

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDEJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Martina Kratochvílová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Vliv sociálního prostředí na děti s diagnózou ADHD
význam informovanosti rodičů a učitelů
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Abstract

Social Environment Influence on Children with ADHD Diagnosis (Importance of Awareness among Parents and Teachers)

ADHD syndrome diagnostics in children represents a demanding trial for parents, teachers, peers and the society in general nowadays. And for a child with ADHD syndrome as well of course, as it causes a lot of problems with inclusion into the society. It is important for parents, teachers but for the society in general to be sufficiently informed on ADHD syndrome and to be able to create favourable environment, in which the child development may be positively affected by outpatient treatment.

This thesis deals with the problems of social environment influence on a child with ADHD diagnosis. It was aimed at mapping awareness of ADHD syndrome among parents and teachers.

The quantitative research method by means of questioning was applied on the data processing. Questionnaires were distributed among primary school children parents and primary school teachers in South Bohemia. The questionnaires were anonymous, voluntary and contained 30 semi-open and closed questions for parents and teachers. 100 of 100 questionnaires distributed among parents and 70 of 75 questionnaires distributed among teachers were used for the research. The questionnaire return was high, 100% among parents and 93% among teachers.

Hypothesis H1 “Parents seek for help of specialists for children with ADHD symptoms” has been confirmed. Hypothesis H2 “Teachers are well informed on ADHD issues” has been confirmed either. Hypothesis H3 “Teachers are able to advise parents where to find specialist assistance” has also been confirmed by the research. The awareness of the issues of applying special approach to children and cooperation between parents and teachers has proven well but its practical application is low. The research also shows that the opinion of most of the teachers, that ADHD syndrome is often perceived as an excuse for an ill-bred child nowadays is a big problem. Most of the parents are also convinced that teachers do not apply special approach to children with ADHD syndrome. Education in the field of complex approach in the care about children suffering from ADHD syndrome based on open communication between school and parents should be improved. Cooperation with external experts will be an integral part.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „*Vliv sociálního prostředí na děti s diagnózou ADHD – význam informovanosti rodičů a učitelů*“ 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 bakalářské 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 7. 5. 2010

Poděkování

Děkuji MUDr. Josefovi Křížovi za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a připomínky při zpracování této bakalářské práce.

ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 HISTORIE ADHD.....	8
1.1.1 z hlediska diagnózy.....	8
1.1.2 z hlediska přístupu.....	9
1.2 ADHD – POJEM.....	9
1.3 ADHD – EPIDEMIOLOGIE	9
1.4 ADHD – ETIOLOGIE	9
1.4.1 genetické faktory	10
1.4.2 negenetické faktory.....	10
1.5 ADHD – KLINICKÝ OBRAZ.....	11
1.5.1 Kojenecký věk.....	11
1.5.2 Batolecí věk	11
1.5.3 Předškolní věk	11
1.5.4 Školní věk.....	11
1.5.5 Adolescence	12
1.5.6 Dospělost.....	12
1.6 ADHD – CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍCH PŘÍZNAKŮ.....	12
1.6.1 Porucha pozornosti	12
1.6.2 Hyperaktivita.....	13
1.6.3 Impulzivita.....	13
1.6.4 Vedoucí symptomy dle četnosti výskytu.....	13
1.7 ADHD – CHARAKTERISTIKA PŘIDRUŽENÝCH PŘÍZNAKŮ	14
1.7.1 Různá výkonnostní odchylnost při plnění úkolů.....	14
1.7.2 Zdravotní problémy	14
1.7.3 Poruchy spánku	14
1.8 ADHD – KOMORBIDITA	14
1.8.1 Poruchy školních dovedností.....	14
1.8.2 Porucha opozičního vzdoru.....	14
1.8.3 Poruchy chování.....	15
1.8.4 Úzkostné poruchy	15
1.8.5 Poruchy nálady	15
1.8.6 Tiková porucha.....	15
1.8.7 Zneužívání drog a alkoholu.....	15

1.9	ADHD – DIAGNOSTIKA	16
1.9.1	<i>Diagnostika dle klasifikačních systémů.....</i>	16
1.9.2	<i>Diagnostika dle vyšetření u odborných pracovníků.....</i>	16
1.9.3	<i>Diagnostika dle zobrazovacích vyšetřovacích metod.....</i>	17
1.10	ADHD – LÉČBA	17
1.10.1	<i>Farmakoterapie.....</i>	17
1.10.2	<i>Psychoterapie.....</i>	18
1.10.3	<i>Léčebná, výchovná a sociální opatření.....</i>	19
1.10.4	<i>Rodič a jeho role v léčbě ADHD.....</i>	20
1.10.5	<i>Škola a role učitele v léčbě ADHD.....</i>	21
1.10.6	<i>Edukace jako součást komplexní léčby ADHD.....</i>	22
1.11	ADHD – KAZUISTIKA	23
1.11.1	<i>Kazuistika - Selhání sociálního prostředí – hospitalizace v psychiatrické léčebně.....</i>	23
1.11.2	<i>Kazuistika – Pozitivní sociální prostředí – ambulantní léčba.....</i>	25
2.	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	28
2.1	CÍL PRÁCE	28
2.2	HYPOTÉZY.....	28
3.	METODIKA	29
3.1	METODIKA PRÁCE	29
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	29
4.	VÝSLEDKY.....	30
5.	DISKUZE.....	90
6.	ZÁVĚR.....	93
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	94
8.	KLÍČOVÁ SLOVA	97
9.	PŘÍLOHY	98
9.1	DOTAZNÍK PRO RODIČE	98
9.2	DOTAZNÍK PRO UČITELE	104

MOTTO:

„Čiň druhým, co chceš, aby druzí činili tobě.

Nečiň jiným, co nechceš, aby činili tobě. „

(Konfucius)

Úvod

Děti, kterým byl diagnostikován syndrom ADHD, představují pro rodiče, učitele, vrstevníky a celkově pro společnost náročnou zkoušku. Ale i těmto dětem ADHD způsobuje řadu problémů při inkluzi do společnosti. Rodiče, kteří jsou dobře informováni o diagnóze ADHD, musí stále myslet na to, co bude následovat a musí být připraveni ve střehu, musí stále předvídat. Okolím, které není dobře informováno o diagnóze ADHD, je dítě většinou vnímáno jako hrozná, nevychovaná, způsobující problémy. Proto si dítě s těmito obtížemi za čas utvoří názor, že ať něco udělá tak nebo tak, stejně to bude špatně. Důležité je, aby si společnost uvědomila, že toto dítě není ani zlomyslné, nevychované nebo hloupé, ale že trpí ADHD poruchou (hyperkinetickou poruchou = porucha aktivity a pozornosti), která se projevuje narušenou schopností soustředěné pozornosti, nadměrnou aktivitou a impulzivitou. Jde tedy o neurovývojovou poruchu. Takové dítě vyžaduje specifické přístupy a komplexní léčbu ADHD poruchy. Společnost by měla vědět, že ADHD porucha je lékařská diagnóza a není to omluva pro nevychované dítě, které by si tuto „nálepku“ neslo celým svým životem. Dalším důvodem pro zamyšlení nad léčbou jsou důsledky této poruchy, které mohou bez léčby, podpory rodiny a spolupráce s učitelem vést až k poruše osobnosti. U těchto dětí jejich nepřiměřená reaktivita často vyvolává problémy v sociálním prostředí. Sociální prostředí má velký význam na léčbu ADHD. Pokud rodina vyhledá pomoc odborníků a dokáže vytvořit příznivé sociální prostředí, je možno ambulantní léčbou velmi pozitivně ovlivnit vývoj dítěte. Pokud rodina nezvládne tuto situaci, může dojít až k hospitalizaci dítěte v psychiatrické léčebně.

Tato práce by měla zjistit vliv sociálního prostředí na děti s diagnózou ADHD - význam informovanosti rodičů a učitelů o problematice ADHD. Výsledky by měly ukázat, jestli rodiče a učitelé jsou dobře informováni o dané problematice. Zda v případě potřeby dovedou učitelé při činnostech s dětmi trpícími ADHD poruchou využít speciálních přístupů a zda umí poradit rodičům, jak a kde mohou vyhledat pomoc odborného pracovníka. A zdali rodiče spolupracují s učitelem a následně odbornou pomoc vyhledávají.

1. Současný stav

1.1 Historie ADHD

1.1.1 z hlediska diagnózy

Žádná psychiatrická diagnóza neprodělala tolik změn v názvu jako ADHD. První záznamy o tomto onemocnění jsou z 30. let minulého století, kdy byla u velmi neklidných dětí stanovena diagnóza „syndrom duševní poruchy v mozku“. V roce 1937 Dr. Charles Bradley (USA) poprvé použil k léčbě hyperkinetických dětí simulanty (dexamphetamine). Od roku 1950 prudce stoupá počet prací, které popisují možnou lokalizaci poškození mozkové tkáně ve vztahu k chování a jednání dětí – Laufer et al. (1957), Birch et al. (1960), Clements (1966). V roce 1956 byl uveden na trh lék Ritalin (methylfenidát). U nás můžeme první zmínky o tomto onemocnění najít v 50. letech, kdy tým pracovníků Sociodiagnostického ústavu a později dětské psychiatrické poradny KÚNZ, pečlivě sledoval anamnézy a drobné antropologické, somatické, smyslové a neurologické nálezy, které vysvětloval centrální poruchou vzniklou v nejranějším věku. Pro tuto poruchu používal pediatr MUDr. Karel Macek označení Lehké poškození CNS. V roce 1961 psychiatr MUDr. Kučera popsal a rozdělil charakteristické příznaky u vyšetřovaných dětí a zdůvodnil, proč dochází u těchto dětí ke školnímu selhávání. Navrhl pro ně různé terapeutické programy a své poznatky shrnul do monografie Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích.(LDE)¹ V 70. letech popsala prof. MUDr. Třesoňková termín LMD – lehká mozková dysfunkce (v angličtině se používal termín minimal brain damage – MDB). Všechny termíny LDE, LDM a MDB byly až do konce 90. let používány smíšeně. Dřívější užívané diagnózy LDE a LMD se snažily vystihnout etiologii nemoci. Ke konci minulého století byl ze všech symptomů hyperkinetického syndromu vyzdvižen nejpodstatnější příznak týkající se pozornosti, ke kterému byl přidán příznak hyperaktivity a nazývá se ADHD – Attention Deficit Hyperaktivity Disorder – porucha aktivity a pozornosti. Současný název ADHD vychází z popisovaných příznaků poruchy. Na začátku 3. tisíciletí je u nás používána diagnóza z MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) porucha aktivity a pozornosti - F90.0, která je podskupinou hyperkinetické poruchy - F90. V České republice se pro tuto poruchu ještě někde v terénu užívá termín LMD.

¹ TŘESOŇKOVÁ, Zdeňka a kolektiv. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 11 s. 08-047-86

1.1.2 z hlediska přístupu

Projevy a reakce těchto dětí jsou popisovány již od začátku minulého století. Zpočátku byla informovanost rodičů a učitelů nedostatečná, proto byly tyto děti často považovány za neposlušné, zlobivé, nevychované, častěji byly trestány a stávaly se terčem posměchu pro sociální okolí. Přestože většinou šlo o děti s průměrnou nebo nadprůměrnou inteligencí, byly často přeřazovány do zvláštních škol, protože osnovy základní školy nezvládaly. Dnes již víme, že základ této poruchy není způsoben výchovou, ale jde o neurovývojovou poruchu. Při včasné diagnostice, léčbě, speciálních přístupech rodičů, učitelů a celkově pozitivním sociálním prostředí, se dítě dokáže lépe soustředit, využít svých schopností a zlepšit vztahy se svým okolím.

1.2 ADHD – pojem

„Jde o anglickou zkratku **attention deficit hyperaktivity disorder** – porucha pozornosti s Hyperaktivitou“.²

1.3 ADHD – epidemiologie

Vyskytuje se přibližně u 3 až 5 % dětí. Častěji bývá u chlapců než u dívek, udává se poměr 6 : 2. Jde o jednu z nejčastějších příčin psychiatrické léčby v dětském věku.

1.4 ADHD – etiologie

Porucha má pravděpodobně více příčin, ale jasná příčina není dosud známa. Na vzniku poruchy se podílejí genetické a negenetické faktory. Její vývoj může být ovlivněn negativními zevními vlivy z okolí.

² VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. 5 vyd. Praha: Maxdorf, 2005, s. 13. ISBN 80-7345-058-5

1.4.1 genetické faktory

Tyto faktory jsou vysoce pravděpodobné a podstatnější

- Pravděpodobnost výskytu - pokud se v rodině vyskytly poruchy pozornosti a hyperaktivity, je u jejich potomků nebo sourozenců, vyšší riziko výskytu této poruchy
- Genetické studie - uvádějí 11 – 18krát vyšší riziko vzniku ADHD poruchy u jednovaječných dvojčat než u dvojčat dvojvaječných
- Pozitivní adopční studie - zde si musíme uvědomit, že výchova nemá vliv na vznik diagnózy ADHD, ale může ovlivnit její vývoj. Hyperkinetický rodič nemůže přenést hyperaktivitu na své adoptivní dítě, ale může svým jednáním a chováním ovlivnit jeho vývoj
- Heritabilita – dědivost, je míra dědičné složky na utváření fenotypu jednotlivého znaku. (fenotyp = pozorovatelná vlastnost jedince, je výsledkem jeho dědičných vloh a působení zevního prostředí). Vyjádření fenotypu má vždy složku genetickou, ale také nedědičnou – vlivy prostředí, sociální dědičnost

1.4.2 negenetické faktory

- Kouření, užívání alkoholu a drog během těhotenství
- Problémové těhotenství nebo porod
- Předčasný a protrahovaný porod, nízká porodní váha
- Perinatální komplikace – hypoxie mozku – nedostatek kyslíku v mozku, traumata – poškození mozku v průběhu porodu
- Poškození mozku v dětství – drobná poškození centrální nervové soustavy v časných vývojových obdobích (zvláště v prefrontální oblasti)
- Vlivy ekologické – zvýšený spad těžkých kovů a radioaktivity
- Snížená hladina neurotransmiterů - dopaminu, noradrenalinu a serotoninu – dopamin řídí soustředění pozornosti, noradrenalin reguluje vzrušení a serotonin řídí impulsy, jejich dodáním do těla pomocí léků, lze ovlivnit jednání dítěte³

³ PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha chování a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 30 s. ISBN 978-80-247-1426-4

1.5 ADHD – klinický obraz

Klinické příznaky ADHD jsou diagnostikovány ve všech věkových obdobích od dětství až po dospělost. Příznaky poruchy nejsou ve vývojových obdobích ustálené, protože symptomy závisí na stádiu vyzrání mozku.

1.5.1 Kojenecký věk

- Poruchy biorytmů, spánková inverze – přes den spí, v noci pláče
- Nepravidelná a častá potřeba jídla s častým zvracením
- Zvýšená dráždivost, nadměrná pohyblivost, celkový neklid
- Psychomotorický vývoj může být opožděný, normální nebo urychlený

1.5.2 Batolecí věk

- Nadměrná pohyblivost – „dítě jak z myších ocásků“
- Nerozezná nebezpečí – časté úrazy (opaření)
- Dlouhá fáze vzdoru, záchvaty vzteku
- Onychofagie – okusování nehtů
- Nevydrží u hry, neudrží pozornost

1.5.3 Předškolní věk

- Problémy v Mateřské školce – dítě je divoké, působí neukázněně
- Odbíhá od jedné činnosti ke druhé
- Snížená frustrační tolerance
- V kolektivu je dráždivý, předvádí se a objevuje se agresivita

1.5.4 Školní věk

- Nejobtížnější období, dítě obtížně reaguje na udržení klidu a pozornosti
- Dominantní se stává porucha v kognitivní oblasti
- Selhávání v prospěchu i při dobrém intelektu
- Pocity neúspěšnosti, selhání
- Hledání aktivit, ve kterých vyniká – poutání pozornosti, rozvoj poruch chování

1.5.5 Adolescence

- Klinické příznaky mohou být částečně kompenzovány – zráním mozku
- Impulzivita
- Neuvážené riskování v různých oblastech
- Sociální maladaptace, poruchy chování, experimentování s návykovými látkami
- Poruchy sebehodnocení

1.5.6 Dospělost

- Narušení záměrné pozornosti okolními podněty
- Perzistence je u 40 – 60 %
- Nedostatek seberegulace s následnou impulzivitou
- Časté střídání zaměstnání, partnerů
- Sociální maladaptace spojená s kriminalitou, užívání návykových látek ⁴

1.6 ADHD – charakteristika základních příznaků

1.6.1 Porucha pozornosti

Děti, u kterých byla diagnostikována porucha ADHD, mají problémy s udržením pozornosti spojené se soustředěním, které je zaměřené na vypracování zadaného úkolu. Jejich pozornost je velmi snadno odvedena k jinému podnětu.

Projevy:

- dítě se obtížně koncentruje
- dítě není schopno udržet pozornost
- dítě nedokončuje započaté činnosti
- dítě se vyhýbá úkolům vyžadujícím velké mentální úsilí
- dítě často chybuje z nepozornosti
- dítě je nepořádné, roztržité, ztrácí věci, dítě často zapomíná

⁴ KRÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská universita, 2000. 45 s. ISBN 80-7040-386-1

1.6.2 Hyperaktivita

Děti s ADHD poruchou jsou motoricky neposedné, patrné jsou pohyby těla. Tyto pohyby se vyskytují běžně, nesouvisí se zadanou úlohou, jsou nepotřebné a v dané chvíli působí bezúčelně. Při komunikaci je u nich pozorován nadměrný řečový projev.

Projevy:

- dítě provádí neúčelné nadbytečné pohyby, stále je v pohybu
- dítě je neposedné, nevydrží sedět na místě, pobíhá
- dítě obtížně zachovává klid
- dítě je mnohmluvné, hlučné, vyrušuje

1.6.3 Impulzivita

U dětí s ADHD poruchou se impulzivita projevuje jako sklon jednat náhle, bez adekvátního důvodu a nedostatečné kontroly nad následkem. S tím souvisí i zvýšené riziko úrazu.

Projevy:

- dítě má sklon jednat rychle, bez adekvátního důvodu
- dítě odpověď vyhrkne bez přemýšlení
- dítě přerušuje ostatní a skáče jim do řeči
- dítě je dráždivé a výbušné
- dítě nedbá na společenské zvyklosti

1.6.4 Vedoucí symptomy dle četnosti výskytu

- Poruchy pozornosti – 94%
- Emocionální labilita – 83%
- Hyperaktivita – 80% (u 20% se může objevit hypoaktivita)
- Lehké neuropatické příznaky a abnormní EEG – 70%
- Poškození percepce a tvoření pojmů – 67%
- Sklon k impulzivnímu jednání - 63%⁵

⁵ KŘÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská universita, 2000. 46 s. ISBN 80-7040-386-1

1.7 ADHD – charakteristika přidružených příznaků

1.7.1 Různá výkonnostní odchylnost při plnění úkolů

U dětí s ADHD bývá často udávána značná odchylnost při úkolové či pracovní výkonnosti v průběhu času. Výkony jsou proměnné od pokusu k pokusu nebo ze dne na den, učitelé i rodiče uvádějí nestálost.

1.7.2 Zdravotní problémy

- Strabismus – obecný pojem pro všechny formy šilhavosti
- Zhoršená motorická koordinace, zvláště jemné motoriky
- Enuréza – pomočování
- Úrazy

1.7.3 Poruchy spánku

Děti s diagnózou ADHD mají v prvních letech života poruchy spánku, bývá uváděna spánková inverze. Starší děti naopak obtížně usínají a před usnutím mají potřebu provádět kývavé pohyby hlavou ze strany na stranu, dále se objevují problémy s častým probouzením.⁶

1.8 ADHD – komorbidita

1.8.1 Poruchy školních dovedností

- Dyslexie – dítě má obtíže se čtením
- Dysgrafie – dítě má obtíže převést slyšené slabiky do psaného textu
- Dyskalkulie – dítě má obtíže s jednoduchými matematickými úkony
- Dysortografie – dítě má obtíže při psaní s pravopisem⁷

1.8.2 Porucha opozičního vzdoru

U těchto dětí je charakteristická vzdorovitost zejména vůči autoritě, hádky s dospělými, aktivní a záměrné porušování pravidel, podrážděnost a hádavost.

⁶ PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha chování a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 20 s. ISBN 978-80-247-1426-4

⁷ EDELSBERGER, Ludvík, a kolektiv. *Defektologický slovník* 3. vyd.. Praha: HaH, 2000. 82,81, 84 s. ISBN 80-86022-76-5

1.8.3 Poruchy chování

U těchto dětí je charakteristická neúcta k právům, majetku a zdraví druhých, zejména slabších. Toto chování se projevuje verbální a brachiální agresivitou, destruktivitou, záškoláctvím, útekami a toulkami.

1.8.4 Úzkostné poruchy

Tyto děti cítí napětí nebo mají strach v souvislosti s nějakou situací, někdy i bez zjevné příčiny. Tyto obtíže jsou provázeny tělesnými projevy jako je bušení srdce, bolesti břicha, pocení či třes.

1.8.5 Poruchy nálady

Poruchy nálad se mohou vyskytnout v podobě deprese, která je charakteristická smutnou nebo podrážděnou náladou, nezájmem o aktivity a plačtivostí. Bipolární afektivní poruchou, která se vyznačuje střídáním epizod zhoršené nálady a období, kdy pacient je plný energie, má zrychlené myšlení a celkově se chová hyperaktivně.

1.8.6 Tiková porucha

V určitých situacích se mohou objevit mimovolné a opakující se projevy v podobě pohybů nebo zvuků – pomrkávání, pokašlávání, záškuby těla.

1.8.7 Zneužívání drog a alkoholu

Z důvodu neúspěchu a opakovaného selhání hledá dítě východisko a útěchu v alkoholu, cigaretách, někdy experimentují s marihuanou a dalšími drogami.⁸

⁸ GOETZ, Michal, UHLÍKOVÁ, Petra. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 78 s. ISBN 978-80-7262-630-4

1.9 ADHD – Diagnostika

Diagnostika hyperkinetického syndromu - ADHD u dětí, představuje rozsáhlý a složitý úkol.

1.9.1 Diagnostika dle klasifikačních systémů

- Evropský klasifikační systém MKN-10, stačí přítomnost 1 okruhu příznaků ADHD (nepozornost, hyperaktivita, impulzivita)
- Americký klasifikační systém DSM-IV, nutné všechny 3 okruhy příznaků ADHD (nepozornost, hyperaktivita, impulzivita)

1.9.2 Diagnostika dle vyšetření u odborných pracovníků

- Dětský psychiatr – ke stanovení diagnózy potřebuje komplexní informace ostatních odborníků, ze kterých získá souhrnný obraz o vývoji dítěte. Mezi základní vyšetřovací metody patří pohovor pedopsychiatra s dítětem, rodiči a vyplnění dotazníku.
- Dětský lékař – zná dítě nejlépe, podává informace o fyzickém, psychickém a sociálním vývoji dítěte. Vyloučí přítomnost somatických onemocnění, které mohou vést ke změnám aktivity a chování.
- Pedagogicko-psychologická poradna – porucha pozornosti se nejčastěji projeví s nástupem do školy, následně bývá doporučeno vyšetření v PPP poradně, kde psycholog provádí testy k posouzení intelektu a pozornosti, případně zjistí poruchy učení.
- Neurolog – lékař pomocí zobrazovacích metod a neurologického vyšetření vyšetří centrální nervovou soustavu, potvrdí nebo vyloučí organické poškození mozkové tkáně.
- Pedagog – v případě potřeby úzce spolupracuje s odborníky, protože zpracovaný školní dotazník dítěte pedagogem je nezbytnou součástí vyšetření.
- Sociální pracovník – negativní sociální prostředí může velmi ovlivnit vývoj dítěte, v této a podobných situacích nutno kontaktovat sociálního pracovníka, aby zajistil klidné zázemí pro vývoj dítěte.⁹

⁹ GOETZ, Michal, UHLÍKOVÁ, Petra. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 53 s. ISBN 978-80-7262-630-4

1.9.3 Diagnostika dle zobrazovacích vyšetřovacích metod

- EEG – elektroencefalografie, jde o záznam elektrické aktivity mozku, je součástí základního vyšetření.

Specializované vyšetření: při těchto vyšetření je pozorována celkově menší aktivita, zejména čelního mozkového laloku a jeho propojení s podkorovými centry.

- PET – pozitronová emisní tomografie
- MRI – magnetická rezonance
- CT – počítačová tomografie¹⁰

Tyto metody mají zatím převážně výzkumné užití.

1.10 ADHD – Léčba

Léčba ADHD by měla být komplexní. Podílejí se na ní nejen odborníci, ale také učitelé, rodiče, sourozenci, tedy všichni, kteří jsou angažováni ve výchově nebo mají s pacientem blízký vztah. Cílem léčby je pomoci dítěti zvládnout denní režim, využít své inteligence ve škole, zlepšit zařazení do kolektivu a vztahy s blízkými osobami. Farmakologická léčba musí být doplněna psychoterapeutickou a psychosociální intervencí. Nedílnou součástí je edukace pacienta a rodiny.

1.10.1 Farmakoterapie

- Psychostimulancia – jsou látky, které ovlivňují dopaminový a noradrenalinový systém. Tím, že pomáhají zvýšit množství dopaminu v čelních lalocích mozku a příznivě ovlivňují poruchy pozornosti, zmírňují projevy hyperaktivity a impulzivity a zvyšují vytrvalost a úspěšnost při studijním výkonu.¹¹
 - Metylfenidát (Ritalin) – je lék, který spadá pod zákon o omamných látkách, protože u zdravých jedinců může vyvolat návyk. Jedná se o lék, který podporuje tlumící mechanismy mozkové struktury, látka se v těle nehromadí, vylučuje se po 3 - 4 hodinách, proto se užívá během dne opakovaně. Podává se 15 minut před jídlem.

¹⁰ PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha chování a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 29 s. ISBN 978-80-247-1426-4

¹¹ DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Dítě s hyperkinetickou poruchou*. 1. vyd. Praha: Gasset, 2006. 56 s. ISBN 80-903682-6-3

- Metylfenidát (Concerta) – jde o lék s postupným uvolňováním účinné látky po dobu 12 hodin. Preparát má rychlý nástup účinku a v průběhu dne nedochází ke kolísání koncentrace účinné látky v plazmě.
- Non–stimulans – jde o nestimulační látky, které nepodléhají zákonu o omamných látkách a ovlivňují noradrenalinový systém v mozku.
 - Atomoxetin (Strattera) – tento preparát má kontinuální působení po 24 hodin.¹²

1.10.2 Psychoterapie

Pomocí kognitivně behaviorální terapie učí dítě rozpoznávat zažitá a opakující se schémata myšlení a jednání a na základě rozboru nalézá a nacvičuje přijatelnější reakce a postupy. Pacient se učí regulovat své chování a rodiče se učí různé přístupy, jak k dítěti přistupovat, pomoci zvládnout běžné denní situace a podmiňovat žádoucí chování.¹³

Behaviorální trénink a práce ve skupinách rodičů dětí s diagnózou ADHD jsou velmi efektivní v případě, že jsou zaměřeny na trénink dovedností umožňujících zlepšení průvodních projevů základní diagnózy. Základním přístupem je nácvik nových aktivit, dovedností a zapojení do pozitivních činností. V rámci této terapie jsou všichni zúčastnění vedeny ke změně vlastního chování¹⁴

- Individuální psychoterapie
- Skupinová psychoterapie
- Rodinná psychoterapie

¹² DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Dítě s hyperkinetickou poruchou*. 1. vyd. Praha: Gasset, 2006. 56 s. ISBN 80-903682-6-3

¹³ GOETZ, Michal, UHLÍKOVÁ, Petra. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 94 s. ISBN 978-80-7262-630-4

¹⁴ PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha chování a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 145 s. ISBN 978-80-247-1426-4

1.10.3 Léčebná, výchovná a sociální opatření

Pravidlo: posilujte především žádoucí chování dítěte, věnujte mu největší pozornost, když se snaží plnit dohodnutá pravidla a pokud to situace dovoluje, nežádoucím projevům nevěnujte záměrně pozornost.¹⁵

- Diagnóza by se neměla před dítětem tajit – dítě má být seznámeno s jejími průvodními jevy, přiměřeně jeho mentálnímu a kalendářnímu věku.
- Dítě má být chváleno nejen za výkon, ale především za snahu, tak aby mělo pocit úspěchů, porozumění rodičů, zastání a bezpečí.
- Slovní příkazy by měly být dítěti podávány jasně.
- Posilování žádoucího chování zavedením systému odměn za splnění určitých povinností nebo potlačení nevhodných projevů.
- Předem mají být definovány přestupky související s příznaky dané diagnózy za porušení stanovených pravidel.
- Bezprostřední poskytnutí zpětné vazby dítěti formou vlastního pocitu, ne hodnocením
- Rodiče nemají problémy dítěte považovat za svůj osobní problém.

8 kroků k lepšímu chování:

- Naučte se věnovat dítěti pozitivní pozornost, využijte neverbální či verbální pochvaly a ocenění, chválit jednoznačně, nekombinovat pochvalu s kritikou
- Věnujte dítěti pozornost a využijte ji pro získání spolupráce, hodnotit za spolupráci ne za výsledek
- Dávejte účinnější pokyny než příkazy, nepoužívat formu otázky
- Učte dítě nepřerušovat vaši práci, poskytnutí pozornosti, když dítě neruší
- Zaveďte si hodnotící systém, cena výhod musí být dosažitelná
- Naučte se trestat nevhodné chování způsobem, který dítě motivuje ke změně
- Použijte pauzu – time out, v případě závažného porušení pravidel
- Naučte se dítě zvládat na veřejných místech¹⁶

Rehabilitačně resocializační program:

- ergoterapie, arteterapie
- canisterapie, hipoterapie

¹⁵ DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Dítě s hyperkinetickou poruchou*. 1. vyd. Praha: Gasset, 2006. 56 s. ISBN 80-903682-6-3

¹⁶ GOETZ, Michal, UHLÍKOVÁ, Petra. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 110 s. ISBN 978-80-7262-630-4

1.10.4 Rodič a jeho role v léčbě ADHD

➤ zásady přístupu k dítěti s ADHD:

- Poskytujte dítěti bezprostřední a konkrétní zpětnou vazbu na jeho chování
- Vyhněte se zevšeobecňování
- Hodnoťte dítě co nejčastěji pozitivně
- Používejte pravidlo „pochvala před trestem“
- Používejte pomůcky ke sledování času a důležitých informací
- Předvídejte problémové situace
- Snažte se o soustavnost a důslednost
- Nerozčilujte se, jednejte klidně
- Nepovažujte problémy dítěte za svůj osobní problém nebo selhání výchovy
- Smiřte se s tím, co už se stalo, a plánujte pozitivní změny do budoucna
- Myslete na budoucnost dítěte
- Najděte si čas na sebe a na regeneraci svých sil

KLIDNÝ A VYROVNANÝ RODIČ MŮŽE BÝT SVÉMU DÍTĚTI OPOROU A VZOREM¹⁷

Nedílnou součástí léčby je specifický pedagogický přístup k dětem s výše uvedenou diagnózou, protože dobrá informovanost pedagoga o diagnóze ADHD může předejít řadě problémů a nedorozuměním mezi pedagogem, dítětem a jeho rodiči. Dobře informovaný pedagog dokáže rozlišit projevy nemoci od nepozornosti, neukázněnosti či schválností žáka. Důležité je propojit sociální prostředí dítěte tak, aby se vytvořil jednotný systém motivace a hodnocení nejen doma, ale i ve škole a při ostatních aktivitách, které dítě realizuje.

¹⁷ GOETZ, Michal, UHLÍKOVÁ, Petra. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 99 s. ISBN 978-80-7262-630-4

1.10.5 Škola a role učitele v léčbě ADHD

➤ Zásady přístupu k dítěti s ADHD pro učitele

- Komunikujte s dítětem jednoduše a přesně určete, co od něho očekáváte
- Nezahľte dítě nadmírou požadavků, které si nestihne zapamatovat
- Názorně předvedte řešení úkolu
- Chvalte dítě co nejčastěji, i za to, že se snaží, bez ohledu na výsledek
- Vytvořte přehledné a strukturované studijní prostředí
- Posadte dítě do předních lavic
- Rozvrhněte těžší úkoly na ráno a jednodušší odsuňte na pozdější dobu
- Nahraďte část písemných úkolů jinou formou
- Nechte dítě krátce odpočinout nebo změnit činnost
- Odložte zkoušení, pokud se dítěti v daný den nedaří
- Dejte spolužákům a rodičům vědět proč má dítě s ADHD ve škole jiná pravidla
- Snažte se o jednotný postup s rodiči při hodnocení
- Navzájem se s rodiči informujte, spolupracujte spolu
- Neberte si problémy dítěte osobně

**POKUD SI UČITEL NENÍ JIST V PŘÍSTUPU K DÍTĚTI, JE DOBRÉ POŽÁDAT
LÉKAŘE DÍTĚTE O KONZULTACI ¹⁸**

¹⁸ GOETZ, Michal, UHLÍKOVÁ, Petra. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 130 s. ISBN 978-80-7262-630-4

1.10.6 Edukace jako součást komplexní léčby ADHD

Edukační proces je činnost lidí, při níž se daný subjekt učí obvykle za působení jiného subjektu, který vyučuje nebo instruuje.¹⁹ Edukace je nedílnou součástí komplexní léčby ADHD.

Zaměření na tyto problémy:

- Informace o ADHD a jaký má vliv na každodenní problémy dítěte a rodiny
 - Konkrétní projevy chování
 - Vliv ADHD na okolí dítěte
 - Rizika pro vývoj dítěte

- Podpora pozitivního rodičovství, jasná a podporující komunikace
 - Podpora dítěte
 - Budování dobrého vztahu rodičů a dítěte

- Plánování jako prevence nežádoucího chování, řešení problémů
 - Prevence nevhodného chování dítěte
 - Efektivní a respektující řešení problémových situací

- Základní poradenství – sociální, školní a zdravotní služby
 - Instituce, kde mohou rodiče vyhledat pomoc
 - Zajištění spolupráce s institucemi

¹⁹ ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2006. s. 120. ISBN 80-247-1213-x

1.11 ADHD – Kazuistika

„Jde o popis konkrétního případu určitého onemocnění, které má často zajímavý a poučný charakter“.²⁰

1.11.1 Kazuistika - Selhání sociálního prostředí – hospitalizace v psychiatrické léčebně

Pacient A. A. * 2000, Diagnóza: F90.0 Porucha aktivity a pozornosti

RA – rodinná anamnéza

Vlastní otec: *1968, vyučený, pracuje jako číšník, zdravý, jeho rodiče zdraví.

Vlastní matka: *1972, vyučena, pracuje jako zahradnice, má poruchu růstu, užívá antidepressiva, psychiatricky léčena pro deprese, rodiče matky zdraví.

Sourozenci: vlastní sestra, *1993, zdráva má základní vzdělání, pracuje jako číšnice.

Rodinné vztahy:

Rodiče spolu žili 13 let v družském poměru, rozešli se před 5 lety, nyní žijí odděleně. Otec dítěte žárlivý, agresivní, mezi ním a matkou časté spory. Nyní matka žije s dětmi sama. Matka simplexní, není schopna dodržovat jednoduchá stanovená pravidla. Medikaci pacientovi podává nepravidelně. Na konzultace do pedopsychiatrické ambulance dochází sporadicky. Celkově s rodinou špatná spolupráce.

Otec – syn, otec o pacienta neprojevuje zájem, výživné neplatí, od rozchodu rodičů syna nenavštívil. V době, kdy žil s rodinou ve společné domácnosti, v přístupu k synovi netrpělivý, důslednost byla založena na direktivním stylu výchovy, za použití tělesných trestů.

Matka – syn, matka ve výchově ambivalentní, je nedůsledná, projevy chlapce omlouvá, syn silně vázán na svou matku, proto žárlí na jejího současného partnera, matku nerespektuje. Matka nedodržuje stanovená pravidla a syn její nedůslednosti zneužívá.

Bratr – sestra, pacient sestru respektuje více než matku, ale žárlí na ni, protože matka jí věnuje větší pozornost. Mezi nimi časté konflikty.

²⁰ VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. 5 vyd. Praha: Maxdorf, 2005. S 453. ISBN 80-7345-058-5

OA – osobní anamnéza

Pacient je ze 4. těhotenství (2x potrat, 1x porod), těhotenství bylo rizikové pro malý vzrůst matky. Porod proběhl v termínu císařským řezem. PHD 2650 g, 48 cm. Kojen byl 3 měsíce, seděl v 6 měsících, chůze od 1 roku, první věty od 2 let. Čistotu udržuje od 3,5 let, sám jí od 3 let a obléká se sám od 4 let. Pacient prodělal plané neštovice, má alergii na pyl. Opakované drobné úrazy řešeny suturami. Často udával různé somatické bolesti, opakovaně vyšetřen, závěr vyšetření: bez patologického nálezu. Pacient navštěvuje od 6/06 pedopsychiatrickou ambulanci v Praze, pro Hyperkinetickou poruchu pozornosti, lékař žádá o hospitalizaci v DPL. Pacient navštěvoval MŠ, zde opakované stížnosti na nesoustředěnost a hyperaktivitu, poté navštěvoval přípravný ročník ZŠ, od 9/07 zařazen do 1. třídy ZŠ, ve škole pacient nepozorný, nekoncentrovaný, nepřizpůsobivý, divoký, časté absence způsobené nedůslednou a ambivalentní výchovou, v poslední době se začíná projevovat nevhodné chování vůči spolužákům, nerespektuje autority, používá vulgarismy. Pacient nemá mezi vrstevníky kamarády, je jimi odmítán, proto vyhledává kamarády mezi staršími kluky, snaží si uchovat jejich přízeň, velmi snadno ovlivnitelný. U žádné činnosti nevydrží, odbíhá od jedné činnosti k druhé, snadno vyrušitelný. Koníčky žádné nemá.

FA – farmakologická anamnéza

Pacient užívá Ritalin 10 mg tbl. 1 – 1 – 0 - 0 (7:30, 9:30), tento lék užívá půl hodiny před podáním jídla. Sertralin 50 mg tbl. ½ - 0 – ½ (8:00, 18:00)

Po přijetí pacienta na oddělení DPL, byl pacient neposedný, nekoncentrovaný, často odbíhal od jedné činnosti k druhé, obtížně zachovával klid, ale postupně v řízeném režimu a při jasně stanovených pravidlech s podporou a motivací, byl schopen kooperace ve skupině. Postupně dochází ke kompenzaci stavu a plánovanému propuštění. Po propuštění pacienta do přirozeného prostředí, jen krátkodobě dokáže regulovat své projevy, pak se vrací ke svým naučeným nevhodným reakcím. Matka však není svým přístupem danou situaci schopna zvládnout a proto žádá o opakovanou hospitalizaci.

Na této kazuistice je velmi dobře vidět, že rodině se nepodařilo vytvořit pozitivní sociální prostředí k tomu, aby kladně ovlivnila vývoj pacienta. Matka svým ambivalentním způsobem výchovy nedokázala chlapci jasně stanovit hranice ani pravidla tak, aby dokázala vytvořit příznivé sociální prostředí, ve kterém je možno ambulantní léčbou velmi pozitivně ovlivnit vývoj dítěte a tím mu usnadnit cestu při inkluzi do společnosti.

1.11.2 Kazuistika – Pozitivní sociální prostředí – ambulantní léčba

Pacient B. B. * 1997, Diagnóza: F90.1 Hyperkinetický syndrom s poruchami chování

RA – rodinná anamnéza

Vlastní otec: *1970, voják, zdrav, jeho rodiče zdraví.

Vlastní matka: *1974, vyučena, pracuje jako dělnice. Rodiče matky zdraví.

Sourozenci: vlastní bratr, *2004, po operaci srdeční vady.

Rodinné vztahy:

Rodiče – žijí v rodinném domku, v harmonickém manželství.

Otec – syn, otec přísný, je pro syna autoritou, jen zcela ojediněle při výchově používá fyzické tresty. Vztah narušen dlouhodobým odloučením, kdy otec služebně odjíždí na mise do zahraničí.

Matka – syn, matka se obává, aby pacient neublížil bratrovi, úzkostná, pacientovi zakazuje PC. V době, kdy otec není doma, chlapec matku méně respektuje.

Pacient – bratr, pacient opakovaně ubližuje mladšímu bratrovi, pošťuchuje ho, mezi nimi často dochází ke konfliktním situacím.

OA – osobní anamnéza

Pacient je z 1 těhotenství, které bylo rizikové pro gestační diabetes mellitus. Porod proběhl v termínu, ale byl protrahovaný, pacient nekříšen, PV 2850g. a výška 50cm., nekojen. Psychomotorický vývoj velmi rychlý, ve všem čilý, chůze již od 9 měsíců, také čistotu začal pacient udržovat velmi brzy. První obtíže se začaly objevovat v MŠ (2004), kdy opakované stížnosti pro neklid, nesoustředěnost a nevladatelnost. Již tehdy doporučeno vyšetření v PPP, zde byla zjištěna výrazná pracovní a sociální nezralost, snížená koncentrace pozornosti, infantilita a impulzivita, přičemž intelektový vývoj zjištěn orientačně jako nadprůměrný. Na podkladě tohoto vyšetření byl rodičům doporučen dodatečný odklad školní docházky, který však nebyl akceptován a realizován, proto byl chlapec zapojen do rozvíjejícího programu pro rozvoj grafomotoriky, který navštěvoval pravidelně v doprovodu rodičů. Pacient před nástupem do školy zvládal čtení a počítání, ale s nástupem do školy, se začaly potíže stupňovat. Navštěvuje 3. třídu ZŠ, roztěkaný, neklidný, problémy v chování, obtíže při plnění úkolů doma i ve škole, má problémy s grafickými projevy, jeho hodnocení je průměrné. Je mazlivý, lítostivý, obtížně snáší bolest, vůbec nečte, rád hraje na PC hlavně střílečí hry,

kamarády nemá, dětmi je spíše odmítán. Doporučeno opakované vyšetření v PPP, kde oproti předešlému vyšetření zjištěno patrné zklidnění v domácím prostředí, ve škole potíže s neklidem přetrvávají. Koncentrace je neúměrně krátkodobá vzhledem k věku a jsou viditelné značné výkyvy, opět intelekt je hodnocen v pásmu mírného nadprůměru, stále přetrvává lehká impulzivita, vývoj školských dovedností je klasifikován jako opožděný vlivem předčasného zaškolení. S rodiči byla situace dítěte podrobně rozebrána a následně vysvětleno, že řešení školních obtíží bude dlouhodobou záležitostí. Nabídnuta skupinová psychorelaxační terapie.

FA – farmakologická anamnéza

Rodiče pravidelně navštěvují pedopsychiatrickou ambulanci od 3/2006, kde postupně dochází k úpravě léčby medikamenty. Při první návštěvě byla pedopsychiatrem zavedena medikace: Chlorprotixen 15mg. 1-0-1. Zpočátku se stav pacienta nezlepšil, obtížně se soustředil doma i ve škole, byl nepozorný, zhoršen prospěch a opakovaně byly stížnosti na vyrušování. Pro přetrvávající problémy chování ve škole a v poslední době i doma bylo přistoupeno k léčbě antipsychotiky (Risperidonem) Risperen 1 mg. 0-0-1 a psychostimulancii (Ritalin) Ritalin 10 mg. ½-½-0 (7:30, 12:00), s pozitivní odezvou doma i ve škole s následnou pochvalou od pedagoga. Proto byla následně zvýšena dávka Ritalinu 10 mg. 1-½-0 (7:30. 12:00). Za 3 měsíce ve škole došlo k mírnému zhoršení, doma byly jen drobné konflikty s bratrem, jinak celkově zlepšení trvá, proto po domluvě změna při podávání Ritalinu 10 mg. 1-½-0 (7.30- 10:30), Risperen 1 mg. 0-0-1, před ukončením školního roku došlo k výraznému zhoršení, přesto s matkou domluveny „lékové prázdniny“. Dle sdělení matky v průběhu prázdnin došlo k celkovému zhoršené chování, matka žádné léky nepodávala, až od začátku školního roku začala podávat Ritalin 10 mg. tbl., podle domluvy, poté postupně docházelo ke kompenzaci stavu, projevy ustupovaly do pozadí, celkově bylo pozorováno výrazné zlepšení proti prázdninám a to ve škole i doma. Ritalin 1-1-0 (7.30- 10:30), Risperen 1 mg. 0-0-1. Při další návštěvě matka udává stížnosti ze školy a nárůst nepozornosti v posledních hodinách. Nepozornost má vliv na zhoršeném prospěchu v předmětech, které jsou v posledních vyučovacích hodinách, proto úprava medikace 1-1-1-0 (7:30, 10:30. 12:30), Risperen 1 mg. 0-0-1. Po domluvě s rodiči dohodnuto, že medikaci v průběhu prázdnin vysadí. Ritalin 10 mg. tbl. mohou podat v případě potřeby a to ve stejných dávkách, jako v průběhu školního roku. Prázdniny proběhly klidně, ve škole zatím bez závažnějších problémů, medikace zůstává stejná. Po prázdninách ve škole opět dochází k výraznému zhoršení, proto došlo opakovaně

k úpravě podávání Ritalinu 10 mg. Ritalin 10 mg. tbl. 1-1-1-1 (7:30, 9:30, 12:00, 15:00), Rispen 1 mg. 0-0-1. Od poslední úpravy medikace došlo k mírnému zlepšení, konflikty jsou méně časté, ve škole pracuje bez větších prospěchových problémů, jen občasné stížnosti na chování pacienta. Pokud jsou domluveny „lékové prázdniny“ je chování pacienta zhoršené až neúnosné, po opakovaném nasazení léků se stav postupně upravuje. V průběhu prázdnin vzdorovitost, negativismus, objevily se drobné krádeže, občas raptý vzteku vše v souvislosti s vynecháváním léků, proto edukace a cílený psychoterapeutický rozhovor o důležitosti užívání léků. Pacient odmítá užívat léky ve škole, proto snížena dávka Ritalinu 10 mg. tbl. 1-1-0 (7:30, 10:30). Opět pozorováno výrazné zhoršení ve škole, pacient odmítal užívat dopolední dávku Ritalinu 10 mg. tbl., po domluvě pedagoga a matky byl lék podáván ve škole učitelem s pozitivním efektem na učení, chování zůstává stále problémové. Úprava medikace, místo Ritalinu 10 mg. nasazena Strattera 18 mg. cps., 1-0-0, která má 24 hod. účinek, po týdnu byla zvýšena na Strattetra 40 mg. cps 1-0-0 a Rispen 1 mg. 0-0-1. Zlepšené chování doma i ve škole, zhoršen školní prospěch v souvislosti s náročností výuky na 2. stupni ZŠ, postupně zvýšena dávka Strattera 60 mg. cps. 1-0-0 a Rispen 1 mg. 0-0-1. Od této doby se medikace dosud neměnila. Rodina dochází na pravidelné kontroly a terapie.

Na této kazuistice je velmi dobře vidět, jak rodina dokázala vytvořit pozitivní sociální prostředí k tomu, aby kladně ovlivnila vývoj pacienta. Rodina pravidelně navštěvuje pedopsychiatrickou ambulanci od 3/2006, v pravidelných intervalech je podávána pacientovi medikace. Formou edukace, individuální, skupinové a rodinné terapie, dokázala rodina i přes opakované zhoršování školního prospěchu nebo chování a následné zlepšování, přijmout diagnózu syna jako úkol do budoucnosti a svým trpělivým a důsledným přístupem, za spolupráce pedagogů a jiných odborných pracovníků se snaží ambulantní léčbou velmi pozitivně ovlivnit vývoj svého dítěte a tím mu usnadnit cestu při inkluzi do společnosti a budoucnosti.

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Výzkumným cílem práce bylo zjistit informovanost rodičů a učitelů o problematice ADHD ve 4 školských zařízeních Jihočeského kraje.

2.2 Hypotézy

H1: Rodiče vyhledají pomoc u odborných pracovníků pro děti s příznaky ADHD.

H2: Učitelé jsou dostatečně informováni o problematice dětí s ADHD.

H3: Učitelé dovedou poradit rodičům, jak a kde vyhledat odbornou pomoc.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Ke zpracování dat byla použita metoda kvantitativního výzkumu, formou dotazníkové techniky. Dotazníky byly anonymní, dobrovolné a určené rodičům nebo zákonným zástupcům a učitelům ZŠ v Jihočeském kraji.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

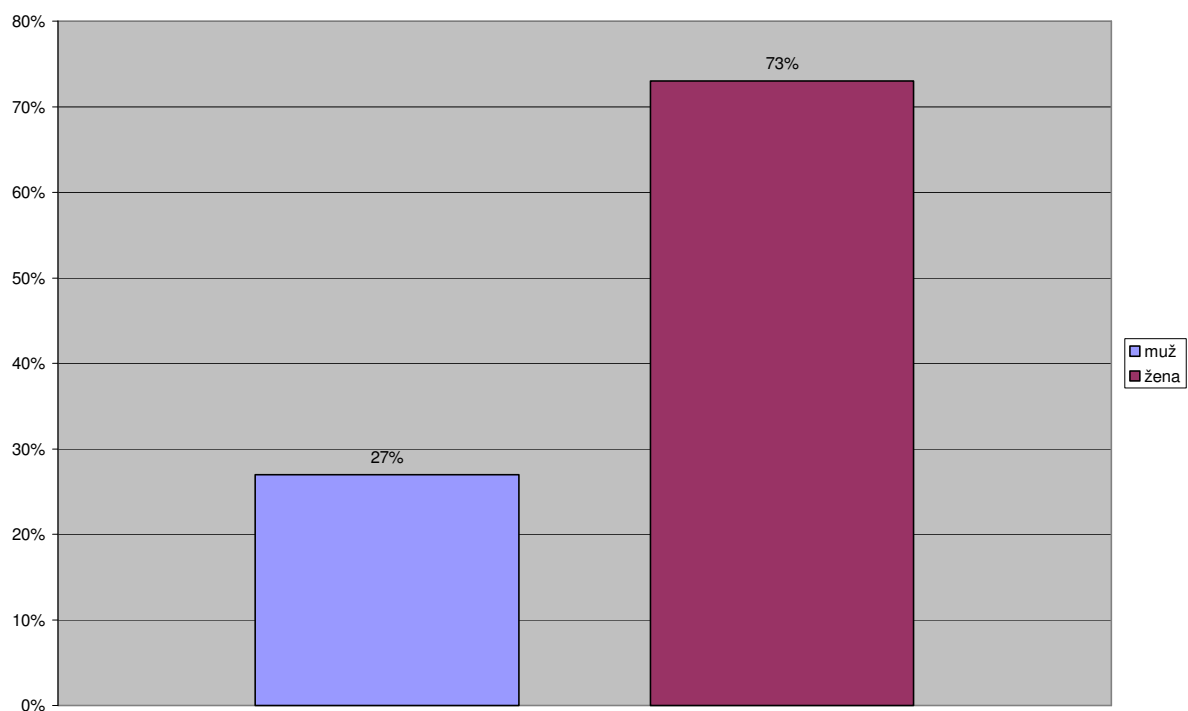
Výzkumný soubor se skládal ze 70 dotazovaných učitelů a 100 dotazovaných rodičů. Rozdáno bylo 75 dotazníků učitelům a 100 dotazníků rodičům ve školských zařízeních Jihočeského kraje. Vyplněné dotazníky byly zpět získány od 70 učitelů a 100 rodičů. Návratnost dotazníků byla u rodičů 100% a u učitelů 93%. Dotazník byl určen pouze rodičům dětí ve věku 6 – 15 let a učitelům, kteří vyučují děti na základní škole. Dotazník pro rodiče a učitele obsahoval 30 uzavřených a polootevřených otázek. Výzkum probíhal od ledna do března roku 2010. Při zpracování výsledků byly použity grafy, ve kterých jsou znázorněny odpovědi rodičů a učitelů a vyhodnocená data jsou uvedena celým číslem a vždy zaokrouhlena na celá procenta.

4. Výsledky

Rodiče

Graf 4.1:

Počet dotazovaných žen a mužů (v%)

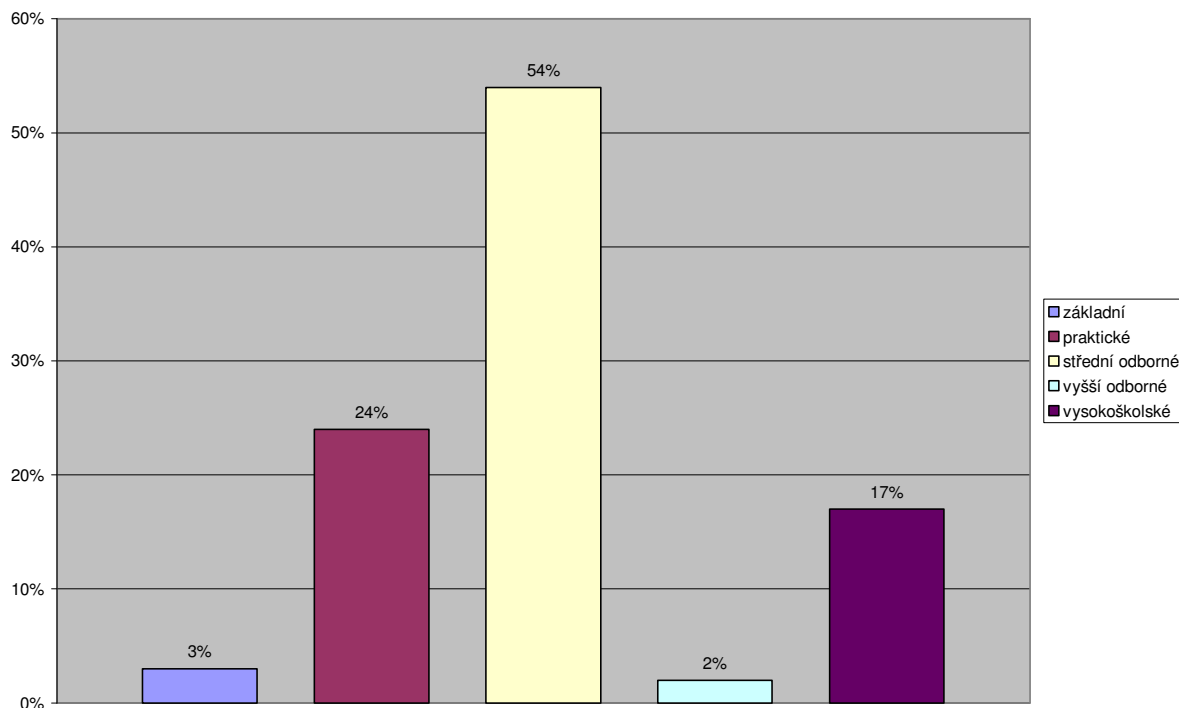


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 (100%) rodičů, vyplnilo dotazník 73 žen (73%) a 27 mužů (27%).

Graf 4.2:

Nejvyšší ukončené vzdělání dotazovaných rodičů (v %)

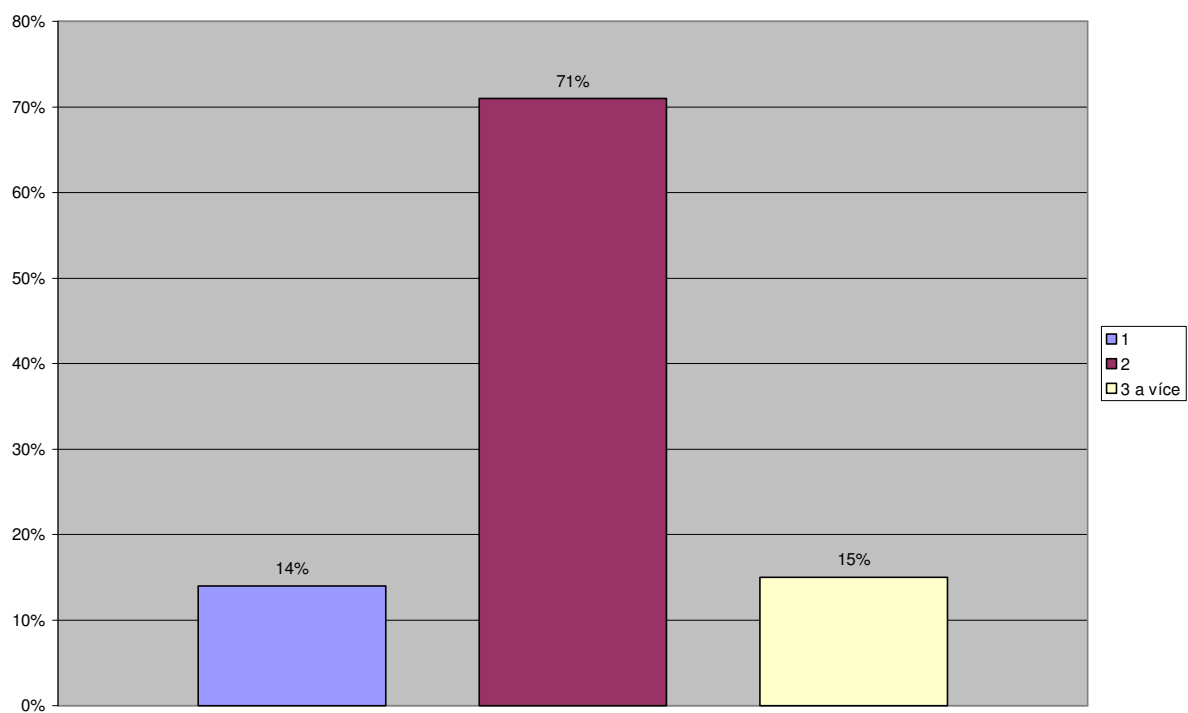


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 (100%) má nejpočetnější skupina dotazovaných rodičů dokončené střední nebo odborné vzdělání zakončené maturitní zkouškou. To je 54 (54%) rodičů. Praktické vzdělání ukončené výučním listem označilo 24 (24%) rodičů. Vysokoškolské vzdělání udalo 17 (17%) rodičů a 3 (3%) rodičů mají základní vzdělání. Nejmenší skupinu tvoří rodiče, kteří mají vyšší odborné vzdělání 2 (2%).

Graf 4.3:

Počet dětí (v%)

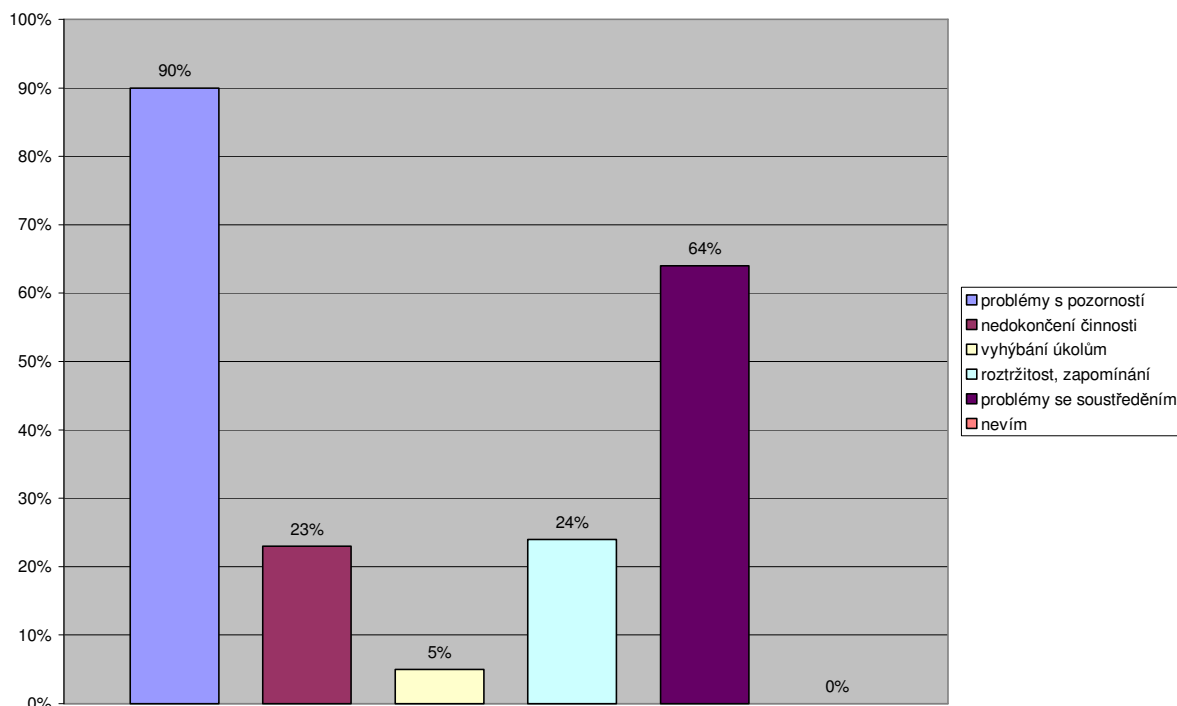


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 (100%) uvedlo 71 (71%) dotazovaných rodičů, že má 2 děti. 15 (15%) označilo, že má 3 a více dětí a 14 (14%) rodičů má 1 dítě.

Graf 4.4:

Charakteristika pojmu porucha pozornosti (v%)

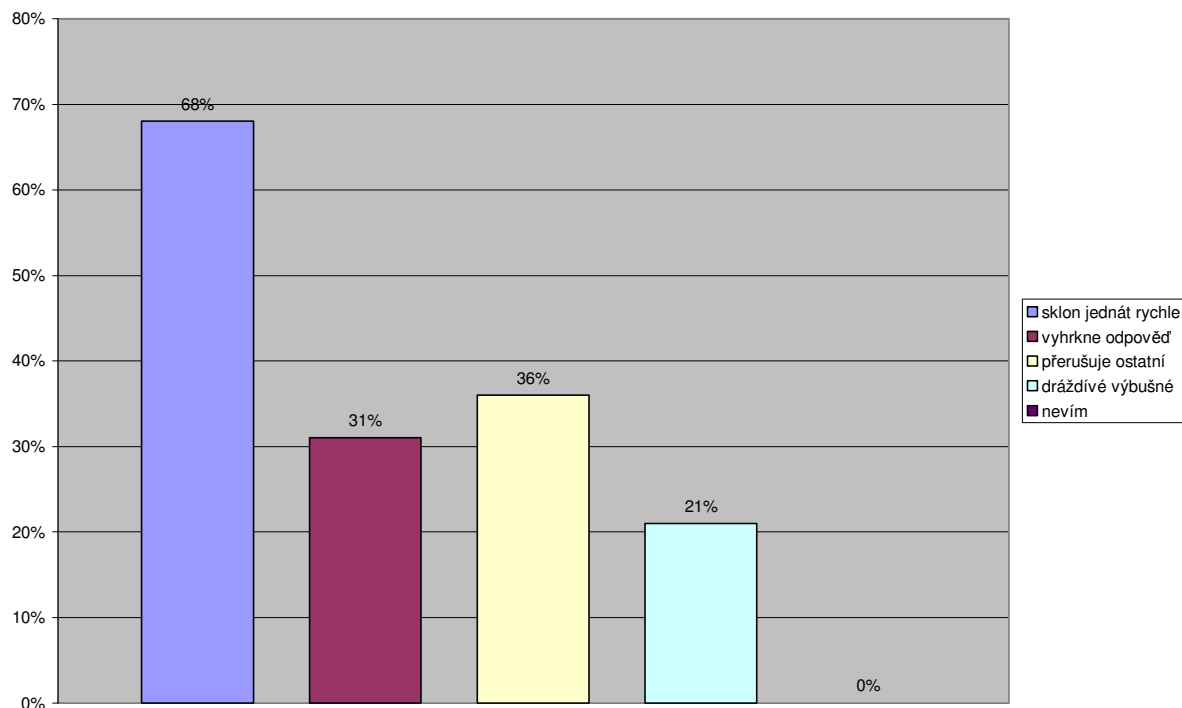


Zdroj: Vlastní výzkum

Rodiče měli možnost označit více odpovědí. Jako problém udržení pozornosti dítěte charakterizovalo tento pojem 90 (90%) rodičů z celkového počtu 100 (100%) dotazovaných rodičů. 64 (64%) rodičů ze 100 (100%) udalo, že jde o problémy dítěte se soustředěním. 24 (24%) rodičů ze 100 (100%) označilo roztržitost a zapominání dítěte. Nedokončování započaté činnosti udalo 23 (23%) rodičů ze 100 (100%). Jen 5 (5%) rodičů ze 100 (100%) udalo možnost vyhýbání složitějším úkolům. Žádný z rodičů neoznačil možnost neví 0 (0%).

Graf 4.5:

Charakteristika pojmu impulzivita (v%)

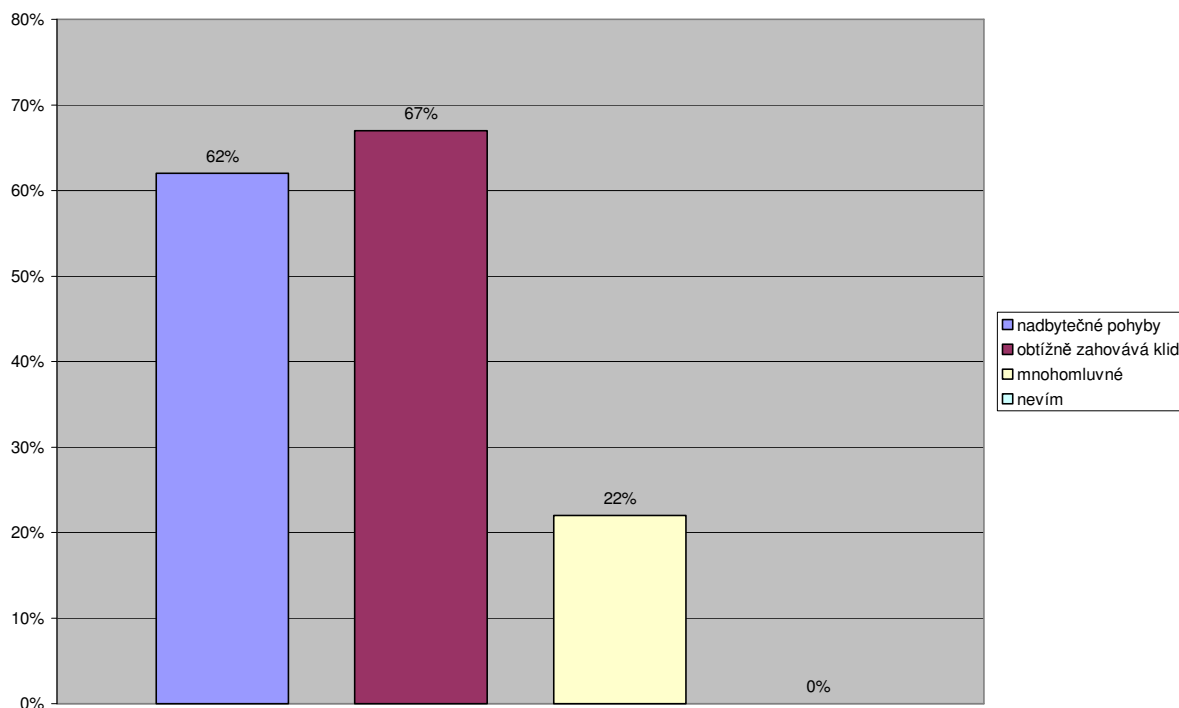


Zdroj: Vlastní výzkum

Rodiče měli možnost označit více odpovědí. Nejčastěji označená odpověď byla, že dítě má sklon rychle jednat bez adekvátního důvodu a to v 68 (68%) případech z celkového počtu 100 (100%) dotazovaných rodičů. 36 (36%) rodičů ze 100 (100%) uvedlo, že dítě přerušuje ostatní a skáče jim do řeči. Možnost, že dítě odpověď vyhrkne bez přemýšlení, byla označena v 31 (31%) případech ze 100 (100%). Dráždivost a výbušnost označilo 21 (21%) rodičů ze 100 (100%). Žádný z rodičů neoznačil možnost nevím 0 (0%).

Graf 4.6:

Charakteristika pojmu hyperaktivita (v%)

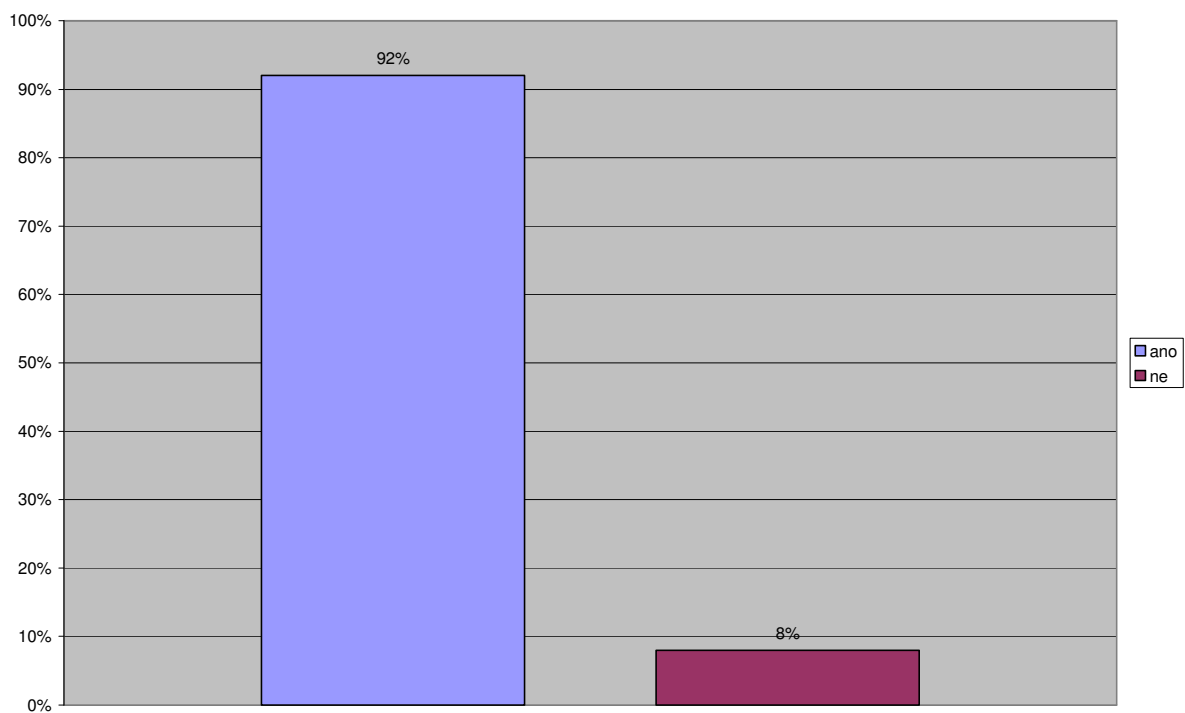


Zdroj: Vlastní výzkum

Rodiče měli možnost označit více odpovědí. Nejčastěji označená odpověď rodiči byla, že dítě obtížně zachovává klid a to v 67 (67%) případech z celkového počtu 100 (100%) dotazovaných rodičů. 62 (62%) rodičů ze 100 (100%) uvedlo, že dítě provádí neúčelné nadbytečné pohyby a stále je v pohybu. Mnohomluvnost, hlučnost a vyrušování dítěte označilo 22 (22%) rodičů ze 100 (100%). Žádný z rodičů neoznačil možnost nevím 0 (0%).

Graf 4.7:

Neposedné dítě obtížně reagující na výzvu ke zklidnění (v%)

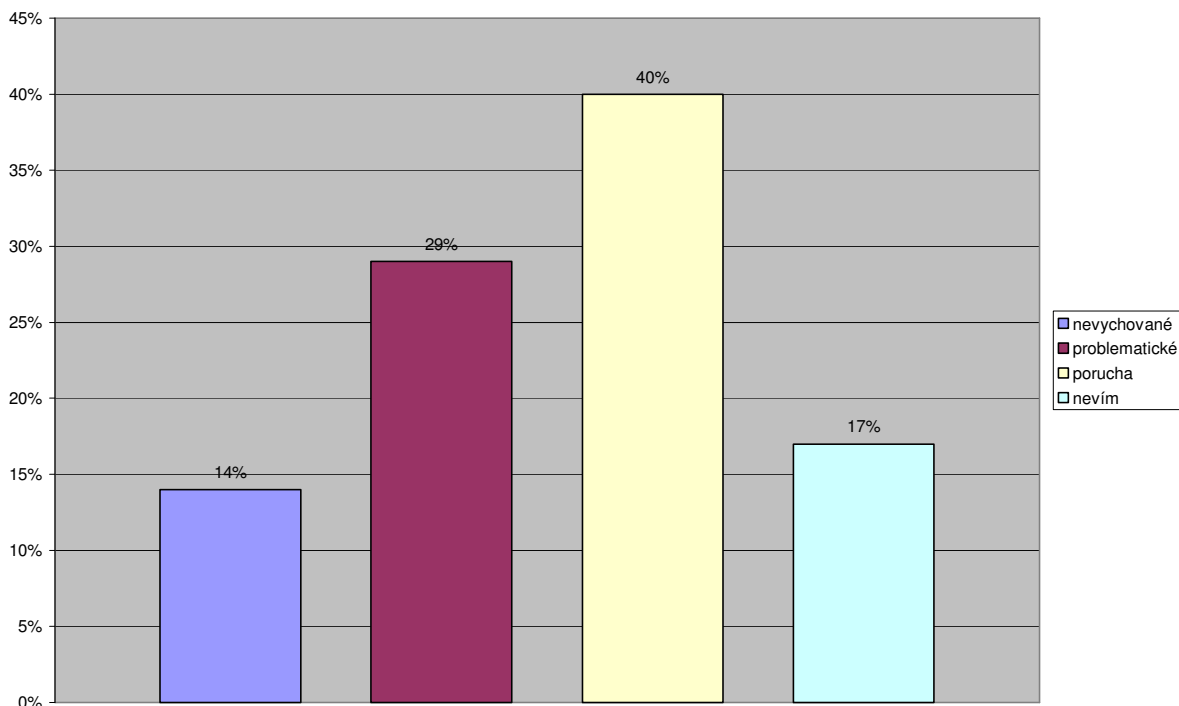


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 (100%) uvedlo 92 (92%) rodičů, že si všimli takového dítěte, pouze 8 (8%) rodičů uvedlo, že se s takovým dítětem nikdy nesetkali.

Graf 4.8:

Důvod proč je dítě neposedné (v%)

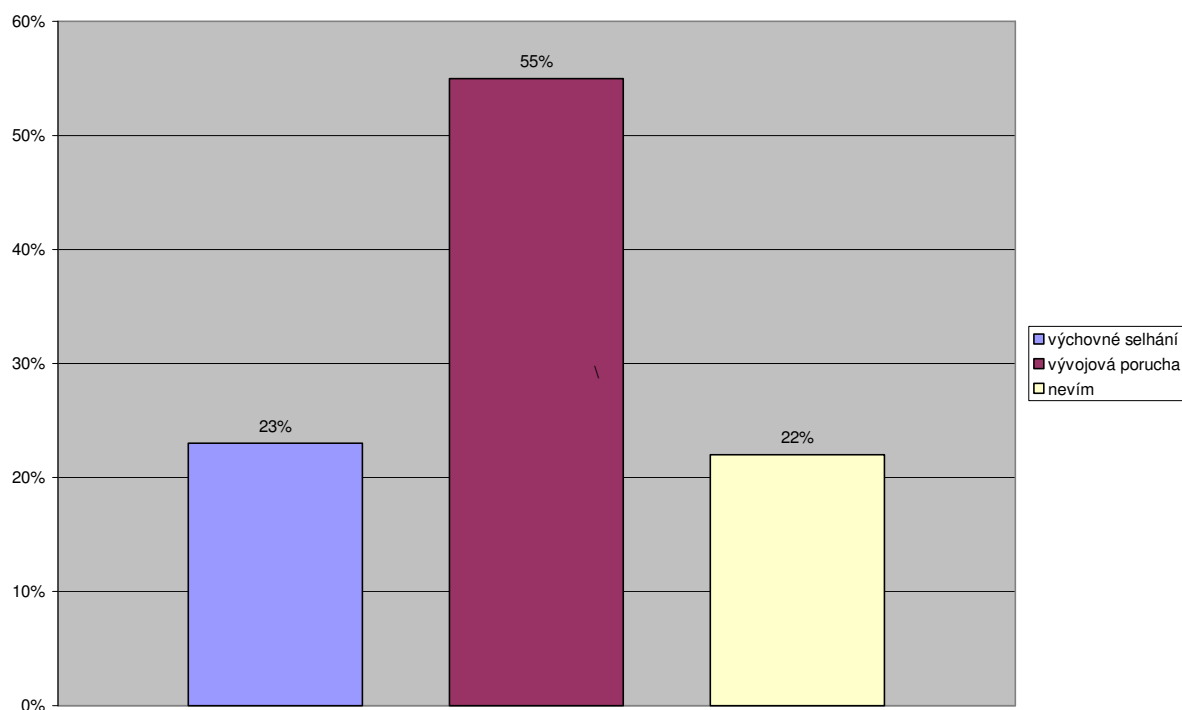


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 (100%) ve 40 (40%) případech rodiče uvedli, že takové dítě může trpět poruchou, že je dítě problematické označilo 29 (29%) ze všech dotazovaných rodičů. 17 (17%) rodičů označilo odpověď nevím, 14 (14%) dotazovaných charakterizovalo takové dítě, jako nevychované.

Graf 4.9:

Neposedné dítě je vývojová porucha (v%)

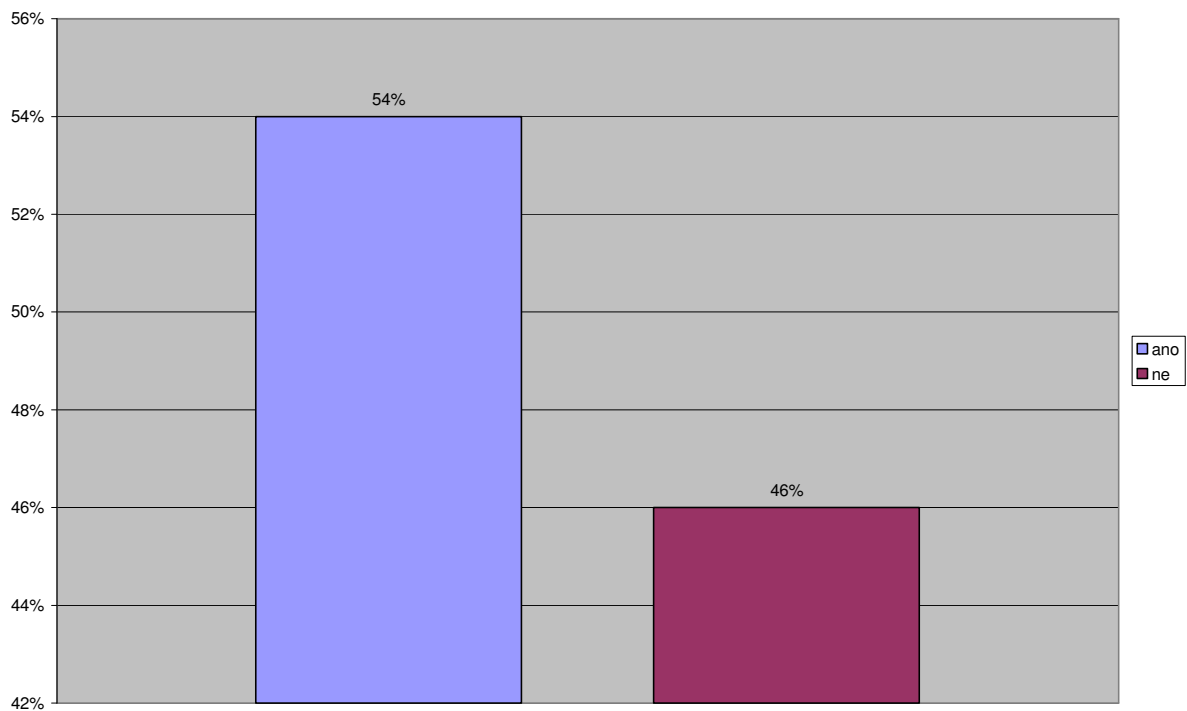


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 (100%) byla nejčastější odpovědí rodičů a to v 55 (55%) případech, že může jít o vývojovou poruchu, 23 (23%) dotazovaných označilo, že se jedná o výchovné selhání. 22 (22%) rodičů označilo odpověď nevím.

Graf 4.10:

Pojem ADHD – Hyperkinetická porucha (v%)

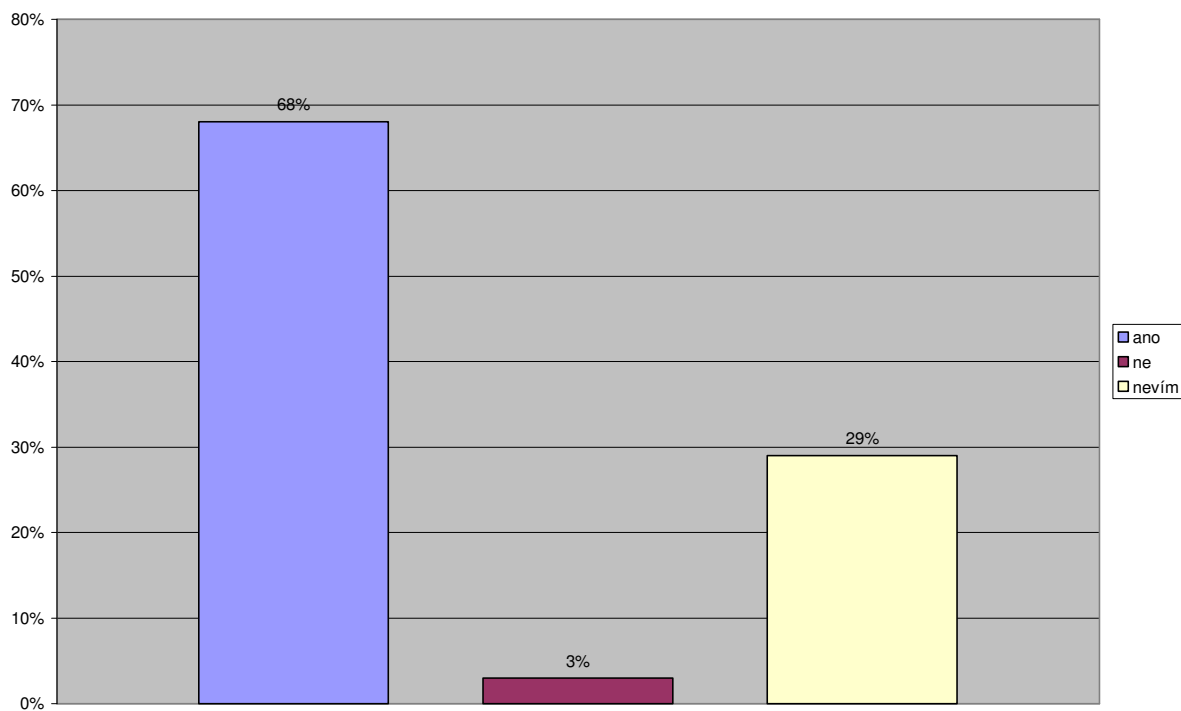


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 (100%) se většina rodičů a to v 54 (54%) případech s tímto pojmem setkala, 46 (46%) dotazovaných rodičů označilo možnost, že se s tímto pojmem ještě nikdy nesečkali a zároveň označením této odpovědi ukončili možnost dalšího vyplňování dotazníku.

Graf 4.11:

Lehké poškození mozku může být příčinou ADHD (v%)

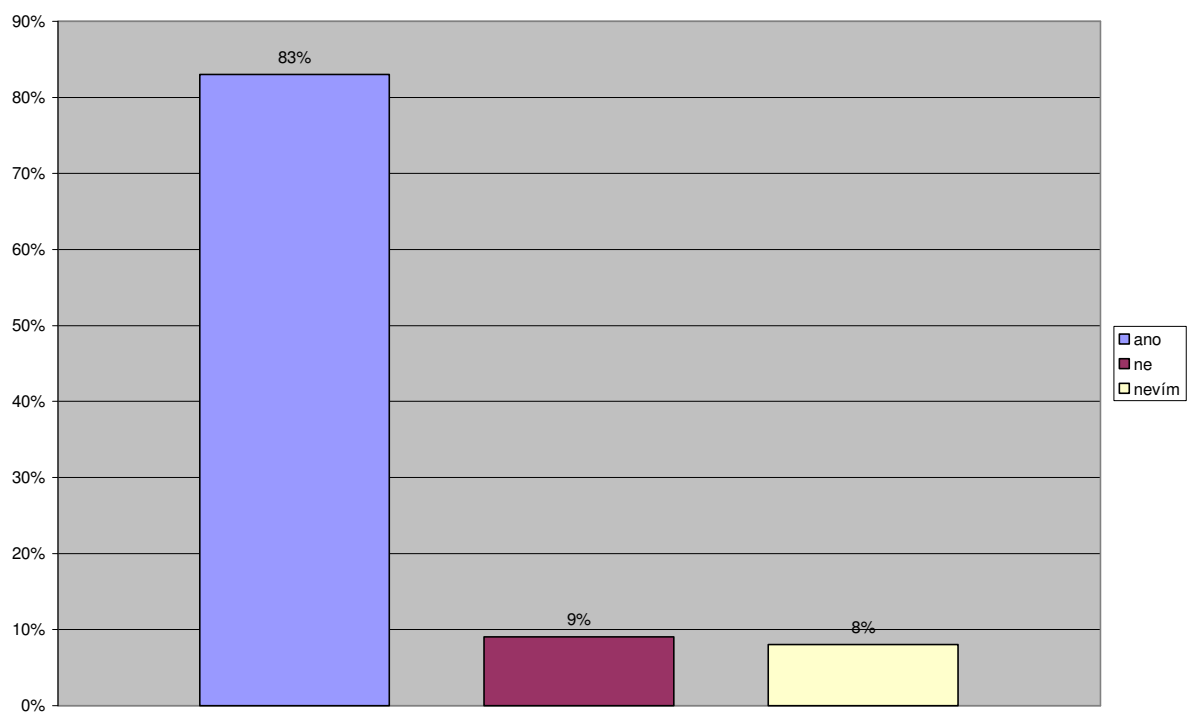


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 54 (100%) uvedlo 37 (68%) rodičů, že lehké poškození mozku může být jednou z příčin syndromu ADHD, dále 16 (29%) rodičů označilo možnost nevím. Pouze 1 (3%) rodič označil možnost ne.

Graf 4.12:

ADHD způsobuje dítěti největší potíže s udržením pozornosti (v%)

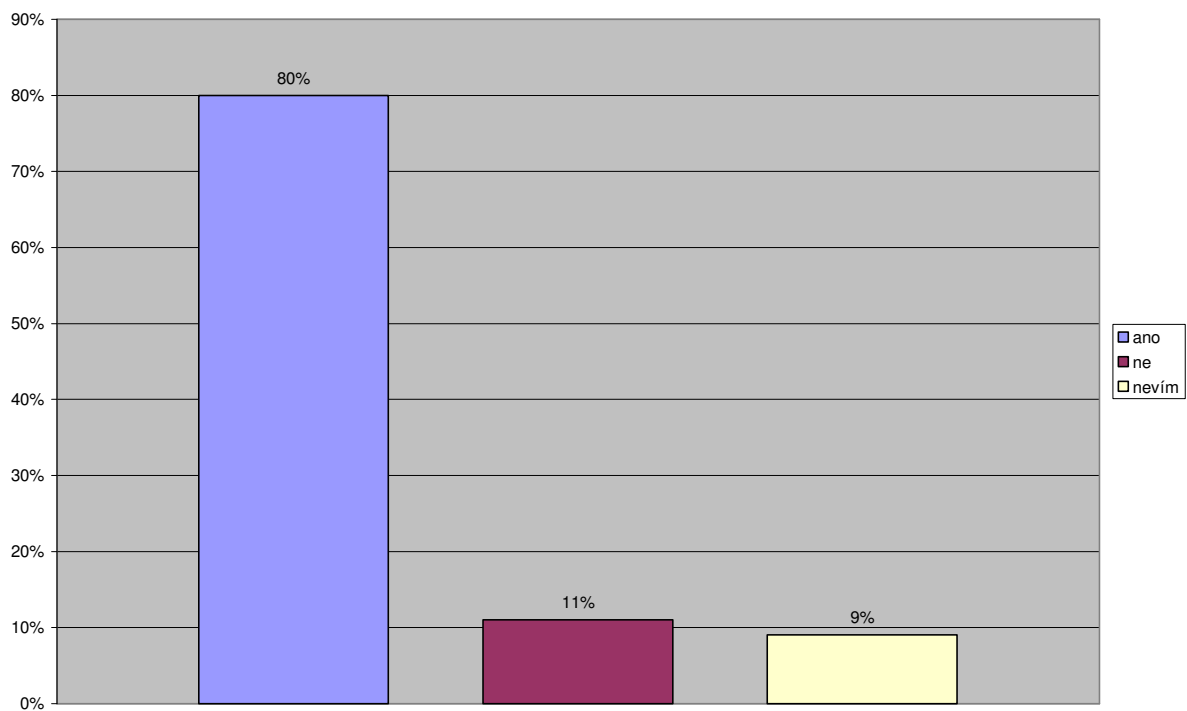


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 54 (100%) byla nejčastěji rodiči označena možnost ano a to v 45 (83%) případech. Odpověď ne udalo 5 (9%) rodičů a 4 (8%) rodičů označili odpověď nevím.

Graf 4.13:

Dítě s ADHD je celkově pohyblivě neklidné (v%)

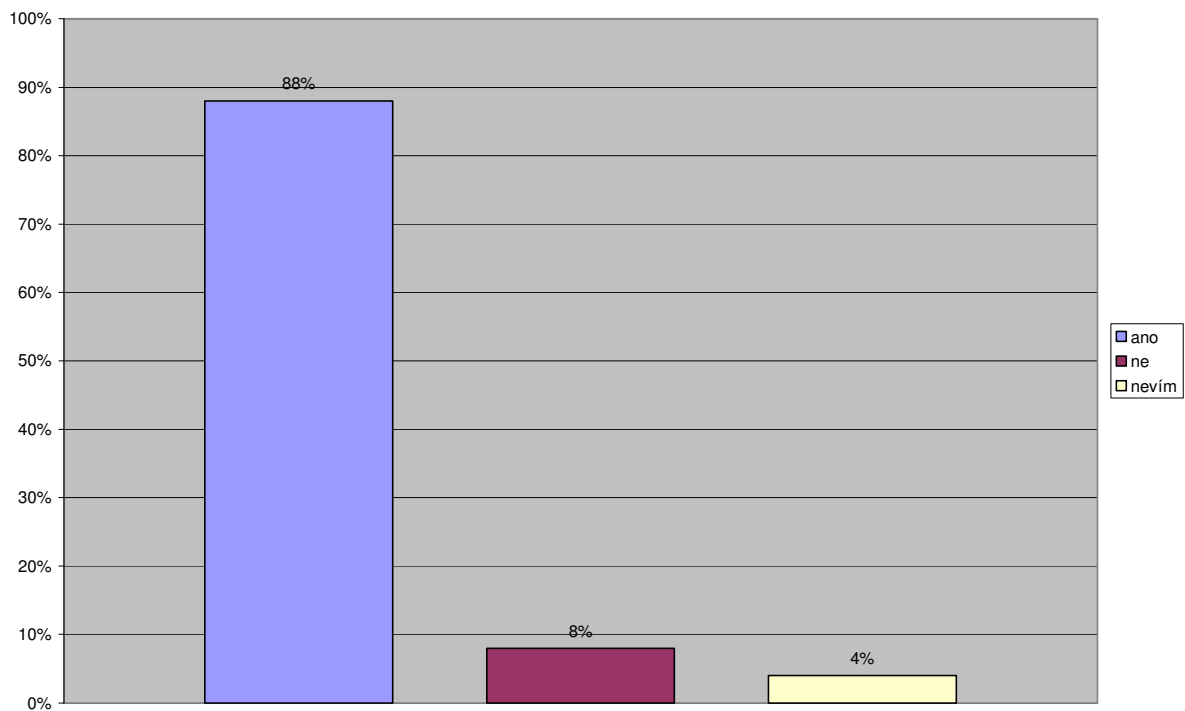


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 54 (100%) byla nejčastěji označena možnost ano a to v 43 (80%). Odpověď ne udalo 6 (11%) rodičů a 5 (9%) rodičů označili odpověď nevím.

Graf 4.14:

Dítě s ADHD má sklon k impulzivitě – sklon k rychlému jednání (v%)

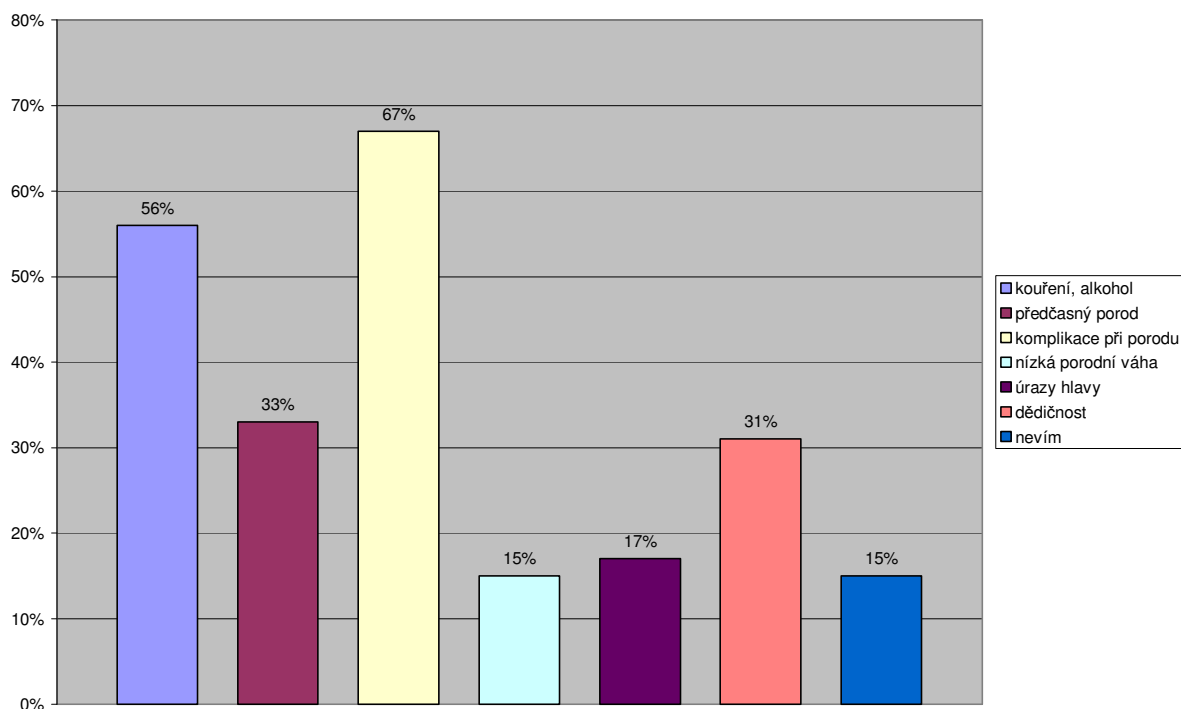


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 54 (100%) byla nejčastěji označena možnost ano a to v 48 (88%). Odpověď ne udalo 4 (8%) rodičů a 2 (4%) rodičů označilo odpověď nevím.

Graf 4.15:

Příčina ADHD (v %)

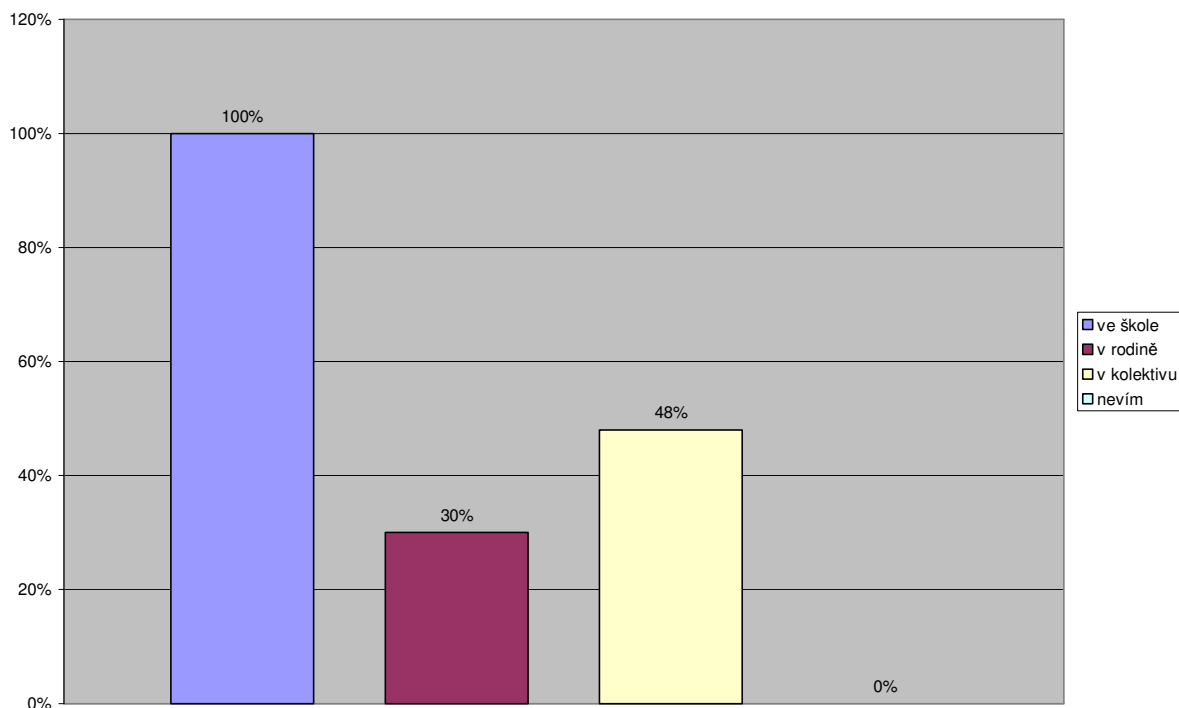


Zdroj: Vlastní výzkum

Rodiče měli možnost označit více odpovědí. Nejčastěji byla označena možnost komplikací v průběhu porodu a to v 36 (67%) z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných rodičů. 30 (56%) rodičů udalo kouření, alkohol a návykové látky v době těhotenství. V 18 (33%) případech byla uvedena možnost předčasného porodu. 17 (31%) rodičů uvedlo jako příčinu dědičnost a úrazy hlavy v dětství označilo 9 (17%) rodičů. 8 (15%) rodičů označilo odpověď nízká porodní váha. Stejný počet rodičů 8 (15%) označilo možnost nevím.

Graf 4.16:

ADHD - problémy dítěte v sociálním prostředí (v%)

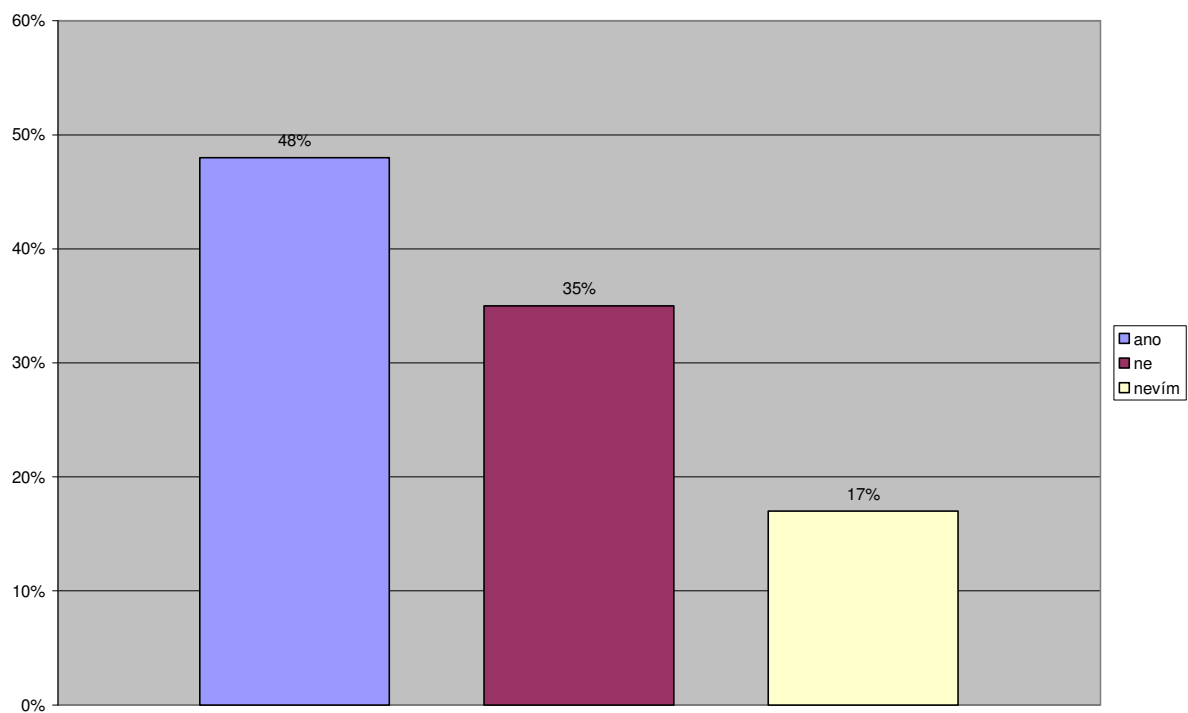


Zdroj: Vlastní výzkum

Rodiče měli možnost označit více odpovědí. Všichni dotazovaní rodiče 54 (100%) uvedli, že děti trpící ADHD mají velké problémy ve škole, dále 26 (48%) rodičů označilo, že dítě má velké problémy ve škole, jen 16 (30%) ze všech dotazovaných rodičů udali problémy také doma. Žádný z rodičů neoznačil možnost nevím 0 (0%).

Graf 4.17:

Dítě s ADHD bývá ostatními odmítáno (v%)

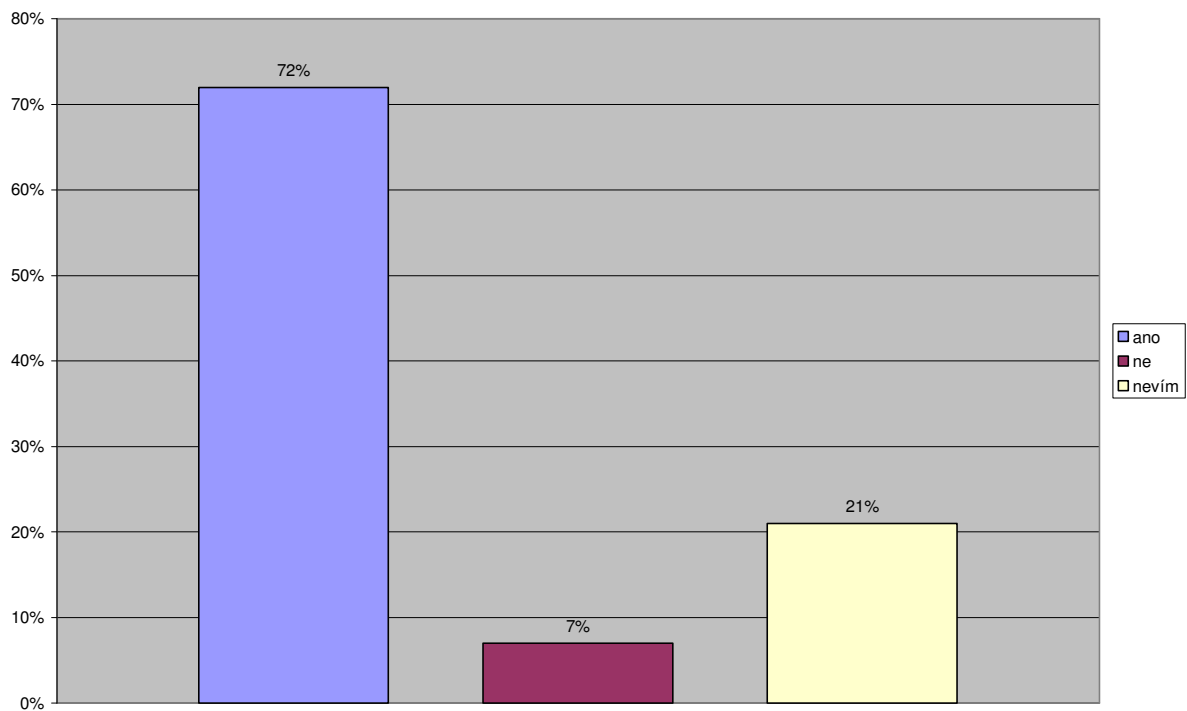


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 54 (100%) byla nejčastěji označena možnost ano a to v 26 (48%) případech. Odpověď ne udalo 19 (35%) rodičů a 9 (17%) rodičů označilo odpověď nevím.

Graf 4.18:

**ADHD je vývojová porucha a s postupným vývojem mozku
příznaky částečně ustupují (v %)**

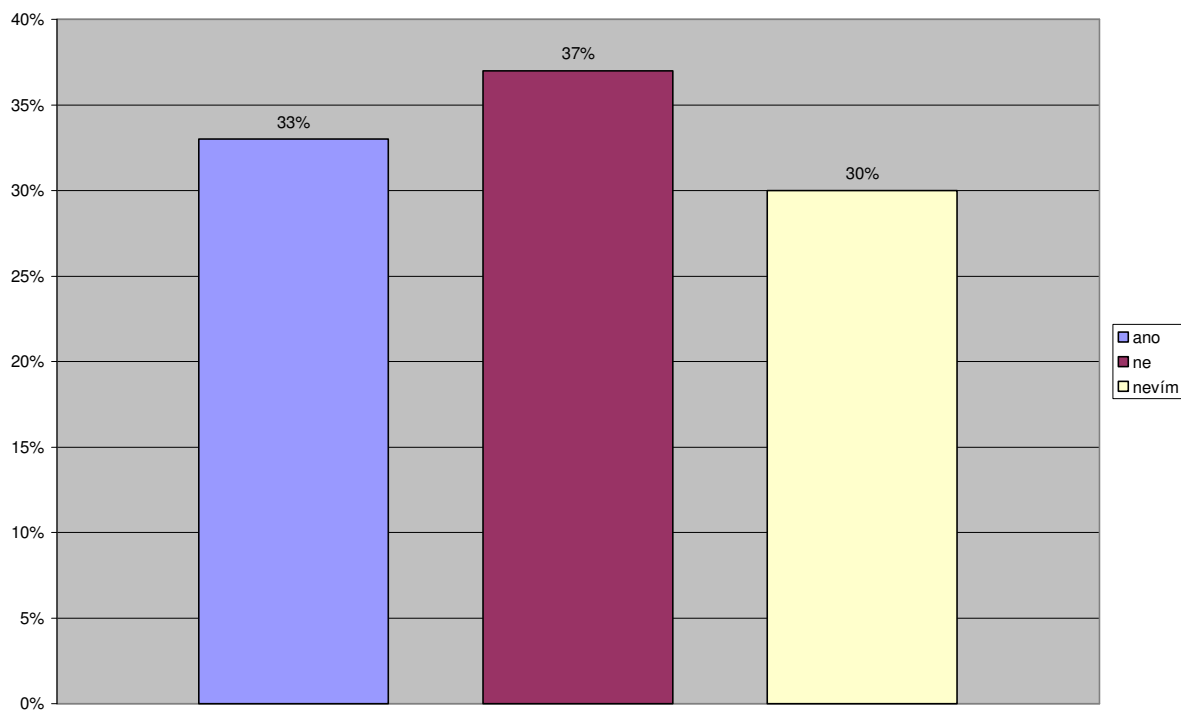


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji byla označena možnost ano a to v 39 (72%) případech z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných rodičů. Odpověď ne udalo 4 (7%) rodičů a 11 (21%) rodičů označilo odpověď nevím.

Graf 4.19:

**U dětí s ADHD je vyšší riziko zneužívání
návykových látek (v%)**

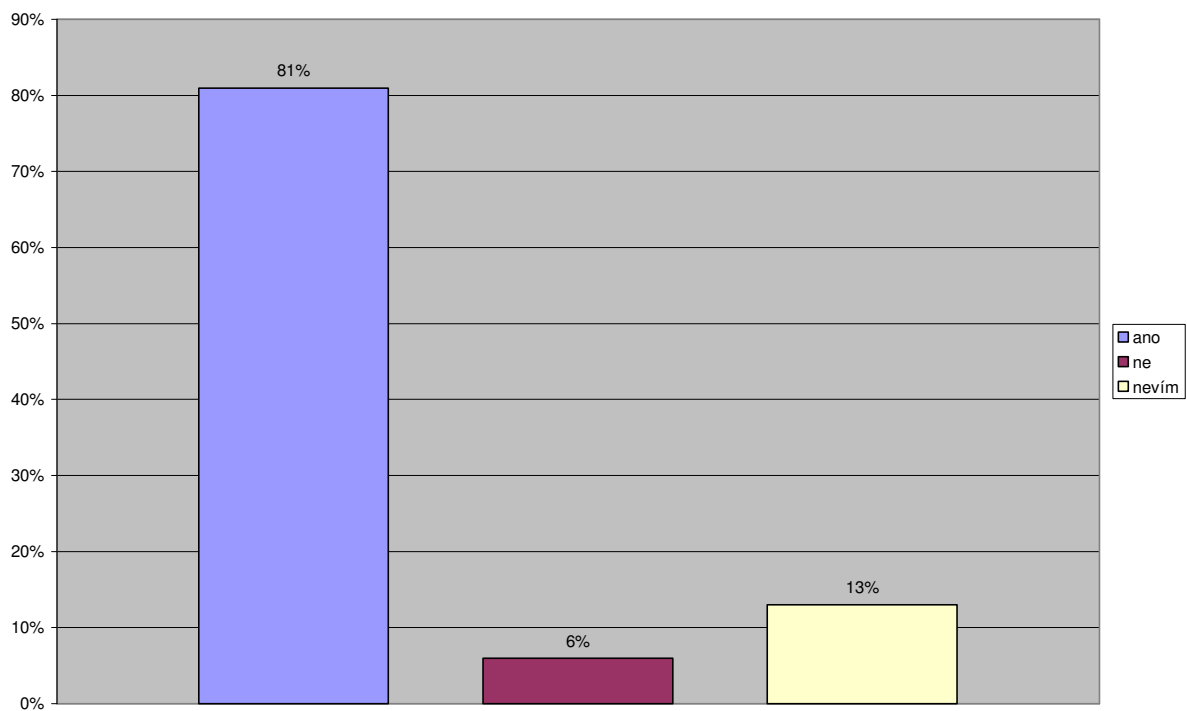


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji byla označena možnost ne a to v 20 (37%) případech z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných rodičů. Odpověď ano udalo 18 (33%) rodičů a 16 (30%) rodičů označilo odpověď nevím.

Graf 4.20:

Potřeba léčby dětí s ADHD (v%)

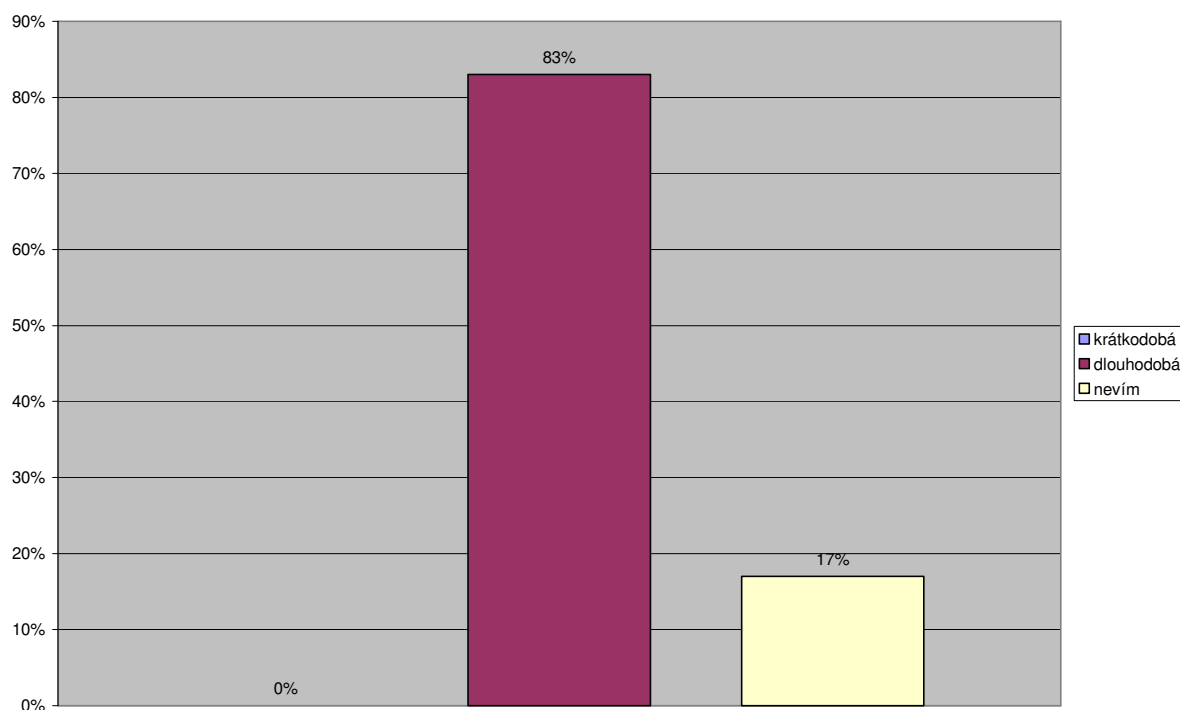


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji byla označena možnost ano a to v 44 (81%) případech z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných rodičů. Odpověď ne udalo 3 (6%) rodičů a 7 (13%) rodičů označilo odpověď nevím.

Graf 4.21:

Doba léčby dětí s ADHD (v%)

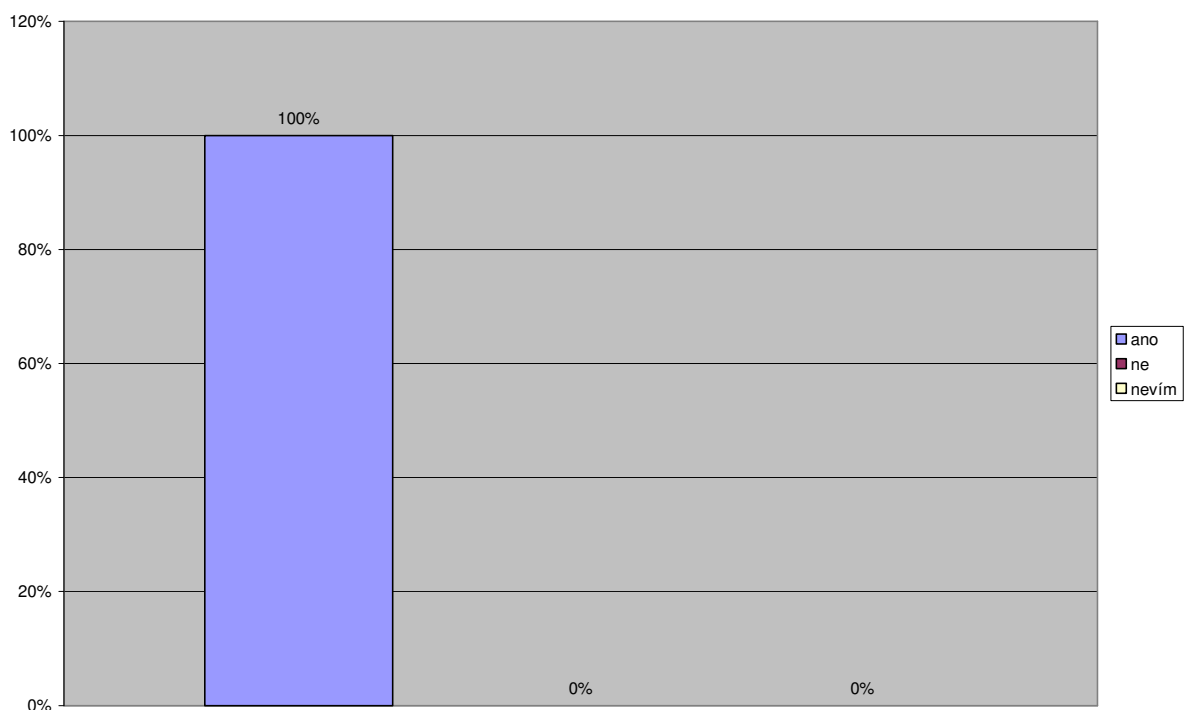


Zdroj: Vlastní výzkum

45 (83%) rodičů z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných rodičů označilo možnost, že v případě léčby se bude jednat o léčbu dlouhodobou. Pouze 9 (17%) rodičů označilo možnost nevím. Žádný z rodičů neznačil možnost krátkodobé léčby.

Graf 4.22:

Dítě s ADHD vyžaduje speciální přístupy rodičů (v%)

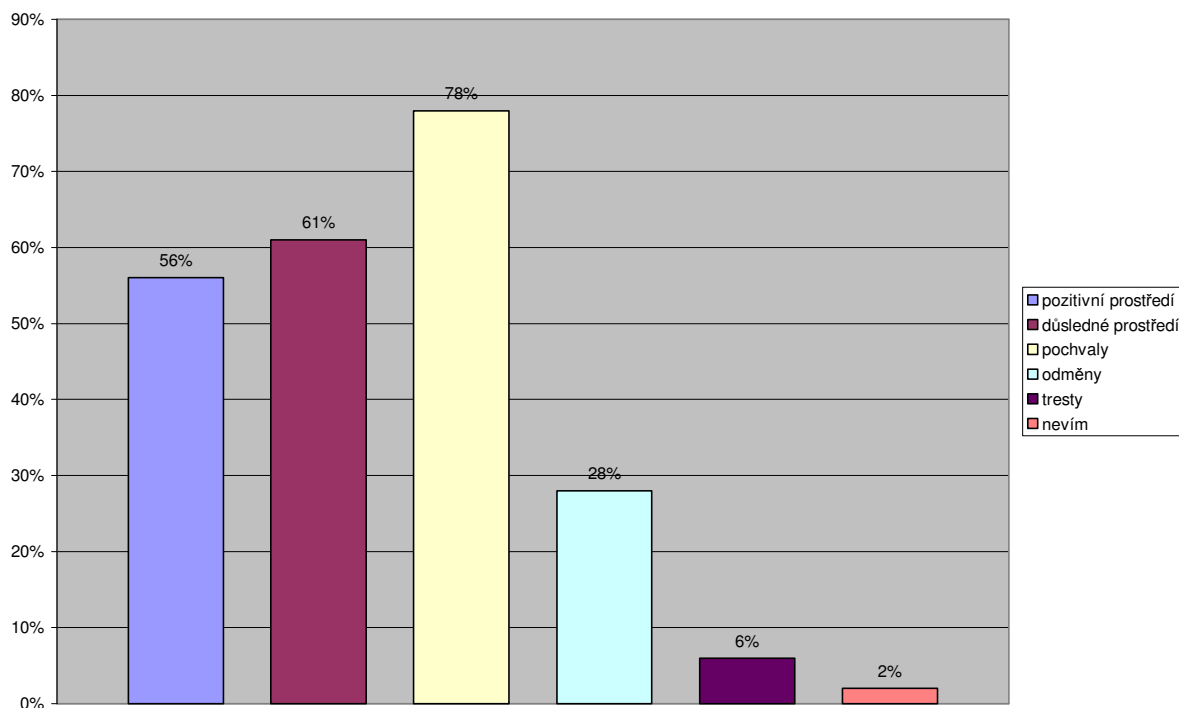


Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni rodiče 54 (100%) z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných rodičů označili možnost ano. Žádný z dotazovaných rodičů neuvedl možnost ne ani nevím.

Graf 4.23:

Přístupy rodičů (v%)

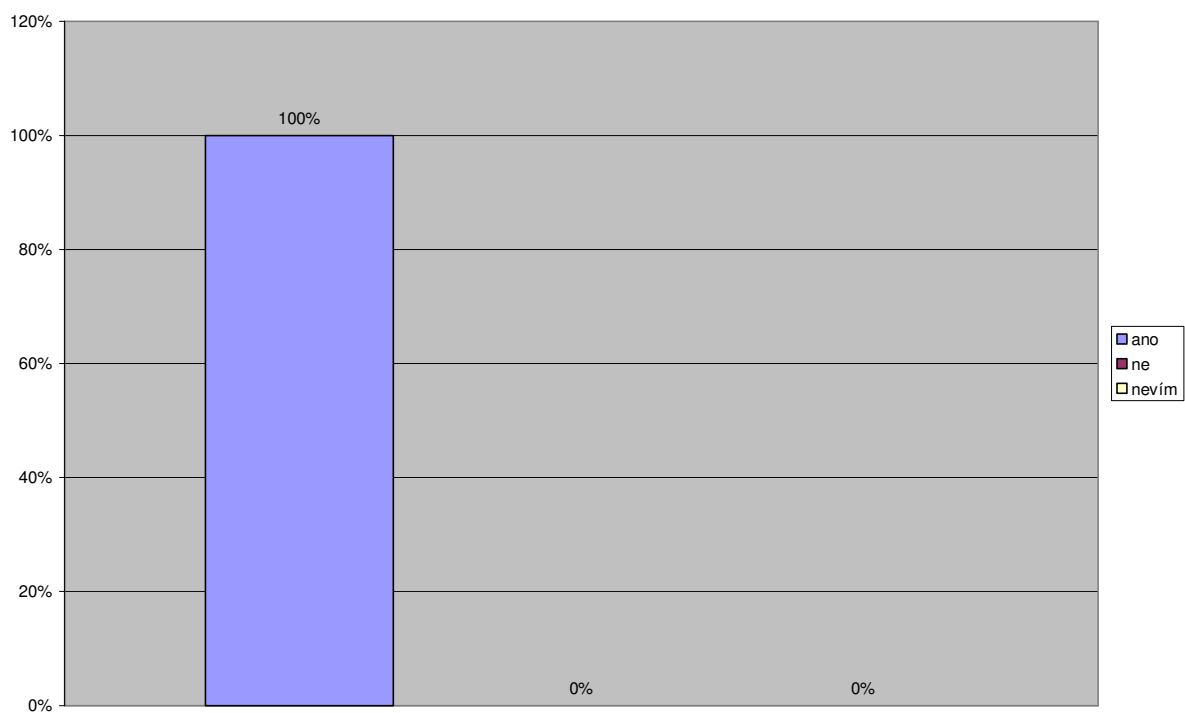


Zdroj: Vlastní výzkum

Rodiče měli možnost označit více odpovědí. Nejčastěji rodiče volili možnost pochval a to ve 42 (78%) případech z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných rodičů. Důsledné prostředí označilo 33 (61%) dotazovaných rodičů a 30 (56%) uvedlo pozitivní prostředí. 15 (28%) rodičů označilo možnost odměn a tresty by volili jen 3 (6%) ze všech dotazovaných rodičů. Jen 1 (2%) rodič označil možnost nevím.

Graf 4.24:

Dítě s ADHD vyžaduje speciální přístupy učitelů (v%)

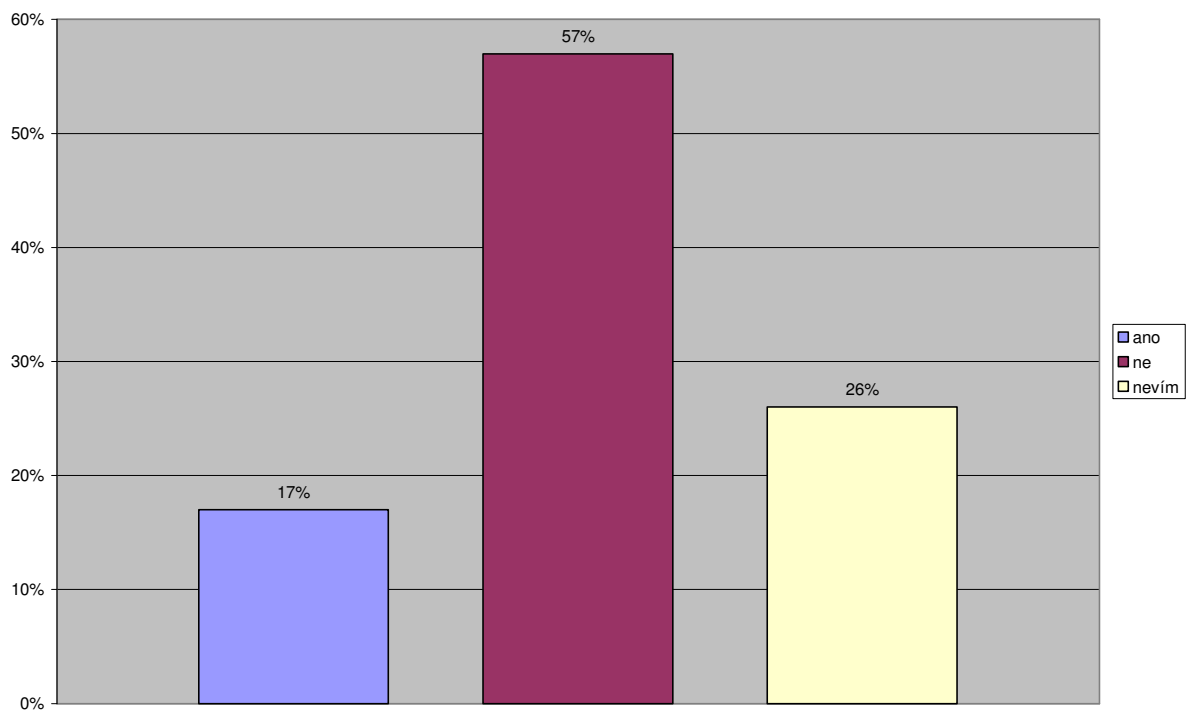


Zdroj: Vlastní výzkum

I zde všichni rodiče 54 (100%) z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných rodičů označili možnost ano. Žádný z dotazovaných rodičů neuvedl možnost ne ani nevím.

Graf 4.25:

Učitelé uplatňují speciální přístupy u dětí s ADHD (v%)

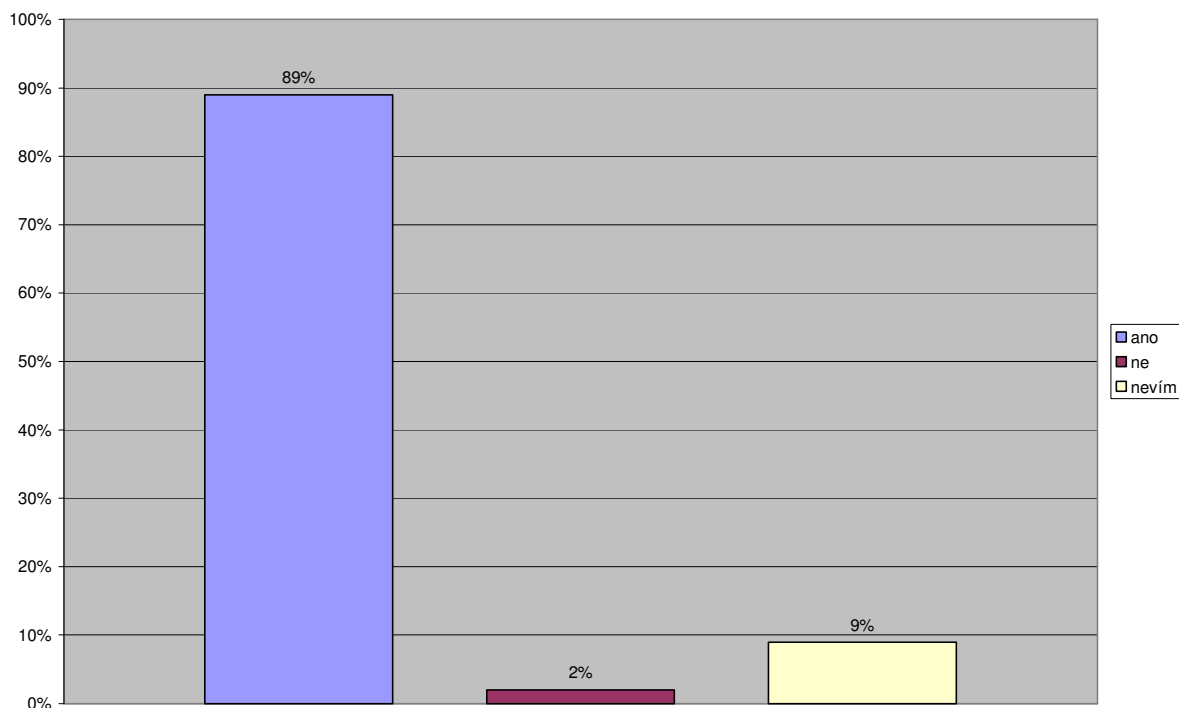


Zdroj: Vlastní výzkum

31 (57%) rodičů uvedlo, že učitelé ve škole neuplatňují speciální přístupy k dětem s ADHD, 14 (26%) rodičů označilo možnost nevím. Jen 9 (17%) označilo, že učitelé uplatňují speciální přístupy k dětem s ADHD.

Graf 4.26:

Rodiče vyhledají pomoc u odborného pracovníka (v%)

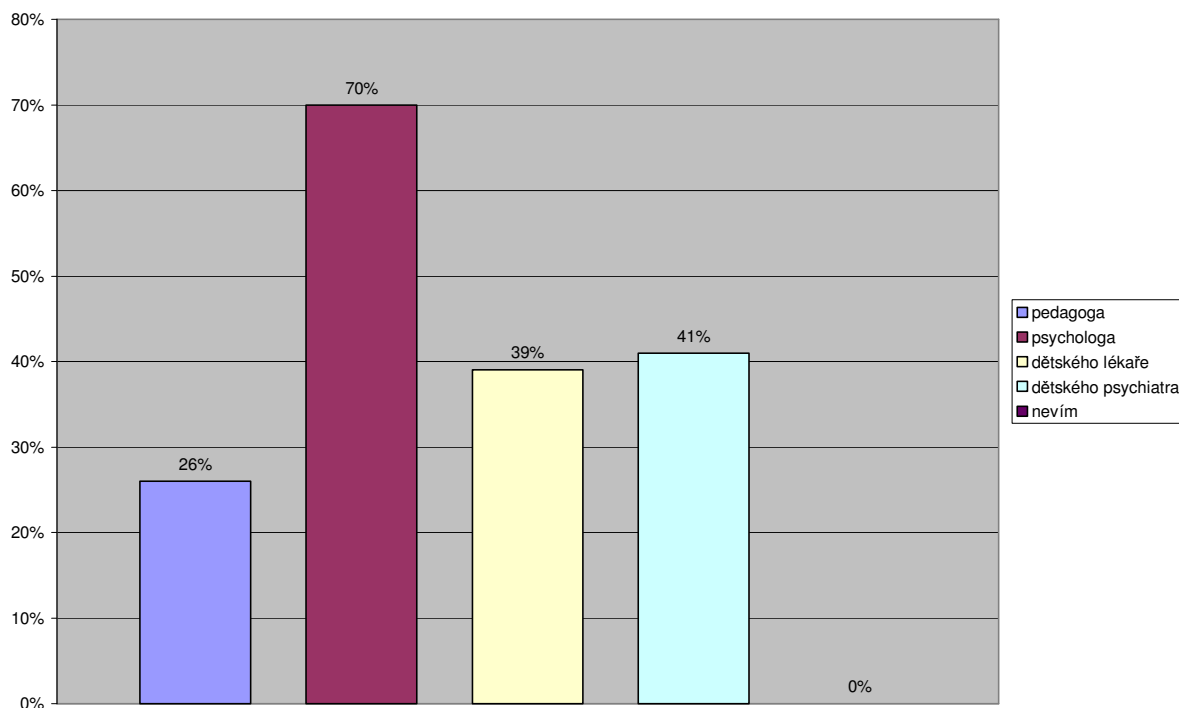


Zdroj: Vlastní výzkum

Většina rodičů 48 (89%) rodičů z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných vyhledá pomoc u odborníka a 5 (9%) dotazovaných rodičů neví, jestli by pomoc vyhledalo. Jen 1 (2%) rodič uvedl, že by pomoc nevyhledal.

Graf 4.27:

Odborníci poskytující péči dětem s ADHD (v%)

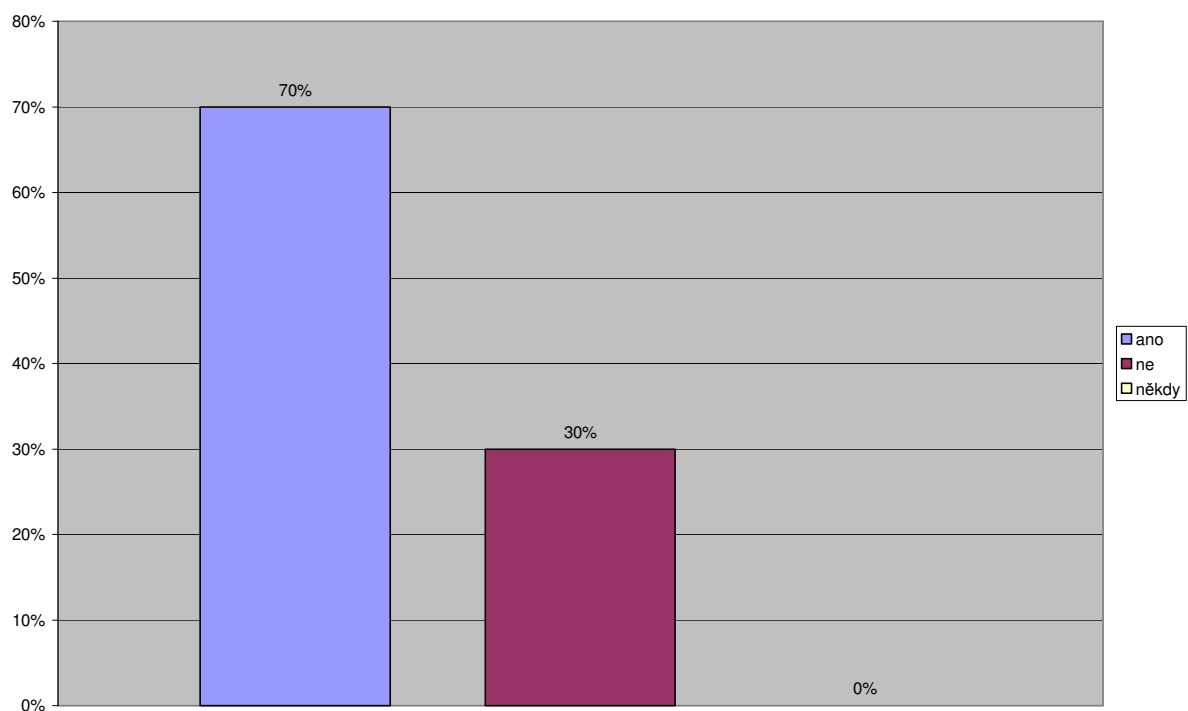


Zdroj: Vlastní výzkum

Rodiče měli možnost označit více odpovědí. Nejvíce rodičů by vyhledalo pomoc u psychologa a to 38 (70%) z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných a 22 (41%) rodičů by vyhledalo dětského psychiatra. Dětského lékaře by požádalo o pomoc 21 (39%) rodičů a pedagoga označilo 14 (26%) z dotazovaných rodičů. Žádný rodič neoznačil možnost nevím.

Graf 4. 28:

Spolupráce rodičů s učiteli (v %)

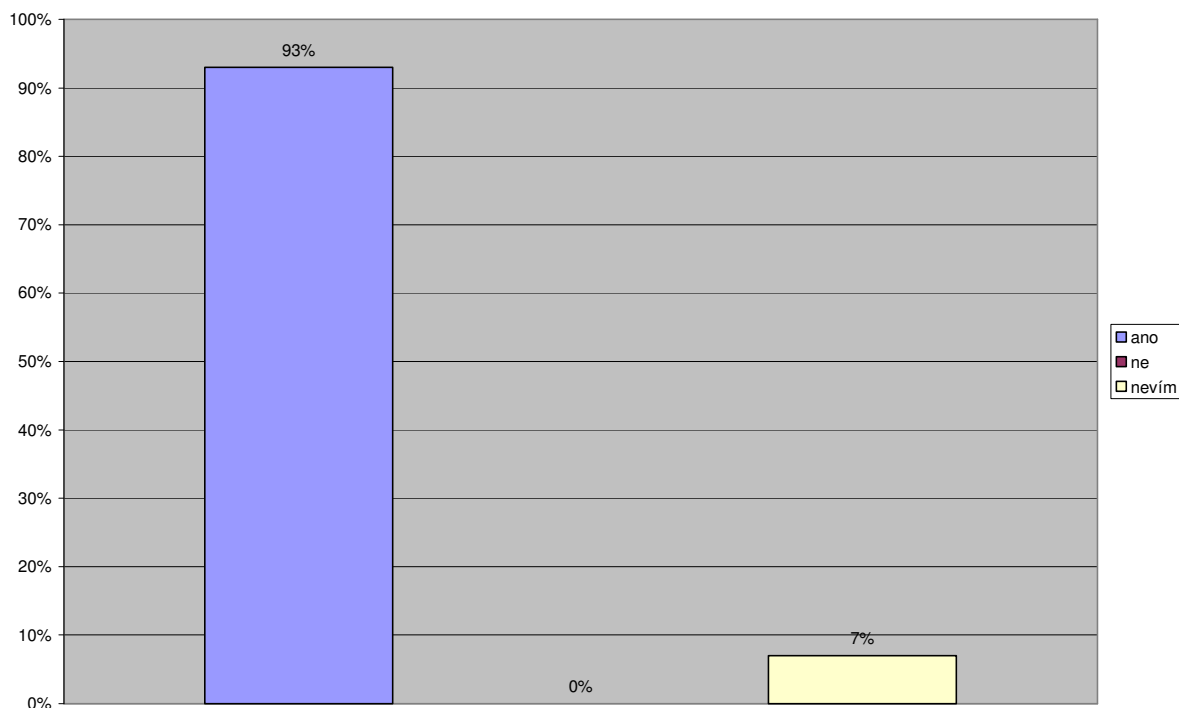


Zdroj: Vlastní výzkum

Většina rodičů 38 (70%) z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných uvedli, že mají možnost spolupracovat s učitelem a 16 (30%) rodičů označilo, že nemají možnost spolupracovat s učiteli. Žádný z rodičů neoznačil odpověď někdy.

Graf 4.29:

**Doporučení učitele rodičům, aby vyhledali pro své dítě
odborného pracovníka (v %)**

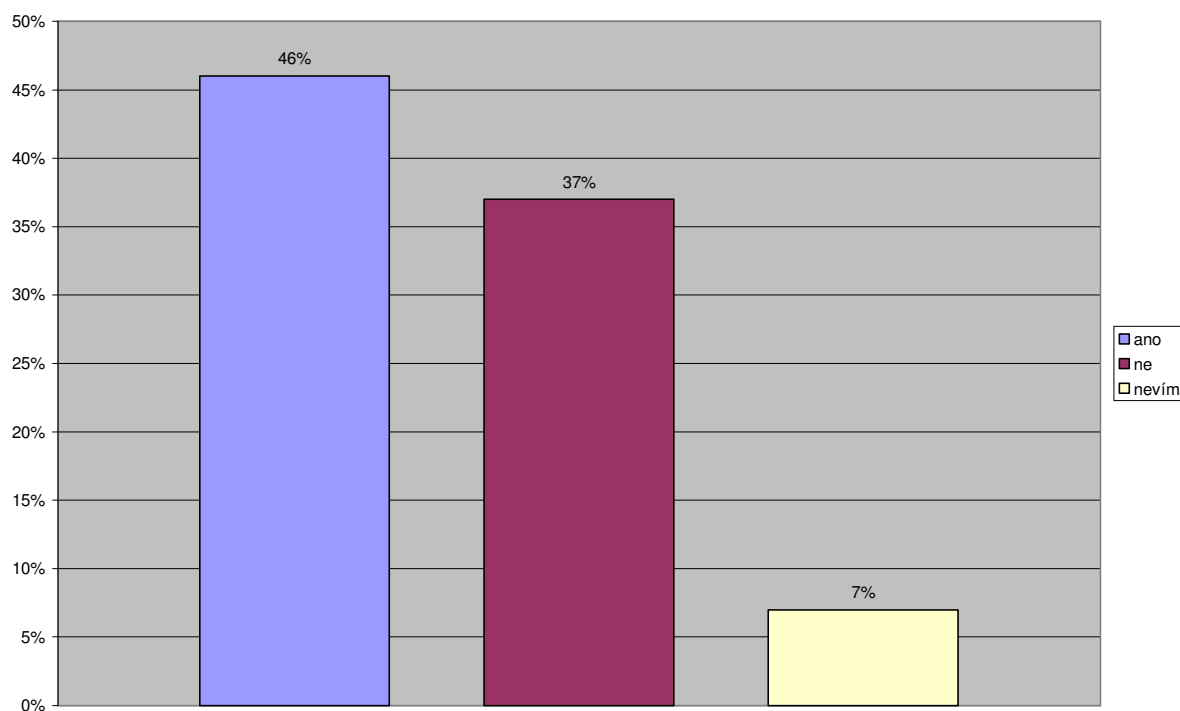


Zdroj: Vlastní výzkum

Téměř všichni rodiče uvedli 50 (93%) z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných, že by vyhledali odborníka, jen 4 (7%) označili možnost nevím. Žádný z rodičů nevedl, že by odborníka nevyhledal.

Graf 4.30:

Informovanost učitelů o problematice ADHD (v %)



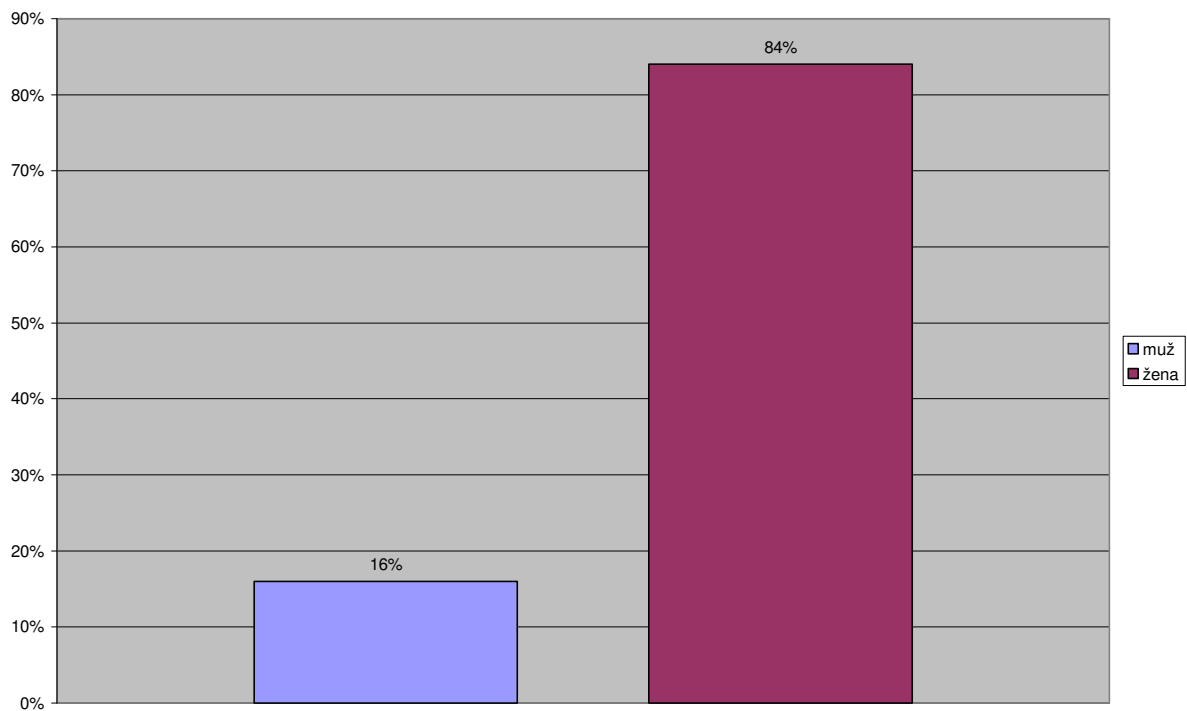
Zdroj: Vlastní výzkum

Většina rodičů 25 (46%) z celkového počtu 54 (100%) dotazovaných uvedla, že učitelé nejsou dobře informováni o dané problematice. 20 (37%) označilo odpověď nevím. Jen 9 (7%) rodičů si myslí, že učitelé jsou o dané problematice dobře informováni.

Učitelé

Graf 4.31:

Počet dotazovaných žen a mužů (v%)

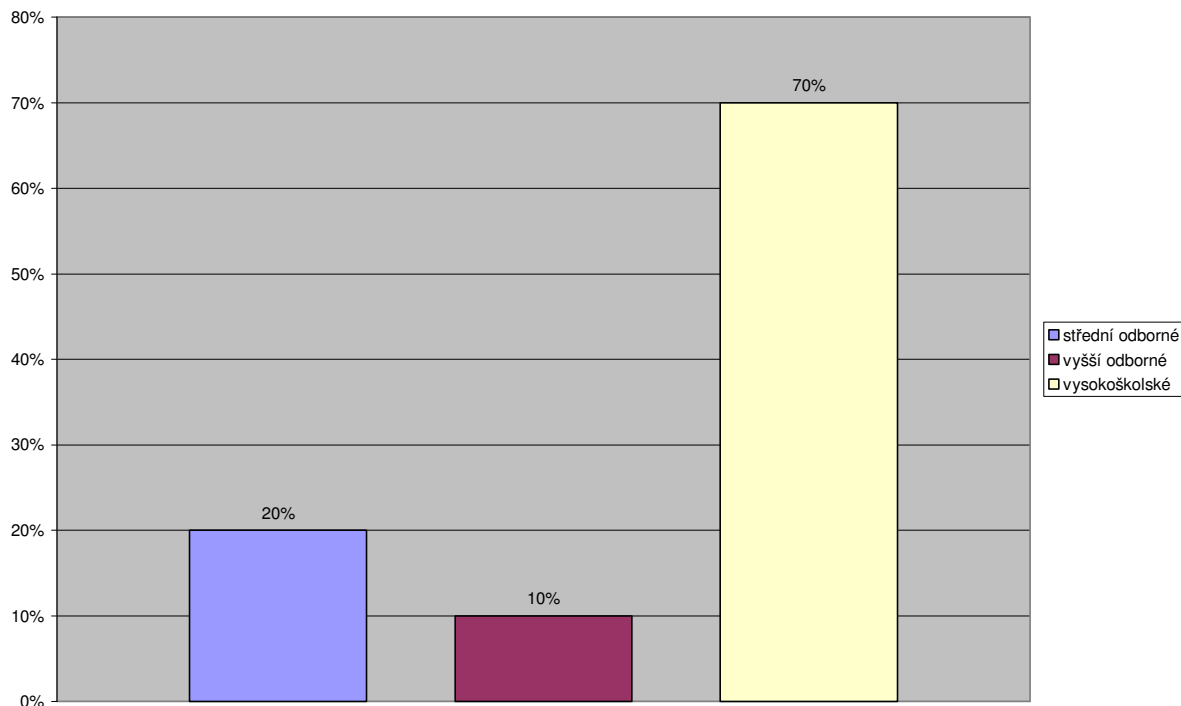


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 70 (100%) dotazovaných učitelů, je 59 žen (84%) a 11 mužů (16%).

Graf 4. 32:

Nejvyšší ukončené vzdělání dotazovaných učitelů (v%)

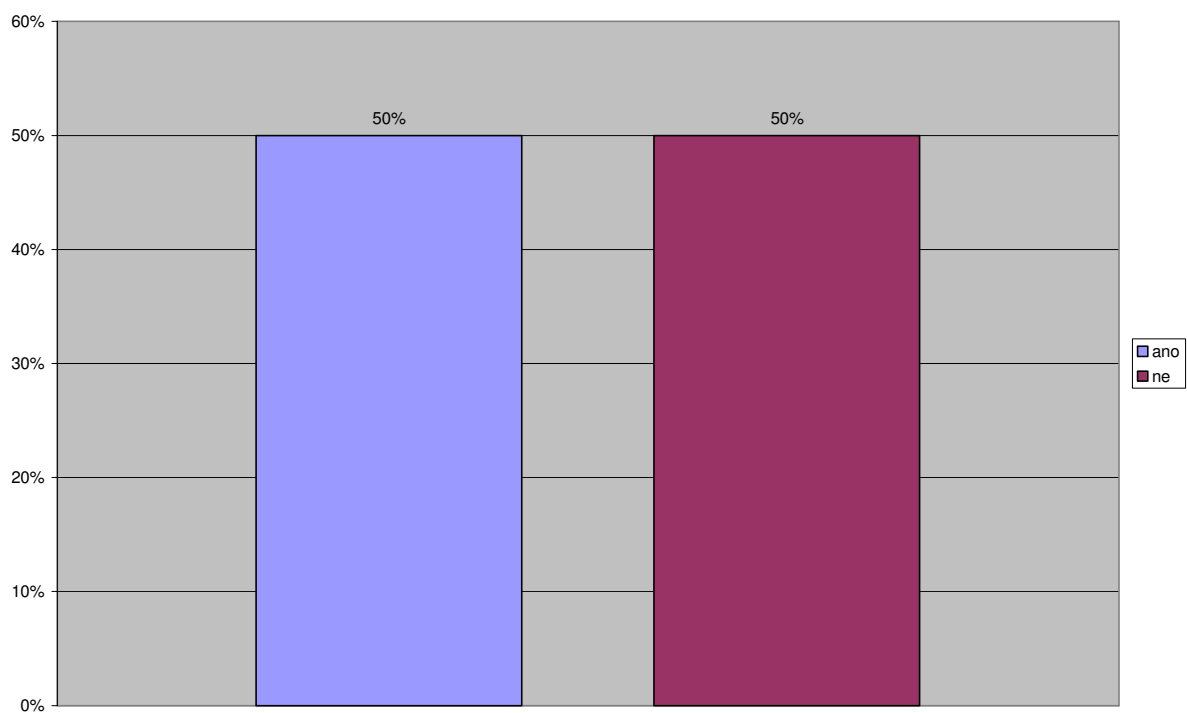


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejpočetnější skupina dotazovaných učitelů má dokončené vysokoškolské vzdělání 49 (70%) z celkového počtu dotazovaných 70 (100%), střední odborné vzdělání zakončené maturitní zkouškou označilo 14 (20%) z celkového počtu dotazovaných učitelů. Nejmenší skupinu tvoří učitelé, kteří mají vyšší odborné vzdělání 7 (10%).

Graf 4.33:

Vzdělávání pedagogů (v%)

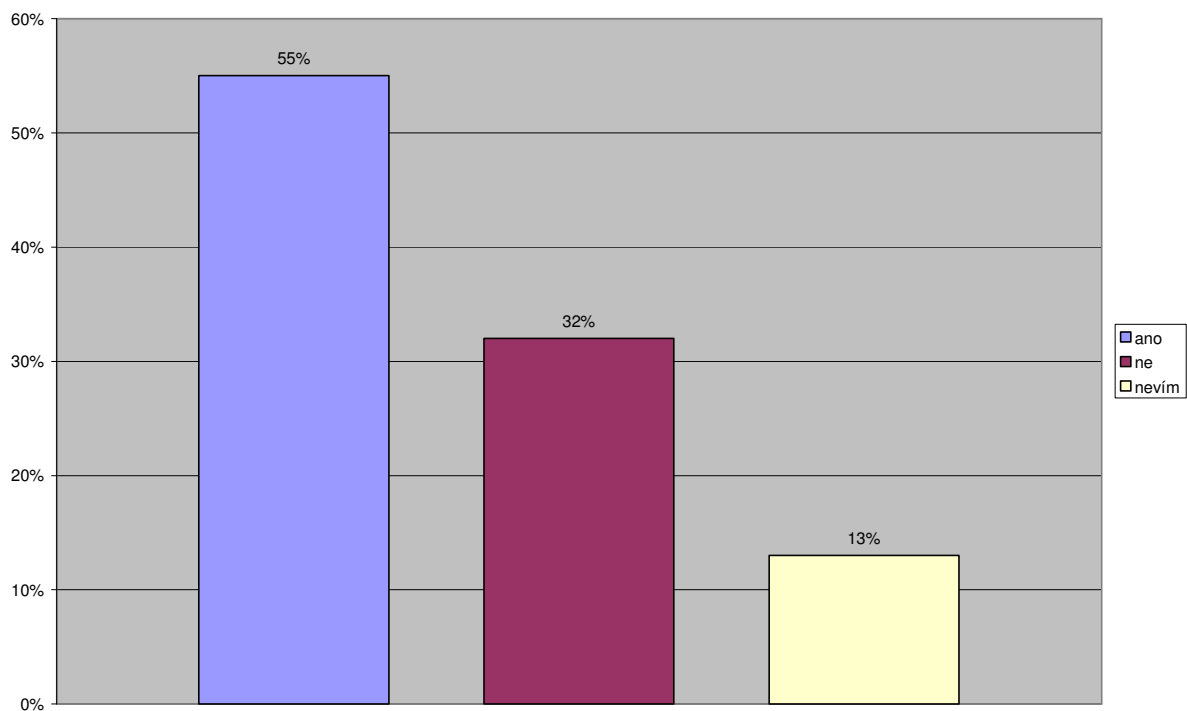


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tomto grafu je patrné, že v současné době se vzdělává přesně polovina dotazovaných učitelů 35 (50%) z celkového počtu dotazovaných 70 (100%).

Graf 4.34:

**V současné době je ADHD někdy vnímána jako omluva pro nevychované dítě
pohled učitelů (v%)**

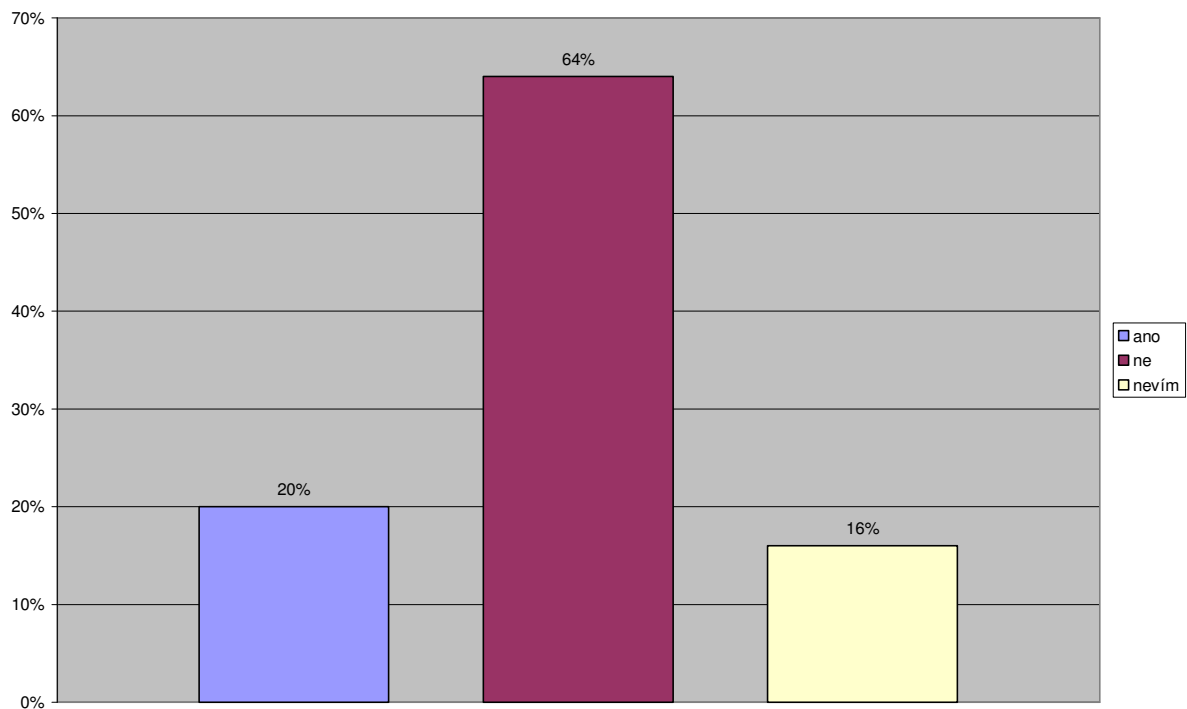


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu dotazovaných se většina učitelů 39 (55%) domnívá, že jde o omluvu pro nevychované dítě. 22 (32%) pedagogů označilo odpověď ne a 9 (13%) učitelů označilo odpověď nevím.

Graf 4.35:

Způsobí nevhodná výchova ADHD (v%)

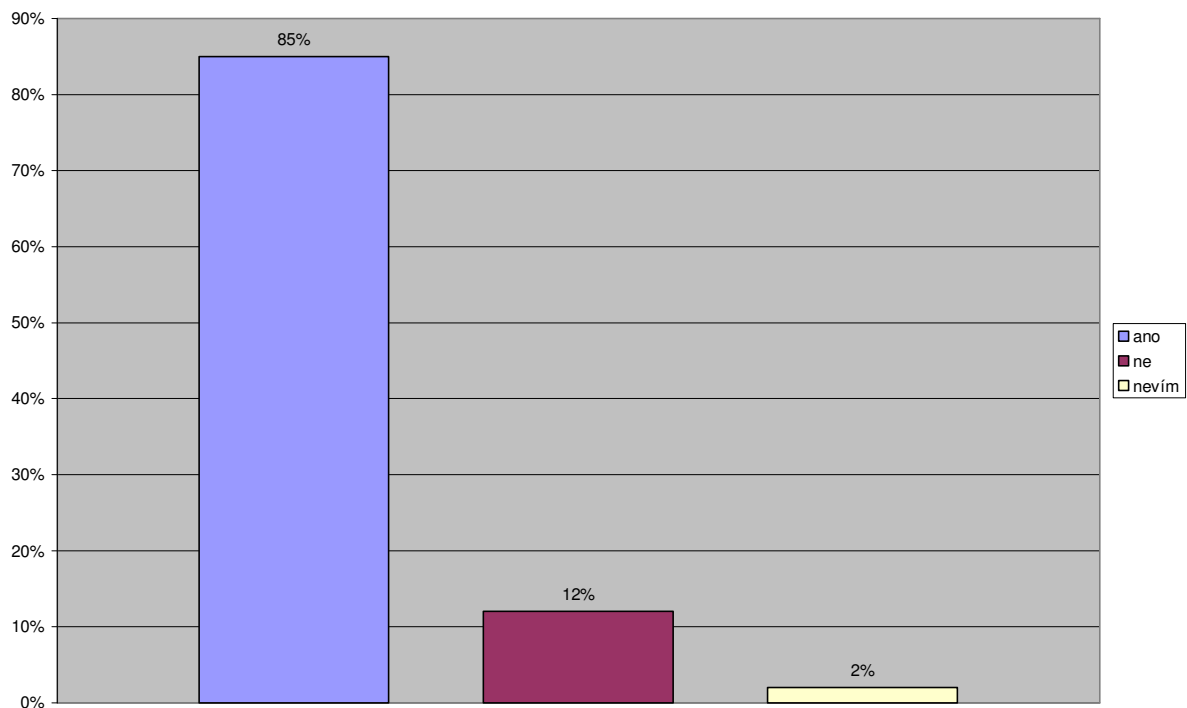


Zdroj: Vlastní výzkum

Většina dotazovaných 45 (64%) z celkového počtu 70 (100%) se domnívá, že nevhodná výchova ADHD nezpůsobuje. 14 (20%) učitelů označilo, že nevhodná výchova může způsobit ADHD a 11 (16%) označilo možnost nevím.

Graf 4.36:

Ovlivňuje negativně nevhodná výchova ADHD (v%)

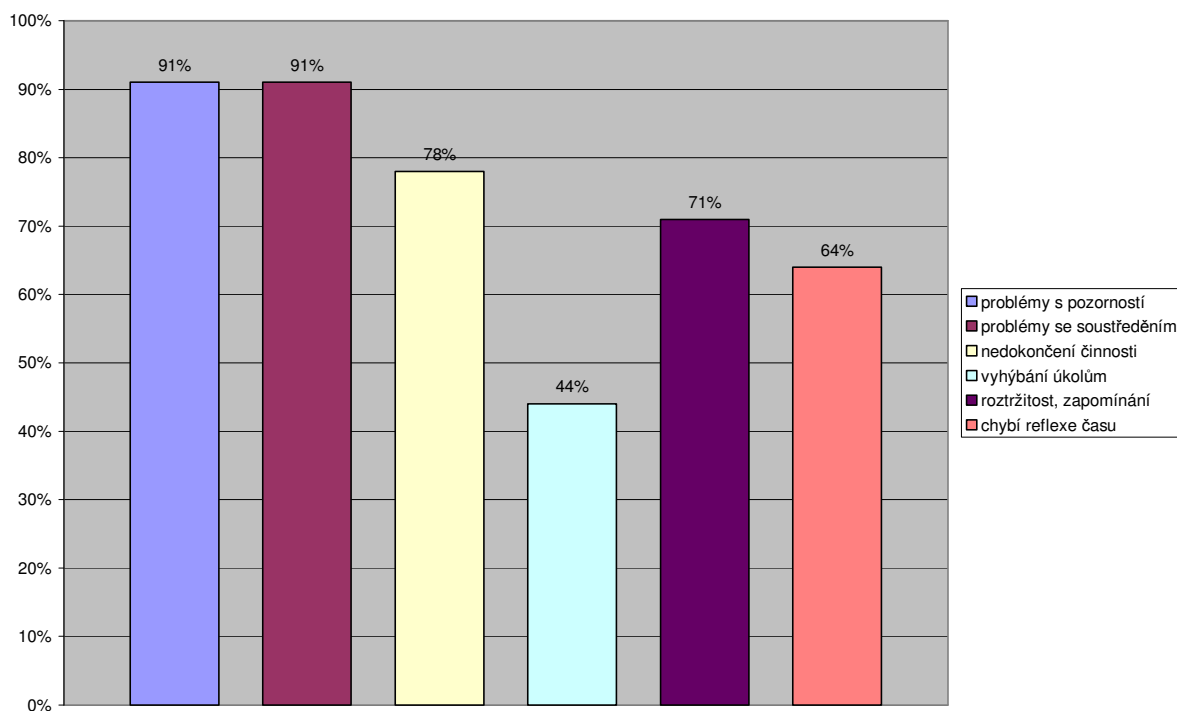


Zdroj: Vlastní výzkum

Největší skupina dotazovaných 60 (85%) z celkového počtu 70 (100%) uvádí, že nevhodná výchova může negativně ovlivnit ADHD, 8 (12%) učitelů uvedlo, že výchova neovlivňuje ADHD negativně a 2 (2%) pedagogů označilo, že neví.

Graf 4. 37:

Projevy poruchy pozornosti (v%)

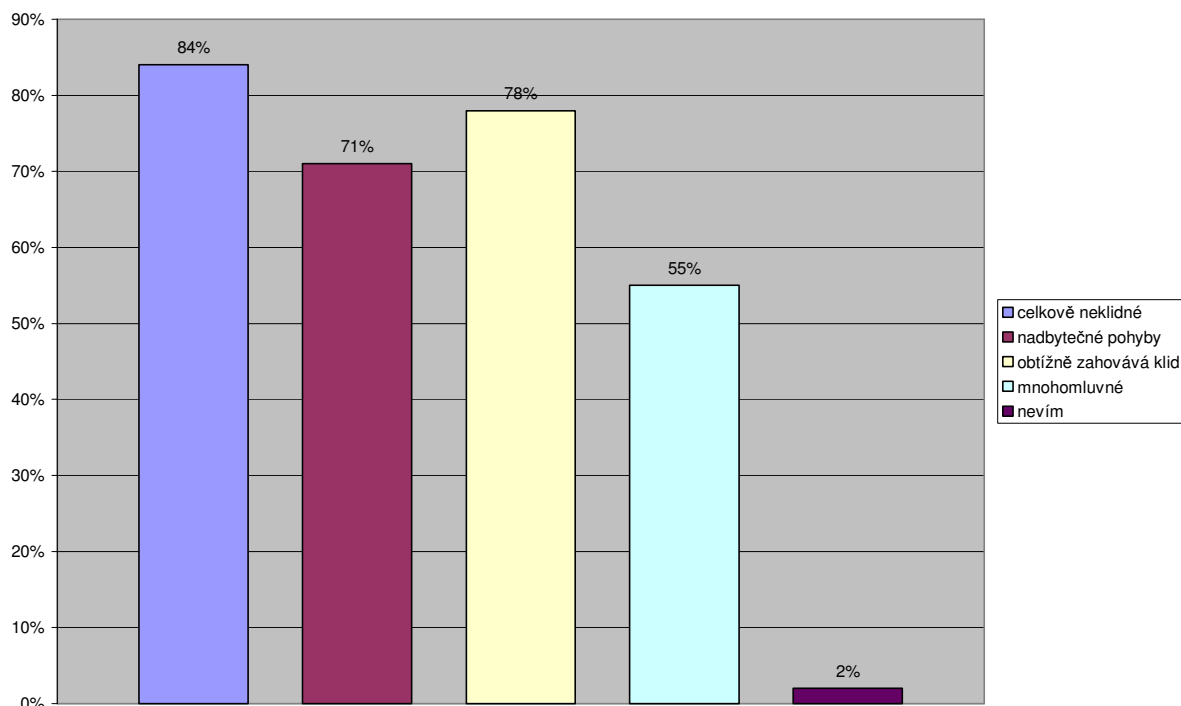


Zdroj: Vlastní výzkum

Pedagogové měli možnost označit více odpovědí. Shodně uvedli učitelé 64 (91%), že dítě má problémy s udržením pozornosti a soustředěním. 55 (78%) dotazovaných pozoruje nedokončování započaté činnosti. 50 (71%) učitelů uvedlo roztržitost a zapominání u dítěte. 45 (64%) se domnívá, že dětem chybí reflexe času a 31 (44%) uvedlo, že se dítě vyhýbá složitým úkolům.

Graf 4.38:

Projevy hyperaktivity (v%)

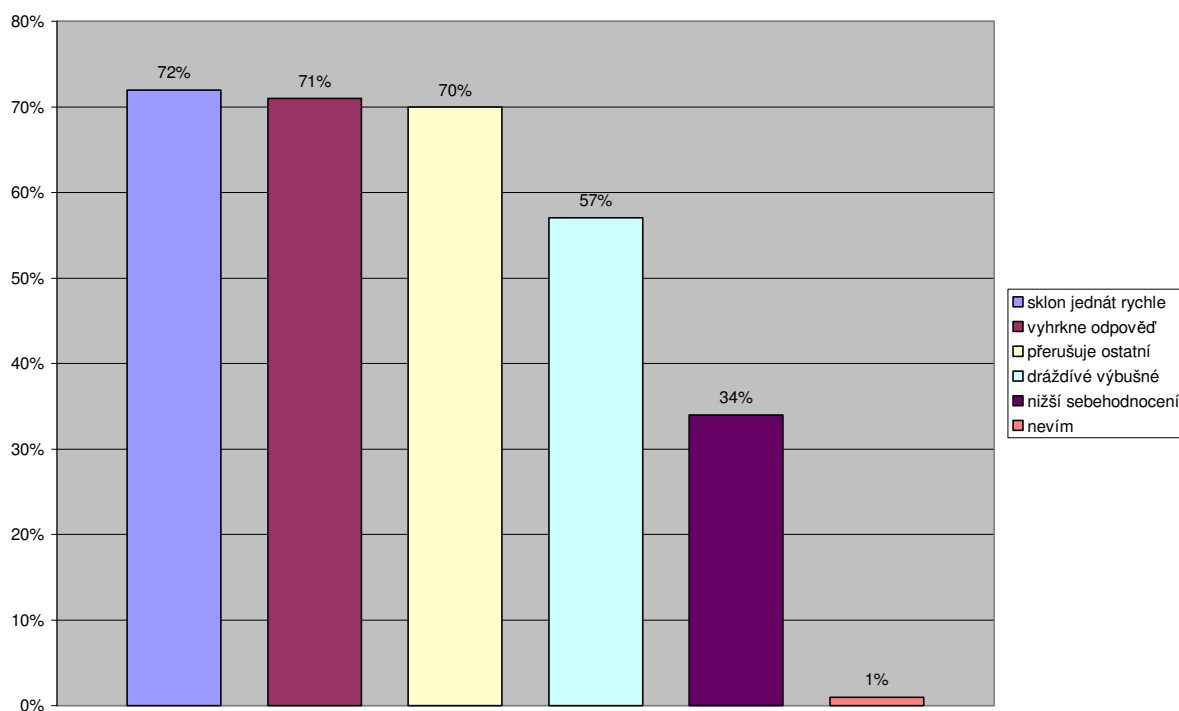


Zdroj: Vlastní výzkum

Pedagogové měli možnost označit více odpovědí. Největší skupina učitelů 59 (84%) charakterizuje hyperaktivitu jako celkový neklid a neposednost dítěte. 55 (78%) dotazovaných uvádí, že dítě obtížně zachovává klid. 50 (71%) pozoruje u dětí nadbytečné pohyby a 39 (55%) udává, že dítě je mnohmluvné a vyrušuje. Pouze 2 (2%) pedagogové nedokázali hyperaktivitu charakterizovat.

Graf 4. 39:

Projevy impulzivity (v %)

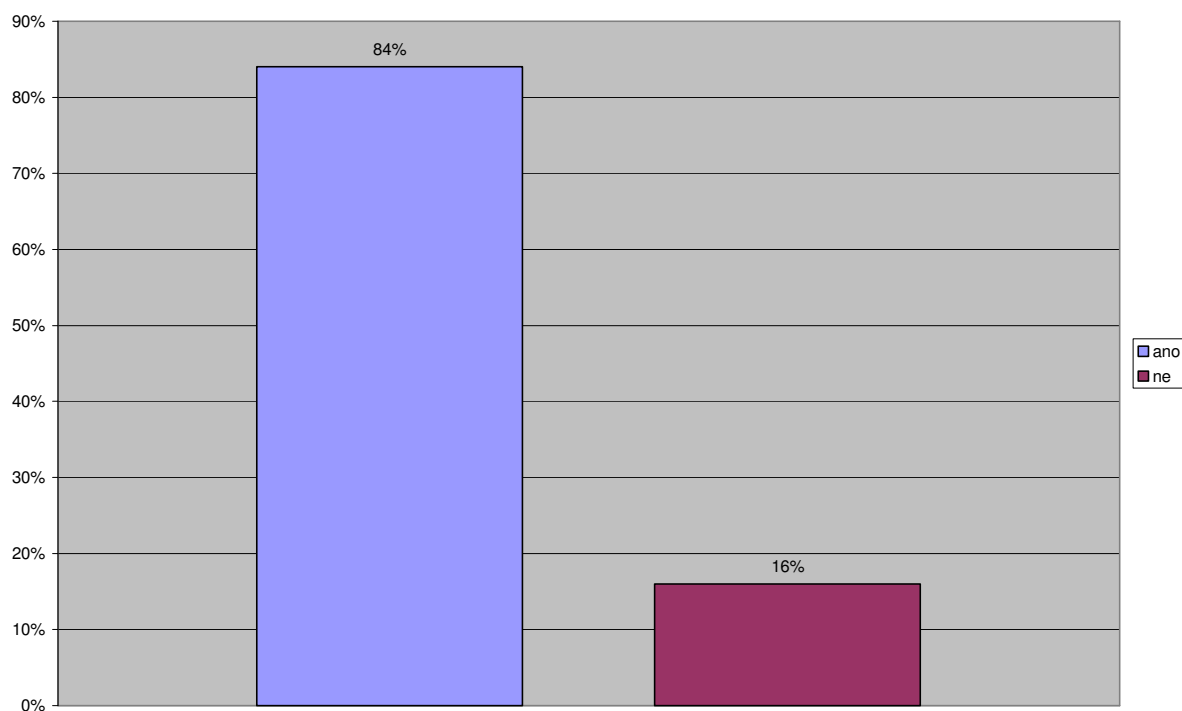


Zdroj: Vlastní výzkum

Pedagogové měli možnost označit více odpovědí. Téměř shodně uvádějí učitelé, že dítě má sklon jednat rychle 51 (72%) případech z celkového počtu 70 (100%) dotazovaných, vyhrknutí odpovědi bez přemýšlení uvedlo 50 (71%) dotazovaných, přerušování a skákání do řeči ostatním uvedlo 49 (70%) pedagogů. 40 (57%) charakterizuje u dětí výbušnost a 24 (34%) označilo nižší sebehodnocení a vztahovačnost. Jen jeden (1%) pedagog označil možnost nevím.

Graf 4. 40:

Zkušenosti učitelů s dětmi trpící ADHD v praxi (v %)

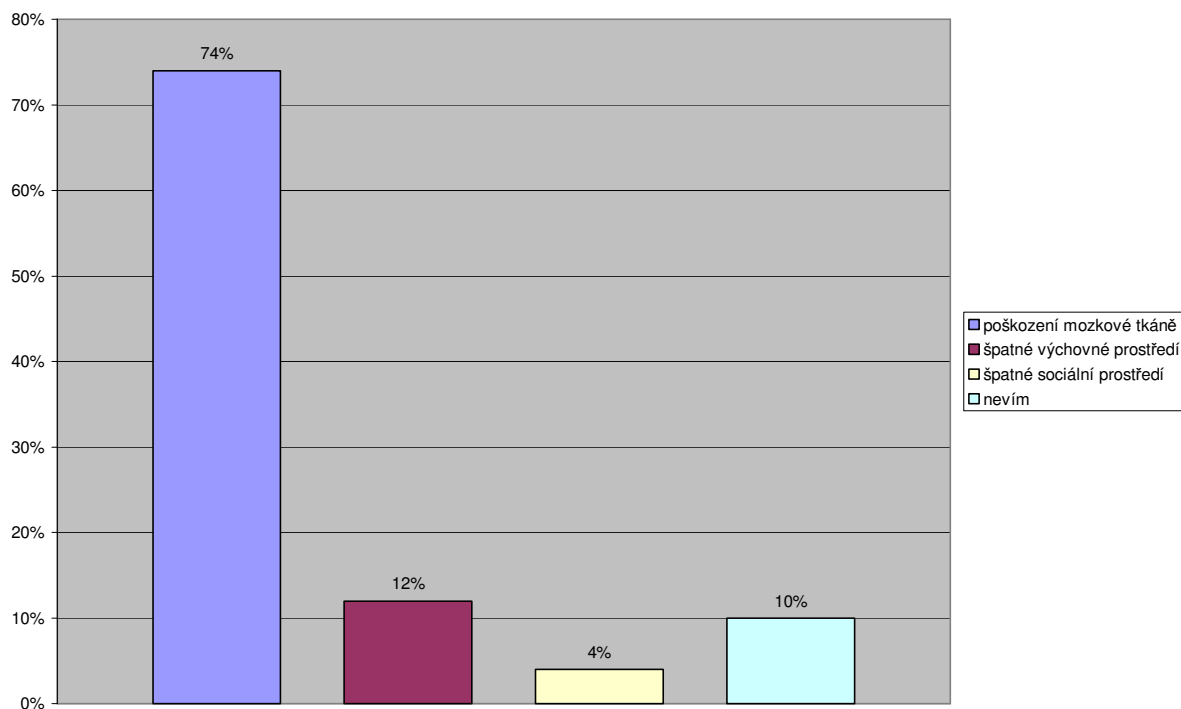


Zdroj: Vlastní výzkum

Velkou skupinu ze všech dotazovaných 70 (100%) tvoří učitelé 59 (84%), kteří se v průběhu své praxe již setkali s dítětem, u kterého byl diagnostikován syndrom ADHD. Ostatní učitelé 11 (16%) se nikdy s dítětem s ADHD nesetkali.

Graf 4. 41:

Jedna z příčin ADHD (v%)

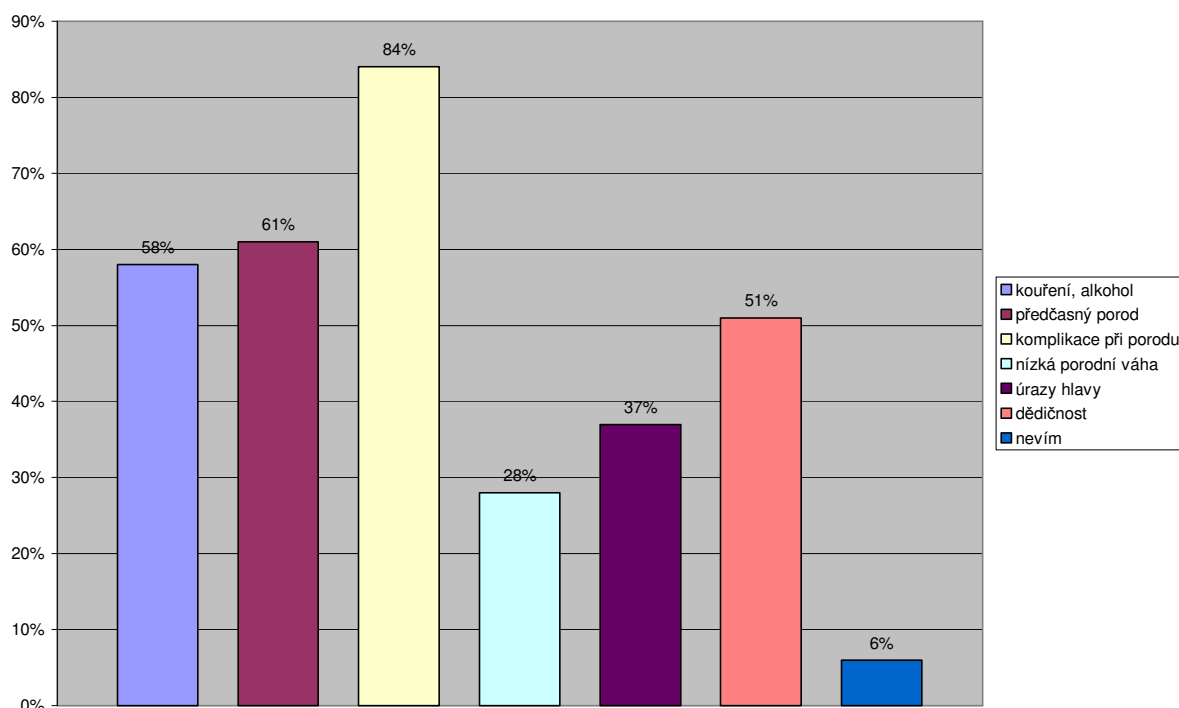


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tomto grafu vidíme, že většina učitelů 52 (74%) z celkového počtu 70 (100%) dotazovaných uvedla jako jednu z příčin ADHD poškození mozkové tkáně. 9 (12%) pedagogů se domnívá, že příčinou je špatné výchovné prostředí a pouze 6 (10%) učitelů označilo možnost nevím. Nejmenší skupinu tvoří učitelé 3 (4%) domnívající se, že příčinou je špatné sociální prostředí

Graf 4. 42:

Možnosti způsobu poškození mozkové tkáně (v %)

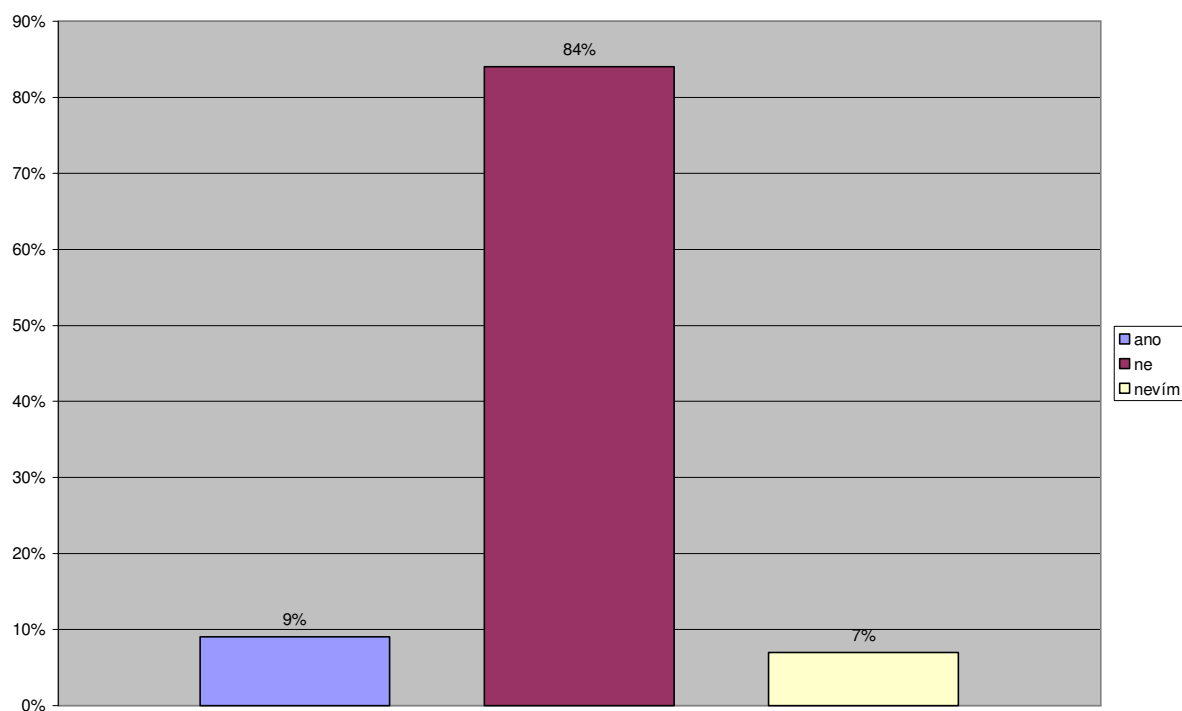


Zdroj: Vlastní výzkum

Pedagogové měli možnost označit více odpovědí. Na tomto grafu vidíme, že největší skupinu tvoří učitelé 59 (84%) z celkového počtu 70 (10%) dotazovaných, kteří uvedli možnost poškození mozkové tkáně v průběhu porodu. 43 (61%) z dotazovaných uvedlo předčasný porod. Kouření, alkohol a návykové látky označili učitelé v 41 (58%) případech. Více než polovina pedagogů 36 (51%) udává jednu z možných příčin dědičnost. 26 (37%) učitelů uvedlo, že příčinou jsou úrazy hlavy v dětství a poškození v souvislosti s nízkou porodní váhou označilo 20 (28%) pedagogů. Pouze 4 (6%) pedagogové neoznačili žádnou z daných možností, které mohou způsobit poškození mozkové tkáně

Graf 4. 43:

Děti s ADHD a jejich intelektové možnosti (v%)

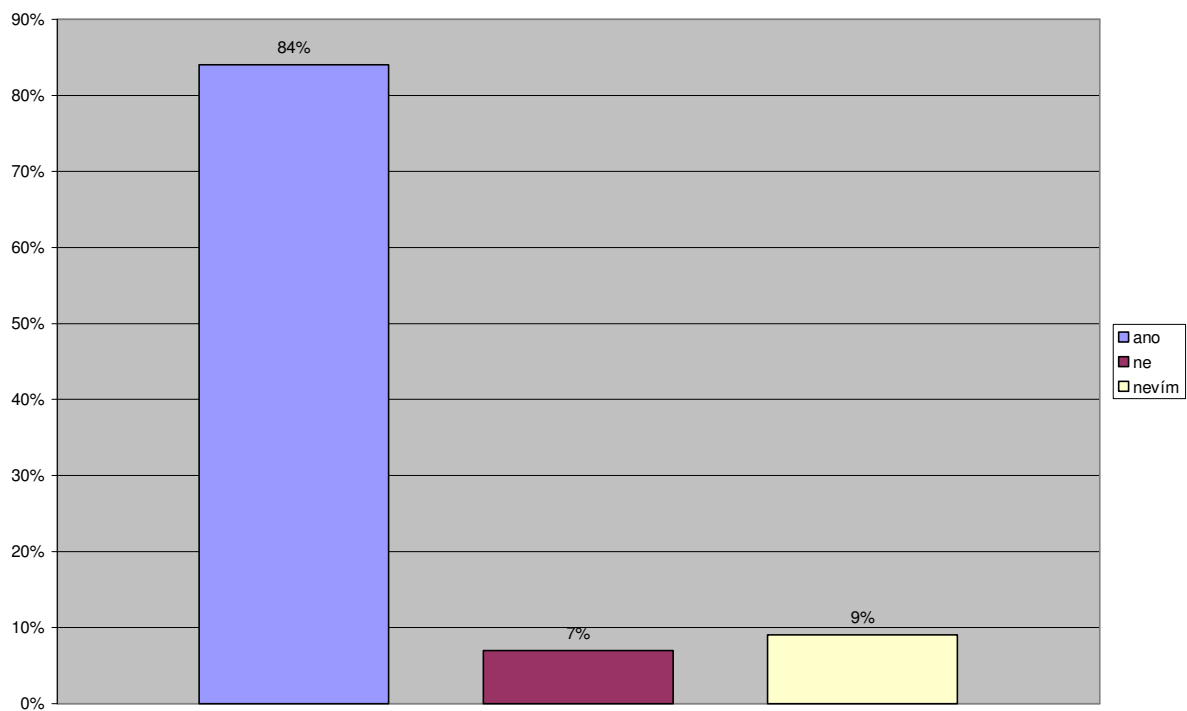


Zdroj: Vlastní výzkum

Většina učitelů 59 (84%) uvedla, že dítě s ADHD nemusí mít poškozen intelekt a jen 6 (9%) pedagogů uvedlo, že v souvislosti s diagnózou ADHD musí mít dítě poškozený intelekt. Pouze 5 (7%) z celkového počtu 70 (100%) dotazovaných označilo možnost nevím.

Graf 4. 44:

Inteligence dítěte s ADHD ve srovnání se studijními výsledky (v%)

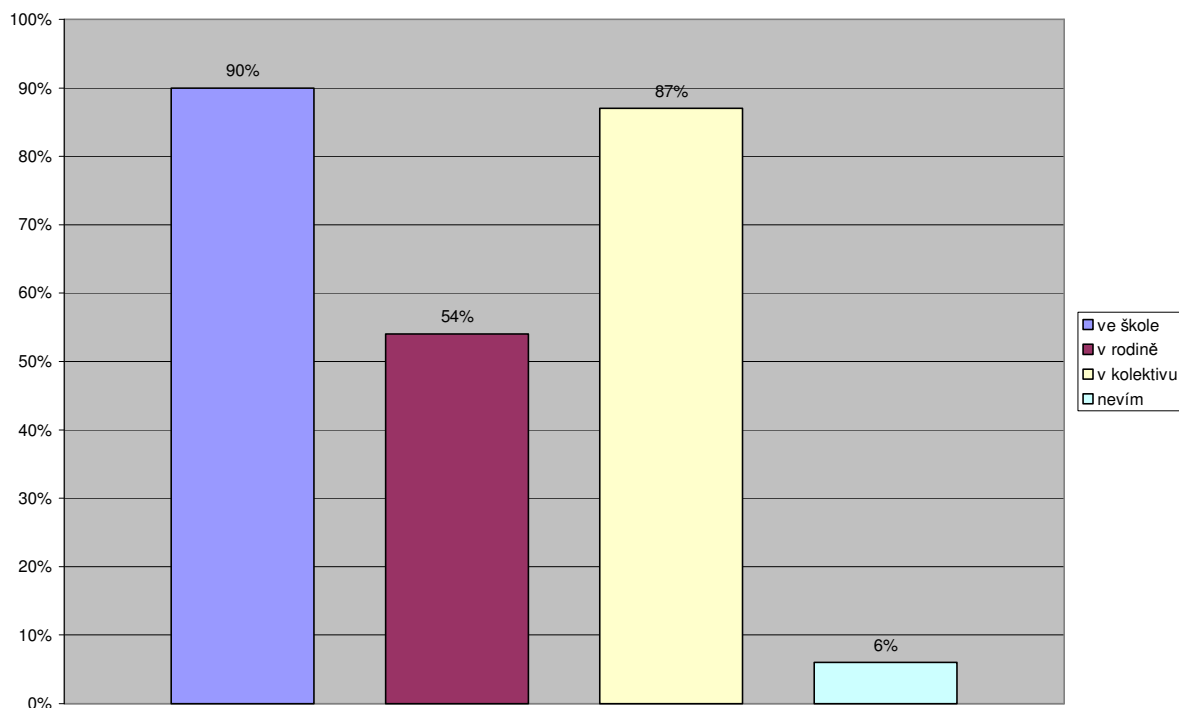


Zdroj: Vlastní výzkum

Z tohoto grafu je patrné, že je téměř shodný s grafem předešlým, kdy stejný počet učitelů 59 (84%) uvedlo, že studijní výsledky dítěte jsou nižší a neodpovídají jeho IQ, jen 5 (7%) se domnívá, že tomu tak není. Pouze 6 (9%) označilo možnost nevím.

Graf 4. 45:

ADHD způsobuje dětem problémy (v%)

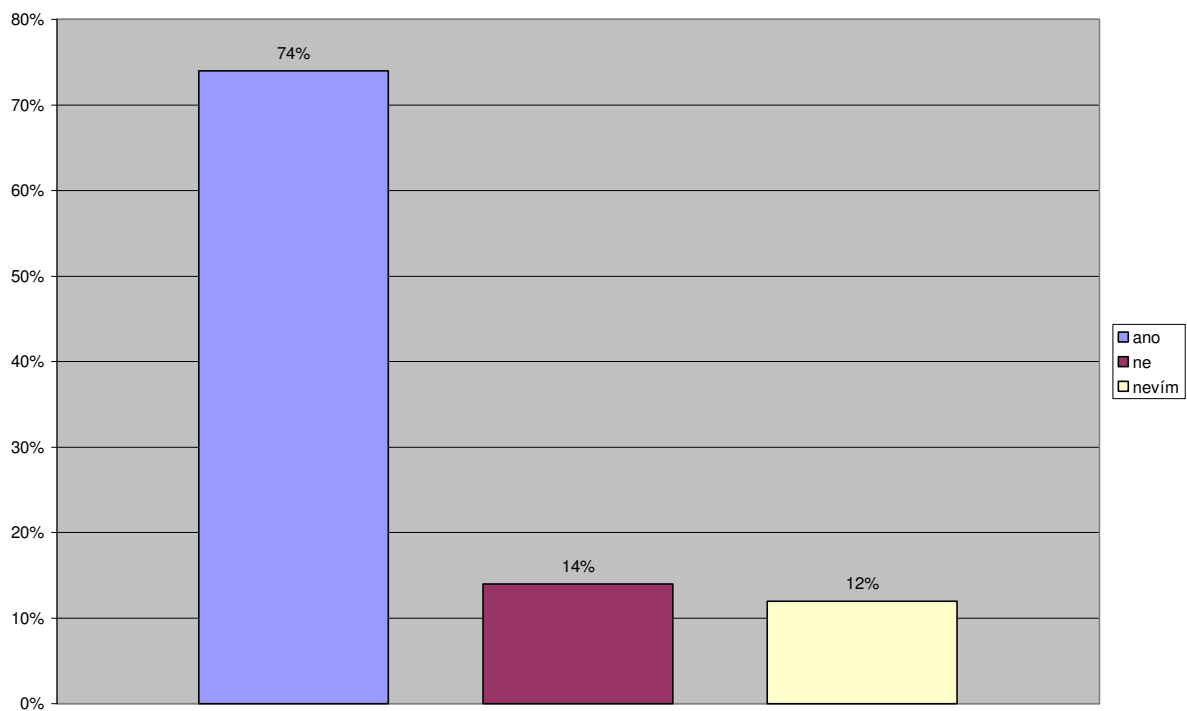


Zdroj: Vlastní výzkum

Pedagogové měli možnost označit více odpovědí. Největší skupinu z celkového počtu dotazovaných 70 (100%) tvoří učitelé 63 (90%), kteří uvedli, že děti s dg. ADHD mají velké problémy ve škole, téměř stejně velká je skupina pedagogů 61 (87%), která označila problémy v kolektivu. Problémy v rodině uvedlo 38 (54%) učitelů. Možnost nevím uvedli jen 4 (6%) ze všech dotazovaných.

Graf 4. 46:

Odmítání dítěte s ADHD ostatními pro své projevy (v%)

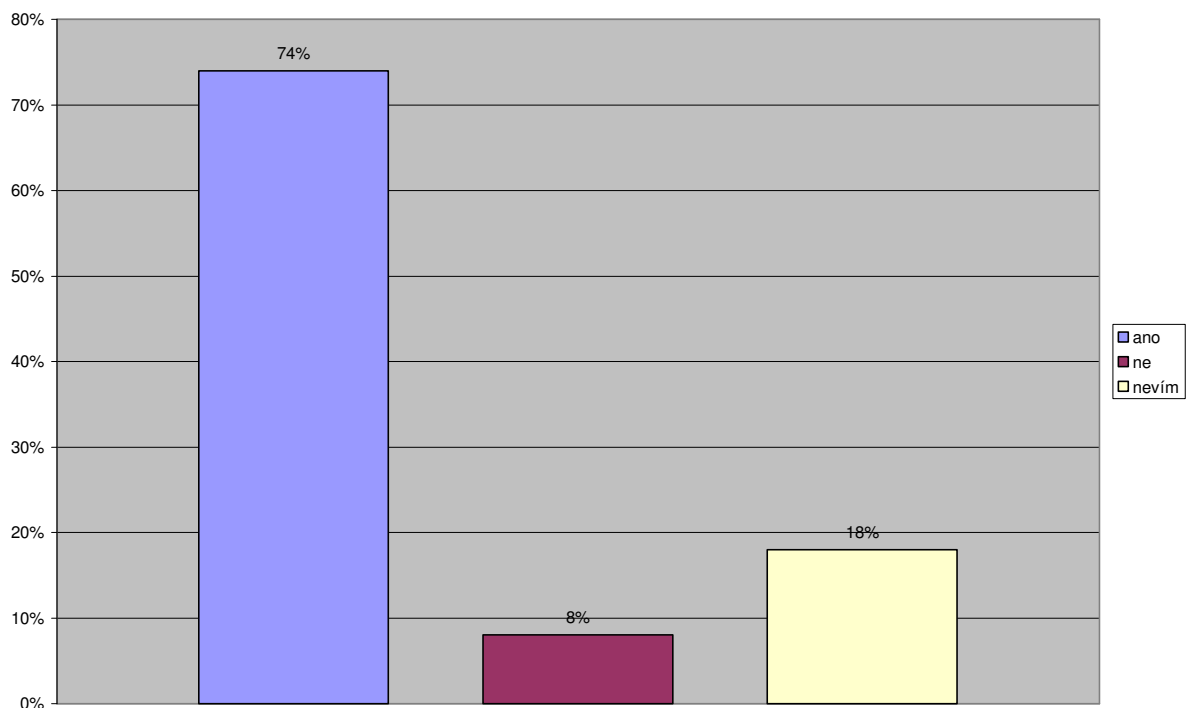


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tomto grafu můžeme vidět, že 52 (74%) z celkového počtu 70 (100%) dotazovaných učitelů uvádí, že dítě je ostatními pro své projevy odmítáno, jen 10 (14%) pedagogů uvedlo, že dítě není ostatními odmítáno. 8 (12%) označilo možnost nevím.

Graf 4. 47:

S postupným vývojem mozku příznaky mohou částečně ustupovat (v %)

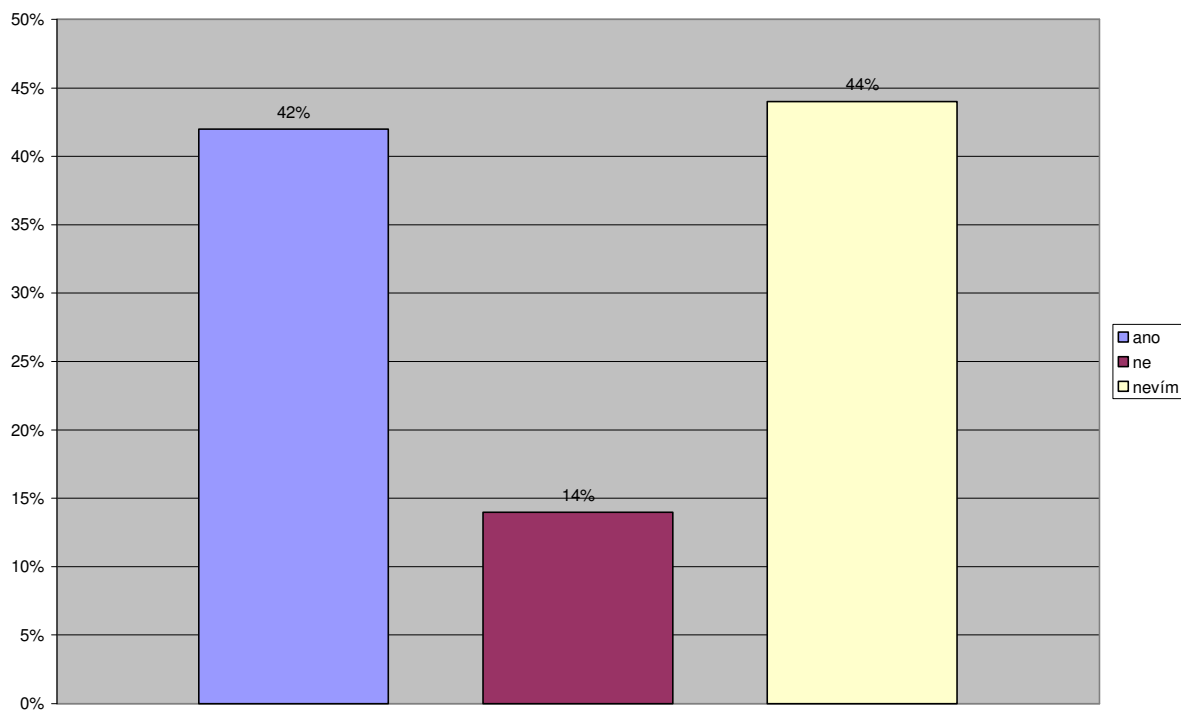


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 70 (100%) 52 (74%) dotazovaných učitelů uvedlo, že příznaky mohou s postupným vývojem mozku částečně ustupovat. Pouze 5 (8%) si myslí, že s vývojem příznaky neustupují. 13 (18%) pedagogů označili možnost nevím.

Graf 4. 48:

ADHD - vyšší riziko zneužívání návykových látek (v%)

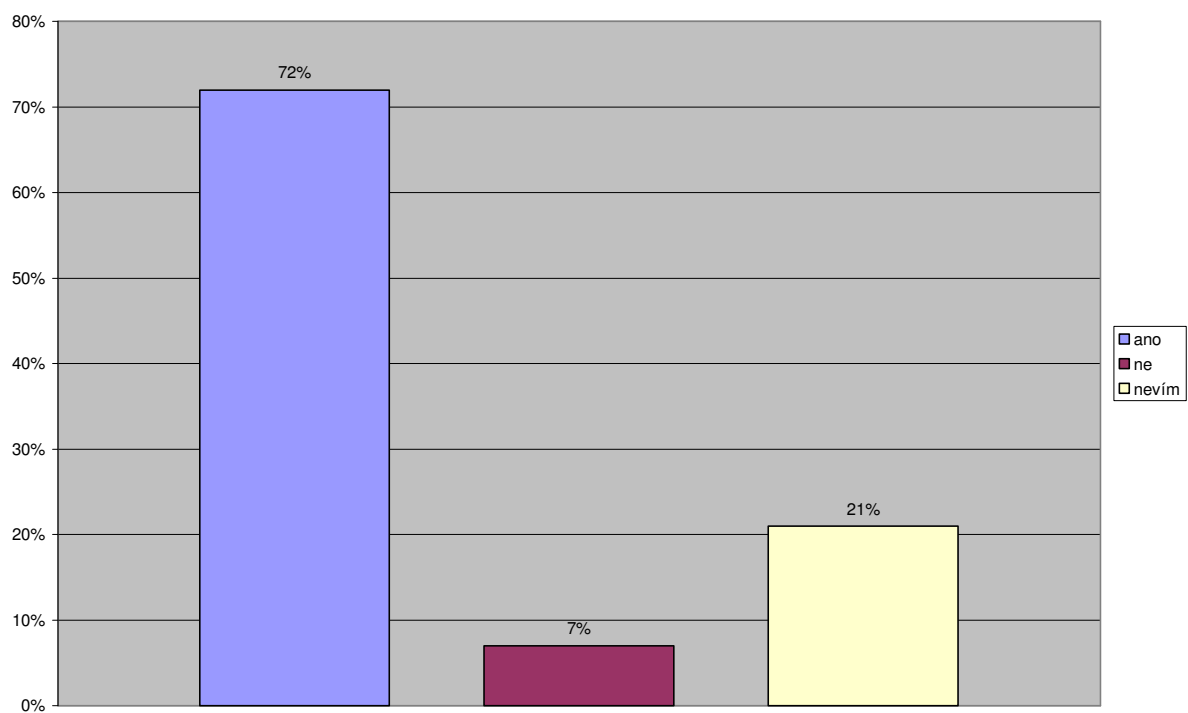


Zdroj: Vlastní výzkum

Z tohoto grafu vyplývá, že skoro polovina učitelů 31 (44%) neví, zda je vyšší riziko zneužívání návykových látek u dětí s dg. ADHD, ale téměř shodná je skupina učitelů 30 (42%), který uvedli, že riziko vyšší je. Pouze malá skupina pedagogů 9 (14%) uvedla, že vyšší riziko zneužívání návykových látek není.

Graf 4. 49:

Léčba ADHD (v %)

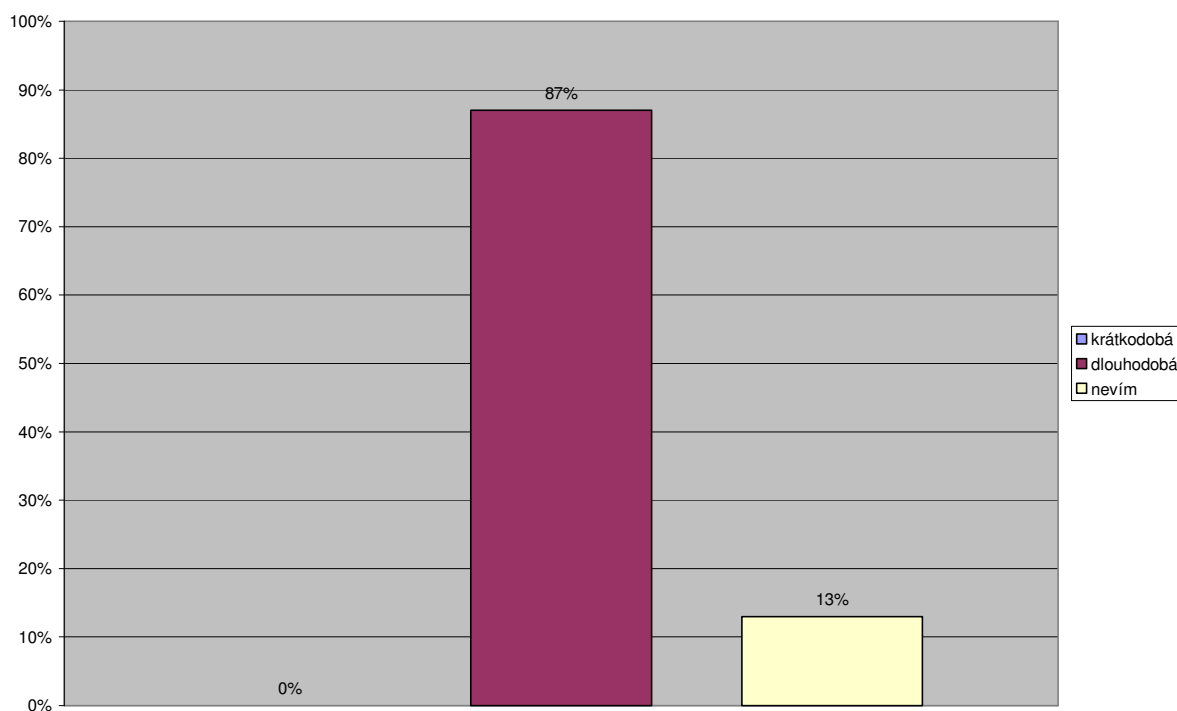


Zdroj: Vlastní výzkum

Důležitost léčby uvedlo 51 (72%) učitelů z celkového počtu 70 (100%) dotazovaných. Možnost nevím označilo 15 (21%) učitelů, že není léčba důležitá označili jen 4 (7%) z dotazovaných učitelů.

Graf 4. 50:

Doba léčby dětí s ADHD (v%)

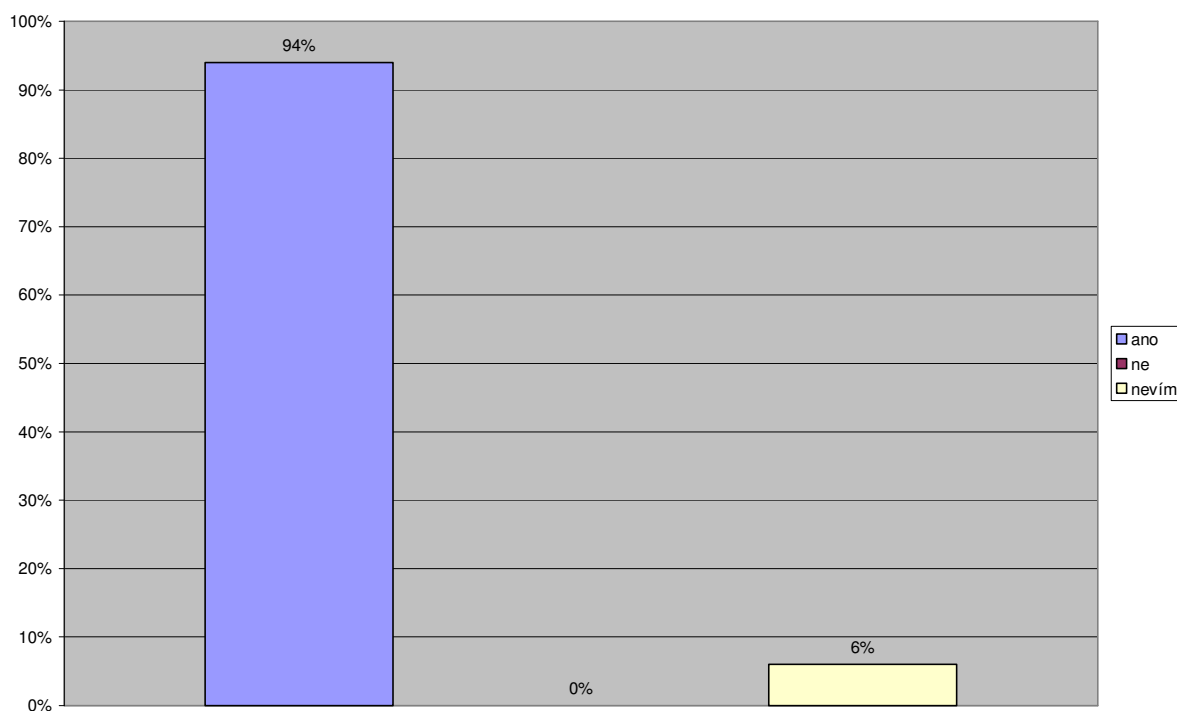


Zdroj: Vlastní výzkum

Téměř všichni učitelé 61 (87%) z celkového počtu 70 (100%) dotazovaných uvedli dlouhodobou léčbu a 9 (13%) pedagogů označilo možnost nevím. Žádný z dotazovaných (0%) neoznačil možnost krátkodobé léčby.

Graf 4. 51:

Dítě s ADHD vyžaduje speciální přístupy rodičů (v%)

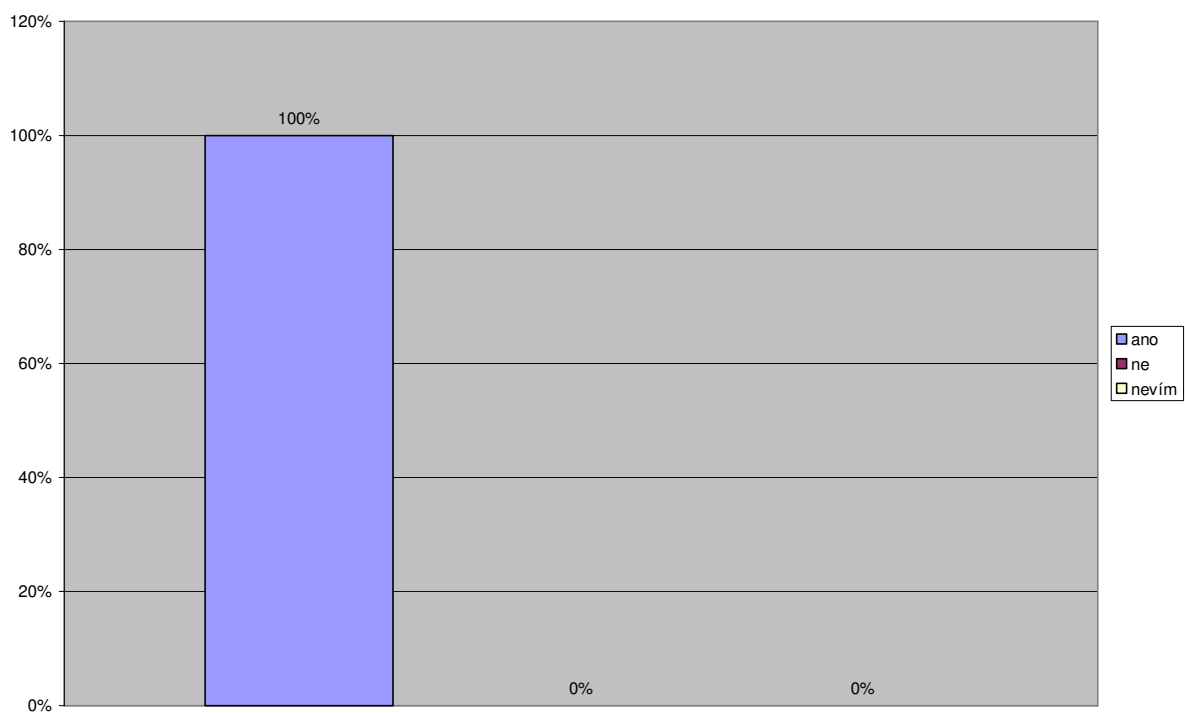


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 70 (100%) dotazovaných uvedlo 66 (94%) učitelů, že dítě vyžaduje speciální přístupy rodičů. Pouze 4 (6%) z dotazovaných označili možnost nevím a žádný pedagog (0%) nevedl, že dítě speciální přístupy rodičů nepotřebuje.

Graf 4. 52:

Dítě s ADHD vyžaduje speciální přístupy učitelů (v%)

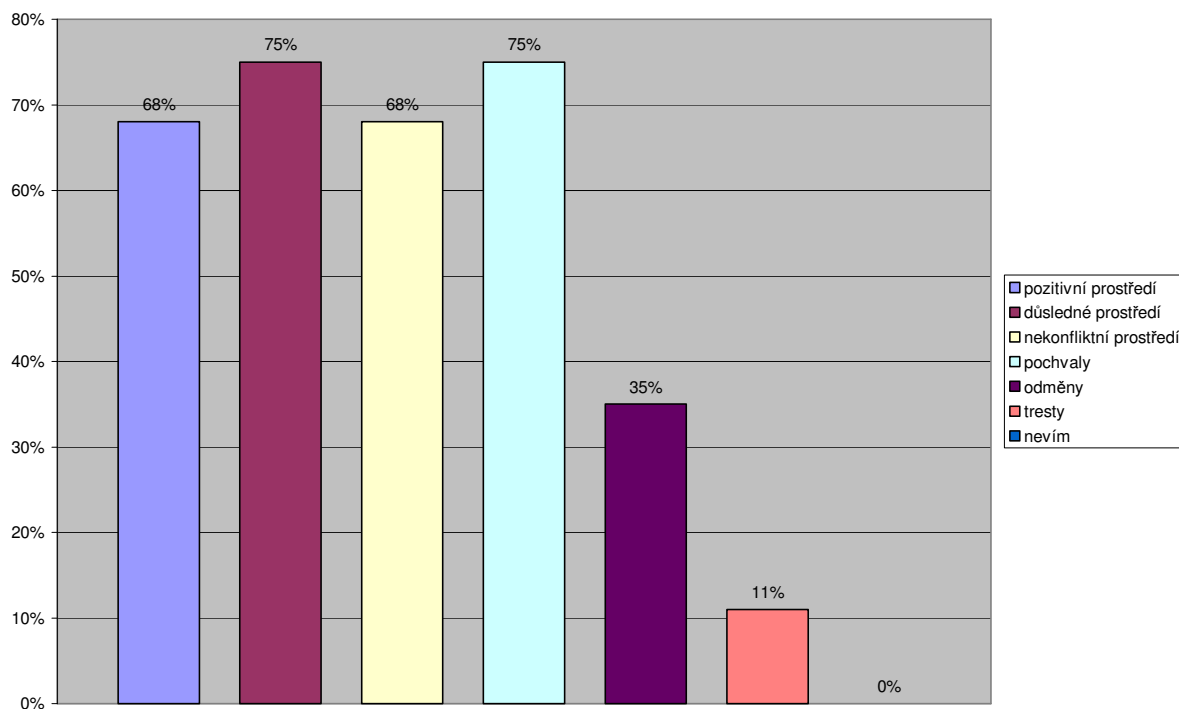


Zdroj: Vlastní výzkum

Z tohoto grafu je patrné, že všichni učitelé uvedli shodnou odpověď, že dítě s ADHD vyžaduje speciální přístupy učitelů.

Graf 4. 53:

Přístupy pedagogů (v %)

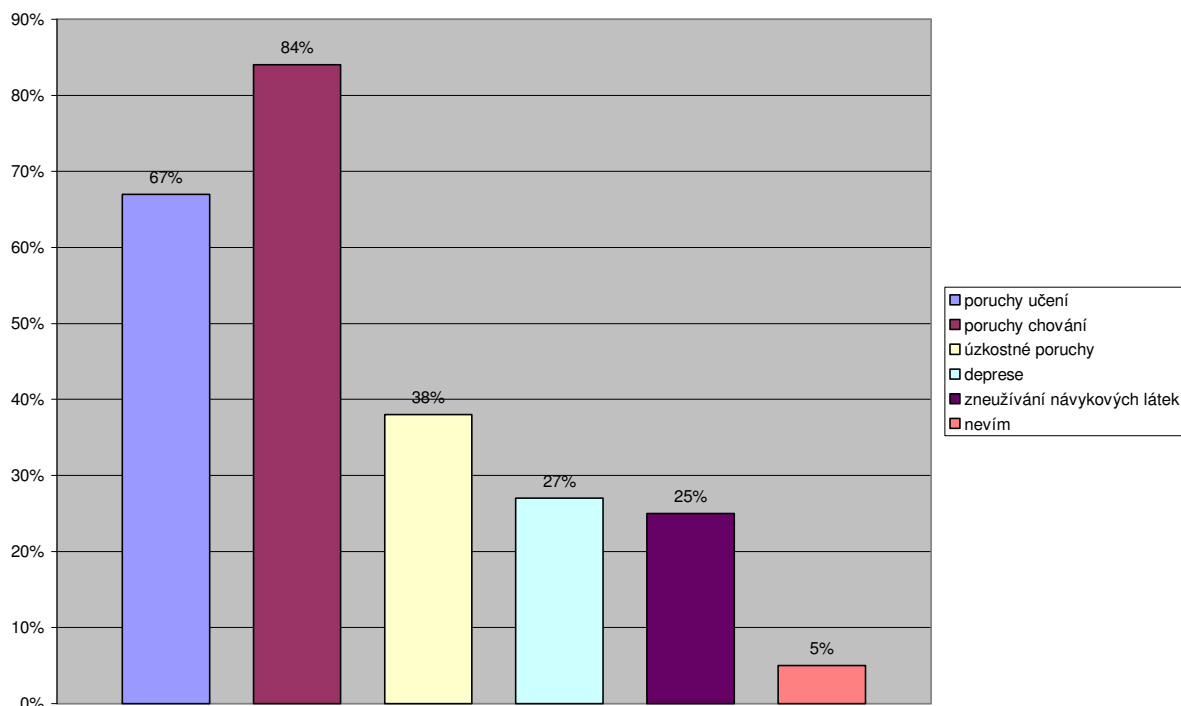


Zdroj: Vlastní výzkum

Pedagogové měli možnost označit více odpovědí. Shodně uvedli dotazovaní učitelé 53 (75%) důsledné prostředí a pochvaly. Dále se shodli v 48 (68%) případech na pozitivním a nekonfliktním prostředí. Přístup formou odměn uvedlo 25 (35%) pedagogů a pouze 8 (11%) učitelů mezi přístupy zařadili tresty.

Graf 4. 54:

ADHD – komorbidita (v %)

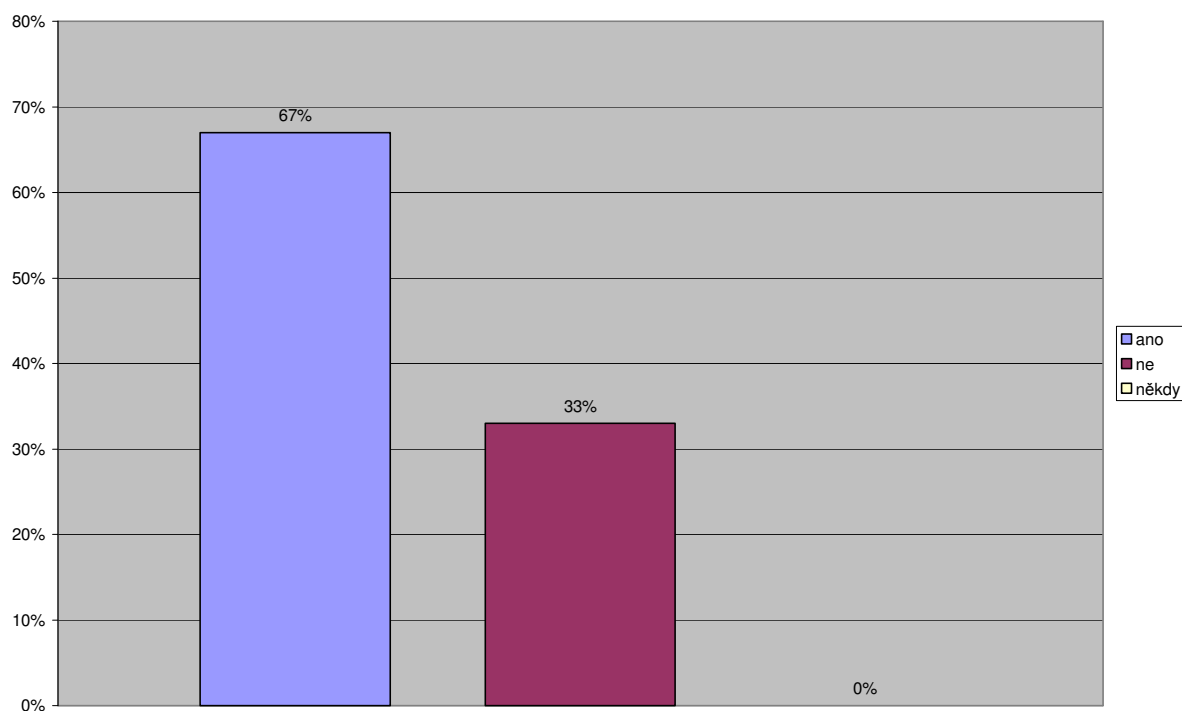


Zdroj: Vlastní výzkum

Pedagogové měli možnost označit více odpovědí. Nejčastější odpovědí učitelů 59 (84%) byly poruchy chování, poruchy učení uvedli učitelé v 47 (67%) případech. Úzkostné poruchy označili učitelé 27krát (38%) a téměř shodně byla uvedena odpověď deprese v 19 (27%) a návykové látky v 18 (25%) případech. Možnost nevím označili jen 4 (5%) pedagogové.

Graf 4. 55:

Možnost spolupráce učitelů s rodiči (v %)

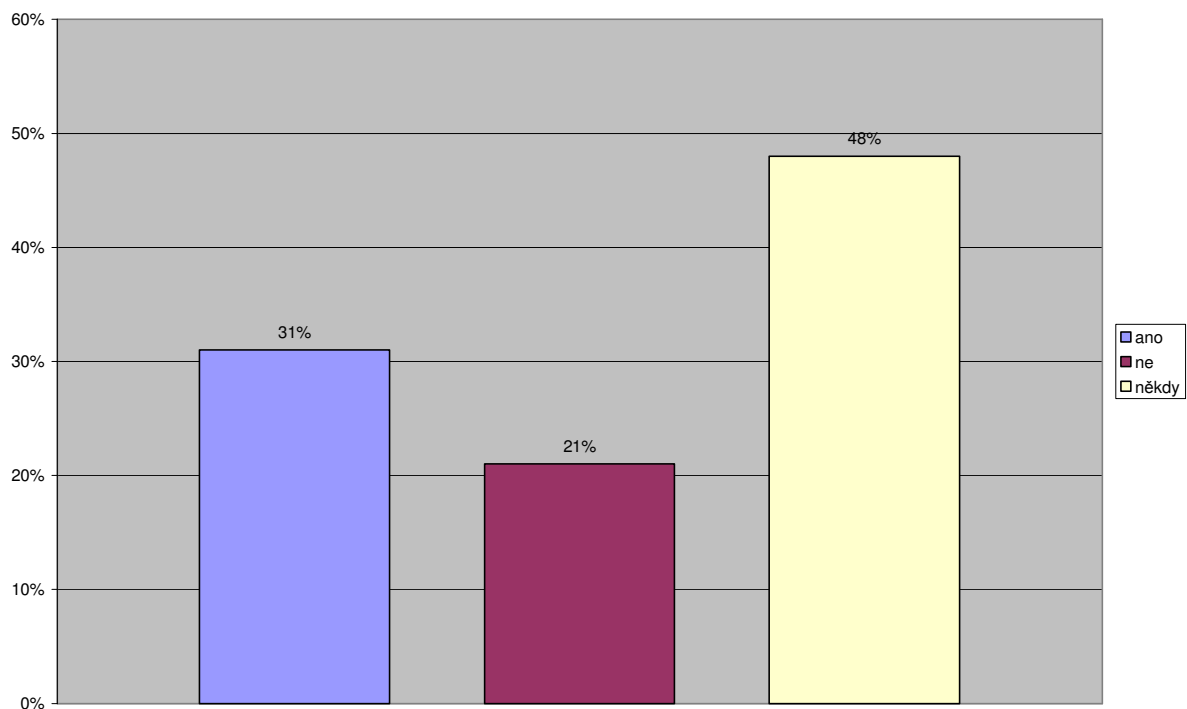


Zdroj: Vlastní výzkum

Větší polovina učitelů 47 (67%) uvedla, že mají možnost s rodiči spolupracovat, 23 (33%) pedagogů má možnost spolupráce jen někdy. Žádný (0%) z celkového počtu 70 (100%) dotazovaných nevedl, že nemá možnost s rodiči spolupracovat.

Graf 4. 56:

Zájem rodičů o spolupráci s učiteli z pohledu učitele (v %)

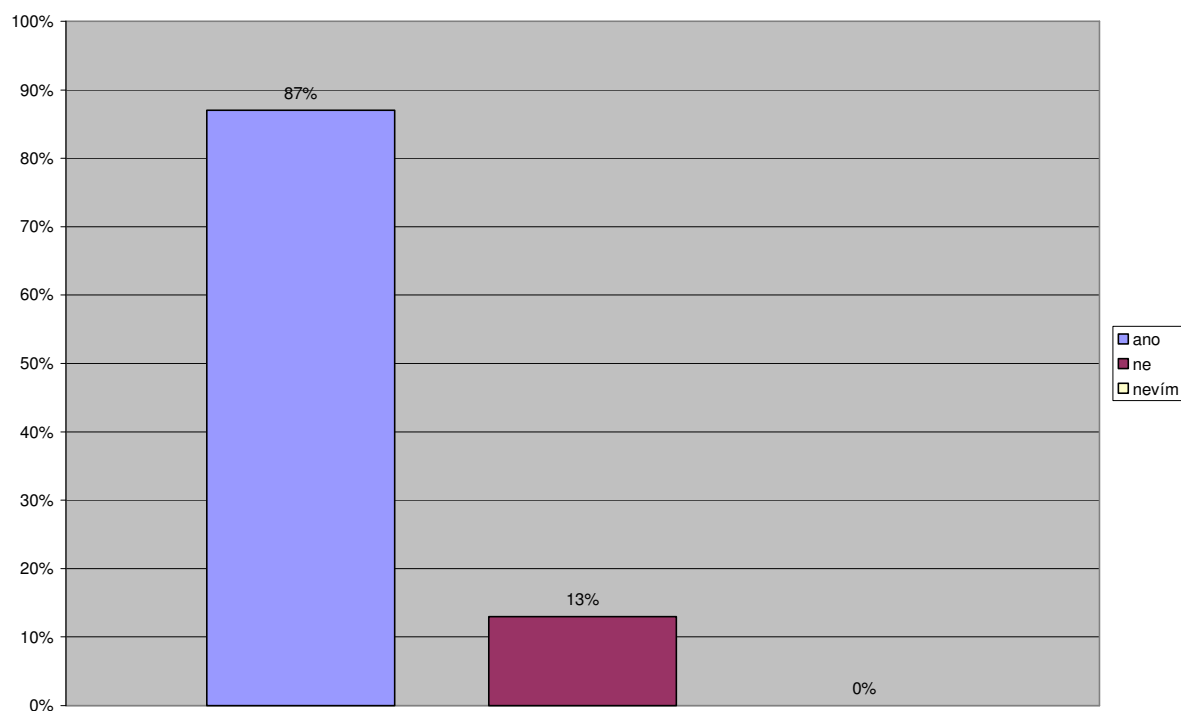


Zdroj: Vlastní výzkum

Z tohoto grafu vyplývá, že rodiče mají zájem o spolupráci jen někdy a to v 34 (48%) případech. Zájem rodičů o spolupráci byl učiteli uveden 22krát (31%) a 14 (21%) pedagogů z celkového počtu 70 (100%) uvedlo, že rodiče zájem o spolupráci nemají.

Graf 4. 57:

Poskytnutí základních informací o dg. ADHD rodičům (v%)

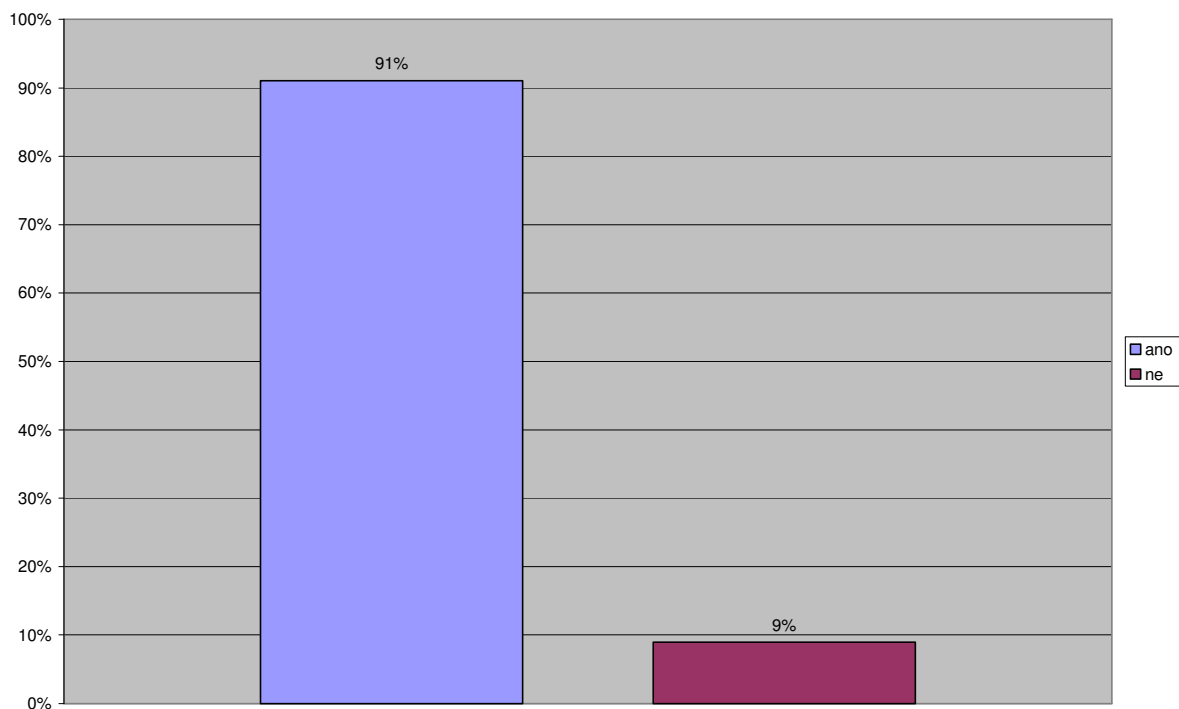


Zdroj: Vlastní výzkum

Většina pedagogů 61 (87%) uvedla, že by dokázali rodičům poskytnout základní informace o dg. ADHD, pouze 9 (13%) učitelů by nedokázalo poskytnout rodičům základní informace o dané diagnóze.

Graf 4. 58:

Spolupráce s odborným pracovníkem (v%)

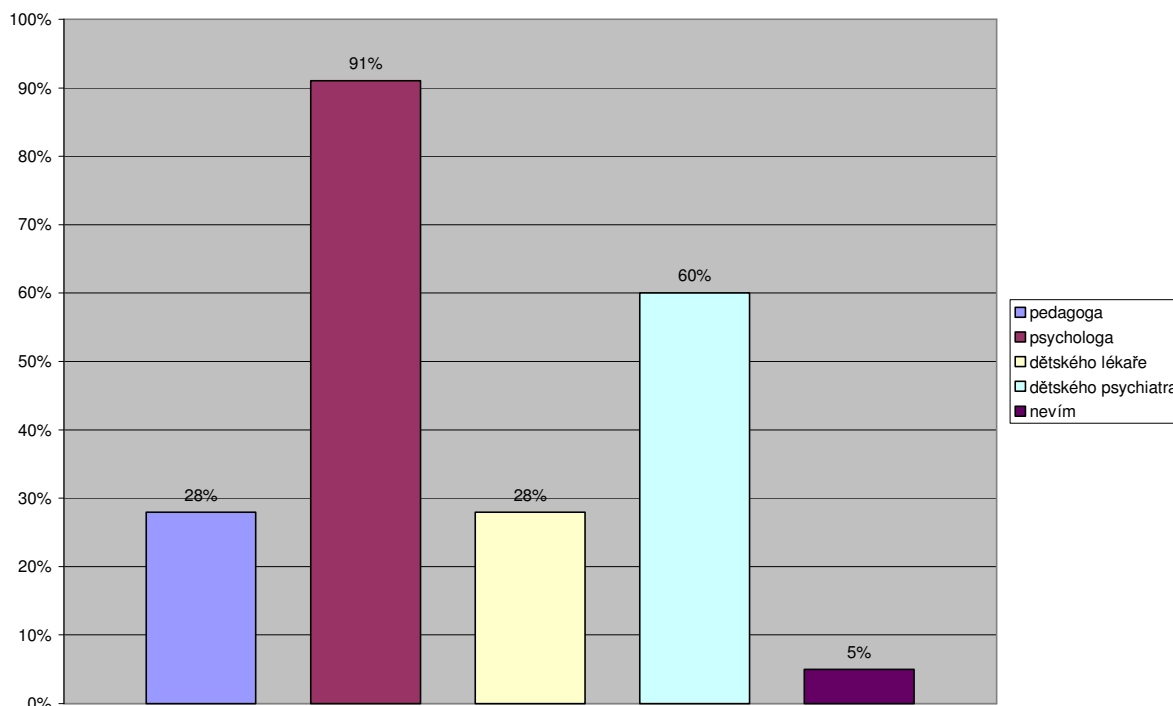


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 70 (100%) uvedlo 64 (91%) dotazovaných učitelů, že by rodičům doporučili spolupráci s odborným pracovníkem, jen malá skupina pedagogů 6 (9%) by spolupráci nedoporučila.

Graf 4. 59:

Odborní pracovníci (v %)

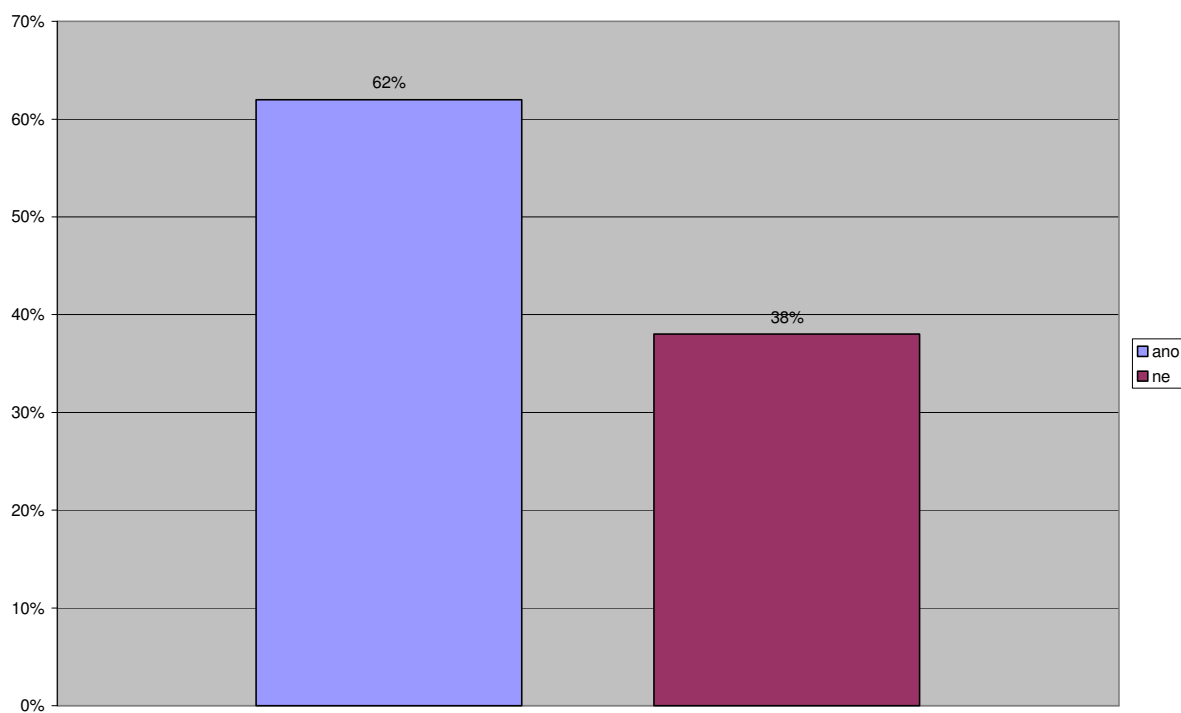


Zdroj: Vlastní výzkum

Pedagogové měli možnost označit více odpovědí. Největší skupinu tvoří učitelé 64 (91%), kteří by rodičům doporučili pomoc psychologa, v 42 (60%) by doporučili návštěvu u dětského psychiatra. Shodně v 20 (28%) případech označili pedagoga a dětského lékaře. 4 (5%) dotazovaní označili možnost nevím.

Graf 4. 60:

Spolupráce pedagogů s odbornými pracovníky



Zdroj: Vlastní výzkum

Z posledního grafu vyplývá, že většina pedagogů 44 (62%) z celkového počtu 70 (100%) dotazovaných má možnost v případě potřeby spolupracovat s odborníky, 26 (38%) uvedlo, že možnost spolupráce s odbornými pracovníky nemá.

5. Diskuze

Z výzkumu vyplynulo, že na dotazník častěji odpovídaly ženy. Zastoupení žen bylo 132 ze 170 dotazovaných žen a mužů. Většina odpovídajících rodičů má ukončené střední nebo odborné vzdělání zakončené maturitní zkouškou a většina pedagogů má ukončené vysokoškolské vzdělání. Z výsledků je patrné, že v současné době se polovina učitelů vzdělává, ale i přesto více pedagogů (55%) vnímá diagnózu ADHD jako omluvu pro nevychované dítě i když většina (74%) z nich uvedla, že jednou z příčin této diagnózy je poškození mozkové tkáně.

K zamyšlení jsou výsledky rodičů, zda někdy slyšeli pojem ADHD (hyperkinetická porucha, porucha aktivity a pozornosti), kdy 46 (46%) rodičů z celkového počtu 100 uvedlo, že tyto pojmy nikdy neslyšeli. Úspěšnost léčby ADHD je podmíněna komplexním přístupem rodiny, školy, odborníků a společnosti tak, aby dokázali vytvořit pozitivní sociální prostředí a tím pozitivně ovlivnili vývoj dítěte.

MUDr. Ivo Paclt ve své knize²¹ uvádí, že často bývá opomíjena problematika rizika zneužívání návykových látek v souvislosti s diagnózou ADHD. Po vyhodnocení výsledků dotazníků rodičů a učitelů je možno vidět, že tato problematika je stále v pozadí, protože většina rodičů (37%) je přesvědčena, že v souvislosti s diagnózou ADHD není vyšší riziko zneužívání návykových látek, na druhé straně většina učitelů (44%) uvedla, že neví, zda v souvislosti s diagnózou ADHD může být vyšší riziko zneužívání návykových látek. Vyšší riziko zneužívání návykových látek u dětí s ADHD si uvědomuje 33% rodičů a 42% učitelů, 39% rodičů neví, zda je riziko zneužívání návykových látek vyšší a 14% pedagogů si myslí, že riziko užívání návykových látek v souvislosti s dg. ADHD není vyšší.

Všichni rodiče dokázali charakterizovat poruchu pozornosti a impulzivity, pouze jeden rodič nedokázal charakterizovat hyperaktivitu. Z dotazovaných učitelů všichni správně charakterizovali poruchu pozornosti. Pouze dva pedagogové nedokázali charakterizovat hyperaktivitu a jeden pedagog neuměl vyjádřit příznaky impulzivity. Téměř shodně odpověděli rodiče (90%) a učitelé (91%), že pojem porucha pozornosti znamená problémy dítěte s udržením pozornosti. Ve výsledcích je velmi zřetelné, že učitelé při spolupráci s těmito dětmi pozorují velmi často (78%) nedokončování započaté činnosti, ale rodiče tento příznak nezařadili jako hlavní (23%). Zde je patrné, že ve větší skupině tento příznak u dětí vystupuje do popředí, ale v domácím prostředí při individuálním přístupu není již tak výrazný,

²¹ PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha chování a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 21 s. ISBN 978-80-247-1426-4

také to, že se dítě vyhýbá složitějším úkolům, rodiče téměř nepozorují (5%). Učitelé tento příznak vnímají při práci s dětmi poměrně často (44%).

MUDr. Ivo Paclt uvádí²², že Hyperkinetický syndrom je častější u příbuzných dětí s ADHD v první linii než u rodin bez hereditární zátěže. V dotaznících většina učitelů (51%) uvedla jako jednu z příčin ADHD dědičnost, rodiče vnímají příčinu dědičnosti v 31%.

MUDr. Kříž Josef publikuje ve svých skriptech,²³ že hyperaktivita s deficitem pozornosti způsobuje rodičům a pedagogům obtíže při výchově a výuce dítěte. Toto tvrzení se shoduje s výsledky výzkumu, který ukázal, že rodiče (48%) i učitelé (90%) si uvědomují, že dg. ADHD způsobuje dítěti problémy nejčastěji ve škole. V rodině pozorují problémy rodiče (35%) i učitelé (54%). V kolektivu dětí častěji pozorují problémy učitelé (87%) než rodiče (17%).

Jako velmi podstatné a do budoucnosti přínosné vnímám, že většina rodičů (81%) a učitelů (72%), jak vyplývá z výzkumu, si uvědomuje, že dítě s ADHD vyžaduje léčbu. Jen velmi malé procento rodičů (6%) a učitelů (7%) se domnívá, že léčba není nutná. Ostatní rodiče (13%) a učitelé (21%) nedokázali odpovědět. Téměř shodně udali rodiče (83%) a učitelé (87%), že léčba bude dlouhodobá, žádný ze všech dotazovaných nevedl, že by se mohlo jednat o léčbu krátkodobou. Pouze 14% rodičů a 13% učitelů neví, zda by měla být léčba krátkodobá nebo dlouhodobá.

Všichni rodiče (100%) a téměř všichni učitelé (94%) jsou přesvědčeni, že dítě s dg. ADHD vyžaduje speciální přístupy rodičů. Všichni z dotazovaných (100%) se domnívají, že součástí léčby jsou speciální přístupy pedagogů. Následně nás zajímalo, zda rodiče a učitelé dokážou otevřeně komunikovat a spolupracovat. Zde z výzkumu vyplývá, že spolupráce rodičů a učitelů bývá někdy problematická. Rodiče (57%) udávají, že učitelé nedokážou v praxi uplatnit speciální přístupy k těmto dětem, na druhé straně je poměrně vysoká spolupráce rodičů (70%) s učiteli. Rodiče (93%) by na doporučení pedagoga vyhledali odbornou pomoc u odborného pracovníka, přesto je většina rodičů (46%) přesvědčena, že pedagogové nejsou dobře informováni o dané problematice, jen (17%) rodičů se domnívá, že jsou učitelé dobře informováni, ostatní rodiče neví. Učitelé (67%) uvádějí, že mají možnost spolupracovat s rodiči, na druhé straně většina učitelů (48%) udává, že rodiče chtějí

²² PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha chování a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 30 s. ISBN 978-80-247-1426-4

²³ KŘÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská universita, 2000. 44 s. ISBN 80-7040-386-1

spolupracovat jen v některých případech, dobrou spolupráci popisují u (31%) rodičů a nejmenší skupinu tvořili rodiče (21%), kteří odmítají spolupracovat s učiteli.

Přibližně stejný počet učitelů (87%) dokáže poskytnout rodičům základní informace o dg. ADHD a následně jim doporučí spolupráci u odborného pracovníka v (91%) případech. Poměrně malou skupinu tvoří pedagogové (13%), kteří uvedli, že by nedokázali poskytnout rodičům základní informace o ADHD, jen (9%) učitelů by nedoporučilo návštěvu u odborného pracovníka.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že hypotéza H1 „Rodiče vyhledají pomoc u odborných pracovníků pro děti s příznaky ADHD“ se potvrdila, rodiče vyhledají pomoc u odborného pracovníka a pokusí se vytvořit příznivé sociální prostředí, aby usnadnili vývoj dítěti s dg. ADHD. Hypotéza H2 „Učitelé jsou dostatečně informováni o problematice dětí s ADHD“ se také potvrdila, učitelé jsou dobře informováni o dané problematice, dokážou rodičům poskytnout základní informace o dg. ADHD, ale jen minimálně využívají své znalosti v praxi, problémem je přesvědčení většiny učitelů, že v současné době je syndrom ADHD často vnímán jako omluva pro nevychované dítě. Hypotéza H3 „Učitelé dovedou poradit rodičům, jak a kde vyhledat odbornou pomoc“ byla výzkumným šetřením také potvrzena, učitelé v případě potřeby poradí rodičům, jak a kde vyhledají pomoc u odborného pracovníka.

6. Závěr

Výzkumným šetřením byl zmapován vliv sociálního prostředí na děti s diagnózou ADHD, kdy cíl práce byl zaměřen na zjištění významu informovanosti rodičů a učitelů. Názory respondentů na spolupráci a využití speciálních přístupů k těmto dětem ze strany rodičů jsou odlišné od názorů učitelů. Přestože spolupráce a otevřená komunikace mezi rodinou a školou je nedílnou součástí komplexní léčby ADHD.

Hypotéza H1 „Rodiče vyhledají pomoc u odborných pracovníků pro děti s příznaky ADHD“ se potvrdila. Podle výsledků výzkumu rodiče v případě potřeby vyhledají pomoc u odborných pracovníků. Přestože byla hypotéza potvrzena, někteří rodiče nikdy o této diagnóze neslyšeli, možností jak zvýšit informovanost rodičů, je zveřejnění této práce v ordinacích pediatriů nebo na edukačním semináři pro rodiče.

Hypotéza H2 „Učitelé jsou dostatečně informováni o problematice dětí s ADHD“ se také potvrdila. Učitelé jsou dostatečně informováni o diagnóze ADHD, přesto většina z nich tuto diagnózu vnímá jako omluvu pro nevychované dítě.

Hypotéza H3 „Učitelé dovedou poradit rodičům, jak a kde vyhledat odbornou pomoc“ byla výzkumným šetřením také potvrzena. Pedagogové dokážou rodičům poradit, jak a kde vyhledat odbornou pomoc.

Přestože byly všechny hypotézy potvrzeny, je potřeba prohlubovat edukaci v oblasti speciálních přístupů rodičů i učitelů k dětem s dg. ADHD s maximálním využitím těchto přístupů v praxi. Dalším aspektem, který by měl být v komplexním přístupu zdůrazňován je spolupráce, která je velmi důležitá pro vytvoření příznivého sociálního prostředí pro dítě a pozitivně tím ovlivnit celkový vývoj dítěte. Velkým přínosem by byla edukce rodičů a učitelů v primární péči tak, aby mohla být porucha diagnostikována včas a následně včasným zahájením léčby se předešlo velkým problémům dítěte ve škole, ve vztazích se spolužáky, ale i v rodině, pokud nebude syndrom ADHD léčen.

Zveřejnění výsledků výzkumu by bylo podnětem k zamyšlení rodičů a učitelů, zdali při výchově a výuce dětí s dg. ADHD využívají zásady přístupu k těmto dětem a jak moc je důležitá spolupráce mezi rodiči, učiteli a odbornými pracovníky k tomu, aby dokázali společně vytvořit pozitivní sociální prostředí a ambulantní léčbou zvládli ovlivnění dítěte v přirozeném prostředí a tím je rodina.

„Maminko, miluj mě, i když jsem se umazal, kdybych byl čistý, milovali by mě všichni“

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAUDIŠ, Pavel, LIBIGER, Jan. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 105 s. ISBN 80-7262-104-1
2. BRÁZDILOVÁ, Nataša. *Organicky podmíněné dysfunkce CNS*. 1. vyd. Brno: NCO NZO 1996. 146 s. ISBN 80-7013-221-3
3. DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, Alena. *První pomoc v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 176 s. ISBN 80-247-0197-9
4. DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Dítě s hyperkinetickou poruchou*. 1. vyd. Praha: Gasset, 2006. 56 s. ISBN 80-903682-6-3
5. EDELSBERGER, Ludvík, a kolektiv. *Defektologický slovník* 3. vyd.. Praha: HaH, 2000. ISBN 80-86022-76-5
6. GOETZ, Michal, UHLÍKOVÁ, Petra. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4
7. FENGRYCHOVÁ, Jaroslava, VACUŠKOVÁ, Miluše, ZOUHAROVÁ Alena. *Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii*. 1. vyd. Brno: IVPZ, 2002. 145 s. ISBN 80-7013-357-0
8. *Jaké jsou děti s poruchou ADHD?* [online]. [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=833>
9. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
10. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429X

11. KHÝR, M. *Porucha pozornosti a hyperaktivita* [online]. [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: <http://www.pppnj.adslink.cz/data/odborneclanky/adhd.html>.
12. KRÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská universita, 2000. 155 s. ISBN 80-7040-386-1
13. LEJČAROVÁ, Alena, SKÁLOVÁ, Martina. Využití canisterapie u dítěte s hyperkinetickým syndromem. *Kontakt*, 2009, roč. XI, č. 2, s. 413. ISSN 1212-4117
14. MALÁ, Eva. *Mé dítě má ADHD, co dál?* [online]. [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: <http://www.letaky-ids.cz/scripts/getfile.php?fid=2967>
15. MALÁ, Eva. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0
16. MALÁ, Eva, Pavlovský, Pavel. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 807178-700-0
17. MIKEŠOVÁ, Jarmila. Dítě s hyperkinetickou poruchou chování F 90.1. *Sestra*, 2004, roč. XIV, s. 14-15. ISSN 1210-0404
18. MOŽNÝ, Petr, PRAŠKO, Jan. *Kognitivně-behaviorální terapie*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 305 s. ISBN 80-7254-038-6
19. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-423-X
20. PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha chování a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4
21. PREKOPOVÁ, Jiřina, SCHWEIZEROVÁ, Christel. *Neklidné dítě*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 160 s. ISBN 978-80-7367-351-2
22. PROVAZNÍKOVÁ, Hana. *Zvládání školní zátěže*. 1. vyd. Praha: Česká společnost na ochranu dětí. 2005

23. RADIMSKÝ, Marek, a kolektiv autorů. *Psychiatrie I.* 3. vyd. Brno: NCO NZO, 1997. 176 s. ISBN 80-7013-218-3
24. RADIMSKÝ, Marek, a kolektiv autorů. *Psychiatrie II.* 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2001. 217 s. ISBN 80-7013-350-3
25. RŮŽIČKOVÁ, Barbora. Dítě v nemocnici co chce a co mu schází. *Florence*, 2007, roč. III, č.1, s. 23. ISSN 1801-464 X
26. SEDLÁŘOVÁ, Petra a kolektiv. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 80-247-1613-8
27. ŠKVOROVÁ, Jaroslava, ŠKVOR, David. *Proč zlobím?* 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 135 s. ISBN 80-7254-407-1
28. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství II.* 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2006. s. 248. ISBN 80-247-1213-x
29. TŘESOHLAVOVÁ, Zdeňka a kolektiv. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku.* 2. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 228 s. 08-047-86
30. VENCOVSKÝ, Eugen, DOBIÁŠ, Jan. *Psychiatrie.* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1976. 392 s. 00-024-76
31. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kolektiv. *Velký lékařský slovník.* 5 vyd. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5
32. ZACH, Petr, MRZÍLKOVÁ, Jana. Technika nácviku vědomé pozornosti ve zdraví i nemoci. *Kontakt*, 2008, roč. X, č. 1, s. 246. ISSN 1212-4117

8. KLÍČOVÁ SLOVA

ADHD

Dítě

Edukace

Hyperkinetická porucha

Rodiče

Učitelé

9. Přílohy

Příloha 1

9.1 Dotazník pro rodiče

Vážený rodiče,

jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor: Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Dovoluji si Vás touto cestou požádat o vyplnění anonymního dotazníku, jehož výsledky budou podkladem pro zpracování bakalářské práce na téma: Vliv sociálního prostředí na děti s diagnózou ADHD – význam informovanosti rodičů a učitelů.

ADHD = hyperkinetická porucha = porucha pozornosti, nadměrná aktivita a impulzivita.

Data získaná z dotazníku budou použita pouze pro vypracování bakalářské práce. Při vyplňování označte nejvhodnější odpověď, popřípadě i více možností nebo doplňte vlastními slovy.

Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Martina Kratochvílová

1. Uved'te prosím Vaše pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání:

- a) základní
- b) praktické vzdělání zakončené výučním listem
- c) střední nebo odborné vzdělání zakončené maturitní zkouškou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3. Kolik máte dětí?

- a) 1
- b) 2
- c) 3 a více

4. Jak byste charakterizoval/a pojem porucha pozornosti u dětí?

(můžete označit více možností)

- a) dítě má problémy s udržení pozornosti
- b) dítě nedokončuje započaté činnosti
- c) dítě se vyhýbá složitějším úkolům
- d) dítě je roztržité, zapomíná a ztrácí věci
- e) dítě má problémy se soustředěním
- f) nevím

5. Jak byste charakterizoval/a pojem impulzivita - sklon jednat náhle u dětí?

(můžete označit více možností)

- a) dítě má sklon jednat rychle, bez adekvátního důvodu
- b) dítě odpověď vyhrkne bez přemýšlení
- c) dítě přerušuje ostatní a skáče jim do řeči
- d) dítě je dráždivé a výbušné
- e) nevím

6. Jak byste charakterizoval/a pojem hyperaktivita - zvýšená aktivita u dětí?

(můžete označit více možností)

- a) dítě provádí neúčelné nadbytečné pohyby, stále je v pohybu
- b) dítě obtížně zachovává klid
- c) dítě je mnohmluvné, hlučné, vyrušuje
- d) nevím

7. Všiml/a jste si někdy neposedného dítěte, které velmi obtížně reaguje na výzvu ke zklidnění?

- a) ano
- b) ne

8. Domníváte se, že takové dítě je:

- a) nevychované
- b) problematické
- c) může trpět nějakou poruchou

d) nevím

9. Domníváte se, že u takového dítěte může jít o:

- a) výchovné selhání
- b) vývojovou poruchu
- c) nevím

10. Setkal/a jste se již s pojmem ADHD (hyperkinetická porucha) u dětí?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste označil/a odpověď ne, dál již nepokračujte

11. Domníváte se, že u ADHD může být jednou z příčin lehké poškození mozku?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Myslíte si, že dítě s ADHD má největší potíže udržením pozornosti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Myslíte si, že dítě s ADHD je celkově pohybově neklidné?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Myslíte si, že dítě s ADHD má sklon k impulzivitě - sklon k rychlému jednání?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

- 15. Co může být příčinou ADHD? (můžete označit více možností)**
- a) kouření, alkohol a návykové látky v těhotenství
 - b) předčasný porod
 - c) komplikace v průběhu porodu
 - d) nízká porodní váha
 - e) úrazy hlavy v dětství
 - f) dědičnost
 - g) nevím
- 16. Kde mají děti s ADHD velké problémy? (můžete označit více možností)**
- a) ve škole
 - b) v rodině
 - c) v kolektivu
 - d) nevím
- 17. Domníváte se, že dítě s ADHD bývá ostatními pro své projevy odmítáno?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 18. Domníváte se, že ADHD je vývojová porucha a s postupným vývojem mozku mohou příznaky částečně ustupovat?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 19. Domníváte se, že u dětí s ADHD je vyšší riziko zneužívání návykových látek - drogy, alkohol, cigarety?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

20. Myslíte si, že je důležité děti s ADHD léčit?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

21. Pokud by děti s ADHD byly léčeny, myslíte si, že by léčba byla:

- a) krátkodobá
- b) dlouhodobá
- c) nevím

22. Domníváte se, že dítě s ADHD vyžaduje speciální přístupy rodičů?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d)

23. Jaké přístupy byste jako rodič volil/a? (můžete označit více možností)

- a) pozitivní prostředí
- b) důsledné prostředí
- c) pochvaly
- d) odměny
- e) tresty
- f) nevím

24. Vyžaduje dítě s ADHD speciální přístupy učitelů?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

25. Myslíte si, že učitelé ve škole uplatňují speciální přístupy k dětem s ADHD?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

26. Pokud by se u Vašeho dítěte objevily výše popisované projevy, vyhledal/a byste pomoc u odborného pracovníka?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

27. Kterého odborníka byste požádal/a o pomoc? (můžete označit více možností)

- a) pedagoga
- b) psychologa
- c) dětského lékaře
- d) dětského psychiatra
- e) nevím

28. Pokud by se u Vašeho dítěte objevily výše popisované projevy, máte možnost spolupracovat s učitelem?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

29. Kdyby Vám učitel doporučil, abyste se svým dítětem vyhledal odborného pracovníka, vyhledal byste ho?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

30. Myslíte si, že jsou učitelé dobře informováni o problematice ADHD u dětí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Příloha 2

9.2 Dotazník pro učitele

Vážení pedagogové, pedagogičtí asistenti,

jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor: Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Dovoluji si Vás touto cestou požádat o vyplnění anonymního dotazníku, jehož výsledky budou podkladem pro zpracování bakalářské práce na téma: Vliv sociálního prostředí na děti s diagnózou ADHD – význam informovanosti rodičů a učitelů.

ADHD = hyperkinetická porucha (porucha pozornosti, nadměrná aktivita a impulzivita).

Data získaná z dotazníku budou použita pouze pro vypracování bakalářské práce.

Při vyplňování označte nejvhodnější odpověď, popřípadě i více možností, nebo doplňte vlastními slovy.

Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Martina Kratochvílová

1. Uved'te prosím Vaše pohlaví:

- c) muž
- d) žena

2. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání:

- a) střední odborné
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

3. Vzděláváte se v současné době?

- a) ano
- b) ne

4. V současné době je ADHD někdy vnímána jako omluva pro nevychované dítě, vy si myslíte že:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

5. Domníváte se, že ADHD může způsobit nevhodná výchova dítěte?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6. Domníváte se, že nevhodná výchova dítěte, může negativně ovlivnit příznaky ADHD

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7. Jaké jsou projevy poruchy pozornosti u dětí s ADHD?

(můžete označit více možností)

- a) dítě má problémy s udržení pozornosti
- b) dítě má problémy se soustředěním
- c) dítě nedokončuje započaté činnosti
- d) dítě se vyhýbá složitějším úkolům
- e) dítě je roztržité, zapomíná a ztrácí věci
- f) dítě má krátké intervaly v zaměření na jednu věc, chybí reflexe času

8. Jaké jsou projevy hyperaktivity u dětí s ADHD? (můžete označit více možností)

- a) dítě je celkově neklidné, neposedné, vrtí se
- b) dítě provádí neúčelné nadbytečné pohyby, stále je v pohybu
- c) dítě obtížně zachovává klid
- d) dítě je mnohomluvné, hlučné, vyrušuje
- e) nevím

9. Jaké jsou projevy impulzivity u dětí s ADHD? (můžete označit více možností)

- a) dítě má sklon jednat rychle, bez adekvátního důvodu
- b) dítě odpověď vyhrkne bez přemýšlení
- c) dítě přerušuje ostatní a skáče jim do řeči
- d) dítě je dráždivé a výbušné
- e) nižší sebehodnocení, vztahovačnost
- f) nevím

10. Setkal/a jste se během Vaší praxe s dítětem, u kterého byla diagnostikována ADHD ?

- a) ano
- b) ne

11. Myslíte si, že jednou z příčin ADHD může být?

- a) poškození mozkové tkáně
- b) špatné výchovné prostředí
- c) špatné sociální prostředí
- d) nevím

12. Co může způsobit poškození mozkové tkáně? (můžete označit více možností)

- h) kouření, alkohol a návykové látky v těhotenství
- i) předčasný porod
- j) komplikace v průběhu porodu
- k) nízká porodní váha
- l) úrazy hlavy v dětství
- m) dědičnost
- n) nevím

13. Myslíte si, že u dítěte s ADHD musí být poškozen intelekt?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Domníváte se, že dítě s ADHD často inteligentnější, než odpovídají jeho studijní výsledky?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Kde mají děti s ADHD velké problémy? (můžete označit více možností)

- a) ve škole
- b) v rodině
- c) v kolektivu
- d) nevím

16. Domníváte se, že dítě s ADHD bývá ostatními pro své projevy odmítáno?

- d) ano
- e) ne
- f) nevím

17. Myslíte si, že ADHD je vývojová porucha a s postupným vývojem mozku mohou příznaky částečně ustupovat?

- d) ano
- e) ne
- f) nevím

18. Je u dětí s ADHD vyšší riziko zneužívání návykových látek?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

19. Myslíte si, že je důležité děti s ADHD léčit?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

- 20. Pokud by byla ADHD léčena, myslíte si, že by léčba byla:**
- a) krátkodobá
 - b) dlouhodobá
 - c) nevím
- 21. Vyžaduje dítě s ADHD speciální přístupy rodičů?**
- e) ano
 - f) ne
 - g) nevím
- 22. Vyžaduje dítě s ADHD speciální přístupy pedagogů?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 23. Jaké přístupy byste jako pedagog volil/a? (můžete označit více možností)**
- a) pozitivní prostředí
 - b) důsledné prostředí
 - c) nekonfliktní prostředí
 - c) pochvaly
 - d) odměny
 - e) tresty
 - f) nevím
- 24. Které další poruchy mohou souviset s ADHD ? (můžete označit více možností)**
- a) poruchy školních dovedností
 - b) poruchy chování
 - c) úzkostné poruchy
 - d) deprese
 - e) zneužívání návykových látek
 - f) nevím

25. Pokud se objeví u dítěte výše uvedené projevy, máte možnost spolupráce s rodiči?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

26. Mají rodiče zájem o spolupráci s Vámi?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

27. Dokázal/a byste rodičům poskytnout základní informace o ADHD?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

28. Doporučil/a byste rodičům spolupráci s odborným pracovníkem?

- a) ano
- b) ne

29. Kterého odborníka byste rodičům doporučil/a? (můžete označit více možností)

- f) pedagoga
- g) psychologa
- h) dětského lékaře
- i) dětského psychiatra
- j) nevím

30. Máte jako pedagog možnost spolupráce s odbornými pracovníky, který řeší problematiku ADHD?

- a) ano
- b) ne

