Metoda také působí na senzitivní vegetativní, nervový systém včetně psychické složky (Orth, 2009).

- *Terapie symetrického tonického šíjového reflexu.*

Tento reflex se vyvíjí mezi čtvrtým a osmým měsícem věku dítěte. Jeho funkce je založena na správném a dostatečném lezení. Důraz je dán na symetrii pravé a levé strany těla. Změna reflexu je dána pohybem šíjí, která je příčinou změny ve svalovém napětí. Pokud tento reflex je špatně vyvinut následkem je nepohodlí, špatná koncentrace, nepozornost, koordinace. Vliv má také na společenský život dítěte pro špatné motorické schopnosti. Chybování v úkolech zvláště v psaní. Omezený vývoj STŠT se nejvíce objevuje u dětí se syndromem ADHD/ADD. Terapie je zaměřená na posilování symetrie těla, na vývoj reflexu pomocí cvičení zaměřené na lezení. Dítěti musí být nejméně pět let, aby bylo schopné terapie (O'Dell, Cook, 1999).

- *Terapie hrou, Dramaterapie*

Hra patří k základním výchovným prostředkům pro děti, ale i pro dospělé. Hru můžeme použít při diagnostice, při formování charakteru, odstranění napětí, úzkostí, negací, agresivity, podpořit sebevědomí, sebedůvěru, ovládnutí se. Pomocí hrou můžeme ukazovat a posilovat u dítěte určitá omezení, pravidla, správné chování, hrou se také upevňuje a demonstruje správné chování u problémových dětí. Dochází také k osvojování dovedností. Využívá se při skupinové psychoterapii, kdy ji používáme pro učení sociálních a emočních dovedností v přirozeném prostředí pro dítě. V této terapii je více dětí přibližného věku (Valenta, 2011).

- *Muzikoterapie, psychorelaxace*

Muzikoterapie patří mezi nejstarší terapie vůbec. Hudba má silný a okamžitý vliv na rytmus člověka. Zasahuje jeho psychickou i somatickou stránku. Hra je ideálním prostředníkem k navozování pocitu klidu nebo aktivity. Její účinky zároveň slouží pro odstranění napětí, zmírnění agrese. Rytmus pomáhá dítěti při kontrole pohybů, sebepoznání a respektování pravidel. Psychorelaxace je ideální metoda pro posilování sebevědomí dítěte. Pro dítě se syndromem ADHD/ADD je skvělá v oblasti uvolnění, relaxace (Beníčková, 2011).

- *Hipoterapie, canisterapie, psychomotorika, eurytmie*

Hipoterapie, canisterapie je terapie založená na kontaktu se zvířetem. Zde kůň a pes. Terapie spojuje fyzické a psychické prvky. Uvolňuje psychické a tělesné napětí.

Psychomotorika je založena na výchovném principu na spojení tělesného pohybu s duševním rozvojem.

Eurytmie je druh terapie, který je založený na vyjádření pocitu, prožitku, myšlenky pomocí pohybem. Při této terapii dochází k rozvíjení fantazie, empatie. U dětí se syndromem ADHD/ADD se uplatňuje v rámci vyjádření svých pocitů a následného uvolnění (Pipeková, 2001).

- *Farmakoterapie*

- *Dietní vlivy*

Eliminace některých druhů potravin, které mají za následek zvýšení, případně zesílení projevů, nejsou vědecky podložené (Drtílková, 2007).

- *Jógová cvičení*

Pomocnými terapeutickými metodami může být jóga, ale i bojová umění. Jógové cvičení posiluje mysl, koncentraci, celkové zklidnění, pozitivní účinky jsou zjevné i v oblasti sebekontroly (Brownová, 2006).

- *Bojová umění, pohyb*

Bojovým uměním je myšleno judo, karate. Důležité je vést dítě k filosofii bojového umění správným směrem, aby dítě pochopilo, že nejde o nápodobu k dalšímu násilí. Cvičení, pohyb posiluje koncentraci, disciplínu, především akceptovat autoritu, zvyšuje sebedůvěru a uvolnění emocí (Vyskotová, Zemánková, 2010).

- *Rozvíjející programy – HYPO, KUPOZ, KUMOT*

- program HYPO posiluje pozornost dětí, komunikační dovednosti, sociální zručnost (interakci s dospělou osobou), senzorio-motorické dovednosti. Je určený pro děti od 5,5 let do 6,5 – 8 let.

- program KUPOZ – je určen pro děti mladšího školního věku s věkovou hranicí 12. let. Jedná se především o práci v domácím prostředí pod vedením poradenského pracovníka po dobu patnácti týdnů. Posiluje se vazba mezi rodičem a dítětem a zároveň má vliv na rozvoj percepčně-kognitivní funkce.

- program KUMOT rozvíjí motoriku dětí ve věku 5 - 8 let. Orientuje se na adaptaci dětí ve školním prostředí pro jeho zlepšení. Procvičuje se vyjadřování citů, vnímání a komunikaci s kolektivem, ale také ovládání své agresivity. Program doprovází písňe za účelem relaxace (Michalová, 2007).

Včasná diagnostika a léčba ADHD/ADD je velmi důležitá a podstatná. Čím později se určí diagnóza, tím dražší je samotná léčba. Ze života dítěte a jeho rodiny nezmizí, ale pomůže úspěšně zvládnout výuku. Prognóza je příznivá, protože porucha je většinou vývojově podmíněna. Postupně ustupuje do pozadí a je kompenzována. Nepříznivá prognóza nastává při špatném výchovném prostředí dítěte. Prostřednictvím farmakoterapie a psychoterapie se může dítě naučit přizpůsobit se a především má možnost vést plnohodnotný a produktivní život (Babiaková, Marková, Venglářová, 2006).

PRAKTICKÁ ČÁST

5. CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY

5.1 Cíl práce & hypotéza

Cílem diplomové práce na téma „*Syndrom ADHD/ADD a faktory podílející se na jeho vzniku*“ bylo zjišťování faktorů, které měly za následek vznik ADHD/ADD u dětí. Přesněji, které negativními faktory se budou objevovat u dětí dotazovaných matek. Výzkumné šetření se orientovalo na nabízené faktory, zda-li se objevují a jak často se objevují. Součástí praktické části je ověření stanovených výzkumných hypotéz.

Hypotézy byly stanoveny:

H1: U více než 60% dotázaných matek se vyskytuje příbuzný s ADHD/ADD.

H2: U méně než 20% dětí dotazovaných matek je příčina vzniku ADHD/ADD neznámá.

H3: Průměr výskytu negativních faktorů pro období v těhotenství a porodu je vyšší než pro období po narození dítěte.

5.2 Metodika práce

Výzkumná činnost byla provedena v pedagogicko-psychologické poradně v Českých Budějovicích, kde hlavní ředitelství povolilo a umožnilo provést výzkumné šetření na jeho pracovištích v Jihočeském kraji. Přesněji na pracovišti pedagogicko-psychologické poradny Český Krumlov, Prachatice, Písek, Jindřichův Hradec, Strakonice, Tábor a České Budějovice. Výzkum byl

zaměřen na matky dětí s ADHD/ADD, které navštěvovaly tyto poradny v období od 1. prosince 2011 do 31. ledna 2012.

Na základě odborné literatury byla zvolena technika empirického výzkumu a explorativní metoda dotazník. Podle základního paradigmatu pedagogického výzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum. Prostředí realizace výzkumu bylo terénní, přirozené, v délce trvání dvou měsíců. Pro sběr dat byl sestaven, s pomocí vedoucí práce, strukturovaný anonymní dotazník zaměřený na zjišťování informací respondentek. Dotazník obsahoval šestnáct otázek. Trichotomické otázky, uzavřené polytomické otázky s výběrem jedné alternativy a s výběrem více alternativ.

Dotazník byl složen ze tří částí. První část byla vstupní, která obsahovala představení autora, důvod vzniku samotného dotazníku, který měl motivovat respondenta k pečlivému vyplňování a způsobu navrácení vyplněného dotazníku. Druhá část obsahovala otázky, které vedly k popření nebo potvrzení výzkumných hypotéz. První dvě otázky byly faktografické. Následovaly otázky informativní, které postupně přecházely k otázkám těžšího, citlivějšího charakteru.

Třetí část dotazníku obsahovala poděkování.¹

5.3 Harmonogram postupu

Na základě odborné literatury byl stanoven výzkumný problém v přípravné fázi výzkumu, se zaměřením na konkrétní zjišťování výskytu negativních faktorů u matek dětí s ADHD/ADD. Výběr respondentů byl náhodný. Realizace výzkumu byla plánována v pedagogicko-psychologické poradně, po požádání a udělení souhlasu ředitelstvím pedagogicko-psychologické poradny v Českých Budějovicích, se sběr dat a provedení výzkumu zaměřil na všechna jihočeská pracoviště, a to v Českém Krumlově, v Písku, ve Strakoniciích, v Prachaticích, v Táboře, v Jindřichově Hradci a

¹ Dotazník: viz příloha č.I

v Českých Budějovicích. Nejprve byla provedena pilotní studie u 30 respondentek, která vedla k úpravě dotazníku. Především k obměně příliš odborných otázek. Následně byly vytýčeny výzkumné hypotézy.

V druhé, realizační fázi se uskutečnil sběr dat. Osobní návštěvy všech pracovišť pedagogicko-psychologických poraden v Jihočeském kraji byly pozitivně přijaty, s prospěšnými radami a s oslovováním „budoucí kolegyně“ si zaměstnanci dotazníky odebrali. Dále byly dotazníky nabídnuty matkám dětí s ADHD/ADD. Anonymně vyplněné dotazníky se vkládaly do zalepené krabice s otvorem v čekárně poradny. Samotný sběr dat byl realizován ve dvouměsíčním období. V intervalu třech týdnů byla možnost osobně navštívit jednotlivé poradny. Při kontaktu s některými respondentkami bylo velmi milé překvapení, s jakou ochotou dotazník vyplňovaly. Při vyplňování dotazníku byla zcela omezena interakce pro případné zkreslení dat.

Po vyplnění dotazníku měly některé matky potřebu hovořit o tomto výzkumu, o studiu, o škole a byly nadšeny. Z každého osobního kontaktu byl nabyt velmi pozitivní pocit a hodnotné postřehy. Na konci období při sběru vyplněných dotazníků bylo zaměstnancům pedagogicko-psychologické poradny osobně a s malou pozorností poděkováno.

Ve třetí, vyhodnocovací fázi bylo vyřazeno dvanáct dotazníků pro neúplnost. Zjištěná data byla zpracovávána dle standardních postupů měření pedagogických výzkumů² a následně vložena do programu Microsoft Excel k dalšímu vyhodnocení. Vyhodnocená data byla znázorněna v grafech a tabulkách. Relativní četnost je zaokrouhlena na celá čísla. Relativní četnosti f_i je podíl četnosti absolutní n_i a celkové četnosti n . Současně byla ověřována platnost stanovených hypotéz pomocí konstrukce 95% intervalu spolehlivosti.

² Více: CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1369-4.

