

Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Katedra pedagogiky a psychologie



Postavení hyperaktivního dítěte v kolektivu předškolních dětí

**The position of a hyperactive child in the collective
of preschool children**

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Helena Havlisová Ph.D.

Vypracovala: Šárka Piskačová
Učitelství pro mateřské školy

Datum odevzdání: 31. března 2009

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

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Postavení hyperaktivního dítěte v kolektivu předškolních dětí“ vypracovala samostatně a použila pouze pramenů, které uvádím v přiložené bibliografii.

V Českých Budějovicích dne 31. března 2009

.....
podpis

Ráda bych poděkovala paní PaedDr. Heleně Havlisové za odborné metodické vedení práce a také za cenné rady.

Dále bych své poděkování ráda věnovala učitelkám z výzkumných tříd za jejich vstřícnost a čas při výzkumném šetření.

ANNOTACE

Bakalářská práce *Postavení hyperaktivního dítěte v kolektivu předškolních dětí* se zabývá problematikou hyperaktivních dětí předškolního věku v kolektivu mateřské školy. Snaží se proniknout do vztahů těchto dětí s vrstevníky a zjistit jejich postavení mezi ostatními ve třídě.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou ve které jsou obsaženy základní fakta z oblasti etiologie, symptomatologie, diagnostiky a léčby hyperkinetické poruchy a na část praktickou, která se zabývá samotným výzkumem u vzorku deseti hyperaktivních dětí docházejících do tří různých tříd mateřských škol na území jihočeského kraje.

Hyperkinetická porucha vzniká na podkladě několika negativních činitelů působících zároveň, zejména dědičných dispozic a určitých nepříznivých vlivů (nemoci matky, alkohol...) během těhotenství a při porodu.

Hyperkinetická porucha se projevuje v chování dětí, jsou pro ni typické příznaky jako motorický neklid, zvýšená dráždivost, impulzivita, poruchy pozornosti a další. Psychomotorický vývoj dětí s hyperkinetickou poruchou je nerovnoměrný, v některých složkách může být i opožděný. Chování dětí s HKP neodpovídá jejich věku. Hyperaktivní děti ruší často ostatní děti při hře, berou jim hračky u některých se objevují také agresivní projevy a ostatním ubližují. V porovnání s vrstevníky je pro tyto děti složitější získávat kamarády a když už je mají, je pro ně těžké udržet si je.

Bakalářská práce se snaží najít odpověď na otázku, zda může mít hyperkinetická porucha negativní vliv na postavení dětí ve třídě v mateřské škole a pomocí sociometrické metody zkoumá vztahy spolužáků k těmto dětem. Dále pak bakalářská práce hledá i možné faktory (např. pohlaví dítěte s HKP, agresivita...), které mohou ovlivnit přijetí či nepřijetí hyperaktivních dětí.

ANNOTATION

Bachelor thesis „The position of hyperactive child in the collective of pre-school children“ deal with problems of pre-school hyperactive children in the society in kindergarten. Try pierce into relations of these children with contemporaries and find out their position among others in class.

This thesis is separate into a theoretical part in that are included essentials from etiology, symptomatology, diagnostics and treatment hyperkinetic disturbances, and into a practical part, that deal with research by sample of ten hyper-children visiting three different pre-school classes on territory of southczech region.

Hyperkinetic disorder rise on the base of several negative factors applied at the same time, especially hereditary predisposition and certain unfavourable influences (diseases motherhood, alcohol ...) during pregnancy and in childbirth.

Hyperkinetic disorder shows in behavior of children. There are typical symptoms like motoric agitation, hyperirritability, impetuosity, attention disturbances and another. Psychomotoric development of children with hyperkinetic disorder is uneven, in some components can be even belated. Behaviour of children with HKD mismatches their age. Hyperactive children distract often other children at play, take them toys, by some we can detect also aggressiveness and they ill – use the others. As compared to contemporaries is for these children more complicated obtain a friends and when they already have some, is too difficult keep them.

Bachelor thesis try find out answer to question, whether is able to have hyperkinetic disorder negative influence over position of children in class and by the help of sociometric method inquire into relations of schoolmates to this children. Bachelor thesis also searches possible factors (e.g. sex child with HKD, aggressiveness...), which may have influence to acceptance or non-acceptance hyper-children.

Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Katedra pedagogiky a psychologie



**Postavení hyperaktivního dítěte v kolektivu
předškolních dětí**

**The position of a hyperactive child in the collective
of preschool children**

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Helena Havlisová Ph.D.

Vypracovala: Šárka Piskačová
Učitelství pro mateřské školy

Datum odevzdání: 31. března 2009

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

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Postavení hyperaktivního dítěte v kolektivu předškolních dětí“ vypracovala samostatně a použila pouze pramenů, které uvádím v příložené bibliografii.

V Českých Budějovicích dne 31. března 2009

.....
podpis

Ráda bych poděkovala paní PaedDr. Heleně Havlisové za odborné metodické vedení práce a také za cenné rady.

Dále bych své poděkování ráda věnovala učitelkám z výzkumných tříd za jejich vstřícnost a čas při výzkumném šetření.

ANNOTACE

Bakalářská práce *Postavení hyperaktivního dítěte v kolektivu předškolních dětí* se zabývá problematikou hyperaktivních dětí předškolního věku v kolektivu mateřské školy. Snaží se proniknout do vztahů těchto dětí s vrstevníky a zjistit jejich postavení mezi ostatními ve třídě.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou ve které jsou obsaženy základní fakta z oblasti etiologie, symptomatologie, diagnostiky a léčby hyperkinetické poruchy a na část praktickou, která se zabývá samotným výzkumem u vzorku deseti hyperaktivních dětí docházejících do tří různých tříd mateřských škol na území jihočeského kraje.

Hyperkinetická porucha vzniká na podkladě několika negativních činitelů působících zároveň, zejména dědičných dispozic a určitých nepříznivých vlivů (nemoci matky, alkohol...) během těhotenství a při porodu.

Hyperkinetická porucha se projevuje v chování dětí, jsou pro ni typické příznaky jako motorický neklid, zvýšená dráždivost, impulzivita, poruchy pozornosti a další. Psychomotorický vývoj dětí s hyperkinetickou poruchou je nerovnoměrný, v některých složkách může být i opožděný. Chování dětí s HKP neodpovídá jejich věku. Hyperaktivní děti ruší často ostatní děti při hře, berou jim hračky u některých se objevují také agresivní projevy a ostatním ubližují. V porovnání s vrstevníky je pro tyto děti složitější získávat kamarády a když už je mají, je pro ně těžké udržet si je.

Bakalářská práce se snaží najít odpověď na otázku, zda může mít hyperkinetická porucha negativní vliv na postavení dětí ve třídě v mateřské škole a pomocí sociometrické metody zkoumá vztahy spolužáků k těmto dětem. Dále pak bakalářská práce hledá i možné faktory (např. pohlaví dítěte s HKP, agresivita...), které mohou ovlivnit přijetí či nepřijetí hyperaktivních dětí.

ANNOTATION

Bachelor thesis „The position of hyperactive child in the collective of pre-school children“ deal with problems of pre-school hyperactive children in the society in kindergarten. Try pierce into relations of these children with contemporaries and find out their position among others in class.

This thesis is separate into a theoretical part in that are included essentials from etiology, symptomatology, diagnostics and treatment hyperkinetic disturbances, and into a practical part, that deal with research by sample of ten hyper-children visiting three different pre-school classes on territory of southczech region.

Hyperkinetic disorder rise on the base of several negative factors applied at the same time, especially hereditary predisposition and certain unfavourable influences (diseases motherhood, alcohol ...) during pregnancy and in childbirth.

Hyperkinetic disorder shows in behavior of children. There are typical symptoms like motoric agitation, hyperirritability, impetuosity, attention disturbances and another. Psychomotoric development of children with hyperkinetic disorder is uneven, in some components can be even belated. Behaviour of children with HKD mismatches their age. Hyperactive children distract often other children at play, take them toys, by some we can detect also aggressiveness and they ill – use the others. As compared to contemporaries is for these children more complicated obtain a friends and when they already have some, is too difficult keep them.

Bachelor thesis try find out answer to question, whether is able to have hyperkinetic disorder negative influence over position of children in class and by the help of sociometric method inquire into relations of schoolmates to this children. Bachelor thesis also searches possible factors (e.g. sex child with HKD, aggressiveness...), which may have influence to acceptance or non-acceptance hyper-children.

OBSAH:

ÚVOD.....	8
------------------	----------

TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení pojmu hyperaktivita.....	11
1.1 Terminologie.....	12
2. Vývoj pohledu na hyperkinetickou poruchu.....	14
2.1 Historický vývoj.....	14
2.2 Historický vývoj v České republice.....	16
2.3 Nové souvislosti.....	16
3. Etiologie, symptomatologie, rizika a komorbidní poruchy.....	17
3.1 Etiologie LMD.....	17
3.1.1 Genetické faktory.....	18
3.1.2 Faktory působící v těhotenství a při porodu.....	19
3.1.3 Postnatální příčiny.....	19
3.1.4 Neuroanatomické a biochemické odchylky mozku.....	20
3.2 Symptomatologie.....	20
3.2.1 Hyperaktivita.....	21
3.2.2 Impulzivita.....	21
3.2.3 Poruchy pozornosti.....	22
3.2.4 Poruchy motoriky.....	22
3.2.5 Poruchy vnímání.....	23
3.2.6 Řeč a myšlení.....	23
3.2.7 Sociabilita.....	23
3.2.8 Poruchy spánku.....	24
3.2.9 Zdravotní problémy.....	24
3.3 Rizika související s hyperkinetickým syndromem.....	24
3.4 Komorbidní poruchy.....	25
3.4.1 Poruchy chování.....	26
3.4.2 Emocionální poruchy.....	26
3.4.3 Specifické poruchy učení.....	26
3.4.4 Dyspraxie.....	27
4. Diagnostika, léčba a speciální přístupy k dítěti s hyperkinetickou poruchou.....	28

4.1 Diagnostika.....	28
4.1.1 Diagnostika dle MKN-10 a DSM –IV a rozdíly mezi nimi.....	29
4.2 Léčba.....	30
4.2.1 Farmakoterapie.....	31
4.2.2 Psychoterapie.....	31
4.2.3 EEG biofeedback.....	32
4.2.4 Speciální reedukační programy.....	32
4.2.5 Canisterapie.....	33
4.2.6 Arteterapie.....	33
4.2.7 Muzikoterapie.....	34
4.2.8 Dramaterapie.....	34
4.3 Speciální přístup k dítěti s hyperkinetickým syndromem.....	34
5. Charakteristika dítěte v předškolním věku.....	36
5.1 Tělesný vývoj předškolního dítěte.....	36
5.2 Hrubá motorika v předškolním věku.....	37
5.3 Jemná motorika v předškolním věku.....	37
5.4 Řeč v předškolním věku.....	38
5.5 Myšlení dítěte v předškolním věku.....	39
5.6 Socializace v předškolním věku.....	39

PRAKTICKÁ ČÁST

1. Postavení hyperaktivního dítěte v kolektivu předškolních dětí.....	42
1.1 Cíl šetření.....	42
1.2 Organizace šetření.....	43
2. Metodologie výzkumu.....	43
2.1 Pozorování.....	43
2.2 Rozhovor.....	44
2.3 Sociometrie.....	44
2.4 Projektivní technika.....	45
3. Kasuistiky.....	46
3.1 Kasuistiky hyperaktivních dětí z věkově heterogenních tříd.....	46
3.2 Kasuistiky hyperaktivních dětí z věkově homogenní třídy.....	56
4. Výsledky šetření.....	66
4.1 Třída A.....	67

4.2 Třída B.....	71
4.3 Třída C.....	75
5. Shrnutí a interpretace výsledků šetření.....	82
5.1 Výsledky sociometrického šetření.....	82
5.2 Výsledky šetření podle typu třídy.....	83
5.2.1 Věkově heterogenní třídy.....	84
5.2.2 Věkově homogenní tříd.....	85
5.2.3 Porovnání výsledků šetření věkově heterogenních tříd a třídy věkově homogenní.....	85
5.3 Výsledky šetření podle pohlaví dítěte s hyperkinetickou poruchou.....	86
5.4 Výsledky šetření podle některých povahových rysů dítěte.....	86
5.4.1 Agresivita.....	87
5.4.2 Samotářství.....	87
5.4.3 Dominance.....	87
6. Odpovědi na výzkumné otázky.....	89
 ZÁVĚR.....	 90
 SEZNAM POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY.....	 93
 PŘÍLOHY	

ÚVOD

Jak už kdysi pravil sám Aristoteles, člověk je tvor společenský. Každý z nás potřebuje společnost ke svému vývoji, učení se hodnotám. Ve společnosti dochází k předávání zkušeností starších generací mladším a také k naplňování základních lidských potřeb.

Pro člověka je tedy nesmírně důležité zapojit se do společnosti. Socializace člověka probíhá už od narození a po celý život. Pro dítě má velký význam to, jak je ostatními přijímáno. Přijetí či nepřijetí dítěte v rodině a posléze i ve škole a širší společnosti může neblaze ovlivňovat postižení či porucha.

Hyperkinetická porucha je poměrně častá porucha chování, která se vyskytuje u 3 – 4 % dětí, častěji u chlapců. Její příznaky se mohou objevovat již v ranných stádiích vývoje, ale obvykle bývá diagnostikována až po čtvrtém roce dítěte.

Hyperaktivní děti mají nerovnoměrný psychomotorický vývoj, chování většinou neodpovídá jejich věku, je pro ně typická infantilita. Do jejich chování se často promítá porucha pozornosti a impulzivita, a tak působí dojmem, že neposlouchají a „dělají si co chtějí“. To leckdy u dospělých vyvolává domněnku, že jsou tyto děti nevychované, neukázněné a drzé. Dítě s hyperkinetickým syndromem se tak už od ranného dětství může setkávat s nepochopením ze strany rodičů, blízkých příbuzných a učitelky.

Když dítě nastoupí do mateřské školy, zpravidla se tam poprvé setkává s větším kolektivem stejně starých dětí, s kterými si začíná vytvářet vztahy. Děti s hyperkinetickým syndromem hůře navazují vztahy než děti běžné populace a je pro ně velmi problematické si vztahy udržet. Bezprostřední chování a leckdy nevhodné poznámky dítěte s touto poruchou mohou některé z dětí ve třídě považovat zprvu za legrační, avšak některé z nich tyto projevy brzy začnou pokládat za vyrušující a odmítat přítomnost hyperaktivního dítěte.

Bakalářská práce se zabývá postavením hyperaktivního dítěte v kolektivu třídy mateřské školy. V teoretické části usiluje o souhrn základních myšlenek ze symptomatologie, etiologie, diagnostiky a léčby poruchy. V praktické části se pomocí sociometrie snaží proniknout do vztahů mezi ostatními dětmi a dítětem s hyperaktivní poruchou a zjistit tak, zda je dítě kolektivem spíše přijímáno nebo spíše odmítáno.

Tomu, aby bylo dítě s HKP ve třídě přijímáno či naopak odmítáno, může bezesporu do značné míry pomoci přístup (respektující/nerespektující) učitelky k dítěti. Učitelka by měla ostatním dětem ve třídě vysvětlit, proč se jejich spolužák chová jinak než oni a měla by se vyvarovat přidělování negativních přívěsk (např. třídní zlobil, provokatér, rušitel...) dítěti s HKP (a nejen jemu). Děti v předškolním věku velmi často přebírají postoj paní učitelky k ostatním dětem, ale i k sobě samotným. Pokud tedy děti neustále slýchají, že „Tomášek pořád zlobí a nic jiného neumí“ bude si to myslet nejenom drtivá většina dětí ve třídě, ale také samotný Tomášek.

Co dále může ovlivňovat přijetí či vyčleňování dítěte s hyperkinetickým syndromem v předškolní třídě? Může to být pohlaví dítěte nebo některé jeho povahové rysy a projevy v chování, které určují jeho postavení ve vrstevnické skupině? Je možné, že přijímání či odmítání dítěte s touto poruchou ovlivňuje typ (věkově homogenní/heterogenní) třídy? Právě tyto otázky jsou stěžejními hypotézami bakalářské práce, na které se při výzkumné činnosti snažím najít odpovědi.

TEORETICKÁ ČÁST

1. VYMEZENÍ POJMU HYPERKINETICKÁ PORUCHA

„Skupina poruch charakterizována raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Tyto rysy chování se objevují ve všech situacích a jsou trvalé.“ (MKN-10)

Hyperkinetická porucha patří mezi spektrální poruchy, vyskytuje se tedy v různých variantách a stupních. Její příčinou je oslabení některých center v CNS, což vede k nerovnoměrnému vývoji dítěte a jeho typickým projevům v chování, které bývají nepřiměřené vzhledem k jeho věku. Tyto děti mohou být v některých složkách psychomotorického vývoje opožděny v porovnání s většinou jejich vrstevníků.

Podle Vágnerové porucha není stabilní, ale je vývojově značně proměnlivá, závisí na zrání, kompenzačních nebo naopak rušivých vlivech učení. (18: 100) Tím jak dítě dospívá, zraje také CNS, některé nevhodné projevy se zmírňují nebo dokonce vymizí. Rodiče ani učitel by však neměli čekat až dítě „dozraje“, protože vhodným výchovným přístupem a metodami mohou dítěti pomoci mírnit méně vhodné projevy a soustředit se na ty žádoucí, rozvíjet a upevňovat je.

Příznaky tohoto syndromu bývají u mnoha dětí patrné již v raném věku nebo dokonce již během těhotenství matky. V pozadí vzniku poruchy může být několik různých faktorů, ať už genetických, biologických nebo mnoha dalších. Etiologie hyperkinetické poruchy je složitá, a tak je zatím z velké části stále neobjasněná.

Hlavní deficity jsou v oblastech hyperaktivity, koncentrace pozornosti a impulzivity. Tyto tři projevy chování jsou také hlavními symptomy hyperkinetického syndromu. Vlivem nerovnoměrného vývoje CNS může být hyperkinetické dítě v některých oblastech opožděné oproti stejně starým dětem, zejména v oblastech jemné a hrubé motoriky a v řečových dovednostech.

Velkým problémem dětí s tímto syndromem je to, že je na ně nahlíženo jako na zlobivé, neposlušné a provokující, přitom příčinou tohoto chování jsou určité změny v CNS. Hyperkinetické dítě mívá většinou konflikty se svým okolím a to jak s autoritou (rodiče, učitelé...), tak s vrstevníky. Porucha tedy zasahuje do jeho sociálních vazeb a to většinou negativně. Z tohoto důvodu je nutná včasná diagnostika poruchy a následný speciální přístup k dítěti.

Pokud se hyperkinetická porucha nedignostikuje a s dítětem je dále zacházeno jako s „neposlušným“, dítě může tuto roli přijmout a porucha se může stát „živnou půdou“ pro vznik dalších poruch, např. poruch chování.

1.1 Terminologie

Pohled na poruchu hyperaktivity a pozornosti se vyvíjí a vyvíjí se také terminologie, která s ní souvisí. V literatuře se tedy můžeme setkat jak s pojmy staršími, jako jsou LMD, LME, tak s názvy, které v současné době přicházejí ze západních zemí a jsou stále více populární, a to – ADHD a ADD. Starší označení užívané pro tuto poruchu se snažily postihnout etiologii, aktuální názvy vychází z popisu projevů této poruchy.

Pro lepší orientaci zde uvedu některé pojmy a jejich vysvětlení dle psychologického slovníku a MKN a DSM.

Hyperaktivita – nadměrné zvýšení činnosti, které je však neúčelné a neproduktivní.

Maladaptivní chování – nepřizpůsobivé chování, selhávání v uspokojování potřeb jedince v interakci s jeho okolím. Objevuje se snížená pozornost, koncentrace a vytrvalost.

Hyperkinetická porucha (HKP) – dle MKN-10 skupina poruch, projevuje se kombinací hyperaktivního, špatně ovládaného chování nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Často s ní souvisí nedbalost, impulzivita, neschopnost dokončovat činnosti, pocity méněcennosti a někdy také disociální chování

Hyperkinetická porucha chování – je dle MKN-10 kombinací dvou kategorií poruch což znamená, že dítě s touto diagnózou splňuje kritéria jak pro hyperkinetickou poruchu, tak pro poruchu chování.

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) - jde o poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou je diagnostikována dle DSM-IV

ADD (attention deficit disorder) - porucha pozornosti a impulzivity bez projevů hyperaktivity dle DSM-IV

LMD (lehká mozková dysfunkce) – starší pojem pro různé psychomotorické, mentální i volní poruchy, u kterých se zjistilo nebo předpokládalo, že jsou způsobeny drobným poškozením mozku na základě genetických variací, perinatálních poškození nebo onemocnění

LME (lehká mozková encefalopatie) – totéž co LMD, drobné organické poškození mozku

MKN (ICD) – Mezinárodní klasifikace nemocí, jde o základní klasifikaci pro skupiny duševních nemocí a pro hodnocení zdravotního stavu. V současné době je již 10. revize tohoto manuálu.

DSM – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace, ovlivňuje celosvětové pojetí psychopatologie, je vyvíjena paralelně s MKN a má na ni výrazný vliv. V současné době má čtvrté přepracování.

2. VÝVOJ POHLEDU NA HYPERKINETICKOU PORUCHU

Hyperkinetická porucha není onemocnění nové, předpokládá se, že je stará jako lidstvo samo. Výzkum a zájem o problematiku LMD je však mnohem mladší.

Podle Černé (1: 5) můžeme zkoumání této poruchy rozdělit do tří etap – prehistorie, historie a současnost. V tomto rozdělení představuje prehistorie nejstarší badatelskou činnost přibližně od poloviny 19. století zhruba do konce třicátých let století dvacátého. Období historie bývá považováno za klasickou éru bádání, navazuje na období prehistorie a trvá do let šedesátých minulého století. Do období současnosti spadá posledních patnáct až dvacet let.

2.1 Historický vývoj

Pro počátky zkoumání nějaké poruchy je charakteristické dílčí uchopení problému, sběr dat a informací, které později poslouží k vytvoření jednotného obrazu daného onemocnění.

Mezi první, kdo se začal zajímat o tuto poruchu se řadí belgický psychiatr J. Guislain, který ve svém díle vydaném v roce 1838 upozornil na možný vztah poruch chování a mozkového postižení u některých dětí.

O sedm let později, tedy v roce 1845, vytvořil Němec Hoffmann popis klinického obrazu poruchy, kterou bychom dnes nazvali hyperkinetickou poruchou (ADHD). Tento název však porucha získala až v roce 1932, kdy termín „hyperkinetické onemocnění“ použili němečtí lékaři Kramer a Pollow.

Od dvacátých let minulého století vznikaly studie, které zkoumaly souvislosti mezi prokázaným poškozením mozku a jeho důsledky pro chování. Bylo to období po první světové válce a významným badatelem se stal K. Goldstein. Byly prokázány změny v chování dětí po úrazech mozku, u kterých se projevovala dráždivost, agresivita, hrubost, neklid, nestálost, neposlušnost, lži a krádeže. Chování těchto dětí odpovídalo nižším vývojovým stádiím než jejich věku. Byli zkoumáni taktéž vojáci, kteří utrpěli úraz hlavy a následně u nich byly patrné potíže se zrakovým vnímáním a koncentrací pozornosti. Hyperaktivita a emoční labilita byla také pozorována u vzorku lidí, který přežil epidemii španělské chřipky.

V této době se již začínaly objevovat studie o souvislosti mezi komplikovaným porodem a pozdějším chováním dítěte.

Velký zlom v oblasti LMD nastal v roce 1937, kdy C. Bradley začal léčit děti s hyperkinetickým syndromem pomocí psychostimulancií. V roce 1950 pak uveřejnil své zkušenosti z medikamentózní léčby 360 dětí s tímto syndromem.

Důležité odborné práce vznikaly ve čtyřicátých letech minulého století. V této době popsali Werner a Strauss následky poškození mozku projevujícího se v psychice dítěte, a to bez ohledu na jeho inteligenci. V roce 1941 vyšel soubor norem dětského vývoje „Vývojová diagnostika“ od Gessela a Amatrudové. Tito autoři upozorňují na různé stupně závažnosti postižení a rozlišují tak tři typy poškození: devastující (nejtěžší), které se projevuje mentální retardací, selektivní (částečné), představující zejména motorická postižení především v podobě dětské mozkové obrny a poškození minimální (nejlehčí) – ve smyslu minimal brain damage (drobné mozkové postižení), u nás později známé jako LMD. Rozdělování poruchy dle stupňů poškození se stalo součástí diagnostických oborů a speciální pedagogiky.

Díla výše zmíněných autorů (Gessela a Amatrudové i Wenera a Strausse) podaly ucelený obraz o lehkých mozkových dysfunkcích a poruchách chování a staly se „základním kamenem“ pro pozdější a moderní výzkumnou činnost.

S přibývajícími výzkumnými metodami a odbornými pracemi z oblasti psychiatrie, přibývaly také názvy, definice a názory ohledně diagnostiky a prognózy poruchy. V roce 1962 se konala první mezinárodní konference týkající se problematiky LMD, která si za cíl stanovila sjednocení terminologie poruchy. Zúčastnění odborníci se tehdy shodly na termínu „Minimal brain dysfunction“, což odpovídá našemu označení lehká mozková dysfunkce.

V roce 1966 byla uvedena první oficiální definice LMD, kterou vypracoval kolektiv dvanácti odborníků pod vedením S. Clementse: *„Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení ve vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti a v kontrole pozornosti, popudů nebo motoriky.“*

(Černá a kol., 2002)

2.2 Historický vývoj v České republice

V České republice sahají počátky zkoumání lehkých mozkových dysfunkcí do období přelomu čtyřicátých a padesátých let minulého století. Často však bývá také zmiňován článek „O jednostranné neschopnosti naučit se číst a psát při znamenité paměti“, jehož autorem je A. Heverech, který byl uveřejněn již v roce 1904 v časopise Česká škola. Tato práce týkající se LMD s projevy vývojové poruchy čtení a psaní byla ve své době ojedinělá.

Jako zlomový rok poznávání této poruchy u nás můžeme brát rok 1961, kdy pedopsychiatr O. Kučera zavedl označení „lehká dětská encefalopatie“ a ve svém díle *„Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích“*, uvedl souhrn etiologických, diagnostických, psychopatologických i terapeutických poznatků.

V této době začínají vznikat specializované třídy pro děti s LMD („poruchou školní přizpůsobivosti“). První třída tohoto typu v České republice byla založena v Praze roku 1968.

(Černá a kol., 2002)

2.3 Nové souvislosti

Hyperkinetická porucha prošla značným vývojem a stále o ní ještě nevíme vše. V průběhu posledních let bylo provedeno spoustu studií zaměřených na příčiny vzniku, spojitosti s jinými poruchami a na léčbu, kterou se její projevy dají mírnit či odstranit.

Vývojem také prochází samotný pohled na poruchu hyperaktivity a pozornosti jako takovou. V současné době jsou jedněmi z populárních pohledů na hyperkinetickou poruchu „Teorie lovce“ a „Evoluční pojetí ADHD“, kdy odborníci považují symptomy poruchy jako pozůstatky v chování dřívějších vývojových období člověka, především z prvobytné společnosti.

V té byly projevy hyperaktivity, snadno vyrušitelné pozornosti a impulzivního chování značnou výhodou, zejména pro lovce. Lovec, který prozkoumával své okolí a pátral po známkách kořisti musel být schopen nechat okamžitě všeho, co právě dělal, když se v jeho blízkosti vyskytlo lovené zvíře a musel ho začít ihned pronásledovat nebo rychle utéct pokud mu hrozilo nebezpečí.

V naší společnosti přemíra takové ostražitosti, kterou disponovali lovci, již není potřeba a projevy ADHD jsou brány spíše jako znevýhodnění jedince v osobním rozvoji a jeho socializaci.

(Munden, A., Arcelus, J., 2006)

S touto teorií nesouhlasil náš významný dětský psycholog profesor Zdeněk Matějček (1922 – 2004) a svůj názor zveřejnil v článku „Poznámka k Evolučnímu pohledu na syndrom ADHD“ uvedeném v časopise Psychiatrie pro praxi v roce 2003. Matějček v něm oponuje teorii, když říká, že děti s poruchou hyperaktivity a pozornosti nejsou zvýšeně ostražiti a nemají výborný postřeh, jak tvrdí zastánci Evolučního pohledu. „*Za normálních okolností to „neznámé“ je pro dítě nebezpečné. Adaptivním mechanismem je úzkost, která dítěti (od 8. měsíce života výš) říká, „nelez tam!“, „drž se mámy!“, „pozor na neznámé!“*. Dítě s LMD však nebezpečí nevnímá, není k uhlídání, do jakéhokoliv „neznáma“ vletí bez zábran“...“ (9: 132). Matějček dále píše, že dítě dříve jedná, než-li myslí a reaguje na všechny podněty, které na něj působí, aniž by je rozlišovalo podle významnosti. Dítě tak může reagovat na nepodstatný podnět, přičemž důležitý mu leckdy unikne, i tím může být dítě spíše ohroženo než zvýhodněno. K názoru Z. Matějčka se přiklání i PhDr. Václav Mertin v článku „ADHD – pohled psychologa“ (10: 59).

V současné době je v České republice široká základna odborníků, kteří se zajímají o problematiku dětí s hyperkinetickou poruchou. Publikují odbornou literaturu, provádějí výzkumy a seznamují širokou veřejnost s HKP a potřebami hyperaktivních dětí.

3. ETIOLOGIE, SYMPTOMATOLOGIE, RIZIKA A KOMORBIDNÍ PORUCHY

3.1 Etiologie HKP

Etiologie hyperkinetické poruchy je složitá, některé její složky jsou ještě nejasné, všeobecně se předpokládá, že hyperkinetická porucha je zapříčiněna více faktory současně.

V současnosti se nejčastěji hovoří o vlivech genetických, biologických, psychosociálních a vlivu znečištěného životního prostředí.

Porucha může vzniknout během prenatalního, perinatálního i postnatálního období. Nejčastěji však vzniká v době porodu (nešetrné, dlouhotrvající porody, nedostatek kyslíku při porodu...) a časně po porodu.

Odhaduje se, že největší podíl na vzniku poruchy má dědičnost (z 50-70%), poté komplikace během těhotenství, při a po porodu. Pozdější vlivy se na vzniku podílejí přibližně z 10%.

V současné době se také jako faktory ovlivňující předpoklad vzniku hyperkinetického syndromu udávají vlivy životního prostředí. Jde o působení těžkých kovů (otrava olovem) a radioaktivity, které mohou mít vliv na činnost neurotransmiterů a snižovat průtok krve v některých částech mozku (prefrontální a motorický kortex).

V poslední době se objevují také spekulace, že projevy hyperaktivity ovlivňují některé složky potravy. Jako o nevhodných potravinách pro děti s hyperkinetickým syndromem se hovoří především o čokoládě, mléku a potravinářských barvivech (zejména žluté barvivo).

(Drtilková, 2007)

(Paclt a kol., 2007)

3.1.1 Genetické faktory

Genetika je vědecký obor, který se zabývá dědičností. Tento obor je velmi významný při výzkumu různých chorob a vrozených vývojových vad, kdy se zjišťuje vliv genetických faktorů na vznik onemocnění.

Mnoho odborníků dnes předpokládá, že HKP je způsobena mutací několika genů, což znamená, že je polygenetická.

Černá rozděluje genetické studie v oblasti LMD na tři typy: studie zjišťující výskyt obtíží v pokrevním příbuzenstvu, studie dvojčat a studie adoptivních dětí.

(1: 37)

Porucha se objevuje častěji u chlapců a většinou je také po mužské linii (otcové, dědečkové, strýčci...) zvýšené riziko dědičnosti. Je zaznamenáno více případů, kdy bylo syndromem postiženo více sourozenců v rodině.

Studie na dvojčatech prokázaly, že pokud má jedno z dvojvaječných dvojčat poruchu hyperaktivity, je přibližně 19% pravděpodobnost, že se porucha u druhého

z nich projeví také. U dvojčat jednovaječných je tato pravděpodobnost téměř stoprocentní.

(Munden, A., Arcelus, 2006)

(Černá a kol, 2002)

3.1.2 Faktory působící v těhotenství a při porodu

Těhotenství a porod se dají pokládat za vývojová období, kdy je dítě nejzranitelnější a jeho zdraví nejohroženější.

Mozek dětí s poruchou hyperaktivity a pozornosti se většinou vyvíjí abnormálně již v prenatálním období, a to na základě nepříznivých vlivů, kterými mohou být některé infekční nemoci (toxoplazmóza, zarděnky...) nebo špatná životospráva matky (cigarety, alkohol a drogy vysoce ohrožují zdravý vývoj plodu).

Zvýšené riziko pro vznik hyperkinetického syndromu je u dětí nedonošených s nízkou porodní váhou, ale také u dětí s vysokou porodní váhou.

Jedním z nejčastějších faktorů podílejících se na narušení určitých center mozku jsou komplikace během porodu, jako je například nedostatečné okysličování mozku dítěte, nešetrný, klešťový a protrahovaný porod a jiné.

Důsledky nedostatečného okysličování mozku během porodu (hypoxie), byly zjišťovány a zkoumány u laboratorních zvířat. V chování krys, které byly drženy v nedostatečně okysličeném prostředí, byly častěji pozorovatelné hyperaktivní projevy než u krys z kontrolní skupiny.

Na vývoj plodu v těhotenství má také vliv počet předchozích porodů matky. Děti z prvních porodů mívají obvykle nižší váhu a jejich porod bývá obtížnější. U těchto dětí se předpokládá vyšší riziko vzniku poruchy.

(Munden, A., Arcelus, 2006)

(Černá a kol, 2002)

3.1.3 Postnatální příčiny

Mezi postnatální příčiny hyperkinetické poruchy patří především infekce dětí, prodělané v časné postnatálním období, kdy je mozek mimořádně citlivý a ohrožený.

Při horečnatých virových onemocněních novorozenců a kojenců hrozí riziko podráždění CNS a může dojít k drobným poškozením mozkové tkáně.

Určité riziko představují také úrazy hlavy s otřesy nebo zhmožděninami mozku, jejichž následkem může předtím zdravé dítě začít vykazovat symptomy LMD.

3.1.4 Neuroanatomické a biochemické odchylky mozku

Mezi anatomické aberace mozku dětí s hyperkinetickou poruchou patří jeho menší objem a menší oblasti mozkové tkáně v pravém frontálním laloku. Děti mají také menší svazek nervových buněk (corpus callosum), které spojují pravou a levou hemisféru a umožňují vzájemnou interakci hemisfér.

Biochemické odchylky se týkají především změněné funkce a nižšího počtu některých neurotransmiterů, což jsou nervové buňky ovlivňující přenos signálů v různých částech mozku.

Děti s hyperkinetickou poruchou mají v některých oblastech mozku redukovaný průtok krve, předpokládá se, že by to mohlo být jedno z vysvětlení symptomů.

(Paclt a kol., 2007)

3.2 Symptomatologie

K hlavním projevům hyperkinetické poruchy patří hyperaktivita, impulzivita a problémy s koncentrací pozornosti, které jsou neúměrné věku dítěte. Mezi další příznaky poruchy patří poruchy emocionality, motoriky, vnímání, biorytmu a poruchy řeči.

Prvním z příznaků bývá již od raného dětství nepravidelný nebo převrácený biorytmus, kdy tyto děti přes den spí a v noci bdí a často pláčou. Dále mají problémy s příjmem potravy, kdy jídlo odmítají nebo se naopak přejídají a často pak blinkají.

Děti s poruchou hyperaktivity bývají citově labilní a rychleji se u nich střídají nálady. Jsou dráždivější oproti ostatním dětem a přehnaně reagují na běžné podněty. Mají problém ovládat své chování, proto jsou u nich častější afektivní výbuchy. Mají nižší frustrační toleranci a jsou netrpělivé.

Děti jsou typické psychomotorickým neklidem, jsou roztěkané. Mají nadbytek pohybové aktivity, která neodpovídá jejich věku, a tak vykonávají mnohdy neúčelné pohyby, aby ze sebe mohly tuto energii vydat.

Mají nižší toleranci k zátěži a jsou rychleji unavitelné. Nervové buňky, mozková centra, ale i svalové skupiny těchto dětí se rychleji unaví a vyžadují odpočinek. Tato únava bývá hlavní příčinou často pozorovaného nepřiměřeně rychlého střídání činností dítěte, to má za cíl zapojení mozkových center a svalových skupin, které zatím použity nebyly, tudíž nejsou „unavené“.

Pohybově bývají neobratné až neohrabané. Největší deficit je pak v jemné motorice a v koordinaci oko-ruka.

Mají menší slovní zásobu oproti vrstevníkům a mívají problémy s artikulací.

(Vágnerová, 1995)

(Drtílková, 2007)

3.2.1 Hyperaktivita

Hyperaktivita se u dětí projevuje chronickým neklidem, děti jsou neustále v pohybu. Přebíhají sem a tam, často střídají činnosti a hračky. Nápadným znakem je neustálý pohyb rukou, mají potřebu ustavičně na něco sahat a pohrávat si s tím.

Hyperaktivní děti nevydrží sedět v klidu na židli nebo na místě. Při sezení si podupávají nohama, hrají si s rukama. Na židli se vrtí, houpou se a často z ní padají nebo rovnou utíkají. Je pro ně náročné vydržet u činností, které vyžadují sezení na místě a klid, většinou od nich po několika minutách odchází.

Nejsou schopné si hrát potichu, často vyrušují ostatní děti, narušují jim hru a vyžadují si jejich pozornost nevhodným způsobem. Často mluví.

Aktivita přesahuje míru přijatelnou pro věk dítěte.

(Drtílková, 2007)

(Paclt a kol., 2007)

3.2.2 Impulzivita

Impulzivita se projevuje neschopností dítěte vyčkat až na něj přijde řada, neschopností čekat ve frontě.

Tyto děti jsou zbrklé a je pro ně typické, že vykřikují odpovědi ještě před tím než byla dokončena otázka.

Často o něčem začnou povídat aniž by si to prvně promyslely. Impulzivní děti neustále někomu skáčou do řeči.

Je u nich větší riziko úrazů např. běží přes silnici, aniž by se předem rozhlédly, zda nejede auto.

(Drtílková, 2007)

3.2.3 Poruchy pozornosti

Děti s HKP mají problémy udržet pozornost při déle trvajících činnostech nebo náročnějších úkolech.

Dopouští se chyb z nepozornosti. Jejich práce je většinou neuspořádaná, nepromyšlená a nepečlivá.

Nechají se lehce vyrušit vnějšími podněty od vykonávané činnosti. Dělá jim problém zorganizovat si činnosti a mít pořádek v osobních věcech, často je ztrácí. Říká se o nich, že jsou zbrklé, nesoustředěné, rozlítané a nic nedotáhnou do konce.

Často vypadají jako by vůbec neposlouchaly a byly myšlenkami někde „jinde“.
Je pro ně typické denní snění.

(Drtílková, 2007)

(Paclt a kol., 2007)

3.2.4 Poruchy motoriky

Jedním z dalších významných projevů u HKP je opožděný psychomotorický vývoj. Vývoj motoriky probíhá od nejjednoduššího ke složitějšímu, kdy jsou určité motorické dovednosti typické pro určité vývojové období. Pokud se dítěti nepodaří v daném období tyto dovednosti naplnit, hovoříme o opožděném vývoji.

Poruchy motoriky se mohou projevovat obtížemi jak v jemné, tak v hrubé motorice. Děti s HKP bývají nešikovné, neobratné a mají problémy s koordinací pohybů. Může u nich být i zvýšené svalové napětí, díky čemuž jsou pohyby křečovité.

(Jucovičová, D., Žáčková H., 2007)

3.2.5 Poruchy vnímání (senzorického a akustického)

Děti s hyperkinetickým syndromem mohou mít poruchy vnímání, a to jak zrakového, tak sluchového. Děti mají často problém rozlišovat podobné tvary, mají problém při rozlišování figury a pozadí nebo při vyhledávání rozdílů u dvou podobných obrázků. Tyto obtíže by měly být zmírněny nebo odstraněny ještě před nástupem dítěte do školy, kdy mohou jejich vlivem vzniknout specifické poruchy učení (SPU).

Ve sluchovém vnímání jde pak nejčastěji o nedostatky v rozlišování podobných slov a hlásek (kostka – koska, včera – fčera apod.). Později se tento problém promítá i do písemného projevu dětí. Tyto děti mají někdy také horší sluchovou paměť.

Často bývá narušena také orientace v prostoru a pravolevá orientace.

(Jucovičová, D., Žáčková H., 2007)

3.2.6 Řeč a myšlení

U těchto dětí je nástup řeči oproti ostatním dětem běžné populace značně opožděný. V řeči používají jednoduché věty, mají chudší slovník a jsou časté i vady výslovnosti (např. dyslálie nebo-li patlavost – porucha artikulace jedné či více hlásek). Celkově je jejich řeč chaotická a zmatená, v průběhu hovoru mění obsah děje nebo v něm přeskakují, něco nedopoví, čímž je jejich řečový projev pro posluchače nesrozumitelný.

U dětí s HKP je taktéž specifické myšlení. Bývá často ulpívavé a zabíhavé. Dítě se dokáže upnout na jednu myšlenku, od které se nedokáže odpoutat a vrací se k ní. Většinou mu unikají důležité informace a zapamatuje si ty nepodstatné. Bývá ovlivněna i syntéza a analýza.

(Jucovičová, D., Žáčková H., 2007)

3.2.7 Sociabilita

Porucha hyperaktivity se často promítá i do mezilidských vztahů dítěte. Děti s touto poruchou bývají egocentričtí, neumějí kontrolovat své chování, nejsou schopni empatie, souhry s vrstevníky. U některých z dětí se také mohou objevovat agresivní

projevy vůči věcem, ostatním dětem, ale také k dospělým (učitel, rodiče...). Dost často se stává, že tyto děti bývají ostatními odmítáni.

Mají problém najít si kamarády a udržet si jejich přízeň. Nedostatek kladných sociálních vazeb vede k frustraci dětí a snižování jich sebevědomí, které se dále může promítat do somatických potíží nebo poruch chování.

(Munden, A., Arcelus, 2006)

(Michalová, Z., 2007)

3.2.8 Poruchy spánku

Děti s HKP mají větší pravděpodobnost ke vzniku nějaké poruchy spánku. Už v kojeneckém věku jsou tyto děti typické tím, že mají převrácený biorytmus – ve dne spí a v noci bdí, spí méně než jejich vrstevníci a častěji se probouzejí během spánku.

V batolecím a dále pak v předškolním období dětem trvá déle než usnou, často se v noci probouzejí a také odmítají spát po obědě, to vše výrazněji než stejně staré děti bez této poruchy.

(Vágnerová, 1995)

3.2.9 Zdravotní problémy

Výzkumy, které prováděl Hartsough a kolektiv, zjistily, že děti s hyperkinetickým syndromem trpí častěji strabismem než ostatní děti a častěji se u nich vyskytují v raném dětství opakované infekce horních cest dýchacích, alergie a astma oproti vrstevníkům bez této poruchy.

Děti s HKP jsou také náchylnější k úrazům a nehodám, příčinou bývá jejich impulzivita a nepozornost.

(Munden, A., Arcelus, 2006)

3.3 Rizika související s hyperkinetickým syndromem

Porucha hyperaktivity a pozornosti s sebou nese i další rizika pro vývoj dětí, a to zejména pokud není léčena nebo nejsou při výchově těchto dětí používány speciální přístupy.

Dítě u kterého se porucha nediagnostikovala je obvykle považováno za nevychované, neposlušné a paličaté. Často zažívá neúspěch a nepochopení od druhých. Pokud dítě nemá během dětství možnost najít oblast ve které by zažívalo úspěch (výtvarné, hudební, sportovní kroužky a jiné) a částečně jimi mohlo kompenzovat své nezdary, je v období puberty a adolescence ohroženