

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
ÚSTAV SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÝCH STUDIÍ



Rodina a jedinec s ADHD v předškolním věku

Bakalářská práce

KRISTÝNA CHALOUPKOVÁ

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Vojtech Regec, PhD.

Olomouc2020

Prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala sama s použitím uvedené literatury a jiných odborných zdrojů, a to vše pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce doc. PhDr. Vojtech Regec, PhD.

V Olomouci dne

Kristýna Chaloupková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala svému vedoucímu panu doc. PhDr. Vojtechu Regecovi, PhD. za jeho supervizi, cenné rady a čas, který mi věnoval při vzniku této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala rodinám, které mi byly velmi nápomocné a spolupracovaly se mnou na vytvoření praktické části práce.

Obsah

Úvod	1
1 Definice a charakteristika ADHD	3
1.1. Etiologie a biologické aspekty	4
1.2. Charakteristické symptomy	4
1.2.1 Porucha pozornosti	4
1.2.2 Hyperaktivita	4
1.2.3 Impulzivita	5
1.3 Projevy v chování	5
1.4 Diagnostika ADHD	6
1.4.1 Stanovení diagnózy ADHD	6
1.4.2 Diagnostická kritéria	6
1.5 Způsoby léčby	9
2 Jedinec s ADHD v rodině a předškolním vzdělávání	10
2.1 Definice a funkce rodiny	10
2.2 Předškolní vzdělávání	11
2.2.1 Školská poradenská zařízení (ŠPZ)	12
2.2.2 Podpůrná Opatření (PO)	13
2.2.5 Asistent pedagoga (AP)	14
2.3 Předškolní věk	15
2.3.1 Tělesný a pohybový vývoj	15
2.3.2 Kognitivní vývoj	16
2.3.3 Řečový vývoj	16
2.3.4 Sociální a citový vývoj	16
2.3.5 Vývoj kresby a hry	17
2.4 Projevy ADHD u jedince v předškolním věku	17
2.5 Výchovné přístupy	18

2.5.1	Rodina a dítě s ADHD	18
2.5.2	Učitel a dítě s ADHD	19
2.5.3	Výchovná doporučení	19
3	Praktická část.....	21
3.1	Cíl práce a stanovení domén kvalitativního šetření	21
3.2	Charakteristika kvalitativního šetření a metoda sběru dat	21
3.3	Výzkumný vzorek.....	22
4	Vyhodnocení kvalitativního šetření	22
4.1	Přepis rozhovorů.....	23
4.1.1	Rozhovor č.1	23
4.1.2	Rozhovor č. 2	25
4.1.3	Rozhovor č. 3	28
4.1.4	Rozhovor č. 4.....	31
4.1.5	Rozhovor č. 5	33
4.2	Vyhodnocení rozhovorů	37
4.2.1	Základní informace od respondentů	37
4.2.2	Rodina.....	38
4.2.3	Stanovení diagnózy	39
4.2.4	Vyhledávání informací o ADHD rodiči	40
4.2.5	Afektivní jednání, projevy při afektu.....	41
4.2.6	Mateřská škola	42
4.2.7	Hra	43
4.2.8	Odměny, tresty, motivace	44
4.3	Diskuse	47
	Závěr	49
	Seznam zkratk a symbolů	51
	Seznam tabulek.....	53

Použitá literatura	54
Internetové zdroje	56
Seznam příloh	58
Anotace	60

Úvod

Hlavním tématem bakalářské práce je rodina a jedinec s ADHD v předškolním věku. V posledních letech se tato zkratka objevuje v životech lidí stále častěji. Dalo by se také říci, že začíná být určitým fenoménem. Ovšem málokdo je schopný význam slov ukrývajících se pod touto konkrétní zkratkou rozluštit. Pod čtyřmi písmeny se skrývají anglická slova, jmenovitě se jedná o Attention Deficit Hyperactivity Disorder, které do češtiny překládáme jako porucha pozornosti s hyperaktivitou. Jen zlomek populace ví, co kombinace slov znamená a co přesně si pod názvem představit. Ačkoliv je tento pojem v posledních desetiletích velmi rozšířený nejen ve vědecké obci, ale i v laické populaci, mnoho lidí existenci poruchy pokládá za mýtus, fabulaci nebo výmysl, případně poruše nevěnují dostatečnou pozornost a jedince s ADHD a poruchu samotnou nevnímají s dostatečnou vážností. Nejen to však způsobuje zanedbání potřeb a opomíjení změn v přístupu při výchově a vzdělávání. I vzhledem k neustálým inovacím školního vzdělávacího systému, tedy s příchodem inkluze a kladením důrazu na specifické potřeby ve vzdělávání, je bohužel mnohdy stále uplatňován zastaralý přístup některých pedagogů k edukaci jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami a nutností individuálního přístupu při výuce. Proto se ve své bakalářské práci zabývám a blíže se snažím seznámit s výše zmíněnou problematikou detailněji. Bakalářská práce obsahuje dvě hlavní části, teoretickou a praktickou, v nichž se obě dělí na další pododdělení.

V prvním pododdílu první části se především zaměřuji na definici a charakteristiku ADHD, později i na snahu přiblížit se k porozumění tématu v co možná nejširším slova smyslu. Za pomoci odborné literatury porovnávám různé definice, zjišťuji etiologické a biologické aspekty a východiska, definuji a blíže popisuji charakteristické symptomy a projevy v chování, které je nezbytné znát při diagnostickém procesu. Přibližuji možnosti využití a realizaci podpůrných opatření pro jedince s ADHD.

Dále v druhém pododdílu první části se zaměřuji na rodinu, její definici a funkci. Také konkretizuji věkovou skupinu, na kterou bych se chtěla zaměřit v pedagogické praxi, a to na předškolní věk. Zabývám se charakteristikou předškolního věku a podrobně popisuji jednotlivé vývojové oblasti jako je například hra, která je pro předškolní věk nejtypičtější a nejpřirozenější činností. S vývojovým obdobím se pojí nástup do předškolního vzdělávání, jenž plynule navazuje na rodinnou výchovu. V závěru kapitoly specifikuji typické projevy jedinců s ADHD ve věku od 3 do 6 let a věnuji se kombinaci vlivu rodinné výchovy a edukace ve vzdělávacích institucích.

Jeden pododdíl druhé části, neboli části praktické, charakterizuje metody kvalitativního šetření využití při sběru dat a specifikuje cíle práce za pomoci 8 domén (jmenovitě: základní informace od respondentů, rodina, stanovení, diagnózy, vyhledávání informací o ADHD rodiči, afektivní jednání, projevy při afektu, mateřská škola, hra, odměny, tresty, motivace). Ráda bych se ve svém šetření, pokud možno co nejpodrobněji, zaměřila na důvod, který vedl rodiče k podezření, že se jejich potomek vychyluje od normy. Soustřed'uji se na projevy při afektech, co je jejich příčinou a jaký postup rodiče využívají k překonání afektu, a jak přítomnost vady změnila výchovný postoj rodičů, jaké zdroje využili při následném vyhledávání informací, a jak se jedinec projevuje v kolektivu.

Závěrečná část práce vyhodnocuje kvalitativní šetření. Obsahuje přepisy rozhovorů s respondenty a podrobné vyhodnocení za pomoci tabulek zaznamenávajících specifické podrobnosti obsahu domén.

Při výběru tématu k bakalářské práci mě motivovala osobní zkušenost, jelikož participuji na integraci chlapce s diagnózou ADHD do předškolního vzdělávání. Toužila jsem po prohloubení znalostí a vědomostí, které bych využila v průběhu své pedagogické praxe a zároveň by mi pomohly lépe se vcítit do role chlapce, pochopit tak jeho jednání a vnímání světa a pomoci mu při začleňování se do společnosti.

Cílem bakalářské práce je prezentovat teoretická východiska hlavních zjištění z realizovaného kvalitativního šetření o problematice dětí s ADHD v předškolním věku v rodině.

1 Definice a charakteristika ADHD

ADHD je anglická zkratka pocházející z americké klasifikace nemocí DSM IV a označuje neurovývojovou poruchu s názvem Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Termín je využíván ve většině vyspělých zemích a přeloženo do češtiny jde o hyperaktivitu s poruchou pozornosti. Mezi charakteristické symptomy patří nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. (Kendíková 2019)

ADHD je popisná diagnóza v dětské psychiatrii, a ne jednotný nezaměnitelný soubor symptomů. Kromě výše zmíněných charakteristických symptomů se u jedinců vyskytují příznaky specifických poruch učení, deprese, autistické nebo nutkavé chování, tiky. (Wolfdieter, 2013)

ADHD je v současnosti také řazeno mezi specifické poruchy chování, které jsou neurobiologického původu. U tohoto typu poruchy se vyskytují kognitivní a percepční deficity, problémy v koncentraci pozornosti a v aktivační úrovni. (Janderková, Kendíková, Klégrová a kol, 2016)

Podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN 10) je ADHD zařazeno mezi Hyperkinetické poruchy pod kódem F90, přesněji F90.0 Porucha aktivity a pozornosti a F90.1 Hyperkinetická porucha chování.¹

Podle 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN 11) je ADHD rozděleno na 3 subtypy, ADHD s převažující nepozorností, ADHD převažující s hyperaktivitou a impulzivitou a ADHD s kombinací přechozích dvou subtypů.²

Čermáková, Papežová, Uhlíková (in Žáčková, Jucovičová 2017) DMS V uvádí 3 subtypy, ADHD s převažující poruchou pozornosti, ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou a kombinovaný typ (smíšený).

¹ Zdroj <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>

² Zdroj <https://icd.who.int/dev11/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f821852937>

1.1. Etiologie a biologické aspekty

Příčina vzniku není vždy jasná a dosud plně objasněná. Na rozvoji poruchy se podílí mnoho faktorů, z velké části je zapříčiněna kombinací medicínských a psychosociálních aspektů. Z medicínského hlediska se uvádí dědičnost, nezralost centrálního nervového systému, zhoršený energický stav organismu, organické poškození mozku, neurofyziologické a neurochemické příčiny, působení toxinů v období prenatálním i postnatálním. Na základě genetických studií rodin je prokázáno, že ADHD je mnohogeneračním problémem. Míra ovlivnitelnosti psychosociálním hlediskem se dle odborníků liší v souvislosti s výchovnými styly rodiny či zanedbáním dítěte v raném věku. (srov. Škrdlíková 2015; Ptáček, Ptáčková 2018)

Sterman (in Ptáček, Ptáčková 2018) uvádí změny v obrazu EEG (elektroencefalografie), kdy více než 90% jedinců s diagnostikovaným ADHD vykazuje zaznamatelné změny v oblasti prefrontálního a senzomotorického kortexu se sníženou nebo inhibovanou aktivitou ve všech kortikálních oblastech.

1.2. Charakteristické symptomy

ADHD má 3 základní dlouhodobě se projevující symptomy, a to poruchu pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu.

1.2.1 Porucha pozornosti

Trvalé projevy nepozornosti jsou zaznamatelné v oblasti sociální, doma nebo ve vzdělávacích institutech. Děti trpící touto poruchou často zapomínají a ztrácí věci, mají potíže s udržením pozornosti a dokončením úkolu, nevěnují pozornost detailům, mají problém s organizací a dodržením pravidel, neudrží pozornost během hry, mohou se tvářit a působit na ostatní jako duchem nepřítomní, dělají chyby z nepozornosti, jsou lehce rozptýlitelní okolními vlivy. (srov. Škrdlíková 2015; Kendíková 2019)

1.2.2 Hyperaktivita

Nejznámější příznak ADHD je hyperaktivita. Projevuje se zvýšenou aktivitou spojenou s nepřetržitým chronickým neklidem nesouvisícím s okolnostmi, nadměrné vynakládání síly, snadná rozptýlitelnost a pordrážděnost, sklon k stereotypům, těkavé myšlení a cítění,

emocionální labilita, abulie, nedodržování pravidel soužití. Veškeré známky hyperaktivity jsou zesilovány emocemi (strach, radost, rozpaky). (srov. Škrdlíková 2015; Wolfdieter, 2013)

1.2.3 Impulzivita

U jedinců zaznamenáváme netrpělivé chování, nepřemýšlí nad následky a často neúmyslně způsobí nehodu nebo úraz zapříčiněné neuposlechnutím pokynů, zakopávají, narážejí do okolních předmětů, projevují neschopnost počkat, až přijde na jedince řada. Impulzivita v kombinaci s problémem se sebeovládáním může vyústit až v agresivitu jedince. Netrpělivost v projevu zaznamenáváme nepřítomností zábran, výkřiky, skákáním do řeči. (srov. Škrdlíková 2015; Kendíková 2019)

1.3 Projevy v chování

Rozdíly v projevech chování a vývoji pozorujeme s narůstajícím věkem dítěte. Určité odchylky je možné zpozorovat už v novorozeneckém období, kde poprvé zaznamenáváme známky výrazného neklidu a nepravidelného režimu, častější pláč a křik, i přes fakt, že došlo k uspokojení všech potřeb. V batolecím období jsou znatelné rozdíly ve vývoji ve srovnání s vrstevníky např. dítě umí lézt, ale neumí sedět, opožděný vývoj řeči. Častá je nespavost, nepravidelný jídelní režim, vyžaduje nadměrnou pozornost dospělé osoby, neadekvátní až přehnané reakce, nesoustředí se na hru. V předškolním věku je neklid a nepozornost pro tento věk typická, tedy o ADHD můžeme mluvit v případě, že u dítěte během 6 měsíců nedochází ke zlepšení. „*Pozorujeme poruchy aktivity a motoriky, porucha emocí a chování, porucha koncentrace pozornosti a paměti, poruchy řeči, porucha vnímání a myšlení.*“³ S nástupem do předškolního zařízení mohou nastat první závažné problémy v komunikaci a spolupráci v kolektivu, časté jsou stížnosti na chování ze strany učitelů a dětí. S reakcí na denní režim v předškolním vzdělávání a požadování dodržení pravidel se u dítěte objevuje náladovost, podrážděnost a hněv. (srov. Goetz, Uhlíková 2009; Kendíková 2019)

Případné konflikty spojené s nástupem do kolektivu mohou být způsobeny nekompromisně svéhlavým chováním, nepřesným pochopením řeči těla, nebo přehlédnutím mimiky a gest. (Wolfdieter, 2013)

³ Zdroj <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/s/7993/DITE-S-ADHD-V-MATERSKE-SKOLE.html/>

1.4 Diagnostika ADHD

Během diagnostického procesu je důležitá spolupráce učitelů, rodičů, dále jsou důležité výsledky lékařských, psychologických a logopedických vyšetření, případně výsledky šetření dalších specialistů. K diagnostice může nejdříve dojít mezi 3-4 rokem života dítěte. Je nutné zaznamenat obtíže ve více sociálních prostředích po dobu delší než 6 měsíců a musí se projevit před 7 rokem života. Mezi diagnostická kritéria řadíme četnost, intenzitu a délku výskytu symptomů a věk jedince.⁴ (Janderková, Kendíková, Klégrová a kol., 2016)

1.4.1 Stanovení diagnózy ADHD

Nejčastěji podnět na psychologické vyšetření, s podezřením na syndrom ADHD, podávají učitelé, případně rodiče. Nadále je nutná spolupráce a vyjádření lékařů (pediatr, neurolog, psychiatr), psychologů a speciálních pedagogů. Veškerá lékařská vyšetření jsou nutná k vyloučení jiných příčin, dokonce někteří autoři uvádí důležitost lékařských vyšetření před psychologickým. (srov. Škrdlíková 2015; Žáčková 2010)

Mezi zdroje informací nutné ke stanovení diagnózy řadíme pedagogickou diagnostiku (zahrnuje záznamy z dlouhodobého pozorování a rozborů práce dítěte), anamnestické dotazování (průběh těhotenství, porodu, vývoj dítěte od narození po tzv. zlomové body, průběh vzdělávání), pozorování chování dítěte v odlišných sociálních situacích, psychologické vyšetření, speciálně pedagogické vyšetření. (Žáčková 2010)

Mezi základní diagnostické metody řadíme neurologické vyšetření, které by mělo zahrnovat záznam s pomocí Elektroencefalogramu (dále EEG), které prokazuje rozdíly v elektrické aktivitě mozku za pomoci záznamu 4 hlavních typů EEG vln. Zásadní rozdíly v záznamu EEG vidíme při řešení některých problémů, kdy jedinci s ADHD zapojují jiné oblasti mozku než zdraví. (srov. Goetz, Uhlíková 2009; Žáčková 2010)

1.4.2 Diagnostická kritéria

Nejčastěji používaná kritéria při diagnostikování ADHD jsou charakterizována v mezinárodně uznávaných spisech jako je DSM IV, DSM V, MKN 10 a MKN 11.