5.4 Charakteristika souboru

Výzkum se soustředil na pedagogicko-psychologické poradny v Jihočeském kraji, a to ve městě Český Krumlov, České Budějovice, Písek, Prachatice, Tábor, Jindřichův Hradec, Strakonice. Soubor tvořily matky dětí s ADHD/ADD. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků. Vráceno bylo 154 (77%). Pro neúplnost bylo vyřazeno 12 dotazníků. Sběr dat probíhal v délce dvou měsíců. K výsledné analýze dat bylo zpracováno celkem 142 dotazníků. Respondentky byly ve věku mezi 28 - 43 let. Nejvíce respondentek bylo ve věku mezi 26 - 35 lety (48%).

6. ANALÝZA DAT

6.1 Dotazníkové šetření

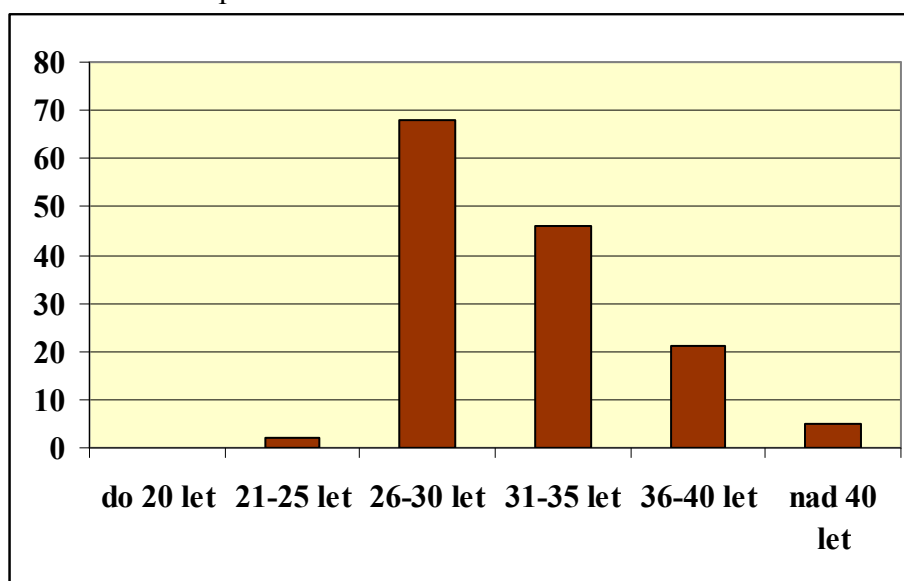
Otázka č. 1: „Jaký je Váš věk ?“

Z celkového počtu 142 respondentek bylo nejvíce zastoupeno ve věkovém období mezi 26–30 lety, a to 68 respondentek (48%). Ve věkové kategorii 31-35 let bylo 46 respondentek (32%). Ve věkové kategorii 36-40 let 21 respondentek (15%). Nejmenší zastoupení respondentek bylo ve věkové kategorii nad 40 let, 5 (4%) a 2 respondentky (1%) ve věkové kategorii 21-25 let. Respondentky mladší 20 let se dotazníkového šetření nezúčastnily.

Tab. č.1 Věk respondentek

interval	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
<20 let	0	0%
21-25 let	2	1%
26-30 let	68	48%
31-35 let	46	32%
36-40 let	21	15%
>40 let	5	4%
$\sum (n)$	142	100%

Graf č. 1 Věk respondentek



Zdroj: Vlastní výzkum

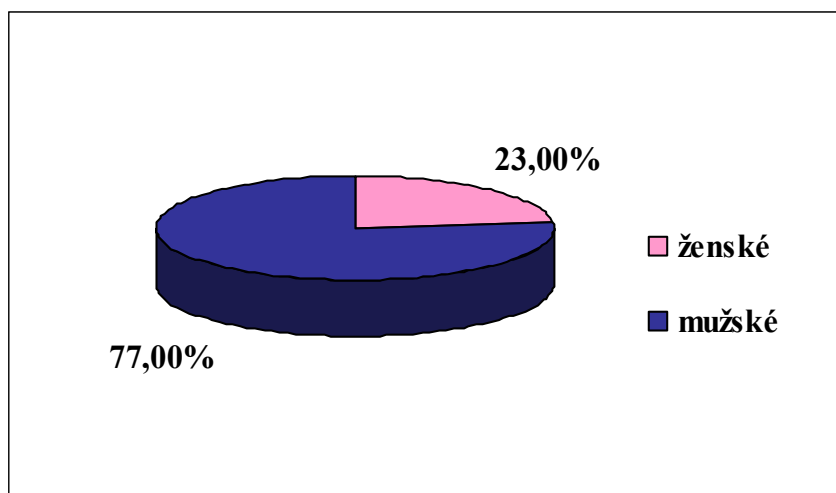
Otázka č. 2: „Uved'te pohlaví Vašeho dítěte“

Největší zastoupení dětí s ADHD/ADD dotazovaných respondentek bylo pohlaví mužského, a to 110 dětí (77%). Pohlaví ženského bylo 32 dětí (23%) s ADHD/ADD dotazovaných respondentek.

Tab. č. 2 Pohlaví dítěte

interval	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
ženské	32	23%
mužské	110	77%
$\Sigma (n)$	142	100%

Graf č. 2 Pohlaví dítěte



Zdroj: Vlastní výzkum

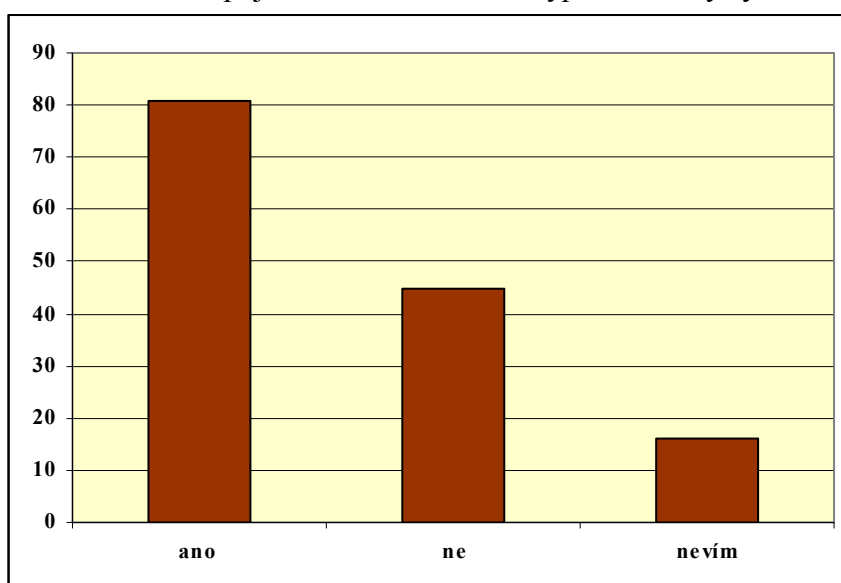
Otázka č. 3: Setkala jste se před diagnózou Vašeho dítěte s pojmem ADHD/ADD nebo Hyperkinetický syndrom?

S pojmem „syndrom ADHD/ADD“ před stanovením diagnózy u svého dítěte se setkala 81 respondentek (57%). 45 respondentek (32%) se s tímto pojmem neseťkalo. Pouze 16 respondentek (11%) se neumělo vyjádřit.

Tab.č.3 Znalost pojmu ADHD/ADD & Hyperkinetický syndrom

	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
ano	81	57%
ne	45	32%
nevím	16	11%
$\Sigma (n)$	142	100%

Graf č.3 Znalost pojmu ADHD/ADD & Hyperkinetický syndrom



Zdroj: Vlastní výzkum

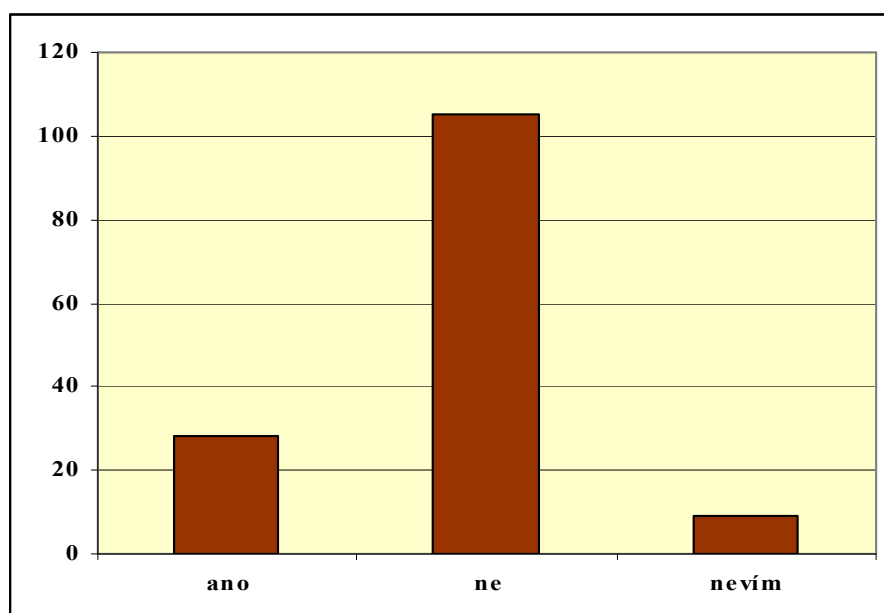
Otázka č. 4 „Setkala jste se před diagnózou Vašeho dítěte s informacemi o příčinách vzniku syndromu ADHD/ADD?“

S informacemi o vzniku ADHD/ADD se setkala pouze 28 respondentek (20%), 105 respondentek (74%) se s informacemi o příčinách vzniku ADHD/ADD nesešlo, 9 respondentek (6%) neumělo posoudit.

Tab. č. 4 Znalost informací

Interval	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
ano	28	20%
ne	105	74%
nevím	9	6%
$\Sigma (n)$	142	100%

Graf č. 4 Znalost informací



Zdroj: Vlastní výzkum

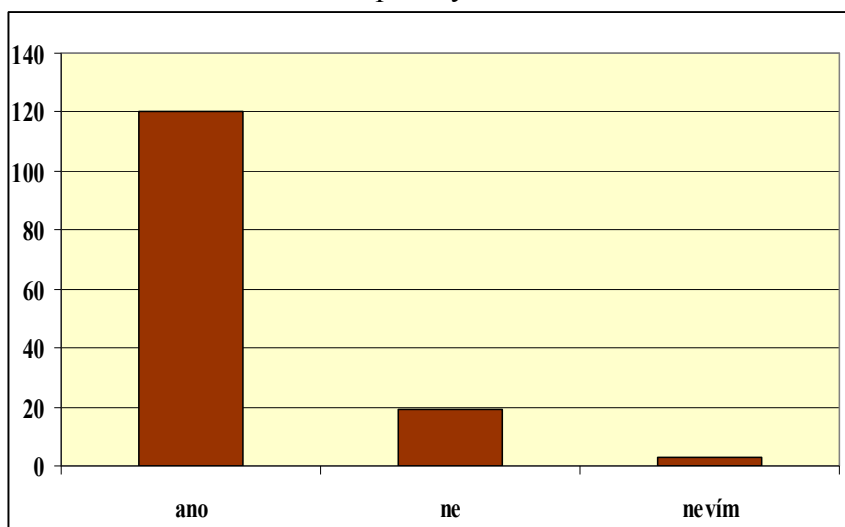
Otázka č. 5: „Znáte příčinu vzniku ADHD/ADD Vašeho dítěte?“

Příčinu vzniku syndromu ADHD/ADD svého dítěte znalo 120 respondentek (85%), u 19 dětí respondentek (13%) příčina vzniku nebyla zjištěna. Pouze 3 respondentky (2%) příčinu vzniku syndromu ADHD/ADD u svého dítěte nevěděly.

Tab. č. 5 Existence neznámé příčiny vzniku

interval	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
ano	120	85%
ne	19	13%
nevím	3	2%
$\Sigma (n)$	142	100%

Graf č. 5 Existence neznámé příčiny vzniku



Zdroj: Vlastní výzkum

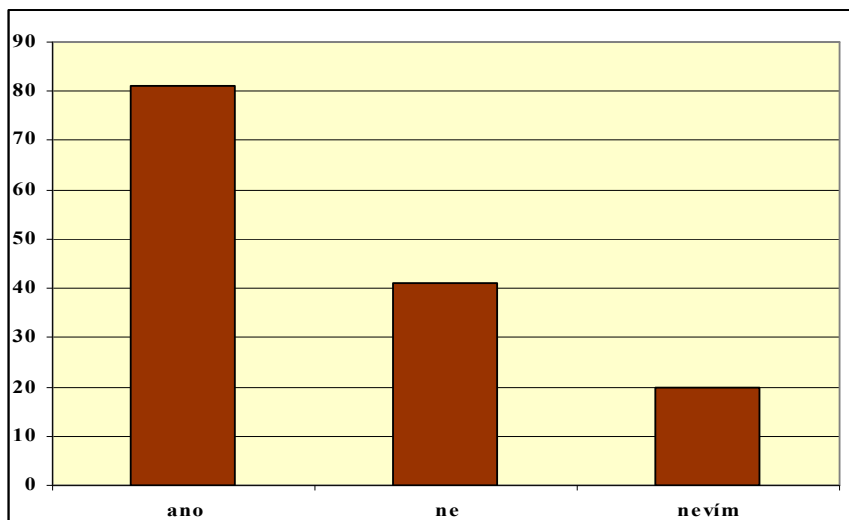
Otázka č. 6: „Vyskytuje se ve Vaší blízké rodině jedinec (příbuzný) s ADHD/ADD?“

U 81 respondentek (57%) se vyskytuje příbuzný s ADHD/ADD. Pouze 41 respondentek (29%) odpovědělo, že se v jejich rodině příbuzný s ADHD/ADD nevyskytuje. Nevědělo 20 respondentek (14%).

Tab.č.6 Příbuzný jedinec s ADHD/ADD v rodině

interval	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
ano	81	57%
ne	41	29%
nevím	20	14%
$\Sigma (n)$	142	100%

Graf č. 6 Příbuzný jedinec s ADHD/ADD v rodině



Zdroj: Vlastní výzkum

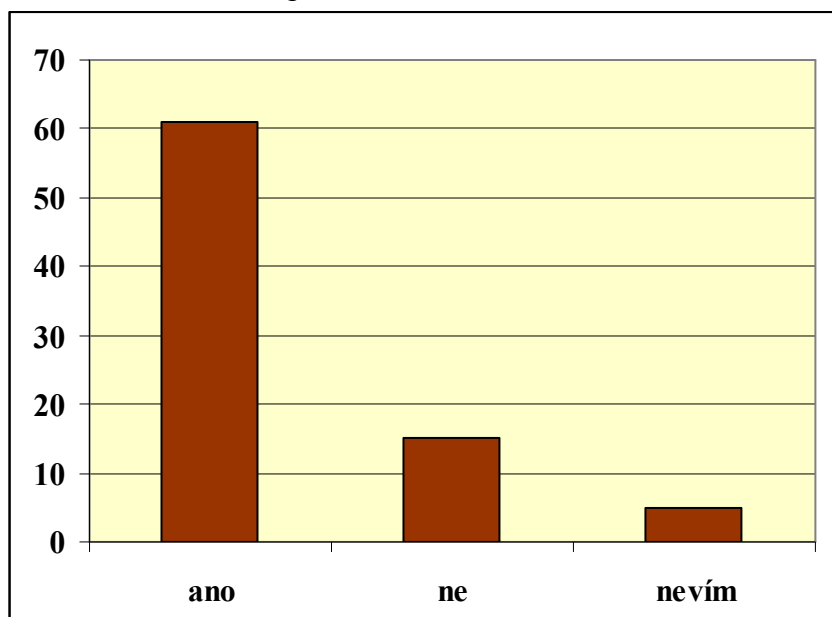
Otázka č. 7: „Pokud ano, byla jste seznámena s problematikou ADHD/ADD?“

V otázce č. 6 odpovědělo 81 respondentek o přítomnosti příbuzného s ADHD/ADD v rodině dítěte s ADHD/ADD. Pouze pro tyto respondentky následovala otázka č.7, zda byly seznámeny s problematikou ADHD/ADD. Pouze 61 respondentek (75%) označilo, že s problematikou seznámeno bylo a 15 respondentek (19%) problematikou seznámeno nebylo, 5 respondentek (6%) se nevyjádřilo.

Tab.č. 7 Seznámení s problematikou ADHD/ADD

interval	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
ano	61	75%
ne	15	19%
nevím	5	6%
$\Sigma (n)$	81	100%

Graf č. 7 Seznámení s problematikou ADHD/ADD



Zdroj: Vlastní výzkum

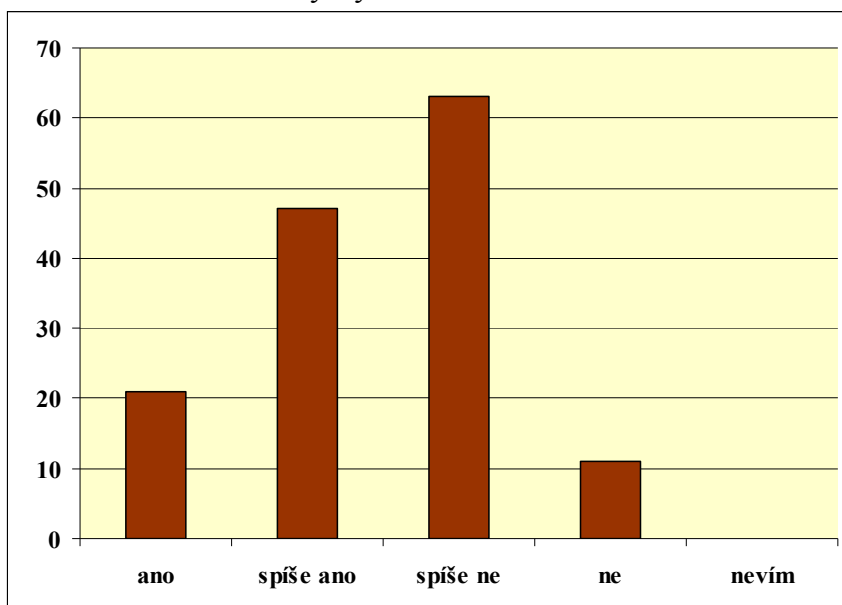
Otázka č. 8: „Myslíte si, že je výskyt informací dostatečný?“ (O negativních faktorech, které mohou vést ke vzniku ADHD/ADD)

21 respondentek (15%) považovalo výskyt informací za dostatečný, 47 respondentek (33%) zvolilo „spíše ano“, až 63 respondentek (44%) se vyjádřilo k výskytu informací intervalem „spíše ne“ a 11 respondentek (8%) považovalo výskyt za nedostatečný.

Tab. č. 8 Dostatečnost výskytu informací

interval	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
ano	21	15%
spíše ano	47	33%
spíše ne	63	44%
ne	11	8%
nevím	0	0%
$\Sigma (n)$	142	100%

Graf č. 8 Dostatečnost výskytu informací



Zdroj: Vlastní výzkum

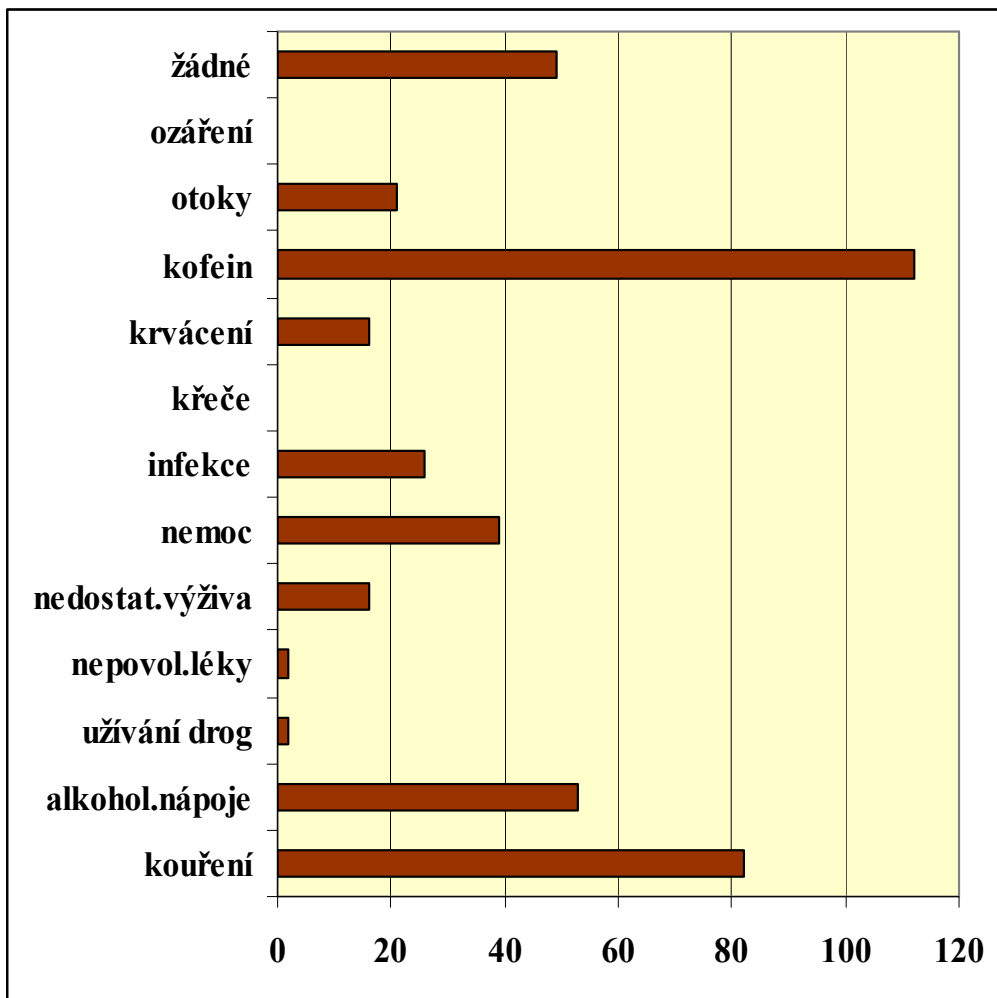
Otázka č. 9: „Které negativní faktory se objevovaly ve Vašem těhotenství?“

Respondentky měly možnost vybrat více negativních faktorů. Největší četnost měl faktor „kofein“, a to až u 112 respondentek (79%). Druhým nejčastějším faktorem v období těhotenství byl faktor „kouření“ u 82 respondentek (58%). Dalšími nejvíce objevovanými faktory byly „užívání alkoholických nápojů“ u 53 respondentek (37%), dále „nemoc“ označilo 39 (27%), „infekce“ označilo 26 (18%), „otoky“ 21 (15%), „nedostatečná výživa“ a „krvácení“ se objevilo u 16 respondentek (11%), „užívání drog“ a „užívání nepovolených léků“ se objevilo u 2 respondentek (1%). U 49 respondentek se uvedené negativní faktory neobjevily.

Tab. č. 9 Negativní faktory v těhotenství

faktor	celková četnost (<i>n</i>)	relativní četnost (<i>f_i</i>)
kouření	82	58%
alkohol.nápoje	53	37%
užívání drog	2	1%
nepovol.léky	2	1%
nedostat.výživa	16	11%
nemoc	39	27%
infekce	26	18%
křeče	0	0%
krvácení	16	11%
kofein	112	79%
otoky	21	15%
ozáření	0	0%
žádné	49	35%

Graf č. 9: Negativní faktory v těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

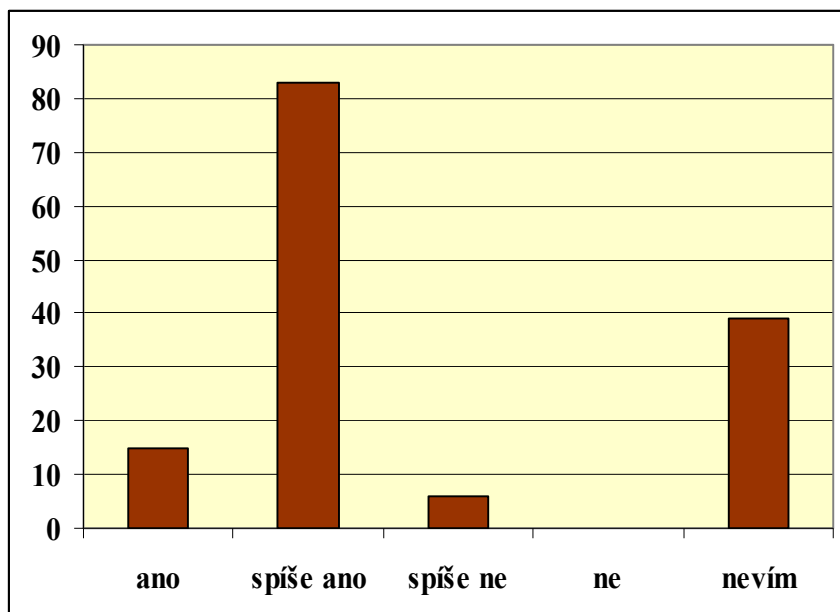
Otázka č. 10: „Předcházela jste rizikovým faktorům v období těhotenství?“

„Spíše ano“ předcházelo 83 dotazovaných matek (58%) negativním faktorům v období těhotenství. Pouze 15 dotazovaných matek (11%), které označily „ano“ těmto faktorům předcházelo. „Spíše ne“ označilo 6 dotazovaných matek (4%). Nevědělo 39 dotazovaných (27%).

Tab. č. 10 Předcházení rizikovým faktorům

interval	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
ano	15	11%
spíše ano	83	58%
spíše ne	6	4%
ne	0	0%
nevím	39	27%
$\Sigma (n)$	142	100%

Graf č. 10 Předcházení rizikovým faktorům



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 11: „Jaký jste měla porod?“

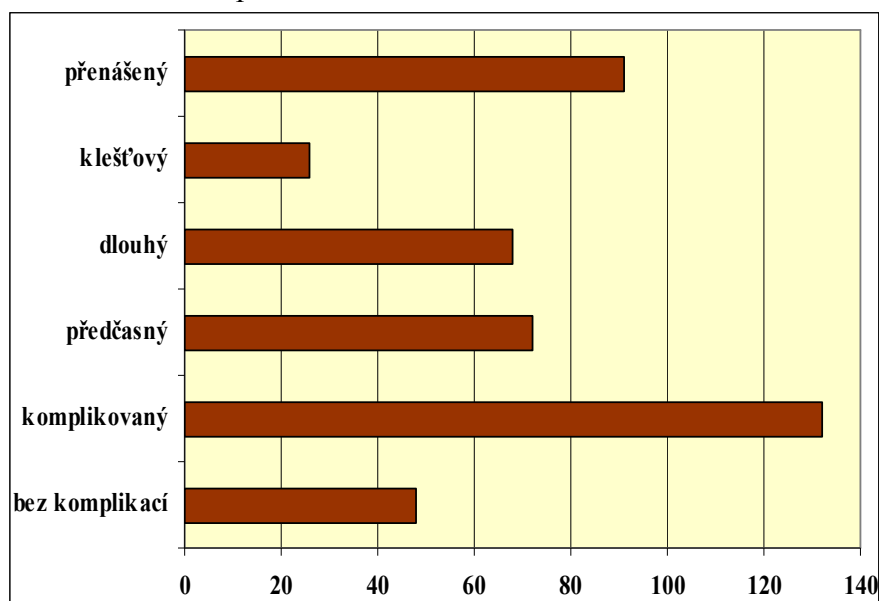
Respondentky měly možnost označit jeden nebo více z nabízených faktorů.

Nejvíce byl označen faktor „*komplikovaný*“, a to 132 dotazovanými (93%). Druhým nejčastějším faktorem byl faktor „*přenášený*“, který se objevil u 91 dotazovaných (64%), „*předčasný*“ se objevil u 72 dotazovaných (51%). „*Dlouhý*“ porod mělo 68 dotazovaných (48%). U 26 dotazovaných matek (18%) byl porod „*klešťový*“. Pouze u 48 dotazovaných (34%) byl porod bez komplikací.

Tab. č. 11 Průběh porodu

faktor	celková četnost (n)	relativní četnost (f_i)
bez komplikací	48	34%
komplikovaný	132	93%
předčasný	72	51%
dlouhý	68	48%
klešťový	26	18%
přenášený	91	64%

Graf č. 11 Průběh porodu



Zdroj: Vlastní výzkum

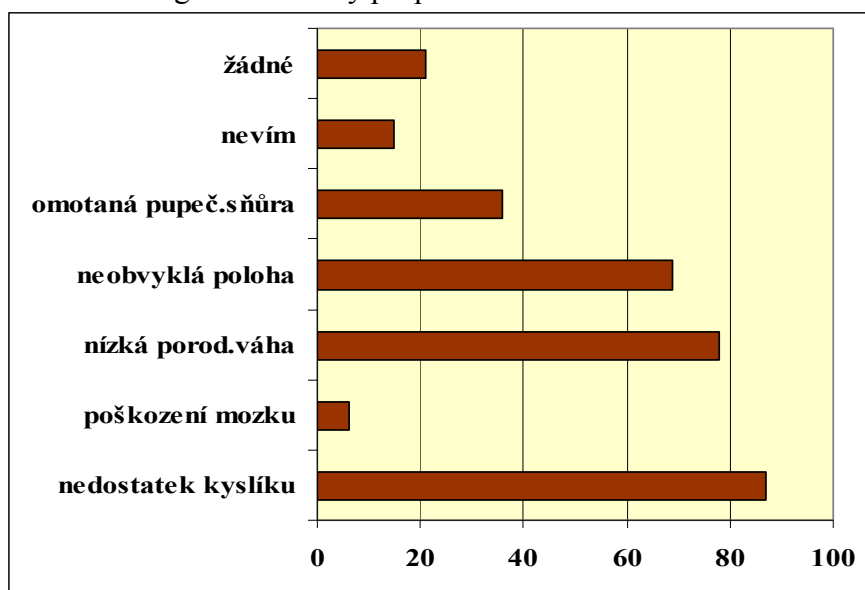
Otázka č. 12: „Které negativní faktory nastaly u Vašeho dítěte při porodu?“

Respondentky měly možnost označit jeden nebo více nabízené faktory. 87 dotazovaných (61%) označilo faktor „nedostatek kyslíku“. „Nízká porodní váha“ u dětí se objevila u 78 dotazovaných žen (55%). Faktor „neobvyklá poloha“ označilo 69 dotazovaných (49%), faktor „omotaná pupeční šňůra“ 36 dotazovaných (25%), 6 dotazovaných žen (4%) označilo „poškození mozku“. U 21 dotazovaných (15%) se negativní faktory neobjevily a 15 dotazovaných (11%) nevědělo.

Tab. č. 12 Negativní faktory při porodu

faktor	celková četnost (<i>n</i>)	relativní četnost (<i>f_i</i>)
nedostatek kyslíku	87	61%
poškození mozku	6	4%
nízká porod.váha	78	55%
neobvyklá poloha	69	49%
omotaná pupeč.sňůra	36	25%
nevím	15	11%
žádné	21	15%

Graf č. 12 Negativní faktory při porodu



Zdroj: Vlastní výzkum

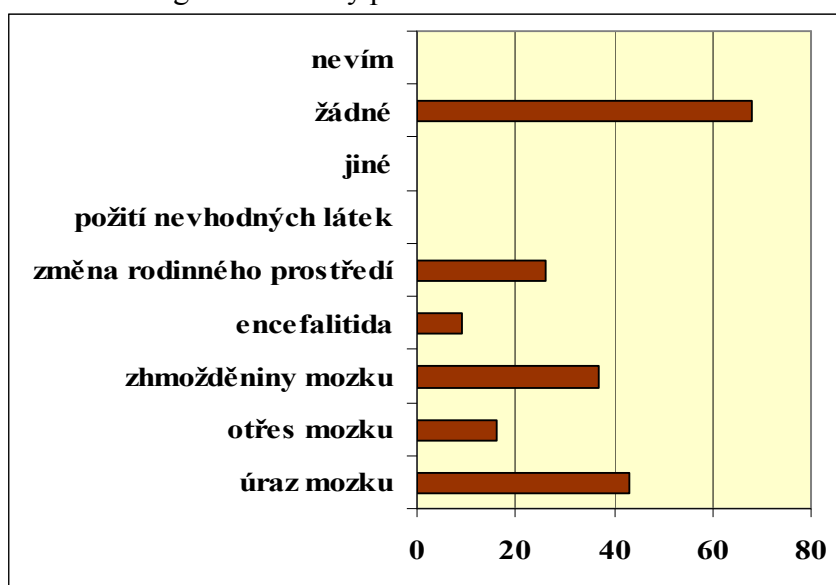
Otázka č. 13: „Které negativní faktory nastaly po narození Vašeho dítěte?“

Respondentky měly možnost označit jeden nebo více nabízené faktory. 86 respondentek (60%) označilo faktor „žádné“, 3 respondentky (2%) označily faktor „úraz mozku“, faktor „otřes mozku“ označilo 9 respondentek (6%), faktor „změna rodinného prostředí“ 26 respondentek (18%), faktor „změna školy“ označilo 12 respondentek (8%), faktor „encefalitida“ označilo 9 respondentek (6%). Faktory „jiné“, „nevím“, „požití nevhodných látek“ respondentky neoznačily.

Tab. č. 13 Negativní faktory po narození dítěte

faktor	celková četnost (n)	relativní četnost (f_i)
úraz mozku	3	2%
otřes mozku	9	6%
zhmožděniny mozku	0	0%
encefalitida	9	6%
změna školy	12	8%
změna rodinného prostředí	26	18%
požití nevhodných látek	0	0%
jiné	0	0%
žádné	86	60%
nevím	0	0%

Graf č. 13 Negativní faktory po narození dítěte



Zdroj: Vlastní výzkum

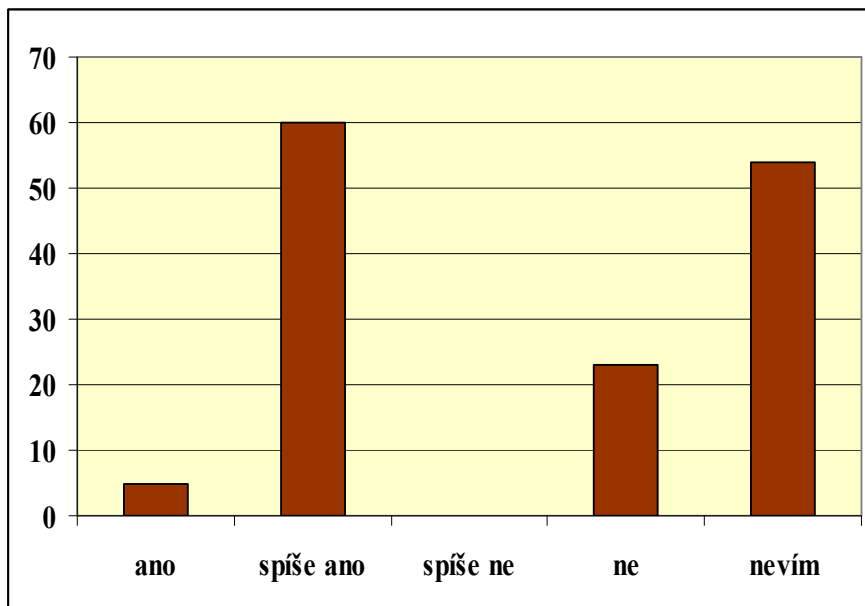
Otázka č. 14: „Myslíte si, že jste mohla předejít nebo ovlivnit vznik syndromu ADHD/ADD?“

Ze 142 respondentek (100%) 60 (42%) označilo „spíše ano“, „Ne“ označilo 23 respondentek (16%), 5 respondentek (4%) se domnívaly, že mohly předejít nebo ovlivnit vznik syndromu ADHD/ADD. Nevědělo 54 respondentek (38%).

Tab. č. 14 Vliv matky na vznik syndromu ADHD/ADD

	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
ano	5	4%
spíše ano	60	42%
spíše ne	0	0%
ne	23	16%
nevím	54	38%
Σ (n)	142	100%

Graf č. 14 Vliv matky na vznik syndromu ADHD/ADD



Zdroj: Vlastní výzkum

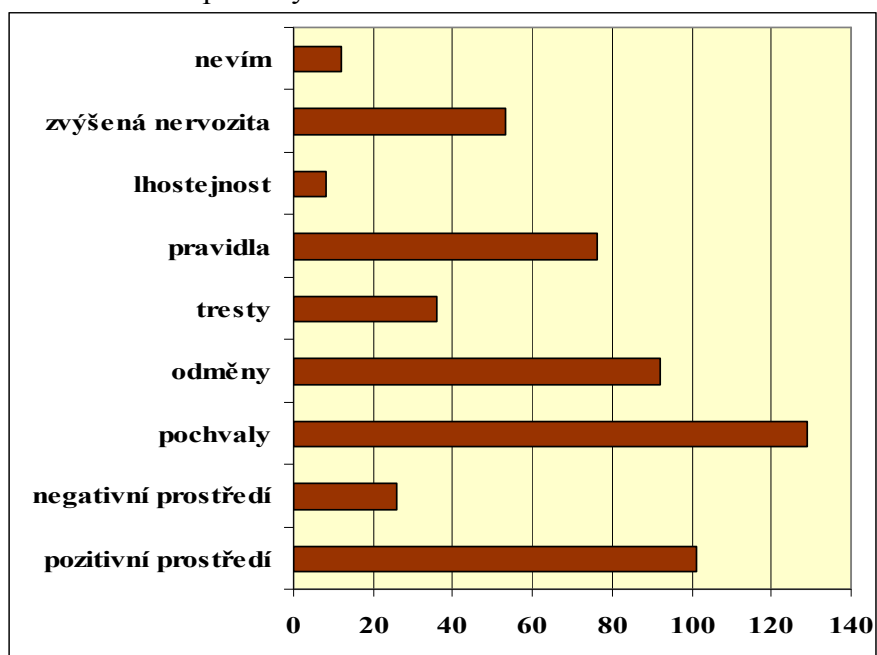
Otázka č. 15: „Která z možností nejvíce vystihuje Váš přístup k dítěti?“

K faktoru „*pochvaly*“ se vyjádřilo 129 respondentek (90%). Druhým nejčetnějším faktorem byl faktor „*pozitivní prostředí*“ (71%), dalšími faktory byly v pořadí: faktor „*odměny*“ (65%), „*pravidla*“ (53%), „*zvýšená nervozita*“ (37%), faktor „*tresty*“ (25%), „*negativní prostředí*“ (18%), „*lhostejnost*“ (6%) Nevědělo 12 respondentek (30%).

Tab. č. 15 Přístup matky k dítěti

faktor	celková četnost (<i>n</i>)	relativní četnost (<i>f_i</i>)
pozitivní prostředí	101	71%
negativní prostředí	26	18%
pochvaly	129	90%
odměny	92	65%
tresty	36	25%
pravidla	76	53%
lhostejnost	8	6%
zvýšená nervozita	53	37%
nevím	12	30%

Graf č.15 Přístup matky k dítěti



Zdroj: Vlastní výzkum

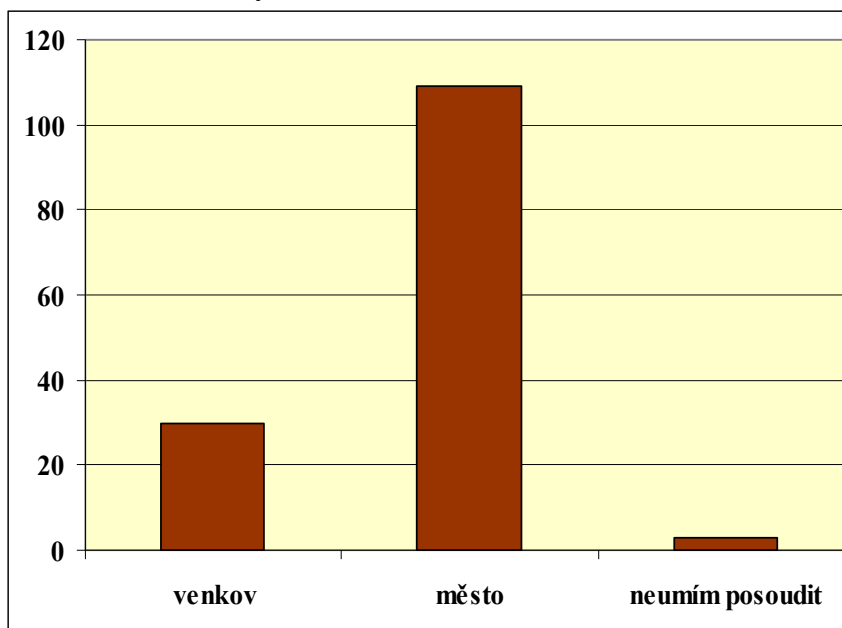
Otázka č. 16: „Bydlíte na venkově nebo ve městě?“

Většina respondentek bydlí ve městě (77%). Pouze 30 respondentek (21%) bydlí na venkově. Neumělo posoudit 3 respondentky (2%).

Tab. č. 16 Situace bydlení

	absolutní četnost (n)	relativní četnost (f_i)
venkov	30	21%
město	109	77%
neumím posoudit	3	2%
$\Sigma (n)$	142	100%

Graf č. 16 Situace bydlení



Zdroj: Vlastní výzkum

6.2 Interpretace výsledků

Cílem diplomové práce bylo zjišťování faktorů, které měly za následek vznik syndromu ADHD/ADD. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na matky dětí s ADHD/ADD. K tomuto účelu byl sestaven dotazník, který obsahoval 16 otázek. Celkem se zúčastnilo 142 respondentek. Nejvíce respondentek bylo ve věku mezi 26-30 lety, 68 (48%). Ve věku mezi 31-35 let bylo 46 respondentek (32%). Matky mladší dvaceti let se dotazníkového šetření nezúčastnily a pouze 5 dotazovaným matkám (4%) bylo přes čtyřicet let. Celkem 110 (77%) respondentek uvedlo mužské pohlaví svého dítěte s ADHD/ADD. Pouze 32 respondentek (23%) označilo ženské pohlaví. Vágnerová se zmiňuje o častějším výskytu poruchy u chlapců. Z dotazníkové šetření vyplývá, že skutečně výskyt chlapců převyšuje výskyt dívek.

Informativně byla položena otázka, zda se dotazované matky setkaly s termínem „syndrom ADHD/ADD nebo Hyperaktivita“ před stanovením diagnózy u svých dětí. Z celkového počtu 142 dotazovaných matek se s tímto pojmem setkalo 81 dotazovaných matek (57%), 45 (32%) dotazovaných matek se s tímto pojmem neseťkalo a 16 dotazovaných matek (11%) nevědělo. Obecně lze předpokládat, že společnost tento pojem znát bude. V současné době není vzácností potkat matku, která nezvládá výchovu svého potomka. Špatné projevy dítěte omlouvá a odvolává se na termín „hyperaktivita“, aniž by se porucha u dítěte vyskytovala.

S pojmem se setkalo 81 (57%) dotazovaných matek, ale s informacemi o příčinách vzniku ADHD/ADD pouze 28 (20%). Až 105 respondentek (44%) se s informacemi neseťkalo a 9 (6%) se neumělo vyjádřit.

Prof. Drtílková zmiňuje nutnost připustit i neznámé příčiny vzniku. Dotazníkovým šetřením se zjistila neznámá příčina vzniku u 19 dětí respondentek (13%). Až 120 respondentek (85%) znalo příčinu vzniku ADHD/ADD svých dětí. Pouze 3 respondentky (2%) nevěděly.

Mezi hlavní faktory vzniku ADHD/ADD patří genetické vlivy. Hledisko dědičnosti výzkumného souboru se posuzovalo na otázce, zda se v rodině dítěte s ADHD/ADD vyskytuje blízký příbuzný s ADHD/ADD. Z dotazníkového šetření se zjistilo, že 81 respondentek (57%) označilo kladnou

odpověď. Michalová uvádí genetický podíl na vzniku syndromu ADHD/ADD 50-70%. Pouze u 41 respondentek (29%) hledisko dědičnosti nebylo, 20 respondentek (14%) nevědělo. Respondentky, které označily „ne“ následující otázku přeskočily. Z 81 dotazovaných (100%), které potvrdily v předešlé otázce přítomnost příbuzného s ADHD/ADD v rodině, bylo 61 dotazovaných (75%) seznámeno s problematikou ADHD/ADD, 15 respondentek (19%) seznámeno nebylo a 5 (6%) se nevyjádřilo. Nabízí se otázka, zda by nastávající rodiče, kde je podezření na genetickou dispozici k ADHD/ADD, neměly být o dané problematice informovány co nejdříve. Závažnost a sociální následky vývojové poruchy při pozdní diagnostice jsou v některých případech pro společnost zatěžující a drahé.

