

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Problematika dítěte s hyperkinetickým syndromem a jeho integrace do
mateřských škol a do běžných tříd základních škol**

Bakalářská práce

Autor: **Lucie Rainerová**

Vedoucí práce: **PhDr. Libuše Vlášková**

2007

Dilema of hyperkinetic syndrome of childhood and the integration to nursery school and to common basic tribes

Abstract

Hyperkinetic syndrome (formely known as „minimal brain dysfunction“) is a behaviour disorder originating in childhood in which the essential features are signs of developmentally inappropriate inattention, impulsivity and hyperactivity. Hyperkinetic syndrome is caused by prenatal and perinatal brain damage or it can be caused by a brain injury in childhood. It is widely believed that genetic and allergic factors may also play an important role. It has been estimated that approximately 3-10% of the total children population are affected by the hyperkinetic syndrome. The syndrome is more common in males than females.

Enhanced need of social contact and emotional acceptance are the two common effects of the disorder. A child with hyperkinetic syndrome can be treated with medication and psychotherapy (individual or family psychotherapy). Children can often experience difficulties in forming relationships with other children and the child makes enemies rather than friends. Schoolmates often try to avoid any contact with the child due to his complicated behaviour.

Therefore, it is very important to support the child's integration into the childrens' group. The burden of the integration into the peers group should lie with the school, especially the teachers who are most familiar with the child.

The aim of my work is „Detection of integration of child with hyperkinetic syndrome into the peers' group in the school institution and determine, which signs of this disorder and how interact integration of these children."

I wanted to propose equipments for theirs integration.

The hypothesis is „Children with the hyperkinetic syndrome have problems with their integration into the peers' groups in both nursery schools and basic schools (without special needs)“.

For my work I have employed quantitative methods using a questionnaire. The questionnaire concentrated on relationships and influences on the relationships between children with hyperkinetic syndrome and other children. Firstly I have interviewed nursery school teachers and basic school teachers. In the next stage I have interviewed experts in special educational centres and pedagogic-psychological clinics.

I have used only certain key questions for the data evaluation to confirm or disprove the working hypothesis. The results of my work have shown that the integration of the children with hyperkinetic syndrome into the peers' group is not difficult. Therefore, my working hypothesis has been disproved.

Due to the findings of my work I propose the following services for the children with the hyperkinetic syndrome in nursery schools and basic schools:

- Service of an expert in the field of work with children with the disorder who would provide both counselling, guidance and therapy.
- According to the results of my work I expect a big advantage of having an assistant of teacher who would deal with the child.
- The importance of special educational centres and pedagogic-psychological clinics. I see assist in the partnership of the parents and these school-institutions. This partnership should intervene in school, that the child visit. These school-institutions offer to a concrete assistance in the sense of the support and therapy for the child and parents. They afford methodical advice by education.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Problematika dítěte s hyperkinetickým syndromem a jeho integrace do mateřských škol a do běžných tříd základních škol vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji tímto vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Libuši Vláškové za cenné rady, postřehy a čas, který mi věnovala. Také mé poděkování patří těm pedagogům a pracovníkům školských zařízení, kteří se zúčastnili mého výzkumu. Děkuji ostatním, kteří mi nějakým dílem pomohli a také všem blízkým, kteří mě podpořili

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 1 |
| 1. SOUČASNÝ STAV..... | 2 |
| 1.1. Co je to hyperkinetický syndrom? | 3 |
| 1.1.1. Pojem ADHD..... | 3 |
| 1.1.2. Krátký přehled historie pojmu ADHD..... | 4 |
| 1.1.3. Legislativa pojmu..... | 4 |
| 1.2. Vývojová období..... | 5 |
| 1.2.1. Předškolní věk a socializace..... | 5 |
| 1.2.2. Vstup do školy a mladší školní věk..... | 6 |
| 1.3. Příznaky ADHD..... | 7 |
| 1.3.1. Klíčové symptomy ADHD..... | 8 |
| 1.3.2. Další symptomy ADHD..... | 11 |
| 1.4. Příčiny vzniku ADHD..... | 12 |
| 1.4.1. Co může podporovat hyperaktivitu..... | 14 |
| 1.5. Výskyt ADHD..... | 15 |
| 1.6. Důsledky ADHD..... | 16 |
| 1.7. Terapie ADHD..... | 17 |
| 1.8. Dítě s ADHD ve škole..... | 20 |
| 1.8.1. Školní prostředí..... | 20 |
| 1.8.2. Pedagog a dítě s ADHD..... | 21 |
| 1.8.3. Potíže ve vztazích s vrstevníky a spolužáky..... | 22 |
| 1.8.4. Integrace, integrované vzdělávání..... | 22 |
| 1.8.4.1. Pedagogická integrace..... | 23 |
| 1.8.5. Praktické postupy při pomoci v integraci ve třídě..... | 23 |
| 2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY..... | 25 |
| 2.1. Cíl práce..... | 26 |
| 2.2. Hypotézy..... | 26 |
| 3. METODIKA..... | 26 |
| 3.1. Použité metody a techniky výzkumu..... | 26 |
| 3.1.1. Technika dotazníku..... | 26 |
| 3.2. Charakteristika výzkumného souboru..... | 27 |
| 4. VÝSLEDKY..... | 28 |
| 5. DISKUZE..... | 48 |
| 6. ZÁVĚR..... | 60 |
| 7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 62 |
| KLÍČOVÁ SLOVA..... | 65 |
| PŘÍLOHA..... | 66 |

ÚVOD

Hyperkinetický syndrom znamená poruchu pozornosti provázenou hyperaktivitou. Člověka postihuje především v dětském věku, může však pokračovat i do dospělosti. Tuto poruchu provázejí takové projevy, které se ve společnosti lidí nedají nijak skrýt. Jsou to především impulsivita, hyperaktivita, neudržení pozornosti a v neposlední řadě vyhrocené emoce.

Co se týče kolektivu, velice se tu jejich projevy zvyrazňují. Protože je dítě s hyperkinetickým syndromem při hrách a společných aktivitách velmi rušivé, ostatní děti ho časem do společné práce nechtějí zapojovat. Pokud se k tomu ještě přidá necitlivý přístup pedagogů, je problém „na střeše“. Pedagog si o dítěti myslí, že nemá žádnou morální záklopku, že se zkrátka chovat lépe nechce. Časem si k němu vytvoří bariéru, což samozřejmě ostatní děti vycítí. Chovají se pak k tomuto dítěti způsobem, který vidí u své „paní učitelky“. Ostatní děti si nedokáží zracionalizovat, proč se jejich spolužáci chovají, tak jak se chovají, konkrétně proč se to dítě, o kterém já píši, neumí chovat správně. Když se jim na nich jakákoli věc nelíbí, dokáží toto dítě vyčlenit z kolektivu a ne tak snadno mu umožní vrátit se zpět. Socializace dítěte s hyperkinetickým syndromem je díky projevům jeho chování a jiným problémům velmi nesnadná a integrace téměř nedosažitelná.

Dítě s hyperkinetickým syndromem se postupně přizpůsobuje obrazu, který vytvoří jeho okolí a může to u něj způsobit velmi vážné psychické problémy, konkrétně poruchy osobnosti.

Vzniká zde tedy i sociální problém, který vnímá celá rodina, kde toto dítě žije. Díky této poruše mohou nastat rozdíly v názorech na výchovu a tím i problémy v rodinných vztazích. Při nepochopení problému od známých a kamarádů může vzniknout sociální izolace a nedůvěra v jakoukoli pomoc. Přitom existuje spousta způsobů, jak dítěti i celé rodině pomoci. K možnostem pomoci dospěji v závěru mé práce.

Výzkumem, který jsem udělala pomocí dotazníkového šetření, také vyvrátím nebo potvrdím hypotézu, zda-li dítě s hyperkinetickým syndromem má problémy s integrací mateřských škol a běžných tříd základních škol.

Mám osobní zkušenost s dětmi, které tuto poruchu mají, a proto bych chtěla přispět rozbořením jejich problému k nějakému řešení při pomoci v integraci.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Co je to hyperkinetický syndrom?

Na označení této poruchy se používají nejrůznější terminologie. Ty nejznámější jsou „hyperkinetická porucha“, „syndrom hyperaktivity“, v dnešní době nepoužívané „hyperkineze“, „hyperkinetická reakce“ a „LMD“ – lehká mozková dysfunkce. Však nejčastěji používaným je termín „ADHD“. Tento pojem také zaměním s termínem „hyperkinetický syndrom“.

1.1.1. *Pojem ADHD*

Existuje více definicí, tím nejzákladnějším je, že ADHD, přeloženo z anglického jazyka, znamená attention deficit hyperaktivity disorder, porucha pozornosti provázená hyperaktivitou. Jak uvádí Chroustovská, P. (5): „ADHD lze definovat jako vývojovou poruchu, charakterizovanou nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity“. Stejná autorka (4) tvrdí: „Patří mezi tzv. spektrální poruchy, protože se u různých lidí vyskytuje v různých stupních závažnosti“. ADHD je psychiatrická diagnóza, která se vztahuje především na děti se sociálními a kognitivními obtížemi. (20)

Nancy E. O'Dell a Patricia A. Cook používají pojem symetrický tonický šíjový reflex. Jsou toho názoru, že velký počet dětí s ne zcela vyvinutým STŠR je diagnostikován jako hyperaktivní nebo s poruchou nedostatku pozornosti. Mají potíže, které se objeví při dlouhodobém sezení v tzv. správné poloze. (12) O'Dell, N.E. a Cook, P.A. str. 22 (12) uvádí: „STŠR je automatický pohyb, který způsobuje, že horní polovina těla pracuje v protikladu k dolní polovině těla. Když je horní polovina napnutá, dolní polovina se ohýbá, a naopak“.

1.1.2. Krátký přehled historie pojmu ADHD

Jak uvádí Pokorná, V. str. 129 (14): „Již v roce 1890 referoval o symptomech poruch pozornosti a chování William James ve svých „Principles of Psychology“. Georg Still, britský pediatr, popsal začátkem minulého století dvacet dětí ze své praxe, které byly temperamentní, vzpurné, potměšilé, s nedostatečnými volnými zábranami. Předpokládal, že příčinou chování není špatné vedení ze strany rodičů, ale poranění mozku“. Tato teorie získala další příznivce z řad odborníků. Kolem 2. světové války se začalo hovořit o lehké mozkové dysfunkci, která byla spojena s následky poranění hlavy u vojáků. Tento termín se používal v anglosaské literatuře až do začátku 60. let. Do českého odborného prostředí ho uvedl Matějček: tvrdí, že synonymem je mu pojem vývojových poruch učení, ty jsou prakticky synonymem pro lehké mozkové encefalopatie. (14)

V české odborné literatuře je hyperaktivita nejčastěji uváděna jako jeden ze symptomů lehké mozkové dysfunkce, tzn. drobného, difuzního poškození mozku.

1.1.3. Legislativa pojmu

Touto poruchou se zabývá Zákon č. 561/2004 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných a také Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. V Zákoně č. 561/2004 Sb. (24) je uvedeno: „Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování“.

1.1. Vývojová období

1.1.1. Předškolní věk a socializace

Rozvoj sociálních kontrol nebo z jiného pohledu rozvoj schopností seberegulace rychle narůstá právě v předškolním období. Je regulováno pokyny druhých nebo očekávanými důsledky svého chování, začíná se řídit svými vlastními instrukcemi. V průběhu třetího roku života, tj. v době, kdy sílí negativismus, ale i snaha dělat věci sám a po svém, se tedy objevují první počátky skutečné sebekontroly. Dítě se učí počkat a nepodlehnout okamžitému impulsu a používá při tom samo vůči sobě pokyny a příkazy, které zná od rodičů. (9)

Důležitou součástí emočního vývoje je kromě vývoje sebepojetí a seberegulace i postupná diferenciací a regulace vlastního emočního prožívání a vyjadřování emocí a dále vývoj emočního porozumění druhým. (9)

Langmeier, J. a Krejčířová, D. str. 93-94 (9) ve své publikaci tvrdí: „Pod vlivem sociálních tlaků dochází nejen k narůstající regulaci chování, ale i k útlumu okamžitých emočních reakcí a k přehodnocení situace. Spolu s narůstající kognitivní zralostí a znalostí požadavků na chování a výkony se v předškolním věku začínají rozvíjet i pocity vztažené k vlastnímu sebehodnocení (pocity hrdosti, studu, viny)“.

Co se týče vývoje sociálních rolí, teprve v předškolním věku dochází v tomto směru k výraznějšímu pokroku. Čtyřleté a pětileté dítě si již zřídka hraje paralelně, převaha společné hry a organizované spolupráce při hře je zřetelná. (9)

Osvojování rolí ve skupině v předškolním věku je patrné zejména z toho, jak některé děti získávají zvláštní oblibu spoluhráčů, jak mají některé tendence poroučet druhým a druhé se jim naopak podřizují, jak se i mezi těmi, které mají sklon určovat vedení ve skupině, brzo rozlišují ty, které si pomáhají hrubou silou, a jiné, které diplomatically volí šikovnou taktiku. (9)

1.1.2. Vstup do školy a mladší školní věk

Po šestém roce nastává v životě dítěte velká a náhlá změna, touto změnou mám na mysli vstup do školy. Vstup do školy znamená pro většinu dětí značnou zátěž. (9) Langmeier, J. a Krejčířová, D. str. 101 (9) také uvádí: „Je to především změnou stylu výchovy oproti mateřské škole. Od všech dětí se očekává, že se během celé vyučovací hodiny přiměřeně soustředí, budou po celou dobu sedět v lavici a zachovávat pravidla školní kázně“. Celá hodina je pro šestileté dítě dlouhá a klade značné nároky na aktivní pozornost a schopnost inhibice spontánní pohyblivosti a hravé činnosti, která až do té doby naprosto převládala. (9)

Langmeier, J. a Krejčířová, D. str. 108 (9) si myslí, že „úspěšný školní začátek závisí na celém dosavadním vývoji a musí zahrnovat čas nutný k biologickému dozrání, stimulaci pro rozvoj schopností, které budou nutné pro zvládnutí učiva, i celkovou emoční a motivační přípravu na školu“. Školní zralostí tedy neznamená pouze biologická zralost, ale i rozumová, citová a sociální. Emoční vývoj a schopnost seberegulace v průběhu školních let rychle narůstá. Je typické např., že dítě emoční reakci potlačuje, dokud si není zcela jisto reakcí okolí a čeká nejprve na další signály. (9)

S citovou zralostí souvisí i „zralost pro práci“. Děti samy spontánně přecházejí od čistě hravého zaměstnání k občasné vytrvalejší a cílevědomější činnosti, samy se o práci hlásí a jsou tedy schopné dokončit úkol, i když je poněkud únavný a nezajímavý. (9)

Důležité také je, že dítě je schopno takto pracovat ve skupině spolužáků a že se umí vzdát svých osobních potřeb na čas ve prospěch společných cílů a společně prováděných úkolů. (9)

Něco k emočnímu vývoji a socializaci. Jak uvádí Langmeier, J. a Krejčířová, D. str. 128 (9): „Pokud jde o způsob sociální reaktivity, dává skupina dítěti příležitost k četnějším a rozlišenějším interakcím“. Ve skupině to znamená pomoc slabším, spolupráce, ale i soutěživost.

Vedle sociální reaktivity a sociálních kontrol se ve školním věku značně rozvíjí i třetí složka socializačního procesu – osvojování sociálních rolí. Jsou to vzorce chování očekávaných od určitého jedince v určité situaci. Ve škole si dítě zvnitřňuje novou roli žáka, učí se novým způsobům chování v roli spolužáka, od něhož se očekává pomoc v případě potřeby a nutná solidarita. Dětská skupina je ovšem na začátku školního věku ještě uvnitř málo diferencovaná. Vztahy dítěte ke spolužákům a k dalším dětem jsou v té době stále ještě velmi nahodilé. (9)

1.3. Příznaky ADHD

Khýr, M. (8) píše ve svém článku: „K základním symptomům ADHD patří hyperaktivita, impulzivita a nedostatečná schopnost soustředění. Tyto základní příznaky dítě predisponují k mnoha dalším obtížím. Obtíže se často projevují již v raném dětství, jsou dlouhodobé a s vývojem dítěte se mohou měnit. Jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony“.

Klíčové symptomy a vzorce chování zůstávají v průběhu týdnů, měsíců i let nezměněné, ačkoli asi u poloviny postižených dětí tyto symptomy při dosažení dospělosti do značné míry vymizí. (2)

Dítě postižené ADHD je neobyčejně aktivní již v děloze před narozením. Po narození často hodně pláče a málo spí. (2)

Problémy tohoto dítěte však začínají být často patrné, až když nastoupí do školy – ve škole to bývají dítě, které na svém místě dlouho nevydrží. Má sklon neustále povídat, vykřikovat, pošťuchovat spolužáky a rušit je od práce. Má tendenci chovat se roztržitě a často zapomíná nebo ztrácí pomůcky. (2)

1.3.1. Klíčové symptomy ADHD

- Poruchy kognitivních funkcí
 - Poruchy motoricko-percepční
 - Impulsivita
 - Labilní emoce a afekty
-
- Poruchy kognitivních funkcí

Znamená to poruchu pozornosti v aspektu zrakovém a sluchovém. Dále pak je problém v neschopnosti selekce podnětů, které na dítě současně působí. Nevybírá si pro danou situaci podstatné informace. Dítě s ADHD má poruchu analýzy a syntézy informací. Jsou porušeny exekutivní funkce. Znamená to, že není schopno vnímat časový sled, neumí si strukturovat a organizovat práci, často ji vůbec nedokončí. Není dostatečně vyvinuta motivace, úsilí a vytrvalost. Velkým problémem je porucha slovní a pracovní paměti. **(14)** Součástí kognitivních funkcí je i vnímání. To je u dítěte s ADHD také značně porušeno. S drobným organickým postižením CNS je spojena dysgnózie, tj. lehčí poruchy či opoždování vývoje v oblasti vnímání. V praxi to vypadá tak, že nediferencuje převrácené a otočené tvary, nevidí rozdíl mezi podobnými a stejnými obrázky. Déle než zdravé děti nerozlišuje pravou a levou stranu. Ve škole dobře nerozpozná tvary písmen, neumí si rozložit, z jakých písmen se slovo skládá. **(21)** Prakticky to uvádí Train, A. str. 60 **(19)** uvádí: „Často se může zdát, že dítě neposlouchá, co mu kdo říká a že nevydrží soustředit se na to, co právě dělá nebo o čem mluví“. U jednoho úkolu vydrží jen tehdy, bude-li ho práce výjimečně bavit a bude-li mít okamžitou zpětnou vazbu. V jiných případech se dá snadno vyrušit a nepodaří se mu dokončit úkoly nebo postupovat podle pokynů. Je velmi roztěkané, nesoustředí se na podrobnosti a dělá řadu chyb z nepozornosti. **(19)** Vágnerová, M. str. 84-85 **(22)** ve své publikaci píše, že „dítě je přitahováno vším možným, mnohdy zcela neselektivně. To znamená, že si náhodně všimá různých podnětů, ale není schopné

dávat pozor na to, co je obecně důležitější“. Porucha pozornosti se rozděluje na dvě formy:

- *Dítě přecitlivělé na podněty je neschopné odpoutat se od rušivých vlivů okolí.* Přecitlivělost na podněty, neschopnost utlumit vedlejší vlivy, neschopnost zaměřit pozornost na podstatné podněty a znaky způsobuje, že dítě věnuje nadměrnou pozornost všem podnětům bez rozdílu. Vzniká tak nesoustředěnost a roztržitost, která není způsobena nedostatkem, ale nadbytkem soustředění.
- *Dítě není schopné zaměřit a udržet pozornost, soustředit se.* Neschopnost zaměřit a hlavně udržet pozornost je způsobena zvýšenou unavitelností CNS. Ta se projevuje právě zvýšenou unavitelností pozornosti. Pozornost dětí s ADHD se při zaměřené činnosti rychle unaví a upadá. Dalším jevem spojeným s pozorností je její kolísání. Dítě s ADHD má díky tomu velké výkyvy ve výkonech, a nemá to zjevnou příčinu“.

Většina dětí s diagnózou ADHD trpí oběma typy poruchy pozornosti, může se však vyskytovat i pouze jedna z těchto forem. **(5)**

➤ Poruchy motoricko-percepční

Je to hyperaktivita s neschopností relaxace. Motorický výkon dítěte je zbrklý, nekoordinovaný a nepřesný. Špatná koordinace pohybů, poruchy symetrie, obtížná pravolevá orientace má příčinu v drobných neurologických odchylkách. Dítě trpí motorickou neobratností a poruchou vizuomotorické koordinace. **(14)**

Opět prakticky je to uvedeno v publikaci Vágnerová, M. str. 40 **(21)**: „Takové dítě je neustále v pohybu, který je neúčelný, z hlediska dané sociální situace nepřiměřený, a proto nápadný (např. ve škole, při vyučování)“. Ač se nám zdá, že každé malé dítě je hyperaktivní, úroveň pohybové aktivity u všech dětí roste do tří let jejich věku a po tomto roce se pohybová aktivita snižuje. Dítě s ADHD je však neobyčejně aktivní již v děloze před narozením. **(11)** Je plné nevyčerpatelné energie, je pro něj obtížné hrát si tiše nebo chvíli posedět. Vypadá neklidně. **(19)** Nedovede se zabavit samo, vyžaduje neustále pozornost, nikdy není spokojené a klidné. **(20)**

➤ Impulsivita

Je to tendence reagovat bez rozmyšlení, náhle a často nepřiměřeně podnětu. Impulsivita signalizuje vázanost na neschopnost odhadnout následky svého jednání nebo jednání nějak usměrnit. **(22)** Vágnerová, M. str. 84 **(21)** je toho názoru, že „hyperaktivní, impulsivní dítě nebývá schopné plánovat a ovládat svoje chování, brzdit momentální impulsy a regulovat svoje chování k nějakému vzdálenějšímu cíly“. Jedná zpravidla podle popudu a neohlíží se na následky. **(18)** Serfontein, G. str. 40 **(18)** tvrdí: „Udělá zpravidla to, co mu jako první prolétne hlavou. Nedokáže na nic čekat. Jakmile rodiče ihned nevyhoví jeho přání, začne se vztekat“.

Profesor Russell Barkley, specialista v oboru ADHD, že hlavním problémem u dítěte s ADHD je, že nedokáže ovládnout své reakce na signály, podněty nebo události nesouvisející nijak s tím, co právě dělá. **(11)**

➤ Labilní emoce a afekty

Jak Vágnerová, M. str. 41 **(21)** tvrdí: „Nadměrná pohotovost k aktivitě většinou zahrnuje i emotivitu. Podněty, které vyvolávají citové reakce, mohou vycházet z organismu i z vnějšího prostředí. Změny v oblasti emotivity bývají mnohdy více sekundárního charakteru, souvisejí s unavitelností a v tomto směru signalizují nižší frustrační toleranci“. Vágnerová, M. str. 50 **(21)** také uvádí: „Typický znakem jejich emocionálních odchylek jsou výrazné výkyvy nálad. Bývá citově labilní, se sklonem k afektivním výbuchům a jejich střídání nápadnou skleslostí a pasivitou

1.3.2. *Další symptomy ADHD*

➤ Problémy s pohybovou koordinací

Chroustová, P. (5) uvádí: „Problémy s koordinací jsou pro dítě s ADHD typické. Lze je třídit:

- Poruchy jemné motoriky - dítě má problémy s pohybem svalů ruky, dělá mu problémy psaní, zapínání knoflíků, zavazování tkaniček. Příčinou může být také omezená schopnost některých úkonů, ke kterým je potřeba opozice palce. Nedokonalá opozice způsobuje potíže při manipulaci s předměty.
- Poruchy hrubé motoriky, které se projevují jako neobratnost při chůzi, běhání, jízdě na kole a dalších pohybových aktivitách. Jedná se o narušení harmoničnosti a koordinace pohybů, vážně také vytváření automatických pohybů.
- Snížená schopnost cílených pohybů, kdy zvýšené motorické napětí neumožňuje relaxaci svalstva a pohyby jsou pak křečovité, nepřírozené a nepřesné“.
- Špatná senzomotorická koordinace – nedokáže sjednotit pohyb ruky a zrakové vnímání předmětu. Je to např. problém při míčových hrách.

Všechny tyto formy špatné koordinace a motoriky se dají shrnout do jednoho pojmu, kterým je **dyspraxie**. Je to vlastně motorická neobratnost nebo se také dá říct porucha praktických dovedností. (3)

➤ Poruchy spánku

Chroustová, P. (5) tvrdí, že „potíže se spaním u dítěte s ADHD se často vyskytují, jedná se ale hlavně o potíže s usínáním, o probouzení se v průběhu noci, o výskyt nočních děsů“. Názorem Serfonteina, G. str. 21 (18) dodávám, že „častým jevem bývá mluvení ze spánku a někdy i chození ve spaní“.

➤ Poruchy řeči

Problémy jsou jak v porozumění řeči, tak i v aktivní řeči. Porozumění mluvené řeči může být v nepochopení významu slov. Roli hraje i nedostatečná pozornost, kdy se dítě nesoustředí na to, co mu kdo říká. Aktivní řečový projev bývá problémem spíše ve formální stránce, tzn. v poruchách artikulace a rytmu. U těžších forem bývá typická artikulační neobratnost. Znamená to artikulaci těžkopádnou a neobratnou. Zní to asi tak, jako by dítě mluvilo a přitom mělo něco v ústech. **(21)**

➤ Poruchy učení

Obecně platným problémem je nižší využitelnost inteligence, horší výkon, který neodpovídá schopnostem tohoto dítěte. Řešení úkolových situací bývá u něj změnou dynamických psychických projevů. Projevuje se na jedné straně tendence ke stereotypu, rigiditě a splývavosti, na straně druhé impulsivní a chaotické řešení stylem pokusu a omylu. Nedovede skloubit jednotlivé části v celek a myslet globálně. **(21)**

Obtíže ve vnímání, poruchy pozornosti, motorický neklid, neobratnost a narušená řeč se spolupodílejí na vzniku poruch učení, které mohou být generalizované nebo postihovat pouze jednu oblast. **(21)**

U dítěte s ADHD se vyskytují i specifické poruchy učení. Nejběžnější je dyslexie (porucha čtení). Dále se objevuje dysgrafie (porucha psaní), dysortografie (porucha pravopisu) nebo dyskalkulie (porucha matematických schopností). 32% dětí trpí až dvěma poruchami. **(23)**

1.4. Příčiny vzniku ADHD

Pokorná, V. str. 131 **(14)** si myslí, že „mezi odborníky neexistuje shoda v tom, která neurologická nebo biochemická skutečnost vyvolává hyperaktivní poruchy“. Mezi možné příčiny tedy patří:

➤ **Mozková dysfunkce**

V knize Traina, A. str. 43 **(20)** je obsaženo, že „z výzkumu vyplívá, že u dítěte s ADHD je narušena funkce přenašečů signálů mezi neurony (neurotransmitery). Látky jako dopamin, norepinefrin a serotonin ovlivňují náš způsob myšlení, cítění a mimo jiné i schopnost koncentrace pozornosti. Jsou-li dysfunkční, jako u dítěte s ADHD, mohou být tyto pochody poškozeny a v důsledku toho může být vážně porušeno chování“.

➤ **Poškození mozku**

V době vývoje a zrání CNS mohou vzniknout drobné difúzní poruchy mozku. Je možné, že pak vedou k různorodým projevům v oblasti psychické, pohybové a vegetativní. Poškození může mít příčinu v různých vnějších vlivech v prenatálním období, během porodu, ale i v časném dětství. Typickým příkladem takových etiologických faktorů je asfyxie, tedy nedostatek kyslíku nebo krvácení do mozku, např. při porodu. Nelze zapomenout ani na vliv dědičně podmíněné dispozice k nerovnoměrnému zrání jednotlivých mozkových struktur. **(21)**

➤ **Genetika**

ADHD může být dědičnou záležitostí. Nejnovější studie odhalily skutečnost, že větší riziko při zdědění ADHD od příbuzného druhého stupně. Existuje větší riziko dědičnosti choroby po mužské linii, např. po dědečcích nebo strýcích, než po ženské linii, třeba po babičkách a tetách. Podle stále většího počtu důkazů je ADHD s největší pravděpodobností výsledkem sdílených genetických anomálií. **(11)**

➤ **Toxiny, alergické projevy a jídelníček dítěte**

Train, A. str. 44-45 **(20)** ve své publikaci uvádí: „Strava působí na chemické pochody v našem těle a pravděpodobně i na naše chování. Tento názor je tak rozšířený,

že za původce hyperaktivity se považují umělá barviva, konzervační přípravky a salicyláty. Tyto látky by se ve stravě dítěte neměly vyskytovat.

Problémové chování se spíše připisuje chemické nerovnováze v organismu než alergii na jisté potraviny. Doporučuje se tedy přijímat dostatek vitamínů. Studie prokázaly, že některé látky (kofein, čaj, limonády) ovlivňují aktivitu u většiny dětí“.

Munden, A. a Arcelus, J. str. 56 **(11)** doplňují: „Těžká otrava olovem může u dětí vyvolat vážnou encefalitidu a děti, které se uzdraví, trpí často příznaky nepozornosti a hyperaktivity“.

Avšak vystavení cigaretovému kouři nebo alkoholu před narozením může způsobit poškození mozku a jeho důsledkem mohou být projevy podobné příznakům ADHD. **(11)**

1.4.1. Co může podporovat hyperaktivitu

Dítěti s ADHD chybí běžné vzorce chování, především v oblasti autoregulace. Toto dítě je hyperaktivní, protože se nenaučilo regulovat chování podle situačních požadavků. V přirozeném průběhu dítěte jeho projevy dokáže regulovat jeho matka či snad ti nejbližší lidé, tj. zklidní např. jeho vzrušení tím, že jej pochovají. Dítě se z takové zkušenosti učí a stává se díky tomu méně závislé. Později se dokáže regulovat i samo. **(21)** Jak tvrdí Vágnerová, M. str. 55 **(21)**: „Důležitou podmínkou této varianty učení je možnost dosáhnout pocitu jistoty a bezpečí ve vztahu s matkou. Stabilní a spolehlivá vazba sama o sobě podmiňuje uklidnění a uvolnění, tedy eliminaci neklidu a napětí, které je dáno nejistotou“.

Hyperaktivita a upoutávání pozornosti všemi možnými objekty se může projevit i v získání úsilí o citové uspokojení. V důsledku přetrvávající nejistoty a potřeby vázanosti na dospělou osobu se dítě nedokáže osamostatnit v oblasti regulace vlastní aktivity. Takové dítě se potřebuje identifikovat s rodiči, aby vědělo, jak se má správně chovat. Tím si postupně dítě určitý způsob chování zvnitřní a snaží se v tomto směru osamostatnit. Jeho nejistota tedy vede k vnitřnímu napětí a neklidnému chování. **(21)**

V batolecím věku ze pro něj zvyšuje význam pochopení řádu a pravidel. Díky tomu se lépe orientuje v prostředí. „Součástí takových pravidel, jak píše Vágnerová, M. str. 56 **(21)**, je určitá základní regulace aktivity dítěte, rozlišení okolností, kdy je možné být aktivní a kdy je nutné být v klidu“. Samo neumí tlumit svoje jednání, musí mít na to podněty z venku, od dospělých. **(21)**

Je třeba mu zprostředkovat ty řády a pravidla, které je schopno chápat. Musí být však dospělým adekvátně vedeno. Pokud se tak nestane, projevy jeho chování se stávají chaotické. **(21)**

Vágnerová, M. str. 57 **(21)** tvrdí: „V dnešní sociokulturní situaci lze považovat za rizikový faktor obecně nadměrnou nabídku podnětů a oslabení typického rodičovského chování, které by dítě regulovalo a vedlo k naučení a přijetí určitých norem chování“.

Příčinou hyperaktivity může být nadměrná a necitlivá stimulace, tedy časté omezování a zakazování činnosti neúměrnými příkazy. **(21)**

Pokud rodiče vyžadují pokaždé něco jiného, nebo nevyžadují nic, nemají o něj zájem, nemůže dítě dostat potřebného klidu, tudíž je jeho chování neklidné. Nemá potřebnou zkušenost s jakýmkoli řádem. Neodhadnutelnost reakcí rodičů tudíž vede k tomu, že na dospělé dítě přestává jakkoli reagovat. **(21)**

Je zvyklé na vedení dospělého, který se jim přizpůsobuje, nezvládnou požadavky od učitelek a adaptaci na školní třídu. Bývá to např. v situaci, která bývá pro dítě nepoznaná. **(21)**

1.5. Výskyt ADHD

Údaje se sice liší podle toho, v které části světa se průzkum prováděl, u jaké populace a jaká diagnostická kritéria byla použita, zdá se, že ADHD se vyskytuje v celosvětovém na celém světě u 1-5% obyvatelstva. **(11)** U nás je tomu tak, že odborníci odhadují, že je postiženo 3-10% dětí školního věku, přičemž odbornou literaturou nejčastěji uváděné hodnoty jsou 3-5% procent. ADHD se mnohem častěji

objevuje u chlapců. U dívek se častěji vyskytuje porucha pozornosti bez hyperaktivity. (17)

1.6. Důsledky ADHD

„Mnohé odchylky v osobnostním vývoji neklidného dítěte vznikají sekundárně. Jsou důsledkem negativních reakcí jeho okolí na typické projevy tohoto dítěte“, uvádí ve své knize Vágnerová, M. str. 85 (22). Hyperaktivní dítě bývá často odmítáno, zažívá častěji kritiku, bývá obyčejně hodnoceno jako neúspěšné. Mnohdy lze mluvit až o deprivaci v oblasti potřeby citové akceptace a sociálního kontaktu. Reakcí na zátěž negativní zkušenosti bývá nějaká forma obrany, což může být náhradní uspokojování. To se projevuje různým způsobem, tj. vlezlostí, agresivitou. Hyperaktivní dítě si v důsledku stálé kritiky okolí vytváří převážně negativní obraz vlastní bytosti jako jedince nežádoucího, neschopného a neúspěšného. Představuje značnou zátěž pro celou rodinu, pro rodiče i sourozence. Specifické potíže se objevují i ve vztazích s vrstevníky. (22)

Vágnerová, M. str. 42 (21) je také toho názoru, že „hyperaktivní dítě vyvolává napětí ve všech lidech, kteří s ním musí být v delším kontaktu. Jeho problémem je, že působí nepříjemně a tomu obyčejně odpovídá zpětná vazba, kterou dostává“.

Rodiče, často i proti svému úmyslu, mu dávají najevo spíše odmítání než to, že by ho přijímali bez výhrad. (21) Dítě s ADHD často potřebuje spát méně než ostatní, z čehož jsou všichni v rodině chronicky unavení. Neustálé breptání, hluk, pohyb, hádky – to je typický obrázek rodinného života podle popisu rodičů. Rodiče mívají dojem, že se jich přátelé straní. Myslí si, že je chování jejich dítěte vyčleňuje ze společenského života. (2)

Rodiče často vyzkoušeli všechno možné, aby se jejich dítě chovalo lépe. Ničí je opakující se stížnosti na chování dítěte ve škole. Rodiny často uvádějí, že mají vážné manželské problémy, alespoň zčásti způsobené projevy ADHD jejich dítěte. (11)

Existují děti, jejichž chování bylo v důsledku ADHD tak špatné, že je ostatní vyloučily ze své společnosti. Nikdo nebyl ochoten tolerovat jejich nadměrnou rušivost a často hrubé projevy. Mohlo se dokonce stát, že je nepřijali do mateřské školy. **(11)**

Skupina dětí projevů dítěte s ADHD ještě více zvyrazňuje. Skutečný problém se tedy už musí začít řešit ve školském zařízení. K tomu viz níže.

1.7. Terapie ADHD

➤ Farmakoterapie

Train, A. str. 47 **(20)** tvrdí, že „nejpoužívanějším preparátem pro léčbu ADHD je stimulantium metylfenidát. Je znám pod komerčním názvem Ritalin. Předpokládá se, že tento přípravek posiluje účinnost neurotransmiterů. Při užití stimulantia je dítě schopno se lépe soustředit a jeho impulzivní a hyperaktivní chování se utlumí. Neexistuje žádný důkaz, že by tento lék byl návykový. Dalšími léčivými pro tuto poruchu jen tak pro uvedení jsou Dexadrin, Impramin, Clonidin, Propranolol aj“.

Mezi nápravné lékařské metody patří:

- EEG-biofeedback

Je to trénink funkcí nervové soustavy přímo na úrovni aktivace pozornosti a soustředění, posílení vůle, sebeovládání aj. **(8)**

- Pohybová rehabilitace

Znamená to aktivaci ochablého svalstva a zlepšení motorické koordinace. **(8)**

➤ Psychoterapie

Máme-li dítěti pomoci zlepšit jeho život, musíme si představit, jaké to je být dítětem. **(11)** Pro potřebu problematiky vývojových poruch chování se jí zabývají např. speciálně pedagogická centra, nebo pedagogicko - psychologické poradny.

Speciálně pedagogická centra jsou zaměřena na komplexní, pravidelnou a dlouhodobou práci s dětmi s postižením a jejich rodinami. Zabývají se především depistáží, kompenzací a reedukací. Zajišťují podporu běžným školským zařízením, které se zabývají integrovaným vzděláváním.

Pedagogicko – psychologické poradny pomáhá řešit výukové a výchovné problémy u dětí předškolních zařízení, žáků základních, středních a speciálních škol a školských výchovných zařízení. Zajišťuje odborné pedagogicko – psychologické služby. Provádí pedagogicko – psychologická zařízení žáků a dětí, metodicky pomáhá pedagogickým pracovníkům, výchovným poradcům a rodičům. **(16)**

Do psychologické a speciálně pedagogické intervence dítěte s ADHD spadá např.:

- Výcvik rodičů a behaviorální terapie

V publikaci Mundena, A. a Arcela, J. str. 89-90 **(11)** se píše: „Techniky využívané k výcviku rodičů pracují v první řadě s rodiči samotnými, nikoli přímo s dítětem. Terapeut nejprve zjišťuje celkový rozsah a podstatu problému, jak vznikly a jak je rodiče doposud zvládali. Pak ze škály psychologických postupů nápravy vybere ty, jež jsou vyhovující pro konkrétní rodinu, a spolu s rodiči připraví plán nápravy, který jim pak pomůže zavést do praxe“.

V ideálním případě musí v rodině existovat jednotný způsob výchovy. Rodiče se musí dohodnout na stejných postupech.

Pomoc při zvládnání nežádoucí chování dítěte a podporovat projevy dobrého chování mohou poskytnout různí školení odborníci. Někde se konají přednášky

a speciální výcviky pro rodiče. Pořádají je například speciální pedagogové nebo psychologové.

Řada technik na zlepšení chování vychází z behaviorální terapie a vhodně přizpůsobená může být s úspěchem použita i u dítěte s ADHD. **(11)** Podle Mundena, A. a Arcela, J. str. 90 **(11)**: „Behaviorální terapie je založena na využívání principu učení k získání žádoucích reakcí a vzorců chování výměnou za nežádoucí. Terapeut používá konkrétní příklady ze života dítěte a snaží se, aby je dítě pochopilo a dokázalo jich využít při řešení potíží, které se vyskytují v každodenním životě“.

- Rodinná terapie

Rodinní terapeuti většinou považují problém ADHD za záležitost celé rodiny. Neomezují ho pouze na dítě samo. Nehledají obvykle příčiny, soustřeďují se však na zlepšení komunikace, také na porozumění mezi členy rodiny s cílem pomoci jim najít vlastní řešení problémů, které ADHD a jiné okolnosti způsobily. **(11)**

- Individuální práce (psychodynamická terapie)

Některé projevy ADHD jsou alespoň zčásti výsledkem brzkých životních zkušeností. Terapeuti pak pracují s dítětem individuálně. Je to příležitost, kdy dítě může odhalit své myšlenky, pocity a zkušenosti v soukromí, aniž by hrozilo nebezpečí, že rozzlobí rodiče, kteří tím navíc mohou nalézt oporu v dalším členovi terapeutického týmu. **(11)**

Terapeut může zvolit formu hry, výtvarného nebo dramatického projevu, hraní rolí. Pomůže tak malému dítěti, které má potíže vyjádřit své pocity slovy. Snaží se navázat s dítětem dobrý, bezpečný a přátelský vztah, zprostředkovat mu pozitivní zkušenost a využít takového vztahu k tomu, aby pomohl dítěti v dalších oblastech jeho života. **(11)**

Mnoho dětí pak snáze pochopí, jaký má smysl to, co se stalo a co se děje nyní. Lépe porozumí i sobě samotným. Když pak porozumí vlastnímu chování a chování ostatních lidí, může se dostavit i úleva a značné zlepšení každodenního života. (11)

1.8. Dítě s ADHD ve škole

Správný výběr školy je pro dítě a ADHD nesmírně důležitý. Každé dítě potřebuje dobrou školu, ale na rozdíl od běžné dětské populace má mnohem menší možnost výběru. (18)

Dítě s ADHD může být vzděláváno v běžných třídách základních škol, ve speciálních třídách nebo speciálních školách, kde je vzděláváno a aktivizováno cíleně se zaměřením na zmírnění projevů hyperkinetického syndromu. Já se budu blížeji zabývat integrací dítěte s ADHD do běžných tříd základních škol. Pokud tedy není postižení dítěte těžké, mohlo by navštěvovat normální školu. (7) Kerrová, S. str. 89 (7) si myslí, „že by to mělo být možné i přesto, že stav dítěte vyžaduje některé specifické přístupy“. Je třeba se zajímat o školy v okolí a ptát se jiných rodičů na zkušenosti s jednotlivými školami. (7)

Dle odborníků bude postižené dítě šťastnější a lépe připravené pro život, když mu bude poskytována speciální péče v rámci běžné školy. Studie dokazují, že děti s nějakým postižením chtějí raději zůstat v normální škole, než se vracet do speciální. I jejich rodiče mají na to stejný názor. Také lépe prospívají v sociální a citové oblasti, mají větší sebedůvěru a jsou samostatnější. Dokáží i lépe přijmout svoje postižení. Mnoha rodičům vyhovuje běžná škola i z jiných důvodů. Většinou lépe zapadne do rytmu každodenního rodinného života a je pro ně větším společenským normálem. (7)

1.8.1. Školní prostředí

Jak uvádí Train, A. str. 78 (20): „Problémy chování se mohou projevit až ve chvíli, kdy dítě zahájí školní docházku. Zde to ale ještě nemusí znamenat, že má ADHD, ale že je snadno zranitelné a citlivě reaguje na okolí. Na druhou stranu

se skutečně může jednat o ADHD a sebemenší nároky, které škola na dítě klade, v něm mohou vyvolat pocit ohrožení.

Mnohým dětem s ADHD, pro které je typická nesoustředěnost a impulsivita, připadají školní úkoly příliš obtížné. Jakmile zůstanou trochu pozadu, zhoršuje se jejich chování.

Některé děti se velmi obávají zkoušení a nejsou schopny se vyrovnat s nároky, které na ně učitele a rodiče kladou. Mělo by začínat s tím, co už umí a teprve pak zkoumat něco nového. Často však dostává úkoly, které by ve svém věku sice mělo zvládat, ale samo si s nimi neporadí. Dítě s ADHD je v tomto směru na tom ještě hůře, protože působí živým, bystrým a inteligentním dojmem. Fakt, že se obtížně soustředí, a tím si i hůře pamatuje, bývá často přehlížen“..

1.8.2. Pedagog a dítě s ADHD

Učitelé, kteří mají se svými žáky dobré vztahy, jsou v lepší pozici při udržování kázně, jsou dětmi kladně posuzováni a je jim promíjeno, když se někdy dostanou do nesnází. Naproti tomu učitelům, kteří se svými žáky příliš nevycházejí, připadá obtížné přimět děti ke společné práci. Pokud udělají chybičku, děti toho hbitě zneužijí.

(10)

Train, A. str. 76 **(20)** tvrdí: „Učitelé, kteří nerozpoznají symptomy poruchy, mohou těmto dětem zadávat nepřiměřené úkoly. Ty nejsou schopny je řešit a v důsledku toho jsou považovány za líné či nekooperativní“. Takové projevy mu připadají jako důsledek nedostatečné snahy a úsilí, považuje je za malý respekt ke školní práci. Myslí si spíše, že je to důkazem nedostatečných morálních kvalit dítěte, které se nesnaží a nedělá to, co by mělo. Učiteli vadí, že dítě vybíjí svou energii neúčelně, že ji nevyužije pro činnost smysluplnou, v tomto případě učení. **(21)**

V knize Vágnerové, M. str. 45 **(21)** se píše: „Schopnost sebekontroly bývá u hyperaktivního dítěte narušena v různé míře. Některé děti jsou schopny určitého sebeovládání a vytrvalosti ve školní práci jen s pomocí učitele. Ten představuje bytost, ke které se může závislé a nezralé dítě připoutat a očekávat od ní pomoc v regulaci vlastního chování.

Neschopnost respektovat školní normy považuje učitel za nevychovanost. Dítě jej svými projevy obtěžuje a učitel navíc cítí malou efektivnost vlastních výchovných snah. Neklidný žák je pro něj jen zdrojem potíží“.

Učitel se domnívá, že dítě se nesnaží chovat se lépe, že se v jeho chování projevuje nedostatek respektu ke škole i k učiteli jako autoritě. **(21)**

1.8.3. Potíže ve vztazích s vrstevníky a spolužáky

Děti mají vysoké nároky na sebe navzájem. Nějakou dobu trvá, než se u nich vyvinou takové sociální dovednosti, které k udržování vzájemných vztahů potřebují. Co se týče školy, v prvních dvou ročnících je obvyklé velmi rychlé střídání kamarádů a herních partnerů, než aby se vytvořil nějaký stabilní koncept přátelství. **(15)**

Train, A. str. 77 **(20)** je toho názoru, že „dítě s ADHD nedokáže udržet pozornost, je impulzivní a tyto jeho vlastnosti vedou nevyhnutelně k tomu, že má víc nepřátel než kamarádů. Možná by se do skupiny rádo zařadilo, ale nemůže“. Mívá tedy málo kamarádů, a když už nějaké mají, bývají to často děti podobné, s poruchami chování. **(11)** Opakované odmítání od vrstevníků může mít špatné následky na sebevědomí dítěte a na jeho další chování. **(11)**

Dítě s ADHD je vystaveno většímu riziku šikany. Vzhledem ke své neschopnosti najít si přátele může začít ostatní šikanovat a stane-li se samo obětí šikany, není schopno vzdorovat a „stáhne se do ulity“. **(20)**

1.8.4. Integrace, integrované vzdělávání

Integrované vzdělávání jsou přístupy a způsoby zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Cílem je poskytnout žákům společnou zkušenost s jejich zdravými vrstevníky a přitom respektovat jejich specifické potřeby **(16)**

Ivanová, S. **(6)** uvádí: „Integraci lze definovat jako stav soužití postižených a nepostižených při přijatelné míře konfliktnosti, jako stav vzájemné podmíněnosti.

Integrace patří k základním fenoménům rozvoje osobnosti a utváření kvality života zdravotně a sociálně postižených. Bezprostředně souvisí s řešením problémů emancipace. Integrace se týká jednak vlastní osobnosti postiženého, jednak jeho okolí“.

Jako teoretický pojem ji můžeme chápat jednak jako stav časově podmíněný, ale také jako proces, dynamický a měnlivý v závislosti na mnoha činitelích vnitřních a vnějších. Stav integrace nelze dosáhnout najednou, nýbrž postupně v jednotlivých fázích – vývojových stupních integrace. Ne všichni jedinci jsou schopni plné integrace dosáhnout, záleží na míře postižení, na věku jedince, na kvalitě péče a mnoha dalších faktorech **(13)**

1.8.4.1. Pedagogická integrace

Ivanová, S. **(13)** je také toho názoru, že „v tomto smyslu ji chápeme jako dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací. Integrace je nejšířejí i nejlépe metodicky a organizačně propracována v oblasti školství“.

1.8.5. Praktické postupy při pomoci v integraci ve třídě

1. Děti ve školním věku potřebují mít dobré vztahy se svými vrstevníky. Dítě s hyperkinetickým syndromem nebývá oblíbené u svých vrstevníků. **(14)**
Je konfliktní při hrách a společných aktivitách, svou zbrklostí společnou činnost může přerušit. Řešením není, že dítě je vyloučeno ze hry nebo je stále napomínáno. Naopak takové dítě potřebuje porozumění a podporu dospělého, aby se zklidnilo a bylo přijímáno ostatními dětmi. Mnoho záleží na tom, jaký má k dítěti s ADHD postoj sám učitel. Jeho chování a přístup k takovému žákovi je modelem pro chování všech dětí ve třídě. Důležité také je, zda o potížích dítěte dovede s jeho spolužáky věrohodně, otevřeně a s porozuměním hovořit. **(14)**

Je tedy třeba citlivého přístupu učitele, který problémové dítě neztrapňuje a neponižuje před ostatními. Pro žáky s ADHD je příznačné, že často sami sebe považují za neschopné. Je pro ně primárně důležité, aby si zachovaly sebeúctu.

(17)

Je špatné připouštět názor, že problematické dítě je zlo. Je třeba pěstovat ovzduší vzájemné pozitivní podpory, sníží se tím negativní účinky nevhodných projevů dětí ve skupině. Ostatní členové skupiny dítě snáze přijmou – neodmítnou ho kvůli jeho nevhodnému chování, ale začnou tento fakt považovat za něco odděleného, co je potřeba léčit. **(20)**

2. Dítě s poruchou pozornosti potřebuje třídu s určitou strukturou. Taková třída přitom má být netradiční, účelná a stabilně uspořádaná. Musí poskytovat dostatek sluchových a zrakových předmětů. Dítěti s ADHD je třeba poskytnout řád a strukturu prostřednictvím srozumitelné komunikace, přesného určení toho, co se od něj očekává, jasných pravidel, promyšlených reakcí na určité projevy jejich chování. Zadávané úlohy je jim třeba rozlišit na menší části, které lze postupně zvládnout. Přitom by učitel měl řešení úkolu názorně předvést, navést dítě pomocí srozumitelných instrukcí a požadavků a poskytnout mu zpětnou vazbu. Tomuto dítěti je rovněž nutno pomáhat s uspořádáním pomůcek, pracovního prostoru, se zapojením do skupiny, v situacích, kdy se musí rozhodovat mezi několika alternativy. Je třeba mu dát dostatek času. **(17)**

Deissler, H.H. str. 12 **(1)** si myslí, že „velký význam pro integraci má skupina o menším počtu dětí. Sociologové zdůrazňují, že člověk se cítí doma v malé skupině. Skupina 7 nebo 8 dětí je podle nich ještě únosná“.

3. Dítě by mělo být pozitivně hodnoceno, pokud prokáže určitou schopnost. Má být upozorněno na to, co dělalo správně. Je třeba však používat pochval za konkrétní schopnosti. Kromě toho se tím nezasahuje tolik do dynamiky vztahů ve třídě. Když je dítě obecně pochváleno před spolužáky, může mít pocit,

že ho učitel vyděluje. Ono potřebuje patřit mezi ostatní spolužáky a být jimi přijímáno.

Pochvala a pozitivní hodnocení působí jako zpevnění žádoucího chování. K posilování žádoucího chování je vhodné využívat také činností, které má dítě rádo. **(14)**

4. Terapeuticky není pro toto dítě vhodná činnost, která je spojena s rychlostí a závoděním. Soutěžením se podporuje impulsivní chování a zbrkllost. **(14)**
5. Velmi významná je spolupráce s rodiči. Je důležité, aby se rodičům vedle stížností na chování sdělovaly i pozitivní postřehy o jejich dítěti. Je dobré jim popsat metody, kterými se učitel snaží ve třídě problémy zvládnout. **(14)**

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1. Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je „zjištění stavu integrace dětí s hyperkinetickým syndromem do kolektivu ostatních dětí ve školských zařízeních. Chtěla jsem také prověřit, které projevy této poruchy a jakým způsobem ovlivňují jejich integraci a navrhnout, kterými opatřeními ji lze podpořit.“

2.2. Hypotézy

Jako hypotézu pro moji bakalářskou práci na téma „Problematika dítěte s hyperkinetickým syndromem a jeho integrace do mateřských škol a do běžných tříd základních škol“ jsem zvolila:

Dítě s hyperkinetickým syndromem má problémy s integrací jak v mateřských školkách, tak v běžných třídách základních škol.

3. METODIKA

3.1. Použité metody a techniky výzkumu

Pro potvrzení či vyvrácení hypotézy jsem použila kvantitativní metodu dotazování za použití techniky dotazníku.

3.1.1. *Technika dotazníku*

Dotazníky jsem rozdávala do mateřských škol a 1.stupně základních škol. Dále jsem je roznesla do speciálně pedagogických center a pedagogicko – psychologických poraden. Ze 126 (100%) rozdaných dotazníků se mi jich vrátilo 64 (51%). Všechny 64 dotazníků jsem použila ke zpracování mého výzkumu.

Dotazník tvoří dvě části. Do otázky č. 9 byl určen pro všechny respondenty šetření, od této otázky už byl blíže specifikován pouze pro pracovníky mateřských a základních škol.

Tvoří ho tedy celkem 15 otázek, přičemž otázky č. 2, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14 a 15 jsou uzavřené. Respondent si musí vybrat jednu z určených možností. Otázky č. 1 a 9 jsou otevřené. Zde respondent vypíše otázku svými slovy. U otázek č. 3, 4, 5 a 6 se k jednotlivým možnostem přiřazují čísla, využívám tedy číselné škály. Konkrétně u otázky č. 3 a 4 jsou to čísla 1 až 5. Odpovědi u otázky č. 5 tvoří čísla 1 až 4 a odpovědi u otázky č. 6 1 až 7. Otázky č. 8 a 10 jsou otázkami filtračními. Pokud na ně respondent odpověděl záporně, nemohl vyplít otázku následující.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

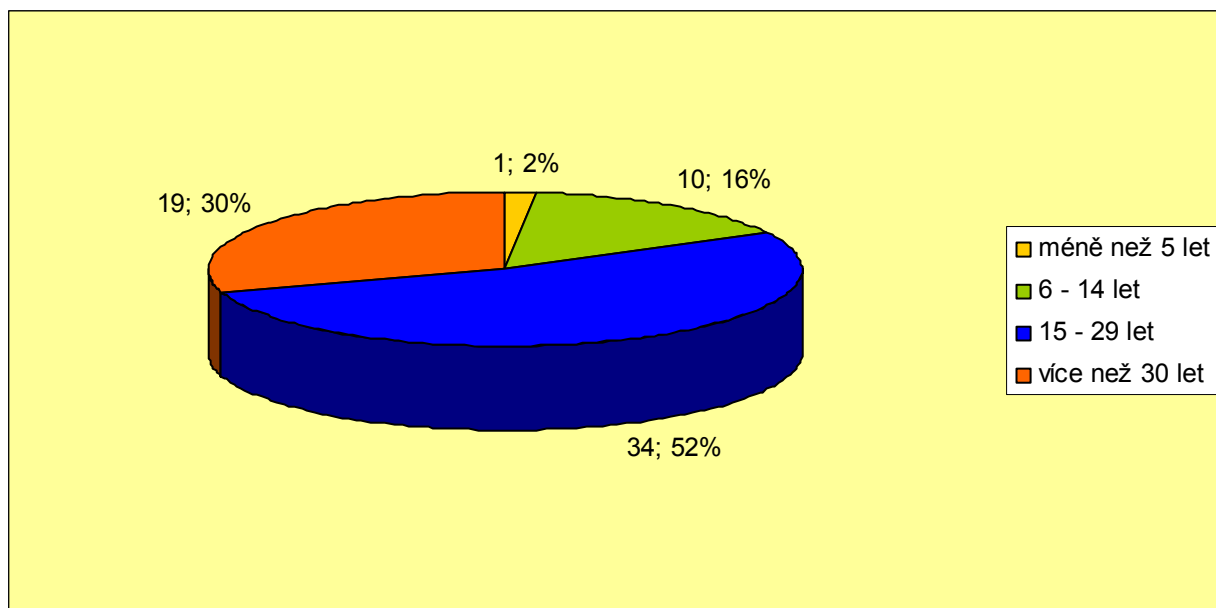
Dotazníky byly určeny pro učitele mateřských škol a běžných tříd základních škol, pracovníky speciálně pedagogických center a pedagogicko – psychologických poraden. Část dotazníků jsem roznesla v místě mého bydliště, tedy ve Žďáře nad Sázavou a okolí a v Českých Budějovicích.

Jak už jsem se zmínila, část otázek, konkrétně od otázky č. 10, bylo určeno pouze pro učitele mateřských a základních škol. Důvodem byla bližší specifikace pro třídu nebo skupinu dětí.

Výzkumný soubor jsem rozdělila do 4 skupin podle počtu let praxe v pedagogické oblasti. A to z účelu srovnání některých odpovědí.

4. VÝSLEDKY

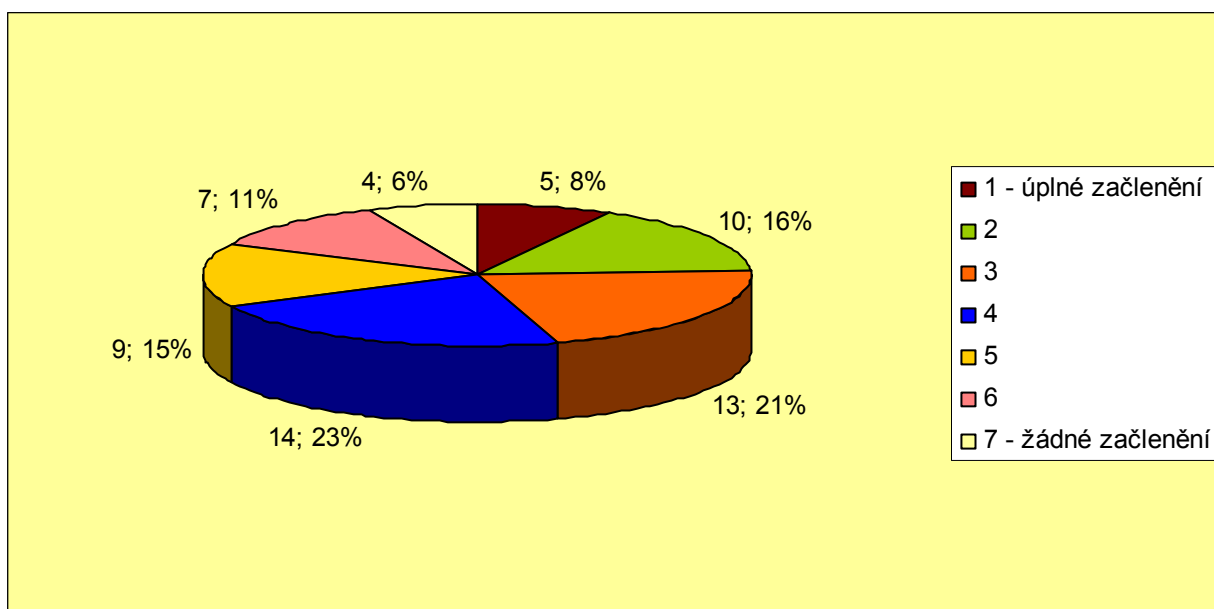
Graf č. 1: Jak dlouho se pohybujete v pedagogické oblasti?



Zdroj: Vlastní výzkum

Do skupiny „méně než 5 let“ spadá 1 dotazovaný (2%). Skupinu respondentů od „6 – 14 let“ tvoří 10 dotazovaných (16%). 34 respondenty (52%) se na mém výzkumu podílí skupina „15 – 29 let“. Poslední skupinu tvoří dotazovaní, kteří se v pedagogické oblasti pohybují „více než 30 let“. Tato skupina můj výzkum doplňuje 19 respondenty (30%)

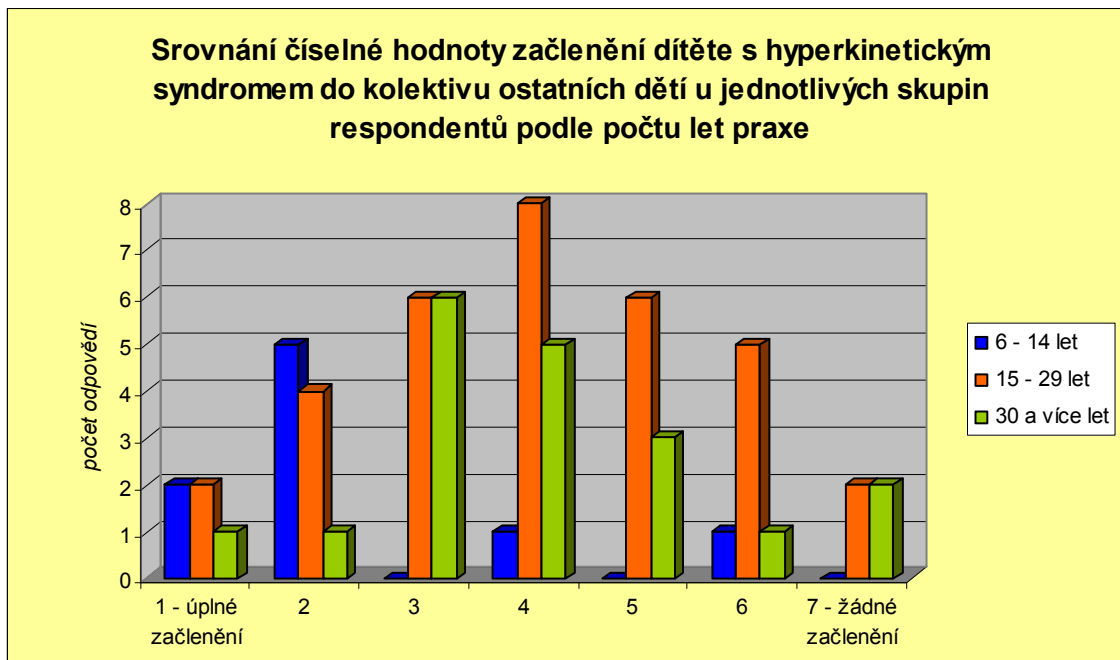
Graf č. 2: Jak hodnotíte začlenění dítěte s hyperkinetickým syndromem do kolektivu ostatních dětí?



Zdroj: Vlastní výzkum

Číslo „1“, tedy úplné začlenění označilo 5 respondentů (8%). Variantu s číslem „2“ použilo 10 dotazovaných (16%). Číslem „3“ odpovídalo 13 respondentů (21%) a číslem „4“ 14 respondentů (23%). Možností s číslem „5“ odpovídalo 9 dotazovaných (15%). Číslo „6“ označilo 7 dotazovaných (11%). Poslední variantu, tedy číslo „7“, žádné začlenění, použili 4 respondenti (6%).

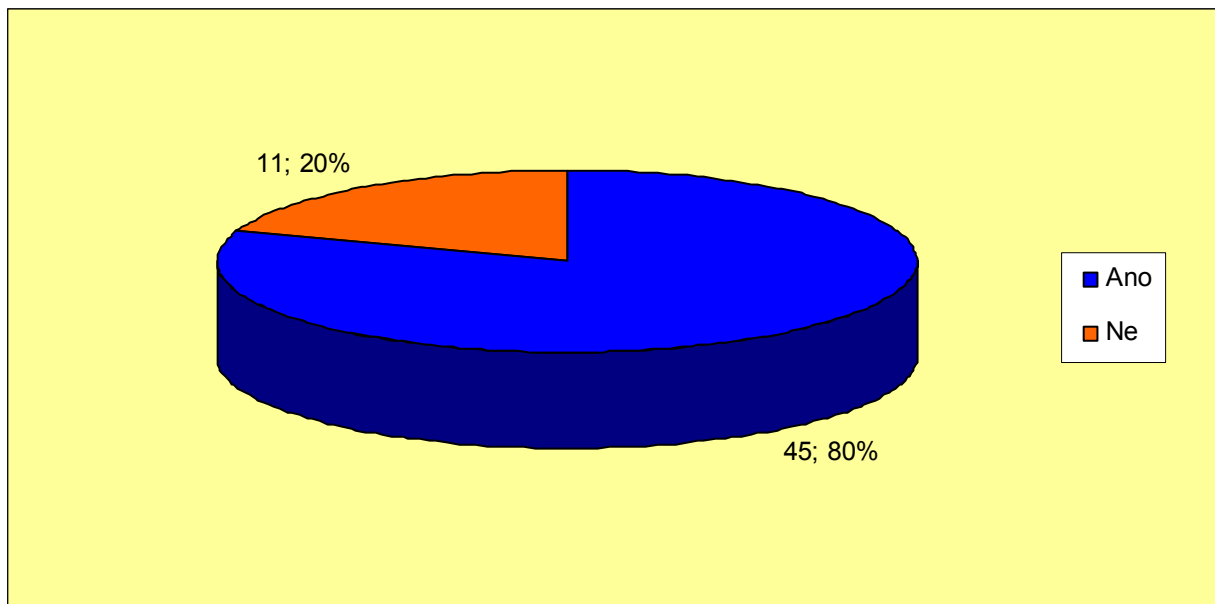
Graf č. 3



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že kategorie „do 5 let praxe“ ani jednou neoznčila odpověď č. „1, 2, 4, 5, 6 ani 7“. Číslo „3“ použila 1krát. Kategorie „6 – 14 let“ použila č. „1“, tedy úplné začlenění, 2krát, č. „2“ 5krát, č. „3“ ani jednou, stejně tak čísla „5 a 7“. Čísla „4 a 6“ použila 1krát. Z kategorie „15 – 29 let“ na „úplné začlenění“ odpověděli 2 respondenti, 4 respondenti číslem „2“, 6 respondentů č. „3“, 8 respondentů č. „4“, 6 respondentů č. „5“, 5 respondentů číslem „6“ a 2 respondenti č. „7“. Z poslední kategorie, tedy „30 a více let“ 1 dotazovaný použil čísla „1, 2 a 6“. Číslem „3“ odpovídalo 6 respondentů, 5 respondentů číslem „4“ a 3 dotazovaní číslem „5“. Možnost „žádné začlenění“ použili 2 respondenti.

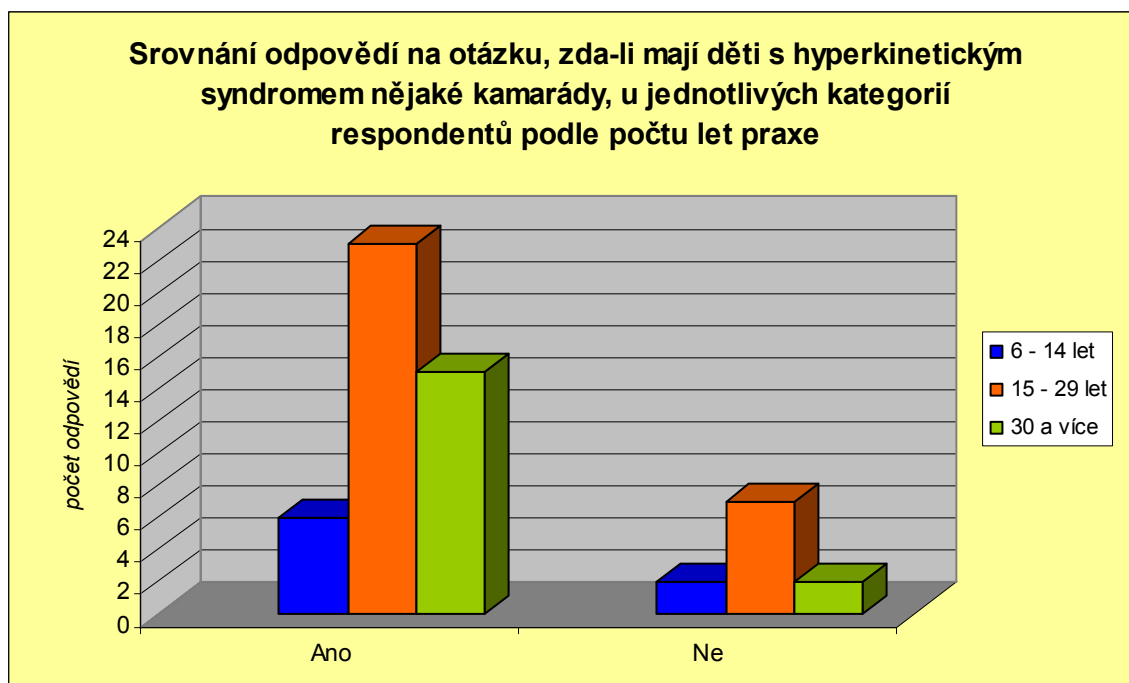
Graf č. 4: Mají děti s hyperkinetickým syndromem nějaké kamarády?



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo 45 respondentů (80%), že mají kamarády a 11 respondentů (20%), že žádné kamarády nemají.

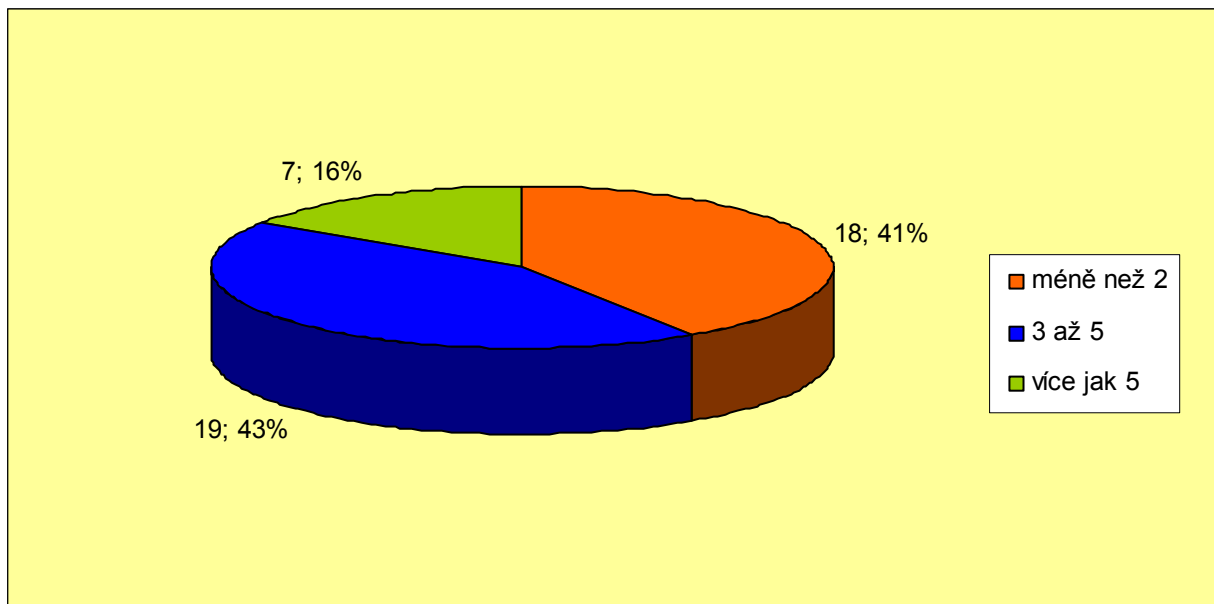
Graf č. 5



Zdroj: Vlastní výzkum

V kategorii „6 – 14 let“ odpovědělo možností „ANO“ 6 respondentů a 2 respondenti využili možnost „NE“. 23 respondentů z kategorie „15 – 29 let“ odpovědělo možností „ANO“ a 7 respondentů ze stejné kategorie odpovědělo možností „NE“. Variantu „ANO“ použilo 15 respondentů a variantu „NE“ 2 respondenti z kategorie „30 a více let“.

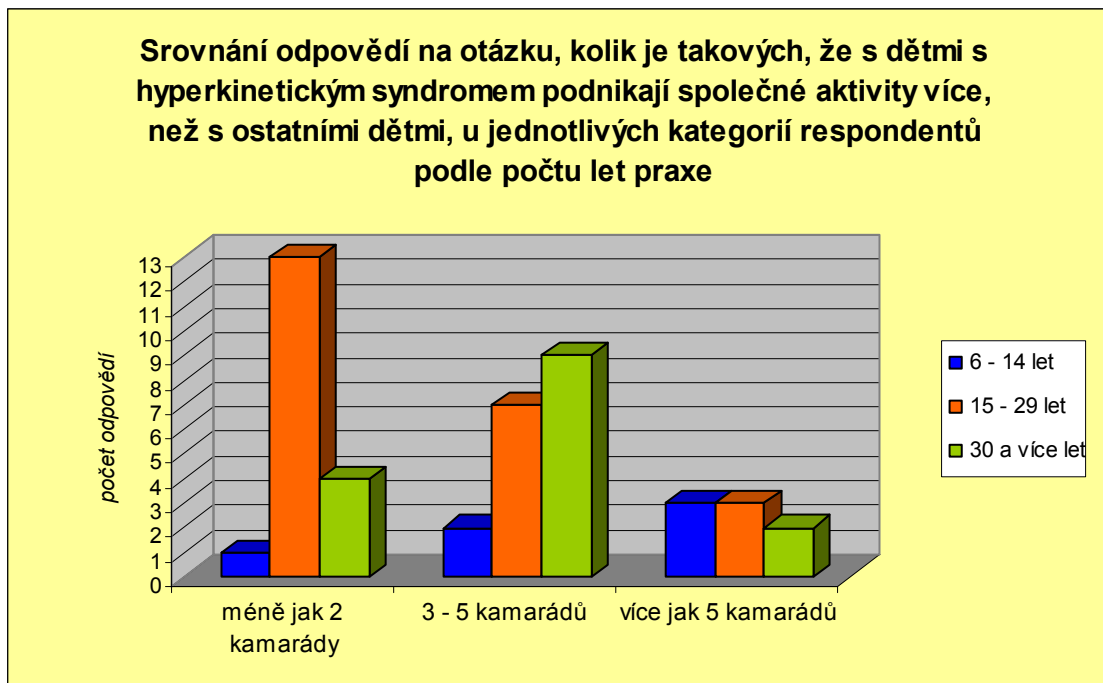
Graf č. 6: Kolik je jich takových, že s dětmi s hyperkinetickým syndromem podnikají společné aktivity více než se zdravými dětmi?



Zdroj: Vlastní výzkum

Odpověď „méně než 2 kamarádů“ použilo 18 respondentů (41%). Možnost „3 – 5 kamarádů“ označilo 19 respondentů (43%) a 7 respondentů (16%) odpovědělo, že mají „více jak 5 kamarádů“.

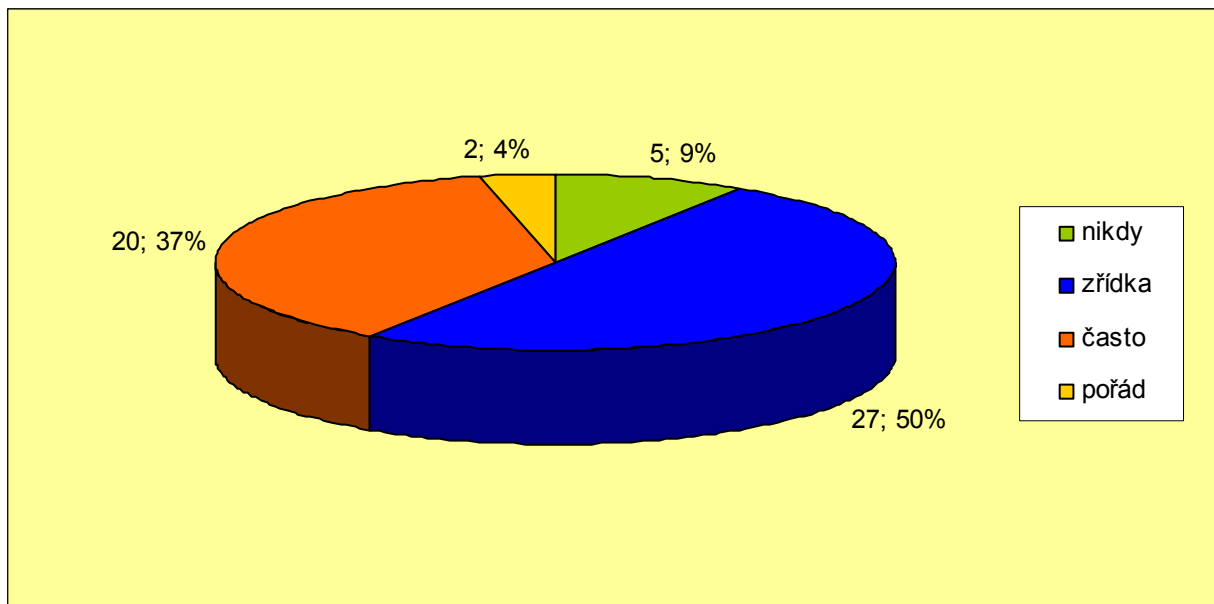
Graf č. 7



Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie „6 – 14 let“ dopovídala možností „méně jak 2 kamarády“ 1krát, možností „3 – 5 kamarádů“ 2krát a možností „více jak 5 kamarádů“ 3krát. V kategorii „15 – 29 let“ použilo variantu „méně jak 2 kamarády“ 13 respondentů, variantu „3 – 5 kamarádů“ 7 respondentů a variantu „více jak 5 kamarádů“ 3 respondenti. Možnost „méně jak 3 kamarády“ označili 4 respondenti, možnost „3 – 5 kamarádů“ 9 respondentů a možnost „více jak 5 kamarádů“ 2 respondenti z kategorie „30 a více let“.

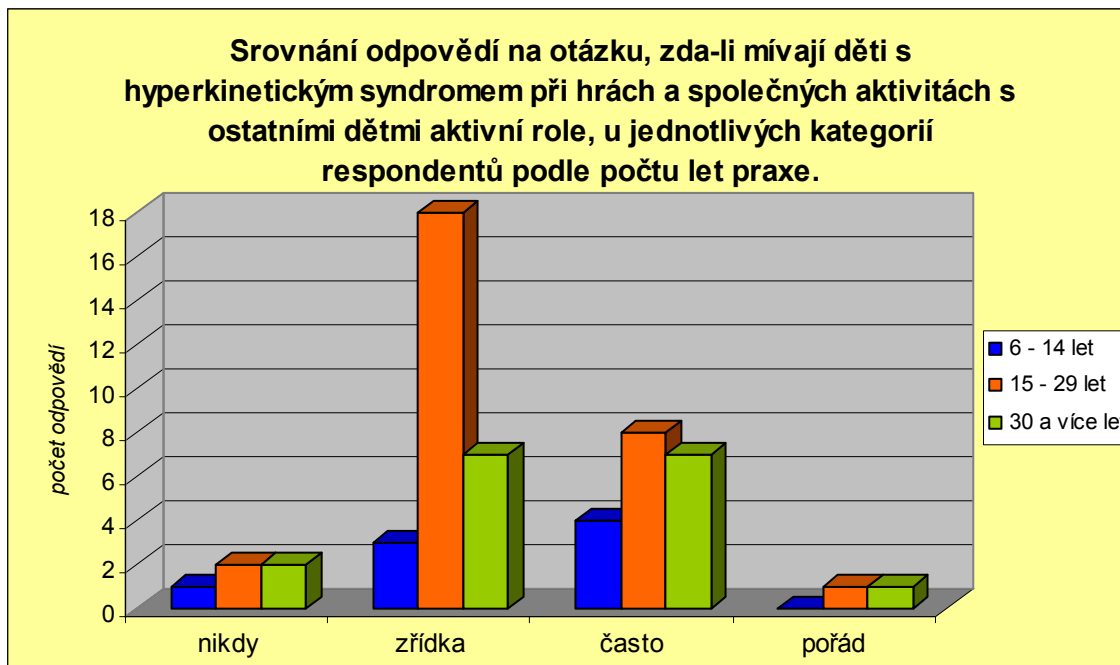
Graf č. 8: Mívají děti s hyperkinetickým syndromem při hrách a společných aktivitách s ostatními dětmi aktivní role?



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že variantu „nikdy“ použilo 5 dotazovaných (9%). S možností „zřídka“ odpovědělo 27 respondentů (50%) a s možností „často“ 20 respondentů (37%). Poslední variantu použili pouze 2 respondenti (4%).

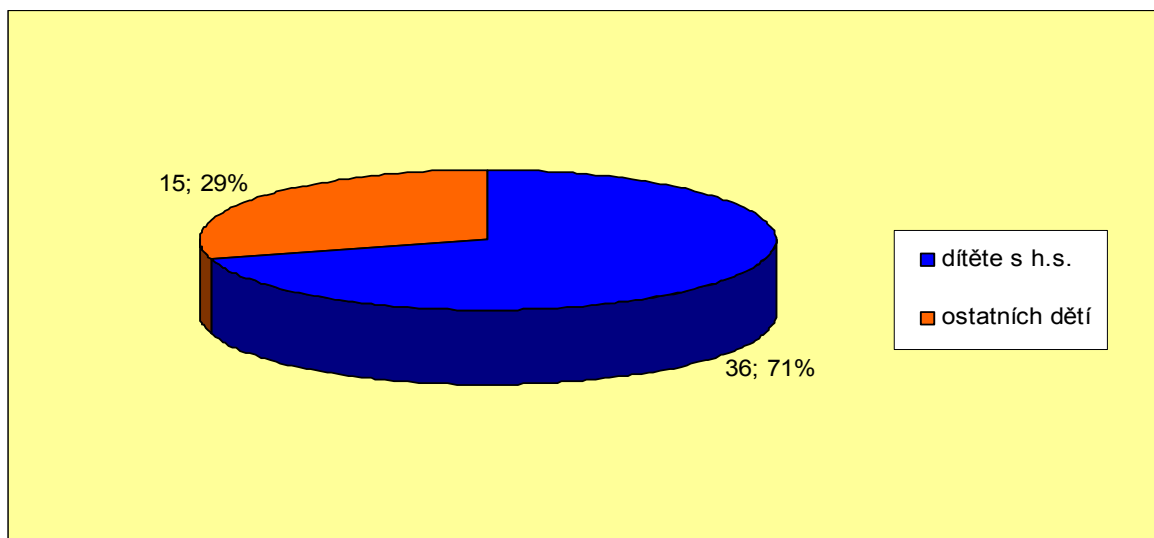
Graf č. 9



Zdroj: Vlastní výzkum

Variantu „nikdy“ použil 1 dotazovaný, „zřídka“ 3 dotazovaní, „často“ 4 dotazovaní a „pořád“ ani jeden dotazovaný z kategorie „6 – 14 let“. Z kategorie „15 – 29 let“ označili odpověď „nikdy“ 2 respondenti, odpověď „zřídka“ 18 respondentů, odpověď „často“ 8 respondentů a odpověď „pořád“ 1 dotazovaný. V kategorii „30 a více let“ odpovídali možností „nikdy“ 2 respondenti, možností „zřídka“ 7 respondentů, možností „často“ také 7 respondentů a možností „pořád“ 1 respondent.

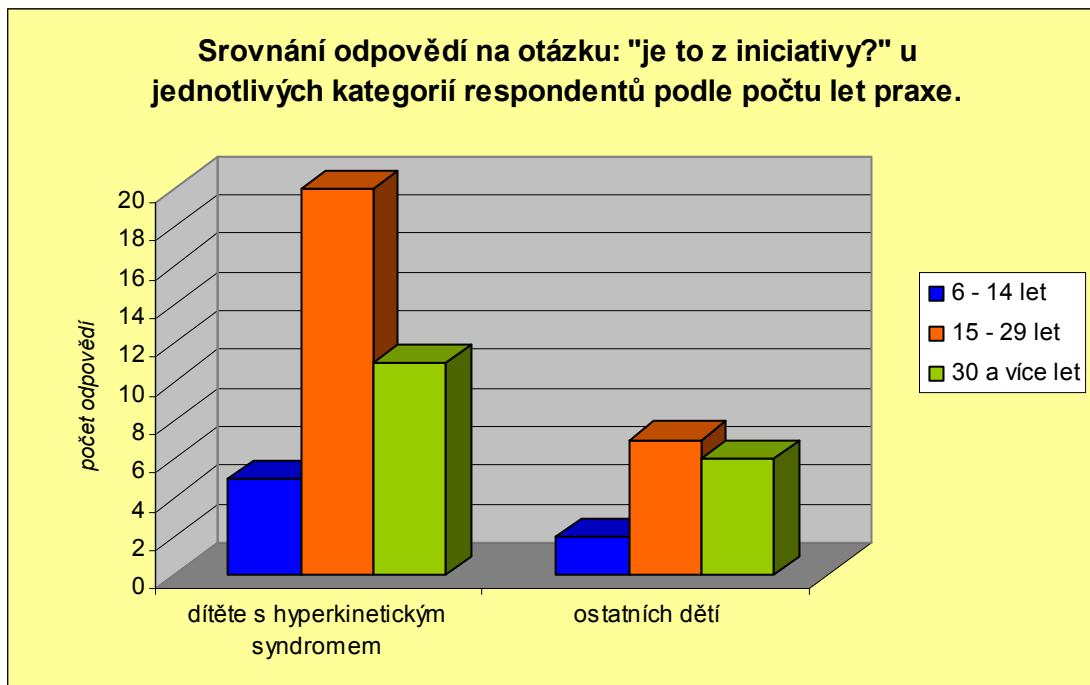
Graf č. 10: Je to z iniciativy?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z iniciativy dítěte s hyperkinetickým syndromem použilo 36 respondentů (71%). Druhou možnost označilo 15 dotazovaných (29%).

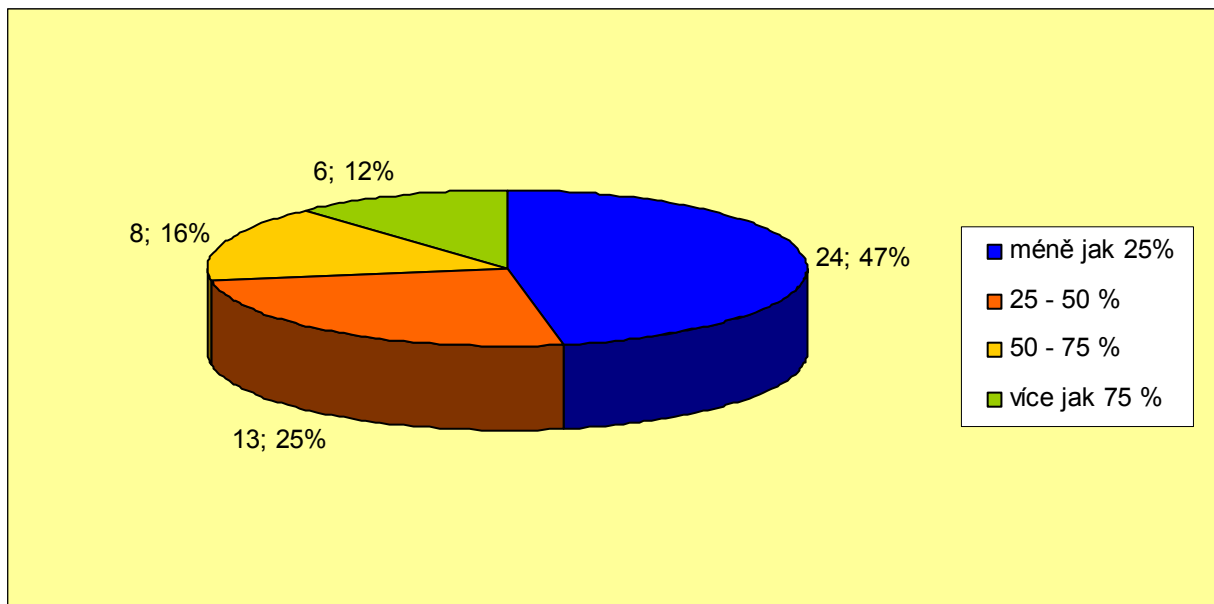
Graf č. 11



Zdroj: Vlastní výzkum

Odpověď „dítě s hyperkinetickým syndromem“ použilo 5 respondentů a odpověď „ostatních dětí“ použili 2 respondenti z kategorie „6 – 14 let“. Z kategorie „15 – 29 let“ dopověděli respondenti možnosti „dítě s hyperkinetickým syndromem“ 20krát, možnosti „ostatních dětí“ 7krát. V kategorii „30 a více let“ označilo variantu „dítě s hyperkinetickým syndromem“ 11 respondentů a variantu „ostatních dětí“ 6 respondentů.

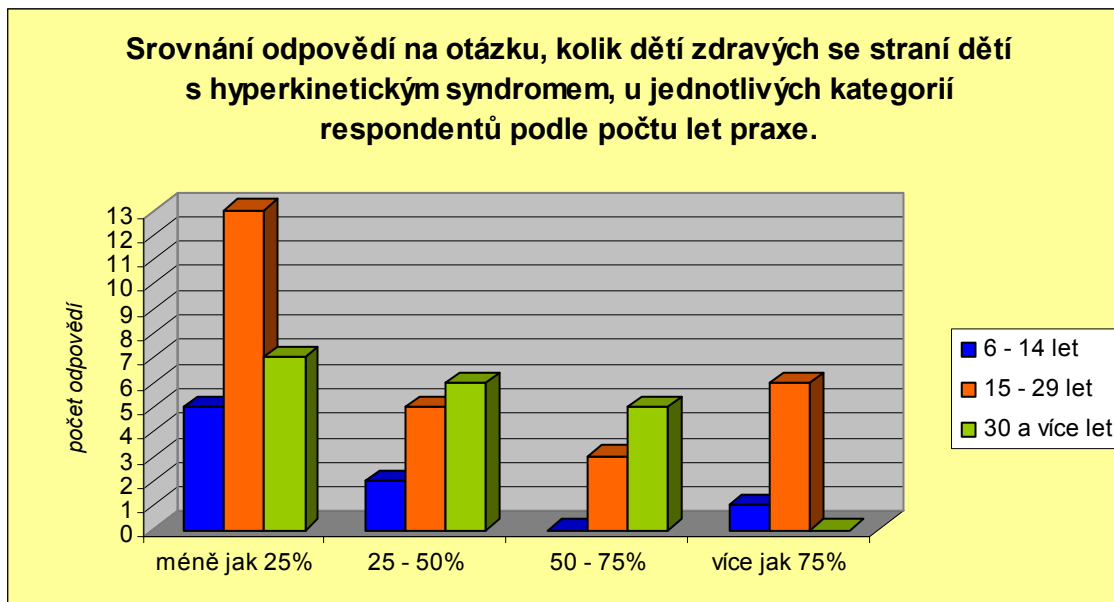
Graf č. 12: Kolik dětí zdravých se straní dětí s hyperkinetickým syndromem a nechce s nimi spolupracovat (hrát si s nimi)?



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že možností „méně jak 25%“ z celkového množství dětí ve třídě odpovědělo 24 respondentů (47%). Variantu „25 – 50%“ použilo 13 dotazovaných (25%) a variantu „50 – 75%“ 8 dotazovaných (16%). Nejméně používanou je kategorie „více jak 75%“ a to od 6 respondentů (12%).

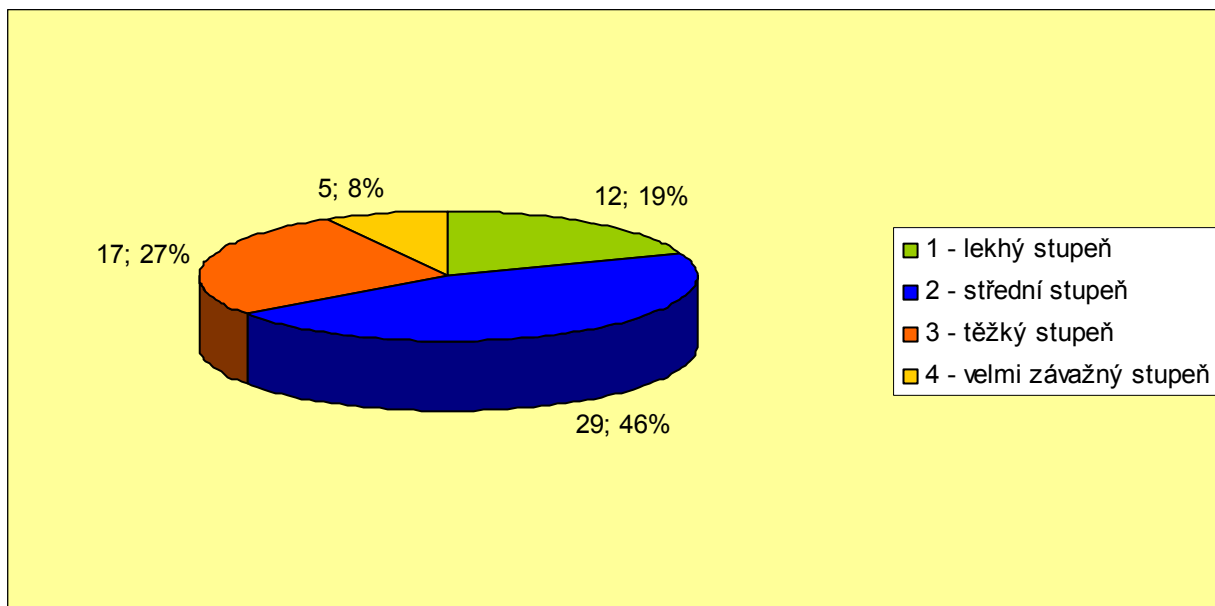
Graf č. 13



Zdroj: Vlastní výzkum

Variantu „méně jak 25 %“ použilo 5 respondentů, variantu „25 – 50 %“ 2 respondenti, „50 – 75 %“ ani jeden respondent a variantu „více jak 75 %“ 1 respondent z kategorie „6 – 14 let“. V kategorii „15 – 29 let“ odpovídalo možnosti „méně jak 25 %“ 13 respondentů, možnosti „25 – 50 %“ 5 respondentů, možnosti „50 – 75 %“ 3 dotazovaní a možnosti „více jak 75 %“ 6 respondentů. Z kategorie „30 a více let“ označilo odpověď „méně jak 25 %“ 7 respondentů, odpověď „25 – 50 %“ 6 respondentů, odpověď „50 – 75 %“ 5 dotazovaných a odpověď „více jak 75%“ ani jeden respondent.

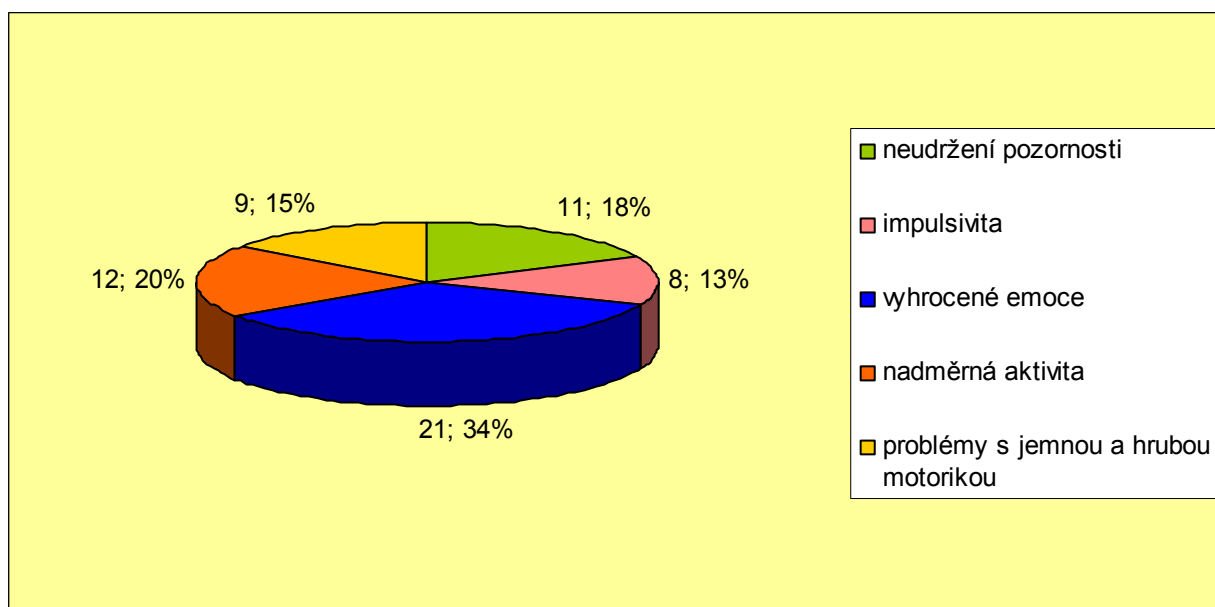
Graf č. 14: Jakým stupněm byste ohodnotil(a) nejzávažnější projevy hyperkinetického syndromu u dítěte ve Vašem zařízení?



Zdroj: Vlastní výzkum

12 dotazovaných (19%) by použilo možnost „1 – lehký stupeň“, 29 respondentů (46%) možnost „2 – střední stupeň“. Odpověď „3 – těžký stupeň“ použilo 17 respondentů (27%) a odpověď „4 – velmi závažný stupeň“ 5 respondentů (8%).

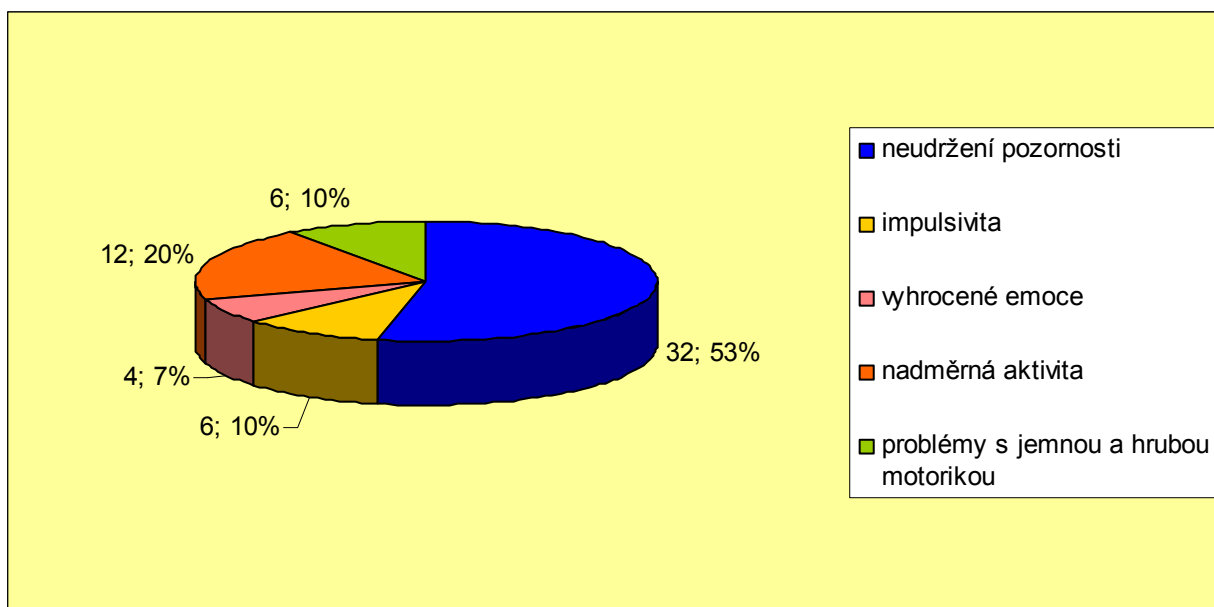
Graf č. 15: Který projev hyperkinetického syndromu je největší přítěží pro dítě s tímto syndromem?



Zdroj: Vlastní výzkum

„Neudržení pozornosti“ udávalo 11 respondentů (18%), „impulsivitu“ 8 respondentů (13%). Variantu „vyhrocené emoce“ použilo 21 respondentů (34%), variantu „nadměrná aktivita“ 12 respondentů (20%). Poslední možnost „problémy s jemnou a hrubou motorikou“ použilo 9 respondentů (15%).

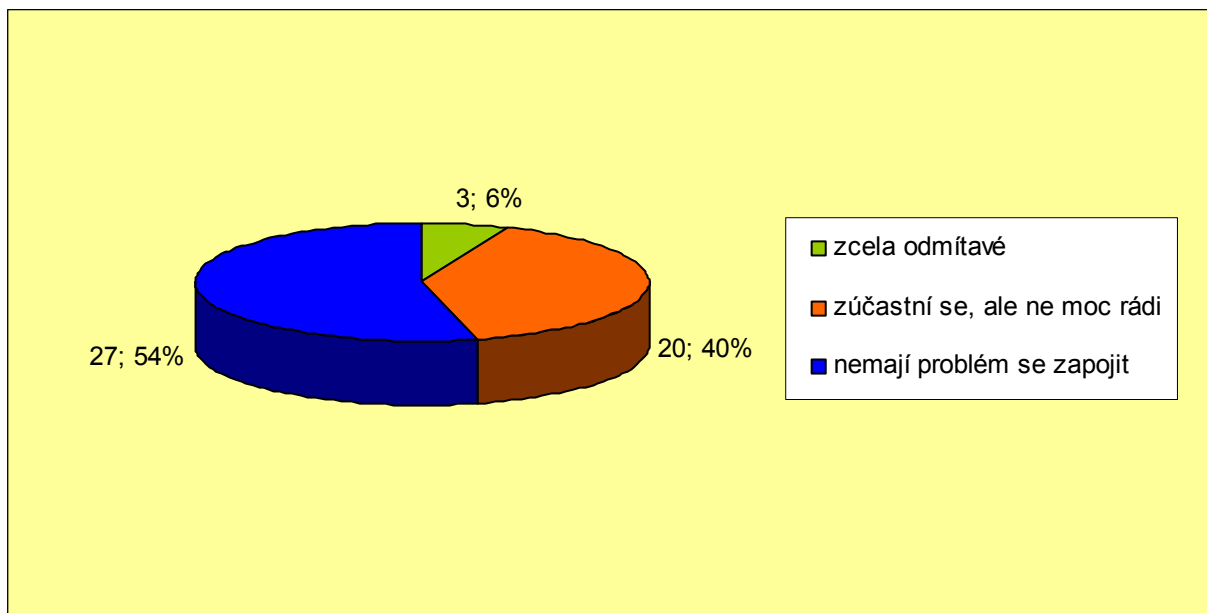
Graf č. 16: Který z projevů hyperkinetického syndromu se vyskytuje nejvíce?



Zdroj: Vlastní výzkum

Možností „neudržení pozornosti“ odpovídalo 32 respondentů (53%). Impulsivitu, jako nejvíce se vyskytující projev, označilo 6 respondentů (10%) a „vyhrocené emoce“ 4 respondenti (7%). Jako odpověď „nadměrnou aktivitu“ použilo 12 respondentů (20%) a „problémy s jemnou a hrubou motorikou“ 6 respondentů (10%).

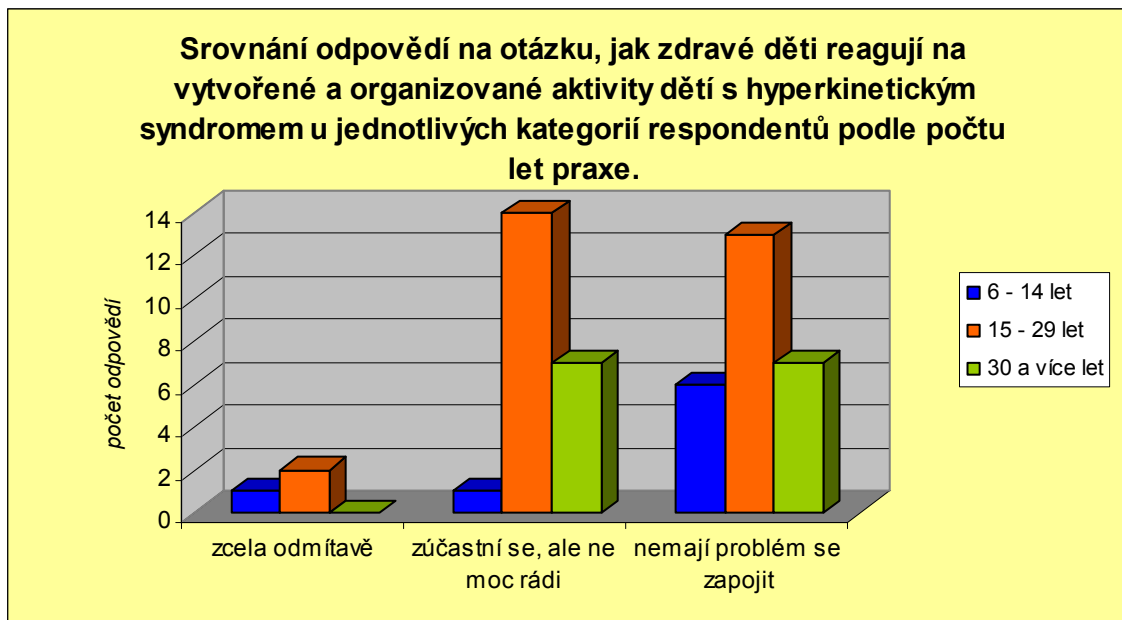
Graf č. 17 : Jak zdravé děti reagují na vytvořené a organizované aktivity dětí s hyperkinetickým syndromem?



Zdroj: Vlastní výzkum

Možnost „zcela odmítavě“ použili 3 respondenti (6%), možnost „zúčastní se, ale ne moc rádi“ 20 dotazovaných (40%) a poslední variantu „nemají problém se zařadit“ označilo 27 respondentů (54%).

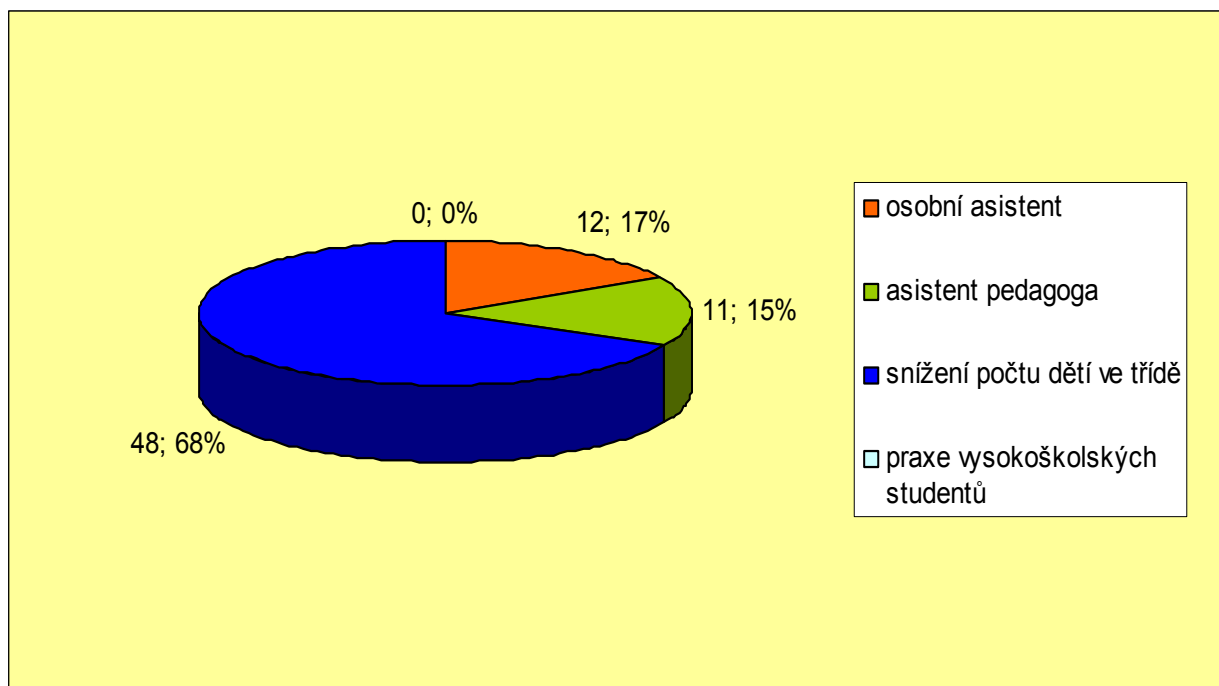
Graf č. 18



Zdroj: Vlastní výzkum

V kategorii „6 – 14 let“ použil možnost „zcela odmítavě“ 1 respondent, možnost „zúčastní se, ale ne moc rádi“ také 1 respondent a možnost „nemají problém se zapojit“ 6 respondentů. Respondenti kategorie „15 – 29 let“ odpovídali možností „zcela odmítavě“ 2krát, možností „zúčastní se, ale ne moc rádi“ 14krát a možností „nemají problém se zapojit“ 13krát. Z kategorie „30 a více let“ nepoužil variantu „zcela odmítavě“ ani jeden dotazovaný, variantu „zúčastní se, ale ne moc rádi“ 7 respondentů a stejně tak variantu „nemají problém se zapojit“ 7 respondentů.

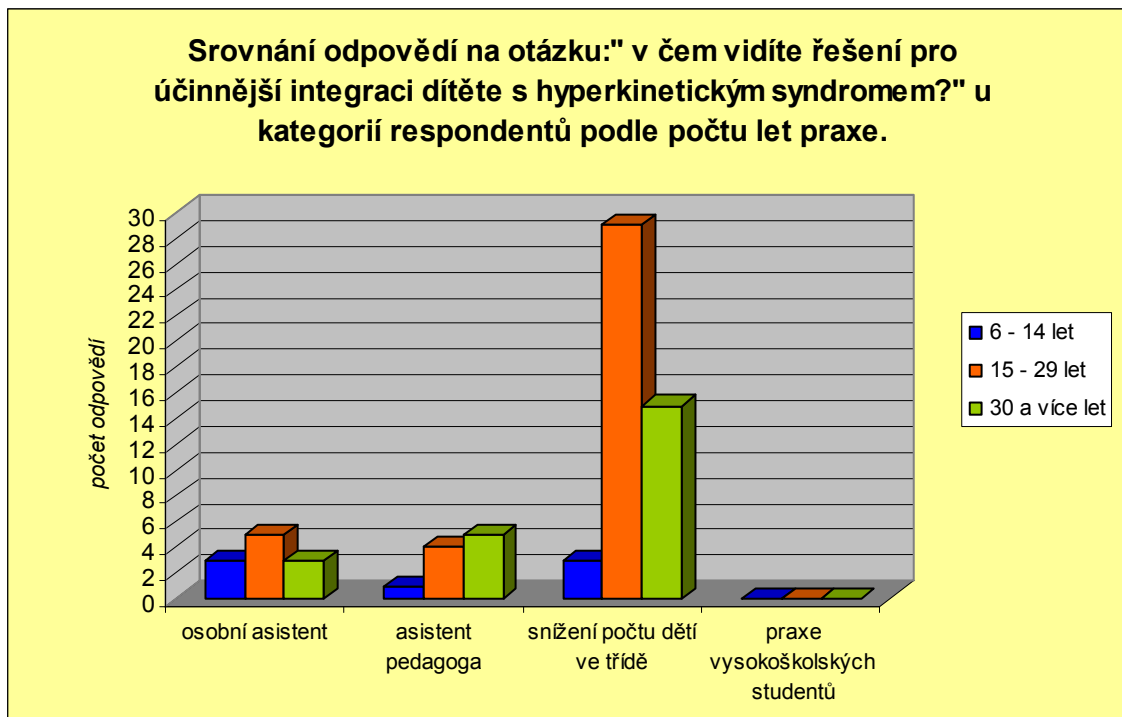
Graf č. 19: V čem vidíte řešení pro účinnější integraci dítěte s hyperkinetickým syndromem?



Zdroj: Vlastní výzkum

Variantu „osobní asistent“ použilo 12 respondentů (17%) a variantu „asistent pedagoga“ 11 respondentů (15%). 48 dotazovaných (68%) si myslí, že nejúčinnější řešení je „snížení počtu dětí ve třídě“. Ani jeden respondent neuvedl jako odpověď „praxe vysokoškolských studentů“.

Graf č. 20



Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie „6 – 14 let“ odpovídala možností „osobní asistent“ 3krát, možností „asistent pedagoga“ 1krát, možností „snížení počtu dětí ve třídě“ 3krát a možností „praxe vysokoškolských studentů“ ani jedenkrát. V kategorii „15 – 29 let“ použilo variantu „osobní asistent“ 5 respondentů, variantu „asistent pedagoga“ 4 respondenti, variantu „snížení počtu dětí ve třídě“ 29 respondentů a variantu „praxe vysokoškolských studentů“ ani jeden respondent. Odpověď „osobní asistent“ označili 3 dotazovaní, odpověď „asistent pedagoga“ 5 dotazovaných, odpověď „snížení počtu dětí ve třídě“ 15 respondentů a odpověď „praxe vysokoškolských studentů“ ani jeden respondent z kategorie „30 a více let“.

5. DISKUZE

Hyperkinetický syndrom se projevuje již v mateřské školce. Zde začíná integrační proces. Integrace dítěte s hyperkinetickým syndromem probíhá do běžných tříd základních škol, nebo ve speciálních třídách a speciálních školách, kde je vzděláváno a aktivizováno cíleně se zaměřením na zmírnění jeho projevů „hyperkinetického syndromu“.

Dle mého názoru však integrační proces nezávisí pouze na snaze pedagogů a na organizačním uspořádání školy, nebo konkrétně třídy. Je to mnohdy o společnosti lidí, které tu určitou odlišnou skupinu lidí obklopují.

V mém výzkumu mám na mysli ty děti, které dělají spolužáky právě dítěti s hyperkinetickým syndromem a to ať už v mateřské nebo základní škole. Dotazníky se ptaly právě na dítě s hyperkinetickým syndromem a byly určeny pro učitele mateřských a základních škol a pracovníky speciálně pedagogických center a pedagogicko – psychologických poraden. Předpokládala jsem, že právě tyto respondenti budou nejspolehlivěji odpovídat na otázky integrace jejich žáků a klientů.

Jak už jsem uváděla, pro pracovníky speciálně pedagogických center a pedagogicko – psychologických poraden byl určen dotazník pouze do otázky č. 9. Dále už jej vyplňovali pouze učitelé. Tyto otázky se totiž blíže zaměřovaly na skupinu dětí a ne tolik na jejich individualitu.

Pro potvrzení hypotézy jsem vybrala některé klíčové otázky. Dalšími otázkami pouze můj výzkum doplním. Protože jsem respondenty rozdělila do 4 kategorií podle počtu let praxe, připadalo mi zajímavé udělat srovnání jejich odpovědí u klíčových otázek. Musím však dodat důležitou poznámku a to, že při srovnávání jsem vyřadila kategorii respondentů „do 5 let praxe“, a to z důvodu, že v této kategorii se mi vrátil pouhý 1 dotazník a srovnání by nebylo validní.

Z grafu č. 1 vyplývá, že největší skupinu respondentů, tedy 34 (52%) tvoří ti, kteří se pohybují v pedagogické oblasti mezi 15 až 29 lety. Druhou největší skupinu, 19 respondentů (30%) tvoří ti, kteří se oblasti pedagogiky věnují více než 30 let. Dále pak 10 respondentů (16%) jsou pedagogové a pracovníci jiných pedagogických zařízeních,

kteří mají 6 až 14 let praxe a v poslední skupině, tedy „méně než 5 let,, je pouze 1 pracovník ve školském zařízení.

Začala bych tedy vyhodnocením klíčových otázek (graf č. 2,4,6,8,12 a 17). Přidala jsem k nim i doplňující otázky, které znázorňují grafy s čísly 14, 15 a 16. Ostatní grafy pouze srovnávají odpovědi jednotlivých kategorií respondentů. Některé otázky jsem při vyhodnocování vyčlenila, jejich význam mi nepřipadal zvláště velký.

Graf č. 2 znázorňuje otázku: „Jak hodnotíte začlenění dítěte s hyperkinetickým syndromem do kolektivu ostatních dětí?“ Největší počet dotazovaných z celkového počtu „62“, tedy 14 respondentů (23%) hodnotilo stupeň začlenění mezi ostatní děti číslem „4“. Číslo „3“ použilo 13 respondentů (21%), dále pak je to číslo „2“, kterým odpovědělo 10 dotazovaných (16%). Potom následuje číslo „5“, které označilo 9 dotazovaných (15%). 7 dotazovaných si myslí, že stupeň začlenění je číslo „6“ a 5 respondentů si myslí, že je to číslo „1“. Posledním označovaným je tedy číslo „7“ a to od 4 respondentů (6%). Mezi stupni začlenění s čísly „4“ a „3“ označovaných respondenty tedy není příliš velký rozdíl a je také vidět, že označované stupně zprvu stoupají. Hodnotím tedy začlenění dítěte s hyperkinetickým syndromem do kolektivu ostatních dětí zlatou střední cestou, tedy jako průměrné.

Graf č. 3, kde srovnávám odpovědi jednotlivých kategorií respondentů, ukazuje, že kategorie „6 – 14 let“ spíše používá menší čísla, konkrétně č. „1“ – úplné začlenění 2krát a č. „2“ 5krát z celkového počtu 9 respondentů jejich kategorie a č. „2“. Kategorie „15 – 29 let“, kde odpovídalo celkově 33 respondentů, používá téměř stejným poměrem krajní čísla, tedy stupně označované čísla „1“, „2“, „3“, „5“, „6“, „7“. Existují u nich tedy různorodější názory v otázce začlenění dítěte s hyperkinetickým syndromem do kolektivu ostatních dětí. V grafu č. 2 je také vidět, že nejvíce použilo 8 respondentů z kategorie „15 – 29 let“ číslo „4“. Stejný počet respondentů, tedy 6, z kategorie „15 – 29 let“ a „30 a více let“ použilo číslo „3“. Podobný tvar křivky, která by dělala spojnice vrcholů sloupcových grafů, mají odpovědi respondentů těchto dvou kategorií. Z kategorie „30 a více let“ největší počet respondentů, a to 6 z celkového počtu 19 dotazovaných, označilo číslo „3“.

Na otázku, zda-li dítě s hyperkinetickým syndromem má nějaké kamarády,

odpovídalo celkem 56 učitelů. Graf č. 4 tedy ukazuje, že 45 respondentů (80%) je toho názoru, že dítě s hyperkinetickým syndromem má kamarády a 11 učitelů (20%) si myslí, že nemá žádné kamarády. Zde není třeba nic vyhodnocovat, výsledky jsou zřejmé. U této otázky jsem částečně v rozporu s tvrzením Alana Traina, že dítě s ADHD nedokáže udržet pozornost, je impulsivní a tyto jeho vlastnosti vedou nevyhnutelně k tomu, že má víc nepřátel než kamarádů. **(21)**

V grafu č. 5 srovnávám odpovědi pedagogů podle kategorií. Vychází zde, že 23 respondentů v kategorii „15 – 29 let“ odpovídá kladně, 7 respondentů záporně. V kategorii „6 – 14 let“ odpovídá kladně 6 respondentů z celkového počtu 8 respondentů. V kategorii „30 a více let“ 15 dotazovaných z celkového počtu 17 respondentů si myslí, že má toto dítě kamarády. Všechny kategorie jsou tedy z většiny kladných odpovědí stejného názoru.

Zajímalo mě také, pokud dítě s hyperkinetickým syndromem má kamarády, tak kolik je takových, že si s tímto dítětem hrají více než s ostatními dětmi. Na tuto otázku odpovídalo celkem 34 učitelů. Graf č. 6 ukazuje, že 19 respondentů (43%) uvádí, že je to mezi 3 až 5 kamarády a 18 respondentů (41%) uvádí „méně než 2 kamarádi“. Poslední možnost – „více než 30 kamarádů“ si vybralo 7 respondentů (16%). Mezi odpověďmi „méně než 2 kamarádi“ a „3 – 5 kamarádů“ není téměř žádný rozdíl, liší se pouze o jednoho respondenta. Dalo by se tedy říct, že dítě s hyperkinetickým syndromem mívají až 5 kamarádů takových, který si s nimi hrají více než s ostatními dětmi. Toto je pro mě překvapující výsledek. U tohoto dítěte bývá úspěchem, když má aspoň 2 kamarády. Jak je známo, pro jejich neklidnou povahu si kamarády velmi těžko hledá.

Při srovnání odpovědí na tuto otázku vychází, že kategorie respondentů „15 – 29 let“ si nejvíce myslí, že dítě s hyperkinetickým syndromem má méně než 2 kamarády. Potvrzeno je to 13 respondenty z celkového počtu 23 respondentů. Kategorie „30 a více let“ tvrdí, že mívá 3 – 5 kamarádů. To tvrdí 9 respondentů z celkového počtu 15 respondentů. V kategorii „6 – 14 let“ největší počet respondentů tvrdí, že s tímto dítětem kamarádí více jak s ostatními dětmi přes 5 kamarádů. Tuto možnost označilo 3 respondenti z celkového počtu 6 dotazovaných této kategorie. Graf č. 7 ukazuje,

že ti učitelé, kteří mají praxi mezi 6 až 14 lety, tedy z pohledu nejkratší doby praxe ze všech kategorií respondentů, hodnotí integraci z pohledu přátelství od ostatních dětí pozitivněji než ti, kteří se v pedagogické oblasti pohybují déle. Ti pedagogové, kteří pracují ve školství déle jak 30 let mají na věc také kladnější náhled než ti, co mají praxi mezi 15 a 29 roky.

Na otázku: „Mívá dítě s hyperkinetickým syndromem při hrách a společných aktivitách s ostatními dětmi aktivní role?“ odpovídalo celkem 54 pedagogů. Graf č. 8 ukazuje, že největší počet pedagogů, tedy 27 (50%), si myslí, že jen zřídka. Druhou nejčastější odpovědí, je, že aktivní role mívají tyto děti „často“. Na to odpovědělo 20 pedagogů (37%). 5 respondentů (9%) odpovědělo, že nemají aktivní role „nikdy“ a pouze 2 respondenti (4%) označili odpověď „pořád“. Zde je odpověď na tuto otázku z celkového pohledu nakloněna spíše negativně. Nejčastěji označovaná odpověď „zřídka“ ukazuje, že dítě s hyperkinetickým syndromem spíše nemívají aktivní role při společných aktivitách s ostatními dětmi.

Při srovnání v grafu č. 9 kategorie „15 – 29 let“ udává, že dítě s hyperkinetickým syndromem má „zřídka“ aktivní role. Je to jejich nejčastější odpověď, potvrzena 18 respondenty z celkového počtu 29 respondentů jejich kategorie. Skupina „30 a více let“ odpovídá největším počtem respondentů, z celkového počtu 17 respondentů, ve dvou možnostech stejně a to od 7 respondentů, že mají aktivní role „zřídka“ a „často“. Nejvíce respondentů z kategorie „6 – 14 let“ odpovídá možností „často“. Děla to 4 odpovědi z celkového počtu 8 dotazovaných. Opět se mi potvrzuje, že kategorie „6 – 14 let“ dává integraci tohoto dítěte větší šanci. Nejčastěji udává odpověď „často“. Oproti tomu, ti kteří dělají pedagogy delší počet let (15 – 29 let) odpovídají v neúspěch „kamarádění se“ od ostatních dětí. Může to být způsobeno vlivem výraznějších zkušeností. Nebo co se týče těch, kteří mají kratší praxi v pedagogické oblasti, tedy není to taková doba od ukončení studia. Myslím si, že v dnešní době se studia pedagogiky této problematice více věnují, tudíž ti, kteří jsou mladí ve své profesi mohou mít díky tomu pozitivnější náhled na integraci.

Otázce, navazující na předešlou, z které iniciativy se tak děje, že má dítě s hyperkinetickým syndromem aktivní role při hrách a společných aktivitách,

se věnuje graf č. 10. Možnost „dítěte s hyperkinetickým syndromem“ udává 36 (71%) z celkového počtu 51 pedagogů. Druhou možnost „ostatních dětí“ si vybralo 15 respondentů (29%). Zde se rýsuje závěr, že toto dítě má aktivní roli, aniž by si to ostatní děti přály. Usuzuji tak z předešlé otázky, kde bylo zjištěno, že dítě s hyperkinetickým syndromem má aktivní roli při hrách a společných aktivitách pouze „zřídka“. Avšak nelze to určit s jistotou.

Srovnání odpovědí této otázky z grafu č. 11 je jednoznačné tím, že všechny kategorie udávají největším počtem odpovědí, že aktivní roli tohoto dítěte jsou z iniciativy právě jeho samotného. Takto odpovídalo 5 respondentů kategorie „6 – 14 let“ z celkového počtu „7“. V kategorii „15 – 29 let“ je to 20 respondentů z celkového počtu 27 dotazovaných. A v poslední kategorii, tedy „30 a více let“ udávalo tuto možnost 11 respondentů. Všechny kategorie mají tedy víceméně na tuto věc stejný názor.

Na otázku: „Kolik dětí zdravých se straní dítěte s hyperkinetickým syndromem a nechce s ním spolupracovat (hrát si s ním)?“ odpovídalo celkem 51 pedagogů. Graf č. 12 ukazuje, že z toho 24 respondentů (47%) odpovídá, že dítěte s hyperkinetickým syndromem se straní méně než 25% zdravých dětí. 13 pedagogů (25%) si myslí, že se ho straní mezi 25 a 50% všech zdravých dětí. „50 – 75%“ zdravých dětí udává 8 respondentů (16%) a „více jak 75%“ udává 6 respondentů (12%). Opět v prospěch kladného zhodnocení integrace vypovídají výsledky tohoto grafu. Zde se mi nabízí srovnání s citací od Pokorné, V. str. 142 (15): „Lidé s hyperaktivní poruchou nebudí sympatie. Od dětství je dospělí kritizují a ani vrstevníci o ně nestojí“. Můj výzkum má na věc jiný náhled.

O srovnání odpovědí jednotlivých kategorií na tuto otázku vypovídá graf č. 13. Jasně ukazuje, že všechny kategorie odpovídají největším počtem respondentů, že méně než 25% zdravých dětí se straní dítěte s hyperkinetickým syndromem. Z kategorie „6 – 14 let“ je to 5 respondentů z 8 dotazovaných, v kategorii „15 – 29 let“ je to 13 respondentů z celkového počtu 27 respondentů. Stejnou možností odpovídá i největší počet respondentů z kategorie „30 a více let“. Je to 7 tázaných z celkového počtu 18 respondentů.

K této otázce je třeba ještě vyhodnotit otázku: „Jakým stupněm byste ohodnotil(a) nezávažnější projevy hyperkinetického syndromu u dítěte ve Vašem zařízení?“ Odpovídalo na ni 43 pedagogů. To ukazuje graf č. 14. Největší počet respondentů, tedy 29 (46%), hodnotí nezávažnější projevy stupněm č. „2“. Následuje stupeň č. „3“ od 17 respondentů (27%). Druhý nejméně udávaný je stupeň č. „1“ od 12 respondentů (19%) a poslední je stupeň č. „4“. Tím odpovídalo pouze 5 pedagogů (8%). Tyto výsledky mi napovídají, proč pedagogové nejvíce odpovídali, že dítěte s hyperkinetickým syndromem se straní „méně jak 25%“ zdravých dětí. Zřejmě proto, že největší počet pedagogů hodnotí nezávažnější projevy tohoto dítěte ve svých třídách stupněm č. „2“, tedy ne příliš závažným. To by mohlo ovlivňovat lepší začlenění dítěte do kolektivu.

S těmito výsledky ještě souvisí otázky: „Který projev hyperkinetického syndromu je největší přítěž pro dítě s tímto syndromem?“ a „Který z projevů hyperkinetického syndromu se vyskytuje nejvíce?“.

Na otázku: „Který projev hyperkinetického syndromu je největší přítěž pro dítě s tímto syndromem?“, odpovídalo celkem 61 pedagogů a jeho výsledky znázorňuje graf č. 15. Zde považuji za důležitou pouze odpověď od největšího počtu respondentů a to od 21 respondentů, kteří udávají za největší přítěž „vyhrocené emoce“. Tento projev znamená sklon k extrémním citovým reakcím, kolísání od nadšení do mrzuté nálady. Dalším nejvíce udávaným projevem je „nadměrná aktivita“. Toto dítě je extrémně aktivní téměř ve všech projevech a to se nejvíce v jeho pohybové stránce. Na některé děti to nemusí působit zrovna nejlépe, proto je čemu rozumět v návaznosti na graf č. 8 a č. 10, když při společných aktivitách mívá dítě s hyperkinetickým syndromem jen zřídka aktivní role a když už, tak je to převážnou většinou z iniciativy dítěte s hyperkinetickým syndromem. Třetí nejčastěji udávanou odpovědí je projev „neudržení pozornosti“ a to od 11 respondentů. Pak pokračuje projev „problémy s jemnou a hrubou motorikou“ od 9 respondentů a posledním je projev „impulsivita“, čímž odpovídalo 8 dotazovaných.

Druhá otázka, tedy: „Který z projevů hyperkinetického syndromu se vyskytuje nejvíce?“ s tím také dost souvisí. Avšak s ostatními výsledky příliš nekoresponduje,

jak zjišťuje graf č. 16. Na tuto otázku odpovídalo celkem 60 pedagogů. 32 z nich (53%) odpovědělo, že nejvíce se vyskytuje v jejich třídě projev „neudržení pozornosti“. Na druhém místě je „nadměrná aktivita“, ale se zřejmým rozdílem v počtu odpovídajících respondentů. Tuto odpověď označilo 12 respondentů (20%).

Graf č. 17 znázorňuje otázku „Jak zdravé děti reagují na vytvořené a organizované aktivity dítěte s hyperkinetickým syndromem?“. Celkově na tuto otázku odpovídalo 50 pedagogů. Největším počtem odpovědí vítězí možnost „nemají problém se zapojit“. Použilo ji, jako pro ně správnou, 27 respondentů (54%). Druhou nejčastěji používanou odpovědí je „zúčastní se, ale ne moc rády“. Odpovědělo jí 20 dotazovaných (40%). Poslední je tedy, že reagují zcela odmítavě. To si myslí pouze 3 pedagogové (6%).

Srovnání odpovědí na tuto otázku jednotlivých kategorií, které nám znázorňuje graf č. 18, neukazuje nic překvapujícího. Vcelku opět všechny kategorie odpovídaly stejně. 14 respondentů z 29 kategorie „15 – 29 let“ odpovědělo, že se zúčastní, ale ne moc rádi. Je to jejich nejčastější odpověď. Nejčastěji označovanou odpovědí je tato možnost i od kategorie „6 – 14 let“ a to od 6 z celkového počtu 8 respondentů. Je zajímavé, že ani jeden respondent neudal možnost „zcela odmítavě“. O stejný počet odpovědí v kategorii „30 a více let“ se dělí možnost „zúčastní se, ale ne moc rády“ a „nemají problém se zapojit“ a to počtem 7 dotazovaných z celkového počtu 14 respondentů této kategorie.

Poslední otázku řeší graf č. 19. Je to otázka „V čem vidíte řešení pro účinnější integraci dítěte s hyperkinetickým syndromem?“. Odpovídalo na ni celkem 61 pedagogů. Nejvíce z nich si myslí, že řešením by bylo snížení počtu dětí ve třídě. Toho názoru je celkem 48 respondentů (68%). 12 dotazovaných (17%) si myslí, že by pomohl osobní asistent a 11 (15%) dotazovaných uvedlo asistenta pedagoga. Ani jeden z nich si nemyslí, že by pomohla praxe vysokoškolských studentů.

Co se týče srovnání odpovědí jednotlivých kategorií v grafu č. 20 ke stejné otázce, výsledky jsou jednoznačné. Každá kategorie opět odpovídá stejnou možností, myslí si, že řešením je snížení počtu dětí ve třídě. V kategorii „6 – 14 let“ jsou to 3 respondenti ze 7, 3 respondenti však odpovídají i možností „osobní asistent“.

V kategorii „15 – 29 let“ je to 29 dotazovaných z celkového počtu 38 a v kategorii „30 a více let“ z celkového počtu 23 respondentů jich takto odpovídá 15.

Ráda bych se v této části opět věnovala poruchou vývoje dítěte s hyperkinetickým syndromem a také jakým způsobem projevy tohoto syndromu mohou ovlivňovat socializaci a ve finále i integraci tohoto dítěte do společnosti.

Nejprve se budu zabývat kognitivními funkcemi. Co se týče pozornosti je velmi slabá a unavitelná. Dítě s ADHD není schopné se déle soustředit. U ničeho dlouhou dobu nevydrží. Na pozornost velice úzce navazuje sensorika. V případě dítěte s ADHD se budu věnovat vnímáním zrakovým a sluchovým. Mají tedy obtíže rozložit a dát dohromady zrakové a sluchové podněty. Jak už jsem jednou psala, je pro ně problematické zrakově rozeznat otočené předměty např. nerozliší rozdíl v podobných obrázcích. Neumí analyzovat z jakých dílů se skládá celek, nerozpozná z jakých písmen se skládá slovo. Sluchová percepce je problémem např. ve vnímání rytmu, ale především je problémem při porozumění řeči. Nemusí chápat významy některých slov. Vlastně často ani slova nebo zvuky kolem sebe toto dítě nevnímá. Myšlení bývá také postiženo. Nedostatečně využívá svoji inteligenci. Přemýšlí stereotypně a neobratně, na druhé straně však i impulsivně. Paměť bývá také narušena. Není schopné si zapamatovat, co přesně se od něj chtělo, takže většinou je problém v krátkodobé paměti. Motivace je většinou také k činnostem nedostatečná. Je to samozřejmě dáno tím, že ho málo co zabaví tak, aby se tím chtělo zabývat delší dobu.

Děti většinou spojuje společná činnost a její práce na ní. Pokud však dítě s ADHD není schopné jednu činnost dělat delší dobu, nic ho k ní nemotivuje a díky své nepozornosti a špatnému udržení paměti netuší jaká jsou přání jeho kamaráda, nemůže si tím přátelství vytvořit, natož ho udržet.

Dalším problémem je tedy nadměrná aktivita. V situacích, kdy by mělo dítě s ADHD být v klidu, je velmi rušivé. V lavici neposedí, má potřebu z ní neustále utíkat. Nesmyslně se pohybuje, nenechá v klidu ruce ani nohy. Vyhledává jakékoli předměty a velice nebezpečně si s nimi hraje. Na spolužáky pokřikuje a také je nenechá v klidu, je pro něj problémem hrát si tiše. Což jeho vrstevníky také pohoršuje a díky tomu z něj mají nepříjemný pocit.

Velkým problémem je porucha motoriky. V tomto případě je třeba ji rozdělit na jemnou a hrubou, ale také na senzomotorickou koordinaci. Mají poněkud jiný význam v závažnosti této vývojové poruchy chování. Špatná jemná motorika se zvýrazní zejména v grafomotorice, tedy v psaní a kreslení. Kresba i písmo bývají neúhledné a nepřesné. Frustruje ho zejména zavazování tkaniček a vůbec jakékoli drobné práce. Projevy hrubé motoriky se jeví jako ještě větší přítěž pro toto dítě, avšak se neobjevují tak často. Dítě je nemotorné, jeho pohyby jsou nekoordinované a neharmonické. Bývá to problémem zejména u sportu. A nejen hrubá motorika, samozřejmě i senzomotorická koordinace. Dítě s ADHD nedokáže spojit své pohyby se zrakovými podněty, tzn. že např. při házené si nespojí pohyb rukou se zrakovým vnímáním prostoru. Zejména právě při sportu je pak toto dítě nechtěné do týmu, protože má status nešikovného dítěte.

Přítěží je samozřejmě labilní emocionalita a impulsivita. Z mrzutého stavu se změni na euforický. Střídání takových nálad je velmi časté. Mívají afektivní výbuchy. Jsou velmi citově nedozrálé. Mají nižší frustrační toleranci, z ní vycházejí poruchy sebeovládání a někdy i agresivní chování. Dělá velmi rychlé závěry a jeho chování působí velmi zmateně. To co jej první napadne, to udělá a poté vlastně ani předtím nevidí žádné následky. Chová se tedy více konfliktně než jejich okolí a na odmítání reagují mnohdy i násilně. Z čehož logicky opět vylívá, že se jich děti spíše straní.

Dospěla jsem tedy k závěru, že je třeba poradenská činnost a to jak pro rodiče, tak pro pedagogy. Buď taková, kterou poskytuje samotná škola, nebo od jiných zařízeních jako jsou u nás nejčastěji navštěvované: speciálně pedagogické centrum a pedagogicko-psychologická poradna.

Takové poradenství musí být především důvěryhodné a dostupné. Mělo by v rodičích vyvolávat jistotu ve snahu pomoci jim a pocit, že podpoří nejen dítě, ale i je samotné.

Chtěla bych také v této části uvést pár praktických postupů při zmírnění projevů této vývojové poruchy chování. Inspirovala mě kniha od „Gordona Serfonteina“ str. 132 – 149 (19).

Poruchy pozornosti:

- Omezit všechny nápadné podněty, které by odpoutávaly jeho pozornost,
- na lavici by mělo dítě mít pouze to, co potřebuje,
- dát dostatek času na práci,
- je dobré použít sluchátka proti rušivým zvukům,
- použít barevné papíry pod zadaný úkol,
- zorganizovat denní činnosti tak, aby se střídaly aktivní činnosti s pasivními,
- vytvořit mu koutek ohraničený nejlépe stěnami, aby neviděl na své spolužáky, ale kde by bylo dostatek světla.

Porucha paměti:

- Dítě se chvíli dívá ven, nebo na obrázek a pak řekne, co tam vidělo. Časový interval na pozorování se postupně zkracuje,
- dítě se dívá na určitý sled seřazených věcí, otočí se, pedagog nebo rodič věci vymění a dítě má hádat, co se změnilo,
- zapamatování si několika čísel najednou,
- učení básniček, říkanek a písniček nazpaměť,
- zadávání úkolů s určitými předměty,
- nechat dítě sledovat pohádku, upozornit ho na něco, co nás bude zajímat, co by se mohlo v pohádce stát a pak se ho na to zeptat.

Hyperaktivita:

- Rozčlenit výklad tak, aby bylo dítě schopno se v té době na látku soustředit,
- zadávat mu úkoly spojené s pohybem (např. aby doneslo pomůcky),
- mít v zásobě několik her, kterými se podává potřebná látka.

Jemná motorika:

- Obkreslování čar, tvarů písmen, nebo číslic,
- naléváním vody ze džbánu, nebo konve do kelímku,
- vystřihování různých geometrických tvarů,
- provlékání provázku dírkami,
- kreslení a práce s papírem – např. spojování teček čarami, aby z toho vzniknul obrázek,
- přepínání kolíčků na prádlo na šňůru nebo krabici.

Hrubá motorika:

- Cvičení chůze pozpátku, dopředu a do stran, chození po rovné čáře, přenášení různých předmětů, házení na cíl,
- napodobování pohybů zvířat,
- chození po kamenech, ale samozřejmě s pomocí a v bezpečném terénu,
- přelézání z jedné krabice do druhé a tímto způsobem by mělo ujít kousek cesty,
- přelézání, podlézání a obcházení jednotlivých překážek,
- skákání po jedné a pak po druhé noze, skákání přes švihadlo.

Zrakové vnímání:

- Napodobování geometrického vzoru podle předlohy,
- hledání kulatých, hranatých tvarů a třídění je na jednu hromádku,
- navlékání korálek podle předlohy,
- skládání puzzle.

Sluchové vnímání a chápání slov:

- Dítě napodobuje různé zvuky, např. psí štěkání a přitom ještě rozlišuje jednotlivé rasy psů, jak štěkají,
- pedagog nebo rodič hraje na piano nebo flétnu a dítě rozlišuje krátké a dlouhé tóny,
- určování běžných zvuků z okolí dítěte z nahrávky,
- pedagog nebo rodič tleská a dítě určuje, kolikrát to bylo,
- určování rýmujících se slov z básně po přečtení,
- dítě opakuje krátké, jednoznačné příkazy nebo instrukce,
- instrukce doplňovat vizuálními podněty,
- zadáváme dítěti, co má kreslit, ale měly by to být jednoduché pro něj srozumitelné věci,
- několikrát dítěti přečteme krátký příběh a poté ho necháme ho vlastními slovy převyprávět,
- dáváme mu krátké a jednoduché hádanky,
- řekneme mu pár slov za sebou a ono musí určit, která slova se opakovala.

6. ZÁVĚR

Hypotéza zní: „Dítě s hyperkinetickým syndromem má problémy s integrací jak v mateřských školách, tak v běžných třídách základních škol“.

Na její potvrzení či vyvrácení jsem použila grafy č. 2,4,6,8,12 a 17.

Z uvedených grafů vyplývá, že začlenění dítěte s hyperkinetickým syndromem do kolektivu ostatních dětí většina respondentů hodnotí stupněm 4 (z bodové škály od 1 do 7), což značí průměrné hodnocení. Začlenění dítěte s hyperkinetickým syndromem tedy respondenti nepovažují za obtížné.

Z průzkumu dále vyplývá, že větší počet respondentů si myslí, že dítě s hyperkinetickým syndromem má v kolektivu kamarády. Počet takových kamarádů, které si s ním hrají více než s ostatními dětmi, se podle vyhodnocení pohybuje od 3 do 5.

Průzkum také potvrdil, že při hrách a společných aktivitách mívá dítě s hyperkinetickým syndromem zřídka aktivní role a pokud je má, bývá to z jejich vlastní iniciativy.

Pouze méně než 25% třídy nebo nějakého kolektivu se straní dítěte s hyperkinetickým syndromem. Tento nízký poměr může být ale ovlivněn tím, že zásadní část pedagogů hodnotí projevy dítěte s hyperkinetickým syndromem jako méně závažné, což usnadňuje jejich integraci do kolektivu. Při tomto hodnocení je také důležitá nejčastější odpověď, že nejvíce se vyskytuje v kolektivu projev hyperkinetického syndromu „neudržení pozornosti“, což podle mého názoru neovlivňuje přátelství mezi dítětem s hyperkinetickým syndromem a ostatními dětmi.

Velmi významná skutečnost je i to, že podle největšího počtu odpovědí se zdravé děti nemají problém zapojit do vytvořených a organizovaných aktivit dítěte s hyperkinetickým syndromem.

Z rozboru klíčových odpovědí na otázku integrace dítěte s hyperkinetickým

syndromem do kolektivu ostatních dětí vychází spíše vyvrácení výše položené hypotézy, tj. že integrace se jeví jako méně obtížná.

Počet pozitivních výsledků rozborů klíčových odpovědí byl celkově 4, oproti 2 negativním a jedné průměrné.

Sama jsem toho názoru, že dítě s hyperkinetickým syndromem problémy s integrací má.

Pro optimální zhodnocení hypotézy by bylo vhodné realizovaný průzkum doplnit, zejména z důvodu nevýstižného rozvrstvení respondentů do různých věkových kategorií, podle délky jejich praxe. Rovněž by bylo vhodné upřesnit formulaci a výběr některých otázek.

Cíl mé práce zní: „Zjištění stavu integrace dětí s hyperkinetickým syndromem do kolektivu ostatních dětí ve školských zařízeních. Chtěla jsem také prověřit, které projevy této poruchy a jakým způsobem ovlivňují jejich integraci a navrhnout, kterými opatřeními ji lze podpořit.“

Navrhuji tyto služby, které by podle mého názoru byly pro dítě s hyperkinetickým syndromem v základních a mateřských školách vhodné:

- Např. služba v podobě vyškoleného pracovníka k této problematice ve školách, který by poskytoval jak odborné poradenství, tak popřípadě terapeutickou pomoc.
- Svůj velký význam vidím v asistentovi pedagoga. Velice usnadní práci pedagoga a zcela jistě podá pomocnou ruku při interakci dítěte s ostatními dětmi.
- Své místo mají jistě i speciálně pedagogická centra a pedagogicko-psychologické poradny. Službu od škol vidím ve spolupráci a zprostředkování kontaktu mezi rodiči a těmito zařízeními. Tato zařízení nabízejí konkrétní pomoc ve smyslu podpory a terapií nejen pro děti, ale i pro rodiče. Poskytnou metodické rady při výchově rodičům a při výuce pedagogům.

Cíl práce jsem tedy splnila.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DEISLER, H. H. *Každodenní problémy v mateřské škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. Přeložil Zdeněk Jančařík. 112 s. ISBN 80-7178-010-3
2. DĚTI A MY. Rodina. *Jsou impulzivní a hyperaktivní* [online]. [cit. 2007-08-05]. Dostupné z <http://www.rodina.cz/clanek2787.htm>
3. HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Jiří Budka, 1993. 304 s. ISBN 80-90 15 49-0-5
4. CHROUSTOVSKÁ, P. Rodina. *Když je dítě příliš živé 1.* [online]. [cit. 2007-08-05]. Dostupné z <http://www.rodina.cz/clanek3345.htm>
5. CHROUSTOVSKÁ, P. Rodina. *Když je dítě příliš živé 2.* [online]. [cit. 2007-08-05]. Dostupné z <http://www.ssvp.wz.cz/Texty/zivedite.html>
6. IVANOVÁ, S. *Integrace zdravotně postižených osob do společnosti* [online]. Olomouc: Vědecká knihovna v Olomouci, 2001 [cit. 2007-08-05]. Dostupné z <http://www.vkol.cz/refer003.htm>
7. KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. Přeložil Daniel Hanšpach. 168 s. ISBN 80-7178-147-9
8. KHÝR, M. Odborné články a informace. *Porucha pozornosti a hyperaktivita* [online]. [cit. 2007-08-05]. Dostupné z <http://www.pppnj.adslink.cz/data/odborneclanky/adhd.html>
9. LANGMEIER, J. – KREJŠÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X
10. KOLEKTIV AUTORŮ. *Kurz integrace dětí se speciálními potřebami*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. Přeložila Ladislava Khailová. 216 s. ISBN 80-7178-206-8
11. MUNDEN, A. – ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. Přeložila Dagmar Tomková. 120 s. ISBN 80-7178-625-X
12. O'DELL, N.E. – COOK, P.A. *Neposedné dítě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. Přeložil Jaroslav Jochman. 140 s. ISBN 80-7169-899-7
13. PIPEKOVÁ, J. – VÍTKOVÁ, M. et al. *Sociálně pedagogické aspekty ve speciální pedagogice*. Brno: Paido, 1996. 138 s. ISBN 80-85931-27-3

14. POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. 336 s. ISBN 80-7178-570-9
15. PRAŽSKÁ SKUPINA ŠKOLNÍ ETNOGRAFIE. *Psychický vývoj dítěte od 1. do 5. třídy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 556 s. ISBN 80-246-0924-X
16. PRŮCHA, J. – WALTEROVÁ, E. – MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 1998. 334 s. ISBN 80-7178-252-1
17. RIEFOVÁ, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. Přeložila Lenka Staňková. 256 s. ISBN 80-7178-287-4
18. SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učením a chováním*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. Přeložil Milan Koldinský. 152 s. ISBN 80-7178-315-3
19. TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. Přeložila Dagmar Tomková. 200 s. ISBN 80-7178-503-2
20. TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. Přeložila Markéta Zindulková. 168 s. ISBN 80-7178-131-2
21. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 172 s. ISBN 80-7184-488-8
22. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9
23. PŘÍSPĚVATELÉ WIKIPEDIE. Wikipedie. *ADHD* [online]. Wikipedie: Otevřená encyklopedie. 21. 04. 2007. [cit. 2007-08-05]. Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/ADHD>
24. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání [online]. Zlín: Zkola – informační a vzdělávací portál školství Zlínského kraje, 2007, 14.4. 2005. [cit. 2007-08-05]. Dostupné z <http://www.zkola.cz/zkedu/OdborSkolstviMladezeASportu/Legislativa/ZakonVyhlasakyANarizeniVlady/12563.aspx>

KLÍČOVÁ SLOVA

- dítě s hyperkinetickým syndromem
- hyperaktivita
- poruchy pozornosti
- impulsivita
- integrace

PŘÍLOHA

Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Lucie Rainerová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Dělán bakalářskou práci na téma „Problematika dětí s hyperkinetickým syndromem a jeho integrace do mateřských škol a do běžných tříd základních škol“. Touto prací bych chtěla zjistit, zda-li děti s hyperkinetickým syndromem mají problémy s integrací do mateřských škol a běžných tříd základních škol. Chtěla bych Vás poprosit o spolupráci. Dotazník je zcela anonymní, bude sloužit pouze pro potřeby mé bakalářské práce. Předem Vám děkuji za jeho vyplnění.

1. Jaký obor jste vystudoval(a)?

.....

2. Jak dlouho se pohybujete v pedagogické oblasti?

- a) do 5 let
- b) 6 – 14 let
- c) 15 – 29 let
- d) 30 a více let

3. Seřad'te prosím projevy hyperkinetického syndromu podle závažnosti a celkové přitěže pro dítě tak, jak to vnímáte ve Vašem zařízení. (5 – největší přitěž, 1 – nejmenší přitěž)

neudržení pozornosti
impulsivita
vyhrocené emoce
nadměrná aktivita
problémy s jemnou a hrubou motorikou

4. Seřad'te prosím projevy hyperkinetického syndromu podle míry výskytu ve Vašem zařízení.
(5 – nejvíce se vyskytující, 1 – nejméně se vyskytující)

neudržení nepozornosti
impulsivita
vyhrocené emoce
nadměrná aktivita
problémy s jemnou a hrubou motorikou

5. Jakým stupněm byste ohodnotil(a) nejzávažnější projevy hyperkinetického syndromu

u dítěte ve Vašem zařízení? (1 – lehký stupeň, 2 – střední, 3 – těžký, 4 – velmi závažný)

1 2 3 4

6. Jak hodnotíte začlenění dítěte s hyperkinetickým syndromem do kolektivu ostatních dětí?

(Zakroužkujte prosím, 1 – úplné a 7 – žádné)

1 2 3 4 5 6 7

7. V čem vidíte řešení pro účinnější integraci dítěte s hyperkinetickým syndromem?

- a) osobní asistent
- b) asistent pedagoga
- c) snížení počtu dětí ve třídě
- d) praxe vysokoškolských studentů

8. Umožňuje Vám zařízení, kde pracujete, se v problematice hyperkinetického syndromu dále vzdělávat?

ANO NE

9. Pokud ANO, prosím napište jak:

.....

Prosím o vyplnění pouze pracovníky mateřských a základních škol.

Všechny otázky směřují pouze na třídy Vaší školy.

10. Mají děti s hyperkinetickým syndromem nějaké kamarády?

ANO NE

11. Pokud ANO, tak kolik je takových, že s dětmi s hyperkinetickým syndromem podnikají společné aktivity více než se zdravými dětmi?

- a) méně jak 2
- b) 3 - 5
- c) více jak 5

12. Mívají děti s hyperkinetickým syndromem při hrách a společných aktivitách s ostatními dětmi aktivní role?

- a) nikdy

- b) zřídka
- c) často
- d) pořád

13. Pokud ANO, tak je to z iniciativy:

- a) dítěte s hyperkinetickým syndromem
- b) ostatních dětí

14. Kolik dětí zdravých se straní dětí s hyperkinetickým syndromem a nechce s nimi spolupracovat (hrát si s nimi)?
(Myslí se z celkového počtu dětí ve třídě.)

- a) méně jak 25 %
- b) 25 – 50 %
- c) 50 – 75 %
- d) více jak 75 %

15. Děti zdravé reagují na vytvořené a organizované aktivity dětí s hyperkinetickým syndromem:

- a) zcela odmítavě
- b) zúčastní se, ale ne moc rádi
- c) nemají problém se zapojit