⁴ Zdroj <http://www.hyperka.eu/adhd>

1.4.2.1 Diagnostická kritéria DSM IV

Nemoc začíná obvykle před sedmým rokem věku, nespĺňuje kritéria vývojové poruchy. Jasně zhoršení v oblasti vzdělávací a společenské. Příznaky trvají nejméně 6 měsíců a objevují se ve více oblastech života (minimálně 6 z níže vyjmenovaných příznaků): (srov. Paclt a kolektiv, 2007; Goetz, Uhlíková 2009)

- Motorický neklid (pohrávání s rukama, pohyb nohou, vrtění na židli), nevydrží sedět na místě a nekontrolovatelně odchází
- Chyby z nepozornosti, obtíže se soustředěním na detaily
- Lehké vyrušení vnějšími stimuly
- Problém s respektováním pravidel hry, společenských pravidel, netrpělivost
- Nekontrolovatelné výkřiky
- Problém s dokončením práce a dodržení postupu
- Problém se soustředěním a organizací práce
- Vyhýbání se vykonání povinností a úkolů, zapomíná na každodenní povinnosti
- Nesouvislé monology, skákání do řeči
- Časté ztrácení věcí
- Menší pud sebezáchovy, nepřemýšlí nad následky

1.4.2.2 Diagnostická kritéria DSM V

Diagnostická kritéria se mění podle věku: 6 a více příznaků osoby do 16 let, 5 a více příznaků adolescenti do 17 let a dospělí. Některé charakteristické příznaky byly zaznamenány před 12. rokem jedince, narušují jednání v sociálních situacích (škola, práce, doma) v různé míře. Příznaky nepozornosti, hyperaktivity a impulsivity se musí opakovat minimálně 6 měsíců: ⁵(DSM V, 2015)

- Nekladou důraz na detaily, chyby z nepozornosti
- Problém s udržení pozornosti během hry, úkolu
- Vypadají, jako že neposlouchají, i když k nim mluvíme z blízka
- Nedodrží daný postup, nejsou schopni dokončit práci
- Špatná organizační schopnost

⁵ <https://www.addrc.org/dsm-5-criteria-for-adhd/>

- Vyhýbaní povinnostem, neschopnost dodržení sociálních pravidel
- Častá ztráta věcí nutných k dokončení úkolu
- Lehká rozptýlitelnost
- Zapomínají na denní povinnosti
- Motorický neklid rukou, nedokážou sedět na místě a opouští své místo v situacích, kdy by ho opouštět neměli
- Jsou neustále v pohybu, vypadají jako by je neustále „poháněl motor“
- Nejsou schopni si hrát nebo se zapojit do společných aktivit v tichosti
- Nepřetržité mluvení, odpovídání bez přemýšlení, vykřikování
- Vyrušování ostatních, předbíhání, nedostatek trpělivosti

1.4.2.3 Diagnostická kritéria MKN 10

ADHD je zařazeno mezi hyperkinetické poruchy F90.0 (porucha aktivity a pozornosti: nedostatek pozornosti s hyperaktivitou, syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou) a F90.1 (hyperkinetická porucha chování: hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování), jejichž nástup se projeví během prvních 5 let života. Projevuje se nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, tendence přebíhat mezi činnostmi bez dokončení, dezorganizovanost, nadměrná aktivita, neukázněnost a impulzivita, opoždění v motorickém a jazykovém vývoji, disociální chování, nerespektování a porušování pravidel, nízké sebehodnocení. Pro své abnormality v chování mohou být od svých vrstevníků izolováni.⁶

1.4.2.4 Diagnostická kritéria MKN 11

MKN 11 řadí ADHD do kategorie duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy. Pro ADHD je charakteristický vzorec chování přetrvávající minimálně 6 měsíců, během kterých můžeme zaznamenat symptomatologickou triádu, do které řadíme nepozornost, hyperaktivitu a impulzivitu. Triáda se projevuje ve více životních oblastech. Tyto symptomy mají negativní dopad na vzdělávání, sociální začlenění nebo profesní oblast. Charakteristickou symptomatologickou triádu lze zaznamenat před 12. rokem věku, nejčastěji však ve věku předškolním. Stupeň nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity výrazně překračuje normu

⁶ <https://old.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>

vzhledem k věku a intelektu dítěte. Nepozornost je zaznamenatelná při plnění úkolů vyžadující delší dobu pozornosti. Pokud zadání nejsou dostatečně podnětná a nepřináší jedinci dostatečnou míru stimulace nebo nedochází k pravidelným odměnám, nastanou problémy s pozorností, organizací a projeví se nízká tolerance rozptýlení. Hyperaktivitu zaznamenáváme v pohybových aktivitách a nemožnosti zůstat v klidu, například při situacích vyžadující soustavnou kontrolu chování. Impulzivita se projevuje v nekontrolovatelném nutkavém jednání, jedinec lehce podlehne aktuálním podnětům a jedná bezmyšlenkovitě, neuvažuje nad dopady svých činů. Míra projevů v chování je každého jedince individuální.⁷

1.5 Způsoby léčby

Nejčastějším, zároveň také nejúčinnějším způsobem léčby, jsou stimulující léky, a v mnoha případech je to jediný možný druh léčby. Jakmile jedinec začne stimulující léky užívat, jejich účinek se během několika dnů viditelně projeví v chování, koncentraci, fungování jedince ve společnosti, a mohou zásadně ovlivnit život jedince. Působí klidněji, nejsou tolik aktivní, jsou ohleduplnější. Samozřejmě některé charakteristické symptomy s nástupem užívání medikamentů zmizí nebo se alespoň zmírní, jiné budou nadále přetrvávat. Stimulanty jsou rozděleny na 2 skupiny: amfetaminy (Dexedrine, Adderall) a methylfenidátové sloučeniny (Ritalin, Methylin, Metadate CD, Ritalin LA, Daytrana, Focalin XR, Concerta). Kolem 80-90 % dětí s ADHD užívá k léčbě minimálně jeden z uvedených léků, kdežto jejich účinek se může lišit v závislosti na toleranci či intoleranci jedince. Doba účinnosti stimulantů se liší v závislosti na druhu. Rozdělujeme je na krátkodobé (methylfenidáty působí přibližně 3-4 hodiny; amfetaminy 4-5 hodin) a dlouhodobé (účinné 8-12 hodin). Důležité je také najít pro jedince vyhovující kombinaci stimulantů. Vedlejší účinky stimulantů se mohou projevovat jako ospalost, nechutenství, hypoaktivita, insomnie. (Wender, Tomb 2016)

Další alternativou pro léčbu ADHD je speciální jídelníček, ortomolekulární terapie, léčba bylinami, více vitaminová terapie nebo biofeedback. Jako první přišel v roce 1973 doktor Benjamin Feingold s teorií vlivu jídla na jedince s ADHD. V roce 1975 vydal knihu „*Why Your Child Is Hyperactive*“. Mnoho rodičů zkouší léčbu symptomů bylinnou formou ve víře, že bylinky nejsou návykové léky s vedlejšími efekty. Bohužel i bylinky mohou obsahovat

⁷ <https://icd.who.int/dev11/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f821852937>

návykové komponenty. Nejznámějšími bylinami využitými ke zmírnění symptomů je ginkgo biloba, kava-kava (Pepřovník opojný) a Třezalka tečkovaná. (Haber 2003)

2 Jedinec s ADHD v rodině a předškolním vzdělávání

Podle Kendíkové (2019) základem úspěšného vzdělání dětí s ADHD je kvalitní komunikace mezi školou a rodinou. Mezi oběma stranami by měl být partnerský vztah založený na vzájemné důvěře. Rodina i škola by měli k dítěti s ADHD přistupovat stejným způsobem a shodnout se na podmínkách způsobu vzdělávání, najít vyhovující a efektivní způsob předávání informací, pravidelně komunikovat s asistentem pedagoga a jinými poradenskými pracovníky. K efektivnímu předávání informací dojde kombinací:

- osobního kontaktu
- elektronické formy předávání informací
- písemné formy předávání informací

Obsah předaných informací tvoří převážně obsah učiva, chování dotyčného dítěte během výuky, popis obtíží. **Osobní kontakt** nastává na podnět třídního učitele nebo asistenta pedagoga, a to při třídních schůzkách, individuální schůzce, pravidelných konzultacích. Do **elektrické formy** řadíme email, elektronickou třídní knihu. **Písemná forma** může krom sešitu (deníku) obsahovat i grafické listy, které mohou ve výsledku sloužit jako pomůcka při sebehodnocení, a i jako motivační systém. Grafické znázornění pomáhá především mladším dětem k pochopení svých výsledků. (Kendíková 2019)

2.1 Definice a funkce rodiny

Rodina je nejpřirozenější a nejdůležitější sociální lidská skupina a instituce, hraje klíčovou a nenahraditelnou roli pro zdraví jednotlivce. Mělo by to být místo, kde člověk najde lásku, porozumění, podporu, pocit bezpečí a jistoty. Rodina může vzniknout jedinci, kteří jsou navzájem pokrevně spjatí, uzavřením svazku manželského, nebo adoptí nezletilého jedince dospělými jedinci. Funkce rodiny mohou zásadně ovlivnit zdravý vývoj dítěte a jeho úspěšnou socializaci. Mezi základní funkce rodiny například patří biologicko-reprodukční funkce, sociálně-ekonomická funkce, uspokojení primárních potřeb dítěte v ranném stádiu, prostor pro aktivní projev a činnou seberealizaci, případně součinnost s druhými, prvopočáteční prožitek sebe sama jako chlapce/dívky. „*Nejčastější (základní) model rodiny tvoří kombinace otec,*

*matka, dítě a dítě. Další model je rozšířená rodina (zahrnuje širší příbuzenstvo), neúplná rodina (jeden rodič), monogamní rodina.*⁸ (srov. Reichel 2008; Helus 2015)

2.2 Předškolní vzdělávání

Předškolní vzdělávání je legislativně upraveno Školským zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, část druhá Předškolní vzdělávání v platném znění a vyhláškou č. 14/2005 Sb. Vyhláška o předškolním vzdělávání v platném znění. (zákon 561/2004 Sb., v platném znění; vyhláška č. 14/2005 Sb., v platném znění)

Doslovnou definici osob se specifickými vzdělávacími potřebami definuje Školský zákon č. 561/2004 Sb., § 16, odstavec 1, v platném znění následovně: (zákon 561/2004 Sb, v platném znění)

„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.“

Zákon 561/2004 a prováděcí vyhlášky automaticky nezařazují diagnózu ADHD do kategorie jedinců *se speciálními vzdělávacími potřebami*. Klíčové jsou v této souvislosti jednotlivé projevy v oblasti chování a mají vliv na naplnění vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě u jedinců s ADHD. (zákon 561/2004 Sb, v platném znění)

Podle Kendíkové (2019) považujeme děti a žáky s ADHD za jedince se specifickými vzdělávacími potřebami, jelikož jejich vzdělávání má svá specifická pravidla. Problematiku vzdělávání jedinců se specifickými vzdělávacími potřebami upravuje zákon č. 561/2004 Sb., o

⁸ www.kdejsitato.cz/rodina/rodina-zaklad-statu.html

předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, § 16–19, v platném znění.

Na školský zákon navazuje a doplňuje jej vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáku se specifickými potřebami a žáků nadaných, v platném znění. Tato vyhláška blíže specifikuje pojem podpůrná opatření (dále jen PO), stanovuje zásady pro uplatnění, postup při poskytování, postup a doporučení školským poradenských zařízení (dále jen ŠPZ) a organizaci vzdělání s OP. Vyhláškou č. 27/2016 Sb., v platném znění, se specifikují povinnosti asistenta pedagoga (dále jen AP) a v přílohách nalezneme vzor pro individuální vzdělávací plán a plán pedagogické podpory. (Kendíková 2019)

Od roku 2007 jsou mateřské školy vázány kurikulárním dokumentem, Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání (dále jen RVP PV), vydaným Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT). Tímto dokumentem se mateřské školy oficiálně staly součástí státního vzdělávacího systému mající svůj vzdělávací program. RVP PV obsahuje vzdělávací základ, směr a šíři vzdělávání žáku předškolního věku, základní principy rozvíjení schopností, dovedností a poznatků dětí. RVP PV je rozděleno do 5 základních oblastí a to: Dítě a jeho tělo, Dítě a ten druhý, Dítě a svět, Dítě a jeho psychika, Dítě a společnost. Oblasti obsahují vzdělávací nabídku pro učitele, konkretizované výstupy, rizika. Každá škola má povinnost vytvořit si svůj Školní vzdělávací program (dále jen ŠVP). (Koťátková 2014)

2.2.1 Školská poradenská zařízení (ŠPZ)

Mezi školská poradenská zařízení řadíme Pedagogicko-psychologické poradny a Speciálně pedagogická centra. Obě zařízení jsou specifikována vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních, v platném znění. Poskytované služby jsou bezplatné, a to na žádost žáků, jejich zákonných zástupců, škol nebo školských zařízení, nebo na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci. Žák nebo zákonný zástupce musí být předem informován a seznámen s podstatnými náležitostmi poradenské služby (povaha, rozsah, trvání, cíl, postup). Výsledkem řízení je zpráva a doporučení. (vyhláška č. 197/2016 Sb., v platném znění)

Pedagogicko-psychologická poradna (PPP) poskytuje činnosti zaměřené na zjišťování připravenosti žáků na povinnou školní docházku, doporučuje podpůrná opatření, zjišťuje

speciální vzdělávací potřeby žáků, poskytuje metodické podpory školám. Častými klienty PPP jsou jedinci se specifickými poruchami učení (SPU) a ADHD. (Kendíková 2019)

Speciálně pedagogické centrum (SPC) poskytuje podporu poradenských služeb především dětem se zdravotním postižením. Centra se rozlišují podle zaměření na druh zdravotního postižení. Mezi činnosti SPC patří zjišťování připravenosti dětí se zdravotním postižením na povinnou školní docházku, zpracování podkladů pro PO, zajištění speciálně pedagogické podpory, speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku, poskytnutí metodické podpory školám a poradenství v oblasti vzdělávání dětí se zdravotním postižením a znevýhodněním pro pedagogické pracovníky a zákonné zástupce. (Kendíková 2019)

2.2.2 Podpůrná Opatření (PO)

Podpůrná opatření slouží k překonání překážek při vzdělávání a jedincům se specifickými vzdělávacími opatřeními vzniká nárok na bezplatné poskytnutí PO na základě školského zákona č. 561/2004 Sb., § 16, odstavec 1, v platném znění. Přehled PO je specifikován ve vyhlášce č. 27/2016, o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění. PO jsou rozdělena do 5 stupňů podle pedagogické, organizační a finanční náročnosti. PO 1. stupně jsou poskytovány i bez doporučení ŠPZ, představují minimální úpravu metod, organizace a hodnocení vzdělávání a jsou poskytována jedinci, u kterého se projevuje potřeba úprav ve vzdělávání nebo školských službách a zapojení v kolektivu, nemají normovanou finanční náročnost. PO 2. – 5. stupně se poskytují na základě doporučení vydaným ŠPZ a s informovaným souhlasem zletilého žáka nebo zákonného zástupce. PO se poskytují samostatně nebo v kombinacích různých druhů a stupňů. Konkrétní členění do stupňů, pravidla jejich použití a normovaná finanční náročnost PO 2. až 5. stupně jsou stanoveny v příloze č. 1 ve vyhlášce č. 27/2016, o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění. (srov. Kendíková 2019; Vyhláška č. 27/2016 Sb., v platném znění)

Mezi podpůrná opatření řadíme poradenskou pomoc školy a ŠPZ, úpravu organizace, obsahu, forem a metod vzdělávání a školských služeb, použití kompenzačních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob a náhradních a podpůrných způsobů dorozumívání, vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu nebo plánu pedagogické podpory, využití funkce asistenta pedagoga. Škola by měla zajistit podmínky, při podpůrném vzdělávání, a to uplatňování principu diferenciaci a individualizace,

všechna stanovená PO, odlišnou délku doby vzdělávání, formativní hodnocení, spolupráci se zákonnými zástupci. (Kendíková 2019)

2.2.2.1 Plán pedagogické podpory (PLPP)

PLPP patří mezi podpůrná opatření prvního stupně využívané při práci se žáky se SVP. Škola si tyto plány tvoří sama, není třeba doporučení poradenského zařízení a nevzniká nárok navýšení finančních prostředků. Podobu PLPP se všemi náležitostmi nalezneme ve vyhlášce č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se SVP a žáků nadaných, v platném znění, pod § 10, který uvádí zdůvodnění sestavení plánu, charakteristika obtíží a potřeb, stanovení cílů, konkrétní postupy, PO v rámci domácí přípravy, PO jiného druhu. Plán je možné postupně měnit a revidovat, nejpozději však po 3 měsících od zahájení poskytování PO je třeba vyhodnotit, zda dochází k naplnění cílů. Nejsou-li cíle naplněny, je nutná konzultace s poradenským zařízením. Vzor PLPP se nalezneme v příloze č. 3, vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se SVP a žáků nadaných, v platném znění. (srov. Kendíková 2019; Vyhláška č. 27/2016 Sb., v platném znění)

2.2.2.2 Individuální vzdělávací plán (IVP)

IVP je závazný dokument pro naplňování SVP dítěte s podpůrnými opatřeními v 2. – 5. stupni a vypracovává se na základě žádosti zákonného zástupce žáka. Jedná se o druh „dohody“ stanovující cíle vzdělávání, a postupy vhodné k naplnění cílů během 1 školního roku a stává se součástí dokumentace žáka ve školní matrice. IVP je sestaven před nástupem do školského zařízení nebo nejpozději 1 měsíc po nástupu a tvoří ho třídní učitel ve spolupráci s ostatními pedagogy, ŠVP (vydává doporučení) a poradenskými pracovníky. Vzor IVP je uveden v příloze č. 2 a náležitosti stanoveny v § 3–4 vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se SVP a žáků nadaných, v platném znění. IVP obsahuje údaje o skladbě druhů a stupňů PO, identifikační údaje žáka, pedagogických pracovníků podílejících se na vzdělávání, úpravy obsahu vzdělávání, časové a obsahové rozvržení, metody a formy výuky, hodnocení žáka, úpravy očekávaných výstupů, jméno pracovníka ŠPZ. (srov. Kendíková 2019; Vyhláška č. 27/2016 Sb., v platném znění)

2.2.5 Asistent pedagoga (AP)

Školská legislativa vymezuje pravidla práce AP a jejich působení ve školách vyhláškou č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se SVP a žáků nadaných, v platném znění a obecné požadavky uvedené v zákoně č. 563/2004, o pedagogických pracovnících, v platném znění.

Asistent pedagoga je zaměstnanec, který poskytuje podporu jinému pedagogickému personálu v rozsahu podpůrných opatření, pomáhá při organizaci a realizaci vzdělávání, podporuje samostatnost a aktivní zapojení žáka do všech činností uskutečňovaných ve škole. Pracuje s žáky třídy, oddělení nebo studijní skupiny, zajišťuje přímou pedagogickou činnost při vzdělávání a výchově, podporuje žáky v dosahování vzdělávacích cílů. (srov. Kendíková 2019; Vyhláška č. 27/2016 Sb., v platném znění)

AP vykonává přímou pedagogickou činnost, odbornou kvalifikaci získává vysokoškolským vzděláním (studium akreditovaného oboru v studijním programu v oblasti pedagogických věd, vzděláním v programu celoživotního vzdělávání zajištěné VŠ se zaměřením na pedagogiku), studiem pedagogiky nebo absolvováním vzdělávacího programu pro asistenty pedagoga, vyšším odborným vzděláním (akreditovaný program VOŠ v oboru vzdělávání s pedagogickým zaměřením), středním vzděláním s maturitní zkouškou (střední vzdělání v oboru vzdělávání se zaměřením na pedagogiku). Specifika odborné kvalifikace stanovuje § 20 v zákoně č. 563/2004, o pedagogických pracovnících, v platném znění. (srov. Kendíková 2019; Zákon č. 563/2004 Sb., v platném znění)

2.3 Předškolní věk

Předškolní věk je vývojové období začínající přibližně ve 3 letech a ukončeno je nástupem do povinné školní docházky přibližně v 6-7 letech. Třetí rok dítěte je počáteční mezník k utváření jeho osobnosti, rozvoji sebeuvědomění, začlenění do kolektivu spojené s nástupem do mateřské školy (předškolní období je též nazýváno věkem mateřské školy). (srov. Kopecká 2011; Klindová, Rybárová 1974)

2.3.1 Tělesný a pohybový vývoj

Tělesná konstituce se mění, objevují se disproporce viditelné v poměru velikosti končetin a hlavy, postupně se tělo zeštíhluje, vytrácí se buclatost útlého věku a dítě roste přibližně o 5-6 cm za rok. Organismus sílí, roste, vykazuje větší výkony. Pohyb má vliv na vývoj svalstva a kostry. Osifikace není dokončena, kosti jsou stále pružné a méně křehké čili zlomeniny se vyskytují jen zřídka. Zdokonaluje se hrubá motorika a koordinace pohybů díky uvědomění a soustředěné pozornosti. Jemná motorika prstů se zlepšuje v souvislosti s osifikací zápěstních kůstek. Dítě dokáže běhat po různých površích, chodit pozpátku, tancovat, dobře udrží rovnováhu, začíná jezdit na kole, koloběžce, bruslích, dokáže skákat přes švihadlo nebo

přejít kladinu. Objevuje se ambidextrie (nevyhraněná lateralita), činnosti dítě provádí oběma rukama najednou nebo je střídá. (srov. Kopecká 2011; Klindová, Rybárová 1974)

2.3.2 Kognitivní vývoj

Vnímání je ze všech poznávacích procesů nejdůležitější, zabezpečuje přímý styk se skutečností a činností dítěte. Pozornost je nestálá a dítě ji koncentruje jen na to co ho zajímá nebo ho zaujme. Úmyslná pozornost se postupně rozvíjí. Paměť v předškolním období se prudce vyvíjí, v žádném jiném období nezíská tak bohaté individuální zkušenosti. Paměť je převážně bezděčná, zlepšuje se její dlouhodobost, cíleně si dítě pamatuje až kolem 6 roku. S nástupem 4 roku se mění způsob myšlení ze symbolického na názorové, intuitivní. Myšlení předškoláka se vyznačuje egocentrizmem, magičností, absolutismem a fenomenizmem. Předponové (symbolické) myšlení přechází na vyšší úroveň a to názorové (intuitivní) myšlení. Podlé Vágnerové (in Kelnarová, Matějková 2010) má fantazie harmonizující význam. Fantazie a představivost pomáhají dítěti s citovou a rozumovou rovnováhou, velkou váhu má v tomto období také animismus (víry v nadpřirozeno), antropomorfismus (polidšťování) a konfabulace (smyšlenky). (srov. Kopecká 2011; Kelnarová, Matějková 2010)

2.3.3 Řečový vývoj

S nástupem 3. roku se řeč zdokonaluje, vytvářejí se základní řečové a komunikační dovednosti, slovní zásoba se rychle rozšiřuje, objevují se dysgramatismy. V rozvoji řeči hraje významnou roli vzdělání v mateřské škole. Na přelomu 3-4 roku dítě začne vyjadřovat svoje myšlenky (období intelektualizace řeči). Klenková uvádí přibližný rozvoj slovní zásoby po stránce lexikálně-sémantické okolo 1 roku (5-7 slov), 2 roky (200 slov), 3 roky (1000 slov), 4 roky (1500 slov), 6 let (2500-3000 slov). Výrazným charakteristickým rysem jsou neologizmy, častá otázka „Proč?“. S nástupem řeči přichází jazyková kompetence (znalost o určitém jazyku) a komunikační kompetence (použití slovní zásoby a gramatiky za účelem dorozumívání). (srov. Kopecká 2011; Průcha, Kořátková 2013; Kelnarová, Matějková 2010)

2.3.4 Sociální a citový vývoj

Dítě v předškolním období je impulzivní a citově labilní, postupně se učí sebeovládání (schopnost regulovat emoce). Učí se rozpoznávat emoce, ustupuje strach, reakce zlosti a hněvu jsou častější. Společně se smyslem pro humor a potřebou socializace se rozvíjí vyšší city – sociální, intelektuální, estetické, etické. Ačkoli se rozvíjí základy pro budoucí přátelství,

nejdůležitějším elementem v životě dítěte je stále rodina a rodiče, kteří hrají důležitou roli v socializaci. Na základě vlivu rodiny si jedinci utvářejí představu o základních normách chování a životních hodnotách, se kterými se v pozdějším věku ztotožňují. Dále přijímají sociální role, uvědomují si sexuální identitu (rozdíl mezi mužem a ženou). Podle Langmeiera a Krejčířové socializační proces zahrnuje 3 vývojové aspekty, a to vývoj sociální reaktivity, vývoj sociálních kontrol a hodnotový orientací, osvojení sociálních rolí. Kontakt s druhými lidmi pomáhá ve formování sebepojetí a utváření vlastní identity. (srov. Kopecká 2011; Kelnarová, Matějková 2010; Šmelová, Petrová, Suralová a kol. 2015)

2.3.5 Vývoj kresby a hry

Kresba je pro dítě v předškolním věku nejpřirozenějším vyjadřovacím prostředkem. Kresba se zdokonaluje s věkem a období čarání přechází do stádia hlavonožců k univerzální postavě. Proporčně správně kreslí postavu i s detaily až v poslední fázi vývoje kresby. Dítě kreslí to, co se mu na kresleném objektu zdá důležité, co zná, ne to, co reálně vidí. Vizualní realismus v kresbě (kresba toho co dítě obklopuje) přichází až kolem 7. roku.

Základní činností je hra, která plní v tomto období nezaměnitelnou úlohu, je psychickou potřebou. Skrze hru dítě zkoumá věci a experimentuje, seznamuje se s okolím, hra slouží jako základní výchovný prostředek, usměrňuje vývoj dětské osobnosti. Druhy her lze rozdělit na pohybové, konstrukční, rolové, didaktické. Náročnost hry se odvíjí od mentální kapacity dítěte. Nadané děti si ve hře vymýšlí imaginární světy nebo kamarády, kdežto opožděné děti tuto originalitu postrádají, jejich hra je jednoduchá, nenáročná na pravidla. Za pomoci herní aktivity mohou děti projevit vnímání svého genderu. (srov. Kopecká 2011; Kelnarová, Matějková 2010; Šmelová, Petrová, Suralová a kol. 2015)

2.4 Projevy ADHD u jedince v předškolním věku

Všimáme si odlišných projevů a nápadných odchylek ve vývoji jedince. Mezi nejčastější projevy řadíme zejména poruchy aktivity a motoriky, impulzivitu, poruchy emocí a chování, poruchy koncentrace pozornosti a paměti, poruchy řeči, vnímání, myšlení. Projevy se stávají výraznějšími v okamžiku, kdy je na jedince kladen tlak na výkon, na delší dobu udržení pozornosti, větší kontrolu, musí-li se podřídit stabilním pravidlům. Děti působí neúnavným dojmem, neustále vyžadují pozornost, jsou velmi náladové a mají sklony k podrážděnosti, hněvu, neposlušnosti. Některé projevy se mohou vyskytovat častěji, jiné se nemusí projevit vůbec, případně se mohou mírnit se zráním CNS. U některých jedinců, kterým byla

diagnostikována porucha pozornosti s hyperaktivitou v předškolním věku, se příznaky do 1 roku upraví čili výskyt příznaků mezi 3. a 4. rokem nemusí znamenat, že porucha bude přetrvávat i nadále. S nástupem do mateřské školy a kolektivního vzdělávání mohou přibýt starosti rodičům v podobě stížností na projevy chování ze pedagogického personálu nebo rodičů ostatních dětí. Další problém během předškolního vzdělávání nastává v situacích, kdy je dítě zapojeno do sedavých aktivit, jako je naslouchání čtenému příběhu nebo sezení v ranním kruhu. Na základě problémů s udržení cílené pozornosti a motorickým neklidem jedincům unikají souvislosti ve výkladu, následně nejsou schopni dokončit úkol nebo dodržet pravidla. (srov. Jucovičová, Žáčková 2014; Škrdlíková 2015; Goetz, Uhlíková 2009,2013)

2.5 Výchové přístupy

Každá kultura, ať minulá nebo současná, má své specifické výchovné principy a uvádí vlastní ideu toho, v jakého člověka by mělo být dítě vychováno. Výchova jedinců s ADHD je v mnohém znevýhodněna a náročná pro mentory. Od okolí často slýchávají slova s předponou ne, jsou obětmi vlastního neklidu a vnitřního chaosu. V předškolním věku bývají konfrontováni se svou odlišností, vnímají, že jejich výkony často nejsou tak dobré jako výkony ostatních, dospělí se na ně méně usmívají, protože oni jsou přece ti „rošřáci, uličníci“. Intenzivní práce, výukové a výchovné přístupy mohou jedincům s ADHD velmi pomoci v usměrnění projevů, mohou přecházet vniku poruch učení. Děti s ADHD nás dovedou během chvilky mile překvapit, potěšit, ale také vyvést z míry. Jejich výkony jsou ve všech ohledech nestálé a kolísavé. Stojí je mnoho úsilí naučit se trpělivosti, sebeovládání, koncentrace, brát ohled na své okolí, ovládnutí a vyjádření emocí (hlavně hněvu), střídání komunikačních rolí, držet se nastavených hodnot a limitů. (Škrdlíková 2015)

2.5.1 Rodina a dítě s ADHD

V posledních letech se rodiče snaží o „dokonalou výchovu“, jejímž cílem je z dítěte vychovat šťastné, netraumatizované dítě s jedinečnou osobností. Paradoxně tento přístup rodičů může dítěti uškodit a způsobit neschopnost vyrovnat se s těžkostmi, které ho v životě čekají. Důležitým faktem je nesrovnávat výchovu dětí a zkoumat, kde se ve výchově stala chyba. Každé dítě se rodí s jinými předpoklady, tudíž to, co jednomu vyhovuje, nemusí fungovat u druhého, a není tedy možné vychovávat všechny stejně. Rodiče se potýkají s pocity zoufalství, beznaděje, bezmoci, vyčerpání, únavy, vzteku, lásky. Vyrovnanost a klidné jednání rodičů testují časté a vypjaté afektové situace, kvůli kterým jsou rodiče terčem ostré kritiky ohledně

výchovy svého potomka, který je dle názoru okolí „nevychovaný“. Reakce na ostrou kritiku může být útočná, případně působí agresivně. Jiní na základě kritiky vyhledají odbornou pomoc, nebo s nadějí čtou knihy a internetové stránky o výchově, naslouchají radám druhých. Rodina se častokrát octne v určitém druhu sociální izolace, protože „to zlobivé dítě“ není pozvané na dětské oslavy, prarodiče se bojí vnouče hlídat, okolí vždy očekává jen to nejhorší. Důležitý je pro dítě pocit jistoty, sounáležitosti a nezapomenout dávat najevo lásku k dítěti. (srov. Škrdlíková 2015; Jucovičová, Žáčková 2014)

2.5.2 Učitel a dítě s ADHD

Všichni zúčastnění ve vzdělávání jedince s ADHD se potýkají s náročností, riziky a různými těžkostmi. Výuka je komplikovaná, vyčerpávající a občas působí beznadějně. Samotné zapojení dítěte do kolektivu a předškolního vzdělávání s sebou nese riziko ztížení adaptace v kolektivu, a to může ovlivnit jeho vývoj, vnímání prožívání dětství. Zvládnutí adaptace ve třídě mateřské školy, respektování pravidel třídy a vztah k učitelům teoreticky ovlivní budoucí nástup do základního vzdělání. Negativní projevy ze strany okolí jsou častější, dítě je označováno jako problémové. Nálepka „problémového dítěte“ s sebou přináší i pozitivum – okolí je stimulováno ke hledání reálného důvodu. Pedagogové jsou často prvními „diagnostiky“ a měli by být schopni zaznamenat odchylky a projevy v chování. Pedagog, pracující s dítětem s diagnózou ADHD, by si měl zjistit, jak s dítětem pracovat, jaké používat postupy, zvolit správné komunikační přístupy (je důležité umět číst řeč těla a mimiku jedince), mít nadhled, znát projevy a respektovat je. Neinformovanost učitele zapříčiňuje nedorozumění mezi ním, dítětem a jeho rodiči. V žádném případě nesmí projevy přecházet nebo cíleně ignorovat. Pedagog napomáhá rodičům v hledání správného výchovného přístupu, nesoudí a je schopen povzbudit nejen dítě, ale i rodiče. Roli ve výchově učitelem hraje i kreativita a trpělivost, protože dítě je třeba naučit i to, co je pro ostatní běžné a bude nezbytné vše mnohokrát opakovat. Důležitá je míra frustrační tolerance a schopnost vypořádat se se stresem z odpovědnosti za svěřené dítě, nepřipouštět si pocit viny a selhání. Při řešení problémových situací je dobré „zachovat chladnou hlavu“. Dítě by mělo v učiteli najít oporu a cítit, že mu chce pedagog pomoci zvládnout proces výuky. (srov. Škrdlíková 2015; Goetz, Uhlíková 2009, 2013)

2.5.3 Výchovná doporučení

Existuje několik principů a zásad, které je třeba během výchovy dodržovat. Pedagogové, vychovatelé a rodiče by měli přicházet se stejnou strategií a co nejvíce se ve výchově sjednotit.

K pochopení pocitů druhého slouží zásada bezprostřední zpětné vazby. Začínáme slovy „nelíbí se mi že,“ či „vadí mi, když“, jelikož tímto naznačujeme vyjádření vlastních pocitů a dítě se lépe srovnává se skutečností, že něco vadí nám, než že něco samo pokazilo. Důležité je také klást důraz na to, co se povedlo. Nejdříve dítě pochválíme a následně sdělíme, co udělalo špatně, případně mu v přiměřené míře vysvětlíme, co nás na jeho chování znepokojilo. Pozitivní zpětná vazba v nehmotné formě (pohlazení, slovní pochvala) podněcuje k vybudování správných návyků. Motivace k dobrému chování ve formě hmotných odměn má velkou sílu, ale je třeba poskytovat ji nepravidelně. Při plnění úkolů a pochopení času používáme vizualizaci času (výhled na hodiny, obrázkové znázornění denního režimu, použití minutky nebo přesýpacích hodin při plnění úkolu). Dobré je i vhodnou formou znázornění nastavených pravidel (vypsat na kartičky nebo zpracovat graficky), snažit se předcházet problémovým situacím a vše plánovat. Další výchovnou zásadou je důslednost, a to ve sjednocení principů výchovy ve škole a v rodině. Zachování důslednosti je třeba dodržet i u odměn a trestů. Pokud jednou něco zakážeme, nesmíme to vzápětí povolit. Rodiče se musí dohodnout a mít stejný názor. Pokud tak neučiní, přivádějí dítě do stavu zmatečnosti. (srov. Goetz, Uhlíková 2009,2013; Jucovičová, Žáčková 2014)

3 Praktická část

Cílem praktické části práce je realizace a vyhodnocení kvalitativního šetření zaměřující se na rodinu a jedince s ADHD v předškolním věku. Hlavním východiskem šetření je identifikace a deskripce vybraných domén u jedinců s diagnózou ADHD v předškolním věku v jednotlivých rodinách.

3.1 Cíl práce a stanovení domén kvalitativního šetření

Cílem kvalitativního šetření je zjistit, jaké byly příčiny rozhodnutí podstoupení vyšetření, co rodiče vedlo k podezření, že s jejich potomkem je něco jinak. Šetření se zaměřuje na průběh diagnostiky, podstoupená vyšetření a věk stanovení diagnózy. Dalším bodem v průzkumu jsou projevy a chování dítěte v MŠ, jak se odlišovaly v projevech chování a ve hře od svých vrstevníků. V závěru se v šetření zaměřujeme na postoj a změny ve výchově ze strany rodičů a na jejich informovanost o problematice ADHD a jaké způsoby motivace, odměn a trestů byly použity ke koordinaci výchovy.

Pro vypracování a vyhodnocení šetření byly stanoveny tyto domény:

1. Základní informace od respondentů
2. Rodina
3. Stanovení diagnózy
4. Vyhledávání informací o ADHD rodiči
5. Afektivní jednání, projevy při afektu
6. Mateřská škola
7. Hra
8. Odměny, tresty, motivace

3.2 Charakteristika kvalitativního šetření a metoda sběru dat

Praktická část byla zpracována formou kvalitativního šetření za pomoci polostrukturovaného rozhovoru s 5 respondentkami. Forma rozhovoru byla autorkou zvolena především z důvodu možné variability odpovědí. Pořadí otázek a průběh rozhovoru s respondentkami se přizpůsoboval aktuální situaci. Respondentky měly možnost volných odpovědí, nebyly vázány na výběr z možností nebo předem připravené škály.

Cílem práce bylo zanalyzovat diagnostikování ADHD u dětí předškolního věku, tedy pro děti od 3 do 6 let. Autorka si stanovila 3 hlavní kritéria, a to za prvé projevy jedince s ADHD, za druhé průběh stanovení diagnózy a za třetí ovlivnění a přijetí diagnózy rodinou a jejich postoje ve výchově.

Polostrukturovaný rozhovor jako metodu získávání dat autorka zvolila z důvodu možnosti přizpůsobování otázek aktuální situaci při interakci s respondentem. Tento způsob byl přijatelnější a dával respondentům příležitost se k jednotlivým sledovaným doménám volně vyjádřit, a to se bez dopředu předepsaných nebo stanovených odpovědí.

Rozhovor byl nahrán na záznamové zařízení a následně byly přepsány k další kvalitativní analýze. Sledované domény byly zaznamenány do tabulek a jednotlivé výpovědi respondentek byly následně porovnávány.

3.3 Výzkumný vzorek

K realizaci průzkumu byly domluveny osobní schůzky s 5 respondentkami. Jedinci, kterých se výpovědi týkaly jsou následně v tabulkách pojmenováni jako R1, R2a, R2b, R3, R4 a R5. Rozhovory trvaly v průměru 1,5 h. V úvodu schůzky byly respondentky seznámeny s obsahem a cílem práce, dále byly autorkou informovány o nahrání zvukového záznamu z rozhovoru a požádány o slovní souhlas se zpracováním informací anonymní formou.

4 Vyhodnocení kvalitativního šetření

Výsledný vzorek kvalitativního výzkumu se skládá z 5 rozhovorů. Rozhovory se konaly formou osobního setkání, při kterém bylo ke komunikaci využito polostrukturovaného rozhovoru. Autorka měla předpřipravené otázky, ale jejich pořadí měnila v návaznosti na aktuální výpověď matky a plynulost rozhovoru. Hlavním tématem rozhovoru byl jedinec s ADHD v předškolním věku a jak došlo k diagnóze, kdo vznesl první podnět a podezření na tuto diagnózu, jak tento fakt ovlivnil ostatní členy rodiny a jaký se vztah k mateřské škole.

Na základě rozhovorů získala autorka výpovědi o 6 jedincích s ADHD. Rozhovory byly následně shrnuty písemnou formou a posléze důležité informace byly zahrnuty do hodnotících tabulek zaměřené a rozdělené podle oblastí (základní informace od respondentů, rodina, stanovení diagnózy, vyhledávání informací o ADHD rodiči, afektivní jednání, projevy při

afektu, mateřská škola, hra a odměny, tresty, motivace). Každá oblast znázorněná v tabulce byla následně slovně zhodnocena.

4.1 Přepis rozhovorů

4.1.1 Rozhovor č.1

Dle matky se chování dítěte během posledního půl roku zhoršilo, chlapec je nyní výbušnější a ve svém chování udělal od ledna 2020, po návratu z Vánočních prázdnin, velký krok zpět. Pokud je v domácím režimu, nedochází k tak častým výbuchům vzteku jako v režimu MŠ. Časté změny v chování nemají pravidelný interval, objevují se nahodile.

Během léta 2019 (červenec – srpen), před opětovným nástupem do MŠ, se údajně hodně zklidnil, byl poslušnější. Nápadná změna nastala na přelomu října a listopadu 2019, kdy se znovu objevilo agresivní chování.

S mladším bratrem si hraje často, je ochotný ho zapojit do hry. Matce se líbí, jak se chová ke svému mladšímu bratrovi, umí vůči němu být velmi ochranářský. *„Když kluci něco vyvedou, starší syn bere vše na sebe a nepřeje si, abych na mladšího bratra křičela. Je vůči němu velmi ochranářský“*. Na druhou stranu preferuje hrát si sám a má přehnané až agresivní reakce (žduchnutí, bouchnutí, křik), pokud ho někdo vyruší. Mezi oblíbené hračky patří kostky a stavebnice, duplo, staví si domeček, bunkr.

Přibližně od 20 měsíce se u chlapce objevují zvláštní záliby. Nejdříve se zajímal o kostely a historické stavby, později o sopky. V současné době ho nejvíce zajímají lodě, přesněji historie Titaniku a Britaniku.

Matka chlapce popisuje slovy citlivý, ochranářský, vnímavý, ale také výbušný, aktivní, veselý s častými změnami nálad. Matce nejvíce vadí, že ubližuje ostatním dětem (kouše, bouchá) a vzteká se (kope, křičí, lehne si na zem). *„Agresivní chování bych u něj chtěla zastavit. Když jsme mezi dětmi tak se občas bojím, co vyvede.“* Je nevyzpytatelný a jeho výbuchy se nedají předvídat. Matce jsou tyto situace nepříjemné, nerada chodí na veřejnost a skupinám s jinými dětmi se spíše vyhýbá.

Příčinu vztekání, výbuchů nemají vyzorovanou, nejčastěji tyto stavy způsobuje odmítnutí Youtube nebo televize, půjčení mobilu, nezakoupení toho, co dítě požaduje. Vztek a křik způsobují situace, kdy „není po jeho“. Pokud matka odmítne udělat to, co dítě požaduje,

dojde ke kousání, bouchání. Jako malé dítě neměl televizi dovolenou vůbec, v současnosti se může občas dívat. Při čištění zubů se pokaždé snaží matku kousnout. V poslední době se při změně chování objevují slovní nadávky (pitomá, pipina, hrozná), tvrdí, že všechny nesnáší.

Při afektu nejlépe funguje odvedení pozornosti nebo počkat, až vše přejde. Pokud jedná agresivně, tak své jednání komentuje větou „*Tak, a to máš za to!*“.

Má velký problém se spánkem a s uklidněním. Matka se snaží vymyslet rodinný program, jednou týdně chodí bruslit. O víkendu chodí odpoledne spát, anebo si aspoň odpočinout, matka je po celou dobu s ním. Před odpočinkem čtou pohádku a povídají si. Večer mu trvá hodně dlouho, než usne, často i několik hodin. Večer chodí do postele kolem 7 hodiny.

Matka má podezření na Aspergerův syndrom a ráda by ho nechala otestovat.

Od 20 měsíce matka pozorovala změny v chování a připadal jí jiný. Bavit se tříděním věcí a řazením. V této době také navštěvoval soukromou mateřskou školu, ve které se poprvé objevilo agresivní chování vůči ostatním dětem (hlavně kousal). Učitelky si s ním nevěděly rady. Ve 2 letech měl velmi vyvinutou řeč, dle slov matky „mluvil jak kniha“. Objevil se první zvláštní zájem, a to o kostely. Při návštěvách dětského koutku ho nezajímaly hračky ale svíčky.

S partnerem, otcem dítěte, docházelo k neshodám a hádkám. „Nevychovanost“ a problémy syna sváděl otec na matku a její špatnou výchovu. Měly také rozdílné názory ohledně MŠ – otec trval na bližší MŠ (větší), matka na vzdálenější MŠ (menší). Matka přišla jako první s návrhem návštěvy psychologa, otec tvrdil, že si matka vše vymýšlí.

Při nástupu do MŠ matka upozorňovala na zvláštní chování a vše projednala s ředitelkou. První 3 měsíce bylo vše v pořádku a bez problémů. Pak přestal respektovat řád MŠ, odmítá přijmout nastavená pravidla, neustále vyrušuje. Toto chování se objevuje i v současnosti.

O kamarádech a MŠ dobrovolně nemluví, ale pokud se rodiče zeptají, je schopen detailně popsat co se dělo. Při hraní ve skupině (skládání lega) je ochotný se podělit. O učitelkách a asistentce se vyjadřuje kladně, a do MŠ se těší.

V mateřské škole používají na hodnocení chování tabulku se smajlíky. Doma měli tabulku odměn, od Vánoc ji nemají. Jediná funkční odměna a zároveň trest je přístup k Youtube, televizi.

Po návštěvě psychologa se prokázal nerovnoměrný vývoj (mentální věk 6 let ve 3 letech). Matka začíná zvažovat léky na uklidnění a pozornost, ale až s nástupem do školy. Obává se jeho výbušného chování a bojí se, aby v budoucnu v afektu neublížil. Přemýšlí nad umístěním do speciální ZŠ.

S diagnózou se smířili celkem rychle a tento fakt byl kladně přijat i zbytkem rodiny.

Jelikož matce chování dítěte nepřipadalo běžné, hledala informace na internetu a v odborné literatuře. Po opakovaných problémech v MŠ se rozhodla k návštěvě odborníků. Otec neprojevuje zájem o informace o synově problému, nečetl žádnou literaturu. Po diagnostice si pouze vyslechl názor a doporučení odborníků, z vlastní iniciativy nic nevyhledal. Nesetkali se s jinými rodiči, kteří mají dítě s ADHD.

Změna ve výchově po diagnóze byla minimální, ubylo fyzických trestů.

Vývoj byl v normě. Do 8 měsíců byl velmi hodný, v 1 roce chodil, před druhým rokem odbourali plenky. Během těhotenství nenastal žádný problém, matka neprodělala žádné závažné onemocnění. Porod akutním císařským řezem, v narkóze. Se synem se viděla až den po narození, měla problém s kojením po celý 1. měsíc. Zánět prsních žláz způsobil ukončení kojení cca v měsíci a půl.

V rodině se neobjevuje nikdo s diagnózou ADHD, ale matka má podezření, že její otec a bratr mají stejné projevy chování jako syn.

4.1.2 Rozhovor č. 2

Rodinné zázemí tvoří 11 členů (8 dětí, matka, otec, babička), 4 z 8 dětí jsou adoptované a jsou romské národnosti. Všechny osvojené děti mají stejné biologické rodiče, kteří jsou oba závislí na pervitinu a po narození dětí se vzdali svých rodičovských práv.

Vývoj adoptované dívky (6 let) a chlapce (4,5 let) se zdál zprvu normální, ale s narůstajícím věkem se jejich chování vychylovalo od normy. Děti začaly být velmi aktivní a těžko zvladatelné. Bylo nutné, aby byly neustále pod dohledem dospělé osoby. V nestřeženém okamžiku se dostávaly do nebezpečných situací (např. vylezly na skříň nebo zábradlí, rozbily nábytek, hračky). Matka si začala připadat neschopná, byla fyzicky i psychicky unavená. Na děti musela být přísná, nastavovat jasná pravidla. Náhradní rodiče se rozhodli vzniklou situaci

řešit a poradit se ohledně vývoje dětí s odborníky. Kontaktovali organizaci „Rodina u nás“, která se zabývá školením pro pěstouny a s organizací spolupracují od začátku adopce.

Po konzultaci nezvyklého chování se matka na doporučení organizace rozhodla kontaktovat paní doktorku Bartošíkovou, která pracuje na psychiatrii v Kroměříži. V době návštěvy psychiatrie měla dívka 4 roky a chlapec 2,5 let. Matka popisuje reakci psychiatricky *„Paní doktorka si vzala do ordinace obě děti najednou a po 20 minutách vyšla z ordinace úplně vyřízená a zeptala se mě, jak jsem to s nimi mohla vydržet, tak dlouho“*. Matka přiznala, že se jí po reakci odborníka a vědomí, že chování dětí není výsledkem špatné výchovy, velmi ulevilo. Na základě dalších vyšetření bylo oběma dětem diagnostikováno ADHD. Obě děti také užívají pravidelně 2x denně léky na zklidnění a koncentraci. Matka uvádí, že chování se po medikaci výrazně zlepšilo, děti začaly být klidnější, lépe se s nimi pracovalo. Vzhledem k náročnosti zvládnutí chování dětí, se matka rozhodla zažádat o asistenta pedagoga.

V rodině vládne klidná atmosféra. Děti byly bez problému přijaty všemi členy domácnosti. Manžel je matce velkou oporou, od začátku k vyhroceným situacím přistupuje klidně a rozvážně. Po stanovení diagnózy partneři společně vyhledávali informace o přístupu k výchově, spojili se s jinými rodiči. *„Snažíme se ke všemu přistupovat s humorem a v situacích, kdy by jiní křičeli, my se obejmeme a zasmějeme se.“*

I vzhledem k velkému počtu osob v domácnosti jsou děti zvyklé na pravidla a denní režim. Systém odměn a trestů, které by sloužily i jako motivace nemají, vše se řeší na základě domluvy. Mezi rodinné rituály patří společná večere každý den a předčítání pohádky před spaním. Děti pravidelně chodí na plavání. Pravidla chování a řád domácnosti je třeba opakovat a připomínat.

Jedinec s ADHD – dívka

Dívka byla adoptována v 8 měsících. Problémové chování se začalo objevovat kolem 4. roku, kdy došlo také k diagnostice ADHD a následné medikaci. První medikace, Tiapridal, dívce nepomohla ke zklidnění a způsobovala ji nevolnost. Po změně medikace na Risperdal nevolnosti vymizeli. Dívka nyní bere nejvyšší možnou dávku vzhledem ke své hmotnosti. Vyšetření prokázalo vysokou emoční inteligenci.

Matka dívku charakterizuje jako dominantní, sebestřednou, ale také empatickou, ochotnou a velmi srdečnou. Umí být nepříjemná, protivná, občas má provokativní chování,

v krizových situacích jedná velmi impulzivně. Pokud taková situace nastane, je nutné s dívkou komunikovat jako s dospělou. „*Když s ní jedním jako se sobě rovnou, vše chápe rychleji a je více přizpůsobivá.*“ Matka se snaží zjistit, co se stalo, jaká byla příčina náhlé změny v chování. Po uklidnění je dívka schopna vysvětlit co zapříčinilo její chování. Těžko se s ní pracuje a je nutná neustálá motivace. Matka se pokouší co nejvíce v dívce povzbuzovat její dobré vlastnosti.

Dívka už od narození trpí ekzémem. Při nervozitě nebo v krizových situacích se začne škrábat. Na dívce se podepisuje odmítnutí biologickou matkou, uvědomuje si situaci. „*Když na mě byla našťvaná, protože jsem jí něco zakázala, začala na mě křičet, že Emilka (biologická matka), by jí to dovolila.*“ Rodičům bylo doporučeno děti o adopci postupně informovat a předávat informace přiměřenou formou. Matka sepsala pro děti pohádku, kterou jim říkala před spaním. Zde se projevila také inteligence a vnímavost dívky, když po ukončení příběhu reagoval: „*A to jsem jako já v tom příběhu?*“

Akceptace na mateřskou školu byla emočně velmi náročná, nechtěla spát a dodržovat odpolední klid, schválně vyrušovala a budila ostatní děti.

Při emočně vypjatých situacích zatne svaly, ruce má v pěst a zakloní se do oblouku. Občas je tato reakce doprovázena křikem, dupnutím.

Dívka si ráda hraje s panenkami, nejčastěji si hraje na maminku nebo na rodinu, případně si hraje s kuchyňkou na vaření. Miluje knížky, prohlížení a čtení. Nerada maluje nebo nacvičuje psaní.

Jedinec s ADHD – Chlapec

Chlapec byl adoptovaný hned po narození. Chlapcův vývoj a projevy chování byly odlišné už v raném věku. Byl aktivní, neklidný, dle slov matky „neustále něco vyváděl“. „*Nejhorší situace nastaly, jakmile se naučil chodit. Jen co jsem se otočila, hned někde vylezl nebo vymyslel situaci, která ohrožovala jeho i ostatní.*“ Chlapec musí být pod neustálým dohledem, nemůže zůstat bez dozoru. Pokud není pod dohledem jedná velice impulzivně, nevyzpytatelně a demoluje vše, co se mu dostane do cesty. „*Já jsem ho nemohla nechat o samotě, všechno by mi zničil.*“

K diagnostikování ADHD u chlapce došlo velmi brzy a to v 2,5 letech. Po konzultaci s psychiatrickou byly chlapci nasazeny zklidňující medikamenty. Chlapec je po nich klidnější, soustředěnější. Momentálně užívá nejvyšší možnou dávku ke své váze a věku.

Matka chlapce charakterizuje jako impulzivního, divokého, ale na druhou stranu je citlivý, obětavý, umí být ohleduplný. „*Oceňuji na něm, že se dokáže o vše rozdělit.*“ Impulzivita zapříčiňuje časté nehody, neočekávané situace. Chlapec si neuvědomuje, co dělá a jedná bez rozmyslu. Docházelo u něj také ke změnám nálad. „*Byl v pokoji, hrál si a nejdnou začal křičet, kopat do dveří, případně rozbíjel hračky.*“ Takovéto stavy se u chlapce objevovaly před medikací. Po medikaci došlo k viditelnému zklidnění a k větší kontrole chování. Při záchvatech bylo nutné chlapce vyvést z místnosti, afektové chování je doprovázeno křikem a pláčem. Po uklidnění byl schopen se omluvit a zpětně zhodnotit své chování. Těžko krotí své emoce a matka ho přirovnává k otevřené knize. Impulzivita se projevuje také v řeči, snaží se vyjádřit několik myšlenek najednou, až se v nich zamotá a není schopen se vyjádřit.

Ve třech letech začal navštěvovat stejnou mateřskou školu a byl zařazen do stejné třídy jako jeho starší sestra. Akceptace díky sestře proběhla bez problémů. Má rád legraci, děti ve třídě ho mají rády a těší se tam. „*Ve třídě je rušivým elementem, je takový třídní šašek.*“ Neustále na sebe upozorňuje, vykřikuje nebo dělá „opičky“.

Nejčastěji si hraje s legem, staví kostky, hraje si s autodráhou, skládá puzzle. Do hry zapojuje i starší sestru a hrají si spolu na rodinu, nebo vaří. Občas si rád maluje, ale dlouho u toho nevydrží.

Během dne je chlapec hodně neklidný, má problém s odpoledním odpočinkem. Na druhou stranu večer uléhá ke spaní bez problémů.

Stejně jako starší sestra je informovaný o adopci. O biologické matce nemluví, nejeví o ni zájem, ale myslí si, že je zlá. Jednou ji nazval zlou v průběhu hry se starší sestrou.

4.1.3 Rozhovor č. 3

„*To si pamatuji jako bylo to bylo dneska. Den před štědrým dnem mi volali z nemocnice, že všechny testy jsou v pořádku a že je to chlapeček.*“ Chlapec, 6 let, se narodil se vzácnou poruchou ACC (Agenesis corpus callosum), která způsobuje poruchu přenosu informací mezi pravou a levou mozkovou hemisférou. Chlapec se narodil uměle vyvolávaným porodem, jelikož matka byla ve stavu potermínové gravidity (14 dní). Den před porodem se během vyšetření ukázalo, že s dítětem není něco v pořádku. „*Když mi řekli, že chlapec je pravděpodobně postižený a hned po narození bude převezen do nemocnice v Brně, psychicky jsem se zhroutila, nevěděla jsem, co mám dělat. Po porodu jsem se odmítla na dítě jen podívat,*

nechtěla jsem ho vidět. Bála jsem se, že by mohl opravdu umřít. Kladla jsem si to za vinu a ptala se sama sebe, co jsem udělala špatně? “ Doktoři měli podezření na Hydrocefalus, ale ten byl po přezkoumání dítěte po narození vyloučen a za pomoci ultrazvuku byla prokázána porucha ACC. Po narození se chlapec projevoval velmi hypotonicky. Následně bylo provedeno neurologické vyšetření a matce byla doporučena Vojtova metoda, kterou matka s dítětem cvičila od 5. týdne po porodu až do 17. měsíce 5krát denně. Kvůli pravidelnému cvičení byl upraven denní režim celé rodiny. Neurologické vyšetření podstupoval chlapec do 3 let pravidelně 4krát za rok. Zklidňující medikamenty a medikamenty na soustředění neužívá.

Rodina není úplná, rodiče žijí odděleně. Chlapec žije s matkou, starší sestrou a přítelem matky. Biologický otec dítěte odmítá přijmout chlapcovu diagnózu, která také zapříčinila rozpad vztahu rodičů. Starší sestra si nejdříve připadala odstrkovaná, vyžadovala po matce pozornost, žárlila na mladšího bratra. Dokonce nechtěla trávit čas doma, dobře se cítila v mateřské škole, kde žádala svou třídní učitelku, aby se stala její maminkou. Časem se dívčin vztah k mladšímu sourozenci změnil, matka ji postupně začala vysvětlovat bratrův stav skrz panenku, o kterou se dívka měla starat stejně jako matka o bratra. V současnosti mezi sourozenci není žádná rivalita, starší dívka se snaží pomoci svému bratrovi, hrají si spolu, večer mu předčítá pohádky a začíná chápat jeho zdravotní stav.

Od 2 let chlapec navštěvuje klinického logopeda z důvodu hypotonického jazyka a byla mu také diagnostikována vývojová dysfázie. Logopedka jako první zaznamenala u chlapce symptomy ADHD. Mluva je velmi rychlá, občas nesrozumitelná, ale po upozornění je schopen se kontrolovat.

Často se u chlapce vyskytují afektivní stavy, které se projevují vzteky a křikem. Nejčastěji jsou tyto stavy doprovázeny dupáním, zkrřížením rukou na hrudi nebo prohnutím se v zádech, občasný útěk a následné schování např. pod stolem. Afektivní stavy jsou vyvolány neúspěchem, prohrou při soutěži nebo při plnění předškolních úkolů. Agrese vůči okolí se nikdy neprojevila.

Chlapec navštěvuje mateřskou školu od 3 let. Aklimatizace na denní režim v MŠ mu trvala velmi dlouho (přibližně 3,5 měsíce). V porovnání s ostatními dětmi se zdál chlapec aktivní, při sebeobsluze byl značně pomalý a vývoj byl výrazně opožděný, občas působil nepřítomným dojmem. Po informování o stavu dítěte se matka rozhodla navštívit PPP, následně také klinického psychologa, který u chlapce diagnostikoval ADHD přibližně v 3,5 letech.

Chlapci byl doporučen asistent pedagoga. PPP navštívili opěv v 5 letech z důvodu posouzení školní zralosti a odložení školní docházky.

Momentálně se připravuje na základní vzdělávání, má upravený režim z důvodu odkladu a denně plní různé úkoly (v dopolední hodinách v MŠ s asistentkou a odpoledne s matkou). Některé úlohy chlapci připadají těžké, odmítá je plnit a odmítavá reakce se projeví útekem, případně se chlapec někde schová. Při vypracovávání úkolů je nutná vizualizace, má problém s abstrakcí.

Rodina úzce spolupracuje s třídní učitelkou a asistentem pedagoga. Mají pravidelné schůzky jednou za měsíc, kde se probírá chlapcův zdravotní stav a způsob vzdělávání. Při denní komunikaci používají záznamy ve formě deníku.

„Je takový, že když mu něco nejde, tak je pak hodně demotivovaný“. Je nutná motivace a za splněné úkoly dostává chlapec nalepovací hvězdičky.

Chlapec je velmi aktivní, ale zároveň se rychle unaví a je důležité u něj dodržovat denní režim a řád. Brzy se probouzí (přibližně kolem 6:30) a pozdě usíná (přibližně kolem 23:00) a z toho důvodu se matka snaží, aby každý den měl odpolední klid a pokud je to možné na chvíli se prospal. Občas jedná bez zábran a dle slov matky *„On vidí Supermana a myslí si, že také umí létat a následně se pokouší vyskočit z okna, nebo si stoupne na silnici před auto a zkouší ho zastavit svou silou vůle“.* Z důvodu impulzivního jednání matka zapojuje do výchovy i starší dceru. Matka chlapce charakterizuje jako hodného, milého, tulivého a šťastného. *„On je takový bobek a nic bych na něm neměnila, až na vztekání.“* Chlapec nezná míru a občas ve školním kolektivu „vybuřuje“, provokuje svým chováním, v zápalu odmítá reagovat i na opakované upozornění. Je nutné ho pak odvést, počkat na klidný stav a vše mu vysvětlit. Zpětně je schopný své chování zhodnotit a uvědomí si, co udělal špatně. V kolektivu si s ostatními dětmi hraje a je schopen se zapojit do společenské hry.

Oblíbenou činností chlapce je stavění lega nebo jízda na elektrickém traktoru. Prarodiče bydlí na vesnici a chlapec rád pomáhá prarodičům při práci na zahradě nebo přestavbě. *„Venkovní práce ho baví a pomáhá mu v rozvoji jemné motoriky. Nechávám ho zatloukat hřebíky nebo si hrát s matičkami, baví ho šroubovat. Činnosti jako navlékání korálků ho prostě nebaví.“* Občas má dovolenu dívat se na pohádky na TV nebo mobilu. Tyto aktivity fungují jako forma odměny a motivace, vždy je kontrolováno na co se dívá. Ve školce si nejvíce hraje s dřevěnými hračkami, náradím a stavebnicemi.

Od útlého věku má chlapec nastavený režim, po diagnostikování ADHD se výchova chlapce nějak výrazně nezměnila. Matka se nyní snaží být více tolerantní a klidnější při řešení problémů. Matka s otcem nemají dobré vztahy. Otec se do výchovy spíše nezapojuje, nezajímá se o stav dítěte. Otec nedodržuje doporučení matky a nerespektuje výchovná doporučení odborníků.

4.1.4 Rozhovor č. 4

Matka u dnes 4letého chlapce pozorovala zvláštní chování už v 1 roce. Do prvního roku se zdálo vše v pořádku. Příznaky odlišnosti pozorovala v pohybu horních a dolních končetin. *„Říkala jsem si, že něco není v pořádku kvůli motýlkovým záškubům ručiček a nožiček. Neustále s nimi kmital jako křídélky.“* Na základě těchto pohybů si matka v 1 roce vyžádala neurologické vyšetření. Dalším příznakem byly chlapcovy nevyzpytatelné změny v chování, které byly spojovány také se změnou prostředí. *„Jakmile jsme přišli ke známým nebo třeba do restaurace jeho chování se okamžitě změnilo, začal pobíhat, nevydržel sedět na místě, neposlouchal a záměrně utíkal pryč. Najednou byl nezastavitelný, jak když natočíte hračku na klíček.“* Chlapcovo chování zapříčinilo izolaci rodiny, která následně přestala chodit na společenské akce nebo do restaurací. V případě, že se chtěli vydat někam do společnosti, museli si rodiče předem vytipovat místo, a byla nutná přítomnost obou rodičů. Chlapec má starší sestru a rodiče se snažili za pomoci společných sil uspokojit potřeby obou dětí.

Ve třech letech chlapec nastoupil do mateřské školy, kde jeho chování bylo výrazně odlišné od ostatních vrstevníků. Nerespektoval řád třídy, neustále někde pobíhal, nevydržel sedět u svačiny. Chlapcova matka je zároveň i jeho třídní učitelkou v mateřské škole. Matka se tak dostává do nepříjemné pozice, chlapec občas není schopen rozeznat rozdíl mezi tím, kdy je matka matkou a kdy je učitelkou. Vyžadoval po matce stejnou pozornost jako doma, nechtěl se „o ni dělit“, vznikaly konflikty s ostatními dětmi, výrazně na sebe upozorňoval. Začalo se také objevovat agresivní chování. V okamžiku, kdy se hra neodvíjela podle jeho představ, nebo mu někdo vzal hračku, tak začal kousat a bouchat ostatní děti. Jeho reakce byly velmi přehnané a impulzivní. *„Syn neumí zvládat vztek. Lehce se dostane do afektu a pak křičí, dupe, kouše, škrábe. Kdo je v okamžiku afektu v jeho blízkosti tak to od něj prostě schytá. Když byl menší, dal se od záchvatu odvést a obalamutit, nyní ve 4 letech to možné není.“* Chlapec také užívá slovní nadávky a vulgarismy. Dle slov matky tyto slovní výrazy umí používat cíleně a ví při jakých situacích. Aktuálně nejvíce používá „blbec, pitomec“. Matka se domnívá, že ty to slovní

obraty má odposlouchané z televize a bohužel musí uznat, že to odposlouchal i od ní. „*Každému občas bouchnou saze a nějaké to špatné slůvku mu před dítětem vyklouzne.*“

Na základě problémového chování matka vyhledala odbornou pomoc a v 3,5 letech byl u chlapce klinickým psychologem diagnostikován vývoj ADHD. Měsíc po návštěvě psychologa podstoupili neurologické vyšetření. Neurolog u chlapce (3,6 let) také potvrdil diagnózu ADHD. Po obou vyšetřeních matka navštívila PPP s cílem žádosti o asistenta pedagoga (AP). „*Po 5 minutách co jsme byly v PPP nám bylo oznámeno že syn je „jasný“ a ADHD je u něj zjevné od prvního pohledu.*“

S nástupem AP se chování v mateřské škole zlepšilo. S asistentkou má chlapec hezký vztah a matce se s ní také dobře spolupracuje. „*Paní asistentka je úžasná, velmi trpělivá, a malý ji má moc rád, díky ní se do školky těší.*“ Zároveň se chlapcovo chování v MŠ mění v nepřítomnosti matky. Pokud je ve třídě druhá paní učitelka, chlapec je o něco klidnější a má k učitelce větší respekt, konflikty nejsou tak časté. Během společných činností vydrží maximálně 5 minut pak je třeba aby ho AP odvedla a zaměstnala jinou činností.

Nejčastěji si hraje s temperovými barvami, je to aktivita, u které vydrží nejdéle, v poslední době si také hodně kreslí. Pokud není pod dohledem je schopen barvy „napatlat“ všude, kam dosáhne. Rád něco montuje, ale má problémy s jemnou motorikou způsobenou třesem v horních končetinách. Neurolog tento označuje jako symptom ADHD. „*Miluje traktory, bagry a všechno co vrčí, hučí a vydává zvuk.*“ Vyžaduje hračky, které jsou imitací, věrohodné zmenšeniny. Klasické hračky jako puzzle nebo skládačky ho nezajímají. Rád stříhá a hraje si s nůžkami. „*Rozstříhá vše, co vidí, je nutné ho mít neustále pod dohledem. Jen co se otočím už mi stříhá koberec.*“

Ve školce si nejčastěji hraje s dřevěnou vláčkodráhou. Hraje si spíše se staršími dětmi, jejich hry jsou pro něj atraktivnější a nejčastěji si hrají na schovávanou.

Matka tvrdí, že syn je hrozný „mazel“, je velmi kontaktní, zároveň je „vztekloun“, afektivní, impulzivní, tvrdohlavý. „*Konflikty mezi dětmi vznikají i kvůli jeho kontaktnosti. Nechápe, že ostatní nechtějí obejmouti nebo pusu.*“ Neustálá pozornost a dohled je nutný, jelikož je chlapec velmi aktivní, neustále někam leze, a občas vymýšlí nebezpečné aktivity. Pro rodiče je to psychicky náročná situace a v hlídání syna se střídají.

Denní režim doma respektuje, dokonce ho vyžaduje, sám od sebe věci připomíná. Pravidelnost ve vstávání, odpočinku, odpolední činnosti a večeři má nastavený společně se starší sestrou a jsou to pro něj určité rituály. Pokud k rituálu v denním režimu nedojde, rozčiluje se.

Rodina je úplná a ve výchově jsou rodiče sjednocení. Otec pracuje z domů, má tedy na výchově stejný podíl jako matka. Matka jako učitelka měla znalosti o ADHD, a věděla tedy, jak s dítětem pracovat a jak popřípadě změnit výchovu. Manžel si vždy při řešení problému nechal poradit, četl odbornou literaturu a záměrně vyhledával články na internetu, aby se o problematice ADHD dozvěděl více, byl přítomen také u všech vyšetřeních. Nyní se snaží být více tolerantní a nekřičet na chlapce kvůli maličkostem. Uvědomují si, že za některé věci, které dělá nemůže. Se starší sestrou chlapec vychází bez problémů, sourozenci si spolu rádi hrají na schovávanou. *„Chvilé kdy si děti spolu hrají jsou pro nás momenty odpočinku.“* U starší dcery je momentálně podezření na diagnózu ADHD, ale zatím není potvrzena.

Rodiče se na veřejnosti dostávají díky synovu chování občas do nepříjemných situací. Pokud se dostává do afektu a křičí, kolemjdoucí koukají, občas mají nepříjemné poznámky. *„Já to vím, že on je jiný ale oni to neví, a tak si o vás pak říkají že jste špatný rodič. Tyto situace jsou mi nepříjemné ale musím se s nimi vypořádat. Manžel mi často říká, ať si okolí nevšímám, ale je to pro mě těžké, jelikož vypadám jako matka, která nezvládá své dítě.“*

Na zklidnění chlapce vyzkoušeli medikamenty, ale ty měly na chlapce spíše opačný efekt a nyní žádné zklidňující medikamenty neužívá. *„Byl po nich spíš jak opička, neustále někde běhal, skákal a byl aktivnější než předtím.“*

Doma i v MŠ je zavedený systém odměn. Pokud pracuje, poslouchá nebo se mu něco velmi povede, dostane bonbon (gumový medvídek).

4.1.5 Rozhovor č. 5

Chlapec, 5 let, žije v úplné rodině, nemá žádné sourozence. Syn rodiče velmi zaměstnává, neustále si vyžaduje pozornost a je velmi aktivní. V současné době se začíná zklidňovat a zvykat si na denní režim.

Podezření na ADHD začali mít rodiče, především matka, kolem 3. roku. *„Když jsme byli mezi jinými dětmi, připadal mi jiný a něco bylo prostě špatně.“* Vyhledali pomoc odborníků a objednali se k dětské psycholožce, která potvrdila podezření na ADHD, ale chlapec

jí připadal malý. Po přezkoumání stavu dítěte ve 4 letech bylo diagnostikováno ADHD. V 5 letech proběhli u chlapce další vyšetření, a to neurologické vyšetření EEG. Chlapec vyšetření velmi špatně snášel, vzpouzel se, odmítal spolupracovat, křičel a výsledky byly nejasné. Navštívili také PPP.

Chlapec měl dlouhou adaptaci na mateřskou školu. Trvalo několik měsíců, než byl schopný v klidu přijít do MŠ a bez křiku se rozloučit s matkou. Matka dokonce změnila zaměstnání, aby chlapec nemusel být celý den v MŠ, ale pobýval zde jen 4 h denně. Oproti ostatním byl výrazně pomalejší, má problém se sebeobsluhou. Ve třídě byl nejdříve klidný. Bohužel se změnila třídní učitelka, která s chlapcem nevychází a neshody v posledním půl roce způsobují stále frekventovanější afekty. MŠ vnímá jako trest, netěší se tam a nechce tam být. Rodiče zvažují změnu mateřské školy a doufají v lepší přístup.

Starší děti se chlapci ve třídě posmívají, schválně se pokouší vyvolat u něj afekt a následně si na něj ukazují a křičí, že brečí jako mimino. Pokud je matka s dítětem někde na hřišti, k podobným situacím nedochází a umí si hrát s ostatními dětmi.

„Připadá mi občas, že ztratil bojovného ducha a má malé sebevědomí.“ Problémy se sebeobsluhou způsobují u chlapce pocit nejistoty. V MŠ docházelo mezi dětmi k soutěžím typu „kdo se obleče jako první“. V těchto hrách chlapec vždy prohrál. Když ví, že ho čeká náročný úkol, začne se rozčilovat, brečet a tvrdí, že to nezvládne a nemá na to, v krajních situacích utíká a schovává se.

Dle slov matky u chlapce převládá hlavně impulzivita a emoční nestabilita. *„On je taková malá sopka, i maličkost ho dokáže dostat do velkého emočního výbuchu.“* Velmi rychle mluví, špatně artikuluje a není mu občas rozumět. *„Není klasicky pohybově hyperaktivní dítě, hyperaktivita se projevuje hlavně v řeči.“* Pokud se dostane do afektu, není možné s chlapcem mluvit, přestane vnímat okolí a je nutné počkat až afekt přejde a uklidní se. Během afektu křičí, je až hysterický, pláče. V minulosti se při afektech objevovala agresivita, zloba. V současnosti se potýkají se slovními vulgarismy. *„Museli jsme hodně zpracovávat, když přišel a ve vzteku začal křičet já vás zabiju, nebo nám nadává, že jsme blbci.“* Afekty přicházejí nejčastěji po dlouhé době soustředění například po trénování logopedických cvičení nebo po vyšetření v PPP.

Rodiče výchovu a chování chlapce korigují především pozitivní motivací. Vymysleli si vlastní systém odměn, kdy chlapec za splněné úkoly a dobré chování dostává minuty a následně

smajlíky. Za nasbírané minuty může pak hrát hry na telefonu a pokud 2krát dostane smajlíka na konci dne za dobré chování, může hrát počítačovou hru Minecraft. Za smajlíky dostává 45 minut na počítači a maximálně může trávit u počítače 1,5 hodiny jednou za tři dny. „*Manžel je technicky založený a pokud syn hraje na počítači, je tam manžel vždy s ním a vnímá to jako jejich chvíli.*“ Hry na telefonu jsou převážně vzdělávací, pomáhají rozvíjet myšlení, logiku, zrakovou diferenciaci. Matka s touto formou odměn není spokojená, ale zatím je to jediný způsob, který zafungoval a chlapce dostatečně motivuje. Pokud chlapec neplní úkoly, chová se nevhodně, o minuty poté přichází.

Výchovný přístup v MŠ a doma není sjednocený. Před změnou třídní učitelky rodiče se školou komunikovali osobně, probírali chlapcův stav a snažili se přistupovat k výchově a vzdělávání jednotně. Současná třídní učitelka nespolupracuje, nejeví zájem o individuální přístup k chlapci a nerespektuje doporučené přístupy z PPP. Matka začíná řešit změnu MŠ a asistent pedagoga jim nebyl doporučen.

Ve volném čase navštěvovali centrum pro rodinu „Hád'ata“, které je zaměřené na děti s ADHD. Bohužel, centrum museli přestat navštěvovat, chlapec se zde vždy v kolektivu hrozně rozdováděl, byl po návštěvě velmi rozhozený a neustále pobíhal a bylo složité ho uklidnit. Nyní rodiče zvažují nějakou individuální aktivitu.

Je velmi fixovaný na rituály a vytváří si je sám. „*Ted' si vymyslel rituál při oblékání a pokaždé si u toho pustí pohádku Ovečka Timmy a v klidu se sám obléká.*“ Rodina má své vlastní rituály, pravidelně spolu všichni jí u jednoho stolu a nejoblíbenější rituál je proces před koupáním. Každý večer před koupáním si nejdříve hrají na honěnou. Pokud tento rituál nedodrží chlapec se začne vztekat.

Nejčastěji si doma hraje s legem, kostkami a různými stavebnicemi. „*Rád vymýšlí příběhy a má bujnou fantazii. Příběhy mi diktuje, já je zapisuji a pak si společně hrajeme na režiséry.*“ V MŠ si nejčastěji hraje s auty, anebo vláčkodráhou. Doma vypráví matce o hrách, které si vytvořil s kamarády, vypráví o pobytu na zahradě a o tom, jak vařili lektvary.

Matka pracuje jako asistent pedagoga, má dostatek informací o přístupu k výchově dítěte s ADHD. Otec se o problematiku výchovy dítěte s ADHD začal také zajímat, vyhledával články na internetu a následně je probíral s manželkou. „*Manžel rozumí technice a já zase výchově, pokaždé si ode mě nechá rád poradit a dodržuje doporučení odborníků.*“

Matka chlapce charakterizuje jako živého, plného nápadů, je s ním stále zábava, rád se tulí. Je zvědavý a má neustálou potřebu všechno si vyzkoušet. Na druhou stranu by ráda odstranila afekty doprovázené křikem.

4.2 Vyhodnocení rozhovorů

4.2.1 Základní informace od respondentů

Tabulka 1 Shrnutí výsledků „Základní informace od respondentů“

Základní informace od respondentů						
	R1	R2a	R2b	R3	R4	R5
Věk	4,5 let	6 let	4,5 let	6 let	4 roky	5 let
Pohlaví	chlapec	dívk	chlapec	chlapec	chlapec	chlapec
Sourozenci (počet)	ano (1)	ano (7)	ano (7)	ano (1)	ano (1)	ne
Výskyt ADHD v rodině	ne	ano	ano	ne	ne	ne
Rituály	čtení pohádky před odpočinkem	rodinná večeře každý den, čtení pohádky před spaním	rodinná večeře každý den, čtení pohádky každý den	odpolední odpočinek, čtení pohádky před spaním	pravidelnost v denním režimu má charakter rituálů, které je třeba dodržovat	hra na honěnou před koupáním, při oblékání si pustí pohádku
Oblíbená aktivita, zájmy	architektura, sopky, lodě, bruslení	plavání, čtení knih	plavání	venkovní a zahradnické práce	malování	vymyšlení příběhů, hra na pc
Profilové vlastnosti	ochranářský, citlivý, vnímavý, výbušný, aktivní, veselý, impulzivní	dominantní, sebestředná, empatická, ochotná, srdečná, nepřijemná, protivná, provokativní, impulzivní	impulzivní, divoký, citlivý, obětavý, ohleduplný, aktivní, neklidný	hodný, milý, tulivý, šťastný, impulzivní	hodný, kontaktní, afektivní, impulzivní, tvrdohlavý, aktivní	impulzivní, emočně labilní, živý, nápaditý, zábavný, tulivý, zvědavý

Šetření porovnává výpovědi 5 respondentů. Na základě výpovědi jsme dostali popis 6 jedinců s ADHD, 5 chlapců a 1 dívky. Jejich průměrný věk je 5 let. Zajímavým faktem je příbuzenský vztah 2 jedinců, R2a a R2b jsou sourozenci. Pouze 1 z 6 jedinců šetření nemá žádného sourozence. Na základě šetření bylo zjištěno, že ve většině případů se ADHD u rodinných příslušníků nevyskytuje, na druhou stranu šetření prokázalo výskyt ADHD u sourozenců, jedinec R2a a R2b. U všech zúčastněných byl zjištěn nějaký druh rituálu. R1, R2a, R2b a R3 spojuje stejný rituál, a to čtení pohádky před spaním, které pomáhá k uklidnění. Většinou jsou jedincům průzkumu respondenty přiřazovány kladné vlastnosti, které ovšem

mohou být zastíněny negativními vlastnostmi. Všichni byli označeni jako impulzivní, aktivní až nevyzpytatelní.

4.2.2 Rodina

Tabulka 2 Shrnutí domény „Rodina“

Rodina						
	R1	R2a	R2b	R3	R4	R5
Rodina	<i>úplná</i>	<i>úplná (adoptivní rodiče)</i>	<i>úplná (adoptivní rodiče)</i>	<i>neúplná</i>	<i>úplná</i>	<i>úplná</i>
Vyhledávání informací o ADHD rodiči	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Postoj partnerů k výchově	<i>odlišné názory na výchovu a přístupy ve výchově</i>	<i>sjednocený přístup ve výchově, krizové a vyhocené situace se snaží brát s nadhledem</i>	<i>sjednocený přístup ve výchově, krizové a vyhocené situace se snaží brát s nadhledem</i>	<i>otec se do výchovy nezapojuje, chová se odmítavě a nedodrží pokyny a rady odborníků, veškerá výchova je na matce</i>	<i>sjednocená výchova, rodiče se podílí na výchově stejným dílem už od narození</i>	<i>partneři jsou jednotní, své výchovné kroky spolu konzultují</i>
Změny ve výchově po stanovení diagnózy	<i>nenastaly</i>	<i>snaha brát vzniklé situace s nadhledem a brát větší ohled</i>	<i>snaha brát vzniklé situace s nadhledem a brát větší ohled</i>	<i>tolerance, klidný přístup</i>	<i>tolerantní výchova, snaží se nekřičet</i>	<i>nenastaly</i>

Většina jedinců pochází z úplné rodiny, pouze jeden je součástí rodiny neúplné. Jedinci R2a a R2b jsou nyní členy úplné rodiny, po narození se však biologičtí rodiče vzdali svých rodičovských práv a žijí u adoptivních rodičů. Rodiče si vždy vyhledali informace o ADHD, aby byli lépe seznámeni s problémy jejich dítěte. Ve dvou případech není přístup partnerů ve výchově jednotný. U R1 mají rodiče odlišné názory ve výchově, docházelo k hádkám a obviňování otcem za špatnou výchovu a po stanovení diagnózy svůj přístup nezměnili. U R3 dokonce došlo k odmítání syna otcem, otec s výchovou matky nesouhlasí a nerespektuje její doporučení a postupy. Ve 4 případech jsou rodiče rovnocennými partnery ve výchově, jsou si oporou a výchovné kroky spolu konzultují. Po stanovení diagnózy ve většině případů dochází

ke změně ve výchovném přístupu, rodiče se snaží být více chápaví a tolerantní. Uvědomují si, že určité situace jsou zapříčiněné přítomností ADHD, a ne vždy jejich potomek dokáže své chování plně ovládat.

4.2.3 Stanovení diagnózy

Tabulka 3 Shrnutí domény „Stanovení diagnózy“

Stanovení diagnózy						
	R1	R2a	R2b	R3	R4	R5
Věk stanovení diagnózy ADHD	<i>3,5 let</i>	<i>4 roky</i>	<i>2,5 let</i>	<i>3,5 let</i>	<i>3,5 let</i>	<i>4 roky</i>
Osoba navrhuující podnět k podstoupení vyšetření	<i>matka</i>	<i>matka</i>	<i>matka</i>	<i>matka, logoped</i>	<i>matka</i>	<i>matka</i>
Impulzy, důvody k podstoupení vyšetření	<i>zvláštní chování a zájmy</i>	<i>nezvladatelné chování, nadměrná aktivita</i>	<i>nezvladatelné a nevyzpytatelné chování, nadměrná aktivita</i>	<i>zvýšená aktivita, výrazně horší schopnost sebeobsluhy, působil nepřítomným dojmem</i>	<i>nevyzpytatelné změny v chování</i>	<i>velmi aktivní, vyžaduje hodně pozornosti, problém se sebeobsluhou</i>
Neurologické vyšetření	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Psychologické/psychiatrické vyšetření	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Návštěva PPP	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Další diagnózy	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ACC, hypotonie jazyka, vývojová dysfázie</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>

Průměrný věk, ve kterém došlo ke stanovení diagnózy ADHD je 3,5 let. Pouze u R2b došlo ke stanovení diagnózy před třetím rokem života a to v 2,5 letech. Brzkou diagnózu u R2b zapříčinil výskyt ADHD u staršího sourozence R2a a jejich jednotné projevy v chování. Ve

všech případech podala podnět k podstoupení vyšetření matka. Nejčastějšími důvody k absolvování vyšetření byly nápadné změny v chování ve srovnání s vrstevníky, nadměrná aktivita, problém se sebeobsluhou. Neurologické vyšetření podstoupila pouze polovina jedinců a všichni byli podrobena psychologickému nebo psychiatrickému vyšetření. Návštěvu PPP podstoupili 4 ze 6 jedinců. U R3 se jako u jediného prokázaly i jiné diagnózy než ADHD.

4.2.4 Vyhledávání informací o ADHD rodiči

Tabulka 4 Shrnutí domény „Vyhledávání informací o ADHD rodiči“

Vyhledávání informací o ADHD rodiči						
	R1	R2 a	R2 b	R3	R4	R5
Internetové stránky o ADHD,	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Youtube	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>
Odborná literatura	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Seminář/přednáška	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>
Schůzky s odborníky	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Konzultace s jinými rodiči dětí s ADHD	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>

Po stanovení diagnózy ADHD byl nejčastějším a pravděpodobně nejprístupnějším zdrojem informací pro rodiče internet. Ačkoliv Youtube spadá do kategorie internetového zdroje, respondentka tuto konkrétní webovou stránku uvedl jako další přínosný zdroj informací. O další konkrétní internetové stránce se žádný z dalších respondentů nezmínil. Respondent využil stránku ke shlédnutí odborných přednášek na téma ADHD, ačkoliv osobně se nikdy žádné přednášky nebo semináře neúčastnil. Druhý nejčastější zdroj informací byla odborná literatura, která je jistě spolehlivějším zdrojem informací. Nejméně častým zdroje informací jsou odborné semináře pro rodiče. Semináře mohou být přínosné, ať už jako zdroj informací tak jako možnost setkání se s dalšími rodiči, kteří mají stejně jako oni potomka s ADHD. Mohou si tak vyměnit kontakty, zkušenosti a může jim to také pomoci z psychologicky terapeutického hlediska a uvědomění si, že v tom nejsou sami a jsou i jiné rodiny potýkající se s podobnými obtížemi. Ve všech případech došlo ke konzultacím s odborníky, nejčastěji s psychologem, psychiatry a s pedagogy. Pouze jeden respondent vypověděl o setkání a následné konzultaci chování jedince s ADHD s jiným rodičem.

4.2.5 Afektivní jednání, projevy při afektu

Tabulka 5 Shrnutí domény „Afektivní jednání, projevy při afektu“

Afektivní jednání, projevy při afektu						
	R1	R2a	R2b	R3	R4	R5
Křik	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Vzteky	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Vulgarity	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Pláč	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>
Útěk	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>
Agrese	<i>kousání, bouchání, žduchnutí</i>		<i>kopání do dveří, ničení hraček a vybavení</i>		<i>kousání, bouchání, dupání, škrábe</i>	
Jiné	<i>lehnutí na zem</i>	<i>velké svalové napětí, zatínání rukou v pěst, záklon do oblouku</i>	<i>nekontrolovatelné změny nálad, není schopen plynule mluvit a vyjádřit své myšlenky</i>	<i>dupání, zkřížení rukou na hrudi, záklon do oblouku, schová se</i>	<i>přehnané reakce, impulzivní chování</i>	<i>schování se před ostatními, hysterie</i>
Příčiny afektu	<i>odmítnutí, zákaz, požadování dodržení pravidel, narušení hry</i>	<i>emočně vypjaté situace</i>	<i>impulzivní chování a časté změny nálad</i>	<i>neúspěch, prohra, plnění předškolních úkolů</i>	<i>impulzivita, děj hry se neodvíjí podle jeho představ, nedostatečná pozornost matky v MŠ</i>	<i>náročný úkol, u kterého je přesvědčen, že ho nemůže zvládnout, po delším soustředění</i>
Medikace	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
Jednání rodičů při afektu	<i>odvedení pozornosti, počkat na odeznění</i>	<i>počkají až afekt odezní</i>	<i>vyvedení chlapce z místnosti, nechat mu čas na uklidnění</i>	<i>odvedení z místnosti, počkat až afekt odezní</i>	<i>odvedení pozornosti</i>	<i>počkají až afekt úplně odezní</i>

Dle výpovědi respondentů u všech jedinců při afektu dochází ke křiku, vzteku. U poloviny jedinců se vyskytuje pláč a slovní vulgarismy a nadávky, nejčastěji shodně používají označení „pitomec“. Útěkové chování nebo nutkání se někde schovat se objevilo u 4 ze 6 jedinců. Agresivní chování vůči okolí, osobám či věcem, se objevuje u poloviny jedinců. Toto agresivní chování matky velmi trápí, způsobuje izolaci rodiny, protože se obávají konfliktů. Autorka průzkumu by ráda poukázala na zajímavou shodu u R2a a R3, projevující se svalovým napětím a prohnutím v zádech do oblouku. Shodně byla respondentkami uvedena emoční

labilita a nekontrolovatelné změny nálad. Příčiny afektu jsou různé u každého jedince. Ve 3 případech byla shodně uvedena jako příčina emočně vypjatá situace. U R1 a R4 způsobuje afekt narušení hry, nemožnost spolupráce ve hře s ostatními dětmi. Dále byly uvedeny příčiny jako odmítnutí, zákaz oblíbené činnosti, plnění pracovních úkolů, prohra. U poloviny jedinců došlo k úpravě chování za pomoci medikace. U R4 bylo nutné medikaci vysadit, místo ke zklidnění docházelo ke zvýšení aktivity a měl obtíže s ovládním svého jednání. K výrazné změně a zlepšení chování po nasazení medikace došlo u R2a a R2b. Na základě rozhovorů a získaných informací si autorka průzkumu myslí, že by medikace byla vzhledem k agresivnímu chování vhodná i u R1. Přístup a jednání rodičů během afektu je dosti shodný. Nejčastěji je nutné odvedení pozornosti a pokud tento postup nezabírá je nutné vyvedení z místnosti a počkat, až afekt úplně odezní a dítě se uklidí.

4.2.6 Mateřská škola

Tabulka 6 Shrnutí domény „Mateřská škola“

Mateřská škola						
	R1	R2a	R2b	R3	R4	R5
Adaptace na MŠ	<i>problémová nerespektuje třídní řád a denní režim</i>	<i>Emočně náročná, odmítání třídního řádu</i>	<i>bezproblémová</i>	<i>Dlouhá akceptace na režim v MŠ</i>	<i>Komplikovaná, matka je třídní učitelka, problém s dodržením třídního řádu</i>	<i>Dlouhá a problematická adaptace</i>
Asistent pedagoga	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
Formy a způsoby komunikace se školou (vypsát – deník, konzultace)	<i>Denní komunikace formou deníku, osobní setkání dle potřeby</i>	<i>Slovní konzultace</i>	<i>Slovní konzultace</i>	<i>Pravidelné schůzky 1krát za měsíc, při denní komunikaci je veden deník</i>	<i>Dohled matky v MŠ, slovní komunikace s AP</i>	<i>Komunikace je komplikovaná, dříve osobní setkání, nyní nespolupracují vůbec</i>
Postoj dítěte na MŠ (jeho nálady reakce na MŠ)	<i>Dobrovolně o MŠ nemluví ale těší se, o učitelkách a asistentce se vyjadřuje kladně</i>	<i>Kladný postoj k MŠ</i>	<i>Do MŠ se těší, je rád středem pozornosti a hraje si s kamarády</i>	<i>Kladný postoj k MŠ</i>	<i>Do MŠ se velmi těší, hlavně díky AP</i>	<i>MŠ vnímá jako trest, nechce zde trávit čas</i>

Adaptace byla skoro u všech jedinců problematická. Nejčastějším problémem byla adaptace na třídní řád a režim dne ve třídě, který se hodně odlišuje od domácího režimu. Pouze u R2b byla adaptace na MŠ bezproblémová, jelikož byl zařazen do stejné MŠ a třídy jako jeho starší sestra R2a. U 3 jedinců je při výuce zapojen také asistent pedagoga. Pro R2a a R2b se matka snaží získat asistenta pedagoga, vzhledem k náročnosti péče a neustálé potřebě pozornosti. Většina respondentů vypověděla, nemají problém v komunikaci s MŠ. Informace si předávají v pravidelných konzultacích a vedou také písemné záznamy. U R5 je celkový přístup k MŠ negativní. Tato negativita je způsobena změnou třídního učitele, špatným přístupem a nerespektováním doporučení PPP učitelem. Vzhledem ke vzniklé situaci v MŠ není chlapec emočně stabilní, ač o MŠ a dění v ní mluví hodně, nechodí tam rád a varovný signál je i vnímání MŠ jako trest. Rodiče se snaží zajistit změnu MŠ. Zbylí jedinci se do MŠ těší a mají k ní převážně kladný vztah.

4.2.7 Hra

Tabulka 7 Shrnutí domény „Hra“

Hra						
	R1	R2 a	R2 b	R3	R4	R5
Oblíbená hračka doma	<i>lego, stavebnice</i>	<i>kuchyňka, panenky</i>	<i>lego, kostky, autodráha, puzzle</i>	<i>lego, jízda na elektronické m traktoru</i>	<i>temperové barvy, traktory, bagry</i>	<i>lego, kostky, stavebnice</i>
Oblíbená hračka v MŠ	<i>stavebnice, kostky</i>	<i>panenky</i>	<i>stavebnice</i>	<i>dřevěné hračky, nářadí, stavebnice</i>	<i>dřevěná vláčkodráha</i>	<i>auta, vláčkodráha</i>
Hra se sourozencem	<i>sourozence zapojuje, ale jen pokud chce</i>	<i>se sourozenci si hraje pravidelně, zapojuje je</i>	<i>pravidelně si hraje se starší sestrou na rodinu nebo vaření</i>	<i>nejdříve problematická, starší sestra bratra odmítala, v současné době jsou schopni si spolu hrát</i>	<i>sourozenci spolu vycházejí, nejčastěji si hrají na schovávanou</i>	<i>nemá sourozence</i>
Hra v kolektivu	<i>zapojuje se do skupinových her, pokud se hra pro něj atraktivní</i>	<i>zapojuje se do společenských a skupinových her</i>	<i>zapojuje se bez problémů</i>	<i>je schopen se zapojit do kolektivní hry, rád ostatní provokuje, vybuřuje</i>	<i>hraje si hlavně se staršími dětmi, nejraději na schovávanou</i>	<i>v prostorách MŠ si s dětmi svého věku nehraje, dochází zde k častým</i>

						<i>konfliktům a posměškům, v prostorách mimo MŠ chlapec s ostatními vychází bez problémů</i>
--	--	--	--	--	--	--

Mezi nejoblíbenější hračky skoro u všech jedinců patří lego a různé druhy stavebnic. Shodně si jedinci rádi hrají sami, ale jsou ochotni do hry zapojit i ostatní. R1 je ochoten zapojit se do kolektivní hry, pokud je pro něj téma hry zajímavé, anebo se ostatní podřídí jeho pravidlům hry. R2a a R2b jsou z velké rodiny, jsou zvyklí hrát si v kolektivu ať už doma se sourozenci tak s ostatními dětmi v MŠ. R3 měl z počátku velmi komplikovaný vztah se starší sestrou, která ho odmítala a nechtěla si s R3 hrát. V současné době se přístup k společné hře změnil a jsou schopni si společně hrát bez problémů. R4 ve hře vyhledává především starší děti a přizpůsobuje se jejich pravidlům, s mladšími dětmi si nerozumí a hru s nimi nevyhledává. R5 nemá sourozence, je zvyklý hrát si s rodiči, v MŠ si s dětmi nehraje skoro vůbec, ale pokud ano rád o tom následně vypráví. V MŠ je skoro šikanován ostatními dětmi, které se R5 posmívají a schválně u něj vyvolávají afekt.

4.2.8 Odměny, tresty, motivace

Tabulka 8 Shrnutí domény „Odměny, tresty, motivace“

Odměny, tresty, motivace						
	R1	R2 a	R2 b	R3	R4	R5
Odměny v domácím prostředí	<i>Youtube</i>	<i>vše je na základě domluvy</i>	<i>vše je na základě domluvy</i>	<i>tv, mobil, televize</i>	<i>gumový medvídci</i>	<i>sbírání volných minut ke hraní her na PC, sbírání smajlíků</i>
Odměny v prostředí MŠ	<i>odměna formou smajlíků (hodnotící tabule)</i>				<i>gumový medvídci</i>	<i>samolepka hvězdy</i>

Trest v domácím prostředí	<i>zákaz Youtube</i>			<i>zákaz tv, mobilu</i>		<i>odebrání volných minut</i>
Trest v prostředí MŠ	<i>získání červeného smajlíka (hodnotící tabule)</i>					<i>nezískání hvězdy</i>
Motivace v domácím prostředí	<i>Youtube, hodnotící tabule</i>			<i>tv, mobil</i>	<i>příslib gumového medvídka</i>	<i>hraní na PC, mobilu</i>
Motivace v prostředí MŠ	<i>získání žlutého smajlíka (hodnotící tabule)</i>				<i>příslib gumového medvídka</i>	<i>získání hvězdičky</i>

Všichni respondenti se ve výpovědích shodují na upřednostňování pozitivní motivace. Snaží se u jedinců podpořit dobré chování za pomoci slovních pochval, ovšem u některých je třeba motivaci posílit o příslib odměny. Odměny mají různý charakter a formu a jsou u každého jedince odlišné. Je nutné odlišit přístup v domácím prostředí a v prostředí MŠ. V případě R1 a R5 využívají odlišné formy motivace, odměn a trestů v domácím prostředí a MŠ. U jedince R4 je ve všech případech forma sjednocená. U R2a a R2b není ustálená forma. R3 má formu odměn, trestů a motivace určenou pouze v prostředí domácnosti.

Pro jedince R1 funguje příslib sledování Youtube jako motivace k dodržování nastavených pravidel domácnosti nebo plnění požadovaného úkolu. Pokud R1 dodrží stanovená pravidla vše řádně plní, slouží následný čas strávený na Youtube jako forma odměny. Zároveň odepření přístupu na Youtube slouží jako forma trestu při nedodržení a nesplnění pravidel. V MŠ používají odlišný systém odměn a využívají tabuli, která hodnotí chování jedince a plnění úkolů. Jako motivaci v MŠ využívají žluté usměvavé smajlíky. Pokud se jedinec chová řádně dostane jako odměnu žlutého smajlíka, kterého si přilepí na tabuli. Při výskytu nežádoucího jednání dostane R1 červeného smajlíka, který slouží zároveň jako forma trestu.

U jedinců R2a a R2b v domácnosti vše funguje na domluvě a nevyžívají žádnou určitou formu motivace nebo odměn. V MŠ taktéž nevyžívají žádnou formu odměn a trestů.

U jedince R3 v domácím prostředí využívají k motivaci čas strávený u TV nebo zapůjčení mobilního telefonu. Pokud jedinec dodržuje stanovená pravidla a vše řádně plní,

následná odměna je povolení TV a mobilního telefonu. Pokud dojde k nedodržení pravidel nebo nežádoucímu chování má forma trestu zákaz TV a mobilního telefonu. V MŠ nemají stanovené žádné formy motivace, trestů a odměn.

R4 má ustálenou a sjednocenou formu motivace a odměn jak v domácím prostředí, tak v prostředí MŠ. Za dodržení stanovených pravidel a řádné chování dostává gumové medvídky, forma trestu není stanovena.

4.3 Diskuse

Realizované kvalitativní šetření, provedené za pomoci polostrukturovaných rozhovorů, pojednává o problematice výchově a vzdělávání jedince s ADHD. Šetření rozšiřuje aktuální poznatky o výchově jedinců s ADHD v předškolním věku v rodině. Rovněž prezentuje dosud nepublikované výsledky o takto konkrétní skupině jedinců.

Většina jedinců pochází z plně funkčních a úplných rodin s dobrým zázemím. Pouze jeden jedinec pochází z neúplné rodiny. Šetření prokázalo, že nejčastějším důvodem k absolvování vyšetření jsou nápadné i laikem zaznamenané odchylky v projevech chování, které bylo ve srovnání s ostatními vrstevníky výrazně vychýleno od normy. Na základě výpovědí se nejčastěji jednalo o nadměrnou aktivitu, impulzivitu a nevladatelné chování. To vše bylo doprovázeno křikem, vztekem, pláčem, u některých jedinců se objevily dokonce agresivní projevy v chování. Na základě zjištěných údajů nebyla prokázána kauzalita mezi projevy agrese u dětí s ADHD a sociálním zázemím jeho rodiny.

Podněty zapříčiňující afektivního jednání se u všech jedinců odlišovaly a vzhledem k individualitě není možné jednoznačně označit příčiny odchylek v chování. Co však můžeme s určitostí tvrdit a šetřením to bylo podloženo je, že takovéto odchylky byly zaznamenány jak v domácím prostředí, tak i v prostředí mateřské školy v interakci s vrstevníky a nejsou okolím tolerovány. Dochází tedy k hledání příčiny čili diagnostickému procesu.

K výsledné diagnóze došlo u všech jedinců v řádu několika měsíců a u všech byla porucha prokázána za pomoci psychiatrického nebo psychologického vyšetření. Zvláštností je, že ne všichni jedinci byli podrobeni neurologickému vyšetření, jelikož je vědecky prokázáno, že odchylky v elektronické aktivitě mozku jsou u jedinců s ADHD zaznamenané za pomoci neurologického vyšetření EEG. Jednou z možností, jak zmírnit projevy ADHD u jedinců je medikace. Ačkoliv šetření prokázalo výrazné zlepšení v kontrole jednání u dvou ze šesti jedinců, užívání medikace není respondenty preferováno, spíše zavržováno.

Po ukončení diagnostického procesu a stanovení konečné diagnózy se rodiče ve všech případech uchýlili k vyhledávání informací o ADHD, aby byli schopni lépe porozumět jednání svých potomků. Nejčastějším a vzhledem k současným možnostem logickým zdrojem informací se pro rodiče hned po konzultaci s odborníky stal internet. Nejčastěji navštěvovali webové stránky zaměřené na problematiku ADHD, případně odborné články nebo internetové poradny. Jako odlišný zdroj informací, i přesto že svou charakteristikou spadá do internetové

části, uvedli respondenti Youtube. Na této konkrétní stránce vyhledávali záznamy různých odborných přednášek a seminářů. Za povšimnutí jistě stojí fakt, že pouze jeden respondent se fyzicky účastnil odborného semináře, ovšem tento zanedbatelný počet může být ovlivněn nízkým výskytem respondentů.

Jako součást výchovy a způsob ovlivnění řízení chování jedince je odborníky doporučeno stanovení přiměřené motivace, případně najít systém odměn a trestů. Šetření prokázalo praktikování tohoto systému u více jak poloviny jedinců s ADHD. Bohužel jen v jednom případě se prokázalo využití jednotného systému praktikovaného za stejných podmínek jak v domácím prostředí, tak v mateřské škole. Ostatní praktikované hodnotící systémy, ačkoliv nejsou sjednocené v odlišných prostředích, se prokázaly jako účinné a jedinci s ADHD jsou schopni je tolerovat.

Vzhledem k častým a neřízeným afektům je důležité stanovení nejen jednotného přístupu partnerů ve výchově, ale také shodný způsob výchovy s pedagogickým personálem. Najít správnou funkční strategii na překonání afektů může být klíčovým faktorem, může se ovšem stát, že nalezení vhodného přístupu bude trvat i několik let. Šetření prokázalo shodu při zakročení a zmírnění afektu. Nejčastější strategií je odvedení pozornost, vyvedení jedince z místnosti a následné zklidnění. Po stanovení diagnózy šetření prokázalo téměř u všech respondentů změnu v přístupu ve výchově, nejčastěji ve zvýšení míry tolerance přípustného a nepřípustného jednání.

Bylo by vhodné se zamyslet, jak by se výsledky praktické části změnily, pokud by vzorek skupiny byl širší, popřípadě pokud by se změnila věková skupina respondentů. S přihlédnutím k výše zmíněným faktorům, je práce doporučena k širšímu rozpracování.

Závěr

Bakalářská práce se věnuje rodině a jedincům s ADHD v předškolním věku, zaměřuje se na definici a charakteristiku ADHD, zjišťuje kombinaci vlivu rodinné výchovy a edukace ve vzdělávacích institucích, projevy a následný diagnostický proces. Práce je rozdělena na 2 hlavní části.

První kapitola je soustředěná na definici a charakteristické rysy ADHD, etiologická východiska poruchy, následně také na využívání klasifikačních systémů, jež specifikují pro poruchu charakteristické symptomy, jmenovitě poruchu pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. Závěrem kapitoly se přenáší teoretická východiska a znalosti do praktického zpracování a následné využití v diagnostickém procesu.

V druhé kapitole se pozornost koncentruje na rodinu a blíže specifikuje skupinu jedinců, na kterou se následně zaměřuje v praktické části, tedy podrobně charakterizuje předškolní věk. S předškolním věkem přichází nástup do edukačního procesu povinného předškolního vzdělávání, zkoumá využitelnost a rozsah podpůrných opatření. Poukazuje také na odlišnosti ve vývoji předškolních jedinců s ADHD. Specifikuje jejich projevy v chování a nutnost individuálního přístupu. Zjišťuje, jaké možné doporučené výchovné přístupy jsou uplatnitelné ve výchově a procesu edukace.

Třetí kapitola v úvodu projednává a představuje specifika praktické části. Poukazuje také na to, jak byla využita teoretická východiska a jaké jsou stanoveny cíle práce specifikované 8 doménami. Při kvalitativním šetření byla využita východiska popsána v dřívějších kapitolách a následně použita ke konkretizaci metody sběru dat.

Data využitá při kvalitativním šetření byla zpracována ve čtvrté, závěrečné kapitole, formou polostrukturovaných rozhovorů s respondenty, ze kterých byly vypracovány podrobné výpisy o chování a projevech jedinců s ADHD. Obsahem výpisů jsou nejen profily jedinců s ADHD, jejich projevy v chování, specifikování edukačního a diagnostického procesu, ale také výpovědi rodičů a jejich přístup ve výchově ovlivněný diagnózou. Následně jsou důležité body vizualizovány za pomoci hodnotících tabulek specifikovaných doménami, které tak lépe poukazují na shody a odlišnosti jak v projevech chování samotného jedince, tak v přístupech k edukaci v prostředí domácnosti a MŠ.

Závěrem celé práce lze podotknout, že provedené kvalitativní šetření by mohlo být rozšířeno o další výzkumy a nadále rozpracováno s různými proměnnými, které byly využity v této bakalářské práci. Lze by se dalo v dalších šetřeních podrobněji zaměřit na jednotlivé domény, více specifikovat skupiny respondentů, zaměřit věkovou či sociální skupinu, či výzkum přesunout do sféry nadnárodní a komparovat výsledky se zahraničními výzkumy.

Seznam zkratek a symbolů

ACC	Agenesis corpus callosum
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Porucha pozornosti s hyperaktivitou
AP	Asistent pedagoga
CNS	Centrální nervová soustava
DSM IV.	Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders IV. revision; Diagnostický a statistický manuál IV. Revize
DSM V.	Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders V. revision, Diagnostický a statistický manuál V. revize
EEG	Elektroencefalografie
IVP	Individuální vzdělávací plán
MKN 10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10 revize
MKN 11	Mezinárodní klasifikace nemocí 11 revize
MŠ	Mateřská škola
MŠMT	Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy
PLPP	Plán pedagogické podpory
PO	Podpůrná opatření
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
R1	Označení jedince s ADHD ve výpovědi respondenta v rozhovoru č. 1
R2a	Označení jedince s ADHD ve výpovědi respondenta v rozhovoru č. 2
R2b	Označení jedince s ADHD ve výpovědi respondenta v rozhovoru č. 2
R3	Označení jedince s ADHD ve výpovědi respondenta v rozhovoru č. 3

R4	Označení jedince s ADHD ve výpovědi respondenta v rozhovoru č. 4
R5	Označení jedince s ADHD ve výpovědi respondenta v rozhovoru č. 5
RVP PV	Rámcový vzdělávací program předškolního vzdělávání
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SPU	Specifické poruchy učení
SVP	Specifické vzdělávací potřeby
ŠPZ	Školská poradenská zařízení
ŠVP	Školní vzdělávací program

Seznam tabulek

Tabulka 1 Shrnutí domény	<i>„Základní informace od respondentů“</i>	str. 37
Tabulka 2 Shrnutí domény	<i>„Rodina“</i>	str. 38
Tabulka 3 Shrnutí domény	<i>„Stanovení diagnózy“</i>	str. 39
Tabulka 4 Shrnutí domény	<i>„Vyhledávání informací o ADHD rodiči“</i>	str. 40
Tabulka 5 Shrnutí domény	<i>„Afektivní jednání, projevy při afektu“</i>	str. 41
Tabulka 6 Shrnutí domény	<i>„Mateřská škola“</i>	str. 42
Tabulka 7 Shrnutí domény	<i>„Hra“</i>	str. 43
Tabulka 8 Shrnutí domény	<i>„Odměny, tresty, motivace“</i>	str. 44

Použitá literatura

1. GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-630-4.
2. HABER, Julian Stuart. *ADHD: The Great Misdiagnosis*. Revised Edition. Lanham, Maryland 20706: Taylor Trade Publishing, 2003. ISBN 9781461733645.
3. JANDERKOVÁ, Dita, Jitka KENDÍKOVÁ, Jarmila KLÉGROVÁ, Iva STRNADOVÁ, Jana SWIERKOSZOVÁ a Zdenka ŽENATOVÁ. *SPU a ADHD*. Praha: Raabe, [2016]. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-215-8.
4. JENETT, Wolfdieter. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele*. Brno: Edika, 2013. Rádce pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-266-0158-6.
5. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Metody práce s dětmi s ADHD především pro rodiče a vychovatele*. 8. vydání. Praha: Jucovičová Drahomíra PaedDr. - nakladatelství D + H, 2014. ISBN 978-80-87295-16-8.
6. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010-. Sestra (Grada). ISBN 9788024732701.
7. KENDÍKOVÁ, Jitka. *ADHD krok za krokem*. Praha: Raabe, [2019]. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-438-1.
8. KOŤÁTKOVÁ, Soňa. *Dítě a mateřská škola: co by měli rodiče znát, učitelé respektovat a rozvíjet*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4435-3.
9. PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 9788024714264.
10. PRŮCHA, Jan a Soňa KOŤÁTKOVÁ. *Předškolní pedagogika: učebnice pro střední a vyšší odborné školy*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0495-4.
11. PTÁČEK, Radek a Hana PTÁČKOVÁ. *ADHD - variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 9788024629308.
12. REICHEL, Jiří. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Grada, 2008. Sociologie (Grada). ISBN 9788024725949.
13. ŠKRDLÍKOVÁ, Petra. *Hyperaktivní předškoláci: výchova a vzdělávání dětí s ADHD*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0928-7.

14. ŠMELOVÁ, Eva, Alena PETROVÁ a Eva SOURALOVÁ. *Připravenost dětí k zahájení povinné školní docházky v kontextu současného kurikula*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3345-5.
15. WENDER, Paul H. a David A. TOMB. *ADHDA Guide to Understanding Symptoms, Causes, Diagnosis, Treatment, and Changes Over Time in Children, Adolescents, and Adults [online]*. 4. United States of America: Oxford University Press, 2000 [cit. 2020-05-02]. ISBN 9780190240288.
16. WINTER, Britta. *Jak na ADHD a problémy s pozorností: praktické tipy pro každý den*. Přeložil Zuzana MIKESKOVÁ. Brno: Edika, 2018. ISBN 978-80-266-1304-6.
17. ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: záporny i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada, 2017. ISBN 9788027102044.
18. APA, kol. autorů, 2015. *DSM- 5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Vydání 1., Praha: Portál, ISBN: 978-80-86471-52-5

Internetové zdroje

1. MINAŘÍKOVÁ, Lenka 06. 05. 2010. Dítě s ADHD v mateřské škole. Metodický portál RVP. [online]. 2010 [cit. 2020-01-10].
Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/s/7993/DITE-S-ADHD-V-MATERSKE-SKOLE.html/>
2. MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize)
Dostupná z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>
3. The ADD resource center, 2020, [online]. New York City: DSM-5 Criteria for ADHD, 2013 [cit. 2020-01-12]
Dostupné z: <https://www.addrc.org/dsm-5-criteria-for-adhd/>
4. Hyperka, předškolní klub pro hyperaktivní děti, 2015. Praha: Hyperka, [cit. 2020-01-12]
Dostupné z: <http://www.hyperka.eu/adhd>
5. MKN-11 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 11. revize), [cit. 2020-04-12]
Dostupné z:
<https://icd.who.int/dev11/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f821852937>
6. MŠMT, vyhlášky ke školskému zákonu, 2020., Praha: MŠMT [cit. 2020-02-15]
Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlasky-ke-skolskemu-zakonu>
7. Vyhláška č. 14/2005 Sb., Vyhláška o předškolním vzdělávání, v platném znění [cit. 2020-03-11]
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-14/zneni-201909011>
8. Vyhláška č. 197/2016 Sb, Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, a některé další vyhlášky, v platném znění [cit. 2020-03-18]
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-197>
9. Vyhláška č. 27/2016 Sb. Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění [cit. 2020-02-07]
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

10. Zákon 563/2004 Sb., zákon o pedagogických pracovnících, v platném znění [cit. 2020-02-07]

Dostupné z:

<http://www.msmt.cz/file/38850?highlightWords=z%C3%A1kon+pedagogick%C3%BDch+pracovn%C3%ADc%C3%ADch>

11. Zákon 561/2004 Sb., školský zákon, v platném znění [cit. 2020-02-07]

Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-15-2-2019>

Seznam příloh

Osnova polostrukturovaného rozhovoru str. 59

1. Představit se, stručně respondenty seznámit s obsahem bakalářské práce, sdělit záměr práce
2. Zeptat se na aktuální stav dítěte?
3. Oblíbené hračky?
4. Koníčky, záliby a jiné oblíbené aktivity?
5. Charakteristika dítěte (vlastnosti, přednosti, zlovyky)?
6. Projevy dítěte v domácím prostředí?
7. Sourozenec a vztah jedince se sourozencem?
8. Jaké problémové situace nejčastěji řešíte v domácnosti?
9. Denní režim?
10. Jak se projevuje afektové chování?
11. Znáte příčinu afektového chování?
12. Vztah dítěte k mateřské škole?
13. Kamarádi v mateřské škole?
14. Vztah k ostatním vrstevníkům?
15. Oblíbená hračka v prostředí v mateřské školy?
16. Vztah k pedagogickému personálu v mateřské škole?
17. Jaké jsou projevy rizikového chování v mateřské škole?
18. Dokáže jedinec své chování zpětně zhodnotit?
19. Jakou formu komunikace využíváte s pedagogickým personálem?
20. Systém odměn a trestů, motivace?
21. Kdy se poprvé objevili odchylky v chování?
22. Jak jste řešili vzniklou situaci?
23. Kdy a proč jste začala zvažovat návštěvu odborníka?
24. Jaké odborné vyšetření jste absolvovali?
25. Kdo dal první návrh k návštěvě odborníka a absolvování odborných vyšetření?
26. V kolika letech došlo ke stanovení diagnózy?
27. Jaké změny ve výchově jste udělali po stanovení diagnózy?
28. Jak se změnil způsob výchovy?
29. Vyskytlo se ADHD u rodinného příbuzného?

Anotace

Jméno a příjmení:	Kristýna Chaloupková
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Vojtech Regec, PhD.
Rok obhajoby:	2020

Název závěrečné práce:	Rodina a jedinec s ADHD v předškolním věku
Název závěrečné práce v angličtině:	Family and preschool child with ADHD
Anotace závěrečné práce:	<p>Bakalářská práce je zaměřena na rodinu a jedince s ADHD v předškolním věku. Teoretická část popisuje a představuje problematiku ADHD, etiologické hledisko, definici a zařazení do klasifikaci a následné diagnostické hledisko, specifikuje charakteristiku symptomatologické triády. Dále se soustředí na spolupráci rodiny a vzdělávacích institucí při edukaci předškolních jedinců a možnosti využití podpůrných opatření a nutných úprav během edukace jedinců se specifickými vzdělávacími potřebami. Praktická část zpracovává a využívá východisek z předchozí části a zaměřuje se na kvalitativní šetření rodinných podmínek, diagnostický proces a projevy jedinců s ADHD v České republice.</p>

Anotace závěrečné práce v angličtině:	The Bachelor thesis aims at Family and preschool child with ADHD. The theoretical part describes and depicts theoretical basis of ADHD, family environment, education, classification and diagnostic criteria. The practical part processes and uses the basis gained in previous part and aims at subjective impact of family and preschool child with ADHD in Czech Republic. The qualitative research has been waged with non-standardized interview.
Klíčová slova:	ADHD, porucha pozornosti s hyperaktivitou, předškolní věk, rodina, předškolní vzdělávání, diagnostika ADHD, neurovývojová porucha
Klíčová slova v angličtině:	ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, preschool age, preschool education, ADHD diagnosis, neurodevelopment
Přílohy vázané v práci:	Osnova polostrukturovaného rozhovoru
Rozsah práce:	61
Jazyk práce:	čeština