Ve výzkumném šetření se ukázalo, že 63 dotazovaných (44%) pokládalo výskyt informací za „spíše ne“ nedostatečný. Za zcela nedostatečný považovalo 11 respondentek (8%). Interval „spíše ano“ označilo 47 respondentek (33%), pouze 21 respondentek (15%) považuje výskyt informací za zcela dostatečný.

Na vzniku syndromu se také podílí vnější vlivy. Jejich míra je sice menší než genetické vlivy. Přesto je velmi důležité o nich hovořit. Většině z nich lze předejít. Vnější vlivy řadíme do prenatálních, perinatálních a postnatálních faktorů. Prenatálním faktorům se věnovala také otázka č. 9. Respondentky měly možnost označit více faktorů, které se objevily. Až 112 respondentek (79%) označilo faktor „kofein“. Kofein zvyšuje krevní tlak a vysoký krevní tlak patří do rizikových faktorů. Druhým nejvíce označeným faktorem bylo „kouření“. Zelinková se zmiňuje o hlavních faktorech vzniku ADHD/ADD o genetických vlivech, ale také zmiňuje toxiny z vnějšího prostředí. Vysoký podíl má nikotin. Přes rozsáhlou preventivní kampaň Ministerstva zdravotnictví je závažnější vysoká četnost výskytu kouření ve výzkumném souboru. Až 82 respondentek (58%) v době těhotenství kouřilo.

Nejenom nikotin, ale také užíváním alkoholických nápojů v těhotenství, se prokázal vliv na vznik syndromu ADHD/ADD. Dětský psychiatr Munden se zmiňuje o hrozbě poškození dětského mozku před narozením. V současné době spatřuje největší rizika ve sklonu matky k nikotismu a alkoholismu. Několika

studiemi byl prokázán výskyt větších projevů ADHD/ADD u matek, které během těhotenství užívaly alkoholické nápoje ve větším množství. U respondentek výzkumného souboru se nezjišťovala míra užívání alkoholických nápojů, ale zda je vůbec užívaly. Užívání alkoholických nápojů označilo 53 respondentek (37%). Tento faktor je třetí v pořadí negativních faktorů, které se objevily v prenatalním období respondentek. Mezi rizikové faktory také patří zdravotní stav matky v prenatalním období. Mezi nejrizikovější patří nemoc matky, otoky, infekce, krvácení, křeče. U 26 respondentek (18%) se „*nemoc*“ také objevila, „*otoky*“ u 21 respondentek (15%), „*infekce*“ u 26 (18%), „*křeče*“ se u dotazovaných respondentek neobjevily. K rizikovým faktorům také patří „*ozáření*“ matky (u respondentek se neobjevilo), užívání drog a léků nestanovené lékařem. „*Užívání drog*“ a „*léky nestanovené lékařem*“ označily 2 respondentky (1,4%). U 49 respondentek (35%) se rizikové negativní faktory neobjevily. Přesto 83 respondentek (58%) označilo, že „*spíše ano*“ předcházely rizikovým faktorům a „*ano*“ označilo 15 respondentek (11%). Nabízí se úvaha, zda jsou informace o rizikových faktorech dostatečné a dostatečně vysvětleny. Pouze 6 respondentek (4%) označilo „*ne*“ (nepředcházely rizikovým faktorům) a 39 respondentek (27%) se neumělo vyjádřit. Celkově výzkum poukázal na vysokou četnost výskytu negativních faktorů v prenatalním období.

Dalším rizikovým obdobím je perinatální období. Prof. Drtílková se zmiňuje o komplikacích v perinatálním období, o vzniklých faktorech, které se podílejí na vzniku této poruchy. Uvádí především předčasný porod a nízkou porodní váhu. K dalším faktorům, které se podílejí na vzniku poruchy, patří také nedonošenost, přenošenost, dlouhý nebo komplikovaný porod, neobvyklá poloha plodu, účinky léků při porodu. Z celkového počtu 142 respondentek mělo 132 (93%) „*komplikovaný porod*“, 91 (64%) své dítě v těhotenství „*přenášelo*“ a zároveň 72 respondentek (51%) mělo „*předčasný porod*“, 68 (48%) uvedlo „*dlouhý*“ porod. U 26 respondentek (18%) byly užity při porodu dítěte kleště, která přinášejí rizika spojené s poškozením mozku. V perinatálním období může také dojít k poškození mozku i při hypoxii. Snížený obsah kyslíku ve tkáních, při zpomalení krevního oběhu, ovlivňuje

stupeň poškození části mozku. Jedním z následků může být i vznik ADHD/ADD. Až 87 respondentek (61%) uvedlo výskyt tohoto negativního faktoru při porodu. Faktor „*nízká porodní váha*“ uvedlo 78 respondentek (55%), faktor „*neobvyklá poloha*“ 69 (49%), faktor „*omotaná pupeční šňůra*“ označilo 36 respondentek (25%), 15 respondentek (11%) nevědělo. U 6 dětí dotazovaných (4%) se objevil faktor „*poškození mozku*“. Pouze u 21 (15%) se vyjmenované negativní faktory neobjevily a současně 48 respondentek (34%) označilo svůj průběh porodu faktorem „*bez komplikací*“.

V postnatálním období je výskyt rizikových faktorů menší. Michalová poukazuje především na infekce, úrazy, látky, jedy, toxiny, cévní poruchy. V perinatálním období se nejvíce vyskytují úrazy hlavy, otřesy hlavy, zhmožděny hlavy a encefalitida. Také u dětí s ADHD/ADD dotazovaných respondentek se tyto negativní faktory objevily. Faktor „*úraz mozku*“ označily 3 respondentky (2,11%), „*otřes mozku*“ 9 (6%), „*encefalitida*“ se objevila u 9 dětí (6%) respondentek. Odborná literatura uvádí 10% výskyt postnatálních faktorů. Není tedy překvapující nízký výskyt uvedených faktorů u dotazovaných respondentek. Z celkového počtu dotazovaných (142) se u 86 respondentek (61%) uvedené postnatální faktory neobjevily. Dětská psycholožka českého původu Jiřina Prekopová se zmiňuje o dalších faktorech, které mohou být součástí několika vlivů podílejících se na vzniku ADHD/ADD. Mohou to být vlivy životního prostředí, celkové společenské klima, vlivy školských zařízení a vlivy rodiny její citové vztahy, přístup a výchovné postoje. Tyto vlivy vyvolávají neklid a právě neklid je jednou z příčin hyperaktivního chování. Hyperaktivita se pak může stát následkem příliš velké zátěže v určitém citlivém vývojovém stupni. Také u 26 dotazovaných respondentek (18%) se objevil faktor „*změna rodinného prostředí*“, faktor „*změna školy*“ u 12 respondentek (8%).

Mezi postnatální faktory patří i otrava olovem, tedy obsah olova v krvi. Vazba mezi obsahem olova v krvi a syndromem ADHD/ADD byla vědecky prokázána (Munden, Arcelus, 2002). Obsah olova v krvi je přítomen pouze u některých dětí, převážně které bydlí ve velkých městech a dýchají škodliviny, výfukové plyny. Nelze tedy jasně stanovit jako příčinu vzniku syndromu obsah

olova v krvi, ale můžeme říci, že je-li v krvi dítěte více toxinů, může dojít spolu s dalšími faktory ke vzniku poruchy. Zajímavé je, že většina dětí s ADHD/ADD dotazovaných respondentek 109 (77%) žije ve městě a 30 (21%) na venkově. Pouze 3 respondenty (2%) místo svého bydlení neuměly posoudit.

Zelinková se také zmiňuje o psychologické teorii, která ukazuje na možné propojení vrozené dispozice k hyperaktivitě a výchovou rodičů. Dětem, které mají tuto vrozenou dispozici k hyperaktivitě a zároveň vyrůstají v dysfunkční rodině, se zvyšuje procento vzniku této poruchy a zároveň ke vzniku dalších projevů. Dotazované matky označily, prostřednictvím dotazníku, přístup ke svému dítěti s ADHD/ADD. Dotazované matky dětí s ADHD/ADD nejvíce označily faktor „*pochvaly*“, 129 (90%). Faktor „*odměny*“ 92 respondentek (65%). Důležitý je také faktor „*pozitivní prostředí*“, které označilo 101 respondentek (71,12%), spolu s výchovou dítěte k pravidlům a správné nastavení pravidel je možné předejít tak vzniku sociálně patologickým jevům. Faktor „*pravidla*“ označilo 76 respondentek (53%). Vzhledem k situaci, že vychovávat dítě se syndromem ADHD/ADD je stresující, není překvapující označení 53 respondentek (37%) faktor „*zvýšená nervozita*“. Ovšem to nemusí znamenat, že tyto dotazované matky dětí s ADHD/ADD mají špatný přístup ke svým dětem. Psycholožka Vágnerová se zmiňuje o problematice syndromu ADHD/ADD a jeho negativním vlivu na rodinné prostředí. Z toho také možná vyplývá proč 26 respondentek (18%) označilo faktor „*negativní prostředí*“, 36 (25%) faktor „*tresty*“, 8 (6%) faktor „*lhostejnost*“. Pouze 12 respondentek (30%) nevědělo vyjádřit svůj přístup.

Syndrom ADHD/ADD je velmi stresujícím faktorem především pro samotné rodiče. Některé závažnější projevy této poruchy mohou vést k únavě, zvýšené nervozitě, špatnému přístupu k dítěti s ADHD/ADD, rezignovanosti, hledání viníka, kdo v rodině může za toto poruchu, odkud se vzala. Hlavním faktorem vzniku jsou genetické vlivy, ale na vzniku této poruchy se také podílí vnější prenatální, perinatální a postnatální vlivy. Některým předejít nelze, ale existují i takové faktory, kterým lze předejít. Dotazované matky dětí s ADHD/ADD označily také faktory, kterým lze předejít. Není cílem této práce

spekulovat, zda matky, které nepředcházely negativním faktorům mohou za vznik ADHD/ADD u jejich dítěte. Dotazované matky již děti s ADHD/ADD mají. Můžeme říci, že naplno si prožívají projevy této poruchy. Ne vždy jsou tyto projevy mírné. Silně se dotýkají psychické stránky celé rodiny. Nejvíce však samotné matky. Záměrně byla položena, i když pouze informativně, otázka, zda jsou si některé dotazované matky vědomy, zda mohly předejít nebo ovlivnit vznik syndromu ADHD/ADD. Překvapujícím zjištěním bylo, že 60 dotazovaných matek (42%) označilo, že „*spíše ano*“ poruše předejít mohly. A 5 dotazovaných matek (4%) označilo „*ano*“, ovlivnit poruchu mohly. Pouze 23 dotazovaných matek (16%) označilo „*ne*“, uvědomují si, že poruše předejít nemohly. A 54 (38%) respondentek nevědělo.

Z výzkumného šetření vyplývá, že výskyt negativních faktorů není malý a zároveň potvrzuje výskyt několika faktorů najednou, které mají vliv na vznik ADHD/ADD.

6.3 Dílčí závěry

H1: U více než 60% dotázaných se vyskytuje příbuzný s ADHD/ADD.

Pro ověření platnosti hypotézy byl zvolen koeficient obvykle požadované spolehlivosti 95% (dosazujeme hodnotu $1,96$)³ pro podíl dotazovaných, u kterých se vyskytuje příbuzný s ADHD/ADD. Porovnávala se také skutečnost překrytí daného intervalu s intervalem 60% - 100%, nebo-li předpokládanou hypotézou více než 60%.

Otázka č. 6 „Vyskytuje se ve Vaší blízké rodině jedinec (příbuzný) s ADHD/ADD?“

interval	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
ano	81	57%
ne	41	29%
nevím	20	14%
$\sum (n)$	142	100%

Tab.č. 17 Kontingenční tabulka první hypotézy

Podíl dotazovaných, u kterých se vyskytuje příbuzný s ADHD/ADD byl zjištěn výpočtem $81/142 = 0,57$.

Dále bylo potřebné zjistit pravou a levou mez 95% intervalu spolehlivosti pro relativní podíl $p = 0,57$. Pravou a levou mez se vypočítalo pomocí vzorců:

$$\text{pravá mez: } p + 1,96 \left(\frac{p(1-p)}{n} \right)^{1/2} = 0,57 + 1,96 \left(\frac{0,57(1-0,57)}{142} \right)^{1/2} = \\ = 0,651 \times 100\% = \underline{\underline{65,1\%}}$$

$$\text{levá mez: } p - 1,96 \left(\frac{p(1-p)}{n} \right)^{1/2} = 0,57 - 1,96 \left(\frac{0,57(1-0,57)}{142} \right)^{1/2} = \\ = 0,489 \times 100\% = \underline{\underline{48,9\%}}$$

95 % interval spolehlivosti je 48,9% - 65,1%

Závěr:

Hypotéza byla potvrzena, protože interval spolehlivosti 95%, který je 48,9% - 65,1% se překrývá s intervalem 60% - 100% stanovený hypotézou.

³ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1369-4.

H2: U méně než 20% dětí dotazovaných je příčina vzniku ADHD/ADD neznámá.

Pro ověření platnosti druhé hypotézy byl také zvolen koeficient obvykle požadované spolehlivosti 95% pro podíl dotazovaných, u kterých příčina vzniku u dětí s ADHD/ADD je neznámá. Porovnávala se skutečnost překrytí daného intervalu s intervalem 0% - 20%, nebo-li předpokládanou hypotézou méně než 20%.

Tab. č. 18 Kontingenční tabulka druhé hypotézy

interval	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
ano	120	85%
ne	19	13%
nevím	3	2%
$\sum (n)$	142	100%

Otázka č. 5 „Znáte příčina vzniku ADHD/ADD Vašeho dítěte?“

Podíl dotazovaných, které neznají příčinu vzniku ADHD/ADD svých dětí byl zjištěn výpočtem $19 / 142 = 0,13$.

Dále bylo nutné zjistit pravou a levou mez 95% intervalu spolehlivosti pro relativní podíl $p = 0,85$. Pravou a levou mez se vypočítalo pomocí vzorců:

$$\text{pravá mez: } p + 1,96 \left(\frac{p(1-p)}{n} \right)^{1/2} = 0,85 + 1,96 \left(\frac{0,13(1-0,13)}{142} \right)^{1/2} = 0,185 \times 100\% = \mathbf{18,5\%}$$

$$\text{levá mez: } p - 1,96 \left(\frac{p(1-p)}{n} \right)^{1/2} = 0,85 - 1,96 \left(\frac{0,13(1-0,13)}{142} \right)^{1/2} = 0,075 \times 100\% = \mathbf{7,5\%}$$

95 % interval spolehlivosti je 7,5 % - 18,5%

Závěr:

Hypotéza byla potvrzena, protože interval spolehlivosti 95%, který je 7,5% - 18,5% se překrývá s intervalem 0% - 20% stanovený hypotézou.

H3: Průměr výskytu negativních faktorů pro období v těhotenství a porodu je vyšší než pro období po narození dítěte.

Četnost výskytu negativních faktorů se zjišťoval z otázek č. 9, č. 11, č. 12 a po narození z otázek č. 13, č.16. Respondentky měly možnost označit jeden nebo více z nabízených faktorů. Celkem nabízených faktorů pro období těhotenství bylo 12, označeny byly celkem 369x. Pro období porodu bylo nabídnuto celkem 11 faktorů, označeny byly celkem 665x. Pro období po narození dítěte bylo nabídnuto 9 faktorů, označeny byly celkem 198x. Průměr hodnot byl zjištěn výpočtem $369 / 12 = 31$, $665 / 11 = 61$, $198 / 9 = 22$.

Pro období po narození dítěte byla vypočtena průměrná hodnota **22**.

Pro ověření hypotézy se sečetly průměrné hodnoty z období těhotenství a porodu výpočtem: $31 + 61 = 92 / 2 = \mathbf{46}$.

Tab.č.19 Četnost faktorů

období	počet faktorů	Četnost	průměr
těhotenství	12	369	31
porod	11	665	61
po narození dítěte	9	198	22

Závěr:

Hypotéza byla potvrzena. Průměrná hodnota výskytu negativních faktorů v období těhotenství a porodu je 46. Průměrná hodnota výskytu negativních faktorů v období po narození dítěte je 22. Faktory, které se podílejí na vzniku ADHD/ADD v období těhotenství a při porodu se vyskytují více, mají větší četnost než faktory v postnatálním období.

ZÁVĚR

Diplomová práce zaměřená na téma „Syndrom ADHD/ADD a faktory podílející se na jeho vzniku“ byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřila na objasnění základních pojmů a poznatků o problematice vývojové poruchy ADHD/ADD. Důraz byl kladen na příčiny vzniku, na faktory, které mají vliv na vznik ADHD/ADD. Na základě odborné literatury byl zpracován pohled na projevy poruchy, komorbiditu, příčiny vzniku a s tím související postup stanovení diagnózy a možnosti léčby.

Praktická část se zaměřila na zjišťování faktorů, které měly za následek vznik ADHD/ADD. Předmětem zkoumání byly nabízené negativní faktory, zda a v jaké četnosti se objevovaly. Součástí bylo ověřování platnosti hypotéz.

Jednoznačný názor na příčiny vzniku syndromu ADHD/ADD je stále nejasný. Existuje spousta etiologických faktorů v oblasti genetiky, biologie, rodiny, školy, společnosti, které působí ve vzájemné interakci. Na vzniku ADHD/ADD se podílejí genetické vlivy (50-70%) a vnější vlivy v prenatálním, perinatálním (20-30%) a postnatálním období (10%). V prenatálním období jsou faktory genetické, infekční, nutriční, psychické, endokrinní. Perinatální faktory jsou nedonošenost, přenošenost, dlouhý nebo komplikovaný porod, neobvyklá poloha plodu, účinky léků při porodu. Postnatální faktory jsou infekce, úrazy, látky, jedy, toxiny, cévní poruchy, úrazy hlavy, otřesy hlavy, zhmožděliny hlavy, ale také encefalitida. Musíme také připustit, že stále existují neznámé příčiny vzniku. Mezi rizikové faktory také patří špatné psychosociální podmínky, které prohlubují a zároveň mohou vyvolávat nové projevy poruchy.

Věnovat se problematice syndromu ADHD/ADD je v současné době velmi důležité a podstatné. Následky poruchy mohou vést až k antisociálnímu chování. Projevy se vyskytují v jednotlivých vývojových období dítěte od raného věku a nejsou přehlédnutelné. Výskyt poruchy v rodině přináší velkou psychickou zátěž nejen pro dítě samotné, ale také pro rodiče dítěte. Důraz by měl být především na dostatečný výskyt informací o příčinách vzniku vývojových poruch.

Výzkumu se zúčastnilo 142 respondentek. U 81 (57%) dotazovaných respondentek se potvrdila existence příbuzného s ADHD/ADD v rodině, lze tedy předpokládat podíl genetických vlivů na vznik poruchy. Genetické vlivy patří mezi hlavní faktory, které mají vliv na vznik ADHD/ADD, ale také toxiny z vnějšího prostředí, zejména aditiva v potravinách a nikotin. Vazba mezi stravou a vznikem ADHD/ADD dosud nebyla vědecky potvrzena, přesto řada odborníků na tuto vazbu upozorňuje. Výskyt faktoru špatné stravy v těhotenství u respondentek byl 11%. Mezi toxiny také patří výfukové plyny aut ve městech. Většina respondentek s dětmi s ADHD/ADD bydlí ve městě (77%).

Většina odchylek ve vývoji dítěte vzniká v prenatálním období. Nejvíce negativních faktorů, které vedou k pozdějším projevům tohoto syndromu, se vyskytlo v období prenatálním a perinatálním. V období těhotenství byl nejčastější výskyt faktoru kofein (79%), nejrozšířenější formou je káva, která sice nepatří mezi rizikové faktory, ale může zvyšovat krevní tlak. Vysoký krevní tlak do rizikových faktorů patří. Druhým nejčastějším faktorem byl nikotin (58%). Nikotin působí na dopaminový systém plodu, který ovlivňuje vznik poruchy. Spolu s alkoholem (37%) tvoří jeden z nejvíce se vyskytujících negativních faktorů. Další faktory, které se vyskytovaly v těhotenství u respondentek dětí s ADHD/ADD, jsou nemoc matky (27%), infekce matky (18%), otoky matky (15%), krvácení matky v těhotenství (11%), nedostatečná výživa (11%). Drogy a léky, které nebyly stanoveny lékařem se vyskytly pouze 1%.

Pozitivním zjištěním byla odpověď na otázku, zda dotazované matky předcházely rizikovým faktorům v těhotenství. Interval „spíše ano“ označilo 83 matek (53%), „ano“ označilo 15 matek (11%).

V perinatálním období se nejvíce objevovaly faktory komplikovaný porod (93%), přenášení dítěte (64%), nedostatek kyslíku u dítěte během porodu (61%), nízká porodní váha dítěte (55%), neobvyklá poloha dítěte (49%), dlouhý porod (48%), omotaná pupeční šňůra (25%), klešťový porod (18%), poškození mozku (4%). Pro správný vývoj a funkci mozku je velmi důležitý kyslík. Nejcitlivější částí mozku na nedostatečný přísun kyslíku je oblast

podkorového centra, přesněji bazální ganglia, která souvisí s ADHD/ADD. Vazba mezi přísunem kyslíku a ADHD/ADD je spíše dlouhodobějšího charakteru, přesněji, závažnější je spíše dlouhodobější nedostatečný přísun kyslíku, např. infekce matky v těhotenství.

Výskyt negativních faktorů v postnatálním období je menší. Nejvíce byla označena změna rodinného prostředí (18%), změna školy (8%), otrěs mozku (6%), úraz mozku (2%).

Nejčtenějšími faktory byly v prenatalním a perinatálním období. Důležité je také připomenout psychosociální faktory, které více ovlivňují projevy poruchy, ale současně mohou vyvolávat nové projevy. Součinnost psychosociálních faktorů a ADHD/ADD je velmi blízká. Pokud má dítě sklony k neklidu, k větší aktivitě, k pohyblivosti a rodičem je neustále trestáno a srovnáváno s „hodnými“ dětmi, nesplňuje-li ambice svých rodičů, dochází-li k nepřiměřené úrovni slovního vyjadřování, nedostává-li se mu správných vzorců chování, pak dochází u dítěte k posilování negativního vnímání svého okolí, ale také k rozvoji negativního chování a k velmi špatnému vývoji poruchy.

Vývoj syndromu ADHD/ADD také záleží na přístupu rodiny k dítěti s ADHD/ADD. Pozitivním zjištěním byla vysoká četnost faktoru pochvala (90%), která je největší motivací pro dítě. Pozitivní prostředí (71%), odměny (65%), ale i důležitá výchova v pravidlech (53%). Tyto pozitivní přístupy k dítěti mohou být zárukou správného vývoje syndromu ADHD/ADD. Faktory tresty (25%), negativní prostředí (18%), lhostejnost (6%) mohou být známky dysfunkční rodiny. Dítě s ADHD/ADD je velkou psychickou zátěží pro matku, z toho také vyplývá četnost faktoru zvýšená nervozita (37%). Je zcela pochopitelný výskyt tohoto faktoru. Důležitá je pomoc nejen dětem, ale i jejich rodinám, aby mohly zaručit vývoj poruchy správným směrem, který bude pozitivní nejen pro rodinu, ale také pro společnost.

V současné době je zářející stále velký výskyt těhotných žen a jejich sklon k nikotismu, alkoholu, které jsou hrozbou poškození dětského mozku. Tyto faktory patří mezi nejčtenější faktory v těhotenství respondentek. Paradoxem je, že více než 60 dotazovaných žen se domnívá, že mohly vznik

syndromu ADHD/ADD u svého dítěte ovlivnit. Nabízí se otázka, které faktory dotazované ženy skutečně považují za rizikové. Hledání odpovědí by mohlo být předmětem dalšího zkoumání.

Cíl diplomové práce byl splněn. Stanovení konkrétních negativních faktorů, které se podílely na vzniku syndromu ADHD/ADD byly zjištěny, spolu s četností výskytu.

Přínos diplomové práce je spatřován v možnosti zmapování konkrétních faktorů, které se podílejí na vzniku syndromu ADHD/ADD pro jednotlivá období. Důraz je kladen na období prenatální, perinatální a postnatální.

Psaní diplomové práce bylo také velkým přínosem v získávání nových poznatků a prohloubení znalostí. Získáním nových poznatků o této problematice se zároveň vyskytlo mnoho nových otázek, které se nabízí k dalšímu zkoumání. V neposlední řadě je na místě vyjádřit úctu všem odborníkům věnující se syndromu ADHD/ADD, všem, kteří se podílejí na zjišťování nových příčin vzniku a na problematice s tímto spojené. Nové poznatky v oblasti syndromu ADHD/ADD jsou důležité pro dítě, rodiče a společnost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BENÍČKOVÁ, M. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3520-7.

BRANDON, A. L. *Když mozek pracuje jinak*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-066-6.

BROWNOVÁ, CH. *Jóga od A do Z*. Praha: Metafora, 2006. ISBN 80-7359-062-X.

ČERNÁ, Marie a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-880-8.

DRTÍLKOVÁ, I., Šerý, O. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.

DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě : vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2390-7.

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

HALLOWELL, E., RATEY, J. *Poruchy pozornosti v dětství a dospělosti. Návrat domů*, 2007. ISBN 978-80-7255-154-5.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1369-4.

JUCOVIČOVÁ, D., Žáčková, H.: *Máte neklidné, nesoustředěné dítě?*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-903869-1-4.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Kniha: Reeducace specifických poruch učení u dětí*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-474-8.

KLUGEROVÁ, J., PRÁZOVÁ, I., VACÍNOVÁ, T. *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. Praha: UJAK, 2010. ISBN 978-80-7452-004-4.

KOLČÁRKOVÁ, I., LACINOVÁ, L. *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: Barrister & Principál, 2008. ISBN 978-80-87029-47-3.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LANIADO, N. *Máte neklidné dítě*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-868-6.

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

MARKOVÁ, E., VENGLÉŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada 2006. ISBN 80-247-1151-6.

MUNDEN, A. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-430-4.

ORTH, H. *Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi*. České Budějovice: KOOP, 2009. ISBN 978-80-7232-378-4.

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

PEŠOVÁ, I. ŠMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1216-4.

PIPEKOVÁ, J. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

POKORNÁ, V. : *Cvičení pro děti se specifickými poruchami učení*, Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-326-9.

PREKOPOVÁ, J., SCHWEIZEROVÁ, CH.: *Neklidné dítě*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-351-2.

PREKOPOVÁ, J. *Terapie pevným objetím – cesta k vnitřní svobodě*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-614-8.

RIEF, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-257-7.

RUPP, J., SVEN, CH. *Recepty pro maminky a miminka*. Praha: Vašut, 2010. ISBN 978-80-7236-742-9.

SULZBERGER, M. *Vaříme hyperaktivnímu dítěti: příznaky, jednání dětí a 100 receptů pro celou rodinu*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2311-2.

ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha: SPN, 1990. ISBN 80-04-23643-X.

ŠKVOROVÁ, J; ŠKVOR, D. *Proč zlobím? : lehká mozková dysfunkce LMD/ADHD*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-407-1.

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí - Jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-625-X.

TYL, J., TYLOVÁ V. *Nové metody nápravy - komplexní příručka pro pedagogy, lékaře, psychology... i rodiče dětí s LMD*. Praha: Biofeedback institut, 2002. ISBN 80-7868-145-7.

VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3851-2.

VYSKOTOVÁ, J., ZEMÁNKOVÁ, M. *Cvičení pro hyperaktivní děti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3278-7.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení : dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-514-1.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tab. č. 1	Věk respondentek	53
Tab. č. 2	Pohlaví dítěte	54
Tab. č. 3	Znalost pojmu	55
Tab. č. 4	Znalost informací	56
Tab. č. 5	Existence neznámé příčiny vzniku	57
Tab. č. 6	Příbuzný jedinec s ADHD/ADD v rodině	58
Tab. č. 7	Seznámení s problematikou ADHD/ADD	59
Tab. č. 8	Dostatečnost výskytu informací	60
Tab. č. 9	Negativní faktory v těhotenství	61
Tab. č. 10	Předcházení rizikovým faktorům	63
Tab. č. 11	Průběh porodu	64
Tab. č. 12	Negativní faktory při porodu	65
Tab. č. 13	Negativní faktory po narození dítěte	66
Tab. č. 14	Vliv matky na vznik syndromu ADHD/ADD	67
Tab. č. 15	Přístup matky k dítěti	68
Tab. č. 16	Situace bydlení	69
Tab. č. 17	Kontingenční tabulka první hypotézy	76
Tab. č. 18	Kontingenční tabulka druhé hypotézy	77
Tab. č. 19	Četnost faktorů	78

Seznam grafů

Graf č. 1	Věk respondentek	53
Graf č. 2	Pohlaví dítěte	54
Graf č. 3	Znalost pojmu	55
Graf č. 4	Znalost informací	56
Graf č. 5	Existence neznámé příčiny vzniku	57
Graf č. 6	Příbuzný jedinec s ADHD/ADD v rodině	58
Graf č. 7	Seznámení s problematikou ADHD/ADD	59
Graf č. 8	Dostatečnost výskytu informací	60

Graf č. 9	Negativní faktory v těhotenství	62
Graf č. 10	Předcházení rizikovým faktorům	63
Graf č. 11	Průběh porodu	64
Graf č. 12	Negativní faktory při porodu	65
Graf č. 13	Negativní faktory po narození dítěte	66
Graf č. 14	Vliv matky na vznik syndromu ADHD/ADD	67
Graf č. 15	Přístup matky k dítěti	68
Graf č. 16	Situace bydlení	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník	I
----------------------------	---

PŘÍLOHA

Příloha A – Vzor nevyplněného dotazníku

Vážení rodiče,

jsem studentkou 5. ročníku Univerzity Jana Amose Komenského v Praze, obor: Speciální pedagogika.

Dovoluji si Vás touto cestou požádat o anonymní vyplnění dotazníku. Výsledky budou zpracovány a použity výhradně v mé diplomové práci na téma: Syndrom ADHD/ADD a faktory podílející se na jeho vzniku.

Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Zuzana Trhlínová

1) Jaký je Váš věk ?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> < 20 let | <input type="radio"/> 31-35 let |
| <input type="radio"/> 21 – 25 let | <input type="radio"/> 36-40 let |
| <input type="radio"/> 26-30 let | <input type="radio"/> > 40 let |

2) Uveďte prosím pohlaví Vašeho dítěte:

- Ženské
 Mužské

3) Setkala jste se před diagnózou Vašeho dítěte s pojmem ADHD/ADD nebo Hyperkinetický syndrom ?

- Ano ne nevím

4) Setkala jste se před diagnózou Vašeho dítěte s informacemi o příčinách vzniku syndromu ADHD/ADD?

- Ano ne nevím

5) Znáte příčinu vzniku ADHD/ADD Vašeho dítěte?

Ano ne nevím

6a) Vyskytuje se ve Vaší blízké rodině jedinec (příbuzný) s ADHD/ADD ?

Ano ne nevím

(Pokud jste označila „ne“, pokračujte v otázce č.7.)

6b) Pokud ano, byla jste seznámena s problematikou ADHD/ADD?“

Ano ne nevím

7) Myslíte si, že je výskyt informací dostatečný?“ (O negativních faktorech, které mohou vést ke vzniku ADHD/ADD)

Ano spíše ano spíše ne ne nevím

8) Které negativní faktory se objevovaly ve Vašem těhotenství ?

/označte jednu nebo více možností/

kouření užívání alkoholických nápojů užívání drog užívání léků
nestanovené lékařem nedostatečná výživa nemoc infekce křeče
 krvácení kofein otoky ozáření žádné

9) Předcházela jste rizikovým faktorům v období těhotenství ?

Ano spíše ano spíše ne ne nevím

10) Jaký jste měla porod?

/označte jednu nebo více možností/

bez komplikací komplikovaný předčasný dlouhý klešťový
 přenášený

11) Které negativní faktory nastaly u Vašeho dítěte při porodu?

/označte jednu nebo více možností/

- nedostatek kyslíku v mozku poškození mozku nízká porodní váha
 neobvyklá poloha omotaná pupeční šňůra nevím žádné

12) Které negativní faktory nastaly po narození Vašeho dítěte?

/označte jednu nebo více možností/

- úraz mozku otřes mozku zhmožděniny mozku encefalitida (zánět mozku) změna školy změna rodinného prostředí požití nevhodných látek jiné nevím žádné

13) Myslíte si, že jste mohla předejít nebo ovlivnit vznik syndromu ADHD/ADD?

- ano spíše ano spíše ne ne nevím

14) Která z možností nejvíce vystihuje Váš přístup k dítěti?

/označte jednu nebo více možností/

- Pozitivní prostředí negativní prostředí pochvaly odměny
 tresty pravidla zvýšená nervozita lhostejnost nevím

15) Bydlíte na venkově nebo ve městě?

- venkov město neumím posoudit

Děkuji za vyplnění.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Zuzana Trhlínová

Obor: Speciální pedagogika - obor

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Syndrom ADHD/ADD a faktory podílející se na jeho vzniku

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 82

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů české literatury a pramenů: 25

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 12

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: PaedDr. Vlasta Vaněčková