JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Problematika dětí s ADHD a SPU a její řešení formou svépomocných skupin

Diplomová práce

Jméno autora: Jana Košnarová Datum odevzdání práce: 18.8.2008

Vedoucí práce: Mgr. Josef Hošek

ADHD Children and Self-help Societies

Key words: *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AHDH), hyperactivity, attention deficit disorder, specific learning disability, civic associations, self-help societies, mild brain disfunction*

Hyperactivity and attention deficit disorder belong to very complicated disorders which should be considered in a global view. At present no general or miracle medicine can be used. However, specific learning disabilities and ADHD are focused on very intensively at basic schools in the Czech Republic.

Children´s aggressiveness, hyperactivity and difficulties in raising are discussed very often. No programme or method can substitute a nice family life, loving parental care and good relations in the family. However, many cases of destroying a contended family life caused by child´s disorders or disharmony are reported. Even the best family is not expected to be able to bring up a hyperactive child by itself. Professional assistance has become absolutely necessary since only medical, psychological and pedagogical professionals cooperating on interdisciplinary basis can diagnose the disorders soon enough and help parents to cope with.

The dissertation is focused on children who suffer from functional disorder called ADHD syndrom. First part of the work is divided into chapters which detail ADHD terminology, its historical development, symptoms, probable causes, diagnostics and ways of dealing with it in general. Further chapters analyse specific learning disabilities which are closely related to ADHD. The goal of the work consists in emphasising importance of self-help societies and civic associations at local and national dimensions.

Next part concerns with the study on current situation of the care and service provided for ADHD children and their families in the region of Česká Lípa.Children´s parents were asked to fill in the questionnaire in order to find out their opinions and needs, and if they are satisfied with services provided for their children. They were also informed about the self-help societies and civic associations and ways of establishing local ones.

The work should draw attention to the disorders mentioned above and most of all emphasise the importance of civil sector which plays a significant role in dealing with these problems.

The author would also like to refer to the necessity of improving lives of these childrens and their close relatives.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Problematika dětí s ADHD a SPU a její řešení formou svépomocných skupin vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 18.8.2008

…….....

Jana K o š n a r o v á

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat panu Mgr. Josefu Hoškovi za odborné vedení této diplomové práce, cenné rady i připomínky. Zároveň děkuji všem respondentům za jejich čas, ochotu a spolupráci při realizaci výzkumu.

OBSAH

Úvod **9**

1. SOUČASNÝ STAV **11**

1.1 Lehká mozková dysfunkce obecně 12

1.2 Studium LMD z historického hlediska 12

1.2.1 Termín LMD z hlediska vývoje 13

1.3 ADHD – hyperkinetický syndrom 14

1.4 Výskyt 15

1.5 Symptomatologie 15

1.5.1 Deficit pozornosti 16

1.5.2 Impulzivita 16

1.5.3 Hyperaktivita 17

1.5.4 Přidružené příznaky 18

1.5.5 Sekundárně psychopatické projevy 19

1.6 Osobnost a emocionalita 19

1.7 Etiologie a biologické aspekty 20

1.7.1 Lehká mozková dysfunkce 21

1.7.2 Genetika 21

1.7.3 Poškození CNS 22

1.7.4 Alergie na stravu 22

1.8 Prognóza a ADHD v dospělosti 22

1.9 Diagnostika 23

1.9.1 Jiná diagnóza než ADHD 25

1.9.2 ADHD a panovačnost 25

1.10 Sociální význam ADHD 26

1.11 Dítě s ADHD a rodina 26

1.11.1 Fáze zvládání situací 27

1.11.2 ADHD a syndrom CAN 28

1.12 Problematika ADHD ve škole ... 28
1.13 Přístupy k řešení problematiky dětí s ADHD ... 30
1.13.1 Medicínský přístup ... 31
1.13.2 Úprava stravovacího režimu ... 32
1.13.3 Pracovní terapie ... 32
1.13.4 Specifika výchovy ... 33
1.13.5 Logopedický aspekt ... 38
1.13.6 Psychoterapie ... 38
1.13.7 EEG biofeedback ... 41
1.13.8 Rehabilitace, relaxační cvičení a dětské masáže ... 42
1.13.9 Terapie hudbou ... 43
1.13.10 Hipoterapie ... 43
1.14 Specifické poruchy učení obecně ... 44
1.15 Vymezení pojmu a závažnost problému ... 45
1.16 Výskyt a prognóza ... 46
1.17 Členění SPU ... 46
1.18 Diagnostika SPU ... 48
1.18.1 Diagnostika SPU v zahraničí ... 50
1.19 Náprava SPU ... 50
1.20 Integrace dětí s ADHD a SPU ... 53
1.21 Individuální vzdělávací plán ... 55
1.22 Kde hledat pomoc? ... 57
1.23 Občanská sdružení jako integrační prvek ... 58
1.24 Organizace s celostátní působností ... 59
1.25 Místní rodičovská sdružení jako svépomocné skupiny ... 66

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY ... 70
2.1 Cíle práce ... 70
2.2 Hypotézy ... 70

3. METODIKA 71
3.1 Použité metody a techniky sběru dat 71
3.2 Charakteristika cílového souboru 72
3.3 Časový harmonogram sběru dat 75

4. VÝSLEDKY 76
4.1 Charakteristika města Česká Lípa 76
4.2 Seznam zařízení, kde je možné hledat pomoc 79
4.3 Soubor 1 – počty žáků s ADHD na jednotlivých základních školách 80
4.4 Soubor 1 – výsledky z rozhovorů ve vybraných zařízeních 81
4.5 Soubor 2 – výsledky z dotazníkového šetření 90

5. DISKUSE 114

6. ZÁVĚR 125

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 127

8. KLÍČOVÁ SLOVA 134

9. PŘÍLOHY 135

Úvod

Poruchy pozornosti provázené hyperaktivitou nelze považovat za nemoc, kterou je možno vyléčit. Narozdíl od dřívějších názorů je dnes zřejmé, že dítě se syndromem ADHD z těchto potíží „nevyroste“. Z řady dětí přesto vyrostli velmi úspěšní lidé! Naučili se zdařile využívat svých silných stránek, své tvořivosti a osvojili si „dovednosti potřebné k přežití“. Na druhé straně je ale mnoho těch, kdo úspěšní nebyli. Mezi syndromem ADHD a neschopností uplatnit se ve společnosti existuje úzká souvislost. Nezanedbatelný je podíl jedinců, kteří ve škole propadají a kteří prožívají potíže v zaměstnání i krize v mezilidských vztazích. Mnoho adolescentů a dospělých se syndromem ADHD nerado vzpomíná na dětství, zvláště pak na bolestné zážitky a trvalou frustraci ve škole. Mnozí zažili léta neúspěchu a těžké deprese. Nejlepším způsobem, jak těmto dětem pomoci, je včasné diagnostikování a včasná intervence, aby se předešlo začarovanému kruhu selhání, frustrace a klesajícího sebevědomí.

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku dětí s dysfunkční poruchou zvanou syndrom ADHD. Co je to vlastně ADHD a jak vzniká? Jak se takové děti chovají a jak je rozpoznáme mezi ostatními? Žijí spokojeným dětstvím? A jak se žije jejich nejbližším? Co jsou to specifické poruchy učení a jak s ADHD souvisejí? Můžeme nějak pomoci…? Tyto otázky a řada dalších mne vedly k napsání diplomové práce s názvem „Problematika dětí s ADHD a SPU a její řešení formou svépomocných skupin“. Při výběru tématu jsem také vycházela z osobních zkušeností. Jako rodič takto handicapovaného syna vím, co výchova dítěte s ADHD obnáší, jak velkou psychickou zátěž pro rodinu přestavuje a s jakými každodenními starostmi i problémy se všichni její členové potýkají.

Obsah práce je v první části členěn do jednotlivých kapitol, které popisují terminologii týkající se ADHD, vývoj z historického hlediska, symptomatologii, možné příčiny vzniku této poruchy, diagnostiku a především možnosti jejího řešení pomocí komplexního přístupu. Další kapitoly jsou zaměřeny na specifické poruchy učení, které s ADHD úzce souvisejí. Stěžejní část diplomové práce spočívá ve vyzdvižení důležité úlohy svépomocných skupin a občanských sdružení na místní i celostátní úrovni.

Druhá část je věnována vlastnímu výzkumu, a to v regionu Česká Lípa. Ten se týká oslovení rodičů dětí s ADHD formou dotazníku zaměřeného na poskytované služby pro rodiny dětí s hyperkinetickým syndromem a kvalitu těchto služeb, zjištění jejich názorů a potřeb včetně zájmu o založení svépomocné skupiny či místního občanského sdružení.

Diplomovou prací bych chtěla více přiblížit aktuální problematiku specifických poruch pozornosti, chování i učení a pojmout možnosti jejího řešení z různých aspektů. Především pak vyzdvihnout důležitost občanského sektoru sehrávajícího nezastupitelnou roli při řešení výše zmíněné problematiky.

Ráda bych touto cestou poukázala na potřebu pomáhat zkvalitňovat život těmto dětem i jejich nejbližšímu okolí.

Motto:*„Nic nemá na dítě lepší vliv než chvála“*
(S. R. Brinsley)

1. SOUČASNÝ STAV

Hyperaktivita a poruchy pozornosti jsou velice složitým jevem, ke kterému je potřeba přistupovat komplexně. Pokud máme podezření, že naše dítě trpí hyperaktivitou nebo poruchami pozornosti, je v každém případě vždy třeba vyhledat odbornou pomoc a soustavně se věnovat nápravě **(27)**.

V současné době neexistují žádné univerzální ani zázračné metody nápravy. Náprava hyperaktivity a poruch pozornosti vyžaduje trpělivost a čas, platí zásada komplexnosti a systematičnosti. Občasné návštěvy „drahých“ specialistů dítěti nemohou přinést trvalý užitek **(27)**.

Práce s takovými dětmi je náročná, dlouhodobá a ani její výsledky nejsou vždycky zcela uspokojující **(44)**.

V současnosti se stává jedním z nejdiskutovanějších témat otázka agresivity dětí, dětské hyperaktivity a problémů ve výchově právě těchto dětí. Žádný obor a žádná metoda nenahradí kvalitní rodinné prostředí, výchovné působení rodičů a emoční vazby v rodině. Je však řada případů, kdy porucha nebo disharmonický vývoj dítěte může přímo narušit dobře fungující rodinu. Je třeba zdůraznit, že sebelepší rodina sama nezvládne výrazně hyperaktivní dítě. Ve všech těchto případech je spolupráce s odborníky nezbytná. Je také věcí rodičů a ostatních odborníků, aby upozornili na uvedenou problematiku co nejdříve a podíleli se na nezbytné mezioborové spolupráci nejen v lékařství, ale i v psychologii a pedagogice **(27)**.

Také problematika specifických poruch učení paří aktuálně k obecně nejsledovanějším v oblasti základního školství v České republice **(45)**.

Četné práce pediatrů, neurologů i psychiatrů poukazují na nutnost předcházet plnému rozvinutí potíží dítěte včasnou diagnózou a rehabilitací a tím omezit rozvoj nesprávného postoje dítěte k okolí, zvláště ve škole. Tuto úlohu mohou splnit jen dobře se doplňující tým odborníků a spolupracující rodiče. Jen tak lze zajistit pro dítě příznivou prognózu onemocnění a zamezit vzniku psychopatických jedinců **(4)**.

1.1 Lehká mozková dysfunkce obecně

LMD je projevem časného, obvykle méně závažného a neprogresivního poškození mozku, které se manifestuje postižením v oblasti psychomotorické, mentální i volní. Projevuje se psychomotorickým neklidem, psychickou instabilitou, změnou nálad, impulzivním jednáním a pohybovou neobratností **(7)**. Lze ji považovat za lehčí formu DMO či mezistupeň mezi DMO a normálním stavem.

Jde o percepčně-motorickou poruchu, která je způsobena nezralostí nervové soustavy, usuzuje se na poruchu funkční. Je nejčastější příčinou výchovných a zprostředkovaně i vzdělávacích obtíží v mladším školním věku. Nejde tedy o defekt intelektu, ale o neschopnost jej dobře a účelně využít.

Klinický obraz je charakterizován poruchami chování (neklid, hyperaktivita, nezvladatelnost až agresivita) a motoriky (hrubá a jemná motorika, senzomotorická koordinace), psychiky (nesoustředěnost, poruchy paměti a myšlení, snížená pozornost, intelekt a citová nevyrovnanost) i symbolických funkcí (dyslexie, dysgrafie, dysfázie, dyspraxie aj.). Příznaky se mohou vyskytovat jednotlivě, ve větším počtu nebo všechny, a to v různé intenzitě. Mohou se také objevit epileptické záchvaty. Diagnostika spočívá ve velmi pečlivém rozboru neurologického a psychologického nálezu, nezbytné je longitudinální sledování pacienta. Terapie spočívá ve vhodné a soustavné stimulaci motoriky a psychiky **(41)**. Neomezuje se jen na rozvoj postižených funkcí, ale nutně zahrnuje i celou osobnost **(3)**.

1.2 Studium LMD z historického hlediska

Lehké mozkové dysfunkce existují odedávna. V krásné literatuře a dobových kronikách lze najít líčení povah a typů, jež se velmi podobají reakcím a chováním dětí s LMD. Vědecké poznání je ovšem mnohem pozdějšího data. Mohli bychom jej rozdělit do tří etap: „prehistorie“ odborného zkoumání v trvání asi zhruba 100 let do konce 30. let 20. století, „historie“- klasická éra bádání asi od počátku 60. let a nakonec období posledních asi 15 let až do současnosti **(4)**.

Studium těchto poruch se datuje od začátku rozvoje moderní dětské psychologie a psychopatologie. Ve světě je spjato především se jmény vývojového psychologa H. Wernera a neuropsychiatra S. Strausse – německých badatelů působících ve 30.–40. letech za oceánem. Studium mozkových poškození začali u mentálně retardovaných dětí, brzy však pochopili význam centrálního poškození pro duševní rozvoj dítěte bez ohledu na jeho inteligenci. Na jejich práci navázali např. N. Kephart a prof. W. Cruickshank (1915–1992), zakladatel Mezinárodní akademie pro výzkum poruch učení. Významným poznáním je také dílo lékaře a psychologa A. Gesella (1880-1961) „Vývojové diagnostiky“, ve kterém řadí LMD mezi nejlehčí (minimální) typ poškození CNS podle závažnosti. Do těchto dějin se zapsal i náš prof. A. Heveroch (1869-1927), který v učitelském časopise Pedagogické rozhledy uveřejnil seriál tří článků nazvaný „Dítě neposeda“. U nás zcela originálně diagnostikoval děti s obrazem dnešního ADHD už od r. 1949 MUDr. K. Macek v tehdejším Sociodiagnostickém ústavu. V našich podmínkách nezávisle na světovém vývoji vznikl týmově vypracovaný originální koncept pod vedením prim. MUDr. JUDr. O. Kučery (1906-1980) nazvaný „Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích“, který vyšel v r. 1961 a je patrně prvním svého druhu v Evropě **(37)**.

1.2.1 Termín LMD z hlediska vývoje

Pojem LMD má pozoruhodnou historii. Na počátku 60. let se ve světě nashromáždilo značné množství poznatků zabývající se problematikou lehkých mozkových postižení z nejrůznějších hledisek. Bylo navrženo množství definic a názvů. V 50. letech se setkáváme s pojmem „lehká dětská encefalopatie (LDE) nebo „lehké mozkové poškození“. Od r. 1962 bylo doporučeno užívat termín „minimální mozkové poškození“ či „minimální mozková dysfunkce“ (MMD) **(28)**.

V české literatuře doposud převládá název „lehká mozková dysfunkce“ vycházející z etiopatogenetických představ o syndromu na rozdíl od literatury západní, prosazující termíny více popisné, symptomatické. Podle klasifikačního systému Americké psychiatrické asociace DSM (Diagnostic and Statistical Manual) dochází v současné době celosvětově k upřednostnění pojmu ADD (Attention Deficit Disorder) nebo

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) – u nás překládáno jako „porucha pozornosti bez hyperaktivity“ nebo „porucha pozornosti s hyperaktivitou“. Označení ADD (nebo také ADDnoH) pak tedy odpovídá poruše pozornosti vyznačující se zvýšenou únavou (cerebrastenický typ LMD) a ADHD (nebo také ADHD+H) poruše doprovázené hyperaktivitou (hyperkinetický typ LMD).

1.3 ADHD – hyperkinetický syndrom

ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí ji řadíme do kategorie F 90 mezi hyperkinetické poruchy, dle Americké psychiatrické asociace se nachází pod kódem 314.00. Někdy se také v literatuře označuje jako „hyperkineticko-impulsivní porucha“, „syndrom nemotorného dítěte“, „hyperkinetický syndrom“ či „syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou. Hyperkinetický znamená nadměrné nutkání k pohybu. V případě hyperkinetického syndromu dětského věku jde o poruchy, jejichž základními znaky jsou krátké rozpětí pozornosti a zvýšená rozptýlenost. V raném dětství je nejnápadnějším příznakem netlumená, málo utříděná a špatně řízená extrémní hyperaktivita, která však v adolescenci může být vystřídána hypoaktivitou **(29)**.

ADHD chování není jen extrémní, je také setrvalé a konzistentní. Chování je zjevné ve třídě, na hřišti, v jídelně, při organizovaných hrách nebo neformálních aktivitách s kamarády. Je důležité zdůraznit, že je třeba rozlišovat temperament a ADHD tak, aby nebyla populární diagnóza ADHD příliš často nebo špatně používaná, protože to má důsledky na léčbu, včetně užití medikace **(12)**.

Z psychologického hlediska se vysvětluje chování dítěte s ADHD jako projev zvýšené senzitivity a vrozené zranitelnosti **(44)**.

Původní představa dokládající, že porucha je záležitostí dětství, která končí pubertou, nebyla doložena. Současný výzkum dokazuje, že 30-50% dětí a dospívajících přechází se svými příznaky do dospělosti **(6)**.

1.4 Výskyt

Fenomén hyperaktivity ve třetím světě očividně neexistuje. Také u nás byl dříve řídkým jevem. Vzhledem k této skutečnosti si klademe otázky: Je hyperaktivita civilizační chorobou? Proč se dříve o těchto dětech nemluvilo? Spočívá stres, který vede k neklidu, v tom, že člověk už nedokáže čelit prudce se měnícím životním okolnostem? **(32)**.

Zvyšující se počet rizikových faktorů v životě člověka, větší zátěž, zvláště psychická, společně s vlivem zhoršeného životního prostředí se odráží i na výskytu zvýšeného počtu tzv. rizikových těhotenství a novorozenců. Procentuelní hodnoty uváděné v literatuře se u různých autorů poněkud liší: Černá uvádí, že výskyt dětí s LMD je 2-20%, převažují chlapci nad děvčaty, a to 5-10x častěji **(4)**, Serfontein uvádí kolem 5-20% chlapecké a až 8% dívčí populace“ **(40)**, Drtilová a Koukolík odhadují 1-5% školních dětí, chlapci jsou postiženi osmkrát častěji než dívky **(6)** a Matějček uvádí 3% populace a dalších 7% s mírnějšími obtížemi vyžadujícími však zvláštní ohled, pomoc a vzdělávání a výchovné vedení **(22)**. Podle Vágnerové je četnost dětí s nějakou poruchou pozornosti relativně vysoká, pohybuje se v rozmezí od 2 do 6% populace školního věku. Porucha pozornosti bývá častěji diagnostikována u chlapců než u dívek, přibližně v poměru 5:1 **(44)**. Čačka uvádí, že žáci s těmito problémy jsou ve všech třídách stále početnější **(3)**.

1.5 Symptomatologie

ADHD se jako psychiatrická diagnóza vztahuje na děti (i dospělé) s vážnými sociálními a kognitivními obtížemi. Snad 1. nejnápadnějším postřehem je to, že se chovají jako by byly mladší, ne tak, jak by to odpovídalo jejich kalendářnímu věku.

Vzhledem k tomu, že 80% dětí má zjištěné některé z poruch již v nejútlejším věku, je dětský lékař jako první, kterému přísluší úloha odhalit jemná postižení psychomotorického vývoje, poruchy smyslové, příznaky neklidu a špatného prospívání dítěte. Je třeba si uvědomit, že mnohé příznaky LMD jako negativismus, živost aj. se

vyskytují i u normálně se vyvíjejících se dětí. Rozdíl je pouze v tom, že u dětí s LMD se tyto příznaky vyskytují ve větší síle a přetrvávají déle **(4)**.

Podle některých odborníků zahrnuje LMD na 160 symptomů **(45)**.

Syndrom ADHD má 3 hlavní symptomy: deficit pozornosti, impulzivitu a hyperaktivitu.

1.5.1 Deficit pozornosti

Jde o poruchy pozornosti, co do rozsahu, délky i kvality. Vyznačují se tím, že dítě má problém jak se soustředěním se zaměřit na dané téma, tak s odpoutáním od rušivých vlivů okolí. Snadno se vyruší z práce a nedokončí ji, nahodile přebíhá od jedné činnosti ke druhé.

Zajímavé však je, jak dlouho a soustředěně vydrží sedět u televize a počítačových her. Lze předpokládat, že pozornost udrží v těchto situacích proto, že se v průběhu pořadu nebo hry rozmanité situace poměrně rychle střídají, jsou pestré a zaměřené na zrakové vnímání **(6)**.

Podrobněji lze charakterizovat dílčí poruchy pozornosti:

- Slabá koncentrace pozornosti, lze ji snadno odpoutat a narušit působením jakýchkoliv podnětů.
- Tenacita pozornosti, tj. délka soustředění, je příliš krátká.
- Distribuce, tj. rozsah pozornosti, bývá omezený.
- Vigilita, tj. pružnost pozornosti, rovněž nebývá dostatečná.
- Selektivita – pozornost bývá často nevýběrová **(44)**.

1.5.2 Impulzivita

Životní krédo impulzivního dítěte je : „Nejdřív to udělám a pak se zamyslím“. Na případné následky svých činů přitom ani nepomyslí. V raném dětství si obvykle vůbec neuvědomuje možná nebezpečí a bezhlavě ohrožuje sebe i své okolí. S impulzivitou se většinou pojí hyperaktivita a jejich kombinací tak vzniká skvělý recept na to, jak dostat rodiče do blázince! V mnoha případech se přidává netrpělivost

a nedostatek tolerance, neustálé vynucování a otravování. Dítě chce všechno ihned a v případě, že se mu nevyhoví, se začne vztekat **(40)**.

Impulzivitu lze chápat jako neschopnost selektivní regulace vlastního chování dle požadavků aktuální situace. Deficit v oblasti autoregulace se projevuje sklonem ke zbrklým, často zcela neadekvátním reakcím. Takové děti nejsou schopné brzdit aktuální impulsy a své projevy ovládat **(44)**.

Děti reagují bez rozmyšlení, bez zábran, podceňují případné nebezpečí. Ve škole vykřikují bez vyvolání, odpověď nepromyslí **(28)**.

S impulzivitou souvisí i zvýšené riziko úrazu **(27)**.

1.5.3 Hyperaktivita

Hyperaktivita je významným diferenciálně-diagnostickým symptomem, který dítě nedokáže nijak tlumit a ovládat **(44)**.

Můžeme ji definovat jako poruchu volního jednání doprovázenou nadměrně zvýšenou, ale neúčelně usměrňovanou dynamikou chování v činnosti i motorice **(7)**.

Paclt uvádí hyperaktivitu jako nadměrnou nebo vývojově nepřiměřenou úroveň motorické či hlasové aktivity, celkově nadměrný řečový projev a časté komentáře **(27)**.

Objevuje se již během prvních let života dítěte. Jeho motorický vývoj jde rychle kupředu. Jako batolata jsou tyto děti k nezastavení, mají potřebu nepřetržitě na něco sahat a pohrávat si s tím. V pozdějším věku je patrný i neustálý pohyb rukou, nohou, rtů či jazyka. Jsou to zkrátka vyčerpávající děti **(42)**.

Neklid bývá zaznamenáván jako jeden z nejfrekventovanějších příznaků LMD, a to v 65-80% případů **(4)**.

Ve škole učitelé popisují stálé vyrušování, bavení se, dítě si s něčím stále hraje, vykřikuje, leží na lavici, pošťuchuje sousedy, ruší celou třídu. V domácím prostředí nevydrží u úkolů, potřebuje stále pohyb, skáče do řeči, dělá mnoho nejrůznějších činností najednou, neposedí **(28)**.

1.5.4 Přidružené příznaky

- poruchy koordinace: zejména v jemné motorice (např. zapínání knoflíků a zavazování tkaniček), méně v hrubé motorice (pohybová neobratnost při chůzi a dětských aktivitách jako např. jízda na kole) i při senzomotorické koordinaci zraku a ruky či nohy (např. při chytání míče či kopání). Děti dělají nešikovný, nesoustředěný dojem, který na mnohé kolem nich působí jako zlomyslná provokace.
- poruchy krátkodobé paměti: Tyto problémy se vyskytují zejména ve sluchové oblasti. Dítě slyší verbálně sdělené informace, ale není schopno si je celé zapamatovat tak, aby mohly být znovu použity, upevněny a případně uloženy v dlouhodobé paměti. Lépe si pamatuje vjemy optické než akustické a často se stává, že tyto děti disponují nadprůměrnou schopností uchovat informace získané vizuální cestou, čímž kompenzují deficit v oblasti sluchové paměti.
- komorbidní poruchy: Koexistence ADHD s dalšími psychickými poruchami je všeobecně známá. Až 44% dětí s ADHD trpí nejméně ještě jednou další psychickou poruchou, 32% trpí dvěma a 11% dokonce třemi i více. Mají více symptomů úzkosti, deprese a nižší sebehodnocení než zdravé děti **(27)**.
- poruchy spánku: Nejproblematičtější bývá usínání. Mohou se také objevovat problémy s častým nočním probouzením, př. mluvení ze spánku (somnilokvie), náměsíčnost (somnabulismus) či noční děsy (pavor nocturnus). Mezi další poruchy spánku patří i brzké vstávání.
- poruchy stravovacího režimu a problémy s příjmem potravy: Projevují se buď sklonem k vybíravosti až nechutenství, v opačném případě sklonem k přejídání.
- nespecifické poruchy učení: horší školní prospěch, než by odpovídalo inteligenci, nápadné výkyvy ve výkonnosti
- vývojové poruchy učení: u dětí s ADHD se projevuje podstatně více poruch učení (24-70%, z toho 15-30% dyslexie) **(27)**.
- neurčité a rozmanité neurologické příznaky

- odchylky elektromagnetické činnosti mozkové kůry
- zdravotní problémy: strabismus, častější výskyt opakovaných infekcí horních cest dýchacích, alergií a astmatu, enurézy (především noční), úrazy
- poruchy mluvené a slyšené řeči
- poruchy chování: klasifikujeme z hlediska společenské závažnosti na disociální (zlozvyky, dětský vzdor, neposlušnost, nekázeň, lež apod.), asociální (dětské útěky, toulavost, záškoláctví, negativismus, alkoholismus, toxikománie apod.), antisociální (krádeže, loupeže, vandalství, výtržnictví, zneužití, znásilnění, ublížení na zdraví zabití či vražda) **(23)**.
- porucha kognitivních funkcí: problémy s odhadem míry přiměřeného přísunu informací, problémy s organizováním vlastní aktivity

1.5.5 Sekundárně psychopatické projevy

Primární zvláštnosti a odchylky jsou významnou dispoziční základnou a živnou půdou, na níž se rozvíjejí četné další poruchy a problémy.

Prvním stupněm jsou reaktivní poruchy chování – hlubší odchylky dětského chování od normy, jež dosáhly patické závažnosti, jsou jakýmsi předstupněm neurotických poruch.

Druhým typem jsou neurotické projevy a rysy (úzkostlivost, plačtivost, onychofágie, tiky, balbuties, obsedantní rysy aj.).

Třetím okruhem jsou obrazy psychopatické u dětí s dysharmonickým či psychopatickým vývojem. Zde se zpravidla kombinují vlivy genetické predispozice s nepříznivými dalšími vlivy. Jde o osoby s nápadným, podivínským či asociálně zaměřeným chováním.

V neposlední řadě mluvíme i o fenoménu dětské a juvenilní delikvence **(4)**.

1.6 Osobnost a emocionalita

Děti s ADHD se jeví jako nepružné se sklonem k tvrdohlavosti, jsou méně adaptabilní. Výrazná je i emoční labilita, výkyvy emoční reaktivity a celkového ladění

projevující se sklonem k nervozitě a sníženou schopností se vyrovnávat s neúspěchy. Tyto děti mají poruchy sebehodnocení, nedostatek sebeúcty. Časté jsou i opakující se deprese. Mívají rovněž menší toleranci k zátěži. Z tohoto pramení i problémy ve vztazích s okolím **(44)**.

Dítě s ADHD musí za každý drobný krok platit daleko větším úsilím a vykoupit jej více neúspěšnými pokusy. Zakouší až příliš často, prožívá chvíle zklamání, je vystaveno četným frustracím. Opakovanými nezdary i zkušenostmi záporného hodnocení druhými ústí v nedůvěru ve vlastní schopnosti, pocity méněcennosti, negativní postoje k sobě samému i k druhým lidem. Je narušen proces, v němž dítě objevuje svoji identitu, nachází obraz sebe sama.

Tyto děti mají i pozitivní rysy a vlastnosti. Bývají otevřené, společenské, bezprostřední, srdečné, přátelské a upřímné. Jsou vděčné za osobní kontakt, zpravidla se v něm zklidní a chovají se pak i velmi mile. Mají „srdce na dlani“, rády se rozdělí. Nejsou falešné, nedovedou předstírat. Při své překotnosti jednají pohotově a rychle. Tyto další drobné stránky jejich osobnosti nesmíme ztrácet ze zřetele a naopak se musíme snažit je rozvíjet **(4)**.

1.7 Etiologie a biologické aspekty

Na syndrom ADHD je třeba pohlížet jako na soubor symptomů vyvolaných složitými interakcemi mezi genetickou výbavou dítěte, neurofyziologickými charakteristikami, psychickým vývojem a sociálním prostředím. Mechanismus vzniku onemocnění se snaží vysvětlit řada různých teorií, např. teorie genetická, teorie vyzrávání mozku, teorie biochemických defektů aj.

Mezi odborníky neexistuje shoda v tom, která neurologická nebo biochemická skutečnost vyvolává hyperaktivní poruchy. Někteří autoři udávají, že genetické vlivy mohou být zjištěny u poloviny případů. Jiní upozorňují na další vlivy: opožděné neurologické zrání, prenatální a postnatální poškození, zvýšený spad těžkých kovů a vliv radioaktivity, otravu olovem, vliv některých léků a konečně vliv prostředí, především charakteristické rysy interakce mezi dítětem a rodiči **(30)**.

Porucha pozornosti je považována za vývojovou poruchu nejasné či neznámé etiologie. ADHD poruchy jsou primárně biogenní, kdy příčiny poškození CNS mohou být genetické i exogenní. Míra dědičnosti dispozice ke vzniku poruchy je odhadována na 50-70%. Další příčinou mohou být strukturálně-funkční změny mozku jako určité morfologické odchylky. Dále poruchy mozkových funkcí na úrovni mozkového metabolismu jako odlišnosti tvorby či odbourávání neurotransmiterů **(44)**.

Příčiny vzniku jsou mnohočetné, diagnóza převažuje u chlapců (MKN 10 uvádí poměr 3:1) **(28)**.

Černá uvádí, že více jsou ohroženy děti s nízkou porodní hmotností a děti nedonošené, také děti s porodní vahou nad 4000 g, roli také hraje okolnost, že plod je přenášen **(4)**.

1.7.1 LMD

Základem ADHD je lehká mozková dysfunkce, tedy faktická změna ve stavbě nervové soustavy, čímž je způsobena změna v distribuci energie. Jde především o vývojovou změnu v distribuci dopaminových neurotransmiterů. Tímto jsou pak ovlivněny prakticky všechny kognitivní funkce.

1.7.2 Genetika

ADHD je dědičná záležitost, která má svůj původ v genech. Častěji se projevuje u chlapců, dívky se však stávají spíše nositelkami genetické informace, genetická zátěž až 50 % **(42)**.

V lidských chromozomech není jeden gen, který by byl přímo zodpovědný za chování. Genetický podíl při rozvoji syndromu LMD je záležitostí složitou, hovoří se o genetickém polymorfismu či polygenetických abnormalitách **(4)**.

ADHD je tedy polygenní onemocnění podmíněné různými kandidátskými geny. V současné době je známo více než 30 dopaminergních noradrenergních, rerotoninergních a gabaergních genů **(27)**.

1.7.3 Poškození CNS

Poškození mozku jako příčinu ADHD nelze jednoznačně stanovit, neboť některé studie tuto spojitost nepotvrdily a názory některých autorů se různí. Jde především o poškození CNS v době prenatálního vývoje dítěte (nedonošenost, nitroděložní infekce, gestózy), perinatální (abnormální porody, novorozenecké asfyxie) a postnatální (infekce CNS, úrazy hlavy aj.).

1.7.4 Alergie na stravu

Strava působí na chemické pochody v našem těle i na naše chování. Názor, že dítě může být ovlivněno tím, co jí, je dost rozšířený. Za původce hyperaktivity se běžně označují umělá barviva, konzervační přípravky, salicyláty, fosfáty. Dnešní výzkumy se pokouší objevit souvislosti mezi alergií či přecitlivělostí a hyperaktivitou, avšak tento názor nebyl vědecky prokázán. Z toho vyplývá řada dietetických opatření založených na omezování těchto látek a zároveň na obohacování jídelníčku dítěte především dostatkem vitamínů **(42)**.

U části dětí s poruchou byly nalezeny vysoké hladiny olova v krevním séru. Tento těžký kov je nyní všudypřítomný a do životního prostředí se dostává zvláště z výfukových plynů.

V podezření je i pití alkoholu matkami v průběhu těhotenství i složky sociální, protože se porucha objevuje častěji v rodinách sociálně slabých a v rodinách, jejichž vnitřní vztahy se rozpadají **(6)**.

1.8 Prognóza a ADHD v dospělosti

Prognóza syndromu ADHD není jednoznačná, další vývoj může být velice rozdílný. Některé problémy mohou dokonce narůstat. Častým problémem je neúspěšnost a odmítání ostatními lidmi. Nepozorní a hyperaktivní jedinci nebývají školsky úspěšní a impulzivita, obtíže v sebeovládání, nízká tolerance k zátěži a neschopnost systematicky pracovat zvyšují pravděpodobnost selhání v jakékoli profesní roli. Hyperaktivní jedinci mívají problémy v mezilidských vztazích a u dospívajících je

zvýšené riziko asociálního chování. Vágnerová uvádí, že hyperaktivita a s ní související potíže přetrvávaly u 70% adolescentů a u 65% ještě v mladé dospělosti **(44)**.

Paclt uvádí asi u 40-45% pacientů s ADHD přetrvávání výrazné poruchy z dětství a adolescence do dospělosti. Příznaky ADHD se z dětství do dospělosti přenášejí v částečně pozměněné podobě. Do dospělosti často přetrvává emoční nezralost, emoční labilita, impulzivita a relativně často také zkratkovité jednání **(27)**.

1.9 Diagnostika

K odhalení dysfunkce v raném dětství obvykle dochází na základě podezření, že se dítě nevyvíjí podle očekávání. Stanovení diagnózy ADHD je velmi složité. Nejčastěji se postižení zjišťuje až ve školním věku, kdy dítě nezvládne výuku při normálních inteligenčních schopnostech **(4)**.

Vyšetření by mělo být velmi podrobné a zahrnovat pediatrické somatické vyšetření, podrobnou anamnézu, pozorování a posouzení dalších skutečností včetně sociálního, zejména rodinného prostředí dítěte, tzn., že se na diagnóze ADHD musí shodnout více specialistů. ADHD může být diagnostikováno u dětí již ve věku zhruba dvou let a některé symptomy již v prvních měsících života **(42)**.

Diagnostika není předmětem pouze pedagogiky, psychologie nebo lékařských věd. Provádí ji každý, kdo se zamýšlí nad dítětem, každý na úrovni dané svými vědomostmi. Diagnostika ve vztahu ke školskému systému je prováděna v těchto institucích: rodina, škola, třída, PPP, SPC, zdravotnické instituce, zájmové organizace. Profesní zastoupení: rodiče, pedagog, speciální pedagog, psycholog, sociální pracovnice, lékaři (pediatři, neurologové, psychiatři), vedoucí zájmových kroužků. Diagnostický proces z hlediska času je krátkodobý a dlouhodobý. Dítě chápeme jako aktivního účastníka diagnostického procesu a zaměřujeme se u něj na tyto oblasti: jak dítě vnímá sebe sama, své postavení v rodině, pohled rodičů na své vlastní obtíže, jak dítě hodnotí svůj zdravotní stav, jaká je úroveň domácí přípravy z pohledu dítěte. **(50)**.

Diagnostická kritéria pro stanovení ADHD vycházejí ze dvou diagnostických systémů: ICD-10 a DSM-IV **(27)**.

Chování dítěte musí odpovídat alespoň 6 z 9 diagnostických kritérií a tyto projevy musí přetrvávat dostatečně dlouho, nejméně po dobu 6 měsíců **(44)**.

Dále se doporučuje používat posuzovacích škál, které umožňují odchylky daného dítěte od vrstevníků téhož pohlaví a věku, zejména posuzovací škály Connersové pro rodiče a učitele **(přílohy 2 a 3)**. Aby se porucha mohla klasifikovat jako ADHD, musí nepříznivě ovlivňovat školní výkon dítěte a musí se zároveň projevovat výrazným rozporem mezi intelektovými schopnostmi dítěte a jeho učební produktivitou **(27)**.

Diagnostika v PPP by měla zahrnovat anamnézu, pohovor s rodiči, vlastní vyšetření skládající se z pozorování, rozhovoru s dítětem, zjišťování úrovně rozumových schopností (komplexní intelektové testové baterie pro příslušnou věkovou kategorii, osobnostní testy, testy na emoční ladění) a závěr vyšetření s doporučením **(28)**.

Systematické a komplexní psychologické vyšetření hraje v případě hyperkinetického syndromu v dětství velice důležitou roli. Podává informace o dosažené vývojové úrovni dítěte, určuje specifické oslabené oblasti a umožňuje tak sestavit individualizovaný nápravný/rozvojový plán. Cílem vyšetření není výsledek, ale živá interakce s dítětem. Komplexní psychodiagnostické zhodnocení dítěte vyžaduje přípravu, trpělivost a dostatek času u všech zúčastněných stran, tedy rodičů, dítěte i psychologa. Vyšetření by mělo být vedeno vždy v dopoledních hodinách, po dostatečném spánku dítěte a v době, kdy není vystaveno jakýmkoliv stresům. Vyšetření by mělo zahrnovat minimálně klinickou a testovou část.

Klinická část je důležitá pro navázání otevřeného vztahu důvěry s dítětem i rodičem a vypozorování základních projevů chování. Nezbytné základní části této fáze jsou klinický rozhovor s rodiči a dítětem, záznam pozorování dítěte a zhodnocení školního výkonu od mateřské školy až po současnost.

Testová část zahrnuje WISC-III (Wechslerovu škálu inteligence), testy pozornosti, škály nebo dotazníky pro dítě, rodiče a učitele a další testy. Pozornost by měla být mimo jiné věnována i percepci **(27)**.

Britští vědci vyvinuly jednoduchý oční test, kterým se prý dá v časném stadiu zjistit lehká mozková dysfunkce u dětí a zahájit tedy včas i léčení. Vědci z londýnské Brunelovy univerzity zjistily, že děti s LMD mají jiný pohyb očí než děti bez této

poruchy. Nová metoda podle nich vyhazuje přesnost na 93%. Tento biologický test se ukázal jako velmi objektivní a vysoce přesný a může být použit u dětí v předškolním věku. Je použitelný mezinárodně, protože funguje bez ohledu na jazyk, rasu, kulturu nebo IQ dítěte. Prof. Georgie Pavlidis jako jeden z výzkumníků uvedl, že test je skutečným průlomem, protože dětem s LMD se může dříve dostat pomoci, umožní účinný zásah a léčení. V České republice se diagnostika očních pohybů na některých pracovištích používá v souvislosti s dyslexií, ale ne jako specifická diagnostika LMD **(36)**.

1.9.1 Jiná diagnóza než ADHD

Existuje mnoho složitých zdravotních stavů, které se navenek projevují nevhodným chováním dítěte, aniž by šlo o poruchu ADHD. Porucha pozornosti může být projevem např. záchvatového onemocnění, hyperaktivita zase může souviset s příliš aktivní štítnou žlázou. Podobné příznaky se také mohou objevit u dětí s horším zrakem či sluchem nebo u posttraumatických stresových poruch (ztráta blízké osoby, sexuální zneužívání, týrání, rozvod rodičů).

Zvláštním případem může být i dítě s nedostatečně vyvinutým symetrickým tonickým šíjovým reflexem, který souvisí s poruchou svalového napětí a je pro dítě značně nepříjemný. Takové dítě má pak stálou potřebu měnit polohy, aby zmírnilo napětí ve svalech a tím se může jevit jako hyperaktivní s poruchou pozornosti **(26)**.

1.9.2 ADHD a panovačnost

U dětí s ADHD (převážně u chlapců v poměru asi 5:1) byla zjištěna tendence k panovačnosti. Vývojový stupeň, na němž vzniká, je ve věku od 7 do 24 měsíců. Hyperaktivita by mohla být v tomto případě u některých dětí vedlejším projevem či následkem dekompenzace v rámci panovačnosti jako duševní poruchy. Hlavní příčinou hyperaktivního jednání je vnitřní neklid **(32)**.

U „malých tyranů“ za neodbytným uplatňováním moci může vězet strach před ztrátou moci, jistoty, bezpečí a lásky. Od těchto kořenů poruchy, kde strach vznikl, by se měla podle ní začít odvíjet i terapie a tím i snižovat hyperaktivita **(31)**.

1.10 Sociální význam ADHD

Poruchy pozornosti spojeny s hyperaktivitou bývají velmi rušivé, ať už se projevují v oblasti školí práce či chování, a z toho důvodu jsou takové děti často hodnoceny negativně. Hyperaktivní a impulzivní chování působí nepříjemně, dráždí a vyčerpává. Vyvolává napětí ve všech lidech, s nimiž jsou tyto děti v kontaktu a zvyšují tak riziko vzniku negativního postoje. Nepříznivé hodnocení a odmítání ze strany druhých zvyšuje u dítěte s ADHD riziko vzniku negativního sebehodnocení. Hyperaktivní děti nebývají oblíbené ani ve vrstevnické skupině. Jejich typické projevy vedou často ke konfliktům, jejichž důsledkem je odmítání, izolace či šikana dítěte s touto poruchou. Děti s ADHD se nedovedou ovládat, nejsou schopné brát ohled na ostatní a nedovedou spolupracovat. Také nedovedou řešit konflikty, jsou dráždivé a náladové a jejich chování bývá nepředvídatelné. Navozená averze k dítěti, s nímž jsou stále nějaké potíže, ovlivní i jeho rodiče. Kumulují se kritika a stížnosti. Rodiče hyperaktivního dítěte bývají jeho projevy přetíženi také, mnohdy se s nimi potýkají po celý jeho život a ani v jejich případě nemá běžný výchovný postup žádoucí efekt. Dítě je obtížné, těžko zvladatelné a rodiče reagují rezignací či stupňováním přísnosti a trestů až na úroveň drezúry. Rodiče by sami potřebovali porozumění a oporu, ale té se jim většinou od okolí nedostává, někdy je tomu spíš naopak **(44**).

1.11 Dítě s ADHD a rodina

„Nikdo není jako opuštěný ostrov v oceánu.“ Dítě s ADHD nežije v izolaci, jeho chování se odráží na lidech, kteří kolem něj žijí a jejich reakce zpětně ovlivňují jeho život **(40)**.

Rodina má na vývoj dítěte s ADHD rozhodující vliv. Nejlépe překoná své problémy v takové rodině, kde mezi jejími členy (zejména mezi rodiči) panují pevné a stabilní vztahy. Dítě trpící ADHD potřebuje ke svému životu řád, důslednost a disciplínu a jako každé dítě potřebuje někam patřit a hlavně být milováno. Podaří-li se v rodině takové

podmínky vytvořit, má dítě všechny předpoklady k tomu, aby své těžkosti úspěšně překonávalo.

Řád dítěte je nerozlučně spjat s klidným a nerušeným chodem domácnosti bez náhlých změn a zvratů. Konfliktní manželství ničí všechny děti bez rozdílu, ale u dítěte s ADHD se k citovému strádání přidává i zhoršení intelektových schopností, impulzivity a hyperaktivity. Statistiky dokládají, že v rodinách s hyperaktivními dětmi dochází k manželským hádkám a rozchodům třikrát častěji, než u ostatních rodin. Rodič, se kterým dítě žije, musí tak převzít obě rodičovské role, což je nesmírně vyčerpávající.

Pro dítě s ADHD, které má sklon k nízkému sebehodnocení a podceňování, je velmi důležité přijetí rodinou a jistota, že je jejím stejně hodnotným a právoplatným členem jako všichni ostatní.

Role matky je v životě dítěte klíčová. Dítě s ADHD potřebuje maminku, která vědomě chápe jeho problémy a je ochotna se mu věnovat. Často je mu jedinou jistotou v neustále se měnícím okolním světě.

Úloha otce je stejně důležitá jako role matky a s přibývajícím věkem dítěte se zvyšuje. Otec funguje nejen jako hlavní výchovná autorita, ale zásadním způsobem ovlivňuje i citový vývoj dítěte (především chlapci s ADHD mívají různé emociální obtíže a stále více potřebují otcovskou péči, pozornost a lásku).

Děti s ADHD jsou tím nejcitlivějším „indikátorem“ rodinných vztahů. Mnohé z nich jsou přecitlivělé a obtížně vycházejí s těmi, kteří pro ně znamenají nejvíce, tzn. s rodinou a především s matkou. Těžko se přizpůsobují dynamice rodiny a silněji zde prožívají své frustrace **(40)**.

Být rodičem dítěte trpícího poruchou pozornosti s hyperaktivitou je těžké, ale být postiženým dítětem je těžší. Životním úkolem rodičů je především vytrvalost, trpělivost, umírněnost a klid **(6)**.

1.11.1 Fáze zvládání situací

Mít v rodině dítě se speciálními potřebami není vůbec snadné. Být rodičem takového dítěte vyžaduje sílu, o které mnohdy rodiče ani netuší, že ji mají. Jsou určité

fáze zvládání situací, které člověku působí hluboké trápení, neboť naučit se žít s dítětem těchto potřeb je těžké:

Fáze 1: Zvládání krize – rodiče mohou být šokováni, zdrceni, naplněni obavami o život svého dítěte, mohou mít strach, ztrácet naději, reagovat neadekvátně, mohou být vystrašení, mít pochybnosti o svých rodičovských schopnostech, může se dostavit smutek, beznaděj, hněv, nezvládnutí situace, hledání viníka.

Fáze 2: Rodiče získávají sebedůvěru ve vztahu k dítěti, znovu nabývají určité kontroly, získávají základní informace a začínají hledat pomoc a podporu.

Fáze 3: Projevy frustrace, nespokojenost, zoufalství, rozporné pocity k dítěti, pesimismus, znechucení či deprese.

Fáze 4: Přechod od negativního k pozitivnímu **(13)**.

1.11.2 ADHD a syndrom CAN

V dnešní době se stále častěji setkáváme s pojmem „syndrom týraného dítěte“ (v anglické literatuře uváděného zkratkou CAN = Child Abuse and Neglect). Rozumí se tím aktivní či pasivní forma fyzického a duševního násilí páchaného rodiči, blízkými nebo příbuznými na dětech.

Rizikovou skupinu takto týraných dětí představují převážně děti s různými handicapy (tedy i se syndromem ADHD), hlavně malé a mladšího školního věku bez rozdílu pohlaví. Tyto děti se častěji odlišují od normality, nesplňují očekávání rodičů, nadměrně je mohou dráždit, zatěžovat či provokovat svým chováním, které může být pro rodiče nesrozumitelné. Důsledky týrání jsou pak velmi závažné pro další vývoj dítěte a mohou se projevit např. opožděním v psychickém vývoji, oslabením motivace k učení a různými odchylkami v chování **(22)**.

1.12 Problematika ADHD ve škole

Porucha sebepřijetí a vědomí vlastních hodnot znesnadňuje dětem s ADHD navazovat vztahy a komunikovat s okolím, což se začne projevovat nápadněji kolem 3. až 4. roku věku, tedy při vstupu do MŠ. Děti s ADHD se často ve skupině vrstevníků necítí dobře, jsou nedůvěřiví, a buď se stáhnou do ústranní, nebo se pokoušejí oponovat

dominantním chováním, panovačností či agresivitou. Tyto děti mají silnou tendenci se řadit spíše mezi mladší nebo starší děti a často se cítí lépe v malé skupině dětí, vystačí si zcela i s jedním kamarádem **(40)**.

V mateřské škole poznáme děti s ADHD podle toho, že u činností a her vydrží jen velmi krátkou dobu. Přebíhají od jedné hry ke druhé, ostatním dětem hru kazí a utečou od ní. V kolektivu jsou tyto děti neoblíbené a často mají pověst kazisvětů. Projevují se nespoutanou touhou po činnosti, jsou doslova zahlceny vnějšími podněty. Právě herna se spoustou hraček pro ně může představovat nadměrnou zátěž **(38)**.

Počátek školní docházky z hlediska dítěte i jeho rodiny je zásadním životním mezníkem. Selhání v této oblasti může ovlivnit nejen rozvoj dětské osobnosti a prožití celého zbývajícího dětství, ale způsobit i závažná životní selhání **(27)**.

Děti s problematikou neklidu, nepozornosti, hyperaktivity či takzvaně „děti zlobivé“ jsou odesílány k vyšetření převážně školou. Často narušují vyučování různými aktivitami jako je vykřikování, vrtí se na židli, nevědí, kde mají pracovat, nedávají pozor. Neumějí si naplánovat práci, nestíhají to, co ostatní. Nenosí domácí úkoly a pomůcky, jejich výkony značně kolísají **(28)**.

Učitelé často váhají, jak pracovat s dětmi s problémovým chováním a poruchami přizpůsobivosti **(12)**.

Hodnocení žáka, který často ruší výklad a odvádí pozornost ostatních spolužáků, jsou pak nejen negativní, ale mohou se promítnout i do posuzování jeho výkonů a navrhovaných opatření. Nedostatek trpělivosti, pochopení, tolerance a pedagogické empatie ze strany učitele dělá těmto žákům nejen ze školy „utrpení“, ale sekundárně ovlivňuje i jejich sebehodnocení a zpětně vede ke stále agresivnějším projevům **(3)**.

Současné tragické příklady střílení ve škole nám jsou varovnou připomínkou vážnosti problémů, se kterými se učitelé mohou setkat. Naštěstí je toto extrémní chování vzácné, ale verbální agrese a vážné ohrožování autority učitele se dějí téměř každý den. Toto chování rozvrací třídu a ovlivňuje ostatní žáky, stejně tak učitele **(12)**.

Dítě s ADHD je pro toho, kdo s ním žije a pracuje, skutečně tvrdým oříškem. Učitelé by měli být vyškoleni tak, aby nejen rozpoznali symptomy ADHD, ale aby se naučili respektovat potřeby, schopnosti i možnosti takového dítěte a aby s ním uměli pracovat.

Zároveň je velmi důležitá spolupráce rodičů. Jen tak může být zaručena šance na úspěch. Naopak je třeba se vyvarovat toho, aby dítě dostalo „nálepku zlobivého dítěte“, rodiče byli obviněni ze špatné výchovy dítěte a především, aby nedošlo k vyloučení dítěte z kolektivu. Pokud se toto nepodaří, může se z poruchy pozornosti snadno rozvinout porucha chování vedoucí až k chování antisociálnímu v pozdějším věku, a to se všemi negativními dopady nejen pro jedince samotného, nýbrž i pro společnost **(42)**.

1.13 Přístupy k řešení problematiky dětí s ADHD

Je známo, že se odborníci liší v pojetí a přístupu k ADHD. Předmětem diskuse je, jedná-li se o formu onemocnění (medicínský přístup) či jistý typ problémového chování (psychosociální přístup). Pro dítě samotné není ani tak důležité, jak jeho problém nazveme, nýbrž co z toho pro něj vyplyne.

Zahraniční literatura uvádí, že péče o děti s ADHD je řešena systémově na interdisciplinární úrovni, tj. přístupu založeném na spolupráci různých profesních skupin – učitelů, psychologů, lékařů a sociálních pracovníků. V našich podmínkách je snaha k diagnostice a terapii ADHD přistupovat většinou komplexně.

Nejlepší terapií je prevence. Neomezuje se jen na rozvoj postižených funkcí, ale nutně zahrnuje i celou osobnost. Hlavní úlohou terapie je pomáhat handicapovanému dítěti vést smysluplný život **(32)**.

Dle Čačky náprava spočívá obecně v nácviku postižených funkcí, kompenzačním zapojováním funkcí nenarušených, popř. i v psychoterapii orientované na anxiozitu a některé postojové aspekty **(3)**.

Prekopová a Schweizerová rozdělují terapeutickou pomoc na 3 okruhy:

1. Terapeutická pomoc, která podporuje osobnost dítěte, jeho vztah k sobě samému a druhým a která se zaměřuje na sociální prostředí dítěte (jako např. terapie pevným objetím, systémová rodinná terapie, terapie chování, jiné formy psychoterapie).
2. Terapeutická pomoc, která řídí pohybovou aktivitu a zlepšuje úroveň aktivace dítěte (rehabilitace na neurofyziologickém základě – podpora senzomotorické integrace

dle Bobatha, Vojty aj., terapeutická jízda na koni, speciální pedagogika, hrová terapie, progresivní relaxace, terapie hudbou aj.)

3. Terapeutická pomoc, která se pokouší ovlivnit hyperaktivitu biochemickou cestou (dietní výživa a medikamentózní léčba) **(32)**.

1.13.1 Medicínský přístup

Základem tohoto přístupu je léčba dětí s ADHD pomocí medikamentů (tzv. farmakoterapie). Patří k nejúspěšnějším a zároveň nejkontroverznějším metodám terapie. Přestože více než 70 % dětí s ADHD reaguje na léky příznivě, řada rodičů i odborníků se ještě dnes staví k lékům s nedůvěrou. Prvním stimulanciem využívaným k léčbě ADHD (i u nás) se stal kofein, ale jen s přechodným efektem, podávaný formou nescafé s mlékem **(42)**.

Moderní léčba psychofarmaky u dětí a dospělých s ADHD představuje velmi účinný léčebný postup, který je podpořený dlouhou řadou kontrolovaných klinických studií, ale přesto zůstává stále opomíjen. Historie léčby ADHD psychofarmaky je starší než léčba psychofarmaky v psychiatrii dospělých. Samotný obor dětské psychofarmakologie začíná rokem 1937, kdy Bradley publikoval úspěšné užití stimulancií k léčbě dětí s poruchou chování. Další rozvoj dětské psychofarmakologie včetně léčby hyperkinetické poruchy je datován přibližně od roku 1960 **(27)**.

Základem účinků psychofarmak u ADHD je 1) ovlivnění presynaptických inhibičních neuronů, 2) synoptické membrány, 3) ovlivnění dopaminergních a noradrenergních transportů, které ovlivňují reuptake dopaminu a noradrenalinu, a ovlivnění postsynaptických neuronů. Základním lékem (zlatým standardem) terapie ADHD jsou stimulancia s krátkým poločasem vylučování, která zlepšují pozornost, nevedou k útlumu, snižují hyperaktivitu a impulzivitu, a tím také zlepšují školní prospěch a adaptaci dětí. Methylfenidát zvyšuje u dětí s ADHD exekutivní kontrolní procesy, zlepšuje kontrolu a funkci provozní paměti. Zkracuje reakční čas, zlepšuje krátkodobou paměť a proces učení. Do roku 1999 účinnost stimulancií potvrdilo 62 randomizovaných placebem kontrolovaných studií a v posledních 4 letech byly publikovány další studie, které dokládají účinnost stimulancií u 70-80% léčených

dětských pacientů. Stimulancia jsou převážně sympatomimetické léky. Kromě methylfenidátu (Ritalin) jsou v zahraničí užívány také amfetamin (Psychoton, Addrall), dexamfetamin (Dexedrin). Psychostimulancia spadají mezi psychotropní látky, jejichž distribuce je omezena konvencí OSN skupiny II a jsou předepisovány na recepty s modrým pruhem. Nevýhodou stimulancií s krátkým poločasem vylučování jsou omezená doba účinku na 3-4 hodiny, nutnost podávat 2-3 x denně. Nevýhody eliminují v zahraničí podávané léky s prodlouženým poločasem vylučování. Lze předpokládat, že i v naší republice bude perspektivně registrován methylfenidát s prodlouženou dobou vylučování (Ritalin SR), jehož klinický účinek je prodloužený až na 8 hodin. Léčba stimulancii nezvyšuje, ale naopak snižuje rizika závislosti v časné dospělosti. Studie poslední doby ukázaly, že riziko závislosti na běžně zneužívaných drogách u jedinců s ADHD léčených Ritalinem výrazně klesá. Za léky první volby jsou v současné době považovány stimulancia a atomoxetin. Terapie bez použití stimulanicí je možná pomocí tricyklických antidepresiv, bupropionu, klonidinu, risperidonu, karbamazepinu či lithia. Farmakoterapie je nejúčinnější, jestliže se kombinuje s výchovnými metodami specifickými pro děti se syndromem ADHD **(27)**.

1.13.2 Úprava stravovacího režimu

Serfontein uvádí jako jednu z možností terapie ADHD úpravu stravovacího režimu. V příklad dává knihu Dr. B. Feingolda o stravovacím režimu pro hyperaktivní dítě, kde autor knihy vidí kladný účinek diety na zlepšení chování dítěte. Jde především o vysazení výrobků z kakaa, koly, konzervačních látek, potravinářských barviv, cukru a salicylátů ze stravy dítěte. Klinické zkoušky však neprokázaly kladný účinek této diety, avšak Serfontein ze své lékařské praxe zaznamenal mnoho případů, kdy dieta zlepšila chování hyperaktivního dítěte **(44)**.

1.13.3 Pracovní terapie

Děti s ADHD mají často problémy s celou šíří pohybové koordinace. Nejlepší péči jim mohou v tomto smyslu poskytnout fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Tito odborníci provádějí s dětmi speciální cvičení podporující rozvoj nedostatečně vyvinutých funkcí.

Program terapie se diferencuje podle konkrétních potřeb dítěte na cvičení hrubé motoriky, jemné motoriky a senzomotorické koordinace. K procvičování hrubé motoriky se používá např. trampolína nebo cvičení na velkých míčích. Ke zdokonalování jemné motoriky slouží celá řada činností, např. zasouvání předmětů do různě tvarovaných otvorů. Senzomotorická koordinace oko – ruka (příp. oko - noha) se procvičuje např. chytáním míče **(40)**.

1.13.4 Specifika výchovy

Děti s ADHD se vyznačují určitými specifickými rysy chování, kterými se liší od běžné dětské populace. Jsou to děti nekonečně vynalézavé a „odolné“ vůči běžným kázeňským opatřením. Jsou bezúčelně aktivní, těžko se přizpůsobují požadavkům, které na ně klade okolí. Bývají pokládány za hloupé a líné, i když jsou jejich rozumové schopnosti mnohdy nadprůměrné **(4)**.

Vzdělávání dětí se syndromem ADHD a specifickými poruchami učení v ČR zajišťují:

- běžné mateřské a základní školy
- specializované třídy zřizované při běžných školách
- speciální školy pro děti se specifickými poruchami učení a chování **(35)**

Legislativně upravuje vzdělávání těchto žáků:

- **Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)**
- **Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných a její novela č. 62/2007 (s účinností od 1.9.2007)**
- **Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních**
- **Vyhláška MŠMT č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků**

- **Rodičovský přístup**

Výchova, která se zakládá na lásce a úctě, je nejúčinnější prevencí **(32)**.

Aby pomoc dítěti byla účinná, potřebuje přijetí od svých nejbližších, posilování sebedůvěry a vhodných vzorců chování. Někdy je potřebné sjednotit výchovné postoje rodičů, které se mohou značně odlišovat, popřípadě nároky nejužší rodiny a rodiny širší (především prarodičů). Obecně lze doporučit pravidelný režim, stanovení hranic, klidné, ale důsledné výchovné působení **(28)**.

Dobře uvážené výchovné zacházení s takto lehce postiženým dítětem vydatně napomáhá k normalizaci jeho chování a tím i k normálnímu sociálnímu uplatnění. Naopak nepřiměřené, nevhodné prostředí a výchovné vedení bez porozumění chování dítěte patologizuje a jeho sociální situaci velmi zhoršuje **(22)**.

Jaké vlastnosti potřebují rodiče k tomu, aby se jim dařilo zvládat péči o dítě se speciálními potřebami?

Prvotně se musí rodiče smířit s realitou a musí se zbavit pocitu viny za obtížné projevy svého dítěte. Jen tak mohou dítěti pozitivně pomoci. Nejdůležitější ze strany rodičů je jednoznačné vedení, přítomnost autority a kázeň. Rodiče musí také vystupovat rozhodně a sebejistě, neboť na jakýkoliv pocit nejistoty dítě může reagovat nepřátelsky. Hlavní zásady důležité pro utváření životního stylu a prostředí dítěte:

- Dítě potřebuje takové prostředí, ve kterém by se cítilo bezpečně. Zároveň i zařízení domácnosti by mělo umožňovat ochranu dítěte i věcí.
- Je třeba obrnit se trpělivostí a zachovat si optimistický výhled do budoucna. Nešetříme povzbuzením, pochvalou, oceněním. Projevujeme jednoznačné city.
- Dítě se obtížně vyrovnává se změnami prostředí a vyhovují mu naopak ustálená pravidla a zvyklosti. Potřebuje ze strany rodičů zorganizovat denní režim pro hru i práci. Pravidelnost, opakování a řád v něm posilují pocit bezpečí.
- Základním pravidlem je nenechat dítě rozhodovat, ale dávat mu jasné pokyny. Pravidla by měla být jednoznačná, jasně formulovaná a od všech zúčastněných dodržovaná.

- Při potlačování agresivity se vyhnout tělesným trestům, které mívají často opačný efekt. Základní metodou je naopak odměna za dobré chování a odepření výhod za chování nesprávné.
- Důležitá je klidná, pevná a sebejistá komunikace nejlépe mezi čtyřma očima bez vyhrožování. Postoj rodiče je dobré několikrát zopakovat v různých obměnách a přitom se dítěte fyzicky dotýkat.
- Rodiče by měli pomoci dítěti najít takové oblasti zájmu, kde bude zažívat úspěchy. Důležitá jsou dobrodružství a kreativní činnosti (sportování, práce na PC) provozované soustavně a vytrvale.
- Je potřeba naučit dítě, aby se zamyslelo, než se do něčeho pustí. Kvůli reálnému nebezpečí úrazu není možné dítě nechat bez dozoru, i když je to velmi vyčerpávající.
- Potřeba omezit rozptylování dítěte na minimum jednak tím, že by mělo mít svou oddělenou místnost pro práci i odpočinek a dále dělením činností do krátkodobých časových úseků.
- Dítě potřebuje ke své seberealizaci další blízké osoby, ke kterým by si mohlo vytvořit pevný vztah.
- Důležité je teplo tělesného kontaktu, objímání a mazlení.
- Pomáhat ke zklidnění formou relaxace pomocí pohybových cvičení zábavnou formou, a to už od útlého věku. Pohyb, radostná aktivita, volná hra znamenají odpočinek pro nervový systém.
- Snažíme se pokud možno využít zájem dítěte. Máme-li ho něčemu naučit, je třeba vzbudit jeho zájem.
- Snažíme se předcházet pocitům méněcennosti, např. chránit před příliš trapnými a opakovanými zážitky neúspěchu.
- V celém rodinném prostředí je třeba vytvořit ovzduší spolupráce. Dítě má poznat, že je všichni mají rádi a že jsou ochotni mu pomáhat, ne jen kontrolovat a kritizovat. Musí se ve své rodině cítit tak spokojené a prožívat tolik radosti jako každé jiné dítě.

- **Přístup učitele, vychovatele**

Žák s LMD není hloupý provokatér určený do zvláštní školy nebo do výchovného ústavu **(25)**.

Dítě s ADHD znamená pro každého učitele zátěž. Je důležité, aby pedagog byl schopen přijmout každé takové dítě jaké ve skutečnosti je, a to s ohledem na jeho zdravotní stav. Měl by mu vytvořit takové podmínky, ve kterých dítě lépe zvládne své obtíže a zabránit tak vzniku sekundárních poruch chování. Pedagog by měl být sympatická, vřelá osobnost s přirozenou autoritou, především s citlivým přístupem.

Třídu by měl upravit tak, aby byla co nejbezpečnější. Zvláštní význam má zvolení správné barvy, neboť děti barvy prožívají a trpí jimi. Zdrojem klidu je přehlednost. Zároveň se doporučuje třídu vybavit menším množstvím vybraných hraček a pomůcek charakteru intenzívní povahy tak, aby poskytovala dítěti s ADHD méně podnětů pro rozptylování.

Výbornou praktikou jsou alternativní aktivity – jde o zábavnou činnost jako formu odměny po zvládnutí určitého zadaného úkolu. Podstatou je zaměření energie dítěte vhodným směrem, aby nemělo čas zlobit **(38)**.

V Anglii, Holandsku a některých dalších zemích se ve třídách uplatňují tzv. pomocníci učitelů (z řad rodičů, dobrovolníků či speciálních pedagogů), kteří výrazně a nedocenitelně pomáhají učitelům při zvládání dětí s ADHD. Asistence v MŠ u nás není ještě tak zcela rozšířená, přesto již v některých zařízeních (především nestátních) asistenti učitelek pracují a jejich pomoc je nepostradatelná. Jejich uplatnění není jen v případě dětí hyperaktivních, ale i dětí ostatních, vyžadujících speciální přístupy. V ČR je v současné době největším problémem otázka financování této formy pomoci, ale i výběru vhodných adeptů pro tuto profesi **(42)**.

Při učení, jak ve škole, tak doma, je vhodné, aby dítě mělo kolem sebe co nejméně podnětů, mělo by sedět tak, aby nevidělo přímo z okna ven, kde jej přitahují jiné, zábavnější děje. V některých třídách se setkáváme s vybavením koberci či balančními míči **(28)**.

Obecné zásady při práci s dětmi s ADHD:

- Na projevy typické pro ADHD pokud možno nereagovat a tolerovat je (např. psychomotorický neklid, vykřikování, obtíže s udržením pozornosti, postupně naučit dítě reagovat na oční pokyn, na dotyk apod.).
- Umožnit dítěti pohybové uvolnění v případě potřeby i v průběhu vyučovacích hodin (nechat např. rozdat sešity, smazat tabuli, uvolnit se na relaxačním míči apod.).
- Pracovat po kratších, častěji se střídajících úsecích, rozsah pozornosti postupně zvyšovat zaujetím pro činnost, vhodnou motivací a oceněním.
- Umožnit dítěti změnu pracovní polohy, činnosti.
- Umožnit krátký odpočinek, relaxaci.
- V případě nezdaru dát možnost opravy.
- Snažit se o vytvoření vstřícné atmosféry ve třídě, ve které bude dítě zažívat i kladné emoce.
- V zasedacím pořádku třídy najít méně rušivé místo, aby se dítě mohlo lépe soustředit.
- V případě problémů dohlédnout na zaznamenávání domácího úkolu.
- Vhodnou motivací vést dítě k nácviku sebekontroly a sebehodnocení.
- Oceňovat drobné pozitivní prvky v chování dítěte, především v sociální oblasti, obecně nešetřit pochvalou **(10)**.
- Nácvik metakognitivních strategií je ve své podstatě učením o vlastním stylu učení.
- Respektování stylu učení (u dětí s ADHD tzv. globálního stylu učení).
- Instrukce a pokyny, častá zpětná vazba, posilování spolu s mírnými tresty **(27)**.
- Neúspěch kompenzujeme jinými činnostmi.
- Učitel spolupracuje s rodiči, psychologem apod. **(23)**.

Kromě uvedených doporučení je samozřejmě základní podmínkou pedagogický optimismus a vyšší frustrační tolerance. Pozitivní a předvídatelný přístup pedagoga může být základním nástrojem v procesu nápravy nežádoucího chování, zlepšení školní a potažmo i širší sociální úspěšnosti **(27)**.

Práce s dítětem s ADHD je ve školním prostředí bezesporu velice obtížná a náročná. Systematický a otevřený přístup může ovšem chování dítěte i jeho motivaci výrazným způsobem ovlivnit. Systematický, strukturovaný a pozitivní přístup s předem a jasně definovanými pravidly by měl zahrnovat následující body:

- Jasně sdělené požadavky na chování a práci žáků
- Dostatek času na vysvětlení žádoucího a nežádoucího chování
- Jasná struktura vyučovací hodiny
- Předvídatelnost a důslednost jednání učitele
- Nácvik žádoucího chování
- Důslednost na dovedení práce do konce
- Učitelovo porozumění, pružnost a trpělivost

Učitelova pomoc na individuální úrovni **(27)**.

1.13.5 Logopedický aspekt

Mnohé děti s ADHD trpí některou z forem poruch výslovnosti a vyjadřování: opožděným zahájením verbální komunikace, potížemi s výslovností, problémy s tvořením vět či komolením slov. Potýkají se s artikulací, koktáním a dokonce i se strukturou jazyka. Proto je namístě speciální terapie.

Patologickou stránkou komunikačního procesu, výchovou, vzděláním a prevencí této problematiky se zabývá logopedie. Na školách většinou logopedická péče nebývá k dispozici, je tudíž potřeba navštěvovat s dítětem specializovanou poradnu **(40)**.

Služby poskytované klinickým logopedem jsou bezplatné a na doporučení pediatra hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

1.13.6 Psychoterapie

Všechny jednotlivé příznaky uváděné dítětem a rodiči musí být zachyceny a jejich význam musí být adekvátně zhodnocen. Diagnostická práce je podmínkou pro zahájení psychoterapeutických a psychosociálních opatření.

Studie ukázaly, že nejen farmakologická léčba, ale také některé druhy psychoterapie a psychosociální intervence jsou prokazatelně účinné. Většina postupů vychází

z aplikace kognitivně-behaviorální terapie. Postupy jsou zaměřeny na dětské, adolescentní nedospělé pacienty, rodiče dětí a adolescentů, učitele dětí a adolescentů. Tyto postupy můžeme rozdělit do pěti kategorií:

- kognitivně-behaviorální intervence se zaměřením na dětského pacienta s ADHD
- klinická bahaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele
- přímý management jednotlivých případů ADHD s ohledem na individuální potřeby v „reálných situacích“
- komplexní intenzívní behaviorální léčba, letní terapeutický program pro děti a jejich rodiče
- kombinovaná bahaviorální a farmakologická léčba **(27)**.

Základem cílené terapeutické intervence je rozbor všech získaných informací. Jediným cílem v prvním plánu není „změna dítěte“, ale kroky směřující nejprve ke změně podmínek, v nichž dítě žije tak, aby ubylo negativních podnětů, které mohou působit jako spouštěcí mechanismy. Jednotlivé postupy tedy nevedou ke snížené četnosti problémového chování, ale zaměřují se na způsob života dítěte, snaží se měnit jeho životní styl a podmínky **(51)**.

- **Individuální psychoterapie**

Behaviorální a kognitivně behaviorální techniky

Tato terapie představuje soubor strategií, které mají za cíl kognitivní, emoční a sociální změny a změnu chování, vychází z teorie učení a kognitivní terapie A. Becka. Je založena na systematickém programu postupných kroků a zaměřena přímo na příznaky. Sezení jsou strukturovaná a terapeut vybírá metodu přizpůsobenou schopnostem dítěte, kapacitě paměti, popř. grafomotorickému projevu. Tato terapie by měla být obohacena využitím rodičů jako koterapeutů, čímž je zdůrazněno, že problém dítěte je společným a je nutno ho řešit ve spolupráci s rodinou. Terapie je tréninková, spočívá v naprogramovaném učení se určitým dovednostem v sebekontrole. Je účinná při zmírňování impulzivity, ale nemá vliv na jiné problémy jako jsou neklid a roztěkanost **(11)**.

Psychoanalytická psychoterapie

Je pro hyperaktivní děti dobře použitelná. Zdůrazňuje, že defekt u dětí s ADHD je nejenom v poznávací složce, ale též v emocionalitě dítěte. Přístup je důsledně vývojový a počítá se zráním dítěte. Terapeut mu umožňuje, aby porozumělo samo sobě, posiluje jeho já, dítě s ním odžívá závislosti a napětí. Tento přístup je časově poměrně náročný a je nutné přizpůsobit terapii dítěti „na míru“. Literatura uvádí, že děti z této formy terapie výrazně profitují **(11)**.

- **Skupinová terapie**

Nácvik sociálních dovedností

Dítě s ADHD je zařazeno do skupiny dětí stejného věku a pohlaví, kde se učí sociálním dovednostem v přirozených podmínkách, učí se zařadit mezi vrstevníky. Neakceptovatelné chování (agrese, skákání do řeči) může být redukováno přímou zpětnou vazbou. Základní dovednosti pro získání kontaktu a přátelství jsou posilovány užitím pozitivní zpětné vazby (odměnou), modelováním situací, hraním rolí a dlouhodobým praktikováním. Programy jsou zaměřeny velmi prakticky, součástí mohou být různé formy domácích úkolů a monitorování užití sociálních dovedností v běžném životě. Program skupiny je připraven na základě předběžného vyšetření dětí. Skupiny jsou určeny max. pro 8 dětí a jsou omezeny věkem, věkový rozdíl je max. 1 rok, skupiny lze připravit pro děti už od 5 let **(11)**.

Paralelně probíhající rodičovská skupina

Je zaměřena na rodiče dětí s ADHD, kteří se v rámci diskusní terapie seznamují s problematikou svého dítěte, co změnit, na co se zaměřit, důraz je také kladen na vzájemnou kooperativnost rodičů, tj. na absenci manželského konfliktu **(11)**.

Psychorelaxační cvičení pro děti. Terapeutický klub

Tato forma práce s dětmi posiluje jejich sebevědomí. Jsou zde užívány techniky z oblasti arteterapie, muzikoterapie, tvořivé dramatiky i relaxace. Pro tento typ psychorelaxace je nutné mít k dispozici dostatečně velkou, prostornou místnost. Optimální počet dětí ve skupině je 8 – 10. Relaxační hodina zpravidla probíhá

následovně: Na začátku se děti mohou zcela volně a spontánně vyběhat všemi směry po místnosti, následuje pohybová imaginace, poté klidnější činnost – tj. relaxace formou autogenního tréninku. Hlavní částí hodiny jsou aktivity věnované rozvoji tvořivosti dítěte (kreslení, zpívání, muzicírování atd.).

Terapeutický klub využívá obdobných metod, je však strukturovanější, naprogramovanou činností, větší aktivitou ze strany terapeuta, direktivnějším nastolením pravidel. Je vhodný pro děti s většími poruchami chování, neboť jsou zde jasná pravidla a určité hranice **(11)**.

- **Rodinná terapie**

Je jedna ze stěžejních terapeutických metod, neboť vztahy v rodinách dětí s ADHD bývají často napjaté či ambivalentní. U rodičů se rozvíjí únava, frustrace, u matek častěji deprese a pocit viny. Jde hlavně o techniku „behavior management“, která učí rodiče, jak dospět k ovlivnění chování dítěte. Je sice velmi náročná, ale také velmi účinná. Vyžaduje velké nasazení, motivaci a vytrvalost ze strany rodičů. Předpokladem je dobrý bazální vztah k dítěti a harmonické vztahy v rodině. Doporučuje se také používat moderní techniku, videozáznam. Umožňuje zaznamenat situaci a pozorovat sama sebe, jde o tzv. videozáznam interakcí **(11)**.

1.13.7 EEG biofeedback

Metodu zvanou EEG Biofeedback začali již v sedmdesátých letech používat kosmonauti na zlepšení koncentrace. Od r. 1996 se začala tato metoda jako léčebná zkoušet i u nás, a to na 1. LF UK v Praze. Výzkum prokázal, že skutečně umožňuje dozrávání mozkových funkcí.

Metody biologické zpětné vazby v nápravě ADHD představují poměrně často diskutovanou problematiku v oblasti pedagogicko-psychologické praxe i klinické psychologie již několik desítek let. I přes tento fakt doposud neexistuje jednotný pohled na efektivitu těchto metod a jejich možné využití v oblasti nápravy a terapie **(52)**.

Biofeedback představuje poměrně rozsáhlou skupinu metod, které využívají externího snímače za účelem poskytnutí informace o úrovni a stavu některých

fyziologických procesů, a to většinou za účelem jejich vědomého ovlivnění. Jde o operantní podmiňování fyziologických procesů. V současné době se na základě dostupné literatury využívají především následující modality:

- EDA biofeedback
- Temp biofeedback
- EMG biofeedback
- EEG biofeedback **(52)**

EEG biofeedback je vysoce specifická metoda pro posílení žádoucí aktivace nervové soustavy, především pro trénink pozornosti a soustředění, sebeovládání a sebekázně, zlepšení výkonu intelektu, jedná se o sebe-učení mozku pomocí tzv. biologické zpětné vazby. Elektrody připevněné na hlavě snímají mozkové vlny. Průběh mozkových vln před sebou vidí klient na obrazovce „přeložený" do podoby videohry, kterou hraje pouze silou své myšlenky. „Hru" ovládá jen činností svého mozku. Mozek postupně reaguje na motivační vodítka, která mu počítač poskytne tím, že ho odměňuje za dobré výsledky ve hře. Tak se v mozku rozvíjí proces učení nových, vhodnějších frekvencí mozkových vln **(43)**.

Metody biofeedbacku s jistou pravděpodobností mohou pozitivně ovlivnit výkon pozornosti, nikoliv však výkon ve specifických dovednostech jako je např. čtení **(52)**.

1.13.8 Rehabilitace, relaxační cvičení a dětské masáže

Relaxační metody vycházejí s poznatků o vzájemné souvislosti mezi třemi faktory: psychickou tenzí, funkčním stavem vegetativního nervstva a napětím svalstva. Jde o relaxační metody:

a) psychofyzické, při nichž se vedle svalového uvolnění cvičí i pocity váhy, tepla, ovládání dechové a srdeční frekvence. Jde o klidová dechová cvičení bez pohybové zátěže, která jsou využívána např. u tzv. autogenního tréninku dle Schultze či jógy a zenu
b) fyziologické, které využívají pasivní relaxační cviky jako např. protřásání svalstva druhou osobou, masáže a aktivní cviky, které využívají volného pádu těla s prociťováním gravitace, využívané např. u progresivní relaxace dle Jakobsona **(4)**.

Pro děti s ADHD je velmi vhodná a vyzkoušená jóga. Základem jsou pomalá pohybová cvičení a speciální postupy při dýchání.

U kojenců a malých dětí můžeme masáží s prvky aromaterapie docílit celkového zklidnění dítěte a uvolnění napětí v organismu.

Rehabilitace jako léčebná forma (fyzioterapie) je vhodná především pro léčbu dětí s mozkovým pohybovým postižením, zejména s DMO (dětská mozková obrna), lze ji však využít i při všech mozkových postiženích, kde došlo k porušení svalového tonu a kde jsou patrné nedostatky v držení těla a v koordinaci pohybů. V podstatě jde o metodu, při níž dochází k vytváření nových a správných spojení v CNS pomocí periferního nervstva, k utlumení či přerušení abnormálního reflexního držení a na straně druhé k vybudování základních vzorů, které odpovídají normálnímu pohybu. Nové pohybové vzory jsou tak provokovány a fixovány v určitých cvičebních situacích **(46)**.

1.13.9 Terapie hudbou

Odborné studie dokazují, že zklidňující hudba může mít pro některé děti se syndromem ADHD terapeutické účinky. Pro tyto účely je možné použít vážnou i netradiční hudbu, nahrávky obsahující např. zvuky přírody jako je mořský příboj, koncerty cikád a cvrčků, šumění větru v korunách stromů, zurčení potoka nebo tibetských mís, gongů a jiné. Některé výzkumy také prokázaly, že léčebný efekt může přinášet i hudba rocková **(35)**.

1.13.10 Hipoterapie

Hipoterapie je speciální forma léčebné rehabilitace spojující fyzické a psychické prvky, kde kůň slouží jako terapeutický prostředek díky trojrozměrnému pohybu svého těla. Při něm dochází k ustavičnému střídání napětí a uvolňování těla pacienta, který je tak nucen se neustále přizpůsobovat pohybové sinusoidě koňského hřbetu. Dochází v podstatě k pokusu o soulad pohybu koně a pohybu pacienta.

Hipoterapii můžeme rozdělit na hipoterapii spadající do oboru lékařství, pedagogicko-psychologické ježdění jako součást pedagogiky a na sport pro handicapované.

Hipoterapie jako léčebná metoda je indikována kromě diagnóz z oblastí ortopedie, neurologie či interny, také i u psychiatrických onemocnění, mezi něž syndrom ADHD řadíme. Literatura popisuje především účinky ve smyslu zlepšení koordinace pohybů, zlepšení stability. Nezanedbatelné jsou i subjektivní pocity pacientů v oblasti zlepšení motorických dovedností a větší psychické pohody.

V případě pedagogicko-psychologického ježdění jde o ovlivňování fyziologického a psychického vývoje dětí, formování rozvoje jejich osobnosti, pozitivní působení na smyslové činnosti a silný socioterapeutický vliv. Hlavním cílem je podpora sebedůvěry pacienta prostřednictvím cvičení odvahy, samostatnosti, obratnosti nebo naopak dle konkrétního problému, např. tlumení agresivity či výchova ke kázni **(46)**.

1.14 Specifické poruchy učení obecně

V současné době je jak v odborné, tak v laické veřejnosti problematika poruch učení velmi populární. Problematika SPU není nová, objevuje se historicky již na počátku 20. století. Rozvoj diagnostiky nastal v 60. letech minulého století. Velmi podrobně se u nás zabýval vývojovými poruchami učení ve svých pracích profesor Zdeněk Matějček **(28**).

Gramotnost je v současné době společností vysoce ceněna, je chápána jako prostředek dalšího vzdělávání, a proto má deficit v oblasti čtení či psaní nepříznivé sociální důsledky.

Děti se specifickými poruchami učení nejsou handicapovány pouze tím, že s mnohem větším úsilím dosahují určitých výkonů ve škole. Dostávají se také do náročných sociálních situací, a jsou tedy vystaveny dvojnásobné frustraci. Prožívají svůj neúspěch a v důsledku toho nejsou dostatečně pozitivně přijímány svým okolím. Dle postojů učitelů jsou děti s dyslexií hodnoceny jako málo nadané, nedostatečně se umějí vyjadřovat, těžce chápou a pomalu myslí. Jsou častěji terčem posměchů ostatních spolužáků **(30)**.

1.15 Vymezení pojmu a závažnost problému

Specifické poruchy učení (dále jen SPU) mohou být definovány jako neočekávaný a nevysvětlitelný stav, který může postihnout dítě s průměrnou nebo nadprůměrnou inteligencí, charakterizovaný významným opožděním v jedné nebo více oblastech učení **(39)**.

SPU jsou vývojovou poruchou. Představují diagnostickou kategorii sloužící k souhrnnému označení takových výukových problémů, které vznikají jako důsledek dílčích funkcí, potřebných pro osvojení různých školních dovedností. Specifické vývojové poruchy školních dovedností jsou dle klasifikačního systému MKN-10 (1992) a DSM-IV-R (2000) členěny do několika kategorií podle toho, jakou oblast postihují:

- specifická porucha čtení
- specifická porucha psaní a vyjadřování psaním
- specifická porucha počítání **(44)**.

Děti s SPU disponují odlišnou strukturou jazykové složky inteligence. Tyto děti nejčastěji trpí deficitem fonologických procesů, mají sníženou pragmatickou úroveň jazyka, která představuje klíčový aspekt komunikační kompetence. Jejich komunikativní činnosti charakterizuje větší pasivita a bezradnost, menší zájem o komunikaci, problémy s přesností vyjadřování. Rovněž interakce a konverzace dítěte s SPU může být charakterizována jako problematičtější, co se týče rozsahu, povahy i účinnosti. Část těchto obtíží má dopady i do emocionality a socializace žáků s SPU. Tyto děti zažívají nepříznivé situace v rodině - jsou vychovávány převážně autoritativně, jsou častěji trestány, jsou označovány za líné, zažívají negativní přijetí od učitelů – jsou hodnoceny jako málo nápadné, pomalu myslící, bez motivace, s malou fantazií, jako nepozorné a líné, nepořádné a nesamostatné, zažívají negativní přijetí od spolužáků – jsou terčem posměchu, často jsou uráženy, mají málo přátel a častěji se cítí osamoceny, samy sebe vidí negativněji – popisují se jako lehce unavitelné, smutnější, hůře přizpůsobivé, hloupé, méně výkonné, postihované smůlou **(14)**.

1.16 Výskyt a prognóza

Takto se odhaduje, že asi 10% dětí je postiženo nějakou formou SPU. Chlapci jsou asi třikrát více zasaženi než dívky. To se vysvětluje konsekvencí určitých genů na X chromozomu **(39)**.

Zásadně tento počet dětí neroste a nemůže růst, poněvadž základní příčina je v určitých zvláštnostech centrální nervové soustavy. Dětí s SPU bylo pravděpodobně stejně v dobách, kdy k nám Cyril a Metoděj přinesli hlaholici… Nebudou-li žádné vzdělávací nároky, projeví se jen nejtěžší případy. Je-li nárok velký, projeví se i relativně drobné odchylky **(45)**.

Prognóza SPU závisí na mnoha faktorech, další vývoj takových dětí může být velice rozdílný. V některých případech dochází k viditelnému zlepšení až v období adolescence **(21)**.

1.17 Členění SPU

- **Dyslexie – specifická porucha čtení**

Dyslexie je hlavním přestavitelem SPU. V roce 1949 vznikla v USA po smrti Samuela Ortona nazývaného pro své aktivity „otcem dyslektiků“ společnost Orton Society, nyní IDA – International Dyslexia Association, jejímž členem byl pan profesor Zdeněk Matějček **(45)**.

Jde o souhrnné označení komplexu různých variant poruchy čtení, které patří do kategorie poruch řeči a jazyka. Základním znakem dyslexie jsou potíže při dekódování tištěného textu, potíže s porozuměním čtenému. Lze ji definovat jako neschopnost naučit se číst, přestože dítě má přijatelné rozumové schopnosti. Úroveň čtení může být posuzována z několika hledisek:

- rychlost čtení
- počet chyb
- kvalita chyt
- čtenářský styl
- porozumění čtenému textu

Jako nejčastější specifická porucha učení bývá často spojena s dalšími potížemi, ať už jde o další SPU nebo poruchy pozornosti. U 60% dyslektických dětí se vyskytuje kombinace různých SPU. 30% dyslektiků zároveň trpí syndromem ADHD **(21)**.

Dyslexií trpí přibližně 3% českých dětí, nadpoloviční většina z nich potřebuje k překonání těchto potíží odbornou pomoc. Častěji bývají postiženi chlapci než dívky, minimálně v poměru 3:1. Vývojová dyslexie je heterogenním syndromem a je neurobiologického původu. Obvykle jde o kombinaci několika dílčích faktorů, dědičných dispozic a vnějších vlivů **(44)**. Pešová uvádí, že etiologie je hereditární, encefalopatická, smíšená či neznámá **(28)**.

- **Dysgrafie – specifická porucha psaní**

Jde o postižení grafomotorického projevu. Projevuje se neschopností správně napodobit tvary písmen, vynecháváním některých jejich detailů.

Písmo je těžkopádné, dítě si nedokáže vybavit či napodobit tvary písmen. Křečovitě drží tužku, často jej bolí ruka, píše pomalu, mnohdy „celým tělem“. Sama porucha je málo častá. Spíše se vyskytují problémy s tím, že písmo je obtížně čitelné, jednotlivé tvary písmen splývají, dítě se netrefí na linku (píše pod linkou nebo nad ní), často škrtá, přepisuje, gumuje. Písmo je často velmi rozvleklé, veliké nebo drobné, maličké **(44)**.

- **Dyskalkulie – specifická porucha počítání**

Dítě má běžné předpoklady pro naučení se počítat, ale přesto se počítat nenaučí nebo jen s velkými obtížemi. Autoři zdůrazňují, že matematické schopnosti jsou komplexem několika různých složek, kam zahrnují všeobecný matematický faktor, dále faktory numerické, prostorové, verbální, usuzovací a paměťové. Mezi znaky dyskalkulie patří problémy ve vizuoprostorové dovednosti, v prostorové paměti a v sekvenčních dovednostech. Dále se setkáváme s pojmy **akalkulie** – neschopnost počítat, ztráta již nabytých dovedností, **kalkulastenie** – lehké problémy v početních schopnostech, které jsou podmíněny sociálně, **hypokalkulie** – lehké obtíže u dětí s minimálně průměrnými rozumovými předpoklady a **oligokalkulie** – výraznější početní obtíže u dětí se sníženými rozumovými předpoklady **(28)**.

- **Dysortografie – specifická porucha pravopisu**

Je to postižení jazykových schopností. Lze ji definovat jako neschopnost naučit se gramaticky správně písemně vyjadřovat, přestože dítě má přijatelné rozumové schopnosti. Písemný projev dítěte trpícího dysortografií obsahuje různé, obvykle dost typické rysy jako tendence zaměňovat písmena, vynechávání znamének, problémy v užívání gramatických pravidel, nestandardní slovosled ve větě, těžkopádné formulace. Dysgrafie a dysortografie se velmi často vyskytují společně jako komplexní porucha psaného projevu. Postihují přibližně 2% školních dětí, i v tomto případě jde častěji o chlapce. Etiologie může být různá, ale lze předpokládat převahu biologických faktorů, hlavně genetických dispozic a exogenních vlivů **(44)**.

- **Dyspraxie**

Děti jsou neobratné, často se potýkají s problémy v běžných úkonech (oblékání, loudají se s jídlem apod.) **(28)**.

1.18 Diagnostika SPU

Vyšetření SPU se skládá z několika součástí:

- Vyšetření kognitivních funkcí, kde použijeme standardizované testy, zpravidla WISC III. Během testování sledujeme, jaký způsob zpracování úkolů dítě využívá.
- U dětí s SPU se zabýváme také jejich prožíváním, osobnostními vlastnostmi, volními vlastnostmi a sociálními vztahy.
- Důležitá je úroveň percepčních funkcí. Zabýváme se sluchovou a zrakovou percepcí a vizuomotorickou koordinací.
- K vyšetření nezbytně patří vyšetření řeči a laterality, mnohdy i paměti a pozornosti.

Specifické zkoušky pro jednotlivé poruchy učení:

Jedná se o zkoušky čtení, psaní a matematických schopností:

- Při zkoušce čtení využíváme standardizované články ze zkoušky čtení podle Matějčka. Vybíráme článek vhodný pro danou věkovou kategorii. Dítě čte nahlas po dobu tří minut. Během nich si do předlohy textu zaznamenáváme způsob čtení, typy chyb – inverze, záměny tvarově podobných písmen, komolení koncovek, vynechávání písmen, neměkčení a další projevy.
- Při zkoušce psaní rozlišujeme schopnost opisovat text (opis), přepisovat text z podoby tiskací do podoby psací (přepis) a převádět ze sluchové modality do psané podoby (diktát). Během psaní sledujeme rychlost psaní, jeho plynulost, jak dítě tvoří písmena, jak drží tužku. Psaný text nám poslouží také k diagnostice dysgrafie, kde diagnostiku doplníme kresbou.
- Diagnostika poruch počítání je náročná a dlouhá. Pro diagnostiku je k dispozici soubor specifických zkoušek z matematiky: percepční, lexické, prostorové a grafické zkoušky, operační a paměťové faktory, schopnosti úsudku **(28)**.

Pokorná uvádí k diagnostice SPU nepřímé a přímé zdroje informací:

Nepřímé zdroje:

- Rozhovor s rodiči
- Rozhovor s učitelem
- Rozhovor s dítětem

Přímé zdroje:

- Hodnocení výkonu ve čtení
- Vyšetření rychlosti čtení
- Chyby při čtení a jejich analýza
- Porozumění čtenému textu
- Chování dítěte při čtení
- Hodnocení písemných prací
- Analýza chyb v písemném projevu dítěte
- Sluchová analýza a syntéza řeči
- Rozlišování měkkých slabik di, ti, ni a tvrdých dy, ty, ny

- Rozlišování délky samohlásek
- Vyšetření zrakové percepce tvarů
- Lateralita
- Vyšetření kinestetického vnímání
- Vyšetření představy prostorové orientace
- Vnímání časové posloupnosti v oblasti vizuální a auditivní
- Paměť **(30)**.

1.18.1 Diagnostika SPU v zahraničí

Pracoviště zabývající se poruchami učení existují v dětských nemocnicích ve většině částí světa. Pracují tam pediatři, psychologové, sociální pracovníci a někdy ošetřovatelé, terapeuti a učitelé. Nabízí rychlé vyšetření schopností dítěte u velkého počtu odborníků z mnoha oborů, kteří pracují jako tým.

Psychologové a pediatři provádějí vyšetření ve čtyřech stadiích:

- Sběr informací o dítěti
- Vyšetření dítěte (role psychologa a pediatra)
- Objasnění nálezu rodičům
- Doporučení vhodného plánu usměrňování dítěte

Ve fázi vyšetření psycholog dítě testuje pomocí testů inteligence, školních znalostí a dalších specifických schopností. Pediatr provede fyzikální vyšetření, speciální testy, testy zraku a sluchu, chromozomální test, elektroencefalogram (EEG), rentgen lebky, kognitivní relativní potenciály jevu, počítačovou tomografii (CT) a magnetickou rezonanci (MRI) **(39)**.

1.19 Náprava SPU

Specifické poruchy učení lze vhodnými terapeutickými postupy zlepšit, míra zlepšení závisí na závažnosti postižení, na složení dílčích dysfunkcí i na osobnosti dítěte a samozřejmě také na volbě správného pedagogického nebo psychoterapeutického postupu **(44)**.

Nejdůležitější částí poradenské práce je společně s rodiči se domluvit na různých možnostech pomoci dítěte. Nabídka nápravných metod se odvíjí od výsledků vyšetření. U nejlehčích poruch učení, kdy výsledek vyšetření ukazuje na lehký stupeň poruchy nebo jen suspekci, je možné udělat opatření v rámci vyučování. Střední stupeň vyžaduje větší péči, kdy se dítěti věnuje speciálně vyškolený pedagog. Nejtěžší formy SPU vyžadují odbornou péči a opatření v rámci vyučování, nabízí se možnost integrace.

Zařazení dítěte do programu integrace je řešeno i vyhláškou MŠMT č. 73/2005 Sb. o vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, mezi něž patří i děti s vývojovými poruchami učení. Integrací rozumíme vzdělávání dětí se speciálními potřebami v běžných základních či středních školách, kde jsou pro ně vytvořeny vhodné podmínky. Hlavním přínosem integrace je to, že umožní dětem zařadit se mezi vrstevníky a získávat sociální dovednosti a zkušenosti. Podmínky integrace by měly být vytvořeny pro každého žáka podle jeho potřeb. Poradenské zařízení vystavuje integrační posudek, který obsahuje následující body:

- Specifikuje, jaká opatření by měla být ve vzdělávacím procesu provedena.
- Doporučuje, zda dítě potřebuje asistenta a jakou má asistent s dítětem provádět činnost.
- Jiná doporučení – podrobně se vypíší do zprávy z vyšetření a zpravidla zahrnují individuální vzdělávací plán v příslušném předmětu.
- Rozsah péče mimo vyučování
- Doporučení kompenzačních pomůcek

Metod a technik, které existují pro redukci SPU, můžeme najít velké množství. Je potřebné, aby se psycholog s metodami seznámil a mohl je rodičům při návštěvě doporučit a vysvětlit.

- Metody pro rozvoj čtení (čtení v duetu, střídavé čtení, metoda dle Grace M. Fernandelové).
- Metody pro rozvoj reprodukce textu (reprodukce textu na otázky, vyznačení významných slov, první letmé čtení).

- Metody pro rozvoj psaní (uvolňovací cviky pro ruku, hry s drobnými předměty, rehabilitační cviky pro ruku, obtahování velkých obrázků ve stoji prstem ve vzduchu s nataženou paží, obtahování tvarů na tabuli, obtahování na lavici, uvolňovací cviky v sešitech, kreslení se zavřenýma očima, práce s hlínou a dalšími materiály, dovednosti s míčem apod.).
- Metody pro rozvoj sluchové percepce (hry se slovy jako tichá pošta, slovní kopaná, rozlišování zvuků, šumů, hřmotů z různých prostředí).
- Metody pro rozvoj zrakové percepce: rozlišování figury a pozadí, odlišností na obrázcích, inverzních (zrcadlově obrácených) tvarů, skládání puzzle apod.
- Trénink pozornosti (využíváme relaxační metody, dětskou jógu, EEG biofeedback).
- Ucelené nápravné metody (metoda DOV rakouských autorů Scharingerové a Scharingera, metoda tréninku pozornosti KUPOZ paní Kuncové, metoda Nauč mě číst paní Tymichové, metoda Nauč mě počítat autorů Nováka a Kumorowizové, metoda splývavého čtení či metoda Elkoninova pro rozvoj fonetické sluchové percepce)**(28)**.

Pokorná dále uvádí ještě další strategické zásady a metody:

- Terapie zaměřená na specifiku jednotlivého případu jako první předpoklad.
- Psychologická analýza situace dítěte a nejpřesnější diagnostika obtíží.
- Stanovení obtížnosti jednotlivých úkolů.
- Další velmi důležitou zásadou je, aby dítě zažilo úspěch již při první návštěvě v poradně nebo při první nápravné hodině ve škole právě v té činnosti, kde selhávalo.
- Při nápravě postupujeme po malých krocích.
- Pracujeme pravidelně, pokud možno denně.
- Vytvořit dítěti takové podmínky, aby cvičení provádělo s porozuměním.
- Dítě se musí dokonale soustředit.
- Schopnost, kterou u dítěte rozvíjíme, cvičit tak dlouho, dokud není zautomatizována.

- Použití co nejpřirozenějších metod a technik, které respektují situaci, v níž se dítě musí osvědčit.
- Aby vše, co má dítě pochopit a co mu předkládáme, mělo strukturu.
- Konstruktivní hry na prostorovou orientaci.
- Nácvik sekvencí a posloupnosti: početní a číselné řady, sekvenční hry s předměty.
- Cvičení na paměť, rozvoj pohotovosti mluvidel, rozvoj slovní zásoby.
- Nácvik matematických dovedností.
- Senzorická integrace dle J. Ayresové.
- Metoda B. Sinderalové na deficity dílčích funkcí
- Tréninkové programy G. Spiela
- Diagnostická a nápravní metody W. Simona
- Program instrumentálního obohacení R. Feuersteina
- Diagnostika a náprava dětí s SPU dle D.H. Scotta
- Lingvistický projekt nápravy SPU
- Dortmundská analýza pravopisných chyb (DORA) I. Löfflerové a U. Meyerové-Schepersové
- Integrativní vzdělávací (edukativní) kineziologie
- Brain Gym P. Dennisona **(30)**

1.20 Integrace dětí s ADHD a SPU

Faktory úspěšnosti školské integrace:

- rodina a rodiče
- škola
- učitelé
- poradenství a diagnostika
- prostředky speciálně pedagogické podpory (podpůrný učitel, osobní asistent, úprava vzdělávacích podmínek, učební pomůcky)

- další faktory (sociálněpsychologické mechanismy, organizace zdravotně postižených) **(45)**

Specializované třídy, obecně nesprávně nazývané dyslektické, nabízejí dětem i učitelům výhodu menšího třídního kolektivu, modifikované tempo výuky a především jiné formy a metody práce prolínané množstvím nejrůznějších pomůcek. Dítě zařazené do tzv. dyslektické třídy je již dítětem vytrženým z kolektivu intaktní dětské populace. Umístění dítěte do tzv. dyslektické třídy je tedy závažným rozhodnutím vyžadujícím vysoce individuální přístup. Hlavní připomínky směřují k vytváření nepřirozeného až skleníkového prostředí, narušení stratifikace pracovního kolektivu dětí absencí tzv. tahounů ve třídě. Rodiče dětí se při rozhodování o zařazení dítěte do dyslektické třídy ocitají v ohnisku volby, co bude právě pro jejich dítě menším „zlem“**(45)**.

Zvláštní pozornost si zaslouží hodnocení a klasifikace žáků se SPU. Úředně je vymezeno Pokynem MŠMT ČR č.j. 23 472/92-91 o specifických vývojových poruchách učení v základních školách a Pokynem MŠMT ČR č.j. 17 228/93-22 k užívání širšího slovního hodnocení žáků základní školy. Uvedené dokumenty jsou průběžně doplňovány. Jedním z posledních doporučení je povinnost učitele zajistit dítěti při výskytu náznaků možných specifických výukových potíží v součinnosti s rodinou na dobu tří měsíců zvýšenou individuální péči. Teprve po neúčinnosti tohoto opatření po uplynutí tří měsíců může být dítě doporučeno k odbornému vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně nebo ve speciálně pedagogickém centru **(45)**.

Základním ustanovením Pokynu MŠMT ČR je nařízení, že dětem se SPU má být po celou dobu školní docházky věnována speciální pozornost a péče, a to bez ohledu na skutečnost, že je dítě zařazeno do specializované třídy nebo je vzděláváno ve třídě běžného typu. Zde shledáváme výchozí podmínku úspěšné integrace dítěte se SPU **(45)**.

Doporučujeme uzavřít dohodu na základě konsensu rodičů, ředitele školy a speciálního pedagoga. V dohodě mají být konkretizovány přístupy k žákovi co se týče jeho zkoušení a modifikovaných zásad výchovně-vzdělávacího procesu vůbec. Pro zjišťování úrovně vědomostí a dovedností žáka volí učitel takové formy a druhy zkoušení, které odpovídají schopnostem žáka, na které má SPU minimální vliv.

Součástí dohody může být rozhodnutí o širším slovním hodnocení namísto obvyklé klasifikace známkou **(45)**.

1.21 Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán (IVP) je závazný pracovní materiál sloužící všem, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání integrovaného žáka. Vzniká na základě spolupráce mezi učitelem, pracovníkem provádějícím reedukaci, vedením školy, žákem a jeho rodiči (zákonnými zástupci), pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra **(50)**.

Přínos individuálního vzdělávacího plánu spočívá v následujících oblastech:

- Umožňuje žákovi pracovat podle jeho schopností, individuálním tempem, bez ohledu na učební osnovy, bez stresujícího porovnávání se spolužáky. Není překážkou k dalšímu vzdělávání, ale pomůckou k lepšímu využití předpokladů. Má též motivační hodnotu. Cílem není hledat úlevy, ale najít optimální úroveň, na níž může integrovaný žák pracovat.
- Umožňuje učiteli pracovat s dítětem na úrovni, kterou on dosahuje, bez obavy z neplnění požadavků učebních osnov. Je východiskem plánovité aktivity ve vztahu ke konkrétnímu integrovanému žákovi. Je vodítkem pro individuální vyučování a hodnocení.
- Do přípravy se zapojují i rodiče, kteří se tak stávají spoluodpovědnými za výsledky práce svého dítěte. Jsou seznámeni se stávající situací a perspektivou dítěte.
- Aktivní účast žáka mění jeho roli. Není pasivním objektem působení učitele a rodičů, ale přebírá odpovědnost za výsledky reedukace **(50)**.

IVP je výsledkem cílevědomé a plánovité aktivity, která se stává východiskem práce učitele. Slouží k individualizovanému vyučování a hodnocení. IVP mívá nejčastěji následující strukturu:

- Údaje o žákovi a rodině
- Údaje o situaci ve třídě a postavení žáka ve třídě

- Přání rodičů
- Přání žáka
- Konkrétní úkoly učitele

Ze zahraničních zkušeností vyplývá, že neexistuje optimální struktura IVP. Individuální vzdělávací plán musí sledovat dvě základní roviny. První je obsah vzdělávání, určení metod a postupů a druhou rovinou sledujeme specifické obtíže, snažíme se omezit příznaky, eliminovat problémy a vyzdvihnout pozitivní oblasti vývoje dítěte. IVP je tvořen podle následujících principů:

- Vychází z diagnostiky odborného pracoviště (PPP nebo SPC)
- Vychází z pedagogické diagnostiky učitele
- Respektuje závěry z diskuse se žákem a rodiči
- Je vypracován pro ty předměty, kde se handicap výrazně projevuje
- Vypracovává jej vyučující daného předmětu **(50)**.

Postavením dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami (SPU a SPCH) ve škole se zabývá školský zákon č. 561/2004 Sb., podrobněji se pak touto problematikou zabývá Vyhláška č. 73 ze dne 9.2.2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných **(10)**.

Podstatou integrace není přizpůsobování se učebním osnovám, jednotnému postupu apod., ale přesně naopak – měli bychom vytvořit takové podmínky vzdělávání, aby odpovídaly aktuálnímu stavu, schopnostem a dovednostem konkrétního dítěte. Cílem je vytvářet situace, ve kterých může dítě se speciálními vzdělávacími potřebami projevit své schopnosti, vědomosti a dovednosti nezkreslené konkrétními projevy případné poruchy, situace, ve kterých se bude cítit bezpečně a bude mít i pozitivní zážitky **(10)**.

Mezi nejčastěji integrované žáky na běžných základních školách patří děti se specifickými poruchami učení a chování **(10)**.

Zvýšená koncentrace žáků s SPU, kteří mají výukové obtíže, vyvolala potřebu intenzivnější pedagogicko-psychologické péče, tj. zaměstnávat vlastního školního psychologa **(53)**.

V současné době je práce školního psychologa / speciálního pedagoga, který je součástí poradenských služeb poskytovaných školou legislativně upravena Vyhláškou

č. 72 ze dne 9.2.2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, kde § 7 odstavec 1 zmiňuje možnost poskytování poradenských služeb školním psychologem nebo speciálním pedagogem. Příloha k této vyhlášce č. 1, část III. specifikuje standardní činnosti školního psychologa. Jedná se jednak o oblast diagnostiky a depistáže, dále o konzultační, poradenské a intervenční práce a o metodickou práci a vzdělávací činnost. Školní psycholog neposkytuje konzultační a psychologické služby pouze učitelům a ostatním pedagogickým pracovníkům, ale i rodičům, se kterými je v častém styku. Často také zasahuje i v rámci tzv. krizové intervence. Mimo těchto činností patří do náplně práce školního psychologa i vedení poměrně rozsáhlé agendy (vedení spisu dítěte / žáka, individuální vzdělávací plány, různé přehledy, dotazníky atd.). V náplni práce je i prezentace školy při různých veřejných akcí, v rámci přednáškové činnosti atd. **(53)**.

1.22 Kde hledat pomoc?

Častým průvodním problémem rodin s postiženými dětmi je jejich izolovanost či osamocenost a také značně vysoké nároky na osobnost, psychickou stabilitu obou rodičů. Tyto rodiny potřebují informace a podporu, a to jak praktickou, tak i citovou. Život se tím sice nestane snadným, ale může být o mnoho snazší! Nechat si dobře poradit proto může být jednou z nejlepších cest, jak pomoci dítěti i rodině.

Pomoci při řešení problémů s ADHD a specifickými poruchami učení může řada institucí:

- Zdravotnická pracoviště: pediatrie, dětská neurologie, psychiatrie, klinická psychologie a psychoterapie, logopedická ambulance
- úřady
- Pedagogicko-psychologické poradny
- Speciálně pedagogická centra: Zaměřují se na jednotlivé typy postižení, jejich služeb lze využít, pokud se ADHD vyskytuje souběžně s jiným typem postižení.
- Střediska výchovné péče: Poskytují služby v případech, kdy se nedaří adekvátně řešit speciální potřeby a problémy dítěte s ADHD a došlo-li ke vzniku

závažnějších výchovných, emocionálních či sociálních problémů. Střediska nabízejí zejména psychoterapeutickou péče, a to jak ambulantně, tak na lůžkových odděleních.

- Poradny pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy: Vstupují do péče o děti s ADHD a poruchami učení tehdy, byla-li narušena komunikace v rodině a je-li nutné pracovat s celou rodinou.
- nestátní neziskové organizace s celostátní i místní působností
- Centra EEG-biofeedback terapie **(35)**.

Co lze od nich očekávat?

- stanovení diagnózy
- vysvětlení příčin a postupu léčby
- možnost opakovaných návštěv a konzultací
- knížky a informační brožury
- nabídku kontaktů na další rodiny, které jsou ve stejné či obdobné situaci
- informace o vzdělávacích možnostech dítěte
- možnosti her pro dítě a nabídku volnočasových aktivit
- informace o projektech a programech v regionu aj.

Tito odborníci by měli poskytnout své služby bezplatně a také poradit další zdroje informací a pomoci.

1.23 Občanská sdružení jako integrační prvek

Občanská sdružení fyzických nebo právnických osob jako nestátní neziskové organizace jsou legislativně upravena občanským zákoníkem. Z pohledu sociální politiky jde o neziskové organizace a občanské iniciativy jako subjekty-instituce, které vedle státu vytvářejí a realizují sociální politiku. Ta je pak založena na nevynucené, přirozené solidaritě, čímž je umožněna dobrovolná participace občanů na tvorbě sociálních podmínek bez demotivačních důsledků provázející aktivity založené na solidaritě vynucené státem. Jejich výhodou oproti státním či komerčním institucím je

to, že mají blíže ke klientům, rozumějí lépe problémům a jsou je schopny efektivněji a pružněji řešit. Uplatňují se i tam, kde je určitá distance klientů od společnosti a větší potřeba důvěry. Role těchto subjektů je do značné míry dána prostorem, který v rámci sociální politiky zaujímá stát. Např. v USA hrají dobrovolnické aktivity důležitou roli a angažovat se v nich se stává statusovým znakem vyšších tříd a jakéhosi aktivního občanství. Oproti tomu jsou v ČR teprve snahy o podporu a rozšiřování nestátního neziskového sektoru vyplývající z potřeb naší současné společnosti, která se velice rychle vyvíjí, přináší s sebou řadu změn a tudíž i obrovskou finanční zátěž pro stát a jeho přerozdělování finančních prostředků. Je otázkou času, kdy se stanou dobrovolnické aktivity zcela běžnou záležitostí a kdy vejdou do povědomí občanů jako zcela přirozená součást jejich každodenního života. Zatím je pro mnohé z nás tato oblast něčím novým a nepoznaným a díky stereotypům může i v některých z nás vyvolat pocity nedůvěry a obav z něčeho nového a nepoznaného **(13)**.

1.24 Organizace s celostátní působností

Tyto organizace mají dvojí důležitost. Jednak jsou určitým vzorem i zdrojem informací pro již existující sdružení na místní regionální úrovni a ještě důležitější jsou v případě, kdy místní organizace absentuje. Mají již vytvořenou klientelu a řadu získaných zkušeností. Rozhodně stojí za to stát se jejími členy, neboť mohou poskytovat spoustu informací, doporučení, někdy vydávají i svůj zpravodaj či časopis i s příspěvky od rodičů a novinkami v péči o handicapované děti. Často nabízejí řadu možností ohledně vzdělávání, pomůcek, her, volnočasových aktivit apod. Některé organizace nabízejí a organizují i celostátní či regionální setkávání rodičů a odborníků **(13)**.

- **DYS-centrum Praha**

DYS-centrum Praha je dobrovolné nezávislé sdružení občanů a právnických osob, kterých se jakýmkoli způsobem dotýká problematika specifických vývojových poruch učení a chování. Ve své činnosti vychází z dlouholetých zkušeností s řešením této problematiky na území ČR a zároveň navazuje na osvědčené zahraniční modely. Toto

sdružení vzniklo v r. 1995 jako akreditované pracoviště MŠMT. Jeho zakladatelem byl prof. PhDr. Zdeněk Matějček, CSc. Má celorepublikovou působnost se sídlem v Praze.

Činností DYS-centra Praha je:

- zprostředkování a výměna informací mezi jednotlivými institucemi a pracovišti zabývajícími se dětmi s SPU a chování
- vedení dokumentace, odborné literatury a videotéky
- zavedení telefonní DYS-linky, která poskytuje dospělým a dětem rychlý kontakt s odborníky při řešení aktuálních problémů v oblasti SPU a chování
- další vzdělávání, zvyšování odbornosti pedagogů, psychologů a dalších zájemců formou akreditovaných kursů a seminářů, odborných konzultací a stáží ve specializovaných třídách a na dalších odborných pracovištích
- osvětová činnost pro laickou veřejnost
- prohlubování a zkvalitnění spolupráce mezi pedagogy a rodiči dětí se SPU a chování a s LMD
- vytváření nebo podílení se na tvorbě výukových programů a speciálních učebních pomůcek a napomáhání jejich zavádění do praxe
- podílení se na výzkumu v této oblasti
- spolupráce s pedagogickými fakultami, tuzemskými i zahraničními odborníky
- poskytování a organizování terapeutické a konzultační pomoci rodinám postižených dětí
- nabídka dalších doplňkových aktivit přispívajících nejen ke smysluplnému, aktivnímu trávení volného času, ale i k prevenci sociální patologie **(24)**.

V současné době se odborníci v DYS-centru v rámci nápravy SPU a SPCH věnují následujícím aktivitám:

- Náprava specifických poruch učení a chování
- Rozvíjející cvičení pro děti před nástupem školní docházky nebo s odkladem školní docházky
- KUPOZ – individuální program pro rozvoj pozornosti, zrakového a sluchového vnímání, paměti, logického myšlení a vyjadřovacích schopností ve věku 8–12 let
- Využití počítačových programů při nápravě i rozvíjejících cvičení

- Psychologické a speciálně pedagogické vyšetření ve spolupráci s PPP
- HYPO – rozvíjející program ke stimulaci percepčně kognitivních funkcí a posílení pozornosti u dětí ve věku 5,5–8 let
- Logopedické konzultace pro děti předškolního a školního věku
- KUPREV – individuální program pro děti od 4 let do zahájení povinné školní docházky se zaměřením ne orientaci v čase, prostoru a upevnění vlastní identity
- KUMOT – skupinový program pro rozvoj hrubé a jemné motoriky včetně motoriky mluvidel pro děti ve věku 5–8 let
- DOV – individuální program založený na percepčních, kognitivních a motorických nápravných cvičeních určených pro jedince od předškoláka až do dospělosti
- Hlemýžďův závod – originální skupinový program pro děti předškolního a mladšího školního věku založený na interaktivní práci
- Program pro odstraňování grafomotorických obtíží
- Konzultace pro studenty, pedagogy a vychovatele, pro rodiče dětí s poruchami učení a chování **(20)**

K informačním a vzdělávacím akcím DYS-centra Praha také patří „Výstava pomůcek a dalších odborných materiálů vhodných pro nápravu SPU a chování“. Celá výstava je koncipována jako prodejní, prezentují se zde firmy i jednotlivci v oblastech:

- Publikace pro reedukaci SPU
- Odborná literatura o problematice SPU
- Pomůcky pro reedukaci SPU
- Počítačové programy pro reedukaci SPU
- Audioprogramy a videoprogramy s tematikou SPU
- Ostatní (jako např. vybavení tříd aj.) **(20)**

Kromě výstavy informuje DYS-centrum veřejnost o problematice a nápravě poruch učení také prostřednictvím masmédií. Doposud spolupracovalo s Učitelskými novinami, Lidovými novinami, časopisem Rodina a škola, deníkem Mladá fronta Dnes, Večerníkem Praha, časopisem Týden a dalšími. DYS-centrum informovalo veřejnost

také v programech některých rozhlasových stanic, veřejnoprávní televize (např. Sama doma, Snídaně s Novou) **(20)**.

DYS-centrum Praha provozuje knihovnu cizojazyčné i české odborné literatury, obsahuje cca 250 titulů, dále mnoho zahraničních časopisů, sborníků a velké množství jiných materiálů včetně metodik, informačních brožur, videokazet, PC programů apod., které se váží k problematice SPU. Vzácným darem knihovny je dar prof. Matějčka, který věnoval domácí a zahraniční literaturu týkající se SPU.

Po vzoru DYS-centra Praha začala v různých částech ČR vznikat i další DYS-centra. V r. 1996 byla založena Asociace DYS-center v ČR. V současné době pracuje na území naší republiky sedm DYS-center, a to v podobě samostatných pracovišť nebo pracovišť při pedagogicko-psychologických poradnách nebo při základních či speciálních školách **(19)**.

Kontakt: tel.: +420 233370262, +420 603399889, e-mail: dyscentrum@dyscentrum.org, adresa: ZŠ Korunovační 8, 170 00 Praha 7, www.dyscentrum.org, další pracoviště: Praha-Slaný, Frýdek-Místek, Litoměřice, Most, Šumperk, Teplice a Žďár nad Sázavou **(15)**.

- **Česká společnost „DYSLEXIE“**

Česká společnost „Dyslexie“ je občanským sdružením, jehož kořeny sahají do dávné minulosti. Koncem 60. let se pod vedením Zdeňka Matějčka začaly scházet učitelky nově zřizovaných tříd pro žáky s dyslexií. Pravidelná setkání probíhala tradičně každou třetí středu v měsíci a do Prahy přijížděla řada zahraničních hostí, kteří byli významnými odborníky v oblasti dyslexie a zároveň osobními přáteli prof. Matějčka. V 80. letech se tato skupina stala součástí Logopedické společnosti Miloše Sováka. 1.2.1999 byla registrována Česká společnost „Dyslexie“ jako občanské sdružení na Ministerstvu vnitra České republiky.

Mezi hlavní aktivity tohoto občanského sdružení patří:

- Pravidelné semináře a spolupráce s Katedrou pedagogické a školní psychologie PedF UK
- Informační zpravodaj společnosti „Informace“

- Výbor společnosti
- Spolupráce s vnějšími subjekty a zahraničními odborníky **(52**).

Kontakt: sídlo: Svatoslavova 17, Praha 4 – Nusle, 140 00, společnost působí na celém území ČR **(18)**.

- **Občanské sdružení Hyperaktivita**

Modelem interdisciplinární péče o děti s ADHD v České republice se zabývá občanské sdružení Hyperaktivita – Institut pro studium a terapii hyperaktivity a poruch pozornosti. Občanské sdružení je registrováno ministerstvem spravedlnosti jako probační program pro děti a mladistvé. Dále je registrováno ministerstvem školství jako vzdělávací instituce a realizuje akreditované programy vzdělávání v oblasti hyperaktivity, poruch pozornosti, ale i širší problematiky psychologie dětského věku a výchovného poradenství. Toto sdružení realizuje jednak výzkum zaměřený na některé aspekty ADHD a jednak na zmíněný model. Model můžeme stručně přiblížit v následujícím schématu:

- Diagnostika – je zaměřena na komplexní postižení všech možných projevů ADHD s jejich souvisejícím dopadem ne sociální prostředí dítěte: vstupní konzultace, psychologické vyšetření, psychiatrické / neurologické vyšetření, informace od učitele, sociální diagnostika
- Náprava / terapie – vychází z výsledků komplexní diagnostiky, zohledňuje základní oblasti, ve kterých dítě vykazuje nižší výkon a nabízí možnosti pro širší okolí dítěte: pedagogicko-psychologické poradenství, psychoterapie, medikace, volnočasové aktivity, edukativní pomoc
- Sociálně rehabilitační pobyty – střednědobé (cca 14 dní) a krátkodobé (max. 4 dny), které jsou pořádány většinou v období školních prázdnin
- Další činnost, spolupráce s nadačními fondy a mezinárodními organizacemi (např. s norskou organizací ADHD-foreningen) **(33)**.

Občanské sdružení Hyperaktivita spolupracuje se státními i nestátními institucemi. Mezi hlavní lze jmenovat: 1. lékařská fakulta UK, Policejní akademie, Člověk v tísni, o.p.s., Open society Fund, Neposeda, o.s., Palestra, o.s. a další **(2)**.

Sdružení realizuje řadu vzdělávacích kurzů akreditovaných MŠMT ČR především pro: pedagogy MŠ, ZŠ, SŠ, psychology, lékaře, speciální pedagogy a rodiče.

Komplexní diagnosticko-nápravný program jako služby pro rodiny zahrnuje:

- Úvodní diagnostika
- Individuální rozvojový plán dítěte
- Sociální a výchovné poradenství
- Individuální a skupinová terapie
- Sociálně pedagogická podpora rodičů
- Svépomocná skupina pro rodiče
- Skupinový nácvik pozornosti
- Nácvik pro rodiče
- Projekt HYPERKA pro děti předškolního věku
- Denní centrum pro rodiče s dětmi
- Rozvojová skupina pro děti
- Sociálně-rehabilitační pobyty pro rodiny s dětmi
- Dobrovolnický projekt

Kontakt: tel.: 420-776 240 141, e-mail: info@hyperaktivita.cz, adresa sdružení: Hyperaktivita, o.s., Trenčínská 2/2632, Praha 4, 141 00, adresa projektu: Hyperaktivita, o.s, Slavíkova 16, Praha 3 130 00, www.hyperaktivita.cz **(2)**.

- **ADHD-foreningen**

Na internetových stránkách www.adhd-foreningen.no je možné se blíže seznámit se zahraniční organizací, která se dlouhodobě zabývá problematikou ADHD a na svých stránkách uvádí následující:

Samozřejmě máme ADHD také. Od té doby, co jsme členy Svalbardu, jsme hrdi na to, že můžeme říci, že jsme nejseverněji žijící ADHD obyvatelé. Mateřská MBD asociace byla založena v roce 1979 a v roce 1993 změnila své jméno na Norská MBD asociace. Jméno bylo modernizováno v červnu 2001 na ADHD-foreningen. Máme pobočky v mnoha zemích (19) a jsou zde také podpůrné skupiny a pobočky. Podpůrné skupiny jsou určeny jak pro rodiče, tak pro dospívající nebo dospělé. ADHD-foreningen

připravilo letní kempy pro děti ADHD a pro mladé. Informativní kurzy pro rodiny. V roce 1992 jsme začali se semináři pro mladé, které se rozvinuly v podpůrné skupiny po celé zemi. Mít ADHD může být obtížné na porozumění pro manžele. Jako výsledek naší práce jsme připravili pro dospělé a manžele semináře týkající se ADHD.

Skandinávské organizace pořádají takové semináře každé tři roky. První z nich se konaly v Norsku v roce 1987, dále ve Finsku, Švédsku, Dánsku a na Islandu. Přestože existují určité rozdíly mezi skandinávskými zeměmi co se týče ADHD, pracujeme blízko sebe, dělíme se o informace a zkušenosti. Šesté skandinávské symposium se konalo v dubnu 2002.

Norská vláda poskytuje bezplatné školství a bezplatnou zdravotnickou péči (kromě malých poplatků za každou konzultaci). Ve skutečnosti je zde rovnocenná zdravotnická péče a školství, kdekoliv žijete. Každá země má zodpovědnost mít dětskou psychiatrickou jednotku, která může určovat diagnózu a poskytovat předpisy Ritalinu nebo Dexedrinu rovnocenně pro děti a dospívající.

Máme okolo 3000 členů. Jestliže sem zahrneme také rodinné členy ADHD, celkový počet je kolem 5000. Naše hlavní kancelář má dva zaměstnance, pracující na plný úvazek a jednoho pracovníka, pracujícího na částečný úvazek. Jak to všechno můžeme zvládnou s 3000 členy? Členský poplatek 11 %, vládní podpora 6 % a vládní podpora skrz tzv. „likemann“ 19 %, prodeje 2 %, příjmy z loterie 19 % a extra příjmy činí 44 %. Extra příjmy jsou z celostátně vysílané loterie a výtěžek z této loterie je určený na výzkum, opravy a na prevenci, která je zabezpečována např. dostatečnou informovaností atd.

Školy mají své vlastní vzdělávací konzultanty, kteří asistují učitelům v testování a hodnocení různých výukových problémů, mezi nimiž je i ADHD. Na doporučení konzultantského týmu této komunity mohou být navrženy extra školní zdroje jako jsou speciální učitelé, asistenti učitelů, počítače apod.

Jako organizace tvrdě pracujeme, abychom zabezpečili dostupnost těchto příležitostí pro naše členy.

V roce 1997 norský parlament schválil zákon, který navrhuje, aby norští dospělí s ADHD měli možnost být podporováni. *Kontakt:* e-mail: post@adhd-foreningen.no, www.adhd-foreningen.no **(8)**.

1.25 Místní rodičovská sdružení jako svépomocné skupiny

Dobrovolné svépomocné organizace jsou důležitou odpovědí na každodenní svízele života. Svépomocné skupiny patří v současnosti na světě k nejrychleji rostoucím formám pomoci. Jsou pro komunitní práci zajímavé, neboť jsou důležitou silou v neprofesionální části komunity a reagují na současnou potřebu většího výběru způsobů poskytování sociální pomoci. Svépomocné skupiny staví na spolupráci, která je pro člověka základním mechanismem přežití a na sociálním instinktu jako jádru lidské psychologie vedoucím lidi k tomu, aby si pomáhali **(9)**.

Moderní svépomocné skupiny začínají svoji historii 10. června 1935, kdy Bill W. a doktor Bob pomohli jeden druhému zůstat střízliví. Založili hnutí Anonymních alkoholiků. Dnes se odhaduje, že počet členů AA na světě přesáhl 1,5 milionu, což z tohoto hnutí dělá největší svépomocnou skupinu na světě **(9)**.

Svépomocné skupiny můžeme rozdělit do čtyř typů skupin:

1. pro fyzické a duševní choroby
2. pro změnu návykového chování
3. pro překonání krize spojené s náhlou změnou
4. skupiny určené pro přátele a příbuzné osob s duševními problémy

Všechny skupiny spojuje svépomocný étos, čili duch hnutí – získávat pomoc z toho, že si pomáhají navzájem, což je blízké známému principu psychoterapeutické školy J. Skály „Ber a dávej“. Je to zásada velice demokratická a bez stigmatizujících důsledků. Ve skupině nemusí nikdo skrývat jaký je, podílí se o to s ostatními a každý pomáhá každému **(9)**.

Pět typů svépomocných skupin dle LEVINA a PERKINSE:

1. typ: Jde o svépomocné skupiny tvořené lidmi, jejichž stav nebo situace vedou k určité diskvalifikaci z kategorie „normálních“ lidí. Členové těchto skupin v důsledku svého

chování anebo rysů, charakteristik, jsou předmětem sociální izolace, stigmatizace, posměchu, lítosti či sociálního trestání. Do této kategorie jsou řazeni alkoholici a drogově závislí, hráči, bývalí vězni, homosexuálové, osoby duševně nemocné.

2. typ: Jde o svépomocné skupiny tvořené lidmi žijícími ve stigmatizujících podmínkách, kteří sami mohou být předmětem sekundárního stigmatu nebo kteří trpí v důsledku problémů, jež mají osoby, s nimiž žijí – partneři a děti alkoholiků, hráčů, duševně nemocných, rodiče mentálně retardovaných, obtížně vzdělavatelných, autistických dětí aj.

3. typ: Jsou to svépomocné skupiny tvořené lidmi, kteří mají společné problémy. Ty nemusí být stigmatizující, ale často je přivádějí do sociální izolace (vdovy, osamělí rodiče, rodiče různě handicapovaných dětí).

4. typ: Jde o svépomocné skupiny organizované okolo etnických, náboženských či rasových svazků mající za cíl vzájemnou pomoc (zajišťování vzdělávání, kulturní ochrany, pojištění).

5. typ: Jde o skupiny organizované na ochranu určitých specifických zájmů **(9)**.

Dynamika skupin: Svépomocné skupiny poskytují systém zpětné vazby, což pomáhá jedinci porozumět tomu, jak reaguje na druhé a jak druzí reagují na něj. Svépomocné skupiny umožňují vhled do problémové situace jednotlivých členů, analogii učení pomocí předávání zkušeností, sdílení šťastných okamžiků jako jsou úspěšné životní změny a události. Poskytují prostředí, v němž členové mohou být sami sebou a mohou si být jisti, že je druzí pochopí a budou je akceptovat. Členové jsou jak příjemci, tak poskytovateli pomoci. Tím, že je člověk druhému užitečný, že má pro něho určitou hodnotu, může být posílen jeho vlastní pocit úspěšnosti a hodnoty. Sdílení problémů a pocitů vzájemně pomáhá zvládat emoční situace. Jednotlivec postupně získává pocit, že se stává integrální součástí větší sociální skupiny **(9)**.

Jak skupiny pracují: Lze určit *5 aspektů* svépomocných skupin, které slouží zájmům svých členů:

1. Podporovat psychologický význam komunity – dát dohromady lidi, kteří mají tentýž problém, pomáhá změnit osobní krizi na sociální zkušenost.

2. Mít ideologii, která slouží jako filosofický základ a protijed vůči lidem vně skupiny. Životní filosofie přispívá k pocitu osobní identity definováním toho, v co by měl jedinec věřit. Víra zmenšuje dvojznačnost a nejistotu ve vztahu ke světu a poskytuje východiska pro rozhodování v každodenním životě.

3. Dát příležitost pro zpověď, katarzi a vzájemnou kritiku. Členové jsou povzbuzováni, aby hovořili o svých problémech, selháních či zážitcích, které se často pojí s jejich sníženým sebeobrazem a pocitem viny, zbaví se zátěže.

4. Naučit se účinné strategii zvládání každodenních problémů. Sdílením každodenních zkušeností členové skupiny objevují osvědčené prostředky k jejich zvládání, navíc se povzbuzují k experimentování, hledají nová řešení.

5. Vytvořit síť sociálních vztahů. Členové si vytvářejí síť přátel a sociálních vztahů, které jim společnost nenabízí. Ten, kdo stejnou situaci nezažil, ji může těžko chápat **(9)**.

Důvody vstupu do skupin:

1. Zájem o ženské otázky (problémy s tradičními rolemi, bolestné pocity týkající se vlastního ženství)

2. Hledání pomoci (ulehčení od nepříjemných pocitů, řešení okamžitých nebo déletrvajících problémů).

3. Sociální potřeby (osamělost, uzavírání přátelství, nalezení komunity).

4. Politická aktivace (posílení uvědomění).

5. Sexuální uvědomění (porozumění pocitům vlastního těla, prozkoumání vlastních sexuálních vztahů k mužům a ženám).

6. Zvědavost.

Úspěchy skupin: Jedním z klíčových procesů ve svépomocných skupinách je možnost členů skupiny najít společné znaky problému. Naprosto převažující aktivitou je předávání informací a autentická osobní sebeodkrytí. Hlavním klíčem úspěšnosti je schopnost každého přijmout a mít hluboké pochopení, sdílnost, rovnost a soudržnost. Nelze tvrdit, že všechny svépomocné skupiny jsou účinné. A není zcela zřejmé, pro koho jsou výhodné a vhodné a pro koho ne **(9)**.

Výzkumná zjištění:

Skupiny dobrovolných neplacených pracovníků jsou při vykonávání neplacené práce vysoce aktivní. Aktivity místní komunity jsou účinné při využívání lidských zdrojů a při řešení problémů. Snižují závislost občanů na službách. Hlavní financování místních akcí pochází z neplacené práce lidí. Dlouhodobé místní skupiny mají dlouhodobější pohled na místní zájmy než úřady. Úřady by měly proto tyto aktivity podporovat a usnadňovat.

Závěrem:

Aktivity místních komunit mají významné a nezastupitelné funkce. Jsou zdrojem osobní sociální sítě, nástrojem organizování vzájemné pomoci nebo vzájemné aktivity, doplňkem k poskytovaným sociálním službám, monitorováním a korektivem sociální politiky, nástrojem obrany společných zájmů a protiváhou institucionální moci s volným přístupem pro všechny **(9)**.

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Na základě studia sekundárních zdrojů byl stanoven tento cíl: vytvořit ucelený pohled na problematiku syndromu ADHD u dětí a s ní související specifické poruchy učení.

Dílčí cíle práce:

- seznámit se syndromem ADHD a specifickými poruchami učení včetně možností řešení
- popsat problematiku svépomocných skupin jako formy pomoci dětem s ADHD a SPU a jejich rodinám
- zmapovat současnou situaci v České Lípě, konkrétně se zaměřit na poskytované formy péče a služeb dětem s ADHD a SPU a jejich rodinám
- oslovit rodiče dětí s ADHD a SPU formou dotazníku s cílem zjistit jejich spokojenost s poskytovanými službami, informovanost o svépomocných skupinách a zájem o založení místní svépomocné skupiny či občanského sdružení

2.2 Hypotézy

H1: Rodiče dětí s ADHD a SPU jsou spokojeni se službami v České Lípě.

H2: Informovanost rodičů dětí s ADHD a SPU o svépomocných skupinách je malá.

H3: Rodiče dětí s ADHD a SPU mají potřebu založení místní svépomocné skupiny či občanského sdružení.

3. METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Ke splnění stanovených cílů a ověření hypotéz byl v diplomové práci zvolen *kvantitativně-kvalitativní výzkum*. Pro sběr primárních informací byla použita *metoda dotazování, analýza dokumentů* a *jako techniky sběru dat dotazník, rozhovor a sekundární analýza dat.*

Dotazník je nejpoužívanější prostředek ke sběru informací. Je standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Pro tuto techniku je typické, že výzkumník je nepřítomen při vyplňování dotazníku. Kladné stránky dotazníku znehodnocuje častá nízká návratnost **(17)**.

Rozhovor je možno definovat jako systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel. Nároky na zvládnutí situace rozhovoru se liší podle tématu, kterému je věnováno, podle požadované hloubky informačního záměru, typu nástrojů a pomůcek a také podle typu respondentů **(17)**.

Při mapování poskytovaných služeb a forem péče dětem s ADHD a jejich rodinám byly použity *dokumenty* regionálního, okresního i krajského významu včetně statistických údajů. Dále byl použit *individuální polostandardizovaný (polořízený) rozhovor* při mapování poskytovaných služeb a péče v jednotlivých zařízeních se zaměřením na statistické údaje i konkrétní nabídku služeb. Byly použity otázky přímé, většina z nich byla předem připravena, další vyplynuly z rozhovoru jako doplňující.

Pro účely výzkumu v diplomové práci a verifikaci hypotéz byl vytvořen *dotazník pro rodiče dětí s ADHD a SPU anonymního charakteru*. Dotazník obsahoval celkem 31 otázek, z toho 14 uzavřených, 13 polootevřených, 4 otázky otevřené a 3 filtrační. Dotazník zároveň obsahoval průvodní dopis obsahující oslovení respondentů, pokyny pro jeho vyplnění, ujištění o anonymitě a poděkování a také identifikační údaje o respondentovi **(příloha 1)**. Otázky byly zaměřeny na identifikační znaky dětí s dg. ADHD, na poskytované služby a péči pro děti s ADHD a jejich rodiny, spokojenost a kvalitu, povědomí o občanských sdruženích a svépomocných skupinách a na zájem

rodičů o založení svépomocné skupiny v České Lípě. Vydáno bylo celkem 79 dotazníků, vráceno 53. Návratnost dotazníků byla tedy 67 %. Validních dotazníků použitých pro výzkum bylo 52, 1 dotazník byl vyřazen pro neúplnost dat. Získaná data byla zpracována graficky, výsledky jsou uvedeny v % i absolutních číslech.

3.2 Charakteristika cílového souboru

- ***Soubor 1***

Základní soubor byl vytvořen zařízeními v České Lípě poskytujícími péči či služby pro děti s ADHD a SPU či jejich rodinám, a to v oblastech vzdělávání, zdravotní, psychologické, speciálně pedagogické a logopedické péče i poradenství.

Výběrový soubor čítá poskytovatele služeb, ve kterých se nejčastěji, opakovaně, dlouhodobě a systematicky pracuje se zmíněnou klientelou a dále zařízení, která byla ochotna se na výzkumu spolupodílet a poskytnout požadované informace. Zařízení byla oslovena ke spolupráci osobně, telefonicky či e-mailem. Osloveno bylo všech 9 základních škol v České Lípě za účelem poskytnutí informací o počtu žáků s ADHD. Dále byla v České Lípě jmenovitě oslovena tato zařízení:

- Dětská neurologie
- Pedagogicko-psychologická poradna
- Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy
- Psychiatrické sanatorium

Sběr informací formou dotazování – rozhovorů se uskutečnil v březnu 2008. Rozhovory probíhaly osobně na jednotlivých zařízeních v časovém rozmezí cca 1-1,5 hodiny a účastnili se jich vedoucí pracovníci či jejich pověření zaměstnanci. Během rozhovorů byly zjišťovány tyto informace:

- popis zařízení, kontakty
- poskytované služby
- statistické údaje o klientech
- personální zajištění služeb
- návaznost na další služby, příp. kontakty

Soubor 1 byl zároveň základnou pro výzkumná data získaná ze souboru 2.

- ***Soubor 2***

Základní soubor tvořili rodiče dětí s ADHD žijící v České Lípě.

Výběrový soubor byl sestaven z rodičů, kteří mají dítě/děti se stanovenou diagnózou. Specifické poruchy učení byly klasifikovány jako přidružené. Věk dětí byl omezen na základní školu. Vytvořen byl tedy základní výběrový soubor, nikoliv reprezentativní vzorek, neboť cílem bylo oslovit co možno největší počet rodičů hyperaktivních dětí.

Sběr dat probíhal formou dotazníků pro rodiče v časovém rozmezí 11.2.- 30.4.2008. Dotazníky byly distribuovány do 7 z 9 základních škol v České Lípě (ZŠ Pátova jako škola výběrová nemá žáky s dg. ADHD a ZŠ Partyzánská odkázala na Pedagogicko-psychologickou poradnu v České Lípě) a dále do 5 zařízení (viz soubor 1). Zde byly prostřednictvím zaměstnanců těchto zařízení osobně předány rodičům k vyplnění. V zařízeních: Pedagogicko-psychologická poradna, Psychiatrické sanatorium a Poradna pro mezilidské vztahy byly dotazníky vydány před vyšetřením či konzultací a rodiče byli požádáni o jejich vyplnění během doby čekání na vyšetření. Na základních školách byly dotazníky předány rodičům domů prostřednictvím jejich dětí. Vyplnění dotazníků bylo dobrovolné a anonymní. Předejití duplicitního vyplnění dotazníku stejným respondentem ve více zařízeních současně během doby sběru dat bylo ošetřeno v pokynech pro vyplnění dotazníku. Vydáno bylo celkem 79 dotazníků, 53 jich bylo vráceno vyplněných. Návratnost dotazníků z jednotlivých zařízení byla graficky znázorněna (viz tabulka 1 a graf 1). Celková návratnost dotazníků byla 67 %.

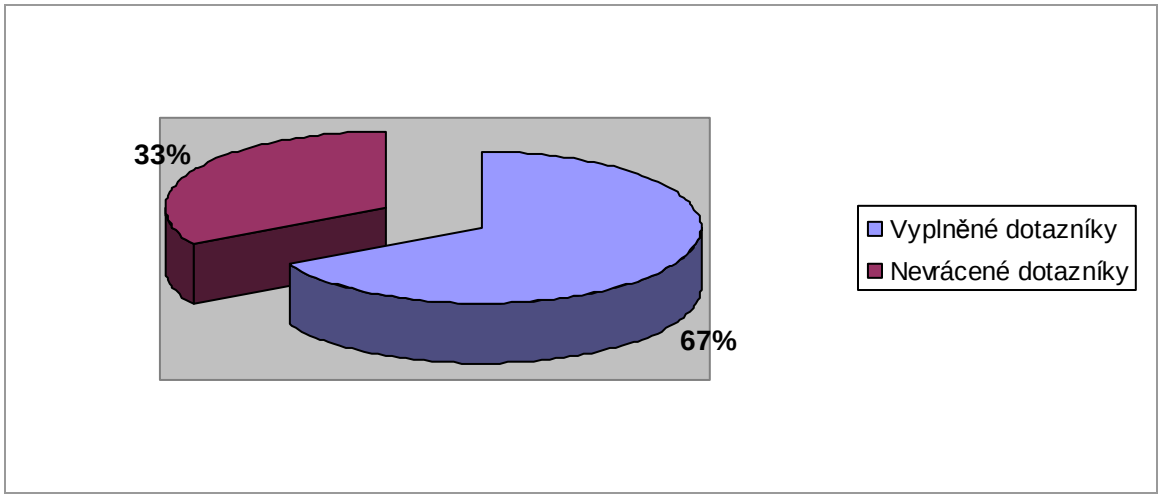
Tabulka 1: Návratnost dotazníků z jednotlivých zařízení

Název zařízení	***Počet rozdaných dotazníků***	***Počet vrácených vyplněných dotazníků***
Pedagogicko-psychologická poradna	10	9
Poradna pro rodinu a mezilidské vztahy	2	1
Psychiatrické sanatorium	5	2
ZŠ Klíč	5	0
ZŠ Lada	2	1
ZŠ Sever	17	15
ZŠ Slovanka	16	9
ZŠ Špičák	22	16
Celkem	**79**	**53**

Tabulka uvádí počty dotazníků rozdaných respondentům v jednotlivých zařízeních a počty vrácených vyplněných dotazníků. Celkem bylo v osmi zařízeních v České Lípě rozdáno 79 dotazníků, z toho se jich vrátilo vyplněných zpět 53. V Pedagogicko-psychologické poradně bylo rozdáno 10 dotazníků, vráceno jich bylo 9. V Poradně pro mezilidské vztahy byly rozdány dotazníky 2, vrácen byl 1. Ordinace dětského psychiatra rozdala 5 dotazníků, vyplněny byly 2. Soukromá ZŠ Klíč obdržela 5 dotazníků, nevrátil se zpět žádný. Na ZŠ Lada rozdali 2 dotazníky, vrátil se vyplněný 1. ZŠ Sever předala 15 vyplněných dotazníků ze 17 rozdaných. Na ZŠ Slovanka se rozdalo dotazníků 16, zpět bylo vráceno 9. ZŠ Špičák rozdala 22 dotazníků a 16 jich obdržela zpět.

Níže uvedený graf znázorňuje celkovou návratnost dotazníků v %. Z celkového počtu rozdaných dotazníků 100 % (79) bylo vráceno vyplněných dotazníků 67 % (53), 33 % (26) dotazníků se zpět nevrátilo.

Graf 1: Návratnost dotazníků (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

3.3 Časový harmonogram sběru dat

Datum	***Sběr dat***
květen 2007	Výběr tématu diplomové práce a registrace na příslušné katedře
září 2007	Konzultace s vedoucím diplomové práce
říjen 2007 – leden 2008	Studium literatury a vypracování teoretické části diplomové práce
leden 2008	Sestavení dotazníků
únor 2008	Konzultace s vedoucím diplomové práce
únor 2008	Distribuce dotazníků
březen a duben 2008	Průběžný sběr dotazníků
červen 2008	Zpracování a vyhodnocení dotazníků
červenec 2008	Konzultace s vedoucím diplomové práce
srpen 2008	Formální úpravy diplomové práce a odevzdání na příslušnou katedru

4. VÝSLEDKY

4.1 Charakteristika města Česká Lípa

Název: Česká Lípa

Statut: město

Okres: Česká Lípa

Kraj: Liberecký

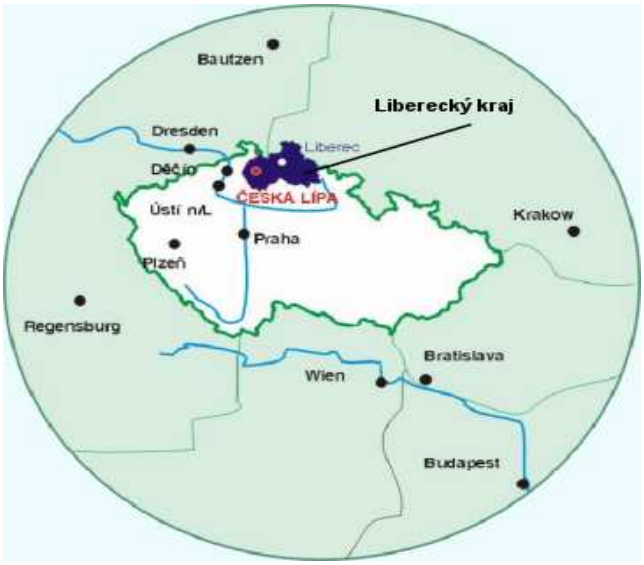
Česká Lípa je součástí Libereckého kraje, který leží na severu České republiky a zahrnuje území 4 okresů – České Lípy, Jablonce nad Nisou, Liberce a Semil. Hranice kraje tvoří na severu zároveň státní hranici s Polskem a Německem. Liberecký kraj svou rozlohou představuje 4 % z rozlohy České republiky a žije zde cca 4,2 % obyvatel České republiky. Je součástí Euroregionu Nisa, který sdružuje okresy Libereckého kraje České republiky, dolnoslezské části Polské republiky a saské části Spolkové republiky Německo.

Okres Česká Lípa se nachází v západní části Libereckého kraje, má průmyslový charakter a k nejvýznamnějším odvětvím patří sklářství, které zde má dlouholetou tradici. Významný podíl představuje také strojírenský průmysl a dodavatelé pro automobilový průmysl. Okres disponuje velkou nabídkou ploch pro potenciální investory.

Město Česká Lípa leží v atraktivní krajině na úpatí Lužických hor a současně nedaleko vyhlášené rekreační oblasti, známé jako Máchův kraj. Je centrem průmyslu, obchodu i vzdělání s bohatou historickou tradicí. S rozvojem soukromého podnikání po roce 1990 v České Lípě vzniklo mnoho podnikatelských subjektů, převážně v oboru obchodu a stavebnictví. K hlavním průmyslovým odvětvím patří strojírenství, elektrotechnický a automobilový průmysl.

Počet obyvatel dnes dosahuje téměř 40.000 obyvatel. Tímto počtem se tak Česká Lípa stává třetím největším městem české části Euroregionu Nisa a Libereckého kraje.

Mapa 1 – Geografické údaje



Zdroj: Městský úřad Česká Lípa, dostupné na http://www.mucl.cz/**(1)**

Tabulka 1 – Vybrané statistické údaje (MOS ZV01 – území: Obec Česká Lípa)

			Údaj
Hospodářská činnost	Kód obce		561 380
	podle převažující činnosti	Školství a zdravotnictví	3203
		Veřejná správa, obrana, povinné sociální pojištění	103
		Ostatní veřejné, sociální a osobní služby	6933
Obyvatelstvo	Počet bydlících obyvatel k 31.12.		38 1813
	muži		18 5023
	ženy		19 6793
	Počet obyvatel ve věku 0-14 let celkem		5 9253
Školství2	Základní škola - nižší stupeň (1 - 5. ročník)		.
	Základní škola - vyšší stupeň (1.-9. ročník)		8
	Škola speciální		5
Zdravotnictví	Nemocnice		14
	Samostatná ordinace praktického lékaře pro děti a dorost		104
	Detašované pracoviště samostatné ordinace praktického lékaře pro děti a dorost		.
	Samostatná ordinace lékaře specialisty		384
	Detašované pracoviště samostatné ordinace lékaře specialisty		44

Poznámky: 2 – šk. r. 2005/06, 3 – období: 31.12.2006, 4 – období: 31.12.2005

Zdroj: Český statistický úřad, dostupné na http://www.vdb.czso.cz/**(5)**

Tabulka 2 – Základní školství ve městě Česká Lípa za r. 2005

Kód uk.	Ukazatel MOS	Měřicí jedn.	Kód úz.	Typ	Území	Okres	Hodnota
040500	Základní škola-vyšší stup. (1.-9.roč.)	počet	561380	05	Česká Lípa	Česká Lípa	8
040510	Počet žáků zákl.školy (1.-9.roč.)	osoba	561380	05	Česká Lípa	Česká Lípa	4 022
040520	Počet tříd zákl.školy (1.-9.roč.)	počet	561380	05	Česká Lípa	Česká Lípa	171
040900	Školy speciální(dr.pro ml.vyž.zvl.péči)	počet	561380	05	Česká Lípa	Česká Lípa	5
040920	Počet žáků školního věku spec.škol	osoba	561380	05	Česká Lípa	Česká Lípa	345

Zdroj: Ústav pro informace ve vzdělávání, dostupné na http://www.uiv.cz/**(47)**

Tabulka 3 – Základní školy v České Lípě

Id. práv. osoby	IČO	Id. zařízení	Název zařízení	Ulice a čp.	Právní forma	Zřizovatel
600023176	25013564	110012658	Základní škola	Klášterní 2490	Společnost s ručením omezeným	Soukromá osoba
600074811	48283070	102145695	Základní škola	Šluknovská 2904	Příspěvková organizace	obec
600074871	49864599	102005249	Základní škola	Antonína Sovy 3056	Příspěvková organizace	obec
600074889	49864611	102005265	Základní škola	Mánesova 1526	Příspěvková organizace	obec
600074897	48283029	102005290	Základní škola	Partyzánská 1053	Příspěvková organizace	obec
600074901	48283061	102005311	Základní škola	Pátova 406	Příspěvková organizace	obec
600074951	48283088	102005702	Základní škola	Jižní 1903	Příspěvková organizace	obec
600074986	70982198	102553882	Základní škola	Školní 2520	Příspěvková organizace	obec
600074994	46750045	102577099	Základní škola	28. října 2733	Příspěvková organizace	obec

Zdroj: Ústav pro informace ve vzdělávání, dostupné na http://www.uiv.cz/**(47)**

Z tabulky vyplývá, že je v České Lípě celkem 9 základních škol, z toho 8 škol zřízených obcí a 1 škola soukromá.

4.2 Seznam zařízení, kde je možné hledat pomoc

V České Lípě jsou tato odborná pracoviště poskytující péči a služby dětem s ADHD a SPU a jejich rodinám. V rámci komplexního přístupu v řešení této problematiky jsou zahrnuta všechna dostupná zařízení: ordinace odborných lékařů (dětská neurologie a psychiatrie), logopedická péče, psychologická péče, školská a vzdělávací zařízení, poradenství a soukromé služby.

Tabulka 4 – Seznam pracovišť, která se zabývají problematikou ADHD a SPU

Název zařízení	Adresa	Kontakt
Dětská neurologie – *MUDr. Kateřina Henčlová*	Česká Lípa, Liberecká 3086	487 824 508
Dětská psychiatrie – *MUDr. Marcela Kajlíková*	Česká Lípa, Ronovská 846	487 877 352
Klinická psychologie – *Mgr. Naďa Kravcivová*	Česká Lípa, Čs. armády 1566	487 877 646
Klinická psychologie – *PhDr. Eva Picmausová*	Česká Lípa, Ronovská 846	487 823 131
Klinická psychologie – *Mgr. Jaroslav Vacek*	Česká Lípa, Purkyňova 1849	487 954 913
Klinická logopedie – *PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.*	Česká Lípa, Jiráskova 657	487 874 169
LEXIKON – Mimoškolní vzdělávání dětí a dospělých	Česká Lípa, Panská 219	737 196 881 http://lexikoncl.eu
Pedagogicko-psychologická poradna Česká Lípa	Česká Lípa, Havlíčkova 443/9	487 522 179 hudecppp@dmcl.cz
PhDr. Ivana Veltruská – psycholog, supervisor	Česká Lípa, nám. TGM 5	777 259 123, 910 020 161 ivavel@kkp.cz http://www.ivavel.cz
Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy	Česká Lípa, Konopeova 812	487 853 203 poradnacl@centrum.cz http://www.csslk.cz

Rehabilitace – *MUDr. Hana Střelcová*	Česká Lípa, Liberecká 3086	487 754 930
ZŠ a MŠ Klíč s.r.o.	Česká Lípa, Klášterní 2490	487 521 560 zs@skolaklic.cz http://www.skolaklic.cz
ZŠ Slovanka	Česká Lípa, Antonína Sovy 3056	487 831 810 zsslovanka@seznam.cz http://www.zslovanka.cz

legenda: zdravotnické zařízení (bezplatná péče, hrazeno z veřej. zdravotního pojištění)
soukromé zařízení (služby za úhradu)
školské zařízení (bezplatné služby)
zařízení centra sociálních služeb (bezplatné služby)

Zdroj: vlastní výzkum

4.3 Soubor 1 – počty žáků s ADHD na jednotlivých základních školách

Níže uvedená tabulka zachycuje aktuální počty žáků s diagnózou ADHD na jednotlivých základních školách v České Lípě. Pro zjištění těchto statistických údajů bylo osloveno všech 9 základních škol v České Lípě. Z toho 1 škola uvedla, že je školou výběrovou a tudíž žáky s ADHD nemá. 1 škola spolupráci odmítla s doporučením oslovit pedagogicko-psychologickou poradnu. Zbylých 7 škol spolupráci přislíbilo, ale kompletní data poskytly jen 4 školy a 1 škola uvedla data neúplná. Výsledky z tohoto důvodu nejsou ucelené a celkové počty žáků s ADHD lze tedy považovat za spodní hranici, neboť ve skutečnosti budou počty vyšší.

Výsledky jsou rozlišeny pro I. a II. stupeň ZŠ, dále dle pohlaví žáků včetně celkového počtu integrací na škole.

Tabulka 5 – Počty žáků s ADHD na základních školách v České Lípě ve školním roce 2007/08

Název ZŠ Adresa	Žáků s ADHD celkem	I. stupeň		II. stupeň		Počet integrací celkem
		chlapci	dívky	chlapci	dívky	
ZŠ Dr. Tyrše, Mánesova 1526	?	?	?	?	?	?
ZŠ Jižní 1903	?	?	?	?	?	?
ZŠ Klíč, Klášterní 2490	5	?	?	?	?	?
ZŠ Lada, Šluknovská 2904	2	0	0	2	0	2
ZŠ Partyzánská 1053	?	?	?	?	?	?
ZŠ Pátova 406*	0	0	0	0	0	0
ZŠ Sever, Školní 2520	17	3	1	9	4	8
ZŠ Slovanka, Ant. Sovy 3056	21	5	0	11	5	21
ZŠ Špičák, 28. října 2733	22	4	1	13	4	22
celkem	**67**	12	2	35	13	53

* - výběrová škola s přijímacím řízením

? – požadované údaje škola neposkytla

Zdroj: vlastní výzkum

4.4 Soubor 1 – výsledky z rozhovorů ve vybraných zařízeních

Vyjma ambulance dětského neurologa poskytla potřebné informace níže uvedená zařízení:

1. Pedagogicko-psychologická poradna

adresa: Havlíčkova 443, Česká Lípa

právní forma: příspěvková organizace

zřizovatel: Liberecký kraj

telefon: 487 521 673, e-mail: hudecppp@dmcl.cz

Informace poskytla Mgr. Pavla Šimánková – zástupkyně ředitele PPP, speciální pedagog.

Pedagogicko-psychologická poradna v České Lípě je školské zařízení poskytující péči dětem od tří let po ukončení středoškolského vzdělání. Sídlí v budově domova mládeže v blízkosti středu města.

PPP poskytuje služby široké veřejnosti na základě zřizovací listiny a v souladu se „Školským zákonem“ č. 561/2004 Sb., Vyhláškou MŠMT 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízením a v souladu s interními předpisy (Status PPP Česká Lípa a Provozní řád). Toto zařízení není orgánem státní správy. Financováno je podle celkového počtu žáků ve školských zařízeních v daném regionu. Pracovní tým tvoří celkem 10 zaměstnanců, z toho 4 psychologové, 3 spec. pedagogové, 1 metodik prevence, 1 sociální pracovnice a 1 ekonomka. Klientelu tvoří žáci mateřských, základních a středních škol ve věkovém rozmezí 3-18 let. Dle výroční zprávy zařízení za rok 2005/06 vyplývá, že je rozpor mezi růstem počtu klientů a poklesem úvazků a limitů zaměstnanců poradny. Statisticky se zvyšují počty žádostí o vyšetření a prodlužují se objednací lhůty. Nejvyšší podíl klientů tvoří žáci 1. stupně ZŠ, zejména žádosti o vyšetření školní zralosti a diagnostiku SPU. Poradna vykonává standardní činnosti zaměřené na psychologickou a speciálně pedagogickou diagnostiku a kontrolní vyšetření, intervenci, přímou nápravu, informační a metodickou činnost, přípravu podkladů pro vzdělávací opatření. Dále vykonává v omezené míře nadstandardní činnosti typu vedení učitelské knihovny, stáže v PPP pro studenty SŠ, VOŠ a VŠ, participace na projektu KROK pro nezaměstnané mladistvé uchazeče o zaměstnání ve spolupráci s Úřadem práce Česká Lípa.

PPP používá diagnostické nástroje a projektivní metody vydané Diagnostikou. Činnost poradny je zaměřena na individuální diagnostiku převážně výukových problémů dětí ZŠ, přeřazování dětí do speciálních škol, školní zralosti a vývojových zvláštností dětí MŠ. Prioritní oblastí práce poradny je pedagogicko-psychologická a speciálně pedagogická diagnostika. Projektivní metody jsou užívány ojediněle, pouze jako doplňkové a jsou většinou vyhodnoceny orientačně. Závěry jsou opřeny o diagnostiku úzkého problému klienta v závislosti na požadavku objednavatele. Anamnéza se opírá o údaje z anamnestického dotazníku, který rodiče vyplní před vyšetřením s pomocí sociální pracovnice. Vyšetření profesní orientace

středoškolské mládeže provádí poradna ve velmi omezené míře, stejně tak jako diagnostiku dětí s poruchami chování nebo se sociopatologickými projevy. Intervenční činnost je odvislá od diagnostikujícího zaměření poradny. Intervence spočívá především v korektivním rozhovoru s rodiči, v odpovědích vyučujícím na jejich otázky a v metodických pokynech pro práci s dítětem. Děti se závažnějšími potížemi jsou opakovaně zvány ke kontrolnímu vyšetření. PPP rozvíjí spolupráci se školami, každoročně se účastní vedení dyslektických kurzů pro učitele ZŠ. Má přehled o dyslektických asistentech na školách a jednou měsíčně pro ně připravuje semináře. Dyslektické třídy pravidelně navštěvuje speciální pedagog poradny. Psychologové vyjíždějí na konzultace do škol. Se školami také spolupracuje pracovnice poradny zajišťující oblast prevence. Ředitel poradny se účastní porad ředitelů a v rámci metodického vedení schůzek výchovných poradců. Stále ještě však počet odborníků neodpovídá potřebám terénu. Prostory poradny vyhovují pro individuální práci, neumožňují však činnosti se skupinou, které by byly pro klienty přínosné. Práce poradny je v současné době úzce specializovaná na školskou problematiku.

Poskytované služby: komplexní nebo zaměřená psychologická a speciálně pedagogická diagnostika, psychologická a speciálně pedagogická intervence, informační a metodická činnost, příprava podkladů pro vzdělávací opatření, kontrolní vyšetření, přímá náprava, vedení dokumentace, zpracování zpráv a posudků, program KUPOZ.

Statistické údaje o klientech s ADHD: poradna využívá PC program, který nespecifikuje klienty s ADHD, ale souhrnně klienty s LMD (zahrnující formy ADHD a ADD). Z celkového počtu vyšetření je odhadem 78 % dětí s LMD, z toho 21 % dívek a 79 % chlapců. ADHD pak představuje 39 %, z toho 14 % dívky a 86 % chlapci. Současně byly s diagnózou ADHD téměř v 99 % případů diagnostikovány SPU.

Nejrannější kontakty na poradnu jsou již v období, kdy dítě poprvé vstoupí do dětského kolektivu, tj. v cca pěti letech věku, tedy ve středním oddělení MŠ. Protože je zde ale možnost překrývání se s nezralostí, věkovými zvláštnostmi apod., tak prvotní diagnostika ADHD se pohybuje v průměru mezi 2.-3. ročníkem ZŠ, většinou ve spojení s SPU, které se projevují na podkladě LMD. Poradna doporučuje zařazení těchto klientů do tříd s menším počtem žáků, pokud jde jmenovitě o základní školy, tak především ZŠ

Slovanka s dyslektickými třídami či ZŠ Klíč s menším počtem žáků ve třídách. U všech klientů s ADHD, kteří prošli vyšetřením v poradně, je doporučen vypracovat IVP jako do určité míry upravený způsob výuky či hodnocení. Pokud jde o přiznání finančního příspěvku na integraci od Libereckého kraje, je tato dotace díky přísným kritériím přiznána pouze u žáků s diagnózou těžké formy poruchy SPU (tj. ze 100 dětí pouze 2 žáci), ostatní jsou zařazeni do kategorie „zdravotní znevýhodnění“ a je jim doporučeno hodnocení a postup ve výuce s ohledem na jejich problémy. Osobní asistent doporučen nebyl díky omezeným finančním prostředkům z Libereckého kraje na rozdíl od sousedního Ústeckého kraje, kde je situace jiná. Z celkového počtu dětí s LMD mělo doporučený odklad školní docházky o 1 rok 43 %. Výraznější obtíže se v průběhu výuky objevují spíše u dětí, které při diagnostice v poradně odklad školní docházky neměly. Celkově dětí s ADHD v posledních 12 – 13 letech mírně přibylo (možná díky změnám v diagnostice), ale v současné době se výrazně nemění.

Návaznost na další služby: poradna nejvíce spolupracuje s klinickými psychology, Poradnou pro rodinu a mezilidské vztahy, dětským neurologem a psychiatrem, případně s dětským rehabilitačním lékařem.

2. Základní škola Slovanka

adresa: Antonína Sovy 3056, Česká Lípa

právní forma: příspěvková organizace

zřizovatel: Město Česká Lípa

telefon: 487 831 810, e-mail: zsslovanka@sezam.cz, http://www.zsslovanka.cz/

Informace poskytla Mgr. Petra Matysová – speciální pedagog ŠPP.

Základní škola je zařazena do sítě Škol podporujících zdraví, v roce 2004 obdržela certifikát o přijetí do projektu „Zdravá škola“. Škola se speciálními dyslektickými třídami, školním poradenským centrem a rozšířenou výukou mediální tvorby.

Základní škola má ve školním roce 2007/2008 23 tříd se 492 žáky na obou stupních. Výuka probíhá podle vzdělávacích programů Obecná škola čj. 12035/97-20 na 1. stupni a Základní škola čj. 16847/96-2 na 2. stupni. Škola se zaměřuje na výchovu ke zdravému životnímu stylu a pomoc žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. V současné době je otevřeno 7 dyslektických tříd od 4. do 9. třídy s limitem 14 žáků ve třídě, jedná se o jedinou školu tohoto typu na Českolipsku.

O životě školy jsou rodiče a veřejnost informováni školním časopisem Sovík. Základní škola vykonává činnost, která je v souladu s dlouhodobým záměrem vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České republiky a s prioritami kraje. Kvalitu výchovy ke zdraví vzhledem ke sledovaným kritériím pozitivně ovlivňuje cílené vytváření příznivého vnitřního klimatu školy, bohatá nabídka školních i mimoškolních aktivit i estetika prostředí. Žáci jsou vedeni ke spolupráci na vnitřním životě školy a k pocitu sounáležitosti. Škola je otevřená směrem k žákům, rodičům a veřejnosti.

Ve škole pracuje celkem 11 speciálních pedagogů, z toho 1 pro 1. stupeň, 7 pro 2. stupeň, 1 ve školském poradenském pracovišti a 1 na pozici ředitele školy. Žáků s diagnózou ADHD v dyslektických třídách je celkem 21, dalších 37 žáků je šetřeno v běžných třídách. Do dyslektických tříd jsou vřazeni žáci na doporučení PPP Česká Lípa či SPC Liberec z důvodu SPU na podkladě LMD (nejvíce převažuje dyslexie v kombinaci s dyskalkulií, dále dysgrafie a dysortografie), sluchové a logopedické vady a dále 2 vozíčkáři (z dg. DMO a svalové dystrofie). Převažují chlapci s LMD a ADHD. V těchto třídách je větší a častější výskyt dětí s problémovým chováním či vedením na dětské psychiatrii. Škola zaměstnává pouze 3 osobní asistenty (2 pro vozíčkáře a 1 pro dys třídu, kde je více žáků s psychiatrickou diagnózou). Školního psychologa zatím nemají, v projektu však mají zažádáno.

Specifika poskytovatele služeb – činnost školního poradenského pracoviště: ŠPP vzniklo na škole před třemi lety a pracuje dle systémového projektu „VIP – Kariéra“ spolufinancovaného Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky. Na plný úvazek je dětem, rodičům i učitelům plně k dispozici speciální pedagog, který je pravidelně vzděláván v IPPP ČR. Tento pracovník na škole zajišťuje metodické, koordinační, informační a poradenské činnosti. Jeho konkrétní náplní je:

diagnostika žáka, tvorba plánu péče o žáka (IVP), přímá práce se žákem (individuální i skupinová), včasná intervence, speciálně pedagogické poradenství pro zákonné zástupce i pedagogické pracovníky, sociálně právní poradenství, krizová intervence, metodická činnost pro zákonné zástupce, pedagogy, pomoc při integraci žáků se zdravotním postižením do ZŠ, instruktáž a úprava prostředí, tvorba preventivního minimálního programu zaměřeného na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, osobnostní rozvoj a rozvoj sociálně komunikativních dovedností, preventivní aktivity v rámci prevence sociálně-patologických jevů, vrstevnická skupina 1 x za 14 dní, Peer program, dotazníková šetření zaměřená na sociometrii, vztahy a klima ve třídě, šikanu, supervize, breefing, besedy pro žáky 2. stupně a učitele se zaměřením na prevenci kriminality formou interaktivních her, vedení agendy za celou třídu i jednotlivce, Letní prázdninová škola pro děti ze sociálně slabých rodin a vozíčkáře, kurz grafomotoriky pro předškoláky, výjezdové jednodenní akce s problémovou třídou, činnost speciálního pedagoga zároveň zahrnuje i práci preventisty a etopeda na škole.
Spolupráce: PČR, MěÚ Česká Lípa - OSPO, PPP, SPC Liberec, dětská psychiatrie, DDM Libertin, K-centrum, Linky důvěry, Poradna pro rodinu a mezilidské vztahy, Nemocnice Česká Lípa, Zdravotnická záchranná služba, Farní charita – azylový dům Jonáš pro matky s dětmi v tísni, Dům humanity Česká Lípa aj.

3. Psychiatrické sanatorium Česká Lípa – ordinace dětského psychiatra

adresa: Ronovská 846, Česká Lípa
právní forma: soukromá ordinace odborného lékaře
telefon: 487 877 646
Informace poskytla MUDr. Marcela Kajlíková – dětský psychiatr.

Tato ordinace je jediným zařízením v České Lípě poskytujícím psychiatrickou zdravotní péči pro dětské pacienty, a to na 0,8 úvazku. Zbylou část úvazku tvoří zletilí pacienti, kteří docházejí do ordinace na psychoterapii. Jedná se vlastně o původně mladistvé pacienty, kteří zůstali po dovršení zletilosti v péči stejného lékaře a docházejí tak do stejné ordinace.

Dětští pacienti s „čistou“ diagnózou ADHD (bez další diagnózy) tvoří cca 60 % z celkového počtu pacientů. Další skupinu tvoří dg. ADHD + retardace a ADHD +

poruchy chování. V 70 % případů s dg. ADHD se jedná o chlapce, ve 30 % o dívky. Pacienti s touto dg. jsou ve věku 4,5 – 12 let. Častá je komorbidita, jde především o poruchy chování, tikovou poruchu a obsedantně kompulsivní poruchu.

Zdravotní péče dětského psychiatra zahrnuje diagnostiku dle MKN-10, dotazník, pozorování, rozhovor s dítětem a rodiči, osobní a rodinnou anamnézu, využití arteterapie a doplnění o psychologické či neurologické vyšetření. Dále medikamentózní léčbu s využitím stimulancií (hlavně Ritalinu) či antidepresiv (např. Stratera). Pro dospělé pacienty je určena individuální psychoterapie.

Návaznost na další péči: doporučení do PPP a v případě potřeby na dětskou neurologii, logopedii či klinickou psychologii.

4. Základní škola a Mateřská škola Klíč s .r.o.

adresa: Klášterní 2490, P.O.BOX 25, Česká Lípa

právní forma: společnost s ručením omezením

zřizovatel: soukromá osoba

telefon: 487 521 560, e-mail: zs@skolaklic.cz, http://www.skolaklic.cz/

Zřizovatelkou soukromé Základní a mateřské školy Klíč s.r.o. je ředitelka školy. Škola byla zařazena do sítě škol k 1.9.1993. Sdružuje základní školu pro děti se specifickými poruchami učení a chování, speciální mateřskou školu pro děti zdravotně oslabené a se sníženou psychosociální adaptací, školní družinu a školní jídelnu. Škola sídlí ve dvou budovách - první stupeň ZŠ, mateřská škola, školní družina a školní jídelna sídlí v Klášterní ul. 2490, druhý stupeň ZŠ je vyučován v budově v Bendlově ul. 1969 asi 15 minut vzdálené. Škola vyučuje podle vzdělávacího programu Základní škola č.j. 16847/96-2 a v 1. a 6. ročníku dle vlastního školního vzdělávacího programu a nabízí žákům vstřícné a podnětné prostředí, moderní metody vyučování, bezpečné klima a tempo respektující individualitu a všestranný rozvoj dítěte. Škola se účastní projektu „Praktická podpora základních škol“ a projektu „Projektovou výukou k mediální výchově“. Škola slouží jako vzorové pracoviště pro studenty PF UK v Praze a studenty DAMU Praha. Je zapojena do programu „Tvořivá škola“ a „Dokážu

to?“ MŠMT ČR. V listopadu 2006 vysílala Česká televize pořad o tvořivém vyučování na škole v programu „Rodina a škola“.

Ve školním roce 2007/08 pracuje v ZŠ devět ročníků s naplněností 141 žák a jedna třída MŠ s počtem 18 dětí. Na škole vyučuje celkem 20 pedagogických pracovníků a 2 vychovatelé. Činnost školy je financována z více zdrojů – vlastního rozpočtu, dotací a projektů.

Základní ideou školy je celková humanizace kultivace dítěte, otevření potencí, které v dítěti jsou. V moderním pojetí vzdělávání jsou na prvním místě postoje a hodnoty, na druhém dovednosti a potom teprve vědomosti. Škola by měla být chápána jako systém služby dítěti a základem vyučování a veškeré výchovy by měl být partnerský a komunikativní přístup. Vychovávat v duchu filozofie „Dívej se dobře na svět, rozuměj mu a ber si za něj zodpovědnost“.

Cílem výuky a výchovy na škole je: 1. Pomoci žákům, aby rozvíjeli živou, pátravou mysl, schopnost klást otázky a rozumně argumentovat. 2. Pomáhat žákům, aby získali pochopení, vědomosti a dovednosti potřebné pro život v dospělosti a pro zaměstnání v rychle se měnícím světě. 3. Pomoci žákům, aby uměli efektivně využívat jazyk a číslo. 4. Pomoci žákům rozvíjet osobní morální hodnoty, toleranci k rasám, náboženstvím a různým způsobům života. 5. Pomoci žákům, aby pochopili svět, ve kterém žijí, a vzájemnou závislost jednotlivců, skupin a národů. 6. Pomoci žákům oceňovat lidské výdobytky a aspirace.

Škola dětem nabízí: výuku v kolektivu cca 15 dětí ve třídě, vlastní vzdělávací program, práci žáků v centrech aktivit, činností učení, portfolia žáka, anglický jazyk a předmět Informatika od 1. třídy, širokou škálu kroužků, aby děti mohly trávit svůj volný čas dle svých zájmů, protidrogový program školy, logopedickou nápravu, družinu, školy v přírodě, letní tábory, pitný režim po celý den. Dále dvě počítačové učebny, dvě interaktivní tabule, moderní výškově nastavitelný školní nábytek, koberce ve třídách, čističky a zvlhčovače vzduchu, klavíry či varhany, TV s videi, hudební věže a magnetofony. Na této škole je vzdělání hrazeno formou školného.

Škola spolupracuje s pedagogicko-psychologickými poradnami, speciálně pedagogickými centry a Dys-centrem Litoměřice **(49)**.

5. Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy

adresa: Konopeova 814 , Česká Lípa

právní forma: příspěvková organizace

zřizovatel: Liberecký kraj

telefon: 487 853 203, e-mail: poradnacl@centrum.cz, http://www.csslk.cz/

Informace poskytla Mgr. Alena Zemanová – vedoucí poradny.

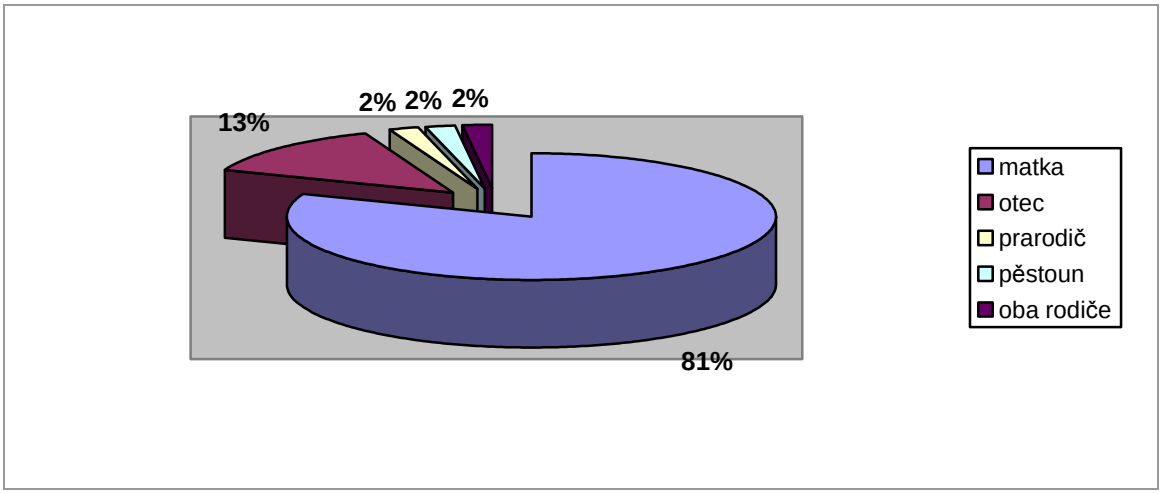
Organizace byla původně pod názvem Okresní ústav sociálních služeb dle zřizovací listiny z r. 1975. V souvislosti se zánikem okresních úřadů k 31.12.2002 se začlenila pod Krajský úřad v Liberci a od r. 2003 funguje pod názvem Poradna pro rodinu a mezilidské vztahy jako odborné pracoviště spadající do sítě zařízení Centra intervenčních a psychosociálních služeb Libereckého kraje (CSSLK, p.o). Organizace a poskytování služeb je v souladu se zák. č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Poradna se nachází při vjezdu do autobusového nádraží v České Lípě ve žluté rohové budově s věžičkou. Návštěvní hodiny jsou od pondělí do pátku a objednat se lze osobně či telefonicky. Služby jsou bezplatné a mohou mít anonymní charakter. Informace jsou důvěrné, místo bydliště není rozhodující, není třeba žádného doporučení a přijít může kdokoliv, i když se jedná o problém rodinný či partnerský.

Poradna nabízí odbornou pomoc a lidskou účast v obtížných životních situacích. Je možné se obracet s problémy v rodinných, partnerských a dalších mezilidských vztazích jako jsou rodičovská bezradnost při výchově dětí, násilí v rodině, soužití více generací, odcizení ve vztahu, žárlivost, nevěra, vyrovnání se se ztrátou blízké osoby, rozchod, rozvod, porozvodové uspořádání rodinných záležitostí, problémy ve vztazích na pracovišti, volba životního partnera, problémy se seznamováním, nízké sebevědomí, nejistota apod. Poradna nabízí psychologické poradenství a terapii, krizovou intervenci, sociálně právní poradenství, relaxační cvičení a skupinové formy práce. Odbornou péči zajišťují manželský a rodinný poradce, rodinný terapeut, psychologové, etoped a sociální pracovnice. Poradna má v současné době v databázi 4 případy týkající se problematiky ADHD, jedná se o klienty – chlapce ve věkovém rozmezí 8 – 12 let. V těchto případech poskytuje především výchovné poradenství rodičům těmto dětí a pracuje s celou rodinou v rámci rodinné terapie **(48)**.

4.5 Soubor 2 – výsledky z dotazníkového šetření

Získaná data byla zpracována pro lepší přehlednost graficky, výsledky jsou uvedeny v % i absolutních číslech.

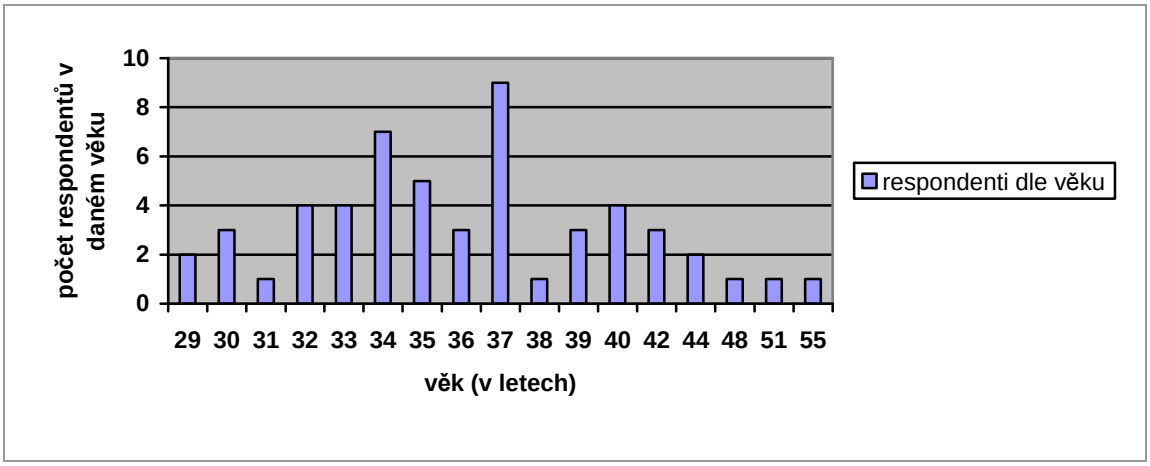
Graf 1: Identifikace respondenta podle vztahu k dítěti



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 1 je zřejmé, že ze 100 % respondentů (52) dotazník vyplňovali v 81 % matky (42), ve 13 % otcové (7), ve 2 % prarodiče (1), ve 2 % pěstouni (1) a ve 2 % oba rodiče dohromady (1).

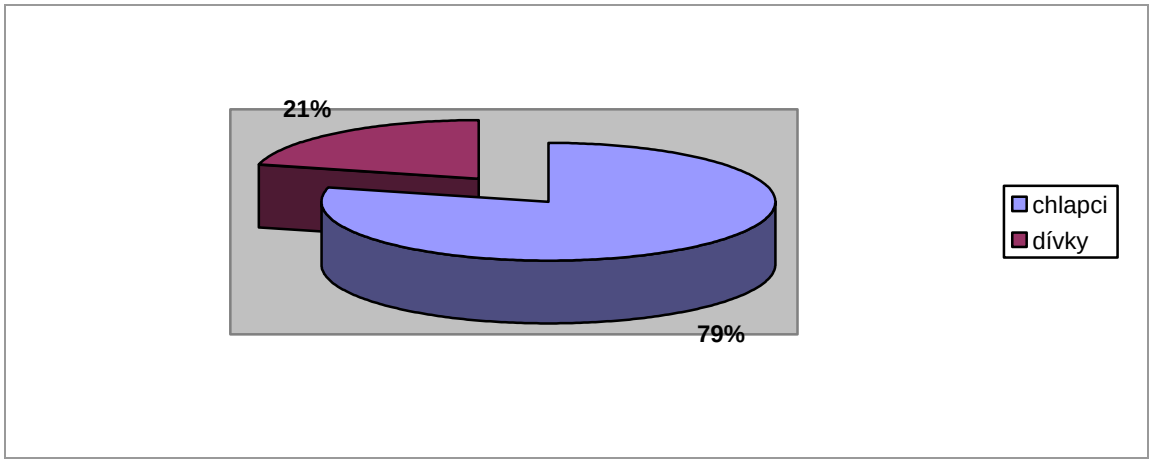
Graf 2: Identifikace respondenta podle věku



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 ukazuje věkové rozložení respondentů. Největší zastoupení bylo pro věk 37 let - 17 % (9 respondentů), dále věk 34 let – 13 % (7 respondentů) a věk 35 let – 10 % (5 respondentů). Průměrný věk respondentů činil 38 let, věkové rozmezí od 29 let do 55 let.

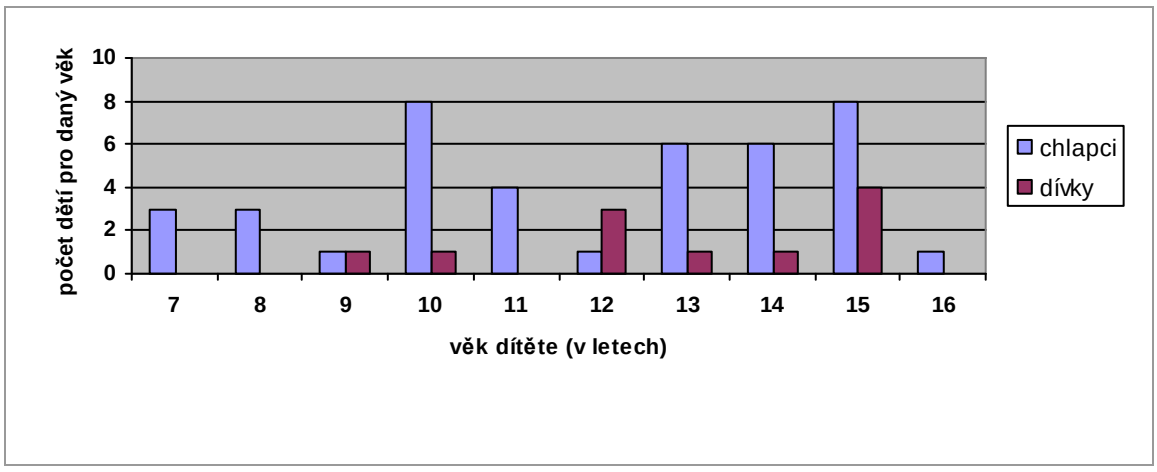
Graf 3: Struktura souboru podle pohlaví dítěte s dg. ADHD (otázka č. 1)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 znázorňuje rozlišení dětí s dg. ADHD podle pohlaví. Z otázky č. 1 tedy vyplynulo, že z celkem 52 dětí (100 %) se jednalo o 79 % chlapců (41) a 21 % dívek (11). Poměr chlapců a dívek byl 4 : 1.

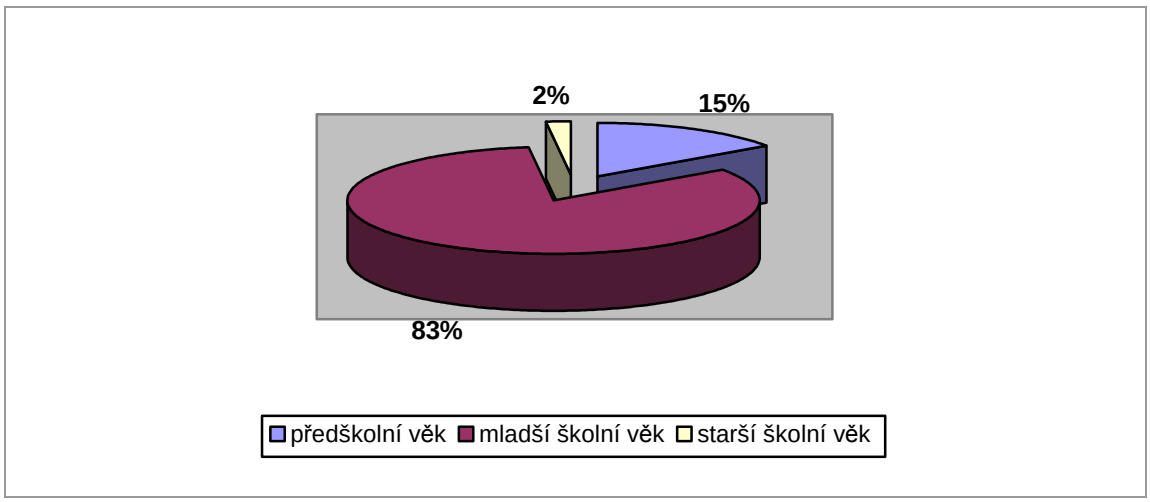
Graf 4: Struktura souboru podle věku dítěte s dg. ADHD (otázka č. 2)



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu 4 je zachyceno rozlišení dětí s dg. ADHD podle věku. Z otázky č. 2 vyplynulo, že celkový průměrný věk dětí byl 12,3 let (tj. 12 let + 3 měsíce). Z toho průměrný věk chlapců činil 11,9 let (tj. 11 let + 11 měsíců) a u dívek 13,5 let (tj. 13 let + 6 měsíců). Nejmladší dívce bylo 9 let + 10 měsíců a nejstarší 15 let + 11 měsíců. Nejmladší chlapce byl ve věku 7 let + 7 měsíců a nejstarší 16 let + 4 měsíce.

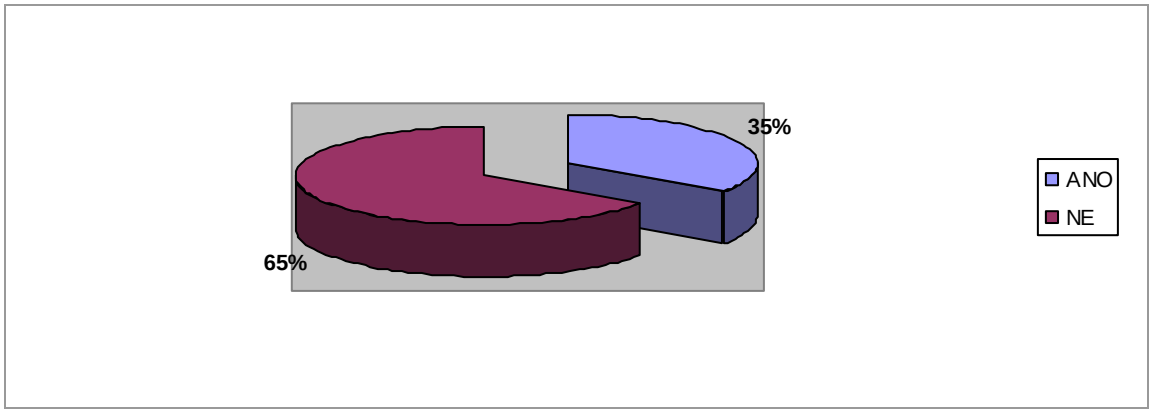
Graf 5: <u>Věk stanovení dg. ADHD (otázka č. 3)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 3 (graf 5), v kolika letech byla u dítěte diagnostikována porucha ADHD, odpověděli respondenti, že diagnóza byla stanovena v předškolním věku, tj. 3-6/7 letech v 8 případech (15 %), v mladším školním věku, tj. 6/7-11 letech u 43 dětí (83 %) a ve starším školním věku, tj. 11-14 letech v 1 případě (2 %). Celkem z 52.

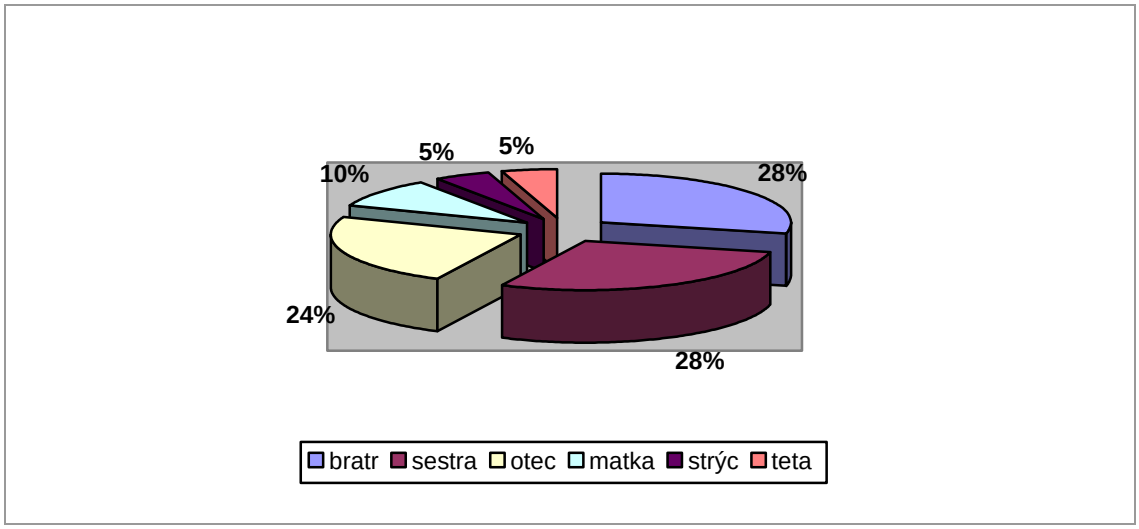
Graf 6a: <u>Genetická zátěž v rodině (otázka č. 4)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6a znázorňuje rodinnou genetickou dispozici. Na otázku, zda se dg. ADHD vyskytla u dalšího člena rodiny, odpovědělo ze 100 % (52) respondentů, že v 35 % (18 případech) ano a v 65 % (34 případech), že ne.

Graf 6b: <u>Struktura členů rodiny s dg. ADHD ve vztahu k dítěti s ADHD (otázka č. 4)</u>

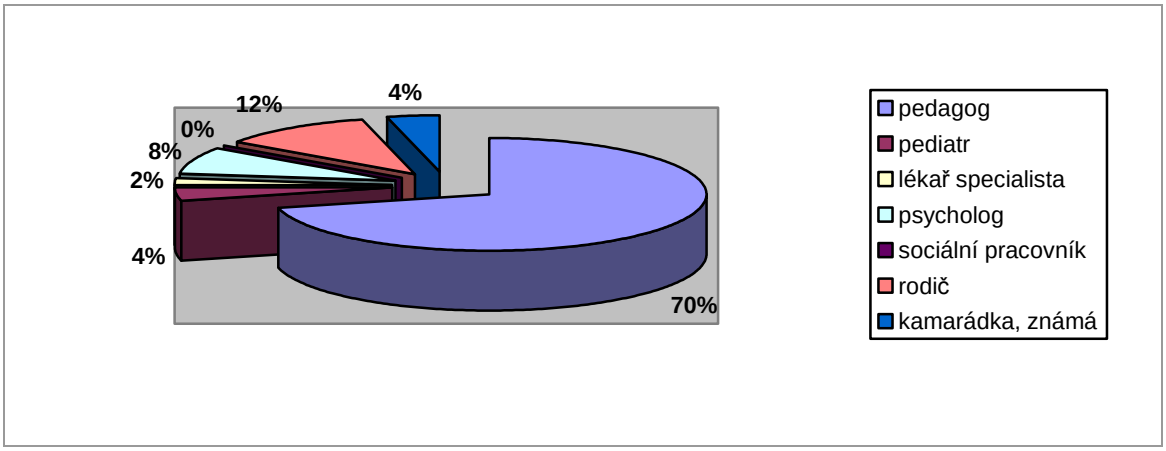


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 4 dále sledovala, u kterých členů rodiny konkrétně se dg. ADHD vyskytla současně. Ze 100 % (18) odpovědí ANO bylo uvedeno, že stejná diagnóza byla v rodině zjištěna zároveň ve 28 % (6) u bratra dítěte s ADHD, dále ve 28 % (6) u jeho

sestry, ve 24 % (5) u otce, v 10 % (2) u matky a po 5 % (1) u strýce či tety. Ve třech případech odpovědí ANO se dg. ADHD vyskytla současně ještě u dvou dalších členů rodiny (otec a sestra, otec a bratr, sestra a strýc). Vše znázorňuje graf 6b.

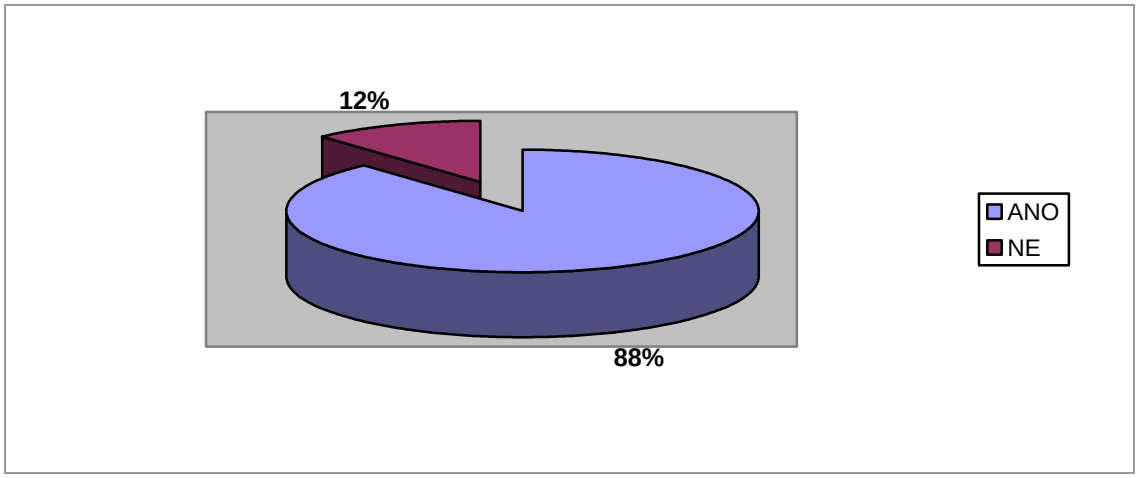
Graf 7: <u>Kdo jako první upozornil na problém dítěte (otázka č. 5)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Otázkou č. 5 bylo zjišťováno, kdo jako první upozornil na skutečnost, že by dítě mohlo mít ADHD. Graf 7 ukazuje výčet kategorií, kde v 70 % (37) upozornil rodinu na možný problém dítěte pedagog MŠ či ZŠ, ve 4 % (2) dětský lékař, ve 2 % (1) odborný lékař – konkrétně neurolog, dále v 8 % (4) psycholog, ve 12 % (6) rodič sám a ve 4 % (2) kamarádka či známá rodičů. Kategorii pracovník sociálních služeb nevyplnil ani jeden z respondentů, tedy 0 %.

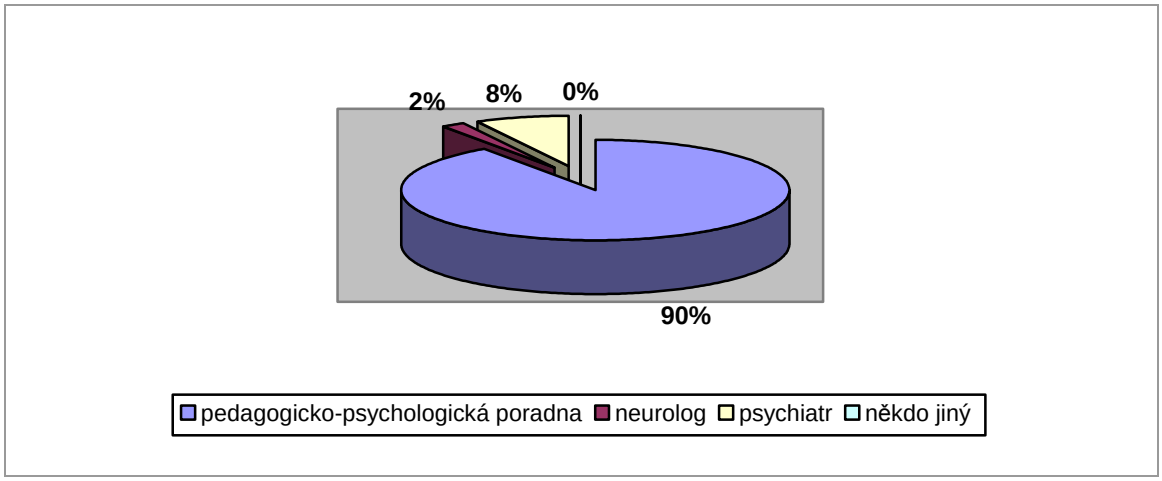
Graf 8: Byla rodina informována o tom, kam se má obrátit o pomoc? (otázka č. 6)



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6 bezprostředně navazuje na otázku č. 5, tedy byla-li rodina s upozorněním na možnou dg. ADHD u dítěte zároveň informována o tom, kam se má obrátit o radu či pomoc. Z grafu 8 vyplývá, že ze 100 % (52) rodin bylo poskytnuto doporučení na příslušného odborníka v 88 % (46), ve 12 % (6) nikoliv.

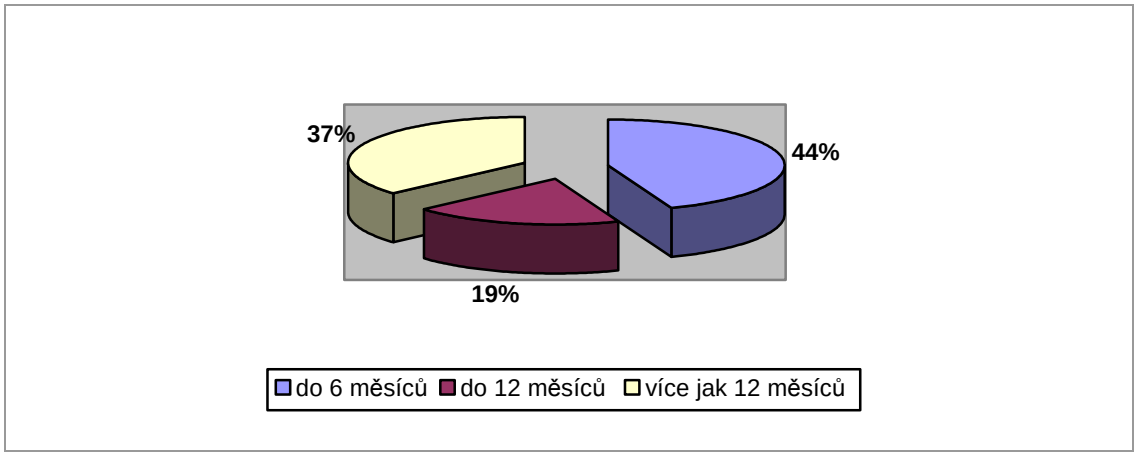
Graf 9: Stanovení diagnózy ADHD (otázka č. 7)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 znázorňuje, kdo u dítěte definitivně stanovil dg. ADHD. V otázce č. 7 respondenti uvedli, že v 90 % (47) ADHD diagnostikovala pedagogicko-psychologická poradna, v 8 % (4) dětský psychiatr a ve 2 % (1) dětský neurolog. Kategorie „jiné“ vyplněna nebyla.

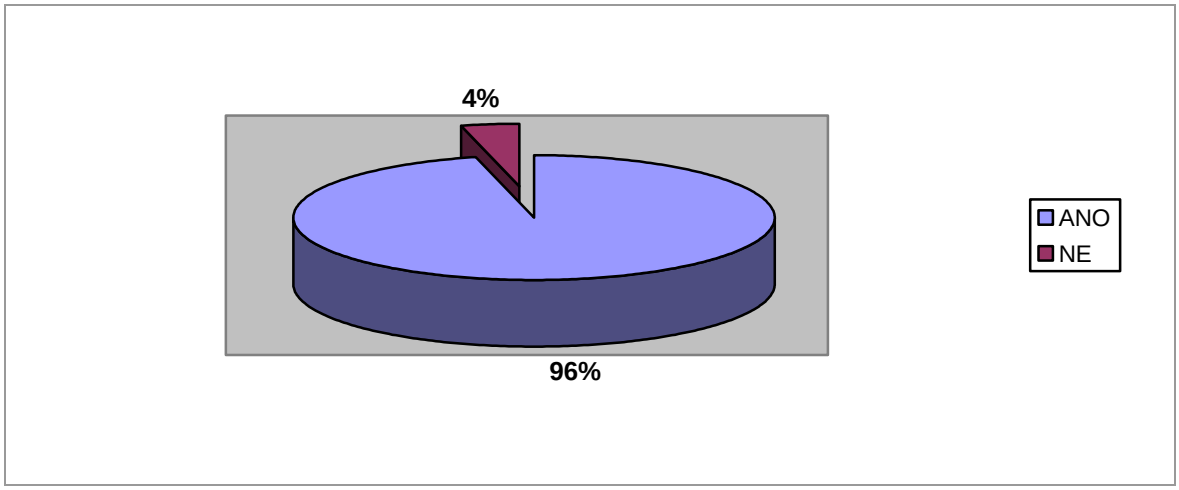
Graf 10: <u>Doba, která uplynula od 1. příznaků po stanovení dg. ADHD (otázka č. 8)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 10 je patrné, že ze 100 % (52) byla u dítěte stanovena dg. ADHD od prvních projevů v době do půl roku ve 44 % (23), v 19 % (10) došlo k diagnostice do 1 roku a u 37 % případů (19) uplynulo více jak 12 měsíců.

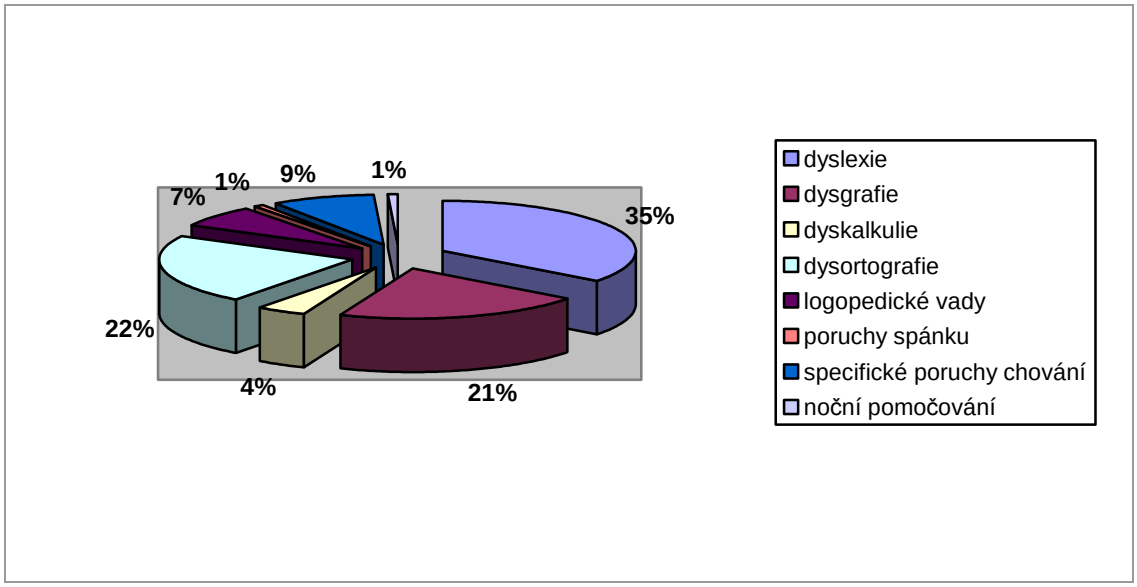
Graf 11a: <u>Výskyt přidružených potíží k ADHD (otázka č. 9)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 9 zjišťovala, zda byly u dítěte s dg. ADHD diagnostikovány nějaké další vývojové a psychické potíže. Graf 11a ukazuje, že 96 % (50) dětí s ADHD má ještě nějaké další potíže, pouhá 4 % (2) žádné přidružené příznaky neuvedla.

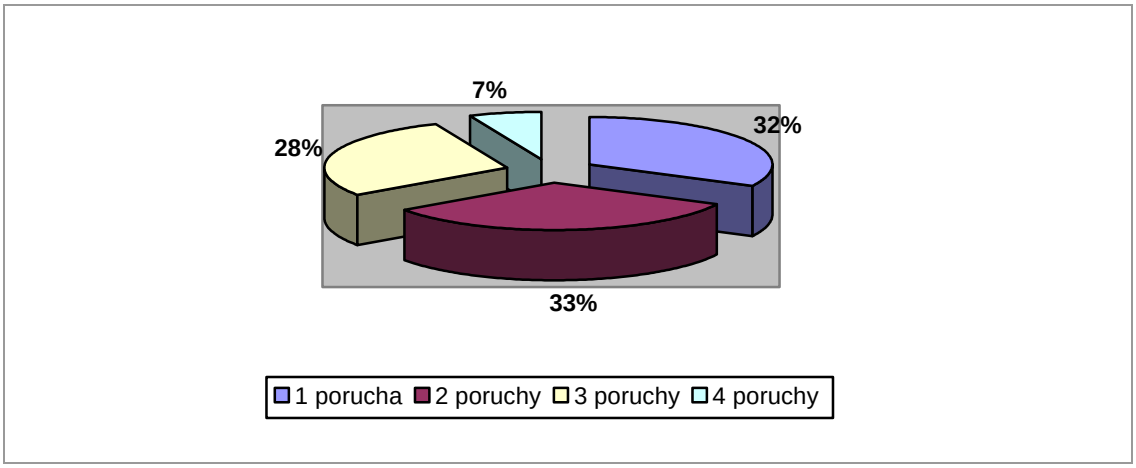
Graf 11b: <u>Kategorie potíží přidružených k ADHD (otázka č. 9)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 9 dále zjišťovala, jaké konkrétní potíže má dítě k dg. ADHD přidruženy. Graf 11b vyjmenovává tyto kategorie, které se vyskytly u dětí s ADHD: dyslexie v 35 % (41), dysgrafie ve 21 % (24), dyskalkulie ve 4 % (5), dysortografie ve 22 % (26), logopedické obtíže v 7 % (8), specifické poruchy chování v 9 % (10) a po 1 % poruchy spánku (1) a noční pomočování (1).

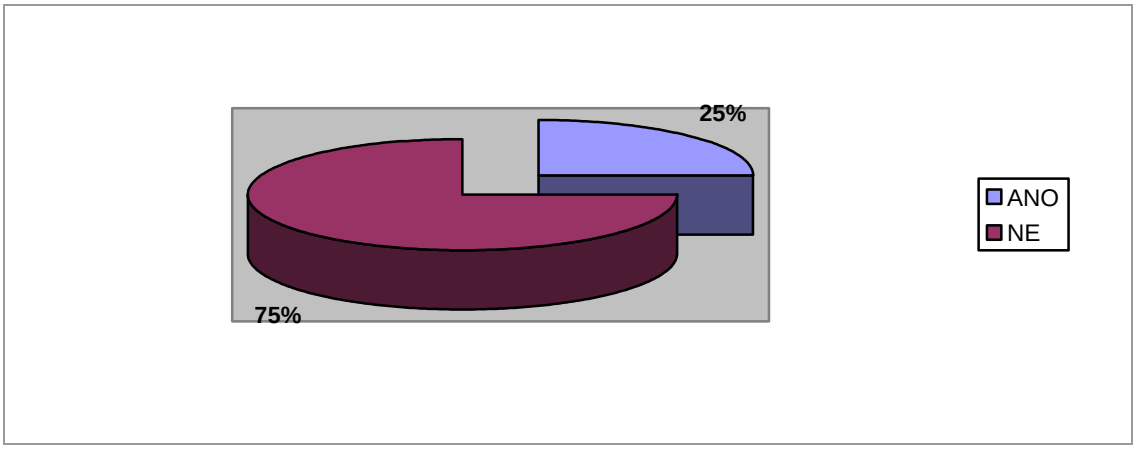
Graf 11c: Výskyt více SPU současně (otázka č. 9)



Zdroj: vlastní výzkum

Z otázky č. 9 u odpovědí ANO bylo také možné zjistit, jaký je výskyt většího počtu specifických poruch učení současně u jednoho dítěte s dg. ADHD. Z celkového počtu 46 dětí, které mají k ADHD přidružené i specifické poruchy učení, jich 15 trpí jednou SPU, 15 dětí dvěmi SPU, 13 dětí třemi SPU a 3 děti mají 4 SPU současně.

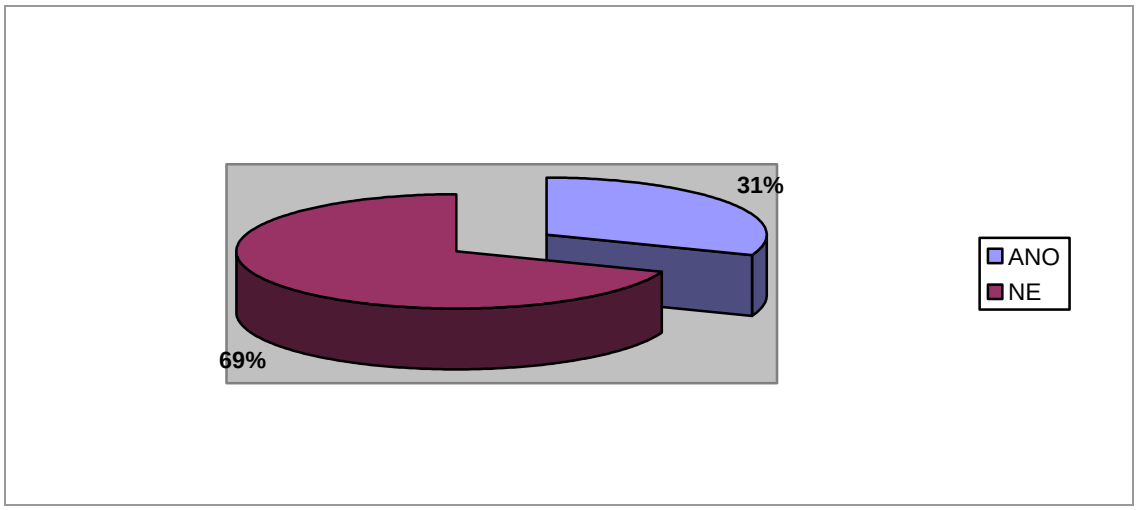
Graf 12: Medikace dítěte s ADHD v minulosti (otázka č. 10)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 12 vyplývá, že z celkového počtu 52 dětí (100 %) jich v minulosti užívalo léky k léčbě ADHD 25 % (13), 75 % (39) medikováno nebylo.

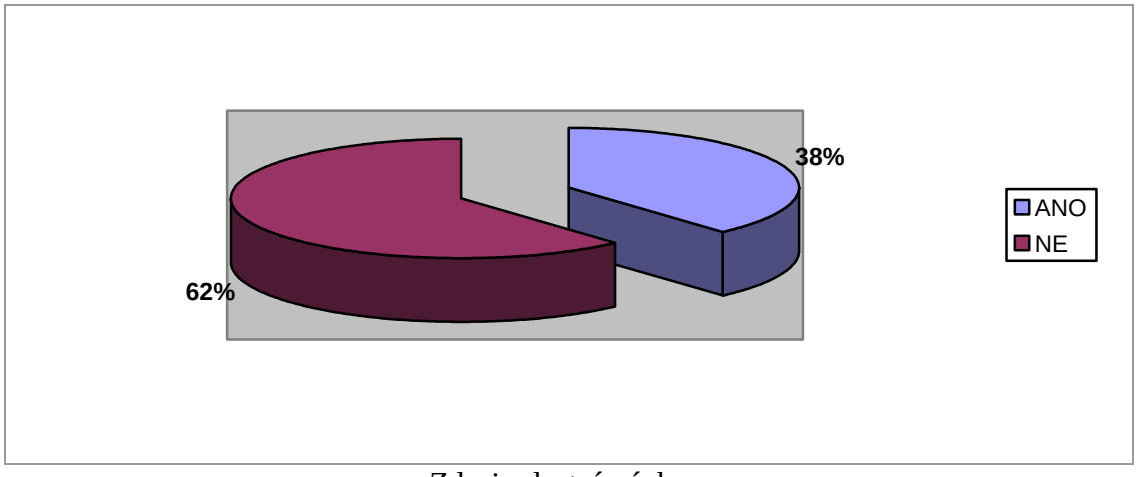
Graf 13: <u>Medikace dítěte s ADHD v současnosti (otázka č. 11)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13 vypovídá o skutečnosti, že v současné době je medikováno léky na léčbu ADHD 31 % dětí (16) z 52 (100 %). Zbylých 69 % (36) léky nyní neužívá.

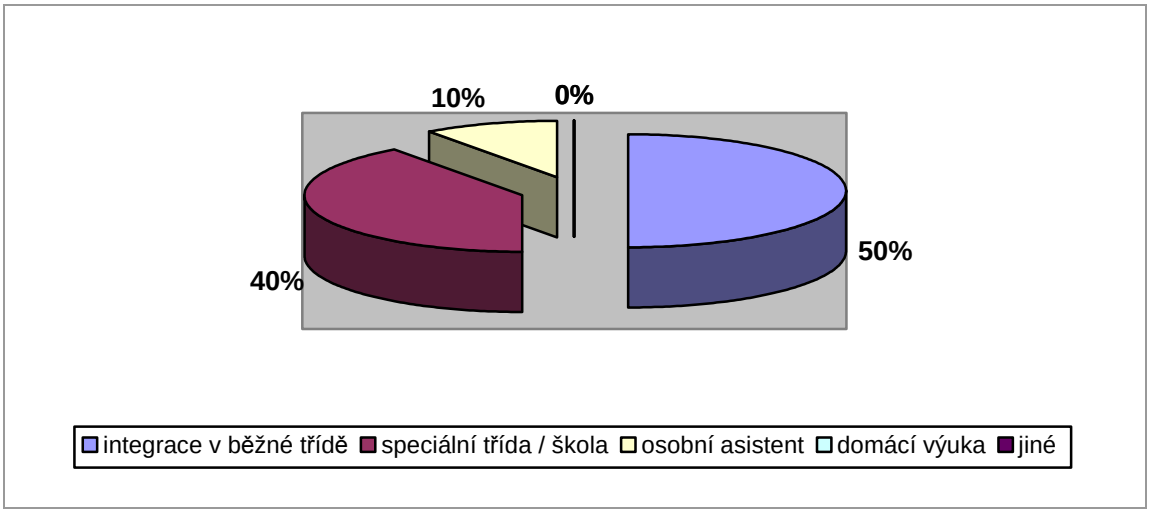
Graf 14a: <u>Odlišný režim dítěte ve škole v souvislosti s ADHD (otázka č. 12)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 12 bylo mapováno, zda má dítě v souvislosti s dg. ADHD odlišný režim při vzdělávání. U 20 žáků (38 %) z 52 (100 %) je ve škole přihlédnuto k potížím, které dítě má.

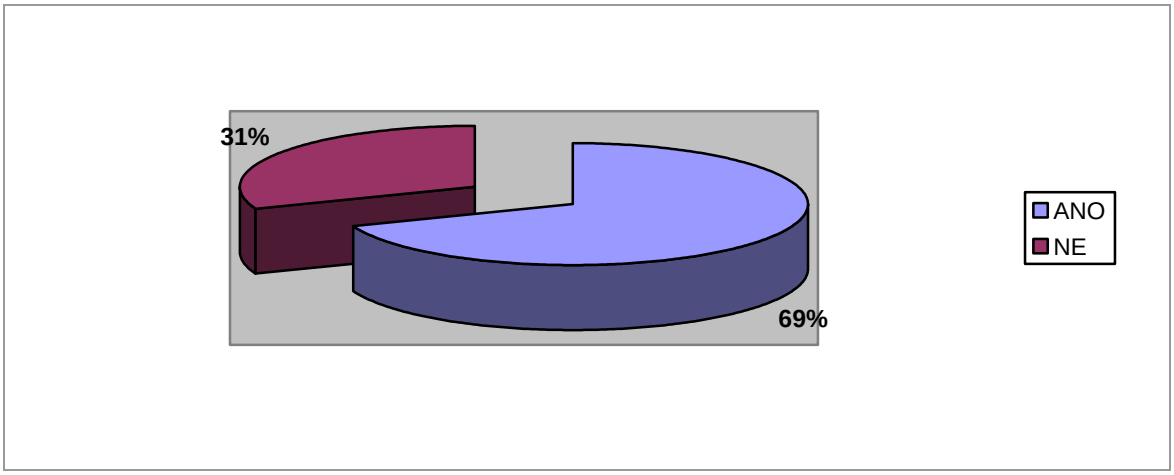
Graf 14b: <u>Možnosti odlišného režimu ve škole (otázka č. 12)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

U odpovědí ANO v otázce č. 12 bylo respondenty uvedeno, že z 20 žáků (100 %) jich je 50 % (10) integrovaných v rámci běžné třídy, dále 40 % (8) zařazeno do speciální třídy či školy a 2 žáci (10 %) mají přiděleného osobního asistenta. Domácí výuka ani jiné další odlišnosti v rámci vzdělávání žáků s ADHD zjištěny nebyly.

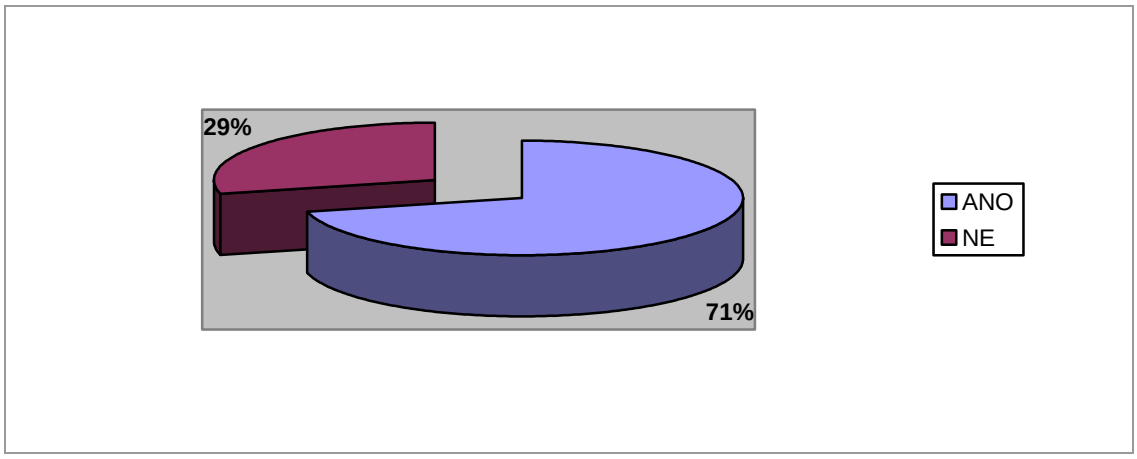
Graf 15: <u>Informovanost rodičů o možnostech integrace dítěte (otázka č. 13)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 13 byli respondenti tázáni na skutečnost, zda byli dostatečně informováni o možných formách integrace dítěte v rámci vzdělávacího systému na ZŠ. 69 % (36) jich uvedlo, že byli informováni dostatečně, 31 % (16) nikoliv.

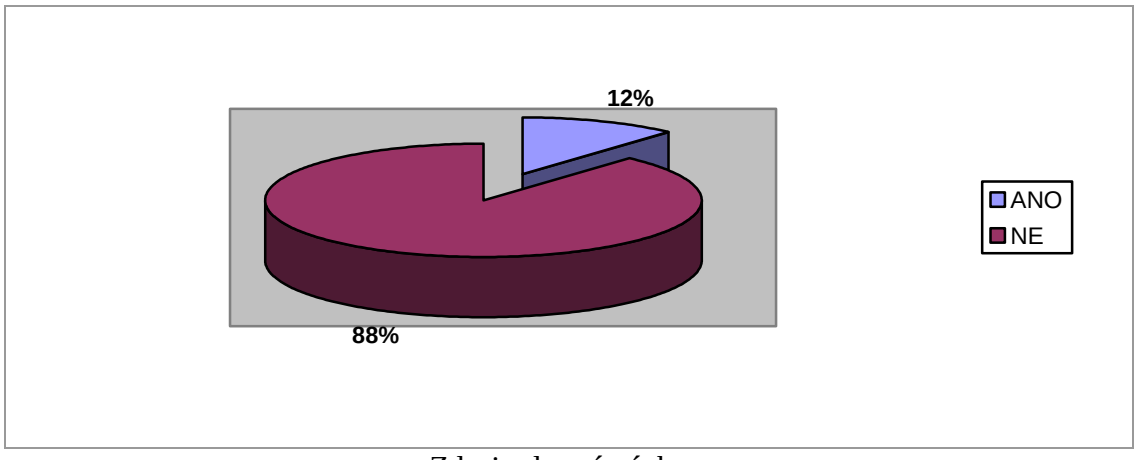
Graf 16: <u>Dostatečnost podpory dítěte ze strany školy při vzdělávání (otázka č. 14)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 14 se zabývala tím, zda-li rodiče považují současnou formu podpory ve vzdělávání jejich dítěte vzhledem k jeho potřebám za dostačující. 71 % (37) z 52 (100 %) uvedlo, že ano, 29 % (15) je opačného názoru.

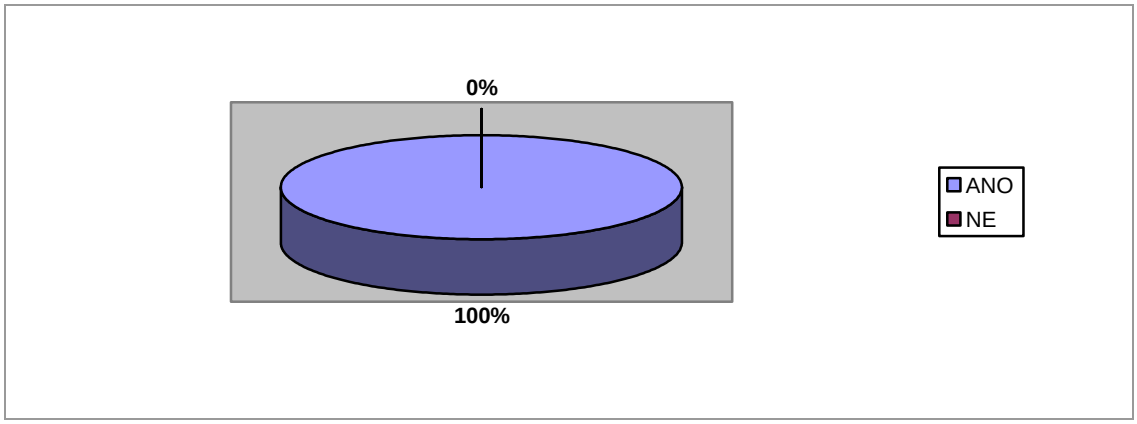
Graf 17a: <u>Docházka dítěte s ADHD do školní družiny (otázka č. 15)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Otázkou č. 15 bylo zjišťováno, zda dítě navštěvuje školní družinu. Jak znázorňuje graf 17a, z 52 žáků (100 %) chodí do školní družiny pouhých 12 % (6), zbylých 88 % (46) družinu nenavštěvuje.

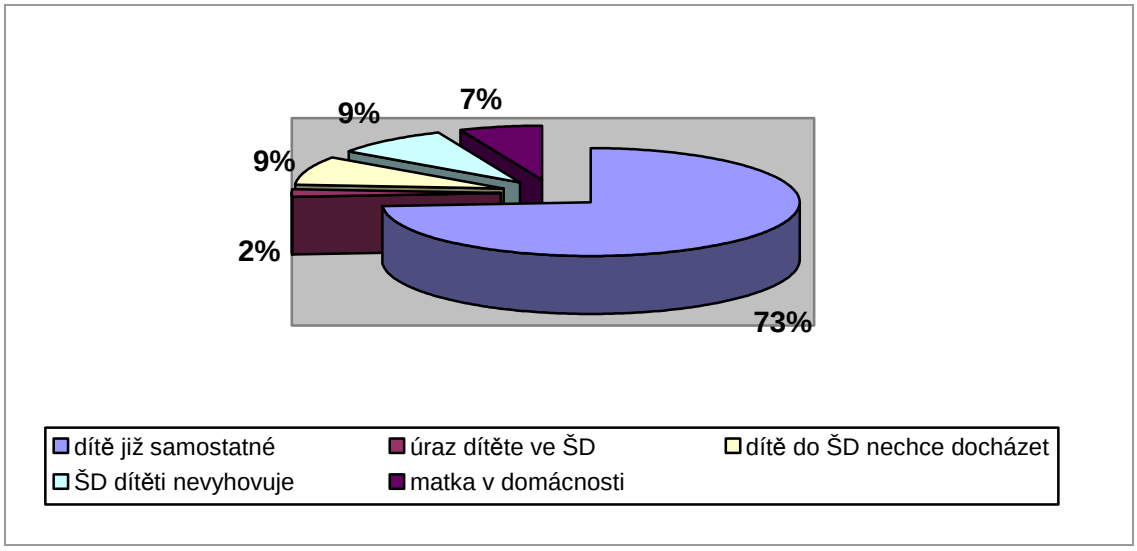
Graf 17b: <u>Spokojenost se školní družinou (otázka č. 15)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17b se vztahuje k odpovědi ANO na otázku č. 15 a vypovídá o tom, že rodiče všech dětí 100 % (6) z 6 (100 %), které školní družinu navštěvují, jsou se službami spokojeni. Žádný z respondentů nespokojen nebyl.

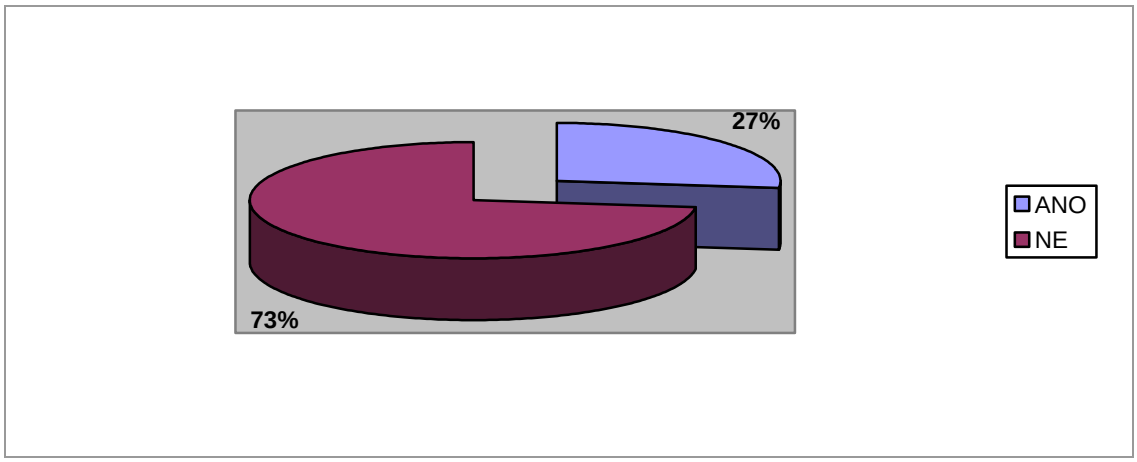
Graf 17c: <u>Důvody, proč dítě s ADHD nenavštěvuje školní družinu (otázka č. 15)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

U respondentů, kteří v otázce č. 15 odpověděli, že jejich dítě školní družinu nenavštěvuje, byly zjišťovány důvody proč. Z grafu 17c je zřejmé, že největším důvodem byly vyšší věk a samostatnost dítěte – 73 % (34), dále skutečnost, že dítěti docházka do ŠD neprospívá – 9 % (4), dítě nechce ŠD navštěvovat – též 9 % (4), dalším důvodem byla skutečnost, že je matka v domácnosti - 7 % (3) a v 1 případě bylo důvodem ukončení docházky úraz dítěte ve školní družině (2 %).

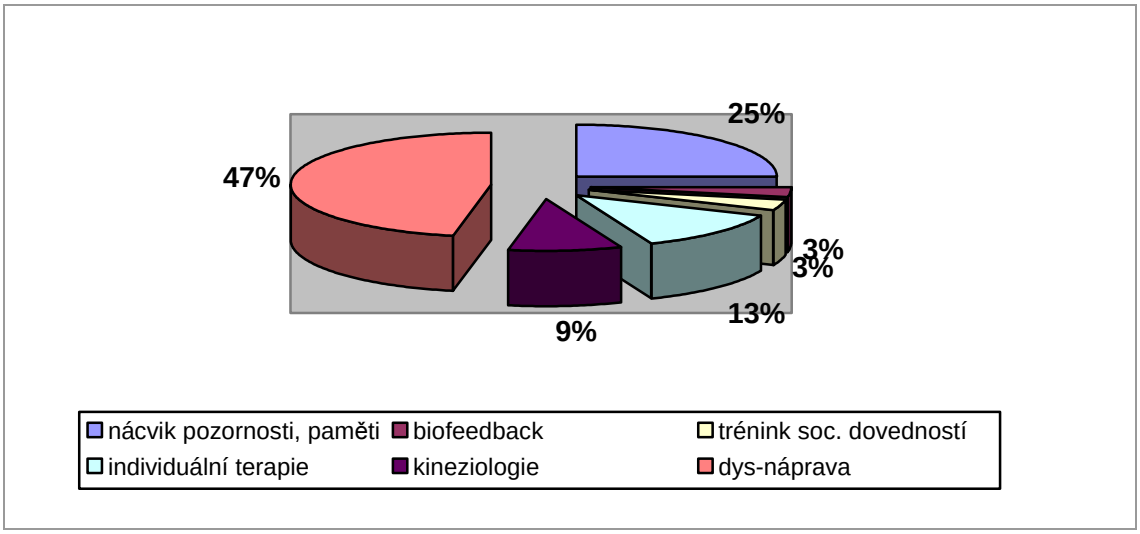
Graf 18: <u>Absolvování nápravných programů v minulosti (otázka č. 16)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku č. 16, ve které bylo zjišťováno, zda dítě již někdy absolvovalo nějaké nápravné programy na odstranění nežádoucích projevů ADHD. Z 52 (100 %) respondentů odpovědělo, že 27 % (14) nápravný program absolvovalo, 73 % (38) nikoliv.

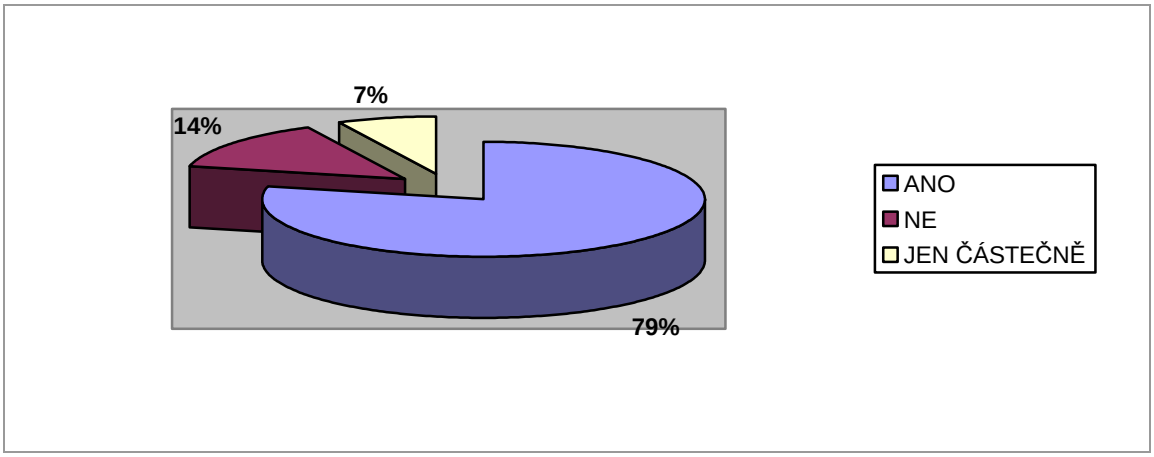
Graf 19: Struktura absolvovaných nápravných programů (otázka č. 17)



Zdroj: vlastní výzkum

14 respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že jejich dítě v minulosti absolvovalo nějaký nápravný program, v otázce č. 17 konkretizovalo, o jaké nápravné programy se jednalo. Graf 19 ukazuje, že ve 47 % děti navštěvovaly dyslektickou nápravu, v 25 % nácvik pozornosti a paměti jako např. KUPOZ, ve 13 % šlo o individuální terapii, v 9 % o kineziologii a po 3 % získaly biofeedback a trénink sociálních dovedností. Některé děti v minulosti absolvovaly i více nápravných programů současně.

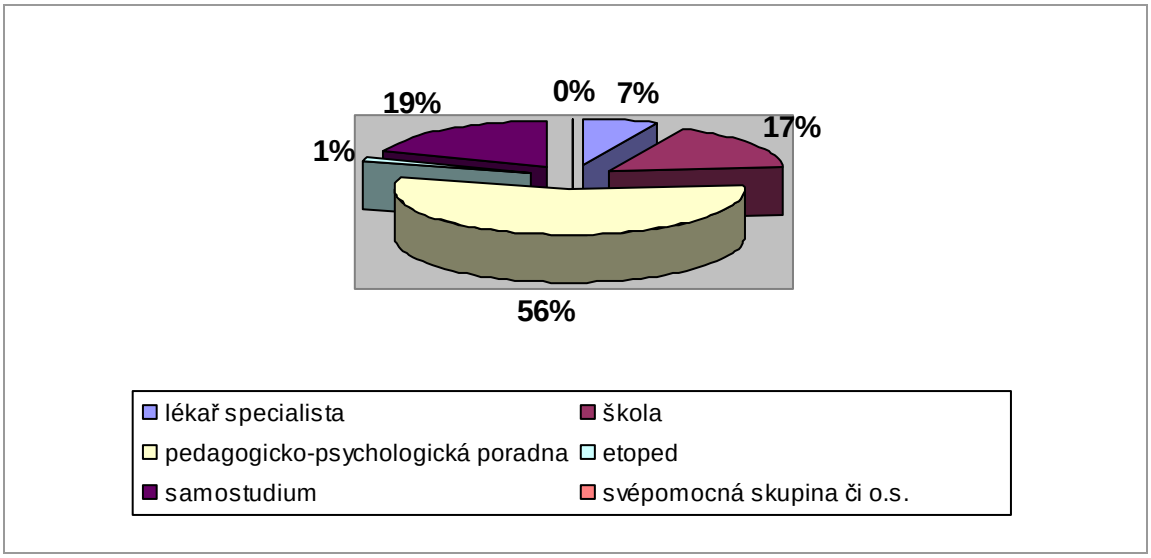
Graf 20: Spokojenost s výsledky absolvovaných nápravných programů (otázka č. 18)



Zdroj: vlastní výzkum

14 respondentů dále uvedlo, že ze 79 % byli s výsledky nápravných programů, které jejich dítě absolvovalo, spokojeni, 14 % jich bylo nespokojeno a 7 % spokojeno jen částečně. Důvodem nespokojenosti s výsledky programů byla jejich nedostupnost a finanční nákladnost.

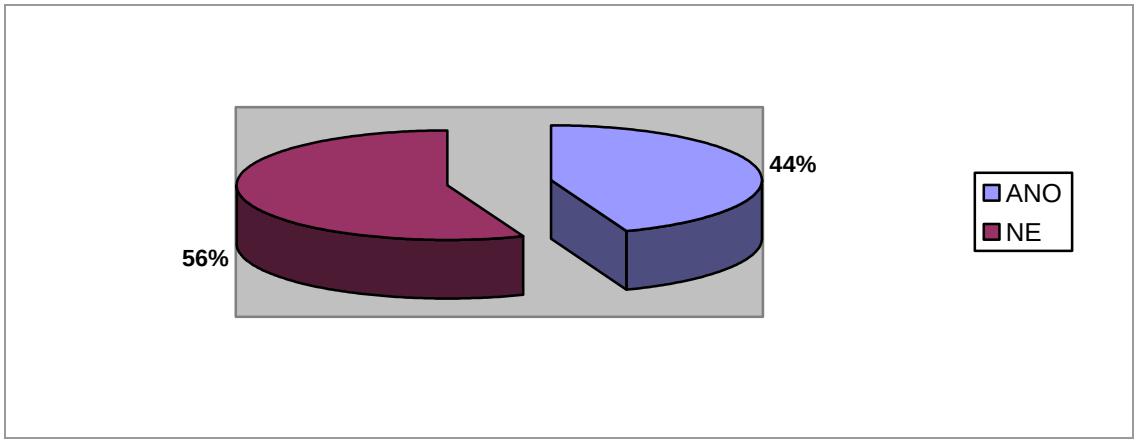
Graf 21: <u>Nejčastější zdroj získávání informací k problematice ADHD (otázka č. 19)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 19 byli respondenti dotazováni, kde nejčastěji získávají informace související s problematikou ADHD a výchovou dítěte. Jak znázorňuje graf 21, nejčastějším zdrojem byla pedagogicko-psychologická poradna – v 56 %, dále pak samostudium – 19 %, v 17 % škola, odborný lékař jako neurolog a psycholog v 7 % a v 1 % etoped. Občanské sdružení či svépomocná skupina 0 %.

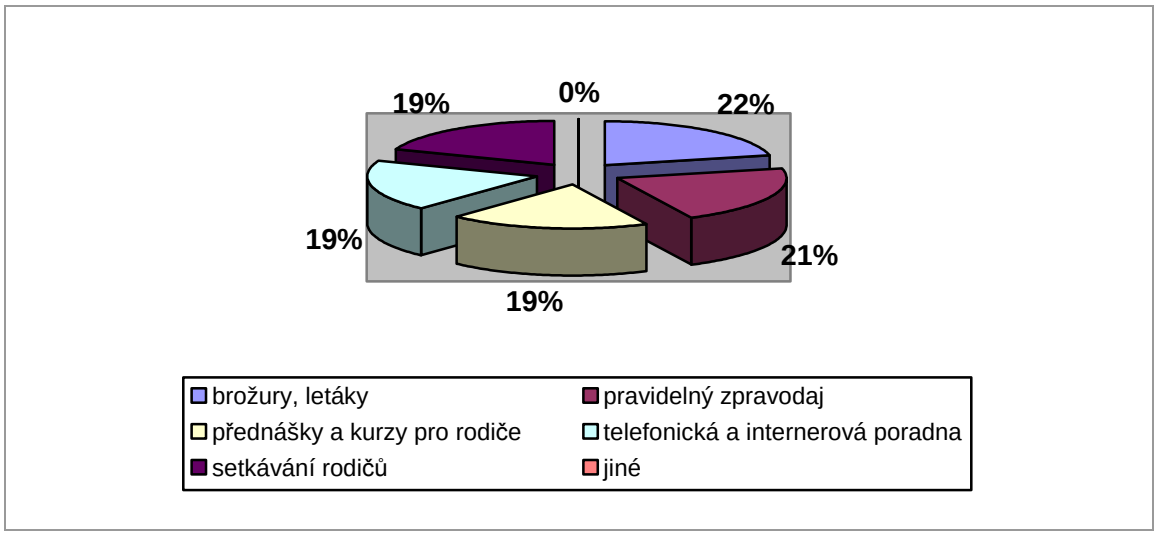
Graf 22: Dostačující informovanost rodičů o problematice ADHD (otázka č. 20)



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 20 zjišťovala, zda mají respondenti v současné době dostatečné informace týkají se problematiky ADHD. Z grafu 22 vyplývá, že 44 % (23) respondentů má informace dostačující a 56 % (29) se domnívá, že nikoliv.

Graf 23: Nejvíce potřebná forma pomoci vzdělávání a osvěty (otázka č. 21)

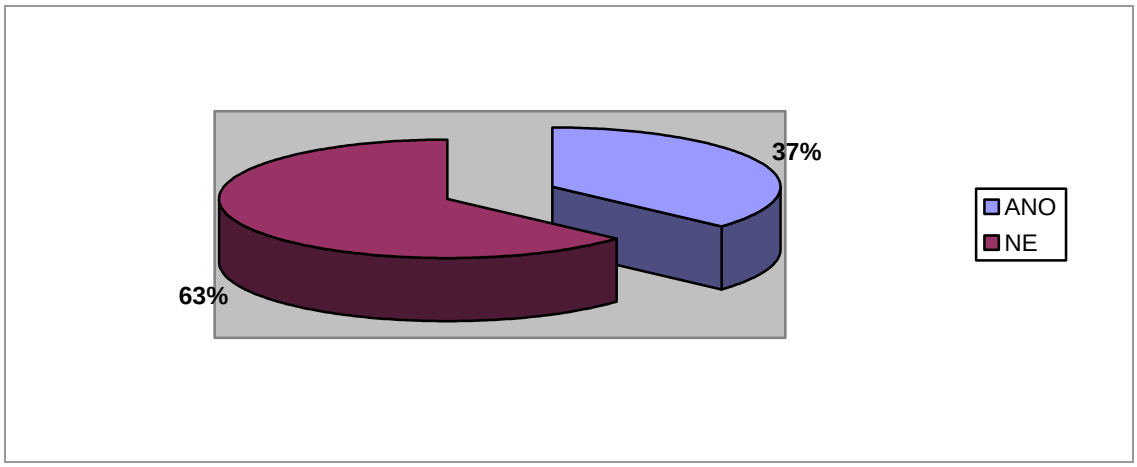


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 21 odpovídali respondenti, kteří se v předchozí otázce č. 20 domnívali, že nemají dostačující informace o problematice ADHD. Jejich vyjádření znázorňuje graf 23: Nejvíce by rodičům pomohla při vzdělávání a osvětě forma brožur a letáků, a to

ve 22 % (9), dále pak ve 21 % (9) pravidelný zpravodaj, také přednášky a kurzy pro rodiče, telefonní a internetová poradna i setkávání s dalšími rodiči – po 19 % (8). Jiné formy respondenti neuvedli.

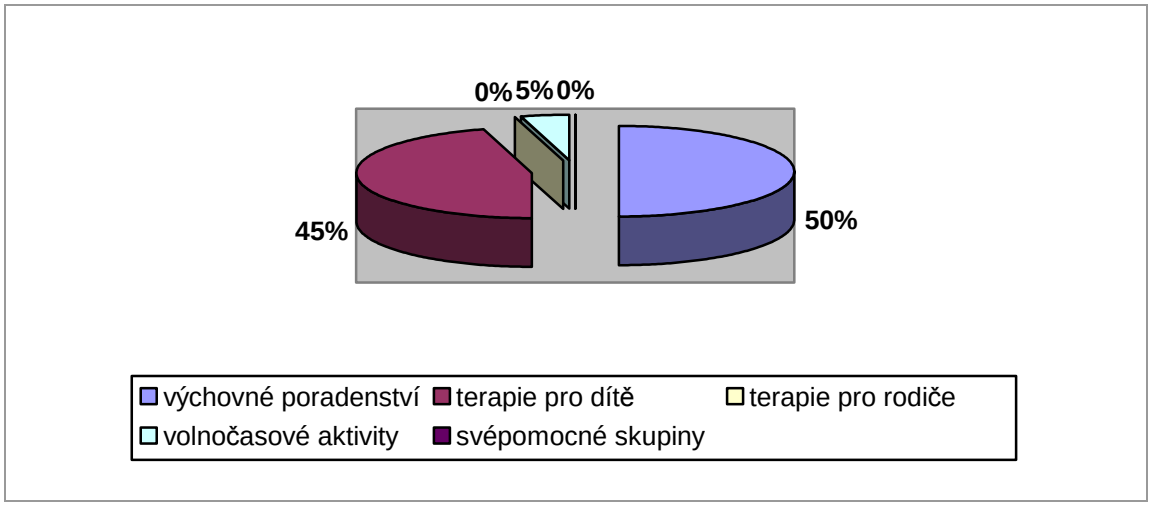
Graf 24: Využití služeb pomáhajících řešit problémy dítěte (otázka č. 22)



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu jsou zachyceny odpovědi respondentů na otázku č. 22, a to, zda-li využívají v současné době nějaké služby pomáhající v souvislosti s péčí o dítě s ADHD. Z 52 (100 %) respondentů jich 37 % (19) služby využívá, 63 % (33) nevyužívá.

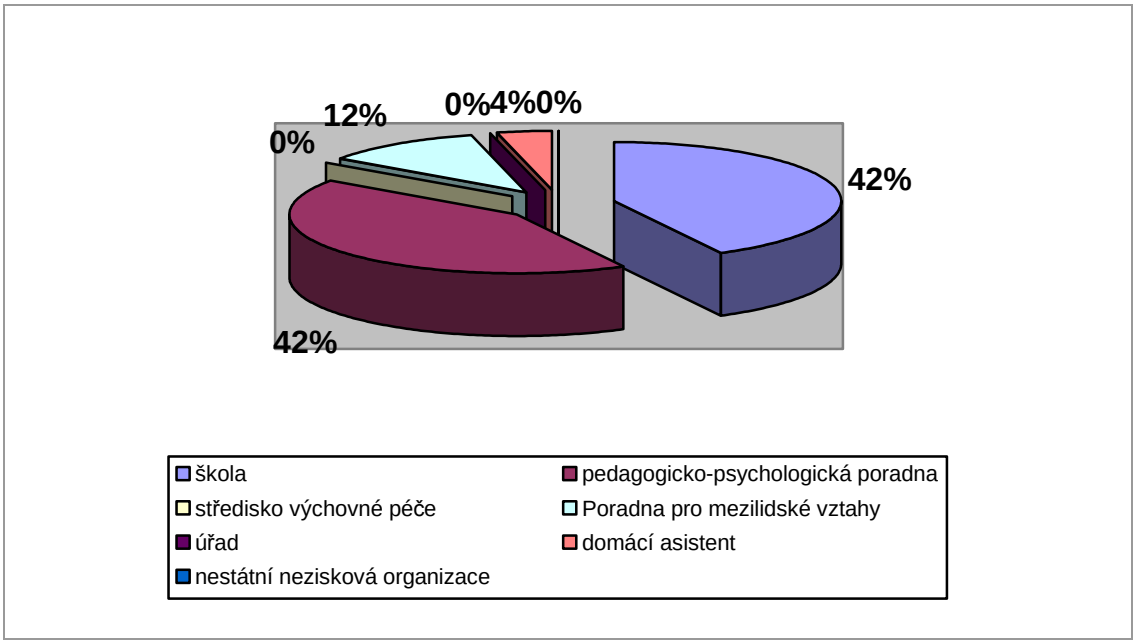
Graf 25: Struktura využívaných služeb (otázka č. 23)



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 23 mapovala, jakých služeb respondenti využívají v současné době a vztahovala se k těm respondentům, kteří v předchozí otázce odpověděli ANO, tj. 37 % (19). Graf 25 ukazuje, že nejvíce je využíváno výchovného poradenství – 50 %, dále terapeutických služeb pro dítě, kde respondenti ve většině odpovědí upřesnili, že se jedná o dys-nápravu – 45 % a 5 % využívá volnočasových aktivit pro děti s ADHD. Terapeutické služby pro rodiče ani svépomocné aktivity pro rodiny s dětmi s ADHD využívány nejsou – 0 %. Někteří respondenti uvedli, že využívají více služeb.

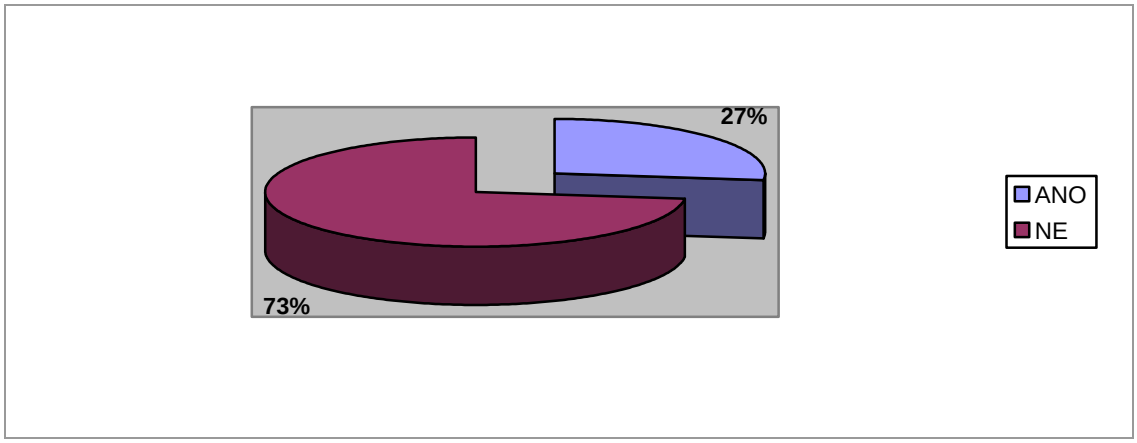
Graf 26: <u>Poskytovatelé využívaných služeb (otázka č. 24)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 24 navazuje na předchozí otázky č. 22 a 23 a odpovídali na ni respondenti, kteří v současné době využívají nějakých služeb souvisejících s problematikou ADHD. Respondenti byli tázáni, kdo nabízí služby, kterých využívají. Z grafu 26 je zřejmé, že ze 42 % služby využívané respondenty poskytuje škola a taktéž pedagogicko-psychologická poradna, dále Poradna pro mezilidské vztahy (konkrétně etoped) ve 12 % a ze 4 % je využíván domácí asistent pro volný čas za úhradu.

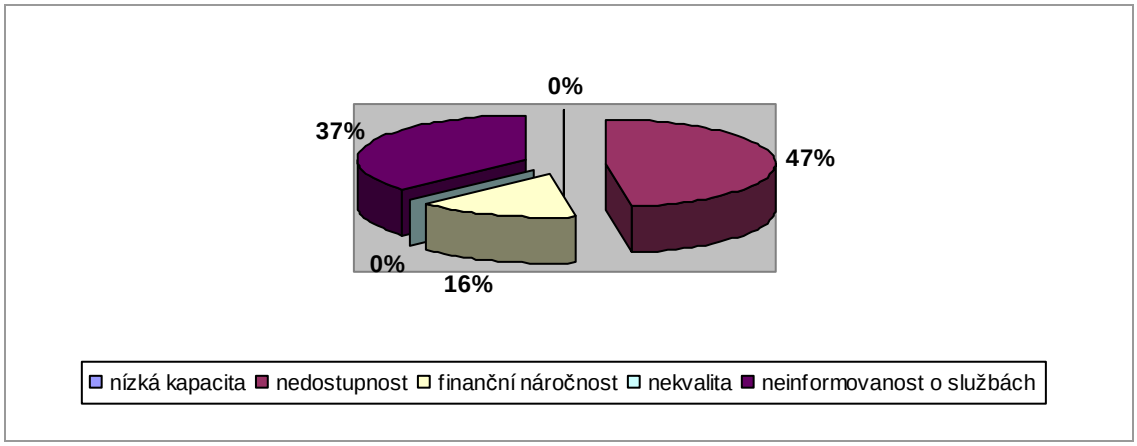
Graf 27: Spokojenost s nabídkou služeb pro rodiny s dětmi s ADHD (otázka č. 25)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 27 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku č. 25, ve které byli dotazováni, zda jsou spokojeni s nabídkou služeb pro rodiny s hyperaktivními dětmi. 27 % (14) bylo s nabídkou spokojeno, 73 % (38) nespokojeno.

Graf 28: Objektivní překážky ve využívání služeb (otázka č. 26)

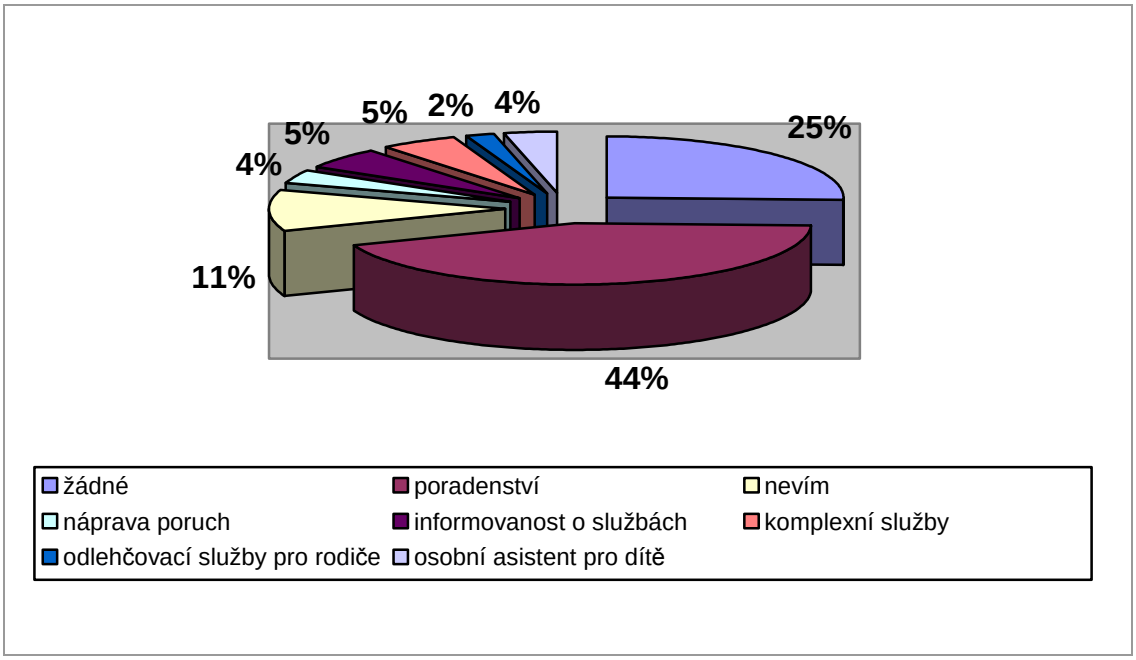


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 26 se zaměřovala na objektivní překážky bránící ve větším využívání služeb pro rodiny s dětmi s ADHD. Nejvíce (47 %) uvedlo za překážku časovou či místní nedostupnost služeb, dále v 37 % respondenti napsali, že neznají nabídku

těchto služeb a že nejsou dostatečně o službách informováni, 16 % hodnotilo služby za finančně nedostupné. Nízkou kapacitu služeb či jejich nekvalitu nepovažoval žádný z respondentů za objektivní překážku.

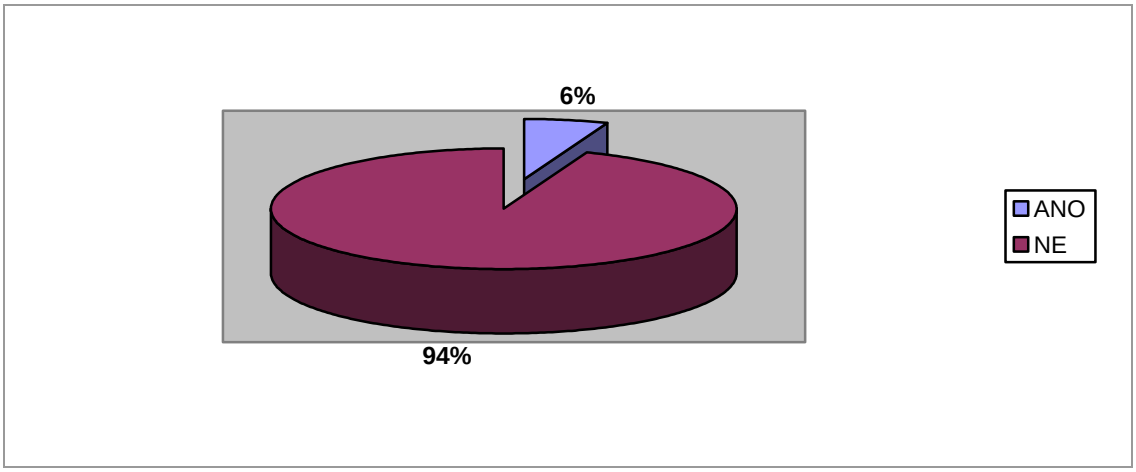
Graf 29: <u>Služby, které rodinám scházejí (otázka č. 27)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 27 se zaměřovala na služby, které respondentům scházejí. Jak zachycuje graf 29, nejvíce respondentů postrádá pomoc, radu, informace – 44 %. 25 % respondentům žádné služby nechybí a 11 % neví, které služby jim schází. 5 % uvedlo, že jim chybí komplexní služby a dalších 5 % postrádá informace o nabízených službách. 4 % schází náprava poruch pro dítě a také osobní asistent. Odlehčovací služby pro rodiče postrádá 2 % respondentů.

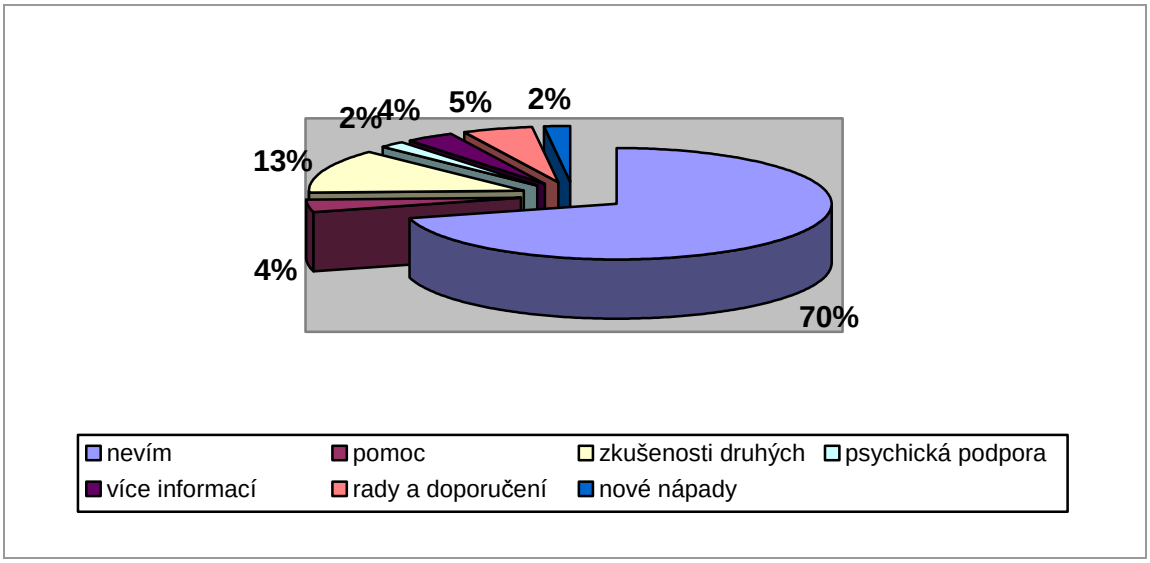
Graf 30: Povědomí o existenci občanských sdružení a svépomocných skupin (otázka č. 28)



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 28 se zabývala tím, jaké mají respondenti povědomí o existenci svépomocných skupin či občanských sdružení. 94 % (49) uvedlo, že nikdy neslyšeli o občanských sdruženích ani svépomocných skupinách. Pouhých 6 % (3) uvedlo, že již někdy o tom slyšeli, a to v souvislosti s četbou na internetu či časopisu a díky studiu.

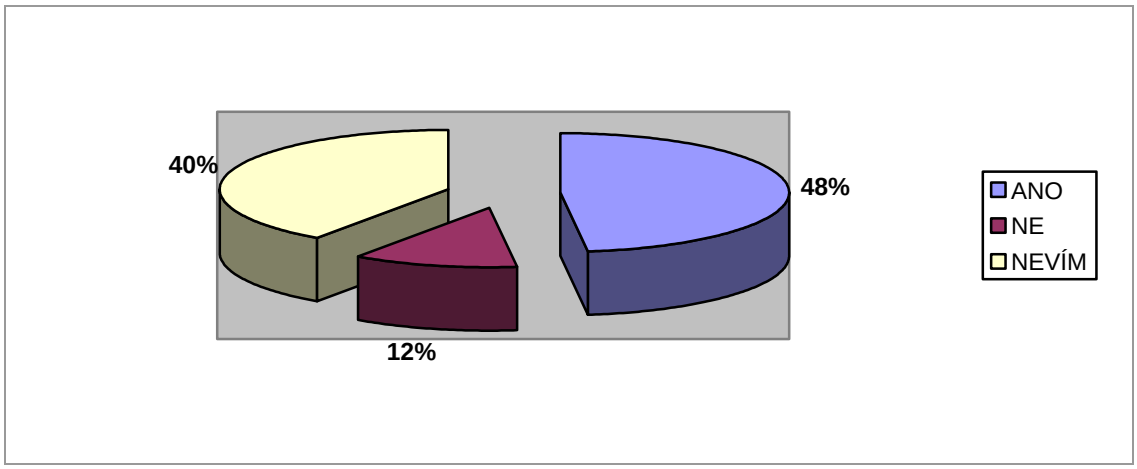
Graf 31: Povědomí o nabízených službách (otázka č. 29)



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 29 zjišťovala, co si respondenti myslí, že jim může nabídnout svépomocná skupina či občanské sdružení. Z grafu 31 vyplývá, že 70 % respondentů nevědělo, 13 % odpovědělo, že jim svépomocná skupina či o.s. mohou nabídnout zkušenosti druhých rodičů dětí s ADHD, 5 % uvedlo rady a doporučení, 4 % více informací a pomoc a 2 % psychickou podporu a také nové nápady týkající se řešení problematiky ADHD.

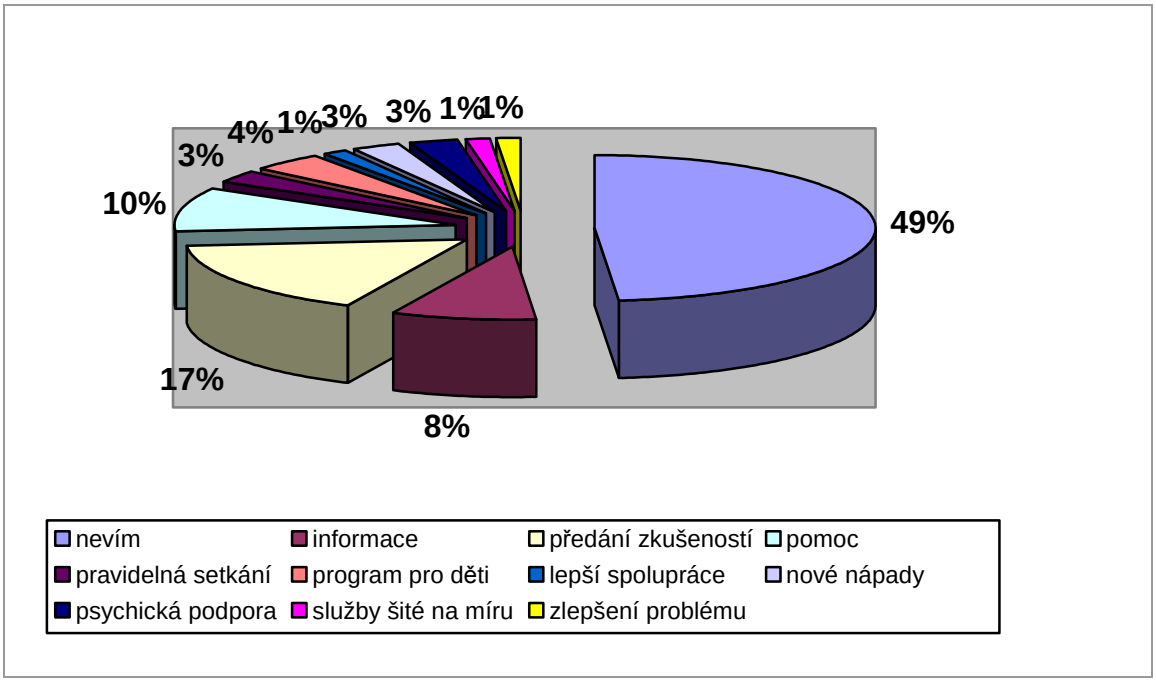
Graf 32: <u>Zájem o založení svépomocné skupiny pro rodiče dětí s ADHD či občanského sdružení v České Lípě</u> <u>(otázka č. 30)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu 32 jsou zachyceny odpovědi na otázku č. 30, která se týkala zájmu rodičů o založení svépomocné skupiny či místního občanského sdružení. 48 % (25) respondentů uvedlo, že má zájem, 40 % (21) odpovědělo, že neví a 12 % (6), že zájem nemá.

Graf 33: <u>Očekávání ve smyslu objednávky (otázka č. 31)</u>



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 33 znázorňuje, co konkrétního by respondenti očekávali od nově vzniklé svépomocné skupiny či místního občanského sdružení: 49 % neví, 17 % očekává vzájemné předání zkušeností mezi rodiči dětí s ADHD, 10 % pomoc, 8 % poradenství, informace, 4 % program a volnočasové aktivity pro hyperaktivní děti, po 3 % pravidelná setkávání rodičů i dětí, nové nápady na řešení dané problematiky a psychickou podporu - „vědomí, že na to nejsou sami“, po 1 % lepší spolupráci mezi rodiči a institucemi, především školou, zlepšení problému dítěte a služby „šité na míru“.

5. DISKUSE

Cílem diplomové práce bylo vytvořit ucelený pohled na problematiku syndromu ADHD u dětí a s ní související specifické poruchy učení (SPU). Dílčími cíli: seznámit se syndromem ADHD a s ním spojenými SPU včetně možností řešení, popsat problematiku svépomocných skupin jako formu pomoci dětem s ADHD a jejich rodinám a zmapovat současnou situaci ve městě Česká Lípa, tj. konkrétně se zaměřit na poskytované formy péče a služeb, zpracovat statistické údaje o počtech žáků s ADHD na základních školách a oslovit rodiče dětí s ADHD, zjistit jejich spokojenost s poskytovanými službami, informovanost o svépomocných skupinách a zájem o založení místní svépomocné skupiny či občanského sdružení. Autorka se zaměřila na cílovou skupinu dětí mladšího a staršího školního věku, tj. žáky základních škol.

V souvislosti s těmito cíli byly stanoveny tři hypotézy:

H1 – Rodiče dětí s ADHD a SPU jsou spokojeni s poskytovanými službami ve městě Česká Lípa.

H2 - Předpoklad, že informovanost rodičů dětí s ADHD a SPU o svépomocných skupinách je malá.

H3 – Předpoklad, že rodiče dětí s ADHD a SPU mají potřebu založení místní svépomocné skupiny či občanského sdružení.

Tématika dětí s ADHD není nikterak nová, lehké mozkové dysfunkce existují odedávna **(4)**. Pouze termín samotný se u nás začal užívat teprve relativně nedávno a souvisí s tím, jak naše země postupně přebírá poznatky i zkušenosti ze zahraničí. Na úvod této diskuze je nutné zmínit, že pojem LMD má z hlediska jeho vývoje pozoruhodnou historii **(28)** a že se postupem času měnil a vyvíjel. Přestože dle Mezinárodní klasifikace nemocí i Americké psychiatrické asociace byl celosvětově upřednostněn termín ADHD, v České republice se v kruzích odborných i laických stále ještě vykytují termíny LMD aj. Pro dítě samotné není ani tak důležité, jak jeho problém nazveme, ale jaké formy pomoci a péče se mu dostane. Nejednotnost terminologie byla autorkou shledána jak v průřezu studia odborné literatury, tak i během prováděného výzkumu.

Téma ADHD je velmi obsáhlé, stejně tak jako možnosti a přístupy řešení. Narůstající počet případů ADHD a SPU, byť ne zásadně, činí z hyperaktivity fenomén třetího světa. AHDH / hyperkinetická porucha představuje chronickou behaviorální problematiku, u některých pacientů celoživotní, která často vyžaduje dlouhodobou multimodální a multidisciplinární péči **(27).**

Autorčin zájem o tuto problematiku pramení nejen z její profese sociální pracovnice, ale vychází i osobních a mnohdy i bolestných zkušeností.

Výzkum samotný byl zaměřen na Českou Lípu a skládal se ze dvou částí. **V první části (výsledky 4.1 – 4.4)** byly mapovány služby poskytované dětem s ADHD a jejich nejbližšímu okolí, dále pak byly zjišťovány statistické údaje o počtech žáků s dg. ADHD na jednotlivých základních školách:

- Dle dostupných statistik z r. 2005-6 pro území Česká Lípa vyplynulo, že celkový počet obyvatel činí kolem 38 tisíc. Z toho necelých 6 tisíc jsou děti ve věku 0-14 let.

- Ve městě je celkem 9 základních škol běžného typu, na nichž si plní základní povinnou školní docházku cca 4200 žáků, tedy přibližně 2/3 dětí z celkové dětské populace žijící ve městě Česká Lípa. Z toho 8 škol jako příspěvkových organizací zřizuje obec a 1 škola je společností s ručením omezením zřízená soukromou osobou.

- Jak uvádí Riefová **(35)**, tak i autorka shledává, že žáci s ADHD a SPU jsou vzděláváni v základních školách běžného typu, ve specializovaných třídách zřizovaných při běžných základních školách – v České Lípě jde o ZŠ Slovanka s tzv. dyslektickými třídami a ve speciálních školách pro děti se specifickými poruchami učení a chování – v České Lípě tuto alternativu vzdělávání zajišťuje soukromá škola Klíč. Pokud jde o počty žáků s ADHD a SPU na základních školách, Český statistický úřad zpřístupňuje veřejnosti statistické údaje o počtech integrovaných žáků dle typu postižení v běžných třídách ZŠ, specializovaných třídách a speciálních školách. Žáci s ADHD a SPU jsou zařazeni do kategorie „vývojové poruchy učení a chování“. Statistické údaje jsou k dispozici jako celorepublikové a krajské, údaje za obec Česká Lípa se autorce nepodařilo zjistit, tato data nejsou dostupná.

- Vyjma ZŠ Pátova jako školy „výběrové“, kde jsou žáci přijímáni na základě přijímacích zkoušek, jsou na všech ostatních školách i žáci s dg. ADHD. Vzhledem k tomu, že ne všechny školy poskytly údaje o počtech těchto žáků, jsou výsledná data nepřesná. Celkem bylo zjištěno 67 žáků s dg. ADHD, kteří jsou vzděláváni na základních školách v České Lípě, s převahou chlapců nad dívkami v poměru 3:1. Ve skutečnosti autorka předpokládá vyšší počet těchto žáků, a to jednak z důvodu neúplnosti dat poskytnutých základními školami a také z důvodu nejednotné terminologie, jak bylo zmíněno v úvodu. Procentuelní odhad dětí na základních školách s dg. ADHD v České Lípě tak činí 1,6 % z celkové dětské populace pro mladší a starší školní věk, což částečně koresponduje s tvrzením Černé **(4)**, Drtilové a Koukolíka **(6)** či Vágnerové **(44)**. Většina těchto žáků, přibližně 80 % , je integrovaných, ale ne z důvodu dg. ADHD, nýbrž pro SPU. Paclt uvádí **(27)**, že ve 24-70 % se k dg. ADHD přidružují i vývojové poruchy učení. S tímto výrokem souhlasí i výsledek výzkumu.

Dalším dílčím cílem bylo zmapovat poskytované služby a vytvořit tak přehled pracovišť, ve kterých se problematikou ADHD a SPU zabývají. Jak uvádí Černá **(4)**, je nutné, předcházet rozvinutí potíží dítěte včasnou diagnózou a správně zvolenou rehabilitací, taktéž spolupráce rodičů a týmu odborníků. Podle Traina **(42)** by se na dg. ADHD mělo shodnout více specialistů. Paclt klade důraz na komplexnost a systematičnost nápravných metod **(27)**, terapie dle Čačky musí nutně zahrnovat i celou osobnost dítěte **(3)**.

- V rámci komplexního přístupu k řešení dané problematiky bylo zjištěno celkem 13 odborných pracovišť, na která se klienti mohou obracet. Seznam pracovišť čítá všechna zařízení poskytující místně i finančně dostupné služby, která aktuálně v České Lípě působí. Zdravotní péči zajišťuje celkem 7 pracovišť, z toho 1 ordinace dětského neurologa, 1 ordinace dětského psychiatra, 3 kliničtí psychologové, 1 ordinace klinického logopeda a 1 lékařka se zaměřením na dětskou rehabilitaci. Dále v České Lípě působí 1 pedagogicko-psychologická poradna a dvě základní školy zaměřené na problematiku ADHD, z toho je 1 škola soukromá. Psychosociální služby klientům nabízí Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy a soukromý psycholog, supervizor se zaměřením na rodinnou problematiku. Soukromé zařízení LEXIKON

taktéž nabízí pomoc v oblasti nápravy SPU a doučování, tyto služby jsou za však úhradu.

- Z výzkumu vyplynulo, že je v České Lípě omezená nabídka péče a služeb pro klienty s dg. ADHD, dětští pacienti nemají v místě svého bydliště na výběr u dětského psychiatra, neurologa či RHB lékaře. Chybí metoda EEG biofeedback, animal terapie, ve městě nepůsobí ani jedna svépomocná skupina či občanské sdružení zabývající se problematikou ADHD či SPU. Nabídka forem péče a služeb je zde standardní, nicméně omezená, nelze však hovořit o tzv. systémovém a inter(multi)disciplinárním přístupu běžně využívaném v zahraničí, jak uvádí Prekopová-Schweizer **(32)**. Neexistence pracovišť v České Lípě, která by nabídla rychlá vyšetření dítěte u velkého počtu odborníků pracujících jako tým tak, jak zmiňuje Selikowitz **(39)**.

V rámci první části výzkumu probíhaly řízené rozhovory ve vybraných zařízeních v České Lípě, rozhovory se zaměřily konkrétně na popis jednotlivých pracovišť, kontakty, poskytované služby, personální zajištění, statistiky o klientech s ADHD, resp. návaznost na další služby.

- Na základě osobních návštěv (vyjma ZŠ Klíč, s.r.o.) lze konstatovat, že stěžejním zařízením v oblasti problematiky ADHD a SPU je jednoznačně Pedagogicko-psychologická poradna v České Lípě, kam jsou klienti odesíláni převážně školou. Poradna sehrává klíčovou úlohu při včasné diagnostice poruch ADHD a SPU, nejčastěji mezi 2.-3. ročníkem ZŠ. Vypracovává zprávy a posudky na základě psychologického a speciálně-pedagogického vyšetření, podklady pro ZŠ na vytvoření tzv. IVP, provádí kontrolní vyšetření těchto poruch, poskytuje poradenství pro rodiče i učitele, nabízí klientům přímou nápravu SPU a program KUPOZ. Úzce spolupracuje s výchovnými poradci na školách. Bohužel, díky omezeným limitům na pracovní úvazky zaměstnanců poradna v současné době nevykonává žádné nadstandardní aktivity, byť by byl o ně zájem jak ze strany rodičů dětí s ADHD, tak ze strany poradny samotné.

- Základní školy, konkrétně výchovní poradci, speciální pedagogové a školní poradenská pracoviště představují další významný pilíř v oblasti pomoci žákům s ADHD a SPU. Ze široké škály činností, které školy těmto žákům poskytují, jde

především o diagnostiku žáka, tvorbu plánu péče (IVP), nápravnou péči, včasnou i krizovou intervence, výchovné poradenství aj.

- V případě, že jsou problémy žáka závažnějšího charakteru, nastupuje úloha dětského psychiatra či etopeda, nezbytná je spolupráce s rodiči a mnohdy i řešení problému v rámci celé rodiny. Podobně jako Paclt **(27)** se rovněž i autorka domnívá, že by mělo jít o péči soustavnou, systematickou a komplexní.

- A co mají ve většině případů tato zařízení společného? Profesionální přístup, zájem o řešení problému klienta, vstřícnost, odborné i praktické zkušenosti, ale také na jedné straně nárůst klientely s danou problematikou a na straně druhé omezené finanční prostředky či paradoxně pokles pracovních úvazků a limitů pro zaměstnance.

Ve druhé části výzkumu (výsledky 4.5) byly z dotazníků určených pro rodiče dětí s ADHD zjištěny jejich názory a zkušenosti, spokojenost s poskytovanými službami, informovanost o svépomocných skupinách a zájem o založení místní svépomocné skupiny či občanského sdružení. 67%-ní návratnost dotazníků považuje autorka za uspokojivou, a to zejména díky dobré spolupráci většiny zařízení, kde byly dotazníky distribuovány. Pro výzkum bylo použito a zpracováno celkem 52 dotazníků.

Autorka se rozhodla porovnat výsledky z dotazníkového šetření s výsledky obdobného výzkumu, který provedla J. Purrová **(34)** v rámci bakalářské práce v Praze v 1. polovině r. 2008. Dále byly výsledky částečně srovnány s výsledky autorčina výzkumu v rámci bakalářské práce z r. 2002, který byl zaměřen na názory rodičů hyperaktivních dětí (bez stanovené dg. ADHD) v mateřských školách v České Lípě.
Dotazník v 81 % vyplňovaly matky. Otcové ve 13 %, po 2 % oba rodiče, prarodiče či pěstouni. Věková struktura respondentů byla v rozmezí od 29 do 55 let, průměrný věk činil 38 let.

- **Otázka č. 1** se zaměřila na pohlaví dítěte s ADHD, kde se v 79 % jednalo o chlapce a 21 % o dívky, tedy přibližně v poměru 4:1. Obdobnou strukturu souboru dle pohlaví zaznamenala i Purrová **(34)**, a to 87 % chlapců a 13 % dívek. Zjištění tak korespondují s Černou **(4)**, která uvádí 5-10 x častější výskyt ADHD u chlapců, a Vágnerovou **(44)** uvádějící poměr přibližně 5:1. **Dle otázky č. 2** byli tito žáci

ve věkovém rozmezí od 7 let + 7 měsíců do 16 let + 4 měsíce. Celkový průměrný věk dětí činil 12,3 let.

- **Otázka č. 3** zjišťovala, ve kterém období byla dg. ADHD u dítěte stanovena. V 83 % bylo dítě diagnostikováno v mladším školním věku, v 15 % ve věku předškolním a lze tak souhlasit s Černou **(4)**, že se postižení nejčastěji zjišťuje až ve školním věku, kdy dítě nezvládne výuku při normálních inteligenčních schopnostech. Na rozdíl od Purrové **(34)**, která uvádí stanovení dg. ADHD v předškolním věku u 45 % a mladším školním věku u 53 %. Včasnější diagnostiku v Praze můžeme spatřovat pravděpodobně ve větší informovanosti rodičů o problematice ADHD a širším spektru nabízených služeb.

- **Otázka č. 4** se zaměřovala na genetickou predispozici v rodině a zjistila, že v 65 % případů trpí dg. ADHD ještě někdo další v rodině, a to nejčastěji sourozenci dítěte a otcové. Výsledky korespondují s Purrovou **(34)**, která uvádí 70%-ní genetickou zátěž a s Vágnerovou **(44)**, která uvádí odhad míry dědičné dispozice na 50-70 %.

- **Otázky č. 5 a 6** zjišťovaly, kdo jako první upozornil rodinu na možnou dg. ADHD u dítěte a zda byla rodině zároveň poskytnuta informace, na koho se s problémem obrátit. V 70 % případů rodinu upozornil pedagog a v 88 % byla rodina současně směrována na příslušnou odbornou pomoc. Výsledky se přibližují tvrzení Purrové **(34)**, která uvádí, že ve 49 % rodinu upozornil pedagog a 79 % rodin bylo zároveň informováno, kam se obrátit o pomoc.

- **Otázka č. 7** udávala, kdo dítěti stanovil dg. ADHD. V 90 % případů takto nejvíce činila pedagogicko-psychologická poradna na rozdíl od Purrové **(34)**, kde vedle pedagogicko-psychologické poradny (64 %) také výrazně diagnostikoval poruchu lékař specialista (34 %).

- **Otázka č. 8** zjišťovala, jak dlouhá doba uplynula od prvních příznaků po konečné stanovení dg. ADHD. Tato otázka nepřinesla jednoznačný výsledek, neboť odpovědi respondentů byly procentuelně přibližně stejně rozvržené do všech předem nabízených variant odpovědí. Pravděpodobně zde sehrála roli řada faktorů, jde také o velmi individuální záležitost, proto nelze provést hlubší rozbor této otázky.

➢ **Otázka č. 9** zjišťovala výskyt přidružených symptomů k dg. ADHD a přinesla odpověď, že děti respondentů měly v 96 % případů přidružené nějaké další vývojové či psychické potíže. Hlubším rozborem otázky bylo také zjištěno, že procentuelně byly nejvíce zastoupeny SPU, konkrétně dyslexie 35 %, dysortografie 22 %, dysgrafie 21 %. Dále v 9 % logopedické obtíže a v 7 % poruchy chování. Otázka zároveň vypověděla, že 32 % dětí má 1 přidružený symptom, 33 % dětí jich má 2 a 28 % dětí má symptomy 3, v 7 % případů dokonce 4 další. Paclt **(27)** uvádí koexistenci ADHD s dalšími psychickými poruchami až ve 44 % případů s nejméně jednou další, 32 % se dvěmi a 11 % se třemi i více. A pokud jde o vývojové poruchy učení, tak ve 24-70 %, z toho 15-30 % dyslexie. Výsledky výzkumu se shodují i s tvrzením Matějčka a Vágnerové **(21)**, že 30 % dyslektiků zároveň trpí syndromem ADHD. Dle Purrové **(34)** trpí děti s dg. ADHD ještě dalšími přidruženými symptomy v 85 %, nejvíce logopedickými vadami – 23 %, dysgrafií – 21 % a dyslexií – 20 %. 1 poruchu měly ve 24 %, 2 poruchy ve 29 %, 3 poruchy ve 38 % a 4 i více v 9 % případů. Výše zmíněná tvrzení lze výzkumem podpořit.

➢ **Otázky č. 10 a 11** se týkaly medikamentózní léčby dítěte, a to v minulosti a současnosti. Graf 12-13 ukázal, že v minulosti užívalo léky na léčbu ADHD 75 % dětí a v současné době je jich medikováno 69 %. Train **(42)** uvádí, že farmakoterapie dětí s ADHD patří k nejúspěšnějším a zároveň nejkontroverznějším metodám léčby a že více než 70 % dětí reaguje na psychofarmaka příznivě, přestože řada rodičů i odborníků se staví k lékům s nedůvěrou. Autorka se tedy domnívá, v České Lípě patří medicínský přístup v léčbě ADHD k těm předním a rozhodně se tedy nedá hovořit o nedůvěře ze strany rodičů.

➢ **Otázka č. 12** mapovala, zda mají děti s dg. ADHD odlišný vzdělávací režim oproti svým vrstevníkům. Je zajímavé, že pouze ve 38 % ano. V těchto případech se u poloviny dětí jednalo o integraci v běžné třídě a ve 40 % ve speciální třídě či škole. I Purrová **(34)** uvádí, že odlišného režimu ve škole se dostává pouze u poloviny dětí s ADHD. Podle Valenty **(45)** je naopak výchozí podmínkou pro úspěšnou integraci těchto dětí právě speciální pozornost a péče bez ohledu na zařazení do specializované

třídy či formy vzdělávání ve třídě běžného typu, a to na základě ustanovení Pokynu MŠMT ČR.

➢ **Otázky č. 13 a 14** se zaměřily na dostatečnou informovanost rodičů o možnostech integrace jejich dítěte a podporu ze strany školy při vzdělávání. V 69 % případů byli rodiče o integraci dítěte informováni a 71 % se dostává dostatečné podpory při vzdělávání. Výsledky tak korespondují s Purrovou **(34)**, která uvádí informovanost rodičů u 74 % a podporu ze strany školy v 62 % případů.

➢ **Otázka č. 15** zjišťovala do hloubky, zda dítě s ADHD dochází do školní družiny, spokojenost rodičů s touto poskytovanou službou a důvody, proč dítě do družiny nedochází. Bylo zjištěno, že školní družinu navštěvuje pouze 12 % žáků a rodiče všech těchto dětí jsou se školní družinou spokojeni. Děti, kteří družinu nenavštěvují, do ní nedochází v 73 % případů z důvodu, že je dítě již samostatné a pro vyšší věk. Jako další důvody rodiče uváděli, že je matka v domácnosti, družina dítěti nevyhovuje a v jednom případě došlo ve družině k úrazu dítěte s ADHD. V porovnání s Purrovou **(34)** dochází v Praze do školní družiny přibližně polovina dětí s ADHD z cílového souboru, 83%-ní spokojenost téměř koresponduje s výzkumem v České Lípě i uváděné důvody, proč dítě družinu nenavštěvuje – v 69 % jde o dítě samostatné, ve 14 % je matka v domácnosti a v 17 % mělo dítě problémy spojené s dg. ADHD. Podobně jako Vágnerová **(44)** i autorka se domnívá, že děti s ADHD nebývají ve vrstevnické skupině oblíbené a jejich typické projevy častou vedou ke konfliktům, jejichž důsledkem je odmítání či izolace.

➢ **Otázky č. 16 – 18** byly zaměřeny na nápravné programy v České Lípě, jejich nabídku a spokojenost rodičů s těmito službami. Pouhých 27 % dětí absolvovalo v minulosti nějaký z nápravných programů, při hlubším rozboru se v největším počtu jednalo o dyslektickou nápravu (47 %) a nácvik paměti a pozornosti, hlavně KUPOZ (25 %). V menším počtu byly zastoupeny individuální terapie a kineziologie. Některé děti absolvovaly i více nápravných programů současně. Se službami bylo spokojeno 79 % dotázaných.

➢ **Otázky č. 19 a 20** měly zjistit dostačující informovanost rodičů o problematice ADHD a nejčastější zdroj získávání těchto informací. Necelá polovina

respondentů (44 %) považovala informovanost za dostačující, nejčastějším zdrojem, a to v 56 % případů byla pedagogicko-psychologická poradna, dále škola (17 %) či samostudium (19 %). Taktéž Purrová **(34)** uvádí dostačující informovanost u zhruba poloviny respondentů (58 %), kteří získávají informace nejčastěji v pedagogicko-psychologické poradně (35 %) a od odborného lékaře (27 %) či samostudiem (25 %). Na rozdíl od České Lípy získávají klienti v Praze informace v 10 % od občanského sdružení či svépomocné skupiny.

- **Otázka č. 21** se dotazovala respondentů, kteří neměli dostačující informace o problematice ADHD, jaká forma pomoci v oblasti dalšího vzdělávání a osvěty by jim nejvíce pomohla. V přibližně stejném procentuelním zastoupení se jednalo o brožury a letáky, pravidelný zpravodaj, přednášky a kurzy pro rodiče, ale také telefonní a internetovou poradnu či setkávání rodičů. V Praze by dle Purrové **(34)** respondenti nejvíce ocenili přednášky a kurzy pro rodiče, setkávání s dalšími rodiči a brožury a letáky.

- **Otázky č. 22 – 24** měly zmapovat nabízené služby pro děti s ADHD a jejich rodiny a využívání těchto služeb ve městě Česká Lípa. Bylo zjištěno, že v současné době služeb využívá pouhých 37 % rodin, a to v 50 % výchovného poradenství a v 45 % terapeutických služeb pro dítě, v 5 % volnočasových aktivit pro dítě. Tyto služby v největší míře poskytují pedagogicko-psychologická poradna a školy. V Praze je situace obdobná, neboť dle Purrové **(34)** služeb využívá 42 % rodin, a to v 53 % terapie zaměřené na dítě a ve 28 % výchovného poradenství, v 6 % jde o volnočasové aktivity pro dítě. V Praze navíc klienti využívají i terapie pro rodiče, a to 13 %. Služby jsou obdobně jako v České Lípě nejvíce poskytovány pedagogicko-psychologickou poradnou a školou.

- **Otázky č. 25 a 26** zjišťovaly spokojenost klientů s nabízenými službami a objektivní překážky, které jim ve vyžívání služeb brání. Rodin spokojených s nabídkou služeb bylo pouze 27 %, za objektivní překážky klienti nejvíce považovali nízkou kapacitu služeb (47 %) a nízkou informovanost o nabídce služeb (37 %), v 16 % také považovali poskytované služby za finančně nedostupné. V Praze bylo s nabídkou

spokojeno 38 % rodin, taktéž mezi překážky nejvíce uváděli místní či časovou nedostupnost a jejich nízkou kapacitu, což koresponduje s tvrzením Purrové **(34)**.

➢ **Otázka č. 27** se respondentů ptala na služby, které jim dle jejich názorů nejvíce scházejí. Velká část rodin (44 %) postrádala pomoc, radu a informace, 25 % jich uvedlo, že jim žádné služby nechybí a 11 % nevědělo. Malá část respondentů (2-5 %) postrádala nápravu poruch, informovanost o nabízených službách, komplexní služby, odlehčovací služby pro rodiče a osobního asistenta pro dítě. Oproti tomu v Praze byli respondenti schopni výstižněji vyjádřit své potřeby, a to ze dvou třetin volnočasové aktivity pro děti a citlivější přístup ze strany školy, dále více informací o poskytovaných službách a pouhých 7 % nevědělo **(34)**.

Na základě výsledků ot. č. 13, 14, 15, 18, 20, 25, 26 a 27 si autorka dovoluje tvrdit, že se stanovená HYPOTÉZA 1 potvrdila jen částečně.

➢ **Otázky č. 28 a 29** zjišťovaly povědomí respondentů o existenci občanských sdružení a svépomocných skupin a službách, které mohou klientům nabídnout. Je s podivem, že povědomost mělo jen 6 % dotázaných, zbylých 94 % nikdy o svépomoci ani o.s. neslyšelo. Na otázku, co si myslí, že jim může být nabídnuto, odpovídali ze 70 %, že neví, ze 13 % zkušenosti druhých a ve 2-5 % pomoc, psychickou podporu, rady a doporučení či nové nápady na řešení problematiky ADHD. V r. 2002 se autorka **(16)** zabývala stejnou problematikou v České Lípě, ale u předškolních dětí, u nichž prozatím dg. ADHD nebyla stanovena. Osloveni byli rodiče dětí mateřských škol, vzorek obsahoval jen 17 respondentů. I zde bylo zjištěno obdobné, a to, že povědomí o svépomoci mělo jen 18 % dotázaných. I tito rodiče se ve většině případů (75 %) domnívali, že může svépomocná skupina svým členům nabídnout předání rad a zkušeností, nové kontakty, pomoc, informace, psychickou podporu či volnočasové aktivity pro dítě. Proto lze souhlasit s Hartlem **(13)**, že je otázkou času, kdy se stanou dobrovolnické aktivity zcela běžnou záležitostí a kdy vejdou do povědomí občanů jako zcela přirozená součást jejich každodenního života. Zatím je pro mnohé z nás tato oblast něčím novým a nepoznaným a díky stereotypům může i v některých z nás vyvolat pocity nedůvěry a obav.

Na základě výsledků ot. č. 28 a 29 si autorka dovoluje tvrdit, že se HYPOTÉZA 2 potvrdila.

- **Otázky č. 30 a 31** měly zjistit zájem rodičů o založení svépomocné skupiny či místního občanského sdružení pro rodiče dětí s ADHD a jejich případná očekávání. 48 % dotázaných se vyjádřilo pro založení takovéto formy pomoci, 12 % zájem nemělo a 40 % uvedlo, že neví. 49 % uvedlo, že neví, co očekávat, v dalších případech objednávka zněla na téma poskytnutí informací, předávání si zkušeností rodiči navzájem, pomoc, pravidelná setkání, program pro děti s ADHD, psychická podpora rodičů, zlepšení problému dítěte, služby šité na míru, nové nápady a lepší spolupráce mezi rodinou, školou a dalšími institucemi. Košnarová **(16)** v r. 2002 uvedla, že 76 % rodičů předškolních „živějších" dětí mělo zájem o založení svépomocné skupiny, 18 % jich se založením váhalo a 6 % zájem nemělo. I v tomto případě zněla objednávka rodičů na: pomoc, radu, doporučení, předávání zkušeností, nabídku her a volnočasových aktivit pro děti, besedy s odborníky, nové kontakty apod. Tímto lze souhlasit s Hartlem **(9)**, že svépomocné skupiny sloužící zájmům svých členů pracují na aspektech psychické podpory, vlastní ideologie a víry, příležitosti pro zpověď, katarzi i kritiku, vytváření sítě sociálních vztahů a strategií na zvládání každodenních problémů.

Na základě výsledků ot. č. 30 a 31 si autorka dovoluje tvrdit, že HYPOTÉZA 3 byla potvrzena jen částečně.

Shrnutím výše uvedeného se autorka domnívá, že cíl práce byl splněn a získané poznatky by bylo možno využít pro zlepšení kvality služeb poskytovaných klientům s ADHD a SPU a jejich rodinám v České Lípě, konkrétně založením místní svépomocné skupiny či občanského družení. Diplomová práce by taktéž mohla posloužit jako podkladový materiál k projektové činnosti a jako praktický návod pro pedagogy, vychovatele i rodiče samotné včetně kontaktů na regionální i celorepublikové organizace. Publikováním výsledků výzkumu v místním bulletinu určeném pro odbornou veřejnost by zároveň mohlo být zpětnou vazbou a zamyšlením nad poskytováním konkrétních forem péče a služeb co do kvality, tak i kvantity.

6. ZÁVĚR

Autorka se problematikou ADHD zabývá již několik let. V r. 2002 začala zjišťovat názory a potřeby rodin s hyperaktivním dítětem bez potvrzené diagnózy v mateřských školách. Diplomovou prací na tuto tématiku navázala s cílem zmapovat poskytované formy péče a služeb v České Lípě a zaměřila se na děti mladšího a staršího školního věku s již stanovenou dg. ADHD. Těžiště práce bylo orientováno na svépomocné skupiny a občanská sdružení jako formy možné péče o klienty s hyperkinetickým syndromem.

Po prostudování použitých zdrojů došla autorka k závěru, že nejdůležitější ze všeho je včasná diagnostika, pokud možno ještě před nástupem dítěte do školy, a k ní vhodně zvolená terapie. O žádné z forem terapie si rozhodně nedovoluje tvrdit, že je lepší či horší. Všechny mohou mít na dítě pozitivní účinek v případě, že se zvolí správný přístup a terapie dítěti vyhovuje. Každá z popsaných metod vychází z jiných poznatků a také každé dítě je jedinečnou osobností. Z vlastní zkušenosti si také dovoluje tvrdit, že vhodně zvolená medikace v rámci tzv. farmakoterapie skutečně může v první fázi pomoci připravit dítě pro další možné terapeutické přístupy. Odborná literatura se z větší části zabývá informacemi, které jsou určeny pro rodiče a vychovatele, a to jak k dítěti s ADHD přistupovat. Autorka považuje tyto návody v oblasti výchovy za naprosto nezbytné, neboť dítě většinu času tráví v dětském kolektivu a hlavně doma. Tito „malí běsíci“ či „tornáda“, jak je literatura mnohdy nazývá, dokáží své okolí opravdu naprosto fyzicky i psychicky vyčerpat.

Na základě vytvořeného uceleného pohledu na problematiku syndromu ADHD u dětí, s ní související specifické poruchy učení a na základě analýzy výsledků výzkumu se autorka domnívá, že byl cíl práce splněn. Hypotéza 1, která předpokládala spokojenost rodičů s poskytovanými službami ve městě Česká Lípa, se potvrdila jen částečně (viz kapitola 4.5 – grafy 15-17, 20, 22, 27-29). Hypotéza 2, která předpokládala malou informovanost rodičů dětí s ADHD a SPU o svépomocných skupinách, se potvrdila, neboť pouhých 6 % respondentů mělo povědomí o svépomocných skupinách či občanských sdruženích. Hypotéza 3 předpokládající potřebu rodičů dětí s ADHD založení místní svépomocné skupiny či občanského

sdružení se též potvrdila jen zčásti. Vypovídají o tom číselné údaje, ve kterých se 48 % dotázaných vyjádřilo pro založení takovéto formy pomoci, 12 % zájem nemělo a 40 % uvedlo, že neví.

Ve srovnání obou výzkumů prováděných ve městě Česká Lípa v letech 2002 a 2008 lze konstatovat, že v běžném a každodenním životě rodin s hyperaktivními dětmi nehraje roli zásadním způsobem stanovení diagnózy ADHD. Rodiče „živějších" dětí, jež jsou výchovou značně vyčerpáni, mají přibližně stejné názory i potřeby jako rodiče dětí diagnostikovaných. Paradoxem je, že v průběhu šesti let, které uběhly od prvního výzkumu, se nabídka služeb v České Lípě příliš nezměnila a že nebyly využity možnosti, které skýtají občanská sdružení či svépomocné skupiny.

Díky osobním zkušenostem s o.s. Hyperaktivita v Praze mohla autorka navázat odbornou spolupráci v oblasti problematiky ADHD a porovnat tak výsledky obdobného výzkumu, který provedla J. Purrová v Praze. Z tohoto lze usuzovat, že názory, potřeby i zkušenosti rodičů dětí s ADHD jsou přibližně stejné jak v Praze, tak v České Lípě. Rozdíl mezi regiony je patrný v aspektech týkajících se jednoznačně rozsahu nabídky poskytovaných služeb a informovanosti rodičů ve prospěch Prahy.

Nestátní neziskový sektor v oblasti sociální politiky a sociální práce má jistě nezastupitelné místo a autorka jej považuje za velmi přínosný. Především proto, že v naší zemi není právně ukotvena pomoc rodinám s ADHD dětmi jak po stránce psychosociální, tak materiální. Občanská sdružení mohou nabídnout služby, které stát neposkytuje. Přesto by mohlo být k zamyšlení, zda zahrnout dg. ADHD do okruhu kritérií pro splnění nároku na poskytování příspěvku při péči rodinám s těmito dětmi. Vyplácením této sociální dávky, byť v minimální výši, by mohlo řadě rodin umožnit si zaplatit např. osobního asistenta pro své dítě, zorganizovat mu i zpestřit volný čas, psychicky i fyzicky odlehčit rodičům, vnést do rodiny nový pozitivní prvek a minimalizovat tak vznik a rozvoj sekundárně psychopatických i sociálně patologických jevů.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1) ADVICE.CZ. *Geografické údaje a dopravní spojení* [online]. c2005 , 1.11.2005 [cit. 2008-04-07]. Dostupný z WWW: <http://www.mucl.cz/mesto-ceska-lipa/informace-pro-investory/geograficke-udaje/geograficke-udaje-a-dopravni-napojeni.html>.

2) *Aktivity a služby* [online]. 2005 , 9.4.2006 [cit. 2008-03-04]. Dostupný z WWW: <http://www.hyperaktivita.cz/aktivity-a-sluzby/>.

3) ČAČKA, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. 1. vyd. Brno: Doplněk, 2000. 377 s. ISBN 80-7239-060-0.

4) ČERNÁ, M. et al. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 224s. ISBN 80-7184-880-8.

5) Český statistický úřad. *Veřejná databáze ČSÚ: MOS* [online]. c2008 , 6.6.2008 [cit. 2008-06-14].Dostupný z WWW: <http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabdetail.jsp?cislotab=MOS+ZV01&kapitola_id=5&kontext=t&razeni=ta&pro_3260478=561380>.

6) DRTILOVÁ, J.-KOUKOLÍK, F. *Odlišné dítě*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1994. 134 s. ISBN 80-7021-097-4.

7) EDELSBERGER, L. et al. *Defektologický slovník*. 3. vyd. přeprac. a uprav. Jinočany: H&H , 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.

8) *Facts About Us* [online]. 2007 , 13.7.2007 [cit. 2008-03-04]. Dostupný z WWW: <http://www.adhd-foreningen.no/>.

9) HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. 221 s. ISBN 80-85850-45-1.

10) JUCOVIČOVÁ, D. - BUDÍKOVÁ, J. Individuální vzdělávací plán a děti se specifickými poruchami učení a chování. In: KUCHARSKÁ, A. - CHALUPOVÁ , E. *Specifické poruchy učení a chování : Sborník 2005*. 1. vyd. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. s. 100-107. ISBN 80-8656-13-5.

11) KAVALE-PAZLAROVÁ, M. - PILAŘOVÁ, M. Psychoterapeutické přístupy k dětem s LMD In: Kucharská, A. *Specifické poruchy učení a chování : Sborník 1999*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. s. 76-84. ISBN 80-7178-294-7.

12) KEOGH, Barbara K. *Temperament ve třídě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 176 s. ISBN 978- 80-247-1504-9.

13) KERR, S. *Dítě se speciálními potřebami*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 165 s. ISBN 80-7178-147-9.

14) KOCUROVÁ, M. Integrace žáků se specifickou poruchou učení v kontextu klíčových kompetencí. In: KUCHARSKÁ, A.- CHALUPOVÁ, E. *Specifické poruchy učení a chování : Sborník 2005*. 1. vyd. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. s. 20-36. ISBN 80-8656-13-5.

15) *Kontakt* [online]. 2005 [cit. 2008-03-04]. Dostupný z WWW: <http://www.dyscentrum.org/>.

16) KOŠNAROVÁ, J. *Problematika dětí se syndromem ADHD se zaměřením na předškolní věk*. Ústí nad Labem, 2002. 61 s. Bakalářská práce na Fakultě sociálně ekonomické Univerzity Jana Evangelisty Purkyně na katedře sociální práce. Vedoucí práce Ivana Veltrubská.

17) KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti* [online]. c2002-2008 [cit. 2008-03-04]. Dostupný z WWW: <http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm>.

18) KRATINOVÁ, Š. *Kontakt* [online]. c2004 , 8.2.2008 [cit. 2008-03-04]. Dostupný z WWW: <http://www.czechdyslexia.cz/>.

19) KRAUSOVÁ, D. Činnost DYS-centra Praha In: Kucharská, A. *Specifické poruchy učení a chování: Sborník 1999*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. s. 98-100. ISBN 80-7178-294-7.

20) KRAUSOVÁ, D.- KREJČOVÁ, L. 10 let od založení pražského DYS-centra aneb slovy pana profesora Matějčka: "Jak to všechno začalo...". In: KUCHARSKÁ, A.-CHALUPOVÁ, E. *Specifické poruchy učení a chování : Sborník 2005*. 1. vyd. Praha : Instit pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. s. 184-187. ISBN 80-8656-13-5.

21) MATĚJČEK, Z.-VÁGNEROVÁ, M. *Sociální aspekty dyslexie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. 271 s. ISBN 80-246-1173-2.

22) MATĚJČEK, Z.-DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 214 s. ISBN 80-85824-06-X.

23) MRÁZOVÁ, E. *Úvod do studia speciální pedagogiky*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Ped.F UJEP, 1998. 95 s. ISBN 80-7044-168-2.

24) NEDVĚDOVÁ, S. Činnost DYS-centra Praha In: Kucharská, A. *Specifické poruchy učení a chování: Sborník 2000*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 145-146 s. ISBN 80-7178-389-7.

25) NOVOTNÁ, M.-KREMLIČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1. vyd. Praha: SPN, 1997. 115 s. ISBN 80-85937-60-3.

26) O'DELL, Nancy E.-COOK, Patricia A. *Neposedné dítě.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 140 s. ISBN 80-7167-899-7.

27) PACLT, I. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4.

28) PEŠOVÁ, I.- ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216-4.

29) PILAŘOVÁ, M.-KAVALE-PAZLAROVÁ, M. ADHD a ADD – Reflexe z odborné literatury 90. let In: Kucharská, A. *Specifické poruchy učení a chování: Sborník 1999*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. s. 18-31. ISBN 80-7178-294-7.

30) POKORNÁ, V. *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení*. 1. vyd. Praha : Portál, 1997. 312 s. ISBN 80-7178-135-5.

31) PREKOPOVÁ, J. *Malý tyran*. 3. vyd. Praha: Portál, 1999. 156 s. ISBN 80-7178-319-6.

32) PREKOPOVÁ, J.-SCHWEIZER, Ch. *Neklidné dítě: Co vlastně děti potřebují*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 143 s. ISBN 80-7178-019-7.

33) PTÁČEK, R.- PEMOVÁ, T. Model komplexní péče o děti s AD(H)D Hyperaktivita, o.s.. In: KUCHARSKÁ, A.- CHALUPOVÁ, E. *Specifické poruchy učení a chování : Sborník 2005*. 1. vyd. Praha : Instit pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. s. 188-192. ISBN 80-8656-13-5.

34) PURROVÁ, J. *Potřeby rodin s hyperaktivním dítětem mladšího školního věku.* Praha, 2008. 89 s. Bakalářská práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy na katedře sociální práce. Vedoucí práce Olga Havránková.

35) RIEF, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 251 s. ISBN 80-7178-287-4.

36) *Rodina a děti : Oční test pro diagnostiku lehké mozkové dysfunkce dětí* [online]. 2005 [cit. 2008-03-04]. Dostupný z WWW: <http://www.rodina-deti.doktorka.cz/ocni-test-pro-diagnostiku/>.

37) ŘÍČAN, P.-KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 398 s. ISBN 80-7169-168-2.

38) SAGI, A. *Problémové děti v mateřské škole: Výchova dětí od 3 do 8 let.* 1. vyd. Praha: Portál, 1995. 102 s. ISBN 80-7178-067-7.

39) SELIKOWITZ, M. *Dyslexie a jiné poruchy učení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. 136 s. ISBN 80-7169-773-7.

40) SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učením a chováním*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 149 s. ISBN 80-7178-315-3.

41) ŠLAPAL, R. *Dětská neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 1996. 42 s. ISBN 80-85931-17-6.

42) TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 164 s. ISBN 80-7178-131-2.

43) TYL, J. *Nemoci : LMD-lehká mozková dysfunkce* [online]. 1999 [cit. 2008-03-04]. Dostupný z WWW: <http://nemoci.doktorka.cz/lmd---lehka-mozkova-dysfunkce/.

44) VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 430 s. ISBN 80-246-1074-4.

45) VALENTA, M. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2003. 322 s. ISBN 80-244-0698-5.

46) VÍTKOVÁ, M. et al. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. 181 s. ISBN 80-85931-51-6.

47) *Výběr z adresáře škol a školských zařízení* [online]. 2002 , 14.4.2008 [cit. 2008-04-20]. Dostupný z WWW: <http://founder.uiv.cz/registr/vybskolr.asp>.

48) ZAJÍC, P. *Poradna pro rodinu a mezilidské vztahy Česká Lípa* [online]. c2004-2006 [cit. 2008-06-18]. Dostupný z WWW: <http://www.csslk.cz/index.php?id=4>.

49) *Základní škola* [online]. 2003 , 15.6.2008 [cit. 2008-06-18]. Dostupný z WWW: <http://www.skolaklic.cz/index.php?akce=sekca&sekce=57>.

50) ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 208 s. ISBN 80-7178-544-X.

51) ZELINKOVÁ, O. ADHD - Terminologie, projevy, intervence In: Kucharská, A. *Specifické poruchy učení a chování: Sborník 2000*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 23-27. IBN 80-7178-389-7.

52) ZELINKOVÁ, O. - KUCHARSKÁ, A. Česká společnost "Dyslexie". In: KUCHARSKÁ , A.- CHALUPOVÁ , E. *Specifické poruchy učení a chování : Sborník 2005*. 1. vyd. 2006 : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. s. 108-184. ISBN 80-8656-13-5.

53) ŽÁČKOVÁ, H. Práce školního psychologa ve speciální škole pro žáky se specifickými poruchami učení. In: KUCHARSKÁ, A.- CHALUPOVÁ, E. *Specifické poruchy učení a chování*. 1. vyd. Praha : Instit pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. s. 158-160. ISBN 80-8656-13-5.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

ADHD
hyperaktivita
lehká mozková dysfunkce
občanská sdružení
poruchy pozornosti
specifické poruchy chování
svépomocné skupiny

9. PŘÍLOHY

Přílohy:

Příloha 1 – Dotazník pro rodiče

Příloha 2 – Škála Connersové pro rodiče: Dotazník pro rodiče

Příloha 3 – Škála Connersové: Dotazník pro učitele

Příloha 1

DOTAZNÍK PRO RODIČE

Vážení rodiče,

jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je podkladem pro moji diplomovou práci na téma: *Problematika dětí s ADHD a SPU a její řešení formou svépomocných skupin*. Cílem této práce je popsat problematiku dětí s hyperkinetickým syndromem a zaměřit se na současnou situaci v regionu Česká Lípa. Dotazník je anonymní a veškerá získaná data budou využita pouze pro účely mé diplomové práce.

Jak dotazník vyplnit?:

U otázek s volbou - zakroužkujte, prosím, Vámi zvolenou odpověď

U volných otázek – napište vlastními slovy Vaši odpověď do vyznačených řádků

V případě, že jste dotazník už jednou vyplnili (např. v pedagogicko-psychologické poradně či u odborného lékaře), znovu dotazník nevyplňujte.

Předem děkuji za Váš čas, ochotu i spolupráci.

Bc. Jana K o š n a r o v á

Dotazník vyplňuje:

- Matka
- Otec
- Prarodič
- Pěstoun
- Jiné …….. Kolik je Vám, prosím, let? ……..

1) Dítě, se kterým navštěvujete poradnu s ADHD diagnózou, je:
   - Chlapec
   - Dívka

2) Kolik je mu/jí let (prosím přesný věk ve tvaru let + měsíců)? .....

3) V kolika letech byla u Vašeho dítěte diagnostikována porucha ADHD?

- v předškolním věku (3-6/7 let)
- v mladším školním věku (3/7-11 let)
- ve starším školním věku (11-14 let)

4) Vyskytla se porucha i u dalšího člena / dalších členů rodiny?

- ANO (uveďte u koho – matka, otec, bratr, sestra…) ……..
- NE

5) Kdo Vás první upozornil na skutečnost, že Vaše dítě může mít tuto poruchu?

- pedagogický pracovník (MŠ, ZŠ, apod.)
- pediatr
- lékař specialista (jaký)…….
- psycholog
- pracovník sociálních služeb (jaký)……..
- někdo jiný (kdo)……..

6) Byli jste zároveň s tímto upozorněním informováni o tom, kam se máte obrátit o radu (pomoc)?

- ANO
- NE

7) Kým byla definitivně ADHD diagnostikována?

- pedagogicko-psychologická poradna
- zdravotnické zařízení (dětský neurolog, psychiatr)
- jiné (kde) …….

8) Jak dlouhá doba uplynula od prvních náznaků potíží souvisejících s ADHD k definitivnímu potvrzení diagnózy?

- do 6 měsíců
- do 12 měsíců
- více jak 12 měsíců

9) Byly u Vašeho dítěte diagnostikovány nějaké další vývojové a psychické potíže?

- NE
- ANO
    - dyslexie
    - dysgrafie
    - dyskalkulie
    - dysortografie
    - logopedické potíže
    - specifická porucha chování
    - poruchy spánku
    - jiné psychické obtíže (jaké) ……

10) Bylo Vaše dítě v minulosti v souvislosti s ADHD medikováno?

- ANO
- NE

11) Je v současné době dítě v souvislosti s ADHD medikováno?

- ANO
- NE

12) Má Vaše dítě v souvislosti s diagnostikovanou ADHD odlišný režim ve škole?

- NE
- ANO
    - Dítě má individuální plán v rámci běžné třídy

- Dítě navštěvuje speciální třídu / školu
- Dítě využívá služeb osobního asistenta
- Domácí výuka
- Jiné ……..

13) Byli jste, dle Vašeho názoru, dostatečně informováni o možných formách integrace Vašeho dítěte v rámci vzdělávacího systému?

- o ANO
- o NE

14) Považujete formu podpory ve vzdělávání, které se nyní Vašemu dítěti dostává, vzhledem k jeho vzdělávacím potřebám za dostačující?

- o ANO
- o NE

15) Navštěvuje Vaše dítě školní družinu?

- o ANO - A jste s družinou spokojen? ANO – NE
- o NE - A proč? ……

16) Absolvovalo Vaše dítě někdy nápravné programy, které by měly pomoci odstranit nežádoucí projevy ADHD?

- o ANO
- o NE

17) Jaké programy to byly?

- o Nácvik pozornosti, paměti (KUPOZ apod.)
- o Biofeedback
- o Trénink sociálních dovedností
- o Individuální terapie
- o Jiné ……..

18) Byli jste spokojeni s výsledky těchto programů?

- o ANO
- o NE – Popište, prosím, stručně důvod Vaší nespokojenosti: …….

19) Kde nejčastěji získáváte informace související s problematikou ADHD a výchovou Vašeho dítěte?

- o od odborného lékaře dítěte (neurolog, psychiatr)
- o ve školském zařízení (učitel, výchovný poradce, školní psycholog)
- o v pedagogicko-psychologické poradně
- o v rámci jiných služeb, které využíváte: ……..
- o samostudiem (knihy, internet, časopisy apod.)
- o od občanského sdružení či svépomocné skupiny

20) Domníváte se, že v současné době máte dostačující informace o problematice ADHD?

- o ANO
- o NE

21) Pokud ne, jaká forma vzdělávání / osvěty by Vám nejvíce pomohla?

- o brožury, letáky
- o pravidelný zpravodaj (tištěný, elektronický)
- o přednášky a kurzy pro rodiče
- o telefonní nebo internetová poradna
- o setkávání s dalšími rodiči s dětmi s ADHD (svépomocné skupiny, víkendová setkání apod.)
- o jiné ……..

22) Využíváte v současné době nějaké služby, které Vám pomáhají v souvislosti s péčí o Vaše dítě s ADHD?

- ANO
- NE

23) Jakých služeb konkrétně v současné době využíváte?

- výchovné poradenství
- terapie
    - pro dítě
    - pro rodiče
- volnočasové aktivity pro děti s ADHD
- svépomocné a podpůrné skupiny pro rodiny s dětmi s ADHD

24) Služby, které využíváte, jsou nabízeny:

- školou
- pedagogicko-psychologickou poradnou
- střediskem výchovné péče
- úřadem (jakým) ……..
- nestátní neziskovou organizací či občanským sdružením
- jiné (jakým) …….

25) Jste spokojeni s nabídkou služeb poskytovaným rodinám s hyperaktivními dětmi?

- ANO
- NE

26) Existují nějaké objektivní překážky, které Vám brání ve větším využívání těchto služeb?

- jejich nízká kapacita
- jejich nedostupnost (časová, místní)
- jejich finanční náročnost

- jejich nekvalita
- jiné ……..

27) Které služby Vám scházejí? …….
…….
…….

28) Slyšel(a) jste již někdy o svépomocných skupinách či občanských sdruženích?

- ANO (v jaké souvislosti) …….
- NE

29) Co si myslíte, že Vám může nabídnout svépomocná skupina či občanské sdružení?
…….
…….

30) Měl(a) byste zájem, aby v České Lípě vznikla svépomocná skupina pro rodiče dětí s ADHD nebo občanské sdružení:

- ANO
- NE
- NEVÍM

31) V případě, že by svépomocná skupina či občanské sdružení v České Lípě vznikly, co konkrétního byste od toho očekával(a)?
……
……
…….