

UNIVERZITA JÁNA ÁMOSA KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské, kombinované štúdium
2010-2012

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Bc. Lucia Poláková

Hyperaktivita vo výchovno - vzdelávacom procese

PRAHA 2012

Vedúca diplomovej práce:

Mgr. Helena Lušňáková

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

Master, combined studies

2010-2012

GRADUATION THESIS

Bc. Lucia Poláková

Hyperactivity in educational and training process

PRAGUE 2012

Graduation thesis supervisor:

Mgr. Helena Lušňáková

Prehlásenie

Prehlasujem, že predložená diplomová práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Všetku literatúru a ďalšie použité zdroje, z ktorých som čerpala, v práci riadne citujem a sú uvedené v zozname literatúry.

V Prahe

Lucia Poláková

Pod'akovanie

Týmto by som chcela poďakovať školiteľke mojej diplomovej práce Mgr. Helene Lušňákovej za jej odborné vedenie, metodickú pomoc a cenné rady, ktoré mi poskytla pri jej vypracovaní.

ABSTRAKT

Problematika hyperaktivity u detí je v súčasnej dobe často spomínanou a aktuálnou témou, ktorej je potrebné venovať náležitú pozornosť. Existuje množstvo odbornej literatúry venovanej pedagógom, psychologom alebo medicínskej oblasti zameranej na túto problematiku. Kde je však skutočne hranica nezvládnuteľnosti dieťaťa bežnými výchovnými prostriedkami? Na to musia odpovedať odborníci. V diplomovej práci sme sa zamerali na prácu a pomoc všetkých zainteresovaných odborníkov s hyperaktívnymi deťmi na analyzovanie dôsledkov hyperaktivity na deti, rodinu, školu, rovesníkov či okolie a na ich výchovu a vzdelávanie.

Kľúčové slová:

Hyperaktivita, poruchy správania, výchova, vzdelávanie syndróm ADHD, pedagóg

ABSTRAKCT

Problems of children's hyperactivity is currently commonly mentioned a hot topic, which should be given due attention. There are plenty of literature dedicated to teachers, psychologists or medical field focused on this issue. Where is the actual current limit uncontrolled child educational resources? It have to be answered by experts. In this thesis we focused on the job and assist all professionals involved with overactive children to analyze the effects of hyperactivity on children family, school, peers or surroundings and their education.

Keywords:

Hyperactivity, conduct disorder, education, training syndrome, ADHD, teacher

OBSAH

ÚVOD	9
-------------------	---

TEORETICKÁ ČASŤ

1. CHARAKTERISTIKA HYPERAKTIVITY	11
---	----

1.1 Problematika hyperaktívnych detí.....	12
---	----

1.2 Príznaky hyperaktivity.....	13
---------------------------------	----

1.3 Analýza príčin hyperaktivity.....	15
---------------------------------------	----

2. SYNDRÓM ADHD	19
------------------------------	----

2.1 Vymedzenie pojmu ADHD.....	19
--------------------------------	----

2.2 Syndróm ADHD z pohľadu odborníkov.....	22
--	----

2.3 Zaradenie ADHD podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb	24
--	----

3. VÝCHOVNO-VZDELÁVACI PROCES DETI S ADHD	30
--	----

3.1 Problematika ADHD v škole.....	33
------------------------------------	----

3.1.1 Poruchy koncentrácie pozornosti a pamäti	36
--	----

3.1.2 Poruchy reči a myslenia	38
-------------------------------------	----

3.1.3 Poruchy vnímania.....	39
-----------------------------	----

3.1.4 Poruchy motoriky.....	40
-----------------------------	----

3.1.5 Poruchy učenia	42
----------------------------	----

3.2 Spolupráca rodiny a školy pri výchove detí s ADHD	48
---	----

3.3 Výchova detí s ADHD v rodine	50
--	----

4. TERAPIA AKO SÚČASŤ PREVENČIE ADHD	52
---	----

4.1 Relaxácia.....	54
--------------------	----

4.2 Typy preventívnej práce pre pozitívny rozvoj dieťaťa.....	56
---	----

PRAKTICKÁ ČASŤ

5. PRIESKUMNÁ ČASŤ	59
---------------------------------	----

5.1 Cieľ prieskumu.....	59
-------------------------	----

5.2 Hypotézy prieskumu	60
------------------------------	----

5.3 Prieskumná vzorka	60
-----------------------------	----

5.4 Metódy a postup pri prieskume	60
---	----

5.5 Výsledky prieskumu	61
------------------------------	----

5.6 Vyhodnotenie prieskumu a odporúčenie pre prax	71
---	----

ZÁVER	77
ZOZNAN POUŽITEJ LITERATÚRY	79

ÚVOD

„Vychovávať dieťa znamená prijať ho so všetkými jeho zvláštnosťami detskej bytosti. Znamená to, že im ponúkame vo svojom dome dobré miesto a budeme im poskytovať podporu a istotu tak dlho, až budú schopné ísť svojou cestou.“

Jiřina Prekopova

Problematika hyperaktivity u deti je v súčasnej dobe často spomínanou a aktuálnou témou, ktorej je potrebné venovať náležitú pozornosť. Existuje množstvo odbornej literatúry venovanej pedagógom, psychológom alebo medicínskej oblasti zameranej na túto problematiku. Kde však skutočne je hranica ne zvládnuteľnosti dieťaťa bežnými výchovnými prostriedkami na to musia odpovedať odborníci. Naliehavosť problematiky sa v súčasnosti zvýraznila aj preto, že ich počet sa v mnohých krajinách zvyšuje a existujú hlasy odborníkov, ktoré tvrdia, že choré nie sú deti, ale chorá je naša civilizácia. Pomoc hyperaktívnemu dieťaťu si vyžaduje trpezlivosť, sebaovládanie, tvrdú a svedomitú prácu všetkých zainteresovaných odborníkov, ktorá môže trvať aj roky.

Hyperaktivita a impulzivita sú pomerne častými javmi v dnešnej populácii. V posledných rokoch sa z detskej populácie vynorila skupina mladších ale aj starších detí, ktorá sa postupne dostala do centra pozornosti mnohých odborníkov. Ide o skupinu detí, pre ktoré sa odborne rezervoval termín hyperaktívne deti, v bežnej reči sú to živé, neposedné deti. Napriek tomu že vo veľkej väčšine sú to zdravé a normálne deti, ich výnimočnosť z hľadiska súčasného pohľadu našej civilizácie spočíva v ich atypickom správaní. Ich zle kontrolovaná nadmerná motorická aj psychická aktivita nie je v dobrom súlade s požiadavkami najbližšieho okolia, ba často sú s nim

v konflikte. Môžu mať rôzne prejavy, ktoré majú väčšinou spoločného menovateľa a to nepozornosť, neposednosť a netrpezlivosť.

Za hyperaktívne deti sa však považujú také, ktorých nadmerná hladina pohybovej a často aj psychickej aktivity je taká vysoká, že rušivo pôsobí v bezprostrednom okolí dieťaťa. Lekári, psychológovia a pedagógovia sa neúnavne snažia a hľadajú prostriedky ako im pomôcť.

V našej diplomovej práci sme sa zamerali na prácu a pomoc všetkých zainteresovaných odborníkov s hyperaktívnymi deťmi. Na analyzovanie dôsledkov hyperaktivity na deti, rodinu, školu, rovesníkov či okolie. Prácu sme rozdelili na teoretickú a praktickú časť.

V prvej kapitole teoretickej časti špecifikujeme problematiku hyperaktívnych detí, príznaky hyperaktivity, analyzujeme príčiny hyperaktivity u detí a zameriavame sa na dôsledky hyperaktivity a ich vplyvu na osobnosť človeka.

V druhej kapitole sa venujeme syndrómu ADHD vymedzeniu pojmu z pohľadu odborníkov a medzinárodnej klasifikácii chorôb.

V tretej kapitole sa venujeme špecifikám výchovno-vzdelávacieho procesu. Osobitne sa venujeme poruche pozornosti a pamäti, reči a myslenia, vnímania a učenia.

V štvrtej kapitole sa venujeme terapii, relaxácii a preventívnej práci s hyperaktívnymi deťmi.

Praktická časť sa zameriava na prieskum dotazníkovou formou. Zisťujeme informovanosť verejnosti o danej problematike.

1. CHARAKTERISTIKA HYPERAKTIVITY

Najčastejšie vyskytujúca sa porucha správania, ktorá ovplyvňuje učebne výsledky, správanie a sociálne vzťahy žiaka a vyžaduje si špecifický prístup vo vzdelávaní. Je to skupina porúch so začiatočnými prejavmi pred siedmym rokom života, pretrváva najmenej 6mesiacov a je relatívne trvalá. Neprejavuje sa len situačné, ale ovplyvňuje všetky činnosti oblasti správania dieťaťa – učenie, hry, sociálne vzťahy . U časti populácie pretrváva až do dospelosti, pričom sa intenzita prejavov môže zmierňovať. Naopak, ak je miera hyperaktivity, resp. až agresivity vysoká, pri pretrvávajúcich negatívnych vplyvoch prostredia (najmä rodina, škola) môže byť porucha základom pre vývin asociálneho správania.

Za hyperaktívne deti sa považujú také, ktorých nadmerná hladina pohybovej a často aj psychickej aktivity je taká vysoká, že rušivo pôsobí v bezprostrednom okolí dieťaťa a to v materskej škole, v škole a v rodine. V dôsledku toho ich považujeme za problémové. Zastrešujúcim termínom pre rôzne typy hyperaktivity v detstve a adolescencií je súhrny termín hyperkinetické poruchy. Príznaky hyperkinetickej poruchy sa môžu vyskytovať v celom vekovom spektre. U detí a adolescentov sú tieto poruchy známejšie ako u dospelých. Hyperaktívne dieťa je neustále v pohybe, poskakuje, nedokáže dlhšie obsedieť vylieza na stoličku, na nábytok a hneď zasa prechádza do inej aktivity. Dieťa nevydrží pri jednej hre, pri jednej hračke, všetko ho vyruší. Toto robí väčšina detí v určitom veku, ale pre hyperaktívne deti je typické, že ich aktivita v určitej situácii sa chápe ako rušivá a neprimeraná ich veku. Svojím správaním neustále priťahuje pozornosť svojho okolia. V škole sa stáva výnimočným a odlišuje sa od ostatných detí. (Dudova – Hrdlička, 2003).

Hyperkinetické poruchy sa vyznačujú hyperaktivitou, porušenou schopnosťou vytrvať pri činnosti (hlavné pri učení), pridružuje sa porucha pozornosti (ADHD/ADD) syndróm ako obdoba skoršieho vymedzenia LMD. Vplyvom sociálneho prostredia sa môže objavovať asociálne správanie v adolescencií aj v dospelosti. V súvislosti s nasledujúcou kategóriou sa

v špeciálnej pedagogike používa termín „špecifické vývinové poruchy správania“. (Valenta, 2007).

1.1 PROBLEMATIKA HYPERAKTIVNÝCH DETÍ

Deti, ktoré majú nejaký problém so správaním, alebo aj učením, môžeme podľa príčin týchto ťažkosti rozdeliť na dve základné skupiny. Do jednej patria deti s ťažkosťami vyvolanými vonkajšími vplyvmi, do druhej deti, ktorým problémy spôsobuje nedostatočná vyzretosť kognitívnych centier mozgu. Medzi týmito skupinami neexistuje ostrá hranica, ale ich náprava vyžaduje odlišné prístupy a metódy. Porucha správania ADD/ADHD je najčastejšie sa vyskytujúcou poruchou, ktorá ovplyvňuje tak učebné výsledky ako aj sociálne vzťahy, osobnosť dieťaťa – žiaka. K základným symptómom ADD/ADHD patrí hyperaktivita (len u ADHD), impulzivita, nedostatočná schopnosť sústrediť sa (nepozornosť). Tieto poruchy vznikajú väčšinou drobným poškodením centrálnej nervovej sústavy v ranných vývinových obdobiach pred, počas a skoro po narodení. Najvýznamnejší vplyv majú genetické dispozície. Náchylnejší k týmto poruchám sú viac chlapci. Dievčatá sú častejšie nositeľkami genetického materiálu, alebo podľa názoru A.Mundena, J.Arcelusa (2002) častejšie trpia ADD a keďže nie sú hyperaktívne, impulzívne, alebo násilné, ostávajú v tichosti nepovšimnuté.

ADHD/ADD u školopovinných detí je 3 -5 %, iné zdroje uvádzajú až 19 %. Odhaduje sa, že u 20 – 40 % je táto špecifická porucha správania spojená so špecifickými vývojovými poruchami učenia. Podľa A.Traina (2001). Sú tieto deti na prvý pohľad zdravé, javiace sa v mladšom veku ako príliš neposlušné, schválne protivné a vzdorovité. Ich pohybový nepokoj, ktorý má znaky poruchy, označujeme ako hyperaktívny syndróm alebo hyperkinetický syndróm. Syndróm je vždy nejakým súborom príznakov, ktoré sa často vyskytujú pospolu. Pohybový nepokoj je iba jedným s tých, ktoré hyperaktívny

syndróm alebo jednoducho hyperaktivitu zahrňuje. Je bežné, že sa nám malé deti zdajú byť hyperaktívne.

Úroveň pohybovej aktivity u všetkých detí rastie do troch rokov ich veku. Po treťom roku sa pohybová aktivita znižuje. Skutočnosť, že občas dokážu byť milými spoločníkmi situáciu len zhoršuje. Ich správanie popudzuje a vyčerpáva všetkých s ktorými prichádzajú do styku. Patria sem aj deti tiché, zasnené, odovzdane uzavreté, nečinné a apatické (hypoaktívne), ale tiež aj nesmierne aktívne, čo doháňa ostatných k šialenstvu. Zdanlivo nedokážu prispôsobiť ani zhodnotiť dôsledky svojho správania, zdá sa, že sú ľahostajné k pocitom iných. Môžu byť otvorene vzdorovité najmä voči autoritám, extrémne nepriateľské až agresívne. Niektoré sa pohybujú na hranici zákona. Šanca na zlepšenie stavu dieťaťa z veľkej časti závisí na miere hyperaktivity. Deti s prevahou nepozornosti majú lepšie vyhliadky než tie, ktoré sú prevažne hyperaktívne a impulzívne. Veľa závisí na inteligencii, vplyve rodinného prostredia, na podpore rodiny a školy. (Train, A., 2001. s.62).

1.2 PRÍZNAKY HYPERAKTIVITY

Každé dieťa je jedinečná bytosť a príznaky ako aj ich stupeň nie sú u všetkých detí s ADHD rovnaké. Každé má inú kombináciu prejavu správania, silných a slabých stránok, záujmov a vedomostí. (Riefová, 1999).

„Nevhodná alebo nadmerná aktivita, bez vzťahu k aktuálnej úlohe alebo situácii. Nepokoj hyperaktívneho dieťaťa, nie je len prehnanou aktivitou, ale aj vysoko rušivým správaním.“ (Hrdlička, 2002, str. 57).

Dieťa si často nevhodné správanie neuvedomuje, ale nedokáže ho na dlhšiu dobu udržať pod kontrolou, kvôli nedostatočnej dlhodobej pozornosti. Deti s ADHD sa nedokážu sústrediť hlavne na také úlohy, ktoré ich nudia, opakujú sa, sú ťažšie a nedávajú im pocit uspokojenia. Deti s ADHD nie sú moc populárne u rovesníkov, dlhodobé priateľstvá sú pre nich vzácne a preto majú tendenciu k sociálnej izolácii. V škole dosahujú horšie výsledky, než

odpovedá ich potenciál. Svojim vyrušovaním sú neoblúbený u spolužiakov a učiteľov, pôsobí to na nich rušivo. Nízke sebavedomie vychádza z uvedených problémov. Je spôsobené nielen školským zlyhaním, ale i ne popularitou medzi rovesníkmi.(Hrdlička, 2002).

Intenzita nepokoja nie je u všetkých detí rovnaká. Existujú ťažké prípady hyperkinetickej poruchy, keď sa prakticky matka od dieťaťa nemôže ani pohnúť. Tieto deti obvykle nie sú schopné bežnej školskej dochádzky, svojim nepokojom znemožňujú učiteľom viesť vyučovanie. Prípady takto extrémneho nepokoja sú dosť vzácne. Naopak v iných prípadoch nemusí byť hyperaktivita vedúcim príznakom, hlavný problém spôsobuje porucha pozornosti, neschopnosť sústrediť sa, roztržitosť, zabúdanie, deti môžu pôsobiť zasnene, dokonca môže byť znížená pohybová aktivita. V škole majú slabé a nevyrovnané výkony, často sú napomínaní za lenivosť a nepozornosť pri vyučovacom procese. Typické prejavy správania detí s poruchou pozornosti a hyperaktivitou je vysoká miera aktivity, prejavuje sa tak, že dieťa je neustále v pohybe, nenechá ruky a nohy v pokoji. Dieťa často skáče do reči, vyrušuje, veci si nedokáže dopredu premyslieť, je veľmi netrpezlivé. Ďalšie problémy so správaním u detí s hyperaktivitou sú problémy s prechodom k inej činnosti, malá sebaúcta, sociálna nezrelosť a značná frustrovanosť. Ako najzávažnejší prejav je agresívne správanie týchto detí, s neprimeranými silnými reakciami i na drobné podnety. (Hirková, 2007).

Dieťa s ADHD sa vyznačuje týmito prejavmi:

- dieťa je nadmieru aktívne už pred narodením,
- po narodení veľa plače a veľmi málo spí,
- koná bez premyslenia, impulzívne, preto sa stáva, že takéto dieťa je príčinou mnohých nehôd a úrazov
- veľmi rýchlo sa unaví, preto dieťa často strieda činnosti, aby si unavené časti mozgu oddýchli a aktivujú sa iné,
- je zdrojom neustáleho a nadmerného ruchu, hluku či pohybu,
- nevie sústrediť svoj pozornosť,
- nechá sa ľahko vyrušiť, akýkoľvek ruch ho dokáže odtrhnúť od práce, ktorú práve robí,

- je zábudlivé, netrpezlivé a často nespokojné,
- môže byť niekedy agresívne,
- nevie ovládať svoju reakciu na nejaký impulz, podnet, udalosť, často reaguje unáhlene,
- nevie plánovať a organizovať čas,
- v staršom veku môže konať riskantné, aby zaujalo alebo len zo zvedavosti,
- stále musí niečo robiť alebo rozprávať, neobsedí na jednom mieste,
- dieťa môže mať problémy s motorikou ,
- často nepremyslí to, čo chce povedať, preto môže slovne niekomu ublížiť (najprv povie, potom nad tým rozmýšľa),
- ťažko nadväzuje sociálne vzťahy s priateľmi a neskôr v osobnom živote, máva málo priateľov a tým trpí,
- nie je schopné zvládať pravidlá spoločenského a sociálneho správania,
- môže mať problémy i v rámci rodiny. (Drtilková, 2007).

Výskumy ukázali, že 25 – 50% hyperaktívnych detí má v rannom detstve rôzne zdravotné problémy. Z toho vyplýva, že ADHD predstavuje nielen problém výchovný, školský, ale aj zdravotný. Častejšie sa u týchto detí vyskytovali chronické ochorenia dýchacích ciest, nočné pomočovanie a to až u 43% detí, a časté sú i poruchy spánku, ktorými trpí až 56% takto postihnutých. Klamstvo, krádeže a záškoláctvo sú najbežnejšie typy problémového správania. Zistené je, že tieto deti majú častejšie nehody, ako sú zlomeniny, úrazy a iné. Je preto potrebné aby dieťa s ADHD malo pevné a dobré rodinné zázemie i prostredie v škole. (Mego, 2006).

1.3 ANALÝZA PRÍČIN HYPERAKTIVITY

Syndróm postihuje najmenej 5% v niektorých odborných publikáciách sa uvádza 10 – 15% detí. Väčšie percentuálne zastúpenie je u chlapcov, cca. 5

-6 chlapcov na jedno dievča. Vyšší výskyt býva i u predčasne narodených detí s nižšou pôrodnou hmotnosťou.

ADHD vzniká v prenatálnom alebo perinatálnom vývojovom období dieťaťa a jeho konkrétne príčiny môžu byť rôzne. Spoločnou vlastnosťou možných príčin je pravdepodobnosť, že u väčšiny z nich nie sme v súčasnosti schopní zo stopercentnou istotou tvrdiť, že práve oni primárne spôsobujú ADHD. Medzi možné príčiny sa počíta aj mozgová dysfunkcia a poškodenie mozgu, nerovnomerné zrenie mozgových častí, genetické faktory, pitie alkoholu či užívanie drog v priebehu tehotenstva matky, chemická nerovnováha spôsobená stravou a škodlivé životné prostredie.(Munden, Arcelus, 2002).

Príčiny ADHD nie sú v súčasnosti známe. Lekári aj iní odborníci z oblasti psychológie, psychiatrie, špeciálnej pedagogiky získavajú stále viac poznatkov o tejto problematike, o tom ako funguje mozog a čo ovplyvňuje pozornosť a učenie(Riefová,1999).

Príčiny vzniku ADHD sa môžu rozdeliť z hľadiska biologického a psychologického. Z hľadiska biologického by na prvom mieste bola genetika.

K možným príčinám ADHD patria:

- genetické príčiny: v niektorých rodinách sa ADHD vyskytuje opakovane,
- biologické príčiny: lekári popisujú túto poruchu ako neurologickú postihujúcu tú oblasť mozgu, ktorá riadi spracovanie impulzov a podieľa sa na triedení zmyslových vnemov a na schopnosť koncentrácie,
- užívanie alkoholu a drog v tehotenstve,
- komplikácie alebo poranenie v tehotenstve či pôrode,
- otrava olovom: napr. zo znečisteného prostredia. (Kubicová, 2006).

Prejavy hyperaktivity u detí môžu byť rozdielne. Zameriame sa na príčiny hyperaktivity v určitých etapách života dieťaťa.

- **Prejavy hyperaktivity v rannom veku** ako nadmerná motorická aktivita sa môže objaviť už u malých detí, u dojčiat, prípadne už aj u novorodencov. Deti sú motoricky veľmi aktívne, živé, pracujú nôžkami, rúčkami, tešia sa z pohybu. U niektorých malých detí treba odlíšiť od

nadmernej aktivity podráždenosť a nepokoj, často spojené zo zlým spánkom, zlým rytmom budenia a spania a problémami s kŕmením.

- **Prejavy hyperaktivity v neskoršom veku** sú v období dojčenia a predškolského veku sprevádzané najmä zvýšenou potrebou pohybu. Nedokážu dlho sedieť, chodia po miestnosti, skúmajú ju, chodia za hračkami.
- **Prejavy hyperaktivity v predškolskom veku:** v predškolskom veku hyperaktivita nebýva ešte rodinným alebo škôlkarským problémom. Dieťa má dostatok času aj priestoru na pohyb a prípadná nadmerná aktivita sa materskou školou a rodinou toleruje. Problém začína pri vstupe do školy. Prvý krát je dieťa nútené sedieť, nemôže ísť za vytypovanou hračkou.

Hyperaktivita v tomto období môže mať niekoľko príčin:

Hyperaktivita u nadpriemerne nadaných detí, je to fyziologická aktivita a je súčasťou vrodenej nadpriemernej inteligencie. Táto aktivita je účelová a logická. Dieťa neposedí pretože sa chce zmysluplne hrať. Jeho hry sú nápadité, premyslené, tvorivé a prekvapia tvorivosťou. Vo väčšine prípadov zistíme, že mali urýchlený motorický aj rečový vývin. Deti začali skôr chodiť aj rozprávať.

Hyperaktivita podmienená konštitučne, ktorej hladina motorickej aktivity je silne podmienená vrodennými faktormi a patrí medzi charakterové črty jedinca. Predpokladajú sa aj genetické faktory. V tomto prípade ide o fyziologickú hyperaktivitu.

Hyperaktivita v nezrelosti mozgu, patrí tu určitá skupina detí v školskom veku, ktorá ešte nemá dostatočne zrelý mozog. Systémy, ktoré zodpovedajú za tlmiace procesy mozgu, nie sú ešte zrelé. Sú ešte nedokonale vyvinuté a chýba ich brzdiaci vplyv – v tomto prípade na motorickú aktivitu. Pre danú skupinu detí je typická neprimeraná tendencia ešte sa hrať, ale ich hry sú skôr na nižšej úrovni a nezodpovedajú ich fyzickému veku. Vývinové tempo týchto detí býva v motorike alebo v reči normálne, ale aj ľahko retardované. Častejšie ide o predčasne narodené deti.

Hyperaktivita v dôsledku mozgového poškodenia, je to už nefyziologická hyperaktivita, ktorá sa zvyčajne spája s poškodením mozgu. U niektorých detí

môže byť až taká, že dieťa vyžaduje neustály dozor, pretože v dôsledku jeho nadmernej hyperaktivity mu hrozí poranenie. Deti sú v neustálom pohybe a nedajú sa zastaviť. V prípade, že ich chceme zastaviť, stávajú sa agresívnymi, nedokážu sa unaviť. Takýto typ hyperaktivity vidíme najčastejšie u detí s mentálnou retardáciou, epilepsiou, detskou mozgovou obrnou, organickým psychosyndrómom.

Hyperaktivita ako reakcia na nevhodné prostredie, ktorá sa vyskytuje v situácii ak dieťa žije v prostredí, ktoré má vysoké nároky na jeho správanie, prospech, školský úspech, ak nemá dostatok primeranej tolerancie, ak žije dlhšiu dobu v disharmonickej rodine, má nedostatok empatie zo strany rodičov, ak rodina prenáša svoj napätý vzťah na dieťa. Do tejto kategórie možno zaradiť úzkostné, bojzlivé deti, ktoré na záťaž reagujú nepokojom a zvýšenou motorickou aktivitou. Nebýva však taká výrazná, viaže sa na určitú konfliktnú situáciu a je skôr prechodná ako trvalá.

- **Hyperaktívne deti v škole.** Vstup dieťaťa do výchovno-vzdelávacieho procesu v škole býva často pre dieťa, ale aj pre pedagóga, ktorý ho má na starosti zdrojom menších, ale aj vážnejších konfliktov. Správanie dieťaťa, jeho nadmerne vysoko nastavená hladina motorickej aktivity pôsobí v celom pedagogickom procese rušivo. Neustály pohyb v lavici, vrtenie, vstávanie, štvachanie do spolužiakov, grimasy, pokrikovanie a iné prejavy rušia celý proces výučby. Dieťa strháva na seba záujem svojich spolužiakov a súčasne priťahuje aj pozornosť učiteľa. Výsledkom je napätie medzi učiteľom a žiakom. Správanie hyperaktívneho dieťaťa a požiadavky výchovno-vzdelávacieho procesu sú v príkrom rozpore. (Glós,1995).

2. SYNDRÓM ADHD

Každý z nás sa môže ocitnúť v situácii, kedy ako dospelý, ako vychovávateľ či učiteľ, si určité detské správanie nedokážeme vysvetliť. Pritom je našim najväčším záujmom vychovávať naše deti správne, rozumieť im, vedieť čo sa v detských dušiach odohráva.

2.1 VYMEDZENIE POJMU ADHD

“ADHD - Attention deficit hyperaktivity disorder (ďalej len ADHD)- je označenie pre skupinu geneticky prenášaných neurobiologických dysfunkcií, ktoré u postihnutého znižujú schopnosť zamerať a udržať pozornosť, prispôbovať aktivitu a ovládať impulzivitu. (Swierkoszová, 2006, s. 81) “ADHD je vývinová porucha charakteristická vývojovo neprimeraným stupňom pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Tieto ťažkosti sú často spojené s neschopnosťou dodržiavať pravidlá správania a vykonávať opakovane po dlhšiu dobu určitú pracovné výkony. Problémy sa nedajú vysvetliť na základe neurologických, senzorických alebo motorických postihnutí, mentálnej retardácie, alebo závažných emočných problémov. Deficity sú evidentné v ranom detstve a sú pravdepodobne chronické. Hoci sa môžu zmierňovať s dozrievaním CNS, pretrvávajú v porovnaní s jedincami bežnej populácie toho veku, pretože aj ich správanie sa vplyvom dozrievania mení. Tieto evidentne biologické deficity ovplyvňujú interakciu dieťaťa s rodinou, školou a spoločnosťou,, (Barkley,1990 in:Zelinková 2003, s. 196). Ďalšia definícia, s ktorou sa môžeme v podaní Barkleyho zoznámiť, je definícia psychologická, vychádzajúca predovšetkým z americkej behavioristickej tradície.

Podľa tejto definície je ADHD, voľne povedané: „Termín pre špecifickú vývojovú poruchu u detí aj u dospelých, zahŕňajúci nedostatky v oblasti

behaviorálnej inhibície, v oblasti udržania pozornosti zahŕňa ďalej rezistenciu voči narušeniu a riadeniu úrovne aktivity vzhľadom k prebiehajúcej situácii.” (srov. Michalová,2007.s.29).

ADHD je poruchou aktivačnej úrovne, ktorá býva často kombinovaná s poruchami pozornosti. Syndrómu ADHD je ako u všetkých duševných porúch multifaktoriálny. Príčinou tohto syndrómu je malé a difúzne (rozptýlené) organické poškodenie mozgu spôsobené rôznymi vonkajšími vplyvmi v prenatalnom období, v priebehu pôrodu, v rannom detstve. Ale vznik ADHD môžem byť podmienený aj geneticky. Genetická podmienenosť spočíva v dispoziícii k nerovnomernému zreniu jednotlivých mozgových štruktúr. Dnes sú jasné dôkazy o genetickom prenose. Veľmi často jeden z rodičov má nediagnostikovanú poruchu ADHD. Rodičia veľmi často pri kontakte s detským psychiatrom popisujú, že v detstve mali podobné problémy ako ich detí, ktoré pretrvávajú aj do dospelosti. Rozsiahle štúdie dokazujú, že ADHD zostáva do dospelosti a uvádzané čísla sa pohybujú od 50 do 70%. V dospelaj populácii je teda cca 24% hyperaktívnych jednotlivcov. V minulosti táto diagnóza u rodičov nebola zachytená.(/ Matýs, 2006).

Diagnóza hyperkinetickej poruchy nie je ľahká. Najskôr musia byť vylúčené príčiny, ktoré môžu u dieťaťa spôsobovať podráždenosť, nepokoj alebo problémy s učením a správaním. U detí predškolského veku matky často žiadajú o radu pediatra, avšak definitívne môže diagnózu dieťaťa potvrdiť detský psychiater. U školopovinných detí dáva niekedy podnet k vyšetreniu učiteľ alebo školský psychológ, vzhľadom k tomu že školy úzko spolupracujú s pedagogicko-psychologickými poradňami. Diagnózu hyperkinetickej poruchy by mal detský psychiater stanoviť v spolupráci s ďalšími odborníkmi.

Podmienkou diagnostiky dieťaťa s hyperkinetickým syndrómom sú tieto tri okolnosti:

- symptómy sa objavili pred siedmym rokom života dieťaťa,
- pretrvávajú najmenej šesť mesiacov,
- sú takého stupňa, že sa dá predpokladať vývinová odchýlka.

Ďalšie symptómy, ktoré sa môžu u detí s ADHD objaviť:

- Poruchy spánku, ktoré sa prejavujú problémom so zaspávaním, prebúdzaním sa v noci a nočnými morami .Deti majú nižšiu potrebu spánku, čo môže byť pre rodičov veľkou príťažou.
- Poruchy vývinovej reči u detí s ADHD nie sú v oblasti jeho chápania, ale v oblasti oneskoreného vývinu hovoreného slova. Dieťa vie, čo chce, ale nevie to slovami vyjadriť.
- Poruchy pohybovej koordinácie sa u detí vyskytujú v jemnej i hrubej motorike, ale najzreteľnejšie bývajú u cielených pohybov.
- Poruchy inteligencie: väčšina detí s ADHD má priemernú, dokonca aj nadpriemernú inteligenciu, ale pri meraní IQ sa objavuje veľké rozpätie hodnôt, podpriemerné výsledky mávajú tieto deti v testoch zameraných na sústredenie a krátkodobú pamäť.
- Poruchy osobnosti a nerovnomernosť vo vývine jednotlivých duševných funkciách spôsobené správaním u svojich rodičov, príbuzných a ďalších blízkych osôb. (Train, 1997).

Ide napríklad o:

- nepružnosť v myslení spočíva v chronickej neochote prijať stanovisko a neochote prispôbiť sa situácii,
- vzťahovačnosť, precitlivosť na negatívne poznámky a reakcie okolia,
- rýchle rozkolísanie nálad a zvýšený sklon k agresívnym a negatívnym reakciám,
- neschopnosť sa podriaďovať autorite a pravidlám,
- nesprávne seba prijímanie,
- nedostatok sebaúcty,
- porucha prítulenia, ktorá môže vážne narušiť vzťah dieťaťa s matkou a tým základy celej budúcej výchovy
- depresia a úzkosť sa prejavujú u tretiny detí s ADHD. (Šlechtová, 2006).

- Poruchy učenia sa prejavujú u veľkej časti detí s ADHD a sú ešte prehlbovane spojené s poruchou pozornosti a motorickým nepokojom. Deti sa nedokážu dostatočne sústrediť na čítanie, písanie, počítanie, vyrušuje ich každý nepatrný hluk, neustále sa prejavujú motorickým nepokojom a často ani nevnímajú učiteľov.

Tieto deti majú sklon k vzniku závislosti na drogách, alebo na alkohole a častejšie je u nich prejav patologického správania (krádeže, spoluúčasť na násilných zločinoch). Dokonca bolo dokázané, že tieto deti častejšie začínajú fajčiť už v skorom veku.

Tieto poruchy je veľmi ťažko zistiť skôr než okolo štvrtého či piateho roku veku dieťaťa, pretože u mladších detí zvyčajne nemôžeme rozlíšiť, pretože deti málokde dokážu vydržať pri nejakej činnosti. Avšak mladšie deti s ADHD nie sú napríklad schopné sedieť v pokoji ani u jedla či rozprávky a rodičia tieto deti popisujú ako nezvládnuteľne. Problémy sa obvykle zviditeľnia, keď začne dieťa chodiť do školy.

Syndróm ADHD sa môže prejavovať u hyperaktívneho dieťaťa rôznou kombináciou symptómov a preto by mali rodičia venovať dostatok pozornosti a trpezlivosti pri výchove týchto detí. „Symptómy sa menia podľa toho, čo sa práve deje a ako sa dieťa cíti“. (Munden, Arcelus, 2002, s. 59).

2.2 SYNDRÓM ADHD Z POHĽADU ODBORNÍKOV

U detí s ADHD môžeme nežiaduce prejavy zmierniť alebo úplne odstrániť. Za týmto účelom je však treba dieťaťu venovať náležitú odbornú starostlivosť v zmysle komplexnej nápravy a terapie, ale je potrebný aj intenzívny osobný kontakt. Starostlivosť o dieťa musí byť vždy vedená komplexne, profesionálne a to minimálne na rovine pediatrickej, psychologickkej, pedopsychiatrickej, sociálnej a pedagogickej.

- **Pohľad pediatra** – pediater je prvý profesionál, ktorý môže a mal by diagnostikovať ADHD u detí. Mal by byť schopný podať kvalifikované

informácie rodičom o tomto syndróme. Rodičom by mal navrhnúť včasné riešenie liečby a kompenzácie hendikepu. Mal by mať na zreteli, že bez včasnej intervencie a pomoci týmto klientom sa ich problém prehľbuje a sú celoživotne znevýhodnení a zlýhavajú v spoločenskom aj pracovnom uplatnení. Je veľmi dôležitá spolupráca pediatra s detským psychiatrom. (Matýs. 2006).

- **Pohľad pedopsychiatra** – vyšetrenie u psychiatra je veľmi dôležité. Nevýhodou je však, že málokedy má pedopsychiater kontakt s oboma rodičmi. Do ambulancie chodia deti predovšetkým s matkami, ktoré spočiatku objektívne informácie z pochopiteľných dôvodov cenzurujú. Je veľmi dôležitý prístup pedopsychiatra. Pedopsychiater pomáha vo výchovnom procese v spolupráci s klinickým psychológom, aby deti boli zodpovedné za svoje správanie. Aj hyperaktívne dieťa musí byť zapojené do chodu rodiny, tak sa totiž upevňuje spoluzodpovednosť za rodinu a upravuje to vzťahy. V rámci terapeutického sedenia pedopsychiater apeluje na rodičov, aby trvali na dodržiavaní pravidiel, dodržiavaní sankcií a odmien, aby mal svoje miesto vo výchove morálny apel a nie moralizovanie. (Matýs 2006).
- **Pohľad psychológa** - hyperaktivita s poruchou správania sa vymedzuje ako disharmónia, rozvrátenosť i nestabilita a nepokoj osobnosti v sociálnej oblasti a tiež nestabilita so sklonmi k asociálnemu a antisociálnemu správaniu. Pri hodnotení je vždy dôležitý sociálno-etický faktor. Súčasný psychologický prístup k deťom s ADHD je podľa Mertina (2003) charakterizovaný niekoľkými kritériami:
 - k diagnóze postačuje typické správanie,
 - poruchy správania sú často chápané ako variant správania v rámci normálneho rozloženia,
 - vedľa špecifických psychoterapeutických metód získavajú na význame výchovné postupy uplatňované u detí bez špecifických porúch správania
 - zvyšuje sa význam rodičov a učiteľov ako najvýznamnejších na prevenciu a terapiu ADHD.

- **Pohľad pedagóga** – špeciálna pedagogika, konkrétne pedagogika psychosociálne narušených, sa zaoberá len takou problematikou hyperaktivity spojenou s poruchami správania, ktoré sa nedajú ovplyvniť bežnými pedagogickými prostriedkami a vyžadujú si špeciálno-pedagogickú intervenciu. Dieťa svojim správaním porušuje mravné a právne normy a tak sa dostáva do rozporu so zákonom o rodine a trestným zákonom. Pri porušovaní mravných noriem spoločnosti narušeným jednotlivcom je podľa zákona č.36/2005 o rodine súdom nariadovaná ústavná výchova v zmysle trestného zákona. To, či je nariadená ústavná alebo ochranná výchova je zároveň základným diferenciačným hľadiskom pri umiestnení jednotlivcov s poruchami správania do špeciálnych výchovných zariadení, ktorými sú diagnostické centrá pre deti a mládež, reedukačné domovy a liečebno-výchovné sanatória.
- **Pohľad sociálneho pracovníka** – sociálny pracovník sa zameriava na posúdenie sociálnych javov, činov, motívov správania, povahových vlastností osobnosti, spôsobov života s určitými sociálnymi požiadavkami, normami, zvykmi a pod. Sociálny pracovník sa snaží urobiť pre klienta maximum, vytvára reálny postoj k vlastným možnostiam stanoviť správnu diagnózu, pripraviť plán sociálnej práce s klientom. Spolupracuje s rodinami s hyperaktívnymi deťmi, ktoré sa trvale alebo prechodne nachádzajú v stave sociálnych kolízií. (Strieženec, 2001).

2.3 ZARADENIE ADHD PODĽA MEDZINÁRODNEJ KLASIFIKÁCIE CHORÔB

Mozog ľudí s ADHD/ADD funguje charakteristickým spôsobom, čo má za následok odlišné správanie. Ich porucha sa však dá zvládnuť. Dokonca môžu vynikať v okolí svojimi silnými stránkami, pretože často ide o ľudí s priemernou až nadpriemernou inteligenciou. Ak však nemajú stanovenú dobrú

diagnózu a už od detstva zabezpečený komplexný prístup, môžu podliehať depresiám, úzkostiam, správať sa absolútne nevhodne. Preto je veľmi dôležité vedieť včas rozpoznať symptómy ADHD a odhliadnuc od symptómu hyperaktivity aj ADD.

V súčasnosti existujú dva hlavné klasifikačné systémy (súbory diagnostických kritérií), ktoré môžu byť nápomocné pri hľadaní jednotlivých prvkov tejto poruchy. Sú to:

1. Klasifikačný systém Svetovej zdravotníckej organizácie (The International Classification of Diseases, 10th edition, alebo ICD-10, u nás známe ako Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10.revízie alebo MKCH-10). Práve o tento systém sa opiera aj Metodicko-informatívny materiál MŠ SR (Žiak s poruchami správania v základnej a strednej škole), ktorý je záväzný pre každého kto s takýmto dieťaťom v škole pracuje.

2. Klasifikačný systém Americkej psychiatrickej asociácie (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, alebo DSM-IV).

Sú medzi nimi značné rozdiely. Už samotné diagnostické označenie je toho príkladom: ADHD (DSM-IV) a „Hyperkinetická porucha“ (MKCH-10). A. Munden a J. Arcelus však poukazujú na skutočnosti, prečo považujem za nutné, aby sa školský psychológ oboznámil s konkrétnymi kritériami oboch klasifikácií. Sú nasledujúce (2002, s.16-18):

MKN-10: Hyperkinetická porucha	DSM-IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD) 1. Šesť alebo viac z nasledujúcich príznakov nepozornosti pretrváva po dobu najmenej šiestich mesiacov v takej miere, že má za následok neprispôsobilosť dieťaťa a neodpovedá jeho vývojovému štádiu:
Nepozornosť Aspoň šesť z nasledujúcich príznakov	Nepozornosť a) často sa mu nedarí pozorne sa

<p>nepozornosti pretrváva po dobu najmenej šiestich mesiacov v takej miere, že má za následok neprispôsobilosť dieťaťa a neodpovedá jeho vývojovému štádiu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. často sa mu nedarí pozorne sa sústrediť na podrobnosti, alebo robí chyby z nepozornosti v škole, pri práci alebo pri iných aktivitách 2. často neudrží pozornosť pri plnení úloh alebo pri hraní 3. často sa zdá, že nepočúva, čo sa mu hovorí 4. často nedokáže postupovať podľa pokynov a nedarí sa mu dokončiť školskú prácu, domácu prácu alebo povinnosti na pracovisku (nie preto, že by sa stávalo do opozície alebo nepochopilo zadanie) 5. často si nedokáže usporiadať úlohy a činnosti 6. často sa vyhýba úlohám, napríklad domácim prácam, ktoré vyžadujú sústredené duševné úsilie 7. často stráca veci potrebné pre vykonávanie určitých úloh alebo činností, napríklad hračky, školské pomôcky, perá, knihy alebo nástroje 8. často sa dá ľahko vyrušiť vonkajšími podnetmi 9. často je pri bežných denných činnostiach zábudlivé 	<p>sústrediť na podrobnosti, alebo robí chyby z nepozornosti v škole, pri práci alebo pri iných aktivitách</p> <ol style="list-style-type: none"> b) často má problémy udržať pozornosť pri plnení úloh alebo pri hraní c) často sa zdá, že nepočúva, keď sa na neho priamo hovorí d) často nepostupuje podľa pokynov a nedarí sa mu dokončiť školskú prácu, domácu prácu alebo povinnosti na pracovisku (nie preto, že by sa stávalo do opozície alebo nepochopilo zadanie) e) často máva problémy zorganizovať si úlohy a činnosti f) často sa vyhýba vykonávaniu úloh, nerobí ich rado, zdráha sa napríklad robiť domáce práce, ktoré vyžadujú sústredené duševné úsilie (napríklad školské alebo domáce úlohy) g) často stráca veci potrebné pre vykonávanie úloh alebo činností (napríklad hračky, školské pomôcky, perá, knihy alebo nástroje) h) často sa dá ľahko vyrušiť vonkajšími podnetmi i) často zabúda na každodenné povinnosti
---	--

<p>Hyperaktivita</p> <p>Aspoň tri z nasledujúcich príznakov hyperaktivity pretrvávajú po dobu najmenej šiestich mesiacov v takej miere, že majú za následok neprispôobilosť dieťaťa a neodpovedajú jeho vývojovému štádiu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. často pohybuje rukami alebo nohami alebo sa vrtí na stoličke 2. pri vyučovaní alebo iných situáciách, kedy by malo zostať sedieť, vstáva zo stoličky 3. často pobehuje alebo sa prechádza v situáciách, keď je to nevhodné (u dospelých sa môžu vyskytovať iba pocity nepokoja) 4. často je nadmerne hlučné pri hraní alebo má problémy sa ticho chovať pri odpočinkových činnostiach 5. trvalo vykazuje nadmernú motorickú aktivitu, ktorú nie je schopné zásadne podriaďovať spoločenským podmienkam alebo požiadavkám 	<p>2. Šesť (alebo viac) z nasledujúcich príznakov hyperaktivity či impulzivity pretrváva po dobu najmenej šiestich mesiacov v takej miere, že má za následok neprispôobilosť dieťaťa a neodpovedá jeho vývojovému štádiu:</p> <p>Hyperaktivita</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. často pohybuje rukami alebo nohami alebo sa vrtí na stoličke 2. často pri vyučovaní alebo iných situáciách, kedy by malo zostať sedieť, vstáva zo stoličky 3. často pobehuje alebo sa prechádza v situáciách, keď je to nevhodné (u dospelých sa také chovanie môže obmedziť na subjektívne pocity nepokoja) 4. často máva problémy ticho sa hrať alebo v klude robiť niečo iné 5. býva často „na pochode“ alebo sa chová, akoby „išlo na motor“ 6. často býva neprimerane u rozprávané
---	---

<p>Impulzivita</p> <p>Aspoň jeden z nasledujúcich príznakov impulzivity pretrváva po dobu najmenej šiestich mesiacov v takej miere, že má za následok neprispôsobilosť dieťaťa a neodpovedá jeho vývojovému štádiu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. často vyhrkne odpoveď skôr, než bola dokončená otázka 2. často nevydrží stáť v rade alebo nedokáže počkať až na neho príde rad pri hre alebo v kolektíve 3. často prerušuje ostatných alebo sa im pletie do hovoru (napr. skáče iným do reči, ruší ich pri hre) 4. bez ohľadu na spoločenské zvyklosti a obmedzenia nadmerne rozpráva 	<p>Impulzivita</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. často vyhrkne odpoveď skôr, než bola dokončená otázka 8. máva problém vydržať, až na neho príde rad 9. často prerušuje ostatných alebo sa im pletie do hovoru (napr. skáče iným do reči, ruší ich pri hre)
--	---

Hlavné rozdiely podľa spomínaných autorov (2002, s.18-19) sú tieto:

1. DSM-IV klasifikuje vlastnosť „často je neprimerane urozprávané“ ako príznak hyperaktivity. MKN-10 uvádza podobný, ale presnejší popis chovania „rozpráva nadmerne bez ohľadu na spoločenské zvyklosti a zábrany“ ako príznak impulzivity
2. DSM-IV vyžaduje, aby šesť (alebo viac) symptómov pre „hyperaktivitu-impulzivitu“ pretrvávalo po dobu najmenej šiestich mesiacov v takej miere, že majú za následok neprispôsobilosť dieťaťa a neodpovedajú jeho vývojovému štádiu. Pretože je tu zahrnutých šesť symptómov hyperaktivity (a tri symptómy impulzivity), je možné, že aj deti bez symptómov nedostatočnej kontroly impulzivity by mohli spĺňať diagnostické kritériá pre ADHD. Toto má značný význam vo chvíli, keď súčasný vedecký názor smeruje k tomu, že k základným

príznakom ADHD (a hyperkinetickej poruchy) patrí práve nedostatočná kontrola impulzivity.

V praxi to znamená, že MKCH–10 zahŕňa menšiu skupinu detí so závažnými príznakmi a kritériá DSM–IV sú uplatniteľné pre oveľa širšiu skupinu, ktorá priaznivo reaguje na liečbu.

Hrozí tu teda, že ak sa pri stanovovaní diagnózy lekár, psychológ striktne drží MKCH–10, časť detí bude ochudobnená o náležité opatrenia a pomoc. K spomínaným symptómom treba ešte dodať, že v základe sa u nás rozlišujú 3 typy poruchy ADD/ADHD:

1. typ s prevahou poruchy pozornosti
2. typ s prevahou hyperaktivity a impulzivity
3. typ kombinovaný

3. VÝCHOVNO – VZDELÁVACI PROCES DETI S ADHD

V súčasnosti je problém vzdelávania a výchovy detí so syndrómom stále naliehavejší. Výskyt poruchy ADHD je u 2 – 20% školskej populácie a z hľadiska ich vzdelávania je významný špeciálno-pedagogický prístup pri umiestnení dieťaťa do tried základnej školy či mimoškolských zariadení, ambulancií a poradní pre deti a ich rodičov. Aktuálne je vzdelávanie žiaka podľa individuálneho výchovno-vzdelávacieho programu formou začlenenia. (Třesohlavá, 1986).

Podľa § 32b ods. 4 školského zákona v znení zákona č. 365/2004 Z.z. je individuálny výchovno-vzdelávací program (ďalej len IVP) súčasťou integrovaného žiaka. IVP definuje špecifika a modifikáciu výchovy a vzdelávania tak, aby žiak mohol byť čo najúspešnejší v podmienkach bežnej školy.

Žiak s poruchou ADHD môže byť vzdelávaný:

1. v bežnej triede základnej alebo strednej školy s primeranou modifikáciou výchovno-vzdelávacieho procesu s konzultáciou so školským špeciálnym alebo liečebným pedagógom, psychológom prípadne pracovníkmi špeciálno-pedagogickej alebo pedagogicko-psychologickej poradne,
2. v bežnej triede základnej alebo strednej školy s primeranou modifikáciou výchovno-vzdelávacieho procesu s pravidelnou pomocou liečeného pedagóga na vyučovaní, prípadne aj mimo vyučovania,
3. časť vyučovania v bežnej triede a časť vyučovania v špeciálnej triede, resp. byť na niektorých hodinách individuálne vyučovaný školským špeciálnym pedagógom, ktorý v príprave na vyučovanie spolupracuje s učiteľom,
4. v špeciálnej triede základnej školy, kde je znížený počet žiakov a vyučujúcim je špeciálny pedagóg,
5. v základnej škole pri liečebno-výchovnom sanatóriu,

6. vo výnimočných prípadoch môže byť na základe lekárskeho odporúčania na určitý čas podľa § 37 školského zákona oslobodený od povinnosti dochádzať do školy, pričom sa mu podľa § 2 ods. 3 vyhlášky MŠ SSR č. 143/1984 zb. v znení neskorších predpisov poskytuje individuálne vyučovanie v rozsahu minimálne 2 hodín týždenne.

Špecifické výchovno-vzdelávacie postupy práce s deťmi a organizácia tejto práce sa týkajú:

- úpravy prostredia,
- umiestnenia žiaka v triede,
- individuálneho pracovného tempa a učebných postupov žiaka,
- metodických postupov vo vyučovaní a prístupov vo výchove žiaka
- hodnotenia správania a učebných výsledkov žiaka.

Všeobecné zásady pri výchove dieťaťa s ADHD:

1. Uspokojenie základných psychických potrieb – každý človek má nejaké psychické potreby a u detí s ADHD si ich musíme všimnúť tiež,

– potreba jasnej predstavy vlastného sveta – tieto deti potrebujú cítiť vo svojom živote blízkych ľudí na ktorých sa môžu kedykoľvek obrátiť a budú neustále na blízku,

- potreba životného cieľa - musí mať určité vyhliadky, neustále na nich pracovať a určiť si ciele, ktoré má dosiahnuť,

- potreba cítiť sa súčasťou diania - dieťa potrebuje mať pocit spolunáležitosti a pocit, že niekam patrí,

- potreba stimulácie - potrebuje rozmanité predmety, ktoré ho budú stimulovať k rozvíjaniu abstraktívneho myslenia, pretože keby sa nudili, môže to vyvolať vážne problémy a môžu sa začať sebazraňovať,

- potreba cítiť rodinné korene – dieťa potrebuje byť spojené s matkou alebo inou jemu blízkou osobou,

- potreba lásky- dieťa by malo mať pocit bezvýhradného prijatia do rodiny, a cítiť lásku a snahu vyhovieť jeho potrebám. (Train, 1997).

2. Podpora dieťaťa - môžeme povedať, že deti s ADHD sú citovo zraniteľnejšie a tak je potrebné jednat s nimi ohľaduplne. Rodičia sú tu preto aby svoje dieťa podporovali a zvyšovali jeho sebavedomie.

3. Komunikovanie s dieťaťom – veľa problémom sa dá vyhnúť a predísť im, pokiaľ rodičia budú so svojim dieťaťom efektívne komunikovať. Je veľmi dôležité pri komunikácii dieťaťu situáciu vysvetliť pokojne, pomaly.

4. Počúvanie - pre tieto deti je veľmi dôležité, aby ich rodičia vedeli vypočuť, aby získali pocit, že ich niekto vníma a počúva ich.

5. Dôslednosť – je potrebné stanoviť si určité rodinné pravidla. Na pravidlách musia byť dohodnutí všetci a tieto pravidlá je dôležité dodržiavať pri dodržaní stanovených pravidiel dieťa odmeniť pri neposlúchnutí potrestať.

- odmena – pri dodržaní stanovených pravidiel by mala nasledovať odmena, a to formou nejakej drobnosti, pochvalou alebo úsmevom, čo môže byť veľmi účinné,

- tresty – pri nedodržaní stanovených pravidiel by mal byť uložený trest, dieťa by malo vedieť za aké nevhodné správanie alebo porušenie pravidiel mu bol trest udelený. Medzi vhodné tresty môže patriť napr. zrušenie vopred dohodnutej hry alebo vykonanie nejakej domácej práce.

6. Pomoc pri nadväzovaní kamarátskych vzťahov – pokiaľ má dieťa nejaké osobné problémy a je odlišné od ostatných detí veľmi ťažko nadväzuje a udržiava priateľské vzťahy. Rodičia môžu pomôcť dieťaťu získať kamarátov tým, že ho prihlásia do krúžku, ktorý ho bude zaujímať.

7. Pomáhať dieťaťu pri upokojovaní - už od útleho veku by sa mali rodičia snažiť učiť svoje dieťa technikám a metódam, ktoré ho dokážu upokojiť. Tieto metódy môže dieťaťu len prospieť a sú pre neho neoceniteľné ako napr:

- relaxácia – je dôležité nájsť si chvíľku kedy budete s dieťaťom sami na tichom a pokojnom mieste. Môže prebiehať aj formou hry, alebo počúvaním hudby.

- sústredenosť – neznamená len príležitostné zameranie pozornosti, ale jedná sa aj o pozorovanie samého seba, lepšie pochopenie svojich citov a získavania vyššieho stupňa sebakontroly.

- pohybové cvičenia – sú pre deti s ADHD rozhodne veľkým prínosom. Pohybové cvičenia by sa mali stať každodennou súčasťou. (Train, 1997).

Vo výchovno-vzdelávacom procese žiaka sa kladie zvýšený dôraz na individuálny prístup s ohľadom na špecifické výchovno-vzdelávacie potreby

žiaka či už školy alebo rodiny. Základom je nadviazanie pozitívneho emocionálneho kontaktu a porozumenia medzi učiteľom a žiakom.

3.1 PROBLEMATIKA ADHD V ŠKOLE

Začiatok školy z pohľadu dieťaťa i jeho rodiny je zásadným životným medzníkom. Škola, prispôsobenie sa škole a úspešnosť v škole predstavuje nenahraditeľný prvok v našej spoločnosti. Zlyhanie v tejto oblasti môže ovplyvniť nielen rozvoj detskej osobnosti a prežitie zostávajúceho detstva, ale spôsobiť i vážne životné problémy v zmysle nižších schopností sociálnej adaptácie alebo dokonca trestnej činnosti a delikvencie. (Vágnerová, 2001).

Škola je prostredím, kde žiak prežíva určité obdobie mimo rodiny. Škola a učitelia by preto mali vytvoriť prostredie, klímu, ktorá by pozitívne ovplyvňovala a uspokojovala špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby žiakov, sociálnu integráciu, vzdelávaciu aktivitu žiaka. Pre deti s ADHD škola používa prístupy, metódy a podmienky, ktoré tieto deti vyžadujú. Pri svojej práci sa snažia poskytovať čo najviac informácií, ktoré prispievajú k ich rozvoju. V škole výkon týchto detí však nezodpovedá ich intelektuálnej úrovni. (Renotiérová 2003,s.251).

Pre žiakov so špeciálnymi potrebami v školách bežného typu je vypracovaný individuálny vzdelávací program (IVP), ktorý zásadne ovplyvňuje efektivitu výchovy a vzdelávania týchto detí. IVP je laicky povedané „zmluva medzi učiteľom, žiakom, jeho rodičom a odborným pracovníkom“. Táto zmluva nie je nemenná, môže sa prispôbovať požiadavkám dieťaťa, rodiča, učiteľa a tiež sa mení pri nedodržaní podmienok z niektorej strany.

Podľa Zelinkovej (2001) IVP dáva dieťaťu príležitosť postupovať vlastným tempom, podľa svojich schopností, bez toho aby bolo stresované porovnávaním so spolužiakmi.

Podľa § 32 ods. 5 školského zákona v znení zákona 356/2004 Z.z. IVP musí obsahovať:

1. Osobitosti vplyvu žiakovej diagnózy a prognózy na výchovno-vzdelávací proces.
2. Požiadavky na úpravy prostredia triedy, učebných postupov.
3. Úprava organizácie výchovno-vzdelávacieho procesu (vrátane spôsobu hodnotenia výchovno-vzdelávacích výsledkov žiaka), učebných plánov a učebných osnov.
4. Zabezpečenie prípadných kompenzačných pomôcok a špeciálnych učebných pomôcok,
5. Personálne zabezpečenie odbornej a ďalšej pomoci.

Ďalšie dôležité údaje, ktoré by mali byť uvedené v IVP:

- súčasná úroveň vedomostí, zručností, návykov žiaka, charakteristika,
- dlhodobé a krátkodobé ciele vo výchove a vzdelávaní žiaka,
- úprava učebných materiálov,
- spolupráca s rodičmi.

Ak sa na tvorbe plánu podieľajú rodičia a súhlasia s ním, je väčšia pravdepodobnosť, že budú spolupracovať so školou a sledovať postup dieťaťa. Žiaci s poruchou ADHD obvykle nebývajú v škole prijímané pozitívne všetkými učiteľmi, práca s nimi si vyžaduje oveľa viac energie, námahy, nápadov a času. Nájde sa však mnoho učiteľov, ktorí sú ochotní hľadať spôsoby ako pomôcť týmto deťom.

Učiteľ by mal jasne dávať najavo svoj postoj k dieťaťu s ADHD a čo od neho očakáva. Pri práci s takýmito deťmi sú potrebné jasné pravidlá a ciele. Pri vyučovacej hodine je potrebné striedať činnosť tak, aby sa čo najviac striedali zapojené zmysly. Je potrebné uplatňovať a zapojiť viac zmyslov dohromady, tzv. multisenzorický prístup, ktorý je pre deti prítlačlivejší a vedie k lepšiemu zapamätávaniu informácií. (Jucovičová, Žáčková 2007).

V prvom rade je úlohou učiteľa zabrániť prípadnému posmechu ostatných. Učiteľ by mal oceňovať prejavenu snahu dieťaťa, vyjadrovať mu podporu tým, že mu verí, že to dokáže. Pri vyučovaní týchto detí je nutný zvýšený dohľad učiteľa. Učiteľ by mal mať prehľad o tom či dieťa pracuje

a vykonáva presne to čo má. Pri osvojovaní učiva by mal deťom pomáhať predchádzať chybám. Dieťa si totiž zapamätá skôr chybu, ktorú vidí napísanú, než správny výsledok. (Jucovičová, Žáčková 2007).

Podľa Train (2001) pokiaľ učiteľ na začiatku hodiny oznámi jasne program a na konci hodiny ho zrekapituluje, pravidelne robí prehľady prebratého učiva a veľa opakuje, upevňuje tak znalosti a vedomosti detí. Veľkým prínosom pre zapamätanie učiva je využívanie aktivizujúcich foriem výučby , kde počíta s dosahovaním skúsenosti a vedomosti dieťaťa, jeho vlastnou aktivitou, kooperáciou, riešením problémových situácií a objavovaním namiesto predkladania hotových faktov. Učiteľ by mal mať pripravenú širokú škálu činnosti, zadávať krátke úlohy a stanoviť krátkodobé ciele v chovaní so zameraním na okamžité odmeny a následky. Je potrebné dieťa naučiť, že skôr než niečo spraví aby sa zamyslelo nad dôsledkami.(Train 2001).

Ako uvádza Munden (2002) postupnou zmenou školského prostredia napr.(zmenou zasadacieho poriadku, menšími triedami, väčším podielom praktických hodín) je možné významne zmeniť chovanie a prejavy dieťaťa s ADHD. Je vhodné dieťa umiestniť čo najbližšie k učiteľovi a obklopiť ho pokojnejšími spolužiakmi. Nevyhovujúce je miesto pri okne alebo nástenke, pretože odpútava jeho pozornosť. Trieda by mala byť usporiadaná, prehľadná a upravená.

Najčastejšie problémy detí s ADHD v škole:

- tiché čítanie- potrebujú si čítať polohlasne,
- udržanie pozornosti pri vyučovaní,
- strata toku myšlienok a neschopnosť sústrediť sa na text,
- problémy s vizuálnym sústredením sa na písmo, strácaním sa v texte,
- potreba väčšej individuálnej pomoci, výučba čítania v malých skupinkách,
- neusporiadaný rukopis a písmena, ich písomný prejav vyzerá neupravené,
- mávajú problémy s opisovaním slov z tabule alebo knihy,
- rátajú nepozorne a nepresne,
- ťažko si pamätajú a vybavujú základne údaje (Riefová 1999).

Práca s dieťaťom s ADHD v školskom prostredí je veľmi ťažká a náročná. Systematický a otvorený prístup môže však chovanie dieťaťa i jeho motiváciu ku školským záležitostiam významným spôsobom ovplyvniť. Škola a školské prostredie predstavuje z hľadiska ďalšieho životného vývoja dieťaťa zásadný medzník a preto možnostiam jeho úspešného začlenia by sa mala venovať maximálna pozornosť a starostlivosť. Táto môže byť zo strany pedagogických pracovníkov vedená predovšetkým na úrovni systematického a otvoreného chovania voči dieťaťu.

3.1.1 PORUCHY KONCENTRÁCIE POZORNOSTI A PAMÄTI

Deti s ADHD majú problém sústrediť sa a udržať pozornosť. Táto neschopnosť má rozsiahle dôsledky najmä v učení, ktoré je pre ne nadmieru náročné. Nejedná sa pritom len o učenie v škole, ale aj o naučenie sa praktických činností, organizácie času, usporiadanie myšlienok, osvojenie si motorických schopností a hlavne osvojenie si komunikačných stratégií.

Keďže nie sú schopné sa sústrediť dostatočne dlho, nepreniknú do problému a nestihnú sa naučiť jeho postupné riešenie. Mnohé deti majú vrodenu schopnosť učiť sa, pokiaľ im však nepomôžeme udržať pozornosť na tak dlhú dobu, aby to mohli urobiť, vyzerá to, že nie sú schopné to zvládnuť. (Munden, Arcelus 2002).

Pri ťažkostiach s pozornosťou je potrebné odlišovať 2 problémy:

- **Precitlivenosť** na vplyvy okolia – neschopnosť oddeliť sa od rušivých vplyvov a zmien okolia.
- **Neschopnosť** sústrediť sa na jeden konkrétny rys okolitého prostredia.

Deti majú väčšinou problém v oboch oblastiach. Pri prvom type problému (precitlivenosť) majú tendenciu všimáť si aj najslabšie zvuky (napríklad čo sa

deje na ulici) a okamžite prestávajú dávať pozor. Sú nepokojné a neposedné a rušia celé svoje okolie.

Pri druhom type problému deti nerozptyľujú okolité vplyvy, ale nedokážu sa sústrediť na konkrétnu vec, tému. Robí im veľký problém dokončiť začatú prácu. Správajú sa pomerne pokojne, nestrhávajú na seba pozornosť.

Rozdelenie ťažkosti pozornosti na niekoľko najčastejšie sa vyskytujúcich základných odchýliek:

- a) **únava pozornosti** – signalizuje únavu CNS, pri zameranej činnosti rýchlo rastie, hlavne na neskorších vyučovacích hodinách a pri domácej príprave, únavu posilňujú aj poruchy v pravidelnosti denného režimu i drobné ochorenia,
- b) **neprimeraná fluktuácia pozornosti** – nadmerné kolísanie pozornosti zdanlivo bez príčiny spôsobuje veľmi nerovnomerné výkony dieťaťa,
- c) **príliš malý rozsah pozornosti** – dieťa nedokáže vnímať celú situáciu naraz, ale uvedomuje si len niektoré jej zložky, preto výsledky práce bývajú nepresné a diel čie, táto odchýlka sa odráža aj pri vytváraní pojmov, ktoré bývajú tiež nepresné,
- d) **generalizovaná a nevýberová pozornosť** – neschopnosť dieťaťa zamerať sa na podstatné znaky a podnety situácie, dieťa je upútané všetkým (viazanosť na podnety),
- e) **upútavanie pozornosti** – neschopnosť odpútať sa od jedného predmetu, činnosti a preniesť pozornosť na ďalší, alebo prejsť z jedného spôsobu riešenia na ďalšie (ak dieťa sčítavalo príklady, robí to aj vtedy, keď má odčítavať).

Je preto nutné si uvedomiť, že poruchy pozornosti ovplyvňujú všetky poznávacie procesy a znižujú efekt procesu učenia. Okrem vzdelávania tieto poruchy stoja aj za problémami výchovného a sociálne-adaptačného procesu.

Dobrá krátkodobá pamäť je nevyhnutným predpokladom pre získavanie základných znalostí a ďalšieho vzdelávania. Deti s ADHD si ale predchádzajúce informácie nepamätajú a nie sú schopné v prípade potreby ich použiť. G. Sorfontein (1999) to prirovnáva „k učeniu z poznámok zapísaných neviditeľným atramentom“. Pre učenie je pritom nevyhnutné, aby prichádzajúci stimul bol zachytený a podržaný v pamäti, kým dôjde k jeho upevneniu, vštípeniu.

Poruchy krátkodobej paměti sa u detí s ADHD vyskytujú hlavne v sluchovej oblasti. Dieťa napríklad počuje nejaké inštrukcie, ale nie je schopné si ich celé zapamätať a dokončiť úlohu. Po obrátení stránky v knihe nemá ani potuchy o tom, čo práve čítalo, alebo si nepamätá, ktoré číslo pri sčítaní v stĺpci práve pripočítalo. Dieťa môže mať ťažkosti ako v ústnom, tak aj v písomnom prejave, napríklad keď sa pokúša pozbierať myšlienky a dať dohromady ucelenú vetu, nemôže si na všetky spomenúť. Je pre ne ťažké si zapamätať informáciu, v duchu si ju vybaviť a následne napísať na papier. Keďže sa poruchy krátkodobej paměti vyskytujú najmä v sluchovej oblasti, často sa stáva, že tieto deti disponujú dobrou schopnosťou uchovať si získané informácie optickou cestou. Práve na to by mali myslieť najmä učitelia a prispôbiť tomu svoju prípravu na vyučovanie. Deti často zabúdajú nielen pokyny, ale aj svoje veci a pomôcky. Stále niečo strácajú a hľadajú, nepamätajú si kam čo dali, prečo šli práve tam a čo tam mali robiť, čo mali na domácu úlohu a kde si to zapísali. Je preto veľmi dôležité, aby bolo dieťa stále vedené k organizovaniu svojej práce. (G. Serfontein 1999).

3.1.2 PORUCHY REČI A MYSLENIA

U detí s ADHD často pozorujeme oneskorený vývin reči. Schopnosť utvoriť dvoj-troj slovné vety si osvojí až okolo tretieho roku života. Ťažkosti v reči je možné rozdeľovať na dve základné zložky:

- porozumenie reči – dieťa často nechápe význam niektorých slov alebo jemné odlišnosti v zmysle výpovedí,
- aktívna reč – nápadné odchýlky v artikulácii, obsahovo chudobná a nízka slovná zásoba, stereotypné využívanie niekoľkých slov a výrazov. (Třesohlavá 1986).

Typické poruchy reči sú artikulačná neobratnosť a špecifická asimilácia:

artikulačná neobratnosť – dieťa vie tvoriť jednoduché hlásky i celé slová, ale artikulácia je namáhavá, ťažkopádna, nápadne neobratná a reč je niekedy ťažko zrozumiteľná,

špecifická asimilácia – neschopnosť vysloviť slová v ktorých sa súčasne vyskytujú zvukovo či artikulačne blízke hlásky. Asimilácia môže byť sykavá (s, c, z, š, č, ž) a u tvrdých a mäkkých hlások (d, t, n, d', t', ň).

Veľmi často sa vyskytujú aj chyby výslovnosti – dyslálie, kedy dieťa zle vyslovuje jednu alebo viac hlások. Objaviť sa môže aj breptavosť a koktavosť, ktorá súvisí s poruchou krátkodobej pamäti. (Jucovičová, Žáčková, Zörklerová, 2003).

Keďže myslenie je viazané na rozvoj vnímania, motoriky a reč, tak aj tu sa vyskytujú ťažkosti. Myslenie sa javí ako prevažne konkrétne, infantilné, neobratné a stereotypné. Deti sú viazané na dané situácie, priťahuje ich pritom len jeden nápadný detail a nevšímajú si podstatné. Nedokážu sklbiť časti v celok. Proces myslenia je chaotický, impulzívny a zdĺhavý. Plynulosť myslenia je narušená zvýšenou vnímavosťou k vedľajším podnetom a harmonickosť býva závislá na nedostatočnej integrácii jednotlivých zložiek. (Třesohlavá, 1986).

Deti ťažko zvládajú abstraktné, hlavne časové a priestorové pojmy. Poruchy logického myslenia sťažujú výučbu predovšetkým matematiky.

3.1.3 PORUCHY VNÍMANIA

Vo veľkej miere sa u detí v ADHD môžu vyskytovať poruchy zrakového alebo sluchového vnímania. Ide o dysgnóziu, ktorá sa prejavuje poruchou funkcie ale nie orgánu. Teda hoci je zrak i sluch v poriadku, navonok sa zdá akoby dieťa zle počulo a videlo. Prejavom v oblasti zrakového vnemu je napríklad zlé rozlišovania podobných tvarov a drobných rozdielov (pri čítaní písmen tvarovo podobných b-d, a-o-e, m-n, l-k-h, ...).

Pri sluchovom vneme zas dieťa horšie rozlišuje podobné zvuky alebo hlásky, čo sa prejavuje najmä pri písaní diktátov, kedy nerozlíši zhluk spoluhlások (štvrtok-štvok, ...). Ďalej je problematické rozlišovanie znelých a neznelých hlások, tvrdých a mäkkých hlások, rozlišovanie zvukov podobných hlások a tiež krátkych a dlhých samohlások.

Mávajú ťažkosti i v pravo-ľavej orientácii. Problémom pre tieto deti je rozlíšiť pravú stranu od ľavej. Táto porucha sa obyčajne vyskytuje spolu s poruchou priestorovej orientácie. Tieto deti zažívajú ťažkosti pri čítaní, písaní a matematike. Dieťa sa zle orientuje nielen na stránke pri čítaní, ale aj v riadku textu pri písaní, pletie si poradie čísiel (24-42,...). Ak sa pridajú poruchy motoriky k poruchám vnímania, sú porušené psychomotorické funkcie. Uvedené poruchy majú priamu súvislosť so špecifickými vývinovými poruchami učenia. (Jucovičová, Žáčková, Zörklerová 2003).

Následkom spolupôsobenia jednotlivých dielčích nápadnosti v oblasti vnímania je obraz sveta pre deti s ADHD pravdepodobne chaotický a nepresný.

3.1.4 PORUCHY MOTORIKY

Motorika je pojem označujúci celkovú pohybovú schopnosť organizmu. Hrá významnú úlohu vo vývine dieťaťa. Je prvým prostriedkom v procese poznávania okolitého sveta, podieľa sa na vývine kognitívnych funkcií. Rozlišujeme hrubú motoriku, ktorá sa uskutočňuje prostredníctvom veľkých svalových skupín (beh, lezenie, chôdza), a jemnú motoriku, ktorá zaisťuje drobné svalstvo (pohyby rúk, prstov, artikulačných orgánov). (Zelinková, 2001).

Jeden zo skôr používaných názvov pre poruchy pozornosti bol „syndróm nemotorného dieťaťa“, pretože problémy s koordináciou pohybov sú pre deti s ADHD typické. Poruchy pozornosti sa prejavujú najmä v oblasti jemnej motoriky. Jemné činnosti ako je napríklad šnúrovanie šnúrok, zapínanie

gombíkov, sú pre tieto deti veľmi náročné a predstavujú pre deti zdroj frustrácií. V neskoršom veku často nedokážu čitateľne a úhladne písať.

Poruchy v hrubej motorike sú menej časté ale spôsobujú neobratnosť pri chôdzi a pri bežných detských aktivitách. Ťažkosti so senzomotorickou koordináciou zraku a ruky sa okrem písania prejavujú pri odpisovaní textu z tabule. Tieto deti majú problém vo výtvarnej, pracovnej a telesnej výchove, ale i pri loptových hrách. Poruchy hrubej motoriky sa prejavujú pri učení jazdy na bicykli, pri skákaní atď. (Serfontein, 1999).

Z. Třesohlavá (1986) zhrnula hlavné príznaky v motorike takto:

- a) znížená obratnosť, ako následok porúch pyramídového systému,
- b) poruchy koordinácie a harmonickosť pohybových komplexov – dieťa je schopné robiť diel čie pohyby, ale nedokáže ich skĺbiť do harmonického celku,
- c) celková hypermobilita – ťažkosti v ovládaní motoriky,
- d) sinkinéza - mimovoľné pohyby končatín, trupu, jazyka,
- e) zvýšené motorické napätie.

Nedostatky motoriky sú vážnou prekážkou pri vytváraní základných životných a pracovných návykov, a tým aj pri socializácii jednotlivcov. V profesijnej orientácii a pri konečnom výbere povolania je nutné rešpektovať možnosti dysfunkcie motoriky, lebo sú to pohybové operácie, ktoré v manuálnej pracovnej činnosti najviac uplatňujú (Vašek, 1994).

Nie všetky deti s ADHD trpia poruchami motoriky. Naopak môžu byť veľmi šikovné, vynikať v športoch a hrách, alebo pekne kresliť. Netreba zabúdať na to, že tento problém má aj sociálny dopad. „Ten, kto je nešikovný, býva obvykle nie príliš jemne vylúčený z hry i ostatných detských aktivít“ (Serfontein, 1999, s.4).

3.1.5 PORUCHY UČENIA

Špecifické poruchy učenia sú súhrn rôznej skupiny porúch, ktoré sa prejavujú problémami pri získavaní takých zručností akou sú reč, porozumenie reči, písanie, čítanie, matematické usudzovanie. Tieto poruchy predpokladajú dysfunkciu centrálnej nervovej sústavy. Príčinou týchto ťažkostí nie sú primárne senzorické, somatické alebo mentálne postihnutia, sociálne podmienené faktory, prípadná nedostatočná metodika vo vyučovaní.

Poruchy učenia tvoria z etnologického a symptomatologického hľadiska pomerne rôznorodú skupinu. Spoločným menovateľom porúch učenia je skutočnosť, že výkony žiakov s týmto postihnutím sú nižšie. Ide tu o žiakov, ktorí majú ťažkosti s osvojením a používaním jazyka, čítanej a písanej reči, manipulácie s grafickými, matematickými či múzickými symbolami, aplikovania pravopisných pravidiel a pod.. V týchto prípadoch je viditeľná výrazná disproporcija medzi mentálnou úrovňou a jednotlivými školskými výkonmi.

Školské výkony sú negatívne ovplyvňované nedostatkami v :

- porozumení hovorenej reči,
- realizácií hovorovej reči,
- technike čítania,
- porozumení prečítaného,
- realizácií písania,
- aplikácií gramatických pravidiel,
- počítaní,
- pochopení početných operácií.

Tieto ťažkosti môžu byť dôsledkom porúch pozornosti alebo pamäti, myslenia alebo reči.

Poruchy učenia sa často spájajú aj so školskou neúspešnosťou, preto je potrebné jednotlivcom s poruchami učenia vytvoriť najlepšie podmienky pre ich ďalší rozvoj. (Gaži,1991).

V súvislosti s poruchami učenia sa spravidla uvádzajú nasledovné vývojové poruchy:

- **dysledxia:** definovaná ako porucha prejavujúca sa ťažkosťami pri osvojovaní si čítania napriek tomu, že dieťaťu sa dostáva bežného výukového vedenia, má primeranú inteligenciu a sociokultúrnu príležitosť. Je podmienená poruchami v základných poznávacích schopnostiach, pričom tieto poruchy sú často konštitučného pôvodu,
- **dysgrafia:** porucha písania, grafomotorického prejavu, neschopnosť správne napodobniť tvary písmen, vynechávanie, resp. pridávanie ich častí či vynakladanie značného úsilia na písanie,
- **dysortografia:** porucha pravopisu, prejavujúca sa neschopnosťou dieťaťa uplatňovať naučené gramatické pravidlá,
- **dyskalkúlia:** poruchy počítania, schopnosti operovať s číselnými symbolmi a číselným radom,
- **dysmúzia:** je špecifická vývojová porucha hudobných schopností, predstavuje výraznú retardáciu hudobných schopností, muzikality ako celku, komplexu funkcií alebo ide o čiastočné, štruktúrne narušenie hudobných funkcií,
- **dysfázia:** poruchy vývinu hovorovej reči, objavujú sa chyby v gramatickej zložke prejavu, (Vašek, 2006).

Je veľmi dôležité, aby deti z poruchou učenia, chovania, sústredenia a komunikácie mali bezvýhradnú podporu svojich rodičov. Deti, ktoré si neustále uvedomujú podporu svojich rodičov, získavajú dobrý a pevný základ pre svoje fungovanie, nadobúdajú silné predpoklady pre svoju spôsobilosť i sebavedomie. Špecifické poruchy dnes evidujeme u nemalej časti detskej populácie. Prejavujú sa ako ťažkosti s čítaním, písaním, pravopisom, matematikou, prípadne ako nedostatok organizačných alebo jazykových schopností. Vo všeobecnosti do tejto kategórie zaraďujeme deti s poruchami **pozornosti a hyperaktivitou**. Názory odborníkov na spojenie špecifických porúch učenia a ADHD sa odlišujú. Väčšina uvádza, že sa jedná o poruchy na sebe nezávislé, pričom sa môžu vyskytovať súčasne. Jedinci u ktorých sa obe formy porúch objavia súčasne musia podstúpiť reedukáciu zameranú na úpravu

poruchy učenia a správania. Čiastočné zlepšenie v jednej oblasti pozitívne ovplyvní druhú oblasť. (Všetulová 2007).

Deti s poruchami učenia si ťažko osvojujú učivo klasickým spôsobom i keď majú primeranú všeobecnú inteligenciu a dostatočne podnetné rodinné prostredie. Trpia nedostatočným rozvojom čiastočných schopností, ktoré súhrne predstavujú základ pre vznik špecifických porúch učenia.

Príčiny vzniku ťažkosti, ktoré môžu viesť k spomínaným poruchám sú rôzne:

- a) príčinou porúch učenia môže byť drobné poškodenie mozgu, ktoré obyčajne vznikne v perinatálnom veku (dosť často býva súčasťou syndrómu ľahkej mozgovej dysfunkcie,
- b) príčinou porúch učenia je dedične podmienená dispozícia (genetický základ môže mať aj odlišná dynamiky vývoja, eventuálne nerovnomerné zretie jednotlivých funkcií,
- c) kombinovaná etiológia poruchy učenia, kedy je ľahké poškodenie mozgu spojené s dedične podmienenou dispozíciou (dá sa predpokladať, že drobné poškodenie mozgu postihlo organizmus, ktorý už bol v tomto smere do určitej miery disponovaný a preto citlivejší. (M.Vágnerova, 2001).

Závažnejším problémom ako samotné poruchy sú však dôsledky týchto porúch (depresie, frustrácia, trauma) spôsobené školskými neúspechmi. Dieťa, u ktorého sa objavia určité problémy v učení, dosahuje v škole nižšiu výkonnosť. To sa prejaví v jeho zhoršenom prospechu a ak sa problémy dieťaťa získať dobrú známku opakujú, absentuje uňho prežívanie pocitu úspechu. Dieťa pritom intenzívne pociťuje potrebu dobrého výkonu, lebo prostredníctvom neho sa snaží dokázať sebe i okoliu svoju hodnotu. Znížený učebný výkon a negatívne hodnotenie zo strany učiteľa sa odrazia u žiaka v pocitoch menejcennosti, zníženej sebadôvery a v celkovom narušení potreby sebarealizácie. V týchto prípadoch hrozí zvlášť veľké nebezpečenstvo vzniku tzv. bludného kruhu : **horší výkon v dôsledku handicapu – negatívne hodnotenie – poškodenie motivácie a sebadôvery – ďalší zhoršený výkon – ešte horšie hodnotenie atď..** (J. Slavík, 1999). Následkom toho je narušený osobnostný, sociálny a profesijný vývin týchto detí.

Ako vy mal teda učiteľ správne postupovať v práci s týmito deťmi? Predovšetkým si treba dôkladne uvedomiť, že porucha pozornosti alebo hyperaktivita nie sú choroby. Je to stav mozgovej činnosti, spôsob fungovania mozgu. Dieťa sa správa tak, ako mu to diktuje mozog a za svoju odchýlku v správaní nemôže, aj keby sa akokoľvek snažilo svoju situáciu zmeniť. Nie je schopné plniť požiadavky učiteľa. Učenie sa preň stáva neprimeranou záťažou a jeho zvládnutie ho stojí veľké množstvo námahy a psychickej energie. Je dôležité, aby sa včas odhalili príčiny takéhoto stavu. Odhalenie príčin je vždy kľúčom k riešeniu konkrétneho prípadu, pričom nemalú úlohu v tom zohráva samotný učiteľ. On ako prvý zaregistruje v správaní dieťaťa množstvo sprievodných negatívnych javov. Za najnápadnejšie môžeme pokladať:

- nadmerné nutkanie k pohybu, k aktivite, ktorá sa javí ako bezúčelová, resp. nezmyselná a dieťa ju nie je schopné kontrolovať,
- rýchla a častá strata koncentrácie, pričom pozornosť dieťaťa zaujme čokoľvek, čo sa deje v jeho okolí.
- rýchla unaviteľnosť a z nej vyplývajúca podráždenosť, ktorá môže spôsobovať neprimerane impulzívne reakcie.

Je veľmi dôležité ako učiteľ tieto prejavy posúdi a vyvodí z nich svoj ďalší postup. Žiaľ výskumy v praxi dokazujú, že učitelia sa v týchto prípadoch rozhodujú skôr nesprávne. Reakcie na odchylné správanie bývajú spravidla negatívne, zakazujúce, odmietavé, prípadne ignorujúce, čo sa zákonite odrazí v správaní dieťaťa. Dieťa postupne stráca chuť do učenia, oslabuje sa jeho motivácia, začína reagovať negatívne, čo môže v neskoršom období prerásť do neprimeraného vzdoru. Postoj učiteľov často krát vyplýva aj z veľmi slabej informovanosti o danej problematike. Je preto chybou, ak učiteľ podobné situácie nekonzultuje so špeciálnym pedagógom či psychológom a nesnaží sa odhaľovať skutočné príčiny žiakovho neprimeraného správania.

H. Žáčková a D. Jucovičová (2006) uvádzajú niektoré nesprávne postoje učiteľov, s ktorými sa môžeme v bežnej praxi stretnúť:

- **neuznávanie a zľahčovanie porúch učenia a netolerantný prístup:** väčšinou vychádza z neznalosti špecifik porúch učenia, prípadne z nejakej negatívnej skúsenosti a neochoty pracovať s týmito deťmi odlišnými

metódami práce, alebo z neochoty a neschopnosti prispôbiť sa novým poznatkom,

- **iba formálne používanie metód tolerantného prístupu, hodnotenia a klasifikácie:** vyskytujú sa prípady kedy je dieťa v priebehu školského roka klasifikované bežným spôsobom, bez ohľadu na jeho poruchu a pri záverečnej klasifikácii je mu vylepšená známka celkom formálne o jeden alebo viac stupňov. Takýto rýdzo formálny prístup, kde inak dieťaťu nie je venovaná žiadna špeciálna starostlivosť, pôsobí demotivujúco, nevyvoláva u dieťaťa snahu zlepšenia jeho výsledkov a okrem toho pociťujú jeho spolužiaci tento spôsob hodnotenia ako nespravodlivý.
- **použitie nadmerne tolerantného prístupu:** môžu nastať v prípade, keď sú dieťaťu tolerované aj chyby, ktoré nevyplývajú z poruchy, prípadne už boli kompenzované. Často bývajú aj situácie, keď je nadmerná tolerancia úplne nekriticky vyžadovaná zo strany rodičov a dieťa je podporované v tom, že nemusí nič robiť pretože má poruchu.
- **nesprávna a neodborná reedukácia:** pri snahe o nápravu ťažkostí dieťaťa sa učiteľ aj rodičia dopúšťajú chýb (napr. nútia dysgrafické dieťa často a dlho opisovať, prepisovať a dopisovať to čo nezvládlo v škole vypracovať, pretože sa domnievajú, že dlhým písaním sa písmo dieťaťa zlepši). Dôležité je zaistiť dieťaťu skutočne odbornú starostlivosť u špeciálneho pedagóga alebo špeciálne vyškoleného učiteľa. Môže sa však vyskytnúť aj „nadmerná“ odborná starostlivosť, kedy rodičia v snahe zabezpečiť dieťaťu čo najrýchlejšiu a najlepšiu nápravu navštevujú väčšie množstvo špecialistov, rôzne odborné kurzy a semináre, výsledkom čoho býva preťaženie dieťa.
- **porovnávanie dieťaťa s poruchou učenia s ostatnými žiakmi:** v takom prípade sa dieťa snaží vyrovnáť svojim spolužiakom z čoho plynie množstvo chýb v jeho výkone. Takýto výkon nemá zmysel hodnotiť, pretože neodráža skutočné schopnosti dieťaťa. Okrem toho takéto porovnávanie vyvoláva u dieťaťa traumu a znižuje jeho sebavedomie.(Žáčková, Jucovičová, 2006).

V súvislosti s uvedeným si musíme uvedomiť, že deti so špecifickými poruchami učenia by mali byť vzdelávané odlišným spôsobom, s ohľadom na konkrétne problémy vyplývajúce s ich hendicapu. O. Zelinková (2003) zdôrazňuje niektoré zásady, ktoré majú byť rešpektované pri práci s deťmi so špecifickými poruchami učenia:

- deťom so špecifickými poruchami učenia je dôležité venovať špeciálnu pozornosť a starostlivosť po celú dobu dochádzky do školy. Znamená to, že aj na vyšších stupňoch školy, nie len na základnej škole majú učitelia zohľadňovať potreby týchto detí. Pričom pozornosť by mala byť zameraná najmä na to, aby znevýhodnené deti, vinou svojich nedostatkov v učení neboli poznamenané stálymi neúspechmi.
- pri zisťovaní úrovne žiakových vedomostí a zručností volí učiteľ také formy a druhy skúšania, ktoré zodpovedajú schopnostiam žiaka, a na ktoré nemá porucha negatívny vplyv. Všeobecne to znamená poskytnúť deťom dostatok času na splnenie zadanej úlohy (žiadne časové limity, alebo sťažuje na čas),
- v kompetencii riaditeľa školy je, aby pre deti so špecifickými poruchami učenia bol vypracovaný individuálny vzdelávací plán, ktorý sa môže radikálne líšiť od výučby v danom ročníku. Tento vypracovaný plán dovoľuje výučbu úplne prispôbiť zvláštnym potrebám žiaka s diagnostikovanou poruchou,
- je nevyhnutné, aby všetky navrhnuté pedagogické opatrenia boli prediskutované s rodičmi žiaka a ich súhlasný či nesúhlasný názor bol rešpektovaný. (O. Zelinková, 2001).

Spôsobov ako postupovať pri vzdelávaní a hodnotení žiakov so špecifickými poruchami učenia je v súčasnosti vypracovaných množstvo. Môžeme konštatovať, že sú aj legislatívne podložené, a preto záleží len a učiteľoch do akej miery budú ochotní zodpovedne a trpezlivo pristupovať k práci s takýmito žiakmi. Pochopiteľne, že neodmysliteľnou súčasťou takejto práce je aj spolupráca so špeciálnym pedagógom, psychológom ale aj rodičov a ďalšími učiteľmi, ktorí prichádzajú do kontaktu s handicapovanými žiakmi. Iba

súčinnosť všetkých týchto činiteľov môže zabezpečiť nápravu problémov spojených s poruchami učenia.

3.2 SPOLUPRÁCA RODINY A ŠKOLY PRI VÝCHOVE DETI S ADHD

Rodičia detí s ADHD sú v situácii ako väčšina ostatných rodičov, ale tá je predsa v niečom iná. Svoju dieťaťu sa musia venovať trochu inak a trochu viac. Pri snahe naučiť ich to najlepšie čo vedia musia používať iné metódy. Prvoradou úlohou rodičov je vytváranie dobrého vzájomného vzťahu so svojím dieťaťom, naplneného dôverou, priateľstvom a vzájomnou láskavosťou. (Pokorná, 2001, s. 167).

Rodičia by mali zvládnuť maximálne pomôcť dieťaťu v príprave do školy. Ak rodina a škola spolupracujú a riešenia sú jednotné je väčšia šanca na odbúranie problémov dieťaťa. Dlhodobé dobré výchovné vedenie zo strany a školy celkom dokážu eliminovať aj veľké problémy týkajúce sa poruchy ADHD. (Jucovičová, Žáčková, 2007).

Výchova detí s ADHD nie je jednoduchá a vyžaduje od rodičov a učiteľov schopnosť využívať správnu taktiku, umenie vcítiť sa do psychiky dieťaťa a predvídať jeho reakciu. Veľmi dôležitý je pokojný a strategický postup. Rodičia by mali pravidelne konzultovať s učiteľom problémy pri vzdelávaní mali by byť oboznámení s využívaním výchovno-vzdelávacieho programu, súhlasiť s ním a nadväzovať naň pri výchove v rodine. Rodičia a učelia by sa mali snažiť umožniť dieťaťu vyniknúť v niektorom jeho nadaní a schopnosti tak, aby sa zvýšila jeho sebadôvera. Pretože tieto deti nedokážu postupovať systematicky, plánovať svoju činnosť a majú tendenciu urobiť všetko náhodné je vhodné aby si dieťa s rodičom vytvorilo rozvrh, ktorý mu môže pomôcť štrukturovať povinnosti i voľný čas. K zlepšeniu koncentrácie pozornosti môže

pomôcť i vhodné prostredie, ale nie je možné sa spoliehať na to že dieťa vydrží pracovať samostatne. Potrebuje dohľad a povzbudenie a je potrebné zabrániť tomu, aby dieťa robilo chyby z nepozornosti

Pre deti s ADHD bývajú obvykle najťažšie prvé roky školskej dochádzky, kedy sú poruchy aktivity a pozornosti najvýraznejšie. Rodičia musia dieťaťu pomôcť prekonať toto kritické obdobie, nepodlomiť jeho sebadôveru, ale naopak podporovať u jeho všetky dobré vlastnosti, talent a nadanie. Pretože pre dieťa je veľmi problematické sústrediť sa na jednu činnosť, je potrebné prispôsobiť tomu štýl práce a učenia. Je potrebné dieťaťu umožniť časté prestávky spojené s pohybovým uvoľnením. Druh činnosti by sa mal striedať, k zlepšeniu koncentrácie pozornosti dieťaťa veľmi vplýva okolité prostredie.(Drtílková, Šerý, 2007).

Dôležité je čo najskôr vytvoriť pre dieťa pokojné, láskyplné prostredie a zároveň stanoviť jasné pravidlá vo výchove a správaní dieťaťa. Tieto pravidlá je potrebné dôsledne dodržiavať, zjednotiť výchovný štýl a sústrediť sa na kladné stránky osobnosti. Pri dodržaní pravidiel je dôležitá dôslednosť. Pravidlá však musia byť pre dieťa prijateľné. Je dobré ak sa dieťa dokáže samo vyjadriť k tomu ako sa mu podarilo dodržať stanovené pravidla . Je veľmi dôležité rozpoznať pocity dieťaťa, rozprávať s nimi o tom čo cíti a prežívajú.(Jucovičová, Žáčková 2007).

Rodičia pre tieto deti musia doma pri plnení domácich úloh vytvoriť pokojné miesto, kde nie je televízia, zaistiť mu vhodné pomôcky a dostatočné osvetlenie, pomáhať dieťaťu vybrať si z úloh tie, ktoré je potrebné spraviť hneď a dozrieť na to, aby malo pripravené knihy, zošity a potrebné pomôcky na druhý deň. Rodičia by mali navštíviť triedu svojho dieťaťa, aby sa mohli na vlastné oči presvedčiť, aké je náročné pre učiteľa učiť viac než tridsať detí s najrôznejšími potrebami a postarať sa o ne. Učitelia získajú väčší rešpekt k rodičom, ak budú rodičov pozorne počúvať a keď zistia aké problémy majú s dieťaťom v rodinnom živote a v sociálnej oblasti.(Riefová, 1999).

Neoddeliteľnou súčasťou pri výchove a vzdelávaní deti s ADHD je komunikácia učiteľa s rodičmi. Rozhovor by mal byť vedený na základe konkrétnych faktov a argumentov. Je potrebné dôsledne oddeľovať

emocionálnu zložku od riešeného problému, stanoviť si reálny a splniteľný cieľ komunikácie. Na začiatku je potrebné vhodne nazvať styčné body, učiteľ by mal začať tým čo u dieťaťa oceňuje a čoho si na ňom váži. Môže prejaviť uznanie i rodičom a snažiť sa byť empatický. Dôležité je jednať s rodičmi ako so seberovnými partnermi, venovať im dostatočnú pozornosť a mať úprimný záujem.(Jucovičová, Žáčková, 2007).

3.3 VÝCHOVA DETI S ADHD V RODINE

Ideálna rodina by mala byť dostatočne tolerantná k poruchám dieťaťa, chápať, že sa nejedná o nedbalosť, schválnosť a neposlušnosť. Dieťaťu by mali byť určené jasné a zrozumiteľné hranice. Náročná výchova týchto detí je často spájaná s pocitom neúspechu a opakovaným sklamaním a môže u rodičov spôsobovať neurotické poruchy. (Drtílová 2007).

Pocit beznádeje je v rodinách s dieťaťom postihnutým ADHD veľmi častým javom. Rodiny často uvádzajú, že majú vážne manželské problémy, s častí spôsobené prejavmi ADHD ich dieťaťa (Munden, 2002).

Na výchovu dieťaťa v rodine má vplyv i samotné dieťa. Svojimi reakciami na požiadavky rodičov vytvára určitý rámec, ako bude výchova prebiehať, aké budú nároky rodičov, ako často ich budú musieť opakovať až ich dieťa splní. Podľa nich a podľa rodičov sa vytvára určitý výchovný postup, ktorý bude pre dieťa najlepší a najvýhodnejší.

Každý jedinec je súborom silných a slabých stránok, každé dieťa sa na základe tejto kombinácie inak prejavuje a rodičia musia k nemu tak pristupovať. S pribúdajúcimi rokmi je potrebné s dieťaťom o jeho problémoch rozprávať a snažiť sa mu pomôcť vyrovnáť sa s nimi a poradiť mu ako ich má zvládať. Deti s ADHD sú problémové i v rodinnom prostredí. Vzťahy medzi rodičmi a dieťaťom sú vystavené dlhodobému napätiu, pretože rodičia sú v neustálom očakávaní čo sa môže prihodiť, čo ich môže prekvapiť. (Munden, Arcelus 2002).

V rodine sa môžu tiež vyskytovať faktory, ktoré môžu prispieť k rozvoju porúch správania. Sú to rôzne typy dnešných rodín (od nefunkčných rodín, po vyťažené rodiny a tiež rozsiahle rodiny a ďalšie okolnosti, ktoré chod rodiny ovplyvňujú). Ich celkové fungovanie, vzťahy ktoré v rodine existujú, ich rovnomernosť medzi jednotlivými členmi rodiny, zdravotný stav to všetko sú faktory, ktoré pôsobia na poruchy správania dieťaťa. (Vojtová 2008).

Dieťa je vhodné vychovávať v pokoji a v príjemnej rodinnej atmosfére, v ktorej dieťa cíti, že ho majú rodičia radi a môže sa na nich spoľahnúť a požiadať ich kedykoľvek o pomoc alebo radu. Je dôležité, aby dieťa cítilo bezpečie rodiny. Tento pozitívny prístup k dieťaťu by mal prebiehať za pevné stanovených pravidiel, čo dieťa môže a nemôže a tiež aby vedelo ako sa má správať a ako nie. Je vhodné zaviesť pravidelný režim, ktorý sa bude stále dodržiavať, aby si dieťa naň zvyklo. Zavedenie týchto pravidiel je pre dieťa vhodné predovšetkým preto, že si na ne zvykne a vytvorí si pocit istoty a bude sa v rodine cítiť bezpečné a pokojne.

Najdôležitejšie je zjednotenie výchovného pôsobenie v rodine. Ak je totiž jeden rodič vo výchove dôsledný a druhý nie, jeden požaduje to a druhý ono, je dieťa z takého jednania zmätené. Rovnako dôležité je zjednotiť výchovné postupy zo školou, často môžu pedagogický pracovníci rodičom prispieť radou pri výchove zo svojej praxe.

Rodičia by mali jasne vedieť čo môžu pre svoje dieťa urobiť, aby mu pomohli a boli maximálne na pomoci. Mali by sa dieťaťu venovať tak a toľko, aby to sami zvládali a nevyčerpávali sami seba. Je preto potrebné, aby sa snažili získať informácie u odborníkoch, ktorý im pomôžu s výchovou a vzdelávaným ich dieťaťa.

4. TERAPIA AKO SÚČASŤ PREVENČIE ADHD

Dnes v modernej terapii ADHD uplatňujú nielen medikamenty, ale aj rôzne druhy terapie a režimové opatrenia. Základom terapie ADHD sú režimové opatrenia v škole a doma a ich vzájomná kombinácia. Stimulácia je tzv. liekom voľby u ADHD. U nás je k dispozícii methylfeniát (Ritalin). Tento liek zasahuje do metabolizmu, a vedie k upokojeniu pacienta. Hyperaktívne deti popisujú, že pri užívaní medikamentózneho liečby si poznatky rýchlejšie zapamätávajú, a to čo sa naučili si dlhšie pamätávajú, takže majú pozitívny vplyv na pozornosť, na zlepšenie pracovnej pamäte a zlepšuje kognitívne funkcie dieťaťa. Ďalšou základnou skupinou medikamentov sú antipsychotiká zasahujúce dopaminergentný systém CNS-centrálne-nervovej sústavy. Svojim účinkom blokuje agresivitu. Používajú sa aj antidepresívne lieky, ktoré navodzujú duševnú pohodu. Avšak medikamentózna liečba sa využíva v takých prípadoch, ak nie sú účinné iné terapie vhodné pre hyperaktívne deti.

Matýs (2006) uvádza, že v terapii ADHD sú dôležité režimové opatrenia v kombinácii s účelovou farmakoterapiou. Podľa troch pediatrických 14 mesačných štúdií, sledujúcich efektívnosť rôznych typov terapie v rokoch 1994-1995, je najefektívnejšia kombinácia psychofarmakoterapie v kombinácii s behaviorálnym manažmentom. Zo záveru týchto štúdií vyplýva, že k ADHD je nutné pristupovať ako ku chronickej poruche. V terapii by teda malo ísť o komplexný prístup. Je preukázané, že medikácia upravuje činnosť CNS, zlepšujú sa psychické funkcie, redukuje sa hyperaktivita, impulzivita, roztržitosť a zlepšuje sa pozornosť. Následkom toho sa zlepšuje aj školská výkonnosť a tým aj subjektívna motivácia k povinnostiam. V konečnom dôsledku lieky zlepšujú schopnosť CNS vytvorením nových a dobre fixovaných pamäťových stôp v školských aj v sociálnych vedomostiach.

Adekvátne komplexná terapia dokáže uvoľniť potenciál dieťaťa pri učení na samotný problém učenia, bez nutnosti časť úsilia vyčleňovať na sebakontrolu a korekciu nepozornosti a hyperaktivity. Spôsoby ako sa učiť, ako zvládať skúšanie, ako sa nenechať vyprovokovať spolužiakmi, to mu liečba medikamentmi nemôže zaistiť. Množstvo techník, ktoré zlepšujú správanie detí

vychádza z behaviorálnej terapie, ktorá sa zameriava na klientove špecifické spôsoby správania a snaží sa o to aby nahradil škodlivé alebo nevhodné spôsoby správania vhodnejšími a konštruktívnejšími. Ďalšie terapie zamerané na hyperaktivitu detí sú:

- **Psychoterapia** - je liečebný postup, v ktorom sa odstraňujú poruchy a obnovuje sa stav úplnej somatickej, psychickej a sociálnej pohody, čiže ide o zámerné upravovanie narušenej činnosti organizmu s cieľom liečby .
- **Socioterapia** - je proces, ktorý je založený na dynamickej interakcii medzi klientom a sociálnym pracovníkom. V tomto procese ide o vedomé úsilie formovania názorov, presvedčení, postojov, citov a konania klientov. V globále je socioterapia metóda využívajúca vplyv sociálneho prostredia a sociálnych vzťahov.
- **Arteterapia** - je riadená cielená činnosť, pri ktorej sa používajú prevažne výtvarné vyjadrovacie prostriedky. Cieľom arteterapie nie je vytvoriť umelecké dielo ale rozvíjať tvorivosť a spontánny prejav, komunikovať neverbálnymi cestami. Ten, kto hovorí, môže vyjadrovať svoje vnútorné prežitky, uvoľniť sa, odpočinúť si.
- **Muzikoterapia** - je liečebno – výchovná metóda vysoko komunikatívneho charakteru s mimoriadnou šírkou indikačného zamerania. Prostredníctvom neverbálnych a verbálnych médií muzikoterapie možno preventívne a kuratívne pôsobiť na ohrozených, postihnutých a narušených jedincov všetkých vekových kategórií.
- **EEG** - biofeedback je vysoko špecifická metóda na posilnenie aktivácie nervovej sústavy, predovšetkým pre tréning pozornosti a sústredenia, sebaovládania a seba kázne, zlepšuje výkon intelektu. Účinok EEG sa vyrovná účinku silnej psychostimulácie.

A tu sa dostávame k tomu, že v tradičných medicínskych modelov poskytuje pomoc výlučne odborník, takže výchovné postupy nebývajú programovo zapojené. Mertin (2003) uvádza niektoré postupy, ktoré odporúča u detí s ADHD.

- Relaxácia napr. pobytom vo vode a plávaním, ak ju vykonáva u detí s ADHD aj neodborník môže viesť k pozitívnym výsledkom.
- Prítomnosť dospelého a jeho zapojenie do aktivít detí a spoločnej činnosti výrazne predlžuje dobu schopnosti venovať sa určenej činnosti a sústrediť sa na ňu.
- Predvídavosť a preventívny zásah dospelého, môže v niektorých prípadoch spôsobiť, že k problému vôbec nedôjde.
- Príkazy deťom s ADHD je treba dávať jednoznačne, jasne a v jednoduchej podobe. Príkaz by mal obsahovať len jednu informáciu, ktorá by mala byť konkrétna a mala by v sebe obsahovať akciu, ktorou má dieťa priviesť k úspešnému splneniu príkazu.
- Nevychovávať slovami, ale činmi. Je nutné, aby dospelý zosilnil naliehavosť priania, alebo príkazu fyzickou prítomnosťou. Blízkosť dospelého vedie dieťa k tomu, že ho obmedzí v aktivite, prestane s činnosťou a splní príkaz.
- Dieťaťu s ADHD veľmi uľahčí život a zlepší jeho fungovanie, keď má stabilný denný program. Aj dôslednosť a nasadenie autority musí viesť k tomu, aby dieťa splnilo príkaz.

4.1 RELAXÁCIA

Mnoho odborníkov sa v problematike s ADD/ADHD zhoduje v tom, že jednou z ciest ako predchádzať alebo aspoň zmierniť ťažkosti týchto detí, je naučiť ich plnohodnotne odpočívať a uvoľniť sa. K tomu môžu významne prispieť relaxačné techniky. Prostredníctvom nich môžeme totiž na základe fyzického uvoľnenia (uvoľnenia svalového napätia), dosiahnuť uvoľnenie psychické, teda pocit psychickej vyrovnanosti, či príjemné duševné rozpoloženie.

Naše školy sú orientované zväčša len na výkon a dieťa sa nachádza pod stálym tlakom, ktorý v mnohých vyvoláva stres, strach, úzkosť, taktiež aj psychosomatické problémy. V dôsledku toho sú výsledky detí skreslené, neodpovedajú skutočným vedomostiam. Deti totiž zmätujú, panikária, nevedia si nič vybaviť.

D. Jucovičová, H. Žáčková, (2003, s. 4) to zdôvodňujú takto: „Emócie narušujú koordináciu svalového napätia a uvoľnenia a tým zhoršujú aj psychické funkcie (pamäť, pozornosť, úroveň myslenia). Dieťa si neverí, znižuje sa jeho seba ponímanie, je neisté. Relaxačné techniky tu však môžu pomôcť. Znižujú totiž emocionálne napätie a tým posilňujú odolnosť proti záťaži i neurotizácii. Dochádza k obnove regenerácií duševných síl a tým aj k zvýšenej výkonnosti .Problémy sa potom zdajú ľahšie riešiteľné.“

Celkovo relaxačné techniky u detí s ADD/ADHD prispievajú k ich skľudneniu, zlepšeniu ich výkonnosti, sebaovládaniu a sebakontrole. To priaznivo ovplyvňuje ich životný štýl a umenie zvládať záťažové situácie. U detí s ADD/ADHD sú relaxačné cvičenia náročné na pozornosť a sústredenie, vyžadujú trpezlivosť. Spočiatku treba postupovať po krokoch, voliť jednoduchšie techniky v čo najkratšej dobe, ktorú postupne nenásilne predlžujeme (na 5-10 a viac minút, ak to ide).

Na druhej strane nácvik relaxácie využíva fantáziu, predstavivosť detí. Tie vďaka svojej poruche bývajú svojim spôsobom originálne a taktiež často ľahko ovplyvniteľné. Ak je relaxácia a imaginácia dobre riadená, môže byť až problémom dieťa zo sveta fantázie, kde je mu dobre, priviesť naspäť do reality. Preto treba byť opatrný, aby sa pôvodne kladná imaginácia nezmenila na zápornú. Treba mať v zásobe veľa námetov na imagináciu, aby sme nevhodný prostriedok mohli rýchlo vymeniť za vhodný .Dôležité je nenechať sa odradiť prvotnými neúspechmi, nestratiť nadšenie a vieru v účinnú relaxáciu.

Cieľom je naučiť tieto deti rýchlo sa uvoľniť i v bežných životných situáciách a zase sa rýchlo zaktivizovať. Základným predpokladom je poznať problematiku detí s ADD/ADHD a aj iné možnosti modifikovania ich správania.

Všeobecné zásady pre nácvik relaxačných techník:

- a) Relaxačnú techniku musíme sami dobre ovládať.
- b) Vopred deti zoznámiť s účinkami a cieľom relaxačnej techniky
- c) Vlastnému relaxačnému cvičeniu by mala u detí s ADD/ADHD predchádzať pohybová aktivita
- d) Deti s ADD/ADHD potrebujú hranice, a preto je nutné ich vopred ustanoviť.
- e) Imagináciu zameriavame na to, čo deti baví a zaujíma.
- f) Trvanie relaxácie prispôbime veku dieťaťa (s ADD/ADHD – krátko a častejšie)
- g) Pri nácviku nie je nič zle, chváliť malé pokroky.
- h) Nesmieme byť sklamaní, keď deti nereagujú tak, ako sme predpokladali (pri každodenných pokusoch väčšinou až po 1-2 týždňoch sa deti s ADD/ADHD ukľudnia a začnú lepšie reagovať).
- i) Na záver krátky rozhovor o zážitkoch, +/- relaxácie.
- j) Vždy je potrebné poznať zdravotný stav dieťaťa.
- k) Naučiť deti cvičiť pravidelne (každý deň v určitom čase, pred zaspávaním)
- l) Nikdy nepristupovať k relaxačnému cvičeniu nasilu.
- m) Čím skôr sa dieťa naučí uvoľňovať, tým väčší to bude mať efekt.
- n) Veľa záleží na osobnosti cvičiteľa.

4.2 TYPY PREVENTÍVNEJ PRÁCE PRE POZITÍVNY ROZVOJ DIEŤAŤA

A. Train vo svojej práci venovanej najčastejším poruchám správania detí (2001, s.148-149) odporúča typy práce s dieťaťom:

- a) podporte priebežné sledovanie seba samého (monitorovanie seba samého)
- b) pomôžte dieťaťu nachádzať riešenia
- c) učte dieťa sociálnym zručnostiam
- d) učte dieťa chápať druhých
- e) učte dieťa ovládať hnev.

Podľa nášho názoru ak k tomuto vedieme dieťa pokiaľ možno, čo najskôr, v budúcnosti tak možno predísť rôznym zbytočným zlyhávaniam. V krátkosti autor tieto spôsoby práce opisuje takto:

a) Ako podporiť dieťa v príbežnom sledovaní seba samého.

Účinný spôsob, ako pomôcť dieťaťu pokiaľ možno čo najskôr, je primieť ho k tomu, aby sa samo sledovalo. Môžeme s ním vybrať určitý aspekt správania a navrhnúť mu, aby si viedlo záznamy o tom, koľkokrát sa tak prejavovalo. Ak je to preň ťažké, môže si zostaviť svoj vlastný systém zaznamenávania. Výskumy dokazujú, že nezáleží na tom, či je záznam správny alebo nie – už samotné použitie tohto systému môže priniesť značné zníženie prípadov nevhodného správania, pretože dieťa si začne na ne dávať väčší pozor.

b) Ako pomôcť nachádzať riešenia

Položením niekoľkých otázok, na ktoré si môže dieťa odpovedať.

Takto by sa mohlo dieťaťu pomôcť jeho stav zvládnuť a nenechať ho v zmätku.

c) Ako naučiť dieťa sociálnym zručnosťami.

d) Ako naučiť dieťa chápať druhých.

e) Ako naučiť dieťa ovládať hnev.

Známym problémom týchto detí s ADD/ADHD je osamelosť, pretože vďaka svojmu správaniu často ani nenadobudnú žiadnych priateľov. Pre svojich rovesníkov sú neprijateľným, neplnohodnotným partnerom, zvlášť ak neprajnú atmosféru v triede podporuje sám učiteľ. Je potrebné preto, pracovať s celou triedou.

Najlepším spôsobom by boli pravidelné hodiny v úzkej spolupráci so školským psychológom venované psychologickému rozvoju osobnosti, sociálnych zručností, emocionálnej inteligencie. Jedným z cieľov týchto pravidelných stretnutí by malo byť vytvorenie kultivovaného prostredia, ktoré vie vyjadriť podporu každému, kto má problém. Ako kultivovať skupinovú podporu opisuje A. Train (2001, s. 144):

- Ustanoviť „zásadu ľudskej rôznosti“, zbaviť sa názoru, že so všetkými deťmi sa má jednať rovnako. Zdôrazniť, že každé dieťa má svoje vlastné problémy, všetci sú spolu preto, aby si vzájomne v práci pomáhali a

snažili sa dodržiavať pravidlá triedy (skupiny), mali by byť schopní kultivovať ducha pochopenia a podpory.

- Nepripustiť názor, že problematické dieťa je zlo.
- Ak zavediete sankcie, tak zdôrazniť, že je to preto, aby ste dieťaťu pomohli.
- Pestovaním vzájomnej pozitívnej podpory, znížime negatívne účinky nevhodných prejavov ľubovoľného dieťaťa na minimum.
- Podrobne povedať žiakom, čo majú pri nevhodnom správaní kohokoľvek robiť, naučiť, že nežiaduce správanie sa dá stlmiť tým, že si ho nebudú všimáť. Všimáť si treba tých, čo sa správajú vhodne.

5. PRIESKUMNÁ ČASŤ

V súčasnej dobe, ktorá je dobou sociálnych problémov, je hyperkativita u detí zaradená medzi problémy, a dotýka sa čoraz viac ľudí. Od hyperaktívneho dieťaťa, cez jeho súrodencov, rodičov, pedagógov, rovesníkov v škole či okolí až po verejnosť. Následkom hyperkativity u detí často dochádza k rôznym zdravotným, sociálnym a psychickým problémom. Celý jeho životný štýl je podriadený hyperaktivite. Často a bezhlavo sa púšťa do rôznych činnosti, skôr než by si to najskôr premyslel, čím stráca kontrolu nad sebou samým. Z osídíel hyperaktivity sa nedá vymotať bez pomoci iných osôb. Špeciálny pedagóg je nápomocný pri riešení problémov hyperaktívneho dieťaťa, ale hlavne je súčasťou tímu ďalších odborníkov zaoberajúcich sa touto problematikou. Musí mať dostatočné skúsenosti, ako aj odborné vedomosti z tejto problematiky, ovládať efektívnu komunikáciu, vedieť sa vcítiť do situácie dieťaťa, poznať možnosti pomoci, ktoré by mohlo toto dieťa využiť pri zmiernovaní školských, sociálnych a iných problémov.

5.1 CIEĽ PRIESKUMU

Cieľom tohto prieskumu bola snaha zistiť aká je informovanosť verejnosti o problematike hyperaktivity a možnostiach pomoci v oblasti výchovno-vzdelávacieho procesu ako aj spolupráci s ďalšími odborníkmi.

V rámci prieskumu sme zisťovali:

- či sa verejnosť stretla s problematikou hyperaktivity u detí,
- čo a aké problémy so sebou prináša hyperaktivita dieťaťa,
- aké sú možnosti vzdelávania hyperaktívnym deťom,
- s kým môže pedagóg spolupracovať pri tejto problematike.

Na základe nami určených cieľov sme si stanovili nasledujúce štyri hypotézy, podľa ktorých sme vypracovali dotazník.

5.2 HYPOTÉZY PRIESKUMU

Hypotéza 1: Verejnosť pozná problematiku hyperaktivity.

Hypotéza 2: Verejnosť pozná dôsledky hyperaktivity u detí.

Hypotéza 3: Verejnosť pozná formy pomoci špeciálneho pedagóga v oblasti riešenia hyperaktivity.

Hypotéza 4: Verejnosť pozná formy vzdelávania hyperaktívnych detí

5.3 PRIESKUMNÁ VZORKA

Pri voľbe prieskumnej vzorky bola použitá technika náhodného výberu. Prieskumnú vzorku tvorila verejnosť, ktorá pozostávala z náhodne oslovených ľudí. Boli oslovení muži a ženy rôznych vekových kategórii. Prieskum bol zameraný na rôzne oblasti ľudí s rôznym pracovným zameraním s tým účelom, aby neboli oslovení len ľudia z rovnakých oblastí.

5.4 METÓDY A POSTUP PRI PRIESKUME

V realizačnej etape, ktorá bola zameraná na získanie faktov prostredníctvom subjektívnych výpovedí respondentov, sme použili exploratívnu metódu – metódu dotazníka. Dotazník je vopred pripravený formulár otázok (zväčšia v rozsahu 7-50 otázok), ktorý sa rôznymi formami

predkladá respondentom na vyplnenie. Slúži ako nenahraditeľný prostriedok získavania požadovaných informácií. Môžeme ním skúmať názory veľkého počtu respondentov.

Pri prvom kontakte sme náhodne vybraných respondentov oboznámili s vyplňovaním dotazníka. Boli upozornení na anonymnosť dotazníka ako aj na ďalší postup pri spracovávaní údajov, ktoré budú použité výlučne na prieskum, tak aby poskytovali čo najobjektívnejšie a najpravdivejšie informácie. Prieskum sme realizovali v Čadci v období október až december 2011, kde boli oslovení muži i ženy rôznych vekových kategórií a rôznych pracovných zaradení. Rozdali sme 104 dotazníkov. Na vyhodnotenie prieskumnej vzorky sa nám vrátilo 86 vyplnených dotazníkov.

Dotazník je v anonymnej forme, vlastnej konštrukcie . Pozostáva z dvoch častí a to úvodnej a hlavnej. Úvodná časť dotazníka obsahuje oslovenie respondentov , informácie o celi prieskumu a inštrukcie ako dotazník vyplniť. Údaje v úvodnej časti dotazníka majú demografický charakter, ktoré sa týkajú respondenta a to zistenie veku, pohlavia, rodinného stavu a vzdelania. V hlavnej časti dotazníka je predložených 15 otázok. V dotazníku sme zvolili rôznorodosť otázok, aby sa zlepšila pozornosť respondentov a aby to nepôsobilo stereotypné.

V etape spracovania empirických faktov sme využívali metódu matematicko-štatistického spracovania s použitím tabuliek, grafov a výpočtov percentuálnosti. Konečné výpočty číselného a percentuálneho charakteru boli zaznamenané vo forme tabuliek.

5.5 VÝSLEDKY PRIESKUMU

V tejto časti sú prezentované výsledky prieskumu, z ktorého sme dostali údaje na potvrdenie alebo vyvrátenie zadaných hypotéz.

Tabuľka 1: Pohlavie respondentov

	Počet	%
Ženy	51	59,30
Muži	35	40,70
Spolu	86	100

Podľa dostupných informácií vo vstupnej časti dotazníka sme zistili, že najväčšiu skupinu respondentov tvorili ženy s počtom 51, čo je 59,30%, mužov bolo 35, čo predstavuje 40,70%.

Tabuľka 2: Vek respondentov

	Ženy	%	Muži	%	Spolu	%
18-20	10	15,38	5	23,80	15	17,44
20-30	9	13,85	3	14,29	12	13,95
30-40	15	23,10	9	42,86	24	27,91
40-50	26	40,00	2	9,52	28	32,56
50-60	5	7,70	2	9,52	7	8,14
Spolu	65	100,00	21	100,00	86	100,00

Druhou vstupnou otázkou dotazníka sme zisťovali vekovú štruktúru respondentov. Z celkovej prieskumnej vzorky bolo najviac respondentov vo veku od 40 do 50 rokov v počte 28 respondentov, čo predstavuje 32,56% a vo veku od 30 do 40 rokov bolo 24 respondentov, čo predstavuje 27,91%.

Tabuľka 3: Rodinný stav respondentov

	Počet	%
slobodná/ý	33	38,37
vydatá/ženatý	42	48,84
rozvedená/ý	7	8,14
iné	4	4,65
Spolu	86	100,00

Tretou vstupnou otázkou dotazníka sme zisťovali rodinný stav respondentov. Z celkového počtu oslovených respondentov je 33 slobodných, čo je 38,37%, 42 respondentov vydatých/ženatých, čo predstavuje 48,84%, 7 rozvedených, čo je 8,14% a iné (vdova, vdovec) 4 respondenti, čo je 4,65%.

Tabuľka 4: Vzdelanie respondentov

	Počet	%
základné	6	6,98
stredoškolské	51	59,30
vysokoškolské	29	33,72
Spolu	86	100,00

Poslednou vstupnou otázkou dotazníka sme zisťovali vzdelanie oslovených respondentov. Z celkového počtu respondentov uviedlo že základné vzdelanie majú 6 čo je 6,98 %, stredoškolské 51 čo predstavuje 59,30 % a vysokoškolské vzdelanie má 29 respondentov čo je 33,72 %.

Tabuľka 5: Stretli ste sa s problematikou hyperaktivity u dieťaťa ?

	Muži	%	Ženy	%	Počet	%
Áno	29	82,86	42	82,35	71	82,56
Nie	6	17,14	9	17,65	15	17,44
Spolu	35	100,00	51	100,00	86	100,00

V prvej otázke hlavnej časti odpovedalo 86 respondentov. Z problematikou hyperaktivity sa stretlo 71 oslovených respondentov z toho 29 mužov čo predstavuje 82,86 % a 42 žien čo predstavuje 82,35%. Z uvedeného vyplýva, že z problematikou hyperaktivity sú percentuálne rovnako oboznámený muži ako aj ženy.

Tabuľka 6: Považujete hyperaktivitu za chorobu, ktorú treba liečiť?

	Muži	%	Ženy	%	Počet	%
áno	15	42,85	35	68,63	50	58,14
nie	8	22,86	11	21,57	19	22,10
neviem	12	34,29	5	9,80	17	19,76
Spolu	35	100,00	51	100,00	86	100,00

V druhej otázke sme zisťovali či verejnosť považuje hyperaktivitu za chorobu alebo nie. 50 oslovených respondentov, čo predstavuje 58,14%, označilo hyperaktivitu za chorobu, z toho bolo 35 žien a 15 mužov. Z oslovených respondentov nepovažuje hyperaktivitu za chorobu 19, čo predstavuje 22,10% respondentov. Zvyšok oslovených, teda 17 respondentov, čo predstavuje 19,76%, nevedelo či je hyperaktivita choroba.

Tabuľka 7: Odkiaľ ste sa o hyperaktivite dozvedeli?

	Muži	%	Ženy	%	Počet	%
z tlače, internetu	17	48,57	18	35,29	35	40,70
zo školského prostredia	0	0	17	33,33	17	19,77
iné, uveďte	18	51,43	16	31,37	34	39,53
Spolu	35	100,00	51	100,00	86	100

Treťou otázkou sme zisťovali možnosti odkiaľ sa respondenti dozvedeli o hyperaktivite. Najviac sa o hyperaktivite dozvedeli z tlače a z internetu a to 35 respondentov, čo predstavuje 40,70%, z toho 48,57% oslovených mužov a 35,29% oslovených žien. Iné možnosti ako (z vlastnej skúsenosti, od priateľov) uviedlo 34 respondentov čo predstavuje 39,43 %. 17 respondentov sa o hyperaktivite dozvedelo zo školského prostredia.

Tabuľka 8: Ktoré z možností patria k prejavom hyperaktivity dieťaťa ?

	Muži	%	Ženy	%	Počet	%
agresivita	10	28,57	19	37,25	29	33,72
nadmerná aktivita	7	20,00	12	23,53	19	22,10
impulzivnosť	6	17,14	9	17,66	15	17,44
neposlušnosť	3	8,57	0	0	3	3,49
drzosť	9	25,71	11	21,57	20	23,26
Spolu	35	100,00	51	100,00	86	100,00

V štvrtej otázke sme zisťovali ktoré prejavy oslovený respondenti najviac prikladajú k hyperaktivite u detí. Z tabuľky vyplýva, že k najčastejším prejavom podľa respondentov patrí agresivita a to u 29 respondentov čo predstavuje 33,72 % z toho 19 žien a 10 mužov . Ako druhý najčastejší prejav respondenti uviedli nadmernú aktivitu a to 22,10 %, z toho 12 žien a 7 mužov. Impulzivnosť uviedlo 17,44% z toho 9 žien a 6 mužov. Drzosť a neposlušnosť uviedlo najmenej respondentov.

Tabuľka 9: Ktoré problémy so sebou prináša neriešená hyperaktivita?

	Muži	%	Ženy	%	Počet	%
zdravotné	5	14,29	8	15,69	13	15,12
záškoláctvo	7	20,00	13	25,49	20	23,26
konflikty v rodine	11	31,43	18	35,29	29	33,72
šikanovanie	4	11,44	6	11,76	10	11,63
vyčlenenie z kolektívu	8	22,84	6	11,76	14	16,28
Spolu	35	100,00	51	100,0	86	100,00

Piatou otázkou sme zisťovali, ktoré z uvedených problémov môže mať neriešená hyperaktivita podľa oslovených respondentov. Z tabuľky je zrejme, že za najčastejší problém označujú konflikt v rodine a to u 29 respondentov čo predstavuje 33,72% z toho 18 žien a 11 mužov. Ako druhý závažný problém označili záškoláctvo a to u 23,26 % z toho 13 žien a 7 mužov. Tretí závažný

problém, ktorý respondenti označili je vyčlenenie z kolektívu čo predstavuje 16,28 %. Ako ďalšie problémy boli spomenuté zdravotné a šikanovanie.

Tabuľka 10: Podľa vášho názoru, je hyperaktivita dôsledkom :

	Muži	%	Ženy	%	Počet	%
choroby	5	14,29	7	13,73	12	13,95
zlej výchovy	2	5,71	11	21,57	13	15,12
genetickej pre dispozícii	22	62,86	30	58,82	52	60,47
iné, uveďte	6	17,14	3	5,88	9	10,47
Spolu	35	100,00	51	100,0	86	100,00

V šiestej otázke sme zisťovali názor respondentov na dôsledky hyperaktivity. Podľa 52 respondentov je najčastejším dôsledkom hyperaktivity genetická predizpozícia čo predstavuje 60,47 %, z toho odpovedalo 30 žien a 22 mužov. Druhým najčastejším dôsledkom bola zlá výchova na čo odpovedalo 13 respondentov čo predstavuje 15,12 % z toho 11 žien a 2 muži. Menej respondentov uvádzalo ako dôsledok hyperaktivity chorobu a iné (nesprávne vedenie pedagóga, povahy dieťaťa).

Tabuľka 11: Poznáte možnosti pomoci hyperaktívnym deťom?

	Muži	%	Ženy	%	Počet	%
áno	24	68,57	43	84,32	67	77,90
nie	11	31,43	8	15,68	19	22,10
Spolu	35	100,00	51	100,00	86	100,00

Siedmou otázkou sme zisťovali či je verejnosť informovaná o možnostiach pomoci hyperaktívnym deťom. Z výsledkov uvedených v tabuľke je zrejmé, že o možnostiach pomoci vedia viac ženy ako muži a to v počte 43 žien čo predstavuje 84,32 % a 24 mužov čo predstavuje 68,57 %. Bolo zistené, že väčšie poznatky o možnej pomoci majú respondenti so stredoškolským a vysokoškolským vzdelaním.

Tabuľka 12: Koho by ste požiadali o pomoc pri riešení problémov hyperaktivity?

	Muži	%	Ženy	%	Počet	%
lekára	9	25,71	17	33,33	26	30,23
pedagóga	18	51,43	21	41,18	39	45,35
psychológa	8	22,86	11	21,57	19	22,10
iné, uveďte	0	0	2	3,92	2	2,33
Spolu	35	100,00	51	100,00	86	100,00

V ôsmej otázke sme zisťovali koho by respondenti požiadali o pomoc pri tejto problematike. Najviac sa vyskytovala odpoveď, že by o pomoc požiadali pedagóga, takto odpovedalo 39 opýtaných čo predstavuje 45,35 % respondentov z toho 21 žien a 18 mužov. Druhou najčastejšou možnosťou bolo, že by vyhľadali pomoc lekára a to 26 respondentov čo predstavuje 30,23%, z toho 17 žien a 9 mužov. Pomoc psychológa by vyhľadalo 22,10 % respondentov.

Tabuľka 13: Potrebuje hyperaktívne dieťa osobitný prístup zo strany rodičov?

	Muži	%	Ženy	%	Počet	%
áno	24	68,57	48	94,12	72	83,72
nie	2	5,71	3	5,88	5	5,81
neviem	9	25,71	0	0	9	10,47
Spolu	35	100,00	51	100,0	86	100,00

Z tabuľky je zrejmé, že prevažná väčšina respondentov si myslí, že hyperaktívne deti potrebujú osobitný prístup od rodičov. Túto skutočnosť uviedlo až 72 opýtaných respondentov čo predstavuje 83,72 % z toho 48 žien a 24 mužov. Nie uviedli 5 respondenti a vyjadriť sa nevedeli 9 respondenti.

Tabuľka 14: S ktorým odborníkom môže spolupracovať pedagóg pri riešení hyperaktivity dieťaťa?

	Muži	%	Ženy	%	Počet	%
sociálny pracovník	3	8,57	6	11,76	9	10,47
lekár	9	25,71	7	13,73	16	18,60
psychológ	12	34,29	22	43,14	34	39,53
špeciálny pedagóg	11	31,43	14	27,45	25	29,07
iné, uvedť	0	0	2	3,92	2	2,33
Spolu	35	100,00	51	100,00	86	100,00

Desiatou otázkou sme zisťovali u respondentov, s kým podľa nich môže spolupracovať pedagóg pri riešení hyperaktivity. Najčastejšiu možnosť spolupráce označili psychológa, čo uviedlo 34 respondentov, čo predstavuje 39,53% oslovených, z toho 22 žien a 12 mužov. Ďalší v poradí by bol špeciálny pedagóg, čo uviedlo 25 oslovených, čo predstavuje 29,07% respondentov, z toho 14 žien a 11 mužov. Tretí v poradí bol lekár s počtom 16 oslovených, čo predstavuje 18,60% respondentov. Za ním nasledoval sociálny pracovník ktorého uviedlo 9 respondentov a 2 respondenti nevedeli odpovedať.

Tabuľka 15: Myslíte si, že pedagóg je prospešný pri riešení problematiky hyperaktivity u detí?

	Muži	%	Ženy	%	Počet	%
áno	31	88,57	45	88,24	76	88,37
nie	2	5,71	4	7,84	6	6,98
neviem	2	5,71	2	3,92	4	4,65
Spolu	35	100,00	51	100,00	86	100,00

Pri jedenástej otázke sme zisťovali ako oslovení respondenti vnímajú pedagóga pri riešení tejto problematiky. Väčšina oslovených respondentov odpovedala kladne 76, čo predstavuje 88,37%, z toho 45 tvorili ženy, čo je 88,24% a zvyšok boli muži 31, čo je 88,57%. Ako zápornú odpoveď uviedlo 6

oslovených respondentov, čo predstavuje 6,98%, z toho 4 ženy a 2 muži a 4 oslovený respondenti sa nevedeli vyjadriť.

Tabuľka 16: Ako by mohol konkrétne pomôcť pedagóg hyperaktívnym deťom?

	Muži	%	Ženy	%	Počet	%
individuálnym prístupom vo vzdelávacom procese	13	37,14	15	29,41	28	32,56
úpravou učebných pomôcok	8	22,86	9	17,65	17	19,77
spoluprácou s rodičmi	9	25,71	18	35,29	27	31,40
pochvalou za dosiahnuté výsledky	5	14,29	9	17,65	14	16,28
Spolu	35	100,00	51	100,00	86	100,00

Dvanástou otázkou sme zisťovali, akú pomoc by respondenti najviac uvítali od pedagóga. Boli uvedené viaceré odpovede s ktorých si mohli respondenti vybrať. Ako najčastejšiu pomoc uviedli individuálny prístup vo vzdelávacom procese. Na uvedenú otázku odpovedalo 28 respondentov, čo predstavuje 32,56%, z toho 15 žien, čo je 29,41% a 13 mužov, čo je 37,14% oslovených respondentov. Druhú pomoc ako spoluprácu s rodičmi označilo 27 oslovených, čo predstavuje 31,40%. Úprava učebných pomôcok a pochvala za dosiahnuté výsledky boli najmenej označované možnosti pomoci.

Tabuľka 17: Potrebujú hyperaktívne deti osobitný prístup zo strany školy?

	Muži	%	Ženy	%	Počet	%
áno	23	65,71	43	84,31	66	76,74
nie	3	8,57	2	3,92	5	5,81
neviem	9	25,71	6	11,76	15	17,44
Spolu	35	100,00	51	100,00	86	100,00

V trinástej otázke sme zisťovali či si verejnosť myslí, že hyperaktívne deti potrebujú osobitý prístup zo strany školy. Prevažná väčšina respondentov si myslí, že osobitný prístup zo strany školy potrebujú. Z 86 respondentov odpovedalo kladne 66 oslovených, čo predstavuje 76,74%, z toho žien bolo 43, čo je 84,31% a mužov 23, čo je 65,71% respondentov. Piatí respondenti odpovedali, že deti osobitný prístup nepotrebujú. A 15 respondentov, čo predstavuje 17,44% nevedelo na otázku odpovedať.

Tabuľka 18: Kde sa má vzdelávať hyperaktívne dieťa?

	Muži	%	Ženy	%	Spolu	%
v bežnej triede	22	62,86	39	76,47	61	70,93
v špeciálnej triede	13	37,14	12	23,53	25	29,07
iné, uveďte	0	0	0	0	0	0
Spolu	35	100,00	51	100,00	86	100,00

Pri štrnástej otázke sme zisťovali, kde sa má podľa respondentov vzdelávať hyperaktívne dieťa. Prevažná väčšina oslovených respondentov si myslí, že by to malo byť v bežnej triede. Čo uviedlo až 61 respondentov z 86, čo predstavuje 70,93% oslovených respondentov. Žien odpovedalo 39, čo je 76,47% a mužov 22, čo je 62,86% oslovených respondentov. Ďalšia možnosť bola označená 25 osobami, čo predstavuje 29,07% oslovených respondentov a to vzdelávanie v špeciálnej triede.

Tabuľka 19: Je potrebné aby malo hyperaktívne dieťa vytvorený individuálny vzdelávací program?

	Muži	%	Ženy	%	Spolu	%
áno	27	77,14	45	88,24	72	83,72
nie	3	8,57	4	7,84	7	8,14
neviem	5	14,29	2	3,92	7	8,14
Spolu	35	100,00	51	100,00	86	100,00

V pätnástej otázke sme zisťovali, či je potrebné aby malo dieťa vytvorený individuálny vzdelávací program. Prevažná väčšina oslovených respondentov 72, odpovedala kladne, čo predstavuje 83,72% respondentov, z toho 45 žien, čo je 88,24% a 27 mužov, čo je 77,14% oslovených respondentov. Záporne odpovedali 7 respondenti, čo predstavuje 8,14% oslovených, z toho 4 ženy, čo je 7,84% a 3 muži, čo je 8,57% oslovených respondentov. A 7 respondenti, čo činí 8,14% nevedeli na danú otázku odpovedať.

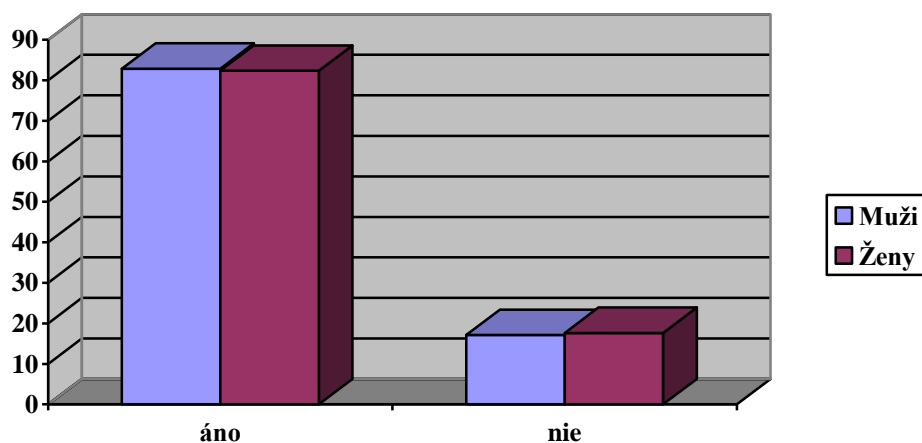
5.6 Vyhodnotenie prieskumu a odporúčenie pre prax

V praktickej časti sme sa pomocou kvalitatívneho prieskumu pokúsili zistiť názory a postoje verejnosti na problematiku hyperaktivity, na jej dôsledky, na možnosti pomoci špeciálneho pedagóga a na formy vzdelávania hyperaktívnych detí. Na základe zozbieraných výsledkov pomocou dotazníkového prieskumu sme dospeli k nasledovným záverom :

Hypotéza 1: Verejnosť pozná problematiku hyperaktivity. Zisťovali sme, či sa verejnosť stretla s problematikou hyperaktivity. Zaujímavosťou je že na základe prieskumnej vzorky sa s problematikou stretlo väčšie percento mužov a to 82,86 % ako žien 82,35 %. Najčastejšie považujú túto problematiku za chorobu a dozvedeli sa o nej najviac z tlače , internetu , od priateľov a túto

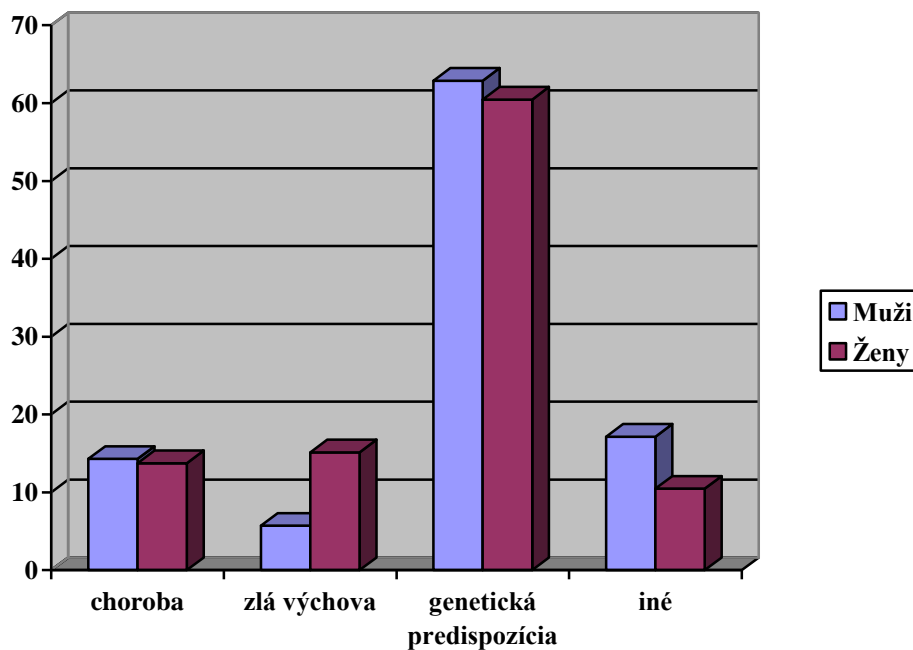
problematiku poznajú aj z vlastnej skúsenosti. K najčastejši uvádzaným prejavom správania patrila agresivita, drzosť, nadmerná aktivita a impulzivnosť. Na základe získaných údajov sme dospeli k záveru že hypotéza sa nám potvrdila.

Graf 1: Oboznámenie sa s problematikou hyperaktivity

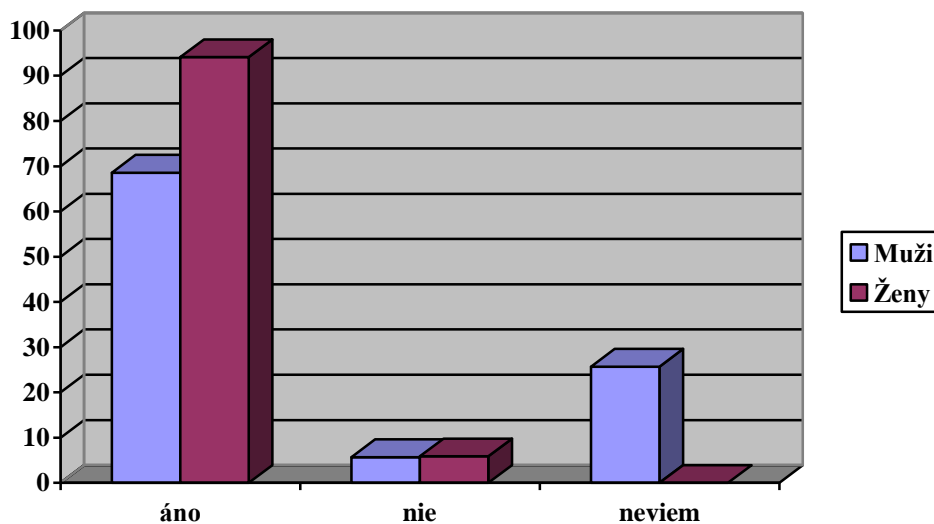


Hypotéza 2: Verejnosť pozná dôsledky hyperaktivity u detí. Z našich zistení je zrejmé, že verejnosť pozná dôsledky a problémy ktoré prináša neriešená hyperaktivita. Podľa respondentov ako dôsledok hyperaktivity najčastejšie uvádzali konflikty v rodine, záškoláctvo a vyčlenenie takýchto detí z kolektívu. Najčastejšie respondenti uvádzali že príčina hyperaktivity je v dôsledku genetickej predispozície a to viac mužov 62,86 % ako žien 58,82 %. O možnostiach pomoci hyperaktívnym deťom majú väčšie poznatky respondenti so stredoškolským a vysokoškolským vzdelaním. Pri riešení dôsledkov a problémov by najčastejšie požiadali o pomoc pedagóga, lekára alebo psychológa. Na základe zistení má na dôsledky a problémy hyperaktivity veľký vplyv i osobitný prístup zo strany rodičov čo potvrdilo až 83,72 respondentov. Z uvedených údajov vyplýva, že hypotéza sa nám potvrdila.

Graf 2: Príčiny hyperaktivity



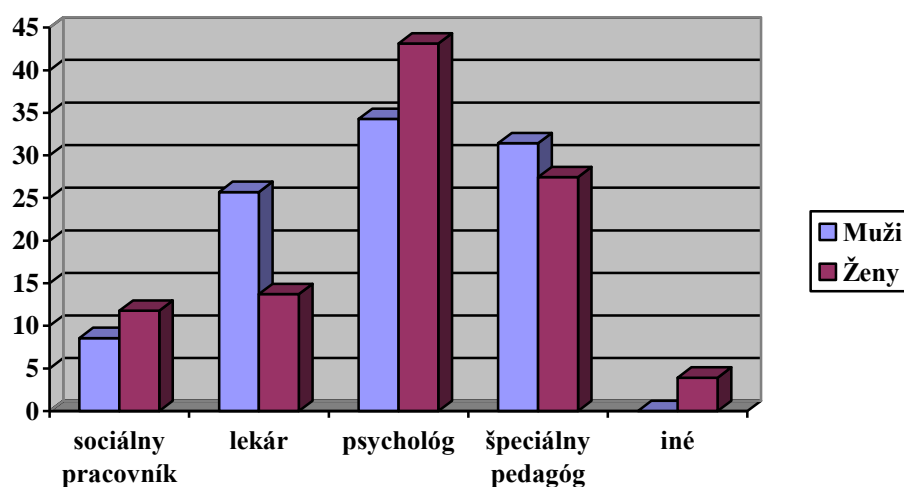
Graf 3: Potreba osobitného prístupu zo strany rodičov



Hypotéza 3: Verejnosť pozná formy pomoci špeciálneho pedagóga v oblasti riešenia hyperaktivity. Najväčšiu pomoc špeciálneho pedagóga respondenti pripisujú individuálnemu prístupu vo vzdelávacom procese a v spolupráci s rodičmi hyperaktívnych detí. Ďalšiu pomoc vidia v úprave učebných

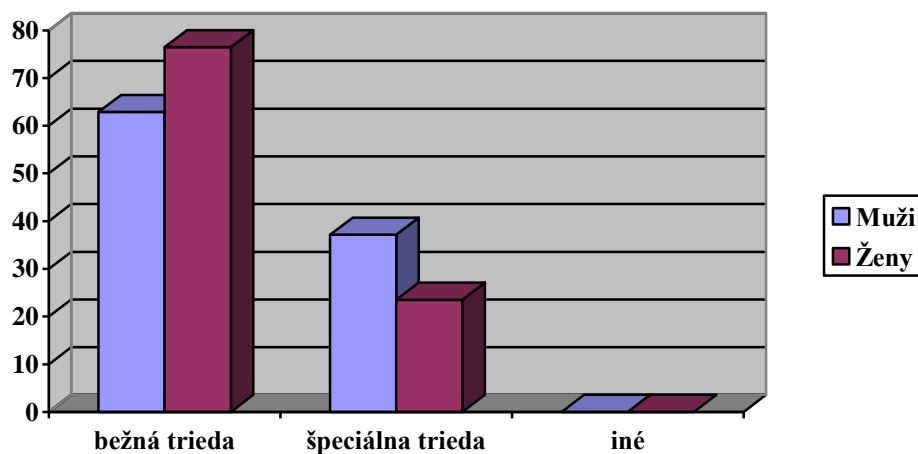
pomôcok a tiež v udeľovaní pochvaly za dosiahnuté výsledky čo je v prípade hyperaktívnych detí veľmi dôležité. Podľa prieskumu by mal pedagóg najviac spolupracovať so psychológom a špeciálnym pedagógom. Ďalej respondenti uvádzajú spoluprácu s lekárom a sociálnym pracovníkom. Z výsledkov prieskumu vyplýva, že hypotéza sa potvrdila.

Graf 4: Možnosti spolupráce pedagóga pri riešení hyperaktivity

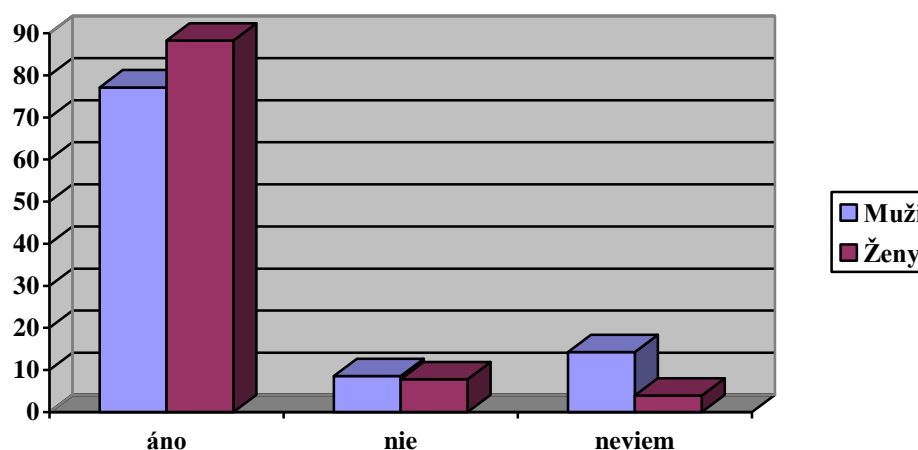


Hypotéza 4: Verejnosť pozná formy vzdelávania hyperaktívnych detí. Zistili sme, že verejnosť si myslí, že hyperaktívne deti potrebujú osobitný prístup zo strany školy a to až 76,74 % oslovených respondentov. 70,93 % oslovených respondentov uviedlo že hyperaktívne deti by sa mali vzdelávať v bežnej triede a 29,07 % odporúča vzdelávanie týchto detí v špeciálnej triede. Prevažná väčšina oslovených respondentov si myslí, že je potrebné aby malo hyperaktívne dieťa vytvorený individuálny vzdelávací program. Hypotéza sa nám potvrdila.

Graf 5: Vzdelávanie hyperaktívneho dieťaťa



Graf 6: Potreba vytvorenia individuálneho vzdelávacieho programu



Závery pre prax:

Na základe vykonaného prieskumu a následne vykonanej analýzy a spracovania výsledkov prieskumu by sme mohli uviesť nasledovné návrhy a odporúčania pre prax, ktoré by svojou realizáciou mohli napomôcť hyperaktívnym deťom vo výchovno-vzdelávacom procese:

- na prvom mieste by malo byť cieľom vytvorenie pozitívneho školského prostredia, ochota, dôveryhodnosť, láskavosť ale aj rešpekt zo strany dospelých, no nie len v škole, ale aj v rodine,

- zabezpečiť individuálne špeciálno-pedagogické cvičenia s individuálne začlenenými žiakmi, zamerané na problematickú oblasť dieťaťa s cieľom zmierniť negatívny dopad vývinových porúch učenia a pomôcť žiakovi zlepšiť výsledky vo výchovno-vzdelávacom procese,
- diagnostický sledovať deti s problémami v učení a v správaní počas vyučovania,
- zabezpečiť špeciálno-pedagogický servis individuálne začleneným žiakom,
- zabezpečiť konzultácie s vyučujúcimi, hľadanie vhodného spôsobu práce so žiakom,
- spolupracovať s triednymi učiteľmi a ostatnými vyučujúcimi pri tvorbe individuálneho vzdelávacieho programu pre každého individuálne začleneného žiaka,
- spolupracovať s rodičmi detí s vývinovými poruchami učenia pri tvorbe individuálneho vzdelávacieho programu,
- riešiť novovzniknuté problémy žiakov vo vzdelávaní,
- spolupracovať s výchovným poradcom,
- pedagogickí zamestnanci by mali mať praktické skúsenosti a zručnosti a tak v triedach zabezpečiť správnu sociálnu klímu a podporiť solidaritu a dôveru.

ZÁVER

Cieľom tejto diplomovej práce bolo poukázať na dôležitosť danej problematiky a prispieť k väčšej informovanosti. Dnešná spoločnosť sa snaží o to poskytovať všetkým deťom čo najlepšie podmienky pre ich výchovu a vzdelávanie. Vstup dieťaťa do školy je jedným z veľmi dôležitých okamihov nielen pre dieťa, ale aj pre jeho rodičov. Dochádza k nárastu požiadaviek kladených na dieťa, ktoré samozrejme túži po úspechu a ocenení svojimi blízkymi. Nie vždy ale musí ísť všetko presne tak, ako si to predstavujeme a môžeme sa stretnúť s tým, že nástupom dieťaťa do školy sa nám objaví množstvo nových problémov. Jednou z možných dôvodov neúspechu dieťaťa môže byť práve niektorá zo špecifických porúch učenia, ktorá sa prejavuje najmä pri osvojovaní čítania, písania a počítania.

Je veľmi dôležité, aby sa do procesu výchovy a vzdelávania hyperaktívneho dieťaťa zapojili obaja rodičia. Najväčšie problémy mávajú rodičia s učením dieťaťa. Školská práca vyžaduje nielen sústredenie, ale aj to aby dieťa prijalo rolu školáka. To sa však stáva zriedka. Tieto deti mávajú motiváciu k učeniu minimálnu. Tlak rodičov i školy na učenie prežívajú ako nepriateľský akt, podrobujú sa neochotne, vzdorujú, provokujú agresiu u rodičoch i učiteľoch. Treba si však uvedomiť, že minimálny úspech bude dieťa motivovať do ďalšej spolupráce. Za každý úspech treba dieťa pochváliť. Ich pozícia je o to ťažšia, že ich postihnutie je skryté a teda aj ťažšie viditeľné a už vôbec nevyvolávajú u okolia súcit alebo snahu po pozitívnej podpore. Pedagógovia i rodičia majú zvlášť u týchto detí obrovskú zodpovednosť, pretože vďaka ich odmietaniu zo strany okolia, neustálemu zlyhávaniu majú sklon spadnúť na dno spoločnosti.

Deti, ktorým sa nevenovala náležitá pozornosť a nepodala v detstve pomocná ruka si odnášajú svoje ubolené spomienky i školské problémy aj do dospelosti. Treba si preto náležite uvedomiť, že investície a úsilie, ktoré do týchto detí vložíme sa v budúcnosti vrátia nielen týmto deťom, ale aj celej spoločnosti. Pomáhajme im a rozvíjajme silné stránky ich osobnosti, aby to dokázali sami. Hľadajme u každého dieťaťa to dobré, nech je to akokoľvek

ťažké. Dajme mu pocítiť, že je pre svoje okolie potrebné, že môže byť aspoň v niečom úspešné a vždy sa nájde niekto, kto ho má rád a je pre dieťa dobrým vzorom. Nech nie je škola bolestnou spomienkou, ale dobrým odrazovým mostíkom pre zvládnutie medziľudských vzťahov i pre kvalitný a plnohodnotný život týchto detí.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

DUDOVÁ, I. – HRDLIČKA, M. Hyperaktivita v dětství a adolescenci. In: Zdrav. Nov. ČR. 2003, roč.52, č. 46, 9-12 s. ISSN 0044-1996.

DRTLÍKOVÁ, I. Hyperaktivní dítě. Praha: Galen. 2007. 87 s. ISBN 978-80-7262-447-8.

DRTLÍKOVÁ, J. – ŠERY, O. Hyperkinetická porucha. Praha: Galen.. 2007. 268 s. ISBN 80-7262-419-5.

GAŽI, M. Mentálne postihnuté dieťa v škole. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1991. 295 s. ISBN 80-08-00392-8.

GLÓS, J. 1995. Neurológ radí: Hyperaktívne deti a ich problémy. In: Dieťa nielen pre rodičov. [online]. Č. 6/1995 [cit. 2010-12-16]. ?s. Dostupné: http://www.ozinfodom.info/index.php?page=clanok_detail&id=6200. ISSN 1336-2739.

HIRKOVA, M. Hyperaktivita- sprievodca pre rodičov, OPPP v Prešove: Prešov. 2007. Metodická príručka pre rodičov. 24 s.

HRDLIČKA, M. Nesoustředěné a neklidné dítě. In: Osobní lek.. Praha. Roč. 2/2002. 57-58 s.

JUCOVIČOVÁ, D. - ŽÁČKOVÁ, H. - ZORKLEROVÁ, R. Máte nesústredené, nepokojné dieťa? Metódy práce s deťmi s LMD- Predovšetkým pre rodičov a vychovávateľov. Praha: NakladatelstvíD+H, 2003. 24 st. ISBN 80-239-4468-1.

JUCOVIČOVÁ, D. – ŽÁČKOVÁ, H. Máte neklidné a nesoustředěné dítě? Praha : Nakladatelství D+H, 2007. 127 s. ISBN 978-80-903869-1-4.

KUBICOVÁ, M. 2006 Živé dieťa v triede – ADHD. Pedagogicko-psychologická poradňa s centrom výchovnej a psychologickkej prevencie v Čadci. Príručka bola vydaná vďaka finančnému príspevku z protidrogového fondu v Bratislave.

MATÝS, J. Hyperaktivní dítě – syndrom AD/HD. Ostrava: Vox. Pediat. 6., č.1. 2006. 33-38 s. ISSN 1213-2241.

MEGO, R. Máte hyperaktívne dieťa?. [online] . Trenčín: Dis + občianské združenie, august 2006. [cit. 2010-12-16]. Dostupné z [www:http://www.displus.sk/articles.php?article_id=27](http://www.displus.sk/articles.php?article_id=27).

MERTIN, V. ADHD- Pohled psychologa. Praha: Pediat. Pro prax, roč. 4, č. 3, 2003. 166 s. ISSN 1213-0494.

MICHALOVÁ, Z. Sondy do problematiky specifických poruch chování. Havlíčkův Brod: Tobiaš, 2007. 29 s. ISBN 80-7311-075-X.

MUNDEN, A. – ARCELUS, J. Poruchy pozornosti a hyperaktivita. 1.vyd. Praha: Portál. 2002. 120 s. ISBN 80-7178-625-X.

POKORNÁ, V. Teorie a náprava vývojových porúch učení a chování. 3. vyd. Praha: Portál. 2001. 167 s. ISBN 80-7178-570-9.

RENOTIÉROVÁ, M. Speciální pedagogika. Olomouc: UP, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.

RIEFOVÁ, SANDRA F. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. Praha: Portál. 1999. 251 s. ISBN 80-7178-287-4.

SERFONTEIN, G. Potíže dětí s učením a chováním. Praha: Portál. 1999. 149 s. ISBN 80-7178-315-3.

SLAVÍK, J. Hodnocení v současné škole. Praha, Portál, 1999. 26-45 st. ISBN 80-7178-262-9.

STRIEŽENEC, Š. Úvod do sociálnej práce. Trnava: Tripsoft. 2001. 197 s. ISBN 80-968294-6-7.

SWIERKOSZOVÁ, J. Specifické poruchy chování. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě – Pedagogická fakulta. 2006. 81 s. ISBN 80-7368-238-9.

ŠLECHTOVÁ, J. Problematicky dětský pacient – diagnóza ADHD. Multidisciplin. Péče. Roč. 1., č.2. 2006. nestr. ISSN 1801-0199.

TRAIN, A. Specifické poruchy chování a pozornosti. Praha: Portál. 1997. 162 s. ISBN 80-7178-131-2.

TRAIN, A. Nejčastější poruchy chování dětí. Praha: Portál. 2001. 198 s. ISBN 80-7178-503-2.

TŘESOHLAVÁ, Z. a kol. Lehká mozgová dysfunkce v dětském věku. 2.vyd. Praha: Avicenum. 1986. 228 s.

VÁGNEROVÁ, M, Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: Karolinum. 2001. 170 s. ISBN 80-7184-488-8.

VALENTA, M. et.al. Psychopédia teoretické základy a metodika. Praha: Parta. 2007. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.

VAŠEK, Š. – BAJO, I. Pedagogika mentálne postihnutých. Bratislava: Sapientia. 1994. 251 s. ISBN 80-967180-1-0.

VAŠEK, Š. Základy špeciálnej pedagogiky. Bratislava: Sapientia. 2006. 217 s. ISBN 80-89229-02-6.

VAŠUTOVÁ, M. Diagnostické využití percepe barev u dětí se specifickými poruchami učení a chování. Ostava : OU, Filozofická fakulta 2004. 190 s. ISBN 80-7042-650-0.

VOJTOVÁ, V. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti. Brno : MU, 2008. 136 s. ISBN 978-80-210-4573-6.

VŠETULOVÁ, M. – WÁGNEROVÁ, K. ADHD. Specifické vývojové poruchy učení a chování: SPUCH. In Vašutová, M. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta. 2007. 83-103 s. ISBN 978-80-7368-320-7.

ZELINKOVÁ, O. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávacín program. Praha: Portál. 2001. 208 s. ISBN 80-7178-544-X.

ZELINKOVÁ, O. Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD. Praha: Portál. 2003. 263 s. ISBN 80-7178-800-7.

ŽÁČKOVÁ. H. - JUCOVIČOVÁ, D Metódy hodnocení a tolerance detí s SPU. Praha : Nakladatelství D+H, 2006. 44 s. ISBN 80-903579-4-6.

Vyhláška MŠ SSR č. 143/1984 Zb. o základnej škole

Zákon 36/2005 Z. z. o rodine

Zákon 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon).

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Bc. Lucia Poláková

Odbor: Špeciálna pedagogika - učiteľstvo

Forma štúdia: kombinovaná

Názov práce: Hyperaktivita vo výchovno-vzdelávacom procese

Rok: 2012

Počet strán bez príloh: 78

Celkový počet strán prílohy: 4

Počet titulov slovenskej literatúry a prameňov: 9

Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov: 28

Počet internetových zdrojov: 2

Vedúca práce: Mgr. Helena Lušňáková

PRÍLOHA

DOTAZNÍK

Vážená pani, vážený pán,

som študentkou špeciálnej pedagogiky na Univerzite J. A. Komenského v Prahe. Dovoľte mi, aby som Vás touto cestou oslovila a poprosila o spoluprácu pri vyplnení tohto dotazníka, ktorého cieľom je prieskum súvisiaci s problematikou hyperaktívnych detí a možnostiach pomoci pri ich výchove a vzdelávaní. Všetky údaje v dotazníku sú anonymné a budú použité výhradne na uvedené účely.

Dotazník obsahuje 15 otázok. Na otázky je potrebné odpovedať pravdivo, môžete označiť jednu odpoveď prípadne dopísať svoju odpoveď.

Pohlavie: a) žena

b) muž

Vek: a) 18 - 20

b) 20 – 30

c) 30 – 40

d) 40 – 50

e) 50 – 60

Rodinný stav: a) vydatá/ženatý

b) slobodná/ý

c) rozvedená/ý

d) iné

Vzdelanie: a) základné

b) stredoškolské

c) vysokoškolské

1. Stretli ste sa s problematikou hyperaktivity u dieťaťa ?

- a) áno
- b) nie

2. Považujete hyperaktivitu za chorobu, ktorú treba liečiť?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

3. Odkiaľ ste na o hyperaktivite dozvedeli?

- a) z tlače, internetu
- b) zo školského prostredia
- c) iné, uveďte

4. Ktoré z možností patria k prejavom hyperaktivity dieťaťa?

- a) agresivita
- b) neposlušnosť
- c) impulzivnosť
- d) pokojnosť
- e) drzosť

5. Ktoré problémy so sebou prináša neriešená hyperaktivita?

- a) zdravotné
- b) záškoláctvo
- c) konflikty v rodine
- d) šikanovanie
- e) vyčlenenie z kolektívu

6. Podľa vášho názoru, je hyperaktivita dôsledkom :

- a) choroby
- b) zlej výchovy
- c) genetickej predispozície
- d) iné, uveďte

7. Poznáte možnosti pomoci hyperaktívnym deťom?

- a) áno
- b) nie

8. Koho by ste požiadali o pomoc pri riešení problémov hyperaktivity?

- a) lekára
- b) pedagóga
- c) psychológa
- d) iné, uveďte

9. Potrebuje hyperaktívne dieťa osobitný prístup zo strany rodičov

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

10. S ktorým odborníkom môže spolupracovať pedagóg pri riešení hyperaktivity?

- a) sociálny pracovník
- b) lekár
- c) psychológ
- d) špeciálny pedagóg
- e) iné, uveďte

11. Myslíte si, že pedagóg je prospešný pri riešení problematiky hyperaktivity u detí?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

12. Ako by mohol konkrétne pomôcť pedagóg hyperaktívnym deťom?

- a) individuálnym prístupom vo vzdelávacom procese

- b) úpravou učebných pomôcok
- c) spoluprácou s rodičmi
- d) pochvalou za dosiahnuté výsledky

13. Potrebujú hyperaktívne deti osobitný prístup zo strany školy?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

14. Kde sa má vzdelávať hyperaktívne dieťa?

- a) v bežnej triede
- b) v špeciálnej triede
- c) iné, uveďte

15. Je potrebné aby malo hyperaktívne dieťa vytvorený individuálny vzdelávací program?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem