

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

PŘÍSTUPY RODIČŮ K DÍTĚTI S ADHD

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ivana Ježková

Mgr. Josef Hošek

14. května 2007

Abstract

The upbringing of a child with the ADHD-syndrome in a family and also at school is a hard and longtime process. It requires a good knowledge of this matter. Parents and pedagogues who meet with the ADHD child should be well informed about peculiarities of its evolution. They should be able to cope with the upbringing of the child in difficult conditions.

The targets of the work

The target number 1: to provide review of basic information about the ADHD-syndrome and proper attitude to those children especially from their parents.

The target number 2: to investigate awareness of parents of children with the ADHD-syndrome, who are clients of the pedagogical and psychological guidance centres.

There are the following hypotheses:

The main hypothesis: Parents who live in towns and cities have more information than parents who live in the country.

The work hypothesis number 1: We presuppose most of clients come to the pedagogical and psychological guidance centre on recommendation of a class master.

The work hypothesis number 2:

We presuppose parents get most of information from skilled specialists.

The research has confirmed the main hypothesis and the work hypothesis number 2. The work hypothesis number 1 hasn't been confirmed. The conclusion of the research is that it would be better to concentrate more on education of teachers of primary and nursery schools. The results of the research can be a valuable help for providing the parents with the basic information and recommending the special care, mainly for parents who live in the country.

To prevent the child's character development from impairment and serious behaviour disorder, active and positive attitude based on co-operation of all people, who take part in the upbringing of the child is necessary.

This bachelor work was written especially for parents who have a child with ADHD. It summarises the basic pieces of knowledge of the ADHD syndrome and it endeavours for display the accesses, which the specialist recommend. The results of the research can be used by pedagogical and psychological guidance centre.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 dne 14.5.2007

Podpis studenta:

Poděkování

Za odborné vedení práce děkuji Mgr. Jaroslavu Hoškovi, za pomoc při zpracování dotazníku PhDr. Martině Hruškové. Dále patří můj dík Pedagogicko-psychologické poradně České Budějovice - poradenskému pracovišti ve Strakoniciích a poradenskému pracovišti v Českých Budějovicích, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat.

OBSAH

Úvod	8
1. Současný stav	9
1.1 Historie	9
1.2 Současnost	9
1.2.1 Definice	10
1.2.2 Dělení ADHD	10
1.2.3 Příčiny	11
1.2.4 Výskyt ADHD	12
1.3 Vývojová období a ADHD	12
1.3.1 Kojenecký věk	12
1.3.2 Batolecí věk	12
1.3.3 Předškolní věk	12
1.3.4 Školní věk	12
1.3.5 Pubertální období a dospívání	13
1.3.6 Dospělost	13
1.4 Diagnóza	13
1.4.1 Hlavní příznaky	14
1.4.2 Četnost výskytu jednotlivých příznaků	14
1.4.3 Lékařské vyšetření	14
1.4.4 Psychologické vyšetření	15
1.4.5 Neurologické vyšetření	15
1.4.6 Speciálně pedagogické vyšetření	15
1.4.7 Vyslovení diagnózy	15
1.5 Terapie	16
1.5.1 Terapeutické přístupy	16
1.5.2 Terapie KBT	16
1.5.3 Rodinná terapie	17

<i>1.5.4 Speciálně pedagogická péče</i>	<i>17</i>
<i>1.5.5 Léčba medikamenty</i>	<i>17</i>
<i>1.5.6 Terapie pevným objetím</i>	<i>18</i>
<i>1.5.7 Další vhodné možnosti péče</i>	<i>18</i>
1.6 Dítě s ADHD ve škole	19
<i>1.6.1 Role žáka</i>	<i>19</i>
<i>1.6.2 Vztahy s vrstevníky</i>	<i>19</i>
<i>1.6.3 Dítě s ADHD a pedagog</i>	<i>20</i>
<i>1.6.4 Multisenzorická výuka</i>	<i>20</i>
<i>1.6.5 Metakognitivní strategie</i>	<i>20</i>
<i>1.6.5 Specifické poruchy učení</i>	<i>20</i>
<i>1.6.6 Vzdělávací instituce</i>	<i>21</i>
<i>1.6.7 Poradenství a další pomoc</i>	<i>21</i>
1.7 Prognóza	21
1.8 Prevence	22
2. Cíle práce a hypotézy	23
2.1 Cíle práce	23
2.2 Hypotézy	23
3. Metodika	24
3.1 Použitá metodika	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	24
4. Výsledky	25
4.1 Výsledky obsahové analýzy: Přístupy rodičů k dítěti s ADHD	25
<i>4.1.1 Rodina</i>	<i>25</i>
<i>4.1.2 Obecné zásady</i>	<i>26</i>
<i>4.1.3 Domácí příprava na školu a domácí práce</i>	<i>30</i>
<i>4.1.4 Kladný emoční vztah k dítěti</i>	<i>31</i>
<i>4.1.5 Modifikace chování</i>	<i>32</i>
<i>4.1.6 Zlepšení vzájemných vztahů</i>	<i>33</i>
4.2 Výsledky dotazníkové akce	34

4.3 Shrnutí výsledků dotazníkové akce	47
5. Diskuse	47
6. Závěr	50
7. Seznam použité literatury	52
8. Klíčová slova	55
9. Přílohy	56

Zlaté pravidlo: Zařídít věci tak, aby je dítě udělalo dobře a my je za to mohli pochválit, a nedopustit, aby udělalo chybu a my je za to museli trestat nebo projevovat svou nelibost.

Zdeněk Matějček

Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma: Přístupy rodičů k dítěti s ADHD (Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou). K volbě tohoto tématu mě inspirovala speciálně pedagogická praxe v pedagogicko-psychologické poradně a zejména skutečnost, že jako matka syna s ADHD procházím procesem hledání odpovědí na otázky: Čím trpí moje dítě? Jak můžu účinně pomoci? Jak k dítěti jako rodič přistupovat?

Děti viditelně postižené v nás vzbuzují soucit a bolest. Tyto emoce nás pak vedou ke snaze poskytnout takovýmto dětem vhodné prostředky a zařízení, které jim umožní zařadit se plnohodnotným způsobem do společnosti. U dětí s ADHD není jejich postižení tak viditelné. Pro většinu lidí jsou tyto děti "zdravé", a přesto potřebují a zaslouží si speciální citlivý přístup pedagogů a chápající láskyplný přístup rodičů.

Tato bakalářská práce by měla být přehledem základních informací o ADHD, měla by postihnout myšlenky a doporučení odborníků určené rodičům, a zmapovat míru informovanosti rodičů dětí s ADHD, kteří jsou klienty pedagogicko-psychologické poradny.

1. Současný stav

1.1 Historie

Dílčí poznatky vztahující se k různým projevům později označovaným jako Lehké mozkové dysfunkce (LMD) a nyní ADHD se objevily již v roce 1838, kdy belgický psycholog J.Guislain uvedl souvislosti mezi poruchami chování a mozkovým poškozením. Dalším potvrzením byly následky poranění hlavy u vojáků za druhé světové války. Tehdy se začalo mluvit o Lehké mozkové dysfunkci. U nás se také používal název LDE – Lehká dětská encefalopatie (O. Kučera) a název MMD – Minimální mozková dysfunkce.

Ani pojem ADHD není objevem posledních let. V USA prošel dlouhým vývojem. Na jeho začátku stála řada výzkumů zaměřených na mechanismy hyperaktivity, především v šedesátých letech minulého století. V sedmdesátých letech jsou více zkoumány poruchy pozornosti. Vyústěním poznatků let předešlých bylo označení ADHD, které se objevilo poprvé již v roce 1980 ve třetí revizi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-III) (35, 14).

1.2 Současnost

V současné době se používá termín ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder - Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou, dle čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-IV). Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10) používá označení hyperkinetické poruchy. Mezi oběma klasifikačními systémy existují rozdíly v diagnostických kritériích. Podle MKN-10 je opakovaně diagnostikována menší skupina dětí se závažnějšími příznaky než v případě klasifikace podle DSM-IV. U nás se používají Diagnostická kritéria ADHD, která vznikla úpravou kritérií Americké psychiatrické asociace pro potřeby škol - Příloha 1 (35, 11).

1.2.1 Definice

ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním centrální nervové soustavy, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností (35).

1.2.2 Dělení ADHD

Dle výskytu jednotlivých symptomů lze ADHD rozdělit:

ADD (Attention Deficit Disorder) - Prostá porucha pozornosti. Neobjevuje se impulzivita ani hyperaktivita, více problémů je v oblasti pozornosti a percepčně motorických úkonech. Denní snění, pomalost při provádění kognitivních operací a obtíže v navazování sociálních kontaktů. Ve školním prostředí se projevují úzkostné rysy. Vyskytují se častěji poruchy učení než u dětí s ADHD. Děti s touto diagnózou je mnohem méně. Na základě popisu chování se ADD blíží dřívějšímu označení hypoaktivní forma LMD. Příznaky ADD - příloha 2.

ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder) - Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Třemi základními příznaky jsou porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita. Dále snížené výkony ve škole, problémy při navazování kontaktů s vrstevníky, nesnášenlivost, neschopnost podřídit se autoritě a obecně uznávaným pravidlům. Tato forma odpovídá dřívějšímu označení LMD s hyperaktivitou. Příznaky ADHD - příloha 3.

Především pro práci učitelů je důležité další rozlišení:

ADHD bez agresivity

ADHD s agresivitou – blíží se opozičnímu chování. Charakteristická je nesnášenlivost, hádavost, nedostatek sebeovládání, časté antisociální chování. Rodinné prostředí bývá dysfunkční.

ODD (Oppositional Defiant Disorders) - Opoziční chování. Diagnóza opozičního chování se u nás téměř neužívá, i když bychom řadu dětí s tímto způsobem chování našli. Charakteristická je agresivita, nadprůměrná nesnášenlivost, hádavost, oslabená sebekontrola. Tato skupina má hodně společných rysů s ADHD, především poruchy vnímání a utváření sebe sama. Děti s opozičním chováním jsou bezohlednější, hlučnější, agresivnější než děti s ADHD, chybějí výčitky svědomí. Rodinné prostředí bývá dysfunkční. Obtíže vyžadují intenzivní péči odborníků. Čím dříve se začne s uplatňováním intervenčních technik, tím větší je naděje na zlepšení (35).

1.2.3 Příčiny

a) **Biologické teorie** - v současnosti se odhaduje, že dědičnost se podílí na vzniku ADHD 50-70% (poruchy pozornosti a impulzivita se více vyskytují zejména u příbuzných prvního stupně), komplikace během těhotenství, při a po porodu 20-30% (rizikové těhotenství, virové infekce, psychologický stres, kouření a požívání alkoholu, hypoxie při vleklých porodech apod.), pozdější vlivy 10% (úrazy hlavy, encefalitida, meningitida). Jednotlivé vlivy se mohou vyskytnout pospolu. Uplatňuje se i role toxinů z vnějšího prostředí, a to především additiva v potravinách a nikotin. Významný je vliv psychologické a sociální stimulace v prvních letech života (35, 19, 31).

b) **Psychologické teorie** předpokládají, že hyperaktivita je podmíněná současným spojením dispozice k tomuto chování a způsobem výchovy. Je-li dítě se sklonem k nadměrné aktivitě, pohyblivosti, náladovosti stresováno netrpělivým a nedůtklivým rodičem, nemohou se utvářet správné vzory chování a komunikace. Dítě nesplňuje očekávání rodiče, je stále káráno. Nevhodné vzory chování se stabilizují, dítě není schopno plnit požadavky školy a dostává se do konfliktu se školním řádem (36).

1.2.4 Výskyt ADHD

Odborníci odhadují, že je postiženo 3 –10% dětí školního věku, odbornou literaturou je nejčastěji uváděno 3-5%. Velmi pravděpodobné je, že skutečné procento výskytu bude vyšší vzhledem ke skutečnosti, že u dívek se často ADD nerozpozná. Syndrom ADHD je častější u chlapců než u dívek, udává se poměr 3:1 (19, 14).

1.3 Vývojová období a ADHD

1.3.1 Kojenecký věk

V tomto období je těžké ADHD rozpoznat. Děti mohou být více neklidné, mají poruchy biorytmu (spánku a bdění), hůře sají, projevuje se u nich zvýšená dráždivost a často, zdánlivě bez příčiny pláčí (7).

1.3.2 Batolecí věk

Zvýšená pohyblivost, jakoby bez zábran, časté úrazy. Vydrží dlouho bez spánku, ale nedokáží se déle soustředit na hru, vyprávění či předčítání. Můžeme pozorovat neobratnost, neadekvátní reakce i na slabé podněty a někdy i poruchy řeči. Děti s ADD jsou naopak pomalé, letargické a často se oddávají dennímu snění. V batolivém věku si tiše hrají, takže rodiče často zapomenou na jejich přítomnost. Jsou to "hodné" děti, se kterými nejsou problémy (30).

1.3.3 Předškolní věk

Mateřská škola - hyperaktivita dítěte se nyní střetává s jeho vrstevníky. Neklidné děti jsou neoblíbené a odmítané, neboť se trvale něčeho dožadují. Ostatní děti nedokáží tolerovat jejich neustálou aktivitu, neschopnost se soustředit a zaujatost jen svými problémy. Děti s ADD jsou pravým opakem. Vrstevníci je spíše přehlíží než odmítají. Něčeho se většinou nedožadují a málokdo jim věnuje pozornost. Zdají se úzkostné, a proto nezískávají přátelství (30).

1.3.4 Školní věk

Nejobtížnější období zvláště v prvních letech školní docházky. Děti se obtížně vyrovnávají s požadavky na udržení klidu a pozornosti. Problémem prvních tříd proto není ani tak děti něčemu naučit, jako udržet je v klidu. V mladším školním věku má mimořádnou společenskou hodnotu tělesná zdatnost a pohyblivost. Dopomáhá dítěti

k uznání ve skupině. Nemůže-li se dítě s nějakého důvodu (u ADHD poruchy motoriky a špatná koordinace) ostatním vyrovnat nebo aspoň přiblížit, vzniká nebezpečí pocitů méněcennosti. Vždy je tedy nutno hledat oblast, kde dítě může uspět. Důležitý je správný výchovný přístup, aby nedošlo k rozvoji poruch chování a poškození povahového vývoje. Dále kapitola 1.6 a 4.1 (10, 7).

1.3.5 Pubertální období a dospívání

Klinické příznaky ADHD díky zrání centrální nervové soustavy mění formu, částečně ustupují nebo jsou kompenzovány. V tomto období děti i nadále potřebují mít strukturu, pocit, že někam patří. Důležité je udržet u žáků zájem o studium. V nepříznivých podmínkách může dojít k poruše ve vývoji osobnosti směrem k maladaptivnímu a dissociálnímu chování (19, 7).

1.3.6 Dospělost

Některé příznaky mohou přetrvávat až do dospělosti: nedostatečné soustředění, citová labilita, potíže se sebeovládáním, impulzivita, špatná snášenlivost stresu. Neschopnost vydržet chvíli sedět na místě se zmírňuje na pouhý neklid či nervozitu. Zůstane jen nechuť k sedavým činnostem a snaha najít si takové zaměstnání a takové záliby, které umožní volný pohyb. (1, 11).

1.4 Diagnóza

Diagnóza ADHD se zakládá buď na šesti a více příznacích poruchy pozornosti, nebo na šesti a více příznacích hyperaktivity a impulzivity, které v obou případech trvají alespoň šest měsíců, jsou maladaptivní a neodpovídají vývojovému období, ve kterém se dítě nachází. Alespoň některé příznaky musí být přítomny před sedmým rokem věku. Příznaky dítě poškozuji ve škole, v rodině nebo v dalších sociálních prostředích (6).

Zdrojem informací pro diagnostiku jsou rodiče a učitelé, kteří poskytují údaje formou dotazníku a rozhovoru. Rodiče uvádějí přesný popis významných událostí v životě dítěte, z nichž některé mohly sehrát klíčovou roli při vzniku obtíží, jiné jsou vodítkem při hledání optimálních možností intervence. Dlouhodobé pozorování všech zúčastněných v různých podmínkách je zaměřeno na popis chování, frekvenci určitých způsobů chování a dobu trvání, sledování, co situacím předcházelo, co následovalo. I

dítě poskytuje o sobě cenné informace, které jsou brány v úvahu při mapování osobnostního profilu dítěte. Dítě popisuje, jaké aktivity má rádo, co považuje za obtížné, charakterizuje svůj postoj ke spolužákům a způsob, jakým vnímá vztah vrstevníků k sobě. Důležitá v průběhu diagnostického procesu je spolupráce nejen rodičů, ale i pedagogů. Součástí komplexních vyšetření jsou podrobná vyšetření lékařská, psychologická, neurologická a speciálně pedagogická (35).

1.4.1 Hlavní příznaky

Poruchy pozornosti se projevují nepozorností vůči podrobnostem jak ve školní, tak při domácí práci a neschopnost udržet pozornost v průběhu hry. Děti se chovají, jakoby neposlouchaly, co jim kdo říká, nerespektují instrukce, určenou práci nedokončí, mají obtíže s časovou a prostorovou organizací zadaných úkolů, vyhýbají se úkolům, které vyžadují setrvalou pozornost, často ztrácejí osobní věci a školní pomůcky, rozptylují je i slabé podněty, jsou zapomnětlivé. **Příznaky hyperaktivity** se projevují neklidem končetin a trupu vsedě, vybíháním z určeného místa, neklidným pobíháním a šplháním v nepatřičných situacích, nápadnou hlučností při činnostech ve volném čase, trvalým mluvením. **Příznaky impulzivity** se projevují častým skákáním do řeči a přerušováním řeči jiných lidí, netrpělivostí při činnosti, kdy se má vyčkat, až na dítě přijde řada, rušením jiných dětí i dospělých při jejich činnosti (6).

1.4.2 Četnost výskytu jednotlivých příznaků

94% poruchy pozornosti

83% emoční labilita

80% hyperaktivita (u 20% dětí se může vyskytovat hypoaktivita)

70% lehké neurologické příznaky a abnormální EEG

67% poškození percepce a tvoření pojmů

63% sklon k impulzivnímu jednání (7)

1.4.3 Lékařské vyšetření

Každé dítě s problematickým chováním by mělo projít lékařským vyšetřením, neboť tyto projevy mohou souviset s jeho zdravotním stavem. Dítě s horším zrakem či

sluchem se může jevit jako nesoustředěné či hyperaktivní. Chvilkové absence pozornosti mohou být projevem záchvatovitého onemocnění. Hyperaktivita může souviset s příliš aktivní štítnou žlázou. Impulzivita může být příznakem Tourettova syndromu (tiky, nechtěné výkřiky) (30).

1.4.4 Psychologické vyšetření

Z psychologického hlediska se vysvětluje chování dítěte s ADHD jako projev zvýšené senzitivity a vrozené zranitelnosti. Vychází ze tří zdrojů informací: rozhovor s rodiči, vyšetření schopností a možností dítěte a speciální vyšetření chování dítěte prostřednictvím rozhovorů či dotazníků, které jsou předkládány rodičům, učitelům, lékařům a dítěti samotnému (30, 14).

1.4.5 Neurologické vyšetření

Při objektivním neurologickém vyšetření lze u 40-50% těchto dětí již v batolivém a předškolním věku pozorovat drobné projevy poškození centrálního nervového systému - drobné ložiskové změny, horší motoriku, poruchy koordinace, infantilní jednání. Při elektroencefalografickém (EEG) vyšetření je u 70% patrné opožděné zrání mozkové aktivity, a to o 1-2 roky. V současné době se předpokládá hlavní vliv poškození nervových okruhů laloků frontálních a pravostranného parietálního, nacházeny jsou změny v koncentraci dopaminu (30, 8, 15).

1.4.6 Speciálně pedagogické vyšetření

Speciálně pedagogické vyšetření se soustřeďuje přímo na diagnózu specifických poruch učení, které se často vyskytují souběžně s ADHD. Analyzují se školní výkony dítěte ve čtení, psaní a počítání. Používají se speciální zkoušky a testy, které hodnotí výkony dítěte v jednotlivých percepčních oblastech (14).

1.4.7 Vyslovení diagnózy

Diagnóza se má vyslovit až po 4.-5. roce věku dítěte. Odlišení příznaků od jiných organických poškození mozku, od neurotických projevů, projevů při chronických

somatických onemocnění a při počínajících psychotických onemocněních a vyvíjejícího se ADHD před touto věkovou hranicí je obtížné. Nicméně děti, které později syndrom postihne, bývají nápadně pohybově neklidné a nesoustředěné již ve věku kolem 3 let (7, 6).

1.5 Terapie

1.5.1 Terapeutické přístupy

a) **Psychosociální přístup:** stačí přizpůsobit okolní prostředí, a problémy dítěte se vyřeší. Chování dítěte je jeho vlastní způsob, jakým reaguje na své okolí. Z psychologického hlediska se vysvětluje chování dítěte s ADHD jako projev zvýšené senzitivity a vrozené zranitelnosti. Formy péče: Poradenství - dítě a rodiče dostávají odborné rady, jak si počínat se svými problémy. I kniha může mít poradenskou funkci. Psychoterapie - různé formy učení a návyků, působení slovem, gestem, mimikou, sugescí.

b) **Odborně lékařský přístup:** zdůrazňuje, že problémové chování dítěte je důsledkem jeho dané fyzické konstituce. Jestliže jsou poruchy chování typické a neměnné a vážně narušují vývoj dítěte i život jeho okolí, je třeba zahájit skutečnou léčbu. Ta může zahrnovat podávání léků stejně jako vytváření vhodného prostředí (30).

1.5.2 Terapie KBT

V kognitivně behaviorální terapii se skupinově trénují sociální dovednosti, koordinace a pozornost. U impulzivních dětí jsou vhodné různé typy sebeinstrukcí zaměřené na určení problému, na určení vhodného postupu, na udržení soustředěné pozornosti, na sebeoceňující výroky. Používá se nácvik podle vzoru, při kterém terapeut předvádí určité jednání a dítě je postupně opakuje po něm. Jde o to dítě naučit se "zbrzdit", a tak prodloužit interval mezi podnětem a svou vlastní reakcí (15, 22).

1.5.3 Rodinná terapie

Problémy dítěte kladou na rodinu velké nároky. Terapie může sloužit k posílení vzájemných vztahů a zlepšení komunikace uvnitř rodiny. Jednotliví členové rodiny si ujasňují vlastní postoje v bezpečném a nekonfrontačním prostředí, a navrhnou vlastní řešení problémů, kterým čelí (11).

1.5.4. Speciálně pedagogická péče

Zahrnuje techniky k nápravě řeči, čtení, psaní, počítání - obtíží, které jsou často, ale ne vždy součástí ADHD. Formy vzdělávání a poskytování reedukační péče vychází z doporučení pedagogicko-psychologické poradny na základě posouzení schopností i obtíží dítěte (13).

1.5.5 Léčba medikamenty

Nejčastěji jsou předepisována stimulantia (Ritalin, Dexedrin), která upravují neurochemické pochody v mozku. Léky v mozku posilují přenašeče signálů mezi neurony (neurotransmitery), což dítěti umožňuje lépe se soustředit, mírnit stupeň aktivity a impulzivní vzorce chování. V zahraničí je udáváno zlepšení až 80%. U nás nebyl tento efekt zcela potvrzen, je poukazováno na nebezpečí vzniku návyku (19, 7).

Vhodné je podávat léky pouze u dětí těžko zvladatelných ve smyslu možnosti ublížení sobě i okolí. Lépe je doporučit různé intervenční techniky, psychorelaxační cvičení, plavání, cvičení na posílení koncentrace pozornosti, EEG-biofeedback, jógu aj (35).

S podáváním léků nelze očekávat, že se dětemlepší také prospěch ve škole. Děti mívají již většinou mezery ve znalostech z dřívějších ročníků a zpravidla také užívají méně zralé strategie vnímání, myšlení a učení než jejich vrstevníci. Pedagogická a psychologická pomoc je nezbytná. Většina rodičů i dětí přijímá raději fyziologický výklad hyperaktivity, ale předpis léků a jejich užívání může přivést rodiče a dítě k pasivnímu postoji. Důležité je vysvětlit dítěti, že samo může mít vliv na své potíže a že není bezmocnou obětí poruchy zvané ADHD. Také rodičům je třeba objasňovat, v čem mohou dítěti i sobě pomoci (29, 19).

1.5.6 Terapie pevným objetím

Život vyžaduje pohyb i jeho omezení, excitaci a útlum. Dítě se potřebuje naučit obojímu. Když chce například dítě dobře něco stavět, montovat, soustředit se na koordinaci malých svalových skupin, potřebuje tlumit ostatní pohyby. Pro mnoho dětí je to obtížné. Příčinou je historická změna v zacházení s dětmi v západní civilizaci. Dříve tlumení pohybů nebylo pro dítě takovým problémem – učilo se je tlumit tím, že bylo zavínuté. V zemích třetího světa matka dítě dlouho nosí v šátku na svém těle: tím je jeho pohyb omezen, zároveň však dítě vnímá blízkost matky přímo dotekem, vnímá tep jejího srdce, cítí jistotu, bezpečí. Proto mu není omezení pohybů zátěží. Terapie pevným objetím – rodič obejmě dítě pevně (prodloužené držení), tím mu znemožňuje např. agresivní chování k jiné osobě, umožňuje ovládnout afekt a bezprostředním kontaktem mu vyjadřuje "ty jsi moje milované dítě". Objetí umožňuje zvládnout záporné pocity, zahání strach a činí dítě přístupným. Od malička se tak dítě učí útlumu, sebekontroli a sebeovládání, respektování určitých požadavků, příkazů, to vše v příznivém emočním klimatu a jistotě mateřské lásky (2, 17).

1.5.7 Další vhodné možnosti péče:

Relaxační cvičení, jóga – umění relaxovat, uvolnit se je jedním z nejvýznamnějších způsobů zvládnání stresu. Fyzickým uvolněním, uvolněním svalového napětí dosáhneme i uvolnění psychického (37).

Arteterapie, terapie hudbou.

Biofeedback - využívá se biologické zpětné vazby k autoregulaci mozkové aktivity (31).

Dietní výživa – doporučuje se omezení výrobků z kaka, koly, výrobků s konzervačními prostředky a potravinářskými barvivy. Dietní výživa vyžaduje dodržování pravidel. Pro hyperaktivní dítě je nejcennější, že dodržuje pravidla, a tím se učí sebeovládání a seberegulaci (17).

1.6 Dítě s ADHD ve škole

Škola může být pro dítě místem frustrace, neúspěchu a někdy i příčinou ztráty sebedůvěry a narušeného sebepřijetí. Problémy obvykle přicházejí se vstupem dítěte do mateřské školky a následně po zahájení školní docházky. Jsou-li potíže dítěte výrazné a zřejmé už v předškolním věku, často dítěti pomůže odložení školní docházky o jeden rok. Dozríváním centrální nervové soustavy se některé projevy ADHD mohou zmírnit. Je vhodné v tomto období s dětmi intenzivně pracovat, aby se předešlo poruchám učení (38, 30).

1.6.1 Role žáka

Zvnitřnění role školáka je do značné míry závislé na úspěšnosti žáka ve škole, a to nejen v učení, ale také ve společenských a citových vazbách, které si ve škole vytváří. Pokud vnitřní prožitek "jsem školák" není dostatečný, nevytváří se motivace k učení. Chybějící motivaci nahrazují rodiče tlakem na dítě. Děti se denně setkávají se situacemi, které jsou pro ostatní děti normální, běžné, ale ony na ně nestačí, nezvládají je, a navíc si to převážně uvědomují. Situace, které nedokáží přiměřeně zvládnout, mohou řešit např. únikem (do nemoci, do světa fantazie), regresí (chovají se jako mnohem mladší dítě), popíráním vlastních neúspěchů a zlehčováním úspěchů druhých, poutáním pozornosti (šáskování, vytahování se, provokování ostatních) (29, 38).

1.6.2 Vztahy s vrstevníky

Příčina společenského osamocení dětí s ADHD podle řady výzkumů spočívá v tom, že tyto děti špatně přijímají pomoc, příkazy či usměrňování od svých vrstevníků a nedovedou s nimi vytrvat v dosahování společných cílů. Tak například nedokáží hrát společenskou hru, protože brzy přestanou dodržovat její pravidla. Opakované odmítání a neúspěch u vrstevníků může mít vážné důsledky na sebevědomí dítěte a na jeho další chování (29, 11).

1.6.3 Dítě s ADHD a pedagog

Dítě s ADHD má schopnost určité sebekontroly a koncentrace na úkol jenom s pomocí pozitivního emočního kontaktu s dospělou autoritou, učitelem. Jeho "já" tedy potřebuje pomocníka v "já" učitele. Vyšší formou citového prožitku je pro dítě pochvala, proto je důležité obrátit pozornost ke kladným stránkám jeho osobnosti. Nejvýznamnější faktory v práci s dětmi s ADHD ze stany učitele - příloha 4 (29, 19).

1.6.4 Multisenzorická výuka

Vhodná je multisenzorická výuka – postupy, které nutí dítě vnímat více smysly. Většina žáků se nejlépe učí zrakovými a hmatovými/pohybovými vjemy. Podle statistických údajů si děti pamatují: 10% toho, co čtou, 26% toho, co slyší, 30% toho, co vidí, 50% toho, co vidí a slyší, 70% toho, co říkají, 90% toho, co říkají a dělají (19).

1.6.5 Metakognitivní strategie

U dětí s ADHD je vhodný nácvik metakognitivních strategií – učení se o vlastním stylu učení (jakým způsobem se učím, jak aplikuji své vědomosti, proč se učím). Zvládnutí metakognitivních strategií je obtížné pro všechny, tím spíše pro dítě impulzivní, které neuvažuje o nejvhodnějších postupech při řešení úkolů, pracuje rychleji než myslí, nekontroluje svoji práci a přeskakuje od jednoho úkolu k druhému (35).

1.6.5 Specifické poruchy učení

Souběžně s ADHD se mohou vyskytovat specifické poruchy učení. Často se utvářejí nesprávné pracovní návyky. Dle závažnosti problémů může být dítě integrováno do základní školy (vypracován individuálně vzdělávací plán) či přeřazeno do specializované třídy. Dle výzkumu ve Spojených státech:

90% dětí s ADHD nepodává ve školní práci dostatečný výkon

90% dětí s ADHD nepodává výkon podle svých schopností

60% dětí s ADHD má vážné problémy s psaním

20% dětí s ADHD má problémy se čtením (35, 11).

1.6.6 Vzdělávací instituce

Běžné základní školy - zařazení do kategorie integrovaných žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Specializované třídy pro děti se specifickými poruchami učení a chování, zřizované při běžných školách. Speciální školy pro děti se specifickými poruchami učení a chování (19).

1.6.7 Poradenství a další pomoc

Zdravotnická pracoviště - pediatrie, odd. neurologie, psychologie, psychiatrie a logopedické ambulance. **Pedagogicko-psychologické poradny** – základní poradenství při školních obtížích. **Speciálně pedagogická centra** – při specializovaných školách, pokud se ADHD vyskytuje souběžně s jiným typem postižení (vady sluchu, řeči). **Rodinné poradny a Centra pro rodinu** – byla-li narušena komunikace v rodině a je-li nutné při odstraňování problémů pracovat s celou rodinou. **Střediska výchovné péče** – nedaří-li se adekvátně řešit speciální potřeby a problémy dítěte a došlo-li ke vzniku závažnějších výchovných, emocionálních či sociálních problémů. **Dys-centra** – nestátní instituce, nabízející různé formy individuální nápravy a terapie pro děti se specifickými poruchami učení a chování. **Centra EEG** - biofeedback terapie – terapie formou hry na počítači u dětí s ADHD či specifickými poruchami učení (19).

1.7 Prognóza

ADHD nelze vyléčit, ale je možné snížit na minimum riziko vzniku druhotných poruch chování. V opačném případě dítě mohou odmítnout jeho vrstevníci, ale i dospělí, a tím se posílí jeho negativní sebeobraz. Bude trpět pocitem ohrožení a v důsledku toho se může uzavírat před okolním světem. Stane se buď agresivním, což se projeví jeho slovními či fyzickými útoky na okolí, nebo se uchýlí do vlastního světa fantazie. Dle výzkumů u 31-66% dospělých, kteří trpěli ADHD v dětství, se příznaky této poruchy vyskytují i nadále. Většinou je prognóza příznivá. Syndrom ADHD je vývojově

podmíněný. Příznaky se zráním centrální nervové soustavy ustupují do pozadí a jsou kompenzovány (30, 7, 11).

1.8 Prevence

Primární prevence spočívá ve vytváření podmínek pro příznivý průběh těhotenství, průběh porodu a poporodní péči. Ochrana dítěte před úrazy, infekcemi a dalšími škodlivými vlivy.

Sekundární prevence je péčí medicínskou, psychologickou, sociální a speciálně pedagogickou. Začíná včasnou diagnostikou. Cílem je zabránit rozvoji sekundární symptomatologie, která by mohla ohrozit vývoj osobnosti dítěte.

Terciální prevence je zaměřena na redukci již vzniklých poruch, na snížení jejich intenzity s pokusem o odstranění maladadaptivních projevů (7).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl práce 1: Cílem práce je poskytnout přehled základních informací o ADHD a přehled vhodných přístupů k dětem s ADHD zejména ze strany rodičů.

Cíl práce 2: Cílem práce je zmapovat informovanost rodičů dětí s ADHD, kteří jsou klienty Pedagogicko-psychologické poradny České Budějovice - poradenského pracoviště ve Strakoniciích a v Českých Budějovicích.

2.2 Hypotézy

Hlavní hypotéza: Informovanost rodičů bydlících ve městě je vyšší než informovanost rodičů bydlících na venkově.

Na základě zkušeností z praxe byly stanoveny tyto pracovní hypotézy:

Pracovní hypotéza 1: Předpokládáme, že nejvíce klientů přichází do pedagogicko-psychologické poradny na doporučení třídního učitele.

Pracovní hypotéza 2: Předpokládáme, že nejvíce informací získávají rodiče od kvalifikovaných odborníků.

3. Metodika

3.1 Použitá metodika

Pro splnění cíle1 byla použita metoda studium dokumentů, technika obsahová analýza odborné literatury týkající se problematiky ADHD. Pro splnění cíle 2 a testování hypotéz byla použita metoda dotazování, technika dotazník (příloha 5). Dotazník obsahoval 13 otázek. Většina otázek byla zjišťovacích. Dvě otázky byly zaměřeny na míru spokojenosti klientů, jak vnímají pomoc v oblasti učebních potíží a v oblasti výchovné. Čtyři otázky byly přímým dotazem na znalost pojmů týkajících se dané problematiky. V závěru byly dvě otázky identifikační.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořili rodiče dětí s ADHD, kteří jsou klienty Pedagogicko-psychologické poradny České Budějovice - poradenského pracoviště ve Strakoniciích a v Českých Budějovicích. Sběr dat byl prováděn v měsíci únoru, březnu a dubnu tohoto roku za pomoci pracovníků pedagogicko-psychologické poradny. Celkem bylo klienty vyplněno 71 dotazníků, z toho byly vyřazeny 2 dotazníky z důvodu neúplnosti údajů. Konečný výzkumný soubor tvořilo 69 klientů. Rozdíl v údajích mezi poradenským pracovištěm Strakonice a poradenským pracovištěm České Budějovice byl shledán pouze u otázky týkající se pojmu LMD a ADHD (více kapitola diskuse). Pro ověření hlavní hypotézy byl výzkumný soubor rozdělen na dvě části: soubor 1 – dotazníky, které byly vyplněny klienty žijícími na venkově (27 klientů), soubor 2 – dotazníky, které byly vyplněny klienty žijícími ve městě (42 klientů).

4. Výsledky

4.1 Výsledky obsahové analýzy: Přístupy rodičů k dítěti s ADHD

Děti s ADHD jsou pro rodiče výzvou. Základem je přijmout fakt, že tyto děti potřebují více času a energie.

4.1.1 Rodina

Rodina má na vývoj dítěte rozhodující vliv. Dítě své problémy nejlépe překoná v rodině, mezi jejímiž členy panují pevné a stabilní vztahy. Otec i matka jsou pro dítě dárci citové jistoty. K oběma rodičům by se mělo dítě blížit s vědomím, že k nim patří, že je „nedají“, že lze na ně spoléhat, a i když se třeba zlobí a hubují, že za tím vším je láskyplný vztah. Oba rodiče by měli pochopit, že při výchově dítěte musejí postupovat bok po boku, a to i za cenu častých zklamání a nezdarů (10, 24).

- *Matka*

Dítě má být středem matčina citového zájmu a matka svým působením zklidňuje a stabilizuje již v ranném dětství vnitřní pohnutky a citové vzněty, když to ještě dítě samo nedovede. Dítě potřebuje zvnitřnit matčinu regulující a ztišující funkci. Dítě s ADHD potřebuje matku, která vědomě nebo podvědomě chápe jeho problémy a je ochotna věnovat mu své schopnosti a čas, aby se mohlo se svými potížemi vypořádat (29, 24).

- *Otec*

Když dítě doroste do předškolního a mladšího školního věku, získává pro něho otcovská výchovná autorita stále více na významu. Zejména chlapci hledají v otci vzor svého chování, snaží se otce napodobovat, identifikovat se s ním a hledají u něho uznání. Příklon k otci je důležitým krokem od matky. Pomáhá v podstatné míře neutralizovat a přetvořit agresivitu dítěte v činorodou činnost. Otcové většinou dokáží otázky výchovy a vývoje posoudit s větší objektivitou a důsledností (29, 24).

- *Sourozenci*

Někdy mohou vznikat těžkosti ze skutečnosti, že rodiče přistupují k dítěti s ADHD jinak než k jeho sourozencům. Někteří sourozenci si stěžují, že na ně rodiče nemají dostatek času, jiní jsou zahrnováni přízní, protože nevyžadují tolik pozornosti a péče.

Důležité je děti neporovnávat, v jejich přítomnosti si na ně nestěžovat a ostatní sourozence ujišťovat, že je neodstrkujeme kvůli dítěti a ADHD (14, 24).

4.1.2 Obecné zásady

a) *Trpělivost, klidný a laskavý přístup*

Dávat najevo lásku. Snažit se být klidní a vyrovnaní, pokud možno i ve vypjatých situacích. Naše nervozita se na dítě přenáší a afekt ještě zhoršuje. Náš klidný přístup je nejpřesvědčivějším příkladem pro dítě, jak se v náročných situacích zachovat. Čím klidnější domácí atmosféru dítěti připravíme, tím více nežádoucího chování eliminujeme (38, 14).

Být v kontaktu - děti s ADHD mají sklon pohybovat se v extrémech, podle nálady. J. Prekopová doporučuje při narušených vztazích prodloužené držení dítěte v těsném tělesném kontaktu. Základní pravidlo je: nesmíme dítě pustit dřív, než se jeho negativní city změní v lásku. Terapie pevným objetím má za cíl zbavit dítě strachu, umožnit mu prožitek: „jsem v bezpečí a jsem milováno” (16, 17).

b) *Řád a struktura*

Svět dítěte by měl být přehledný, jasně uspořádaný. Jakmile si jednou dítě zvykne na pravidelný denní rozvrh, získá tím jasný cíl i pocit jistoty. Naučí se své osobní zájmy a potřeby sladit a někdy i podřídit potřebám a nárokům druhých (30, 38).

• *Kázeň*

Kázeň vymezuje hranice chování a prostor, ve kterém se mohou děti realizovat. Čeho se vyvarovat: jsme-li příliš přísní a nedokážeme-li dítěti naslouchat, podlomíme jeho sebedůvěru a ono se začne uzavírat samo do sebe; jsme-li nerozhodní a nedůslední, podněcujeme jeho neukázněnost; přehlížením jeho chování v něm upevňujeme pocit nejistoty a nedostatek sebeúcty. Než se dítě naučí být ukázněné, měli bychom nejdříve společně prožívat příjemné věci. Jestliže se o dítě nezajímáme a pak očekáváme jeho poslušnost, poslechne jen ze strachu a ne z úcty k nám. Chceme-li, aby nás dítě uznávalo a poslouchalo, je třeba se mu věnovat, vytrvat a zachovat si k němu pozitivní vztah (30).

- *Hranice*

Ideální situací jsou vzdálené, ale jasné hranice, které se mohou utvářet v diskusi mezi dospělým a dítětem, přičemž i diskuse musí mít svá určitá pravidla. Zásada při stanovování hranice zní: být pevný, ale ne vládnout, být důsledný, ale nehrozit. Všimnout si, kdy děti překračují hranice. Upozorňuje nás to, abychom pravidla třeba pozměnili, rozšířili nebo abychom pomocí dohodnutých důsledků zabránili jejich překračování (21, 35).

- *Prostor dítěte*

Dítě potřebuje ve společném rodinném prostoru určité opěrné body, které mu pomohou nalézt své místo a postavení v rodině. Vlastní koutek pro sebe nebo, pokud to jde, vlastní pokojík přináší dítěti uspokojující pocity. Vcházet do svého pokoje a zase z něho vycházet pomáhá dítěti strukturovat se vůči prostoru a uvědomovat si uvnitř/venku – uvědomovat si hranice. Soukromý prostor nemusí být příliš velký, ale dítě má mít možnost zabydlet si ho podle svého (20).

c) *Důslednost*

Důslednost ve výchově přináší dítěti pocit jistoty. Jestliže se všichni ti, kteří jsou s ním v bezprostředním denním styku, chovají k němu v týchž situacích vždycky přibližně týmž způsobem, stává se mu svět kolem brzy srozumitelným, jasným – vyzná se v něm. Ví, co může čekat, co smí a co nesmí, co musí a co může. Naučí se rychle znát hranice své svobody tak, aby neohrožovalo svobodu druhých. A hlavně rychle získá jistotu, že se na nás může ve všech situacích spoléhat (10).

d) *Jasná komunikace*

Děti často reagují negativně, když se nemohou prosadit tak, jak by chtěly; jsou-li kritizovány nebo mají-li pocit, že jsme k nim nespravedliví. Pokud si s dítětem o jeho problémech povídáme, můžeme se negativním situacím vyhnout a předejít i nevhodnému chování.

- *Jednoznačnost*

Jako rodiče bychom se měli chovat jednoznačně – když něco říkáme, měl by tomu odpovídat i náš výraz.

- *Plány*

Na začátku každého dne si vyhradíme čas na to, abychom si s dítětem o samotě pohovořili. Řekneme mu, co bude dělat, nemluvíme přísně, ale klidně, jasně a pevně.

- *Jak vyjádřit svůj postoj*

Dítě s ADHD často nerozumí tomu, co mu ostatní říkají. Je pro něj těžké se soustředit, reaguje impulzivně. Díky nedostatku sebeúcty je přecitlivělé na jakoukoli kritiku. Proto je nutno komunikovat velmi opatrně:

1. Důležité věci diskutujeme vždy mezi čtyřma očima.
2. Než s dítětem začneme mluvit, mělo by se uklidnit.
3. Mluvíme klidně a současně pevně a sebejistě. Nikdy nevyhrožujeme. Zopakujeme svůj postoj několikrát a v různých obměnách.

- *Jak pomoci dítěti vyjádřit jeho postoj*

Chce-li se dítě vyjádřit, snažíme se mu pomoci, povzbuzujeme ho ve vyjadřování pocitů a umožníme i jiný způsob vyjádření než slovní, například kreslení, modelování. Počítač může pomoci dětem, které mají potíže se psaním.

- *Naslouchání*

Pozorně nasloucháme, pokud dítě něco vypráví, nepopichujeme ho, nepřekrucujeme význam toho, co vám vypráví. Nenutíme dítě k sebekritice, snažíme se vyhnout slovu „měl bys“. Pokud mu vnucujeme svůj pohled, dítě přijme modely chování, které nejsou zakotveny ani v jeho citech ani intelektu. Dopřejeme mu tedy prostor na sebevyjádření a nesnažíme se mu vnutit své vlastní postoje (30).

- *Komunikační dovednosti*

Primární způsob, jak se dítě učí komunikačním dovednostem, je konverzace v rodině. Důležité je tedy najít si čas, abychom mohli mluvit se svými dětmi. Vhodný je čas ukládání ke spánku, čas oběda, večeře. Dlouhé procházky či jízda autem poskytují také dobrou příležitost pro vzájemnou komunikaci (26).

e) Soustředit se na kladné stránky osobnosti dítěte

Soustředit se ne na to, jak zamezit chování, s nímž nesouhlasíme, ale začít podporovat chování, které považujeme za přijatelné. V praxi to znamená, že místo trestání, potlačování a zakazování děláme pravý opak – chválou a odměňováním posilujeme správné chování. Největší odměnou je dítěti vědomí, že udělalo radost těm, kdo je mají rádi. Dárek navíc je vlastně jen symbolické vyjádření tohoto vztahu (9, 10).

f) Spolupracovat se školou

Významná je spolupráce se školou, pravidelné konzultace s třídním učitelem. Vyhledání kvalitní odborné pomoci. Dospělí, kteří přicházejí do kontaktu s dítětem, by měli rozumět jeho obtížím. Účinnou pomoc je možno zajistit jen dobrou spoluprací všech zúčastněných na procesu výchovy a vzdělávání dítěte (24).

g) Optimismus

Syndrom ADHD je poruchou vývojovou. Potíží postupně ubývá a kolem 12 let dochází ke zklidnění a vyrovnání. Předpokladem je pozitivní a vstřícný přístup rodičů. Brát dítě takové, jaké je, a ne takové jaké bychom ho chtěli mít. Na výchovu nejsme sami, kromě nás vychovávají naše dítě spolužáci a učitelka, babičky. Je dobré opustit pocity viny, že něco nezvládáme tak, jak bychom podle svého názoru (nebo podle názoru někoho jiného) zrovna měli. Pocity viny nikoho pořádně nevychovejí, jen nás připraví o možnost opravdu být se svým dítětem a užít si ho, než dospěje (14, 32).

4.1.3 Domácí příprava na školu a domácí práce

Kamenem úrazu pro školáky trpící ADHD jsou domácí úkoly a samostudium.

Zásady při učení:

Dítě **netrestat, obrnit se trpělivostí, klidem a optimismem.**

Nešetřit povzbuzením, pochvalou a oceněním.

Nepřetěžovat – tyto děti potřebují více odpočinku, odpočinkem pro ně je zdravý pohyb a hra po svém.

Málo, ale často - rozdělit učení na dva tři desetiminutové úseky, co za dobrého soustředění dítě přijme, to si nadále dobře pamatuje a dovede to použít. Vhodné je rozdělit úkol do dílčích kroků, přidělit každému kroku správně odhadnuté množství času a sledovat pokroky při provádění každého kroku.

Omezit přívod rušivých podnětů na minimum – upravit dítěti v pokoji pracoviště. Stolek umístit tak, aby vidělo nejvýš na stěnu nebo nějaký jednoduchý závěs, sednout si vedle něho, abychom mu byli oporou. Zajistit ticho a klid a 10 až 15 minut se věnovat jen jemu – v klidu a pohodě.

Učinit učení zábavným a přitažlivým, **využít zájmů dítěte**.

Nedopustit, aby se dítě něco naučilo špatně. Na tom, co si jednou osvojilo, ulpívá velmi houževnatě a těžko se přecvičuje na jiný pracovní postup.

Co nejvíce s dítětem **spolupracovat a pomáhat** mu - neznámá to, že "zametáme cestičky" - dítě potřebuje určitou zátěž, aby se pozitivně vyvíjelo. Mnozí rodiče (někdy i učitelé), ve snaze usnadnit dítěti různé věci, mu poskytují medvědí službu (10).

Přístup k učení:

Děti s ADHD se většinou neumějí učit. Ponecháme-li dítě samotné, je pravděpodobné, že bloumá po místnosti, hledí do prázdna či sní o útěku ven. My zatím pracujeme a následně se zlobíme, že dítě nic neudělalo. Mnohem vhodnější je, když budeme s dítětem pracovat společně (třeba i v kuchyni), a potom společně napíšeme domácí úkoly (35).

Domácí práce:

Je vhodné, aby se dítě podílelo na plnění domácích prací. Je to oblast, kde ho můžeme pochválit, prožít pozitivní společné chvíle, které jsou pro jeho další vývoj nesmírně důležité. Nepodceňujeme tedy domácí práce a nepřeceňujeme školní výsledky (35).

4.1.4 Kladný emoční vztah k dítěti

Klíčovým momentem výchovy je náš emoční vztah k dítěti. Základem vztahu by mělo být porozumění, důvěra, sympatie a úcta k osobnosti dítěte. Kladný emoční vztah k dítěti se projevuje zejména následujícími znaky komunikace:

Oční kontakt – opakem je vyhýbání se pohledu z očí do očí, mluvíme na dítě, ale přitom se díváme jinam.

Laskavý pohled a tón řeči, laskavý dotyk, pohlazení.

Naslouchání dítěti – opakem je, když stále mluvíme jen sami, slovních a emočních projevů dítěte si nevšímáme, bereme je jako něco nedůležitého, popřípadě přímo obtěžujícího.

Verbalizování toho, co dítě dělá – tím projevujeme, že dítě sledujeme, že máme o ně zájem.

Parafrázování slovních sdělení dítěte - jinými slovy opakujeme to, co dítě řeklo, tím opět projevujeme zájem o dítě, popřípadě dítěti pomáháme upřesnit, lépe pochopit, o čem samo mluví.

Spoluprožívání emocí, živé (ne však přemrštěné) emoční reagování na situace a události.

Kladné hodnocení dítěte, jeho dobrých výsledků, třeba jen malých, popřípadě pouze projevené snahy dítěte.

Klima pohody při společných činnostech (hrách, zábavách, pracích, učení) (2).

4.1.5 Modifikace chování

a) Pozitivní zpevnění – cílem je povzbudit, zafixovat žádoucí chování. Nejčastěji se používá pochvala, souhlas, ocenění, úsměv, pohlazení, či jiný způsob, kterým věnujeme dítěti pozornost.

b) Zástupné zpevnění – dítě při něm pozoruje někoho, kdo je odměněn za žádoucí chování.

c) Pozitivní očekávání - náš postoj k lidem, životním situacím výrazně ovlivňuje naše vnímání. Vnímáme přednostně to, na co jsme naladěni, co očekáváme.

d) Slovní sebeinstruování - je vhodné u dětí s nedostatkem sebekontroly. Vnitřní řeč, k níž by dítě mělo dospět, je vložena mezi podnět a reakci, jejímž výsledkem bývá zbrklé jednání. Nácvik slovního sebeinstruování probíhá ve čtyřech fázích:

1. Plníme úkol a přitom říkáme, co děláme a budeme dělat. Dítě nás sleduje. Snahou je vytvořit určitý postup, v němž se má nejdříve zjistit povaha úkolu, najít řešení, zdůvodnit a formulovat, k čemu jsme dospěli.
2. Dítě plní úkol a my slovně doprovázíme jeho činnost.
3. Obojí provádí dítě samo nahlas.
4. Přejít k vnitřní řeči (35).

Obecné rady:

Nedívejme se na dítě jako na zlobivé. Neustále si připomínejme, že nejde o záměrné chování. Chování vyplývá z problému, kterému dítě čelí. Nenechat se strhnout, nekřičet. Pokud se rozzlobíme, pak v tomto stavu nikdy netrestejme nebo o trestu nerozhodujeme. Nikdy netrestat zákazem aktivity, omezením pohybu venku nebo zákazem organizovaného sportu, který může být jedinou činností, v níž naše dítě vyniká a sklízí pochvalu a uznání. V psychologickém smyslu je pro dítě trestem i zakřičení nebo dobře míněná kritika, v níž mu dáváme najevo své výhrady, i fakt, že je úplně a cele nepřijímáme. Trest má trojí význam: má napravit škodu, má působit, aby se podobné jednání neopakovalo a má současně z viníka sejmout pocit viny (10).

Pokud máme dojem, že dítě neposlouchá, není to většinou projev neposlušnosti, ale projev roztěkanosti, neschopnosti koncentrovat se na to, co má, proto se vyplatí příkaz formulovat jasně, stručně. Zkontrolovat, zda jej dítě vnímalo a pochopilo. Pokud je třeba, příkaz klidně zopakovat (39).

Ačkoli je důležité dítěti s ADHD porozumět, v žádném případě to neznamena, že bychom měli tolerovat jeho nevhodné chování. Dítě by se tím naučilo zneužívat své slabosti jako berličky a výmluvy pro špatné chování by mu mohly zůstat po celý život. Děti se naopak musejí naučit, že své slabosti překonají, a dokážou to pouze pilnou a tvrdou prací. Děti s ADHD potřebují zvláštní přípravu a postupy, nikoli výmluvy (24).

Dáváme pozor na vlastní chování – děti se učí nápodobou. Podívejme se na vlastní styl života: Vydržíme chvíli sedět na místě? Mluvíme rychle? Neustále někam pospícháme? Snažme se vyhýbat "hyper" televizním programům – divoké a bláznivé

postavy nejsou vhodným vzorem k napodobování. Místo toho můžeme pustit klidnou relaxační hudbu nebo jiný klidnější pořad (33).

Jednejme jednoznačně a důsledně (předem se dohodneme s partnerem na pravidlech a držíme pospolu). Na chování dítěte reagujeme klidně a okamžitě a později z toho vyvodíme důsledky. Neměli bychom o věci diskutovat a nesnažit se svůj postoj nějak vysvětlovat či omlouvat. Jsme-li dostatečně pevní, pomůžeme dítěti ke zklidnění a také posílíme jeho sebeovládání (30).

4.1.6 Zlepšení vzájemných vztahů

Máme-li dojem, že dítě nezvládáme, zaměřme se nejprve sami na sebe: Zamysleme se nad tím, jak dítě vnímáme. Tato reflexe může přispět ke zlepšení našeho vzájemného vztahu. Uvědomme si, že náš postoj k dítěti ovlivňuje jeho chování. Na základě předchozích negativních zkušeností nás dítě může vnímat s nedůvěrou a předem očekávat, že bude kritizováno a odmítáno.

Je-li pro nás dítě zklamáním, je možné, že naše očekávání byla od počátku příliš vysoká (snaha promítat do dítěte svoje ambice).

Pokud se za své dítě stydíme, znamená to, že ho vnímáme jako součást sebe sama. Pokud se budeme s dítětem ztotožňovat, náš pocit rozladění se jen dále prohloubí. Měli bychom ho naopak vnímat jako oddělenou a samostatnou osobnost, která je s námi spřízněna. Přestože o dítě pečujeme a milujeme ho, nejsme zodpovědní za jeho vrozené vlastnosti.

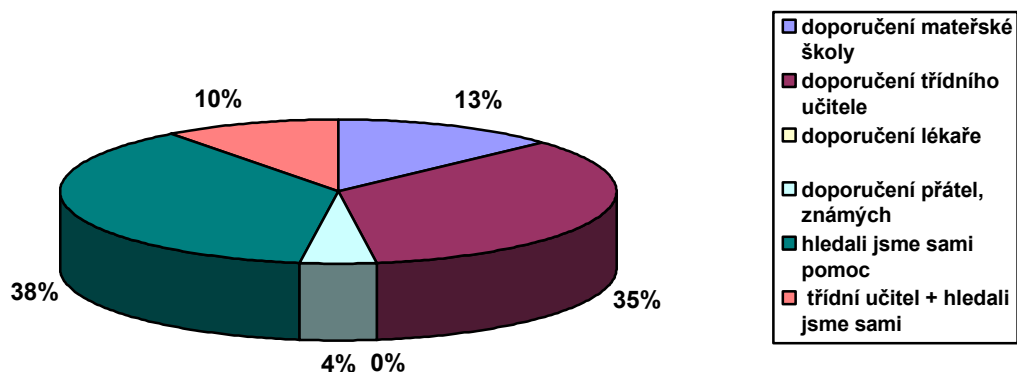
Pokud své dítě vnímáme jako překážku, která stojí v cestě našim aktivitám, vycítí to a bude si připadat ostrčené. Na druhé straně, chceme-li změnit jeho chování, je důležité, abychom měli své vlastní zájmy. Dítě potřebuje cítit, že nejsme jen vyčerpaní rodiče, ale že z nás vyvěrá životní síla, která se projevuje například tím, že máme i vlastní zájmy (30).

Být rodičem dítěte s ADHD je těžké, ale být dítětem s ADHD je těžší.

4.2 Výsledky dotazníkové akce

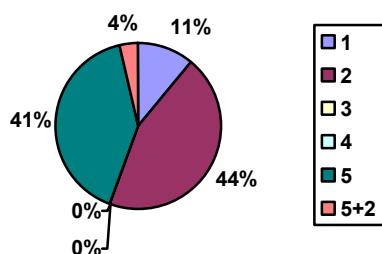
Graf A: Důvod vyhledání pomoci

Otázka: Co bylo prvním impulsem k Vaší návštěvě pedagogicko-psychologické poradny?

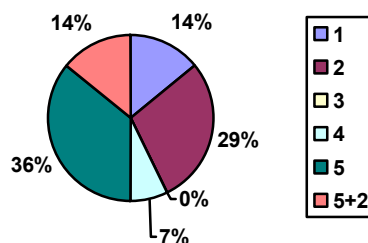


9 klientů (13%) vyhledalo pomoc na doporučení mateřské školy, 24 (35%) na doporučení třídního učitele, žádný klient na doporučení lékaře, 3 (4%) klienti na doporučení přátel, známých, 26 (38%) hledalo samo pomoc, 7 (10%) klientů hledalo samo pomoc a navštívilo poradnu na základě doporučení učitele.

venkov



město



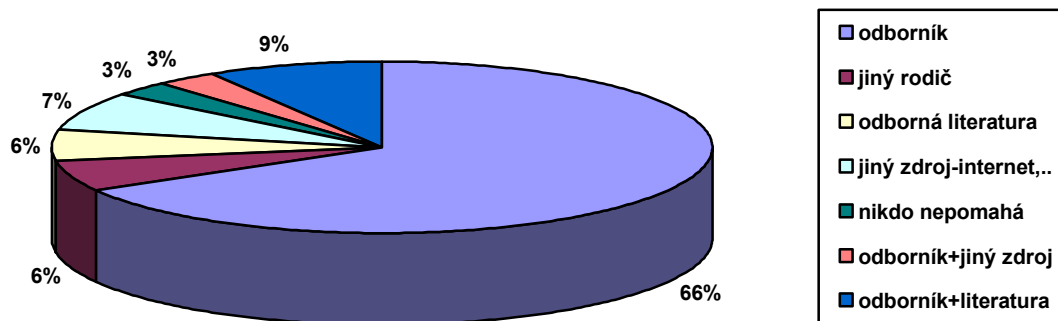
1. doporučení mateřské školy
2. doporučení třídního učitele
3. doporučení lékaře
4. doporučení přátel, známých
5. rodiče hledali sami pomoc
- 5.+ 2. rodiče hledali sami + dop. učitele

venkov	město
11%	14%
44%	29%
0%	0%
0%	7%
41%	36%
4%	14%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf B: Zdroje informací

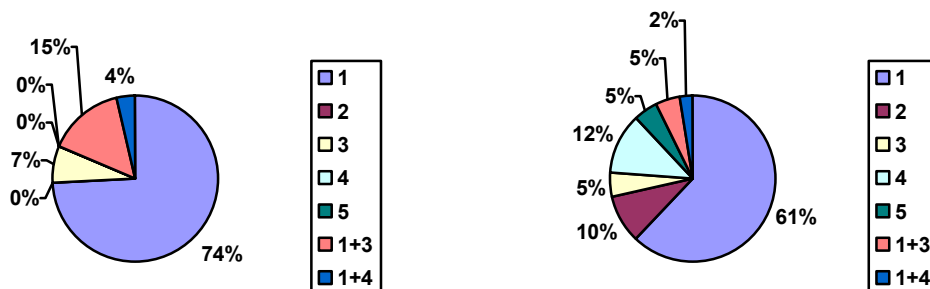
Otázka: Kdo Vám v současné době poskytuje nejvíce informací, jak s dítětem pracovat?



46 (67%) klientům poskytuje nejvíce informací kvalifikovaný odborník, 4 (6%) klienti mají nejvíce informací od jiného rodiče, jehož dítě má podobné potíže, 4 (6%) klienti získávají informace z odborné literatury, 5 (7%) z jiného zdroje, 2 (3%) klientům nikdo nepomáhá, 2 (3%) klienti využívají informace od odborníka a z jiných zdrojů (internet, časopisy, apod.), 6 (9%) od odborníka a z odborné literatury.

venkov

město

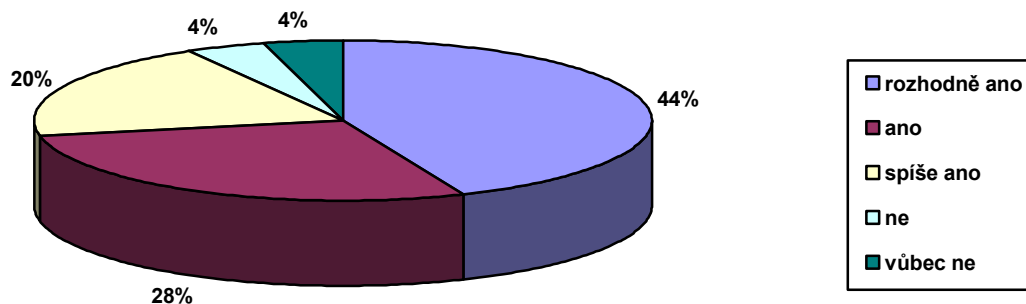


- | | | |
|---|--------|-------|
| 1. kvalifikovaný odborník | venkov | město |
| 2. rodič jehož dítě má podobné potíže | 74% | 61% |
| 3. odborná literatura | 0% | 10% |
| 4. jiný zdroj informací (internet, časopisy, apod.) | 7% | 5% |
| 5. nikdo mi nepomáhá | 0% | 12% |
| 1.+ 3. kvalifikovaný odborník + literatura | 0% | 5% |
| 1.+ 4. kvalifikovaný. odborník + jiný zdroj informací | 15% | 5% |
| | 4% | 2% |

Zdroj: vlastní výzkum

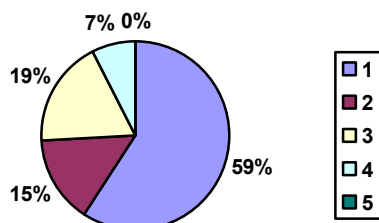
Graf C: Pomoc při výukových obtížích

Otázka: Pomáhá Vám speciální pedagog s tím, jak lépe zvládat domácí přípravu na školu?

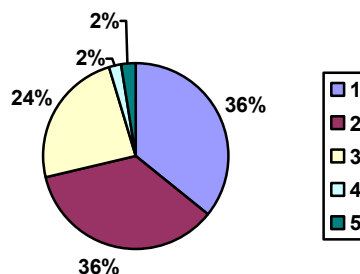


31 (44%) klientů odpovědělo rozhodně ano, 20 (28%) spíše ano, 14 (20%) klientů ano, 3 (4%) odpověděli ne, a 3 (4%) odpověděli vůbec ne.

venkov



město



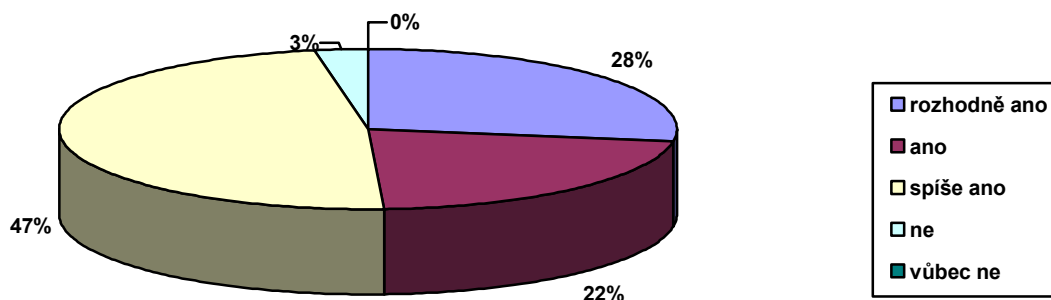
1. rozhodně ano
2. ano
3. spíše ano
4. ne
5. vůbec ne

	venkov	město
1. rozhodně ano	59%	36%
2. ano	15%	36%
3. spíše ano	19%	24%
4. ne	7%	2%
5. vůbec ne	0%	2%

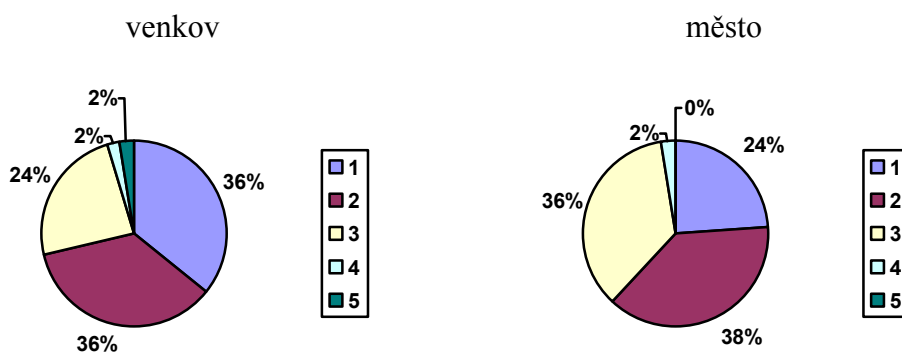
Zdroj: vlastní výzkum

Graf D: Pomoc při výchovných obtížích

Otázka: Pomáhá Vám speciální pedagog v tom, jak lépe zvládat případné výchovné potíže?



19 (28%) klientů odpovědělo rozhodně ano, 15 (22%) spíše ano, 33 (47%) klientů ano, 2 (3%) odpověděli ne.



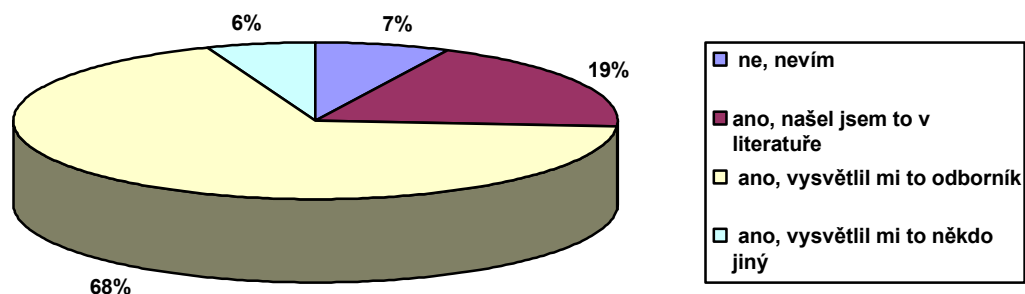
1. rozhodně ano
2. ano
3. spíše ano
4. ne
5. vůbec ne

venkov	město
59%	24%
7%	38%
30%	36%
4%	2%
0%	0%

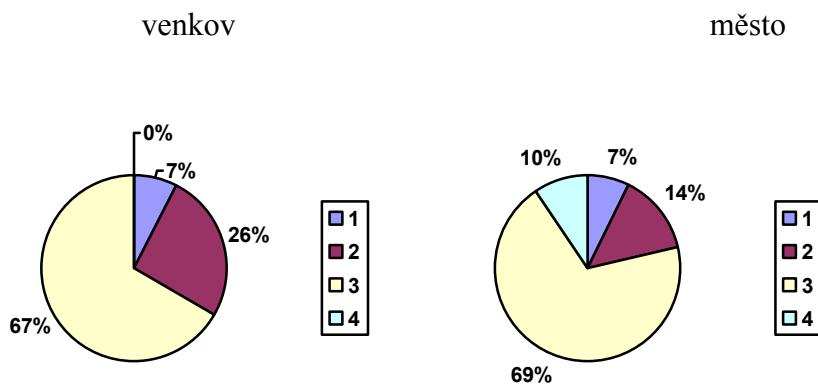
Zdroj: vlastní výzkum

Graf E1: Pojem LMD

Otázka: Víte co znamená LMD?



5 (7%) klientů nezná pojem LMD, 13 (19%) našlo vysvětlení tohoto pojmu v literatuře, 47 (68%) klientů dostalo vysvětlení od odborníka a 4 (6%) klientům to vysvětlil někdo jiný.



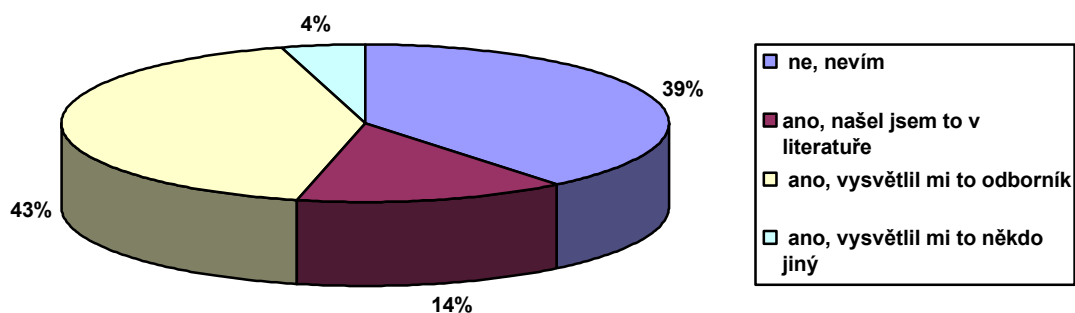
1. ne, nevím
2. ano, našel jsem to v literatuře
3. ano, vysvětlil mi to odborník
4. ano, vysvětlil mi to někdo jiný

venkov	město
7%	7%
26%	14%
67%	69%
0%	10%

Zdroj: vlastní výzkum

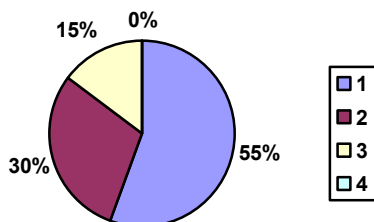
Graf E2: Pojem ADHD

Otázka: Víte co znamená ADHD?

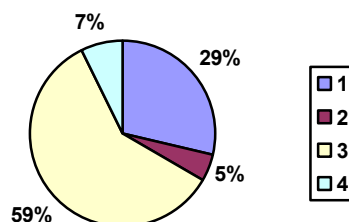


27 (40%) klientů odpovědělo: nevím, 10 (15%) našlo vysvětlení v literatuře, 29 (43%) dostalo vysvětlení od odborníka a 4 (4%) klienty seznámil s pojmem někdo jiný.

venkov



město



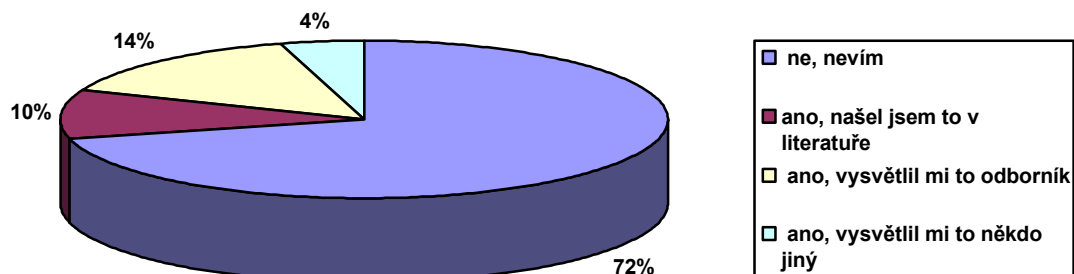
1. ne, nevím
2. ano, našel jsem to v literatuře
3. ano, vysvětlil mi to odborník
4. ano, vysvětlil mi to někdo jiný

venkov	město
55%	29%
30%	5%
15%	59%
0%	7%

Zdroj: vlastní výzkum

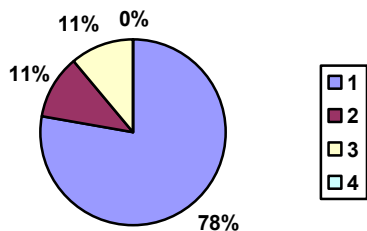
Graf E3: Pojem ADD

Otázka: Víte co znamená ADD?

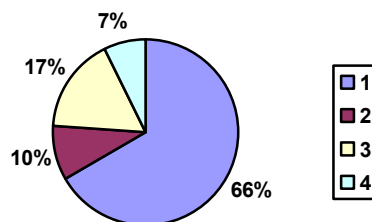


49 (72%) klientů odpovědělo že neví , 7 (10%) našlo vysvětlení v literatuře, 10 (14%) dostalo vysvětlení od odborníka a 3 (4%) klienty seznámil s pojmem někdo jiný.

venkov



město



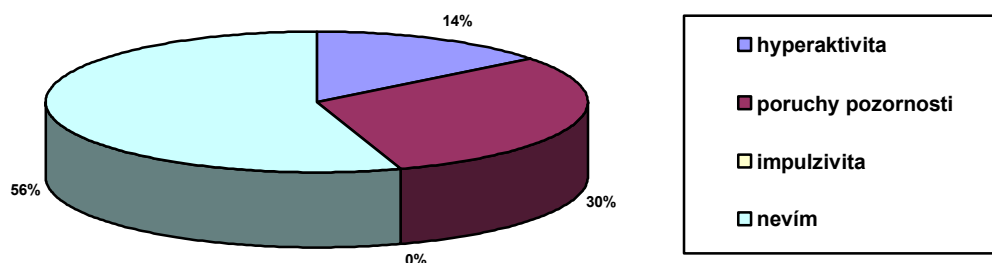
1. ne, nevím
2. ano, našel jsem to v literatuře
3. ano, vysvětlil mi to odborník
4. ano, vysvětlil mi to někdo jiný

venkov	město
78%	66%
11%	10%
11%	17%
0%	7%

Zdroj: vlastní výzkum

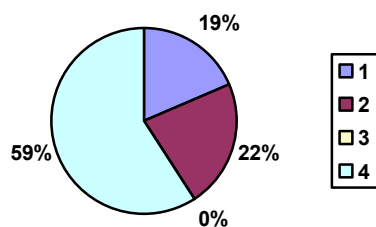
Graf F: Hlavní problém u ADD

Otázka: Co myslíte, že je hlavním problémem u dětí s ADD?

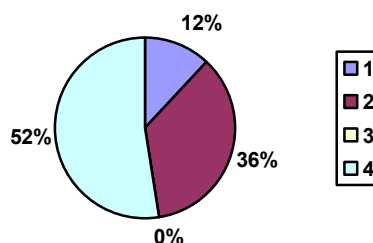


10 (14%) klientů odpovědělo: hyperaktivita, 21 (30%) odpovědělo poruchy pozornosti, 38 (56%) odpovědělo nevím.

venkov



město



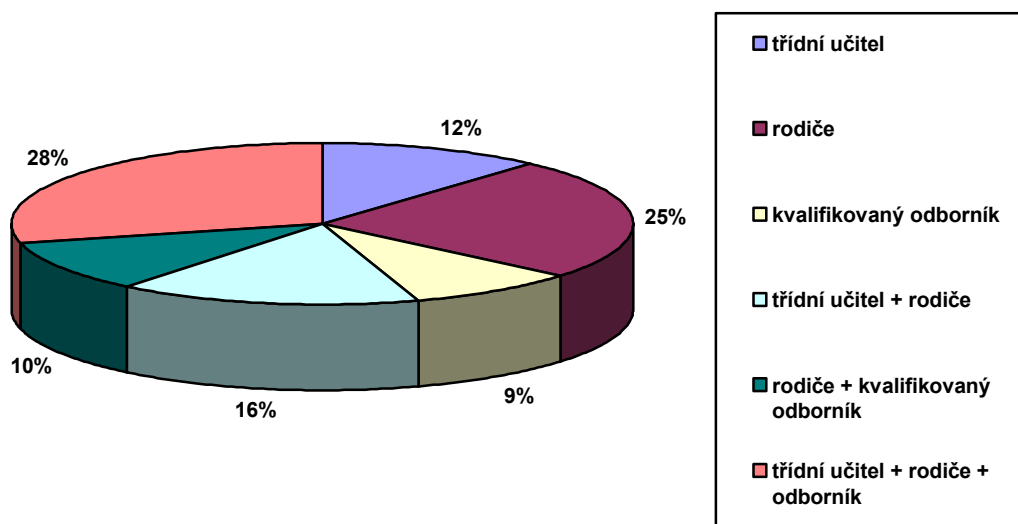
1. hyperaktivita
2. poruchy pozornosti
3. impulzivita
4. nevím

venkov	město
19%	12%
22%	36%
0%	0%
59%	52%

Zdroj: vlastní výzkum

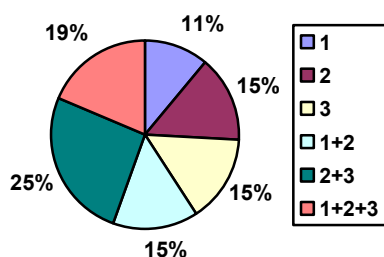
Graf G: Kdo může nejvíce pomoci

Otázka: Kdo si myslíte, že může Vašemu dítěti nejvíce pomoci při zvládnání jeho učebních potíží?

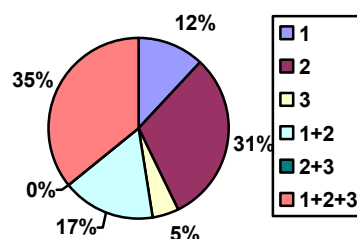


8 (12%) klientů odpovědělo: třídní učitel, 17 (25%) si myslí, že nejvíce mohou pomoci sami, 6 (9%) odpovědělo: kvalifikovaný odborník, 11 (16%) si myslí, že mohou pomoci sami ve spolupráci s učitelem, 7 (10%) si myslí, že mohou pomoci sami ve spolupráci s kvalifikovaným odborníkem, 20 (28%) odpovědělo, že mohou nejvíce pomoci ve spolupráci s učitelem a kvalifikovaným odborníkem.

venkov



město



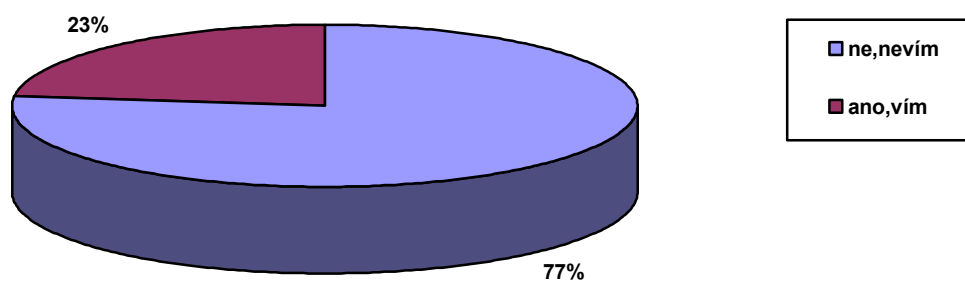
- 1. třídní učitel
- 2. rodiče
- 3. kvalifikovaný odborník
- 1.+ 2. třídní učitel + rodiče
- 2.+ 3. rodiče + odborník
- 1.+ 2.+3. učitel + rodiče + odborník

Zdroj: vlastní výzkum

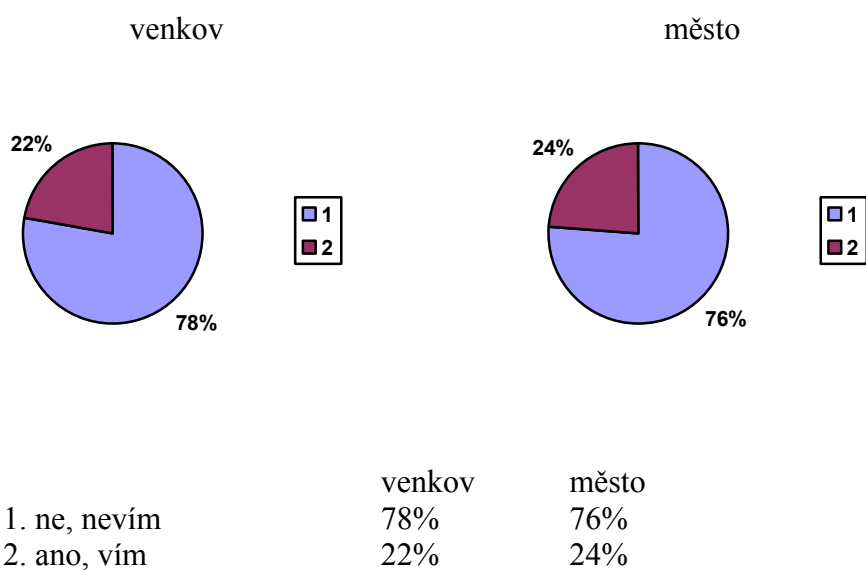
	venkov	město
1.	11%	12%
2.	15%	31%
3.	15%	5%
1.+ 2.	15%	17%
2.+ 3.	25%	0%
1.+ 2.+3.	19%	35%

Graf H: Jiné možnosti poradenství

Otázka: Víte o dalších možnostech poradenství?

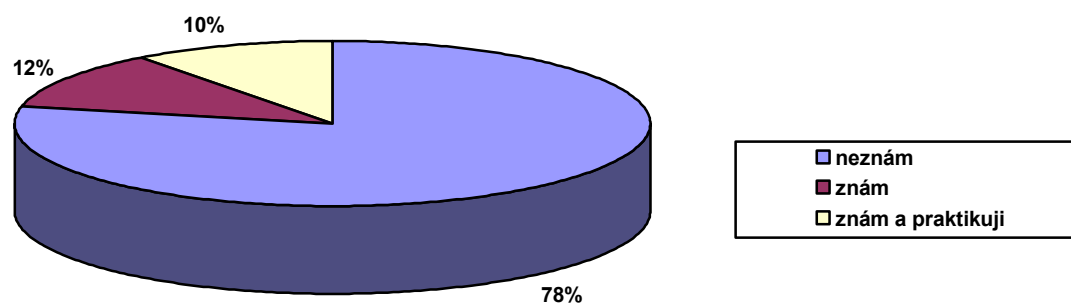


53 (77%) klientů neví o dalších možnostech poradenství, 16 (23%) uvedlo: ano, vím.



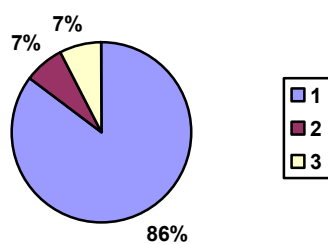
Zdroj: vlastní výzkum

Graf I: Terapie pevným objetím
Otázka: Znáte terapii pevným objetím?

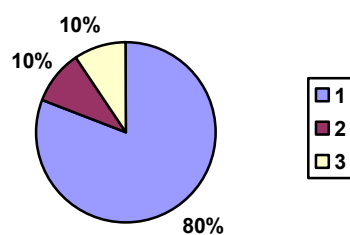


54 (78%) klientů nezná terapii pevným obětím, 8 (12%) zná a 7 (10%) zná a praktikuje.

venkov



město



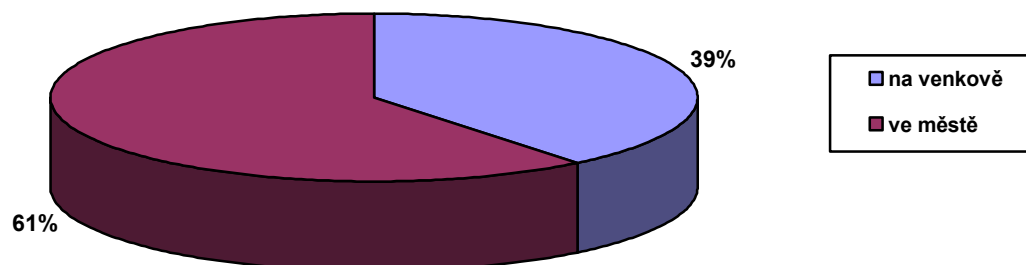
1. neznám
2. znám
3. znám a praktikuji

venkov	město
86%	80%
7%	10%
7%	10%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf J: **Bydliště**

Otázka: Kde bydlíte?

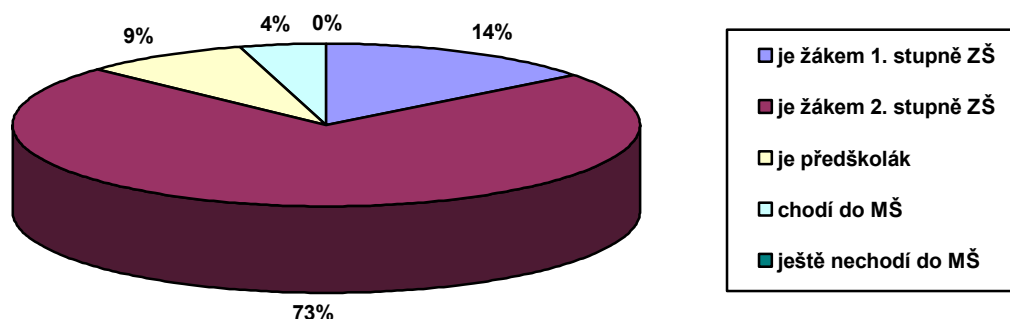


27 (39%) klientů uvedlo, že bydlí na venkově a 42 (61%) uvedlo, že žije ve městě.

Zdroj: vlastní výzkum

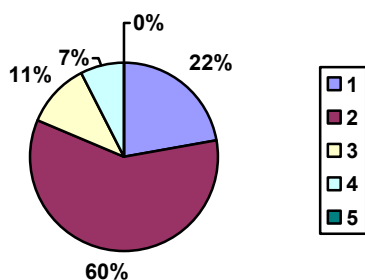
Graf K: Věk dítěte

Otázka: Vaše dítě, s kterým navštěvujete poradnu

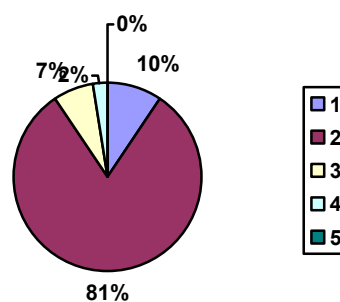


10 (14%) klientů navštěvuje poradnu s dítětem, které je na 2. stupni základní školy, 50 (73%) klientů navštěvuje poradnu s dítětem, které je žákem 1. stupně ZŠ, 6 (9%) dětí klientů jsou v mateřské škole - předškoláci, 3 (4%) chodí do mateřské školy.

venkov



město



1. dítě je žákem 2. stupně ZŠ
2. dítě je žákem 1. stupně ZŠ
3. chodí do mateřské školy - předškolák
4. chodí do mateřské školy
5. ještě nechodí do mateřské školy

venkov	město
22%	10%
60%	81%
11%	7%
7%	2%
0%	0%

Zdroj: vlastní výzkum

4.3 Shrnutí výsledků dotazníkové akce

Na základě výsledků grafu A můžeme říci, že nejvíce klientů vyhledalo pomoc v pedagogicko-psychologické poradně samo. Rodičů, kteří přišli na doporučení třídního učitele, bylo o 3% méně. Pracovní hypotéza 1: „Předpokládáme, že nejvíce klientů přichází do pedagogicko-psychologické poradny na doporučení třídního učitele“, nebyla potvrzena.

Z výsledků grafu B vyplývá, že pracovní hypotéza 2: „Předpokládáme, že nejvíce informací získávají rodiče od kvalifikovaných odborníků“, byla potvrzena.

Na základě srovnání výsledků souboru 1 (venkov) a souboru 2 (město) v grafech E1, E2, E3, F, G, H, I lze říci, že hlavní hypotéza: „Informovanost rodičů bydlících ve městě je vyšší než informovanost rodičů bydlících na venkově“, byla potvrzena.

5. Diskuse

ADHD je syndrom příznaků, které se mohou lišit svou intenzitou, vyskytovat jednotlivě i společně, proměňovat se v průběhu času. Z toho důvodu nelze říci, že doporučené přístupy jsou vhodné vždy a pro všechny děti s ADHD. Základem je přístup respektující individualitu dítěte.

Dle výsledků grafu A nejvíce klientů (38%) si vyhledalo pomoc v pedagogicko-psychologické poradně samo, 35% klientů navštívilo poradnu na základě doporučení třídního učitele, 10% klientů hledalo pomoc samo a zároveň dostalo doporučení třídního učitele. Dítě s ADHD přichází většinou do poradny s potížemi ve školní výuce. Udává se, že asi 50% specifických poruch učení vzniká na podkladě ADHD. Pedagogičtí pracovníci mateřských škol a prvních tříd zde mají velmi důležitou úlohu. Včasná diagnóza a kompletní péče je nejlepší prevencí závažnější sekundární symptomatologie, která by mohla ohrozit vývoj osobnosti dítěte (13, 7).

Z grafu B vyplývá, že pro 67% klientů je odborník hlavním zdrojem informací (na venkově 74%, ve městě 61%.) Rodiče by se o ADHD měli dozvědět co nejvíce. Jedině tak budou schopni svému dítěti pomáhat a účinně je podporovat. Vynikajícím zdrojem informací, pomoci a kontaktů jsou podpůrné (svépomocné) rodičovské skupiny, v nichž

se sdružují rodiče dětí se stejným typem postižení. Ve Strakonících ani v Českých Budějovicích v současné době forma této pomoci není (19).

Jak vypovídá graf C, většina klientů je spokojena s pomocí speciálního pedagoga v oblasti učebních potíží, 44% odpovědělo rozhodně ano, 28% ano, 20% spíše ano (klienti na venkově odpověděli rozhodně ano v 59%, klienti ve městě v 36%). Úspěch dítěte ve škole má vliv na utváření jeho sebehodnocení a sebevědomí. Speciální pedagog během individuálních konzultací doporučuje rodičům postupy a techniky k nápravě čtení, psaní, počítání a dalších školních dovedností.

Dle výsledků grafu D je spokojenost klientů s pomocí speciálního pedagoga v oblasti výchovných potíží menší než v oblasti učebních potíží. 28% klientů odpovědělo rozhodně ano, 22% ano, 47% spíše ano (rozhodně ano odpovědělo 59% klientů žijících na venkově a ve městě pouze 24%). Pedagogický poradce nemůže změnit výchovný styl, může však spolu s rodiči doprovázet jejich myšlení a jednání, zpochybňovat a nabourávat zavedené praktiky, klást otázky, podněcovat k otázkám a navazovat tam, kde se rodiče právě nacházejí. Nelze tedy provádět reedukaci zaměřenou pouze na dítě, neboť jeho chování je výslednicí nejen osobnostních charakteristik a získaných vzorců chování, ale také odpovědí na podněty z prostředí, odpovědí na způsoby chování rodičů i vrstevníků (21, 35).

Grafy E1, E2, E3 a F znázorňují znalost pojmů týkajících se dané problematiky. Pojem LMD: celkem 68% klientů dostalo vysvětlení od odborníka, nevím odpovědělo 7% jak na venkově, tak ve městě. Pojem ADHD: celkem 43% klientů dostalo vysvětlení od odborníka, nevím odpovědělo 55% na venkově a 29% ve městě. Pojem ADD: celkem 14% dostalo vysvětlení od odborníka, nevím odpovědělo 78% klientů na venkově a 66% klientů ve městě. Otázka F byla kontrolní, zda klienti opravdu znají pojem ADD. Správně (2.) odpovědělo na venkově 22% klientů, ve městě 36%. Nízkou znalost pojmu ADD lze vysvětlit tím, že dětí s ADD je podstatně méně, udává se okolo 20% z celkového počtu dětí s ADHD. Výsledky výzkumu mohou být zkresleny skutečností, že poradenské pracoviště ve Strakonících používá spíše starší označení LMD, zatímco poradenské pracoviště v Českých Budějovicích označení ADHD.

Diagnóza ADHD odpovídá dřívějšímu označení LMD s hyperaktivitou. Diagnóza ADD dřívějšímu označení LMD s hypoaktivitou (35).

Na otázku: Kdo si myslíte, že může Vašemu dítěti nejvíce pomoci při zvládnání jeho učebních potíží (znázorněno v grafu G), odpověděli klienti takto: rodiče + učitel + odborník (28%), rodiče (25%), rodiče + učitel (16%), učitel (12%), rodiče + odborník (10%), odborník (9%). Na venkově uvedlo rodiče + učitel + odborník 19%, ve městě 35%. Právě spolupráce všech zúčastněných je nejlepším předpokladem pro účinnou pomoc dítěti.

Z výsledků grafu H vyplývá, že celkem 77% klientů neví o dalších možnostech poradenství (na venkově 78%, ve městě 76%). Toto procento je poměrně vysoké, ale lze vysvětlit tím, že pokud rodiče vnímají péči v poradně jako dostačující, nehledají a nezajímají se o další možnosti pomoci. Celkem 23% klientů uvedlo, že ví o dalších možnostech poradenství, nejčastěji bylo jmenováno SVP (středisko výchovné péče), SPC (speciálně pedagogické centrum), Dys-centrum (specializované pracoviště pro děti se specifickými poruchami učení a chování) a DOV (tréninkový program pro děti s dílčím oslabením výkonu - jedna z terapeutických technik praktikovaná přímo v poradně).

Na otázku: Znáte terapii pevným objetím (graf I) odpovědělo 78% klientů neznám (na venkově 86%, ve městě 80% klientů). Terapie pevným objetím spočívá v prodlouženém držení dítěte v těsném tělesném kontaktu, které mu umožní otevřeně vyjádřit aversní pocity, a tím odstranit konfliktní vztahy. Je jednou z možností terapeutické pomoci dítěti s ADHD. Jiřina Prekopová uvádí tuto terapii jako vhodnou prevenci hyperaktivity v raném věku dítěte. Pro správný vývoj vyrovnaného řízení pohybů doporučuje nošení dítěte v šátku, přinejmenším první tři měsíce, a potom vždy, když je neklidné. Hyperaktivita vrozená, organicky podmíněna se dle J. Prekopové vyskytuje velmi málo a poznáme ji později podle toho, že dítě nevydrží ani u činností, které ho baví (17).

Graf J znázorňuje poměr klientů žijících na venkově a klientů žijících ve městě, kteří se zúčastnili dotazníkové akce. Bydlím na venkově odpovědělo 39% klientů, bydlím ve městě 61%.

Poslední graf K vypovídá o věku dítěte, s nímž rodiče navštívili poradnu. Nejvíce bylo žáků 1.stupně základní školy (73%). I když dítě s ADHD mělo obtíže dříve, s jeho příchodem do školy narůstají. Školní úspěch závisí ve velké míře na pochopení problémů dítěte ze strany učitele, ale také na ochotě rodičů spolupracovat se školou. Dítě potřebuje mnohem více času na domácí přípravu a rozložení učiva na kratší časové úseky. Často je třeba navíc s dítětem provádět reedukační cvičení dle doporučení pedagogicko-psychologické poradny. Domácí příprava se tak stává zkouškou rodičovské trpělivosti a důslednosti.

6. Závěr

Vzhledem k omezenému počtu respondentů tohoto výzkumu a skutečnosti, že v dotazníku nebylo zachyceno, jak dlouho jsou rodiče klienty pedagogicko-psychologické poradny, nelze zjištěné výsledky zobecnit. Snad jen na základě faktu, že bylo více klientů, kteří vyhledali pomoc v pedagogicko-psychologické poradně sami, než těch, kteří přišli na doporučení třídního učitele, lze říci: bylo by určitě dobré, aby učitelé základních a mateřských škol byli více obeznámeni s touto problematikou a aby byla více provázána spolupráce učitelů a výchovného poradce, případně speciálního pedagoga působícího na škole či odborném pracovišti. Rodičům, kteří bydlí na venkově, kde vyšla dle výzkumu informovanost o problému ADHD nižší, mohou informovaní pedagogové poskytnout základní informace, doporučit odbornou péči. Pokud budou mít ve své třídě žáka s ADHD, je pro ně znalost problematiky nezbytná.

Výchova dítěte s ADHD v rodině i ve škole je proces náročný a dlouhodobý. Rodiče i pedagogové, kteří přicházejí do styku s dítětem, by měli být dobře seznámeni se zvláštnostmi vývoje osobnosti dítěte, umět se vyrovnat se skutečností, že budou vychovávat dítě za ztížených podmínek. Snaha pochopit příčiny potíží dítěte a opravdový zájem o jeho problémy usnadňují jejich překonávání.

Syndrom ADHD nelze vyléčit, je vývojově podmíněný, se zráním ustupuje do pozadí a je kompenzován. Ale není možné jen čekat, že samo zrání přinese zmírnění potíží. Aktivním a pozitivním přístupem k osudu dítěte lze přispět k tomu, aby se jeho

osobnost plně rozvinula, nedošlo k narušení povahového vývoje a vážnějším poruchám chování.

Tato bakalářská práce byla psána zejména pro rodiče, kteří mají dítě s ADHD. Shrnuje základní poznatky o syndromu ADHD, snaží se nastínit přístupy, jež doporučují odborníci. Výsledky výzkumu budou poskytnuty Pedagogicko-psychologické poradně České Budějovice.

7. Seznam použité literatury

- 1) Bagdon, A. Gamon, D. Když mozek pracuje jinak. Přel. Foltýn, J. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 120s. Přel. z: Brains That Work a Little Bit Diferently. ISBN 80-7367-066-6
- 2) Čáp, Jan. Mareš, Jiří. Psychologie pro učitele. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 655s. ISBN 80-7178-463-X
- 3) Dinkmeyer, Don. Step: Efektivní výchova krok za krokem. 1.vyd. Praha: Portál, 1996. 144s. ISBN 80-85282-92-5
- 4) Disman, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374s. ISBN 80-246-0139-7
- 5) Kirbiová, Amanda. Nešikovné dítě. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 208s. ISBN 80-7178-424-9
- 6) Koukolík, František. Lidský mozek. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 360s. ISBN 80-7178-379-X
- 7) Kříž, J. Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých. 2.vyd. Č. Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2004, 127s. ISBN 80-7040-724-7
- 8) Kulišťák, P. Neuropsychologie. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 336s. ISBN 80-7178-554-7
- 9) Liniado, N. Máte neklidné dítě? Přel. Hlaváčová, I. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 112s. Přel. z: Bambini irrequieti e genitori disperati. ISBN 80-7178-868-6
- 10) Matějček, Zdeněk. Rodiče a děti, 1.vyd. Brno: Avicenum, 1986. 331s. 73521-08/31 08-011-86
- 11) Munden, A. Arcelus, J. Poruchy pozornosti a hyperaktivita. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. Přel. z: The ADHD handbook. ISBN 80-7178-625-X
- 12) Pelikán, J. Základy empirického výzkumu pedagogických jevů. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 270s. ISBN 80-7184-569-8
- 13) Pipeková, J. a kol. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 1.vyd. Brno: Paido, 1998. 234s. ISBN 80-85931-65-6
- 14) Pokorná, Věra. Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování. 3.vyd. Praha: Portál, 2001. 336s. ISBN 80-7178-570-9
- 15) Praško, Ján. a kol. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2003. 191s. ISBN 80-7333-002-4

- 16) Prekopová, J. Malý tyran. 4.vyd. Praha: Portál, 2000. 156s. Přel. z: Das kleine Tyrann ISBN 80-7178-485-0
- 17) Prekopová, J. Schweizerová, Ch. Neklidné dítě. 1.vyd. Praha: Portál, 1994. Přel. z: Unruhige Kinder. ISBN 80-7178-019-7
- 18) Průcha, J a kol. Pedagogický slovník. 1.vyd. Portál: Praha, 2001. 322s. ISBN 80-7178-579-2
- 19) Riefová, Sandra. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 256s. ISBN 80-7178-287-4
- 20) Rigon, Emmanuelle. Nepořádek. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 104s. Přel. z: Le désordre ISBN 80-7178-595-4
- 21) Rogge, J. Děti potřebují hranice. 2.vyd. Praha: Portál, 2000. 136s. Přel. z: Kinder brauchen Grenzen ISBN 80-7178-418-4
- 22) Ronenová, T. Psychologická pomoc dětem v nesnázích. Přel. Možný P. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 160s. Přel. z: Cognitive developmental Therapy with children. ISBN 80-7178-370-6
- 23) Selikowitz, M. Dyslexie a jiné poruchy učení. Přel. Cívínová, A. Praha: Grada, 2000. 136s. Přel. z: Dyslexia and Other learning Difficulties. ISBN 80-7169-773-7
- 24) Serfontein, Gordon. Potíže dětí s učením a chováním. Přel. M. Koldinský. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 152s. Přel. z: The hidden handicap. ISBN 80-7178-315-3
- 25) Severe, Sal. Co dělat, aby se vaše děti správně chovaly. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 200s. ISBN 80-7178-368-4
- 26) Shapiro, E. Emoční inteligence dítěte. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 267s. Přel. z: How to raise a child with a high EQ. ISBN 80-7178-964-X
- 27) Schiller, Pam. Hry pro rozvoj dětského mozku. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 136s. Přel. z: Start smart! ISBN 80-7178-905-4
- 28) Stuchlíková, Iva. Zvládání emočních problémů školáků. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 176s. ISBN 80-7178-534-2
- 29) Šebek, Michael. Neklidné děti a jejich výchova. 1 vyd. Praha: SPN, 1990. 128s. ISBN 80-04-23643-X

- 30) Train, Alan. Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi. Přel. M.Šárová. 1.vyd. Praha: Portál, 1997. 168s. Přel. z: ADHD how to deal with very difficult children. ISBN 80-7178-131-2
- 31) Tyl, J. Ptáček, R. Tylová, V. Lehké mozkové dysfunkce. 2.vyd. Praha: Feedback institut, 2000. 24s. ISBN není uvedeno
- 32) Verecká, N. Jak pomáhat dětem při vstupu do školy. 1.vyd. Praha: NLN, 2002. ISBN 80-7106-474-2
- 33) Wyckoff, J. Unellová, C. Výchova bez křiku a pohlavků. Přel. J.Balek. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2004. 168s. Přel. z: Discipline without shouting or spanking. ISBN 80-204-1193-8
- 34) Yablonsky, L. Otcové a synové. Přel. Foltýn, J. 1.vyd. Praha: Portál, 1995. Přel. z: Fathers and Sons. ISBN 80-7178-075-8
- 35) Zelinková, Olga. Poruchy učení. 10.vyd. Praha: Portál, 2003. 263 s. ISBN 80-7178-800-7
- 36) Zelinková Olga. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 208s. ISBN 80-7178-544-X
- 37) Žáčková, H. Jucovičová, D. Relaxace nejen pro děti s LMD. 2.vyd. Praha: D&H, 2003. 42s. ISBN není.
- 38) Žáčková, H. Jucovičová, D. Metody práce s dětmi s LMD – především pro učitele a vychovatele. 2.vyd. Praha: D&H, 2003. 23s. ISBN není.

8. Klíčová slova

ADHD – Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou

ADD – Porucha pozornosti

LMD – Lehká mozková dysfunkce

Hyperaktivita

Impulzivita

Poruchy pozornosti

Přístupy rodičů

Speciální pedagog

Pedagogicko-psychologická poradna

9. Přílohy

Příloha 1

Diagnostická kritéria ADHD

(vznikla úpravou kritérií Americké psychiatrické asociace pro potřeby škol)

- A. Nejméně šest z následujících symptomů musí přetrvávat po dobu nejméně šesti měsíců, a to v takové intenzitě, která je nepřiměřená pro daný stupeň vývoje dítěte:
1. často věnuje bedlivou pozornost detailům nebo dělá chyby z nedbalosti ve školních úkolech a při dalších aktivitách
 2. často má obtíže v koncentraci pozornosti na úkoly nebo hry
 3. často vypadá, že neposlouchá, co se mu/jí říká
 4. často nepracuje podle instrukcí, nedokončuje práci, má nepořádek na svém místě, ve svých věcech, přičemž tyto projevy nejsou projevy opozičního chování, vzdoru nebo nepochopení instrukcí
 5. často má obtíže v organizování svých úkolů a aktivit
 6. často oddaluje plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí
 7. často ztrácí věci nezbytné pro školu a zájmové aktivity
 8. často se nechá rozptýlit cizími podněty (nepatřícími k věci)
 9. často je zapomnětlivý/zapomnětlivá v denních činnostech.
- B. Alespoň čtyři z následujících symptomů hyperaktivity/impulzivity přetrvávají alespoň šest měsíců v takovém stupni, který je neslučitelný s vývojovou úrovní dítěte:
1. často třepe rukama nebo nohama, vrtí se na židli
 2. často opouští místo ve třídě nebo v situaci, v níž se očekává, že zůstane sedět
 3. často běhá kolem v situacích, kdy je to nevhodné
 4. často není schopen/schopna si hrát, nebo provádět volnější činnost ve volném čase
 5. často vyhrkne odpověď, aniž si poslechne celou otázku
 6. často má obtíže při stání v řadě, při hrách nebo skupinových činnostech.
- Uvedené projevy se musejí objevovat doma i ve škole, popř. na jiných místech.

Zdroj: Zelinková, Poruchy učení

Příloha 2

Charakteristické projevy chování dětí s ADD

- a) Snadná rozptýlenost vnějšími podněty.
- b) Problémy s nasloucháním a splněním pokynů.
- c) Potíže se zaměřením a udržením pozornosti.
- d) Potíže se soustředěním se na úkol a jeho dokončení.
- e) Nevyrovnaný výkon v práci ve škole (jednou je schopen úkol splnit, podruhé ne), jeho výkon se mění neustále.
- f) Vypínání pozornosti, což může vypadat jako “zasněnost”.
- g) Nepořádnost (žák ztrácí nebo nemůže najít svoje věci, na pracovním stolku a ve svém pokoji mívá dokonalou spoušť).
- h) Nedostatečné studijní dovednosti.
- i) Potíže se samostatnou prací.

Dítě se syndromem ADD často hyperaktivní není, ve škole většinou nevyrušuje, nezlobí ani jinak na sebe neupoutává pozornost. Pro dítě však může ADD představovat vážný problém, protože značně zhoršuje prospěch a je příčinou malé sebeúcty.

Zdroj: Riefová, Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole

Příloha 3

Charakteristické projevy chování dětí s ADHD

- a) Vysoká míra aktivity - hyperaktivita
 - vypadá, že je v neustálém pohybu
 - nenechá v klidu ruce ani nohy, vrtí se, padá ze židle
 - vyhledává blízké předměty, s nimiž si hraje nebo je vkládá do úst
 - prochází se po třídě (nedokáže setrvat na místě)
- b) Impulzivita a malé sebeovládání:
 - často něco vyhrkne, mnohdy nepřípadně
 - nemůže se dočkat, až na něj přijde řada
 - často skáče do řeči ostatním nebo je ruší
 - často nadměrně mluví
 - dostává se do nesnází tím, že si věci nedokáže předem promyslet (nejdříve reaguje, teprve pak přemýšlí)
 - nezřídka se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by předem uvažil možné následky (např. skáče dolů z velké výšky, vjíždí na kole na silnici bez rozhlédnutí), proto se často zraní
- c) Potíže s přechodem k jiné činnosti.
- d) Agresivní chování, nepřiměřeně silná reakce i na drobné podněty.
- e) Sociální nevyzrálost.
- f) Malá sebeúcta a značná frustrovanost.

Zdroj: Riefová, Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole

Příloha 4

Nejvýznamnější faktory v práci s dětmi a ADHD ze stany učitele:

1. učitelova pružnost, zainteresovanost a ochota
2. další vzdělávání učitelů a získávání znalostí o ADHD
3. úzká spolupráce mezi rodiči a školou – dobrý pracovní vztah, podpora a spolupráce rodičů a otevřená komunikace
4. vytváření přehledného a strukturovaného prostředí - poskytnout řád a strukturu prostřednictvím jasné srozumitelné komunikace, přesného určení toho, co se od nich očekává, jasných pravidel, promyšlených reakcí na určité projevy jejich chování, stálé udržování kontaktu s nimi, poskytování zpětné vazby, pomoc s uspořádáním pomůcek, pracovního prostoru
5. tvořivé, poutavé a interaktivní vyučovací metody, které žáky zaujmou
6. týmová práce učitelů
7. respekt k soukromí žáka a zachování důvěrnosti
8. podpora ze strany vedení školy
9. přizpůsobení zadávaných úloh, méně psaní
10. méně domácích úkolů – mnoho učitelů dětem zadává to, co se nestihlo dokončit ve škole, domácí úkoly se tak mohou stát noční můrou. Je na učiteli, aby množství úloh zredukoval, tak, aby je dítě mohlo zvládnout
11. více času na úkoly při prověrkách
12. citlivý přístup učitele, který problémové děti neztrapňuje a neponižuje před spolužáky
13. pomoc s udržením pořádku
14. přizpůsobení studijního prostředí
15. oceňování toho, čím se žáci liší od druhých, a poskytování možnosti, aby ukázali své silné stránky
16. víra v žáka – nevzdávat se, hledat nové postupy

Zdroj: Riefová, Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole

Dotazník informovanosti o ADHD



Jmenuji se Ivana Ježková, studuji 3. ročník Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o anonymní vyplnění tohoto dotazníku, jehož data budou použita pouze pro účely mé bakalářské práce.

Vámi vybranou odpověď prosím označte nebo doplňte.

A. Co bylo prvním impulsem k Vaší návštěvě pedagogicko psychologické poradny?

1. doporučení mateřské školy
2. doporučení třídního učitele
3. doporučení lékaře
4. doporučení přátel, známých
5. hledali jsme sami pomoc
6. jiné

B. Kdo Vám v současné době poskytuje nejvíce informací, jak s dítětem pracovat?

1. kvalifikovaný odborník
2. rodič, jehož dítě má podobné potíže
3. odborná literatura
4. jiný zdroj informací (internet, časopisy apod.)
5. nikdo mi nepomáhá

C. Pomáhá Vám speciální pedagog s tím, jak lépe zvládat domácí přípravu na školu?

- 1 2 3 4 5
rozhodně ano(1) ... vůbec ne(5)

D. Pomáhá Vám speciální pedagog v tom, jak lépe zvládat případné výchovné potíže?

- 1 2 3 4 5
rozhodně ano(1) ... vůbec ne(5)

E. Víte co znamenají následující zkratky?

LMD

1. ne, nevím
2. ano, našel jsem to v literatuře
3. ano, vysvětlil mi to odborník
4. ano, vysvětlil mi to někdo jiný

ADHD

1. ne, nevím
2. ano, našel jsem to v literatuře
3. ano, vysvětlil mi to odborník
4. ano, vysvětlil mi to někdo jiný

ADD

1. ne, nevím
2. ano, našel jsem to v literatuře
3. ano, vysvětlil mi to odborník
4. ano, vysvětlil mi to někdo jiný

F. Co myslíte, že je hlavním problémem u dětí s ADD?

1. hyperaktivita
2. poruchy pozornosti
3. impulzivita
4. nevím

G. Kdo si myslíte, že může Vašemu dítěti nejvíce pomoci při zvládání jeho učebních potíží?

1. třídní učitel
2. vy jako rodiče
3. kvalifikovaný odborník
4. jiné

H. Víte o dalších možnostech poradenství?

1. ne, nevím
2. ano, vím (vyjmenujte, prosím, jaké):

I. Znáte terapii pevným objetím?

1. neznám
2. znám
3. znám a praktikuji

K. Vaše dítě, s kterým navštěvujete poradnu

1. je žákem druhého stupně základní školy
2. je žákem prvního stupně základní školy
3. chodí do mateřské školy - je předškolák
4. chodí do mateřské školy
5. ještě nechodí do mateřské školy

J. Bydlím

1. na venkově
2. ve městě

Děkuji Vám za Vaši spolupráci a za Váš čas.

Ivana Ježková (mobil: 774 721 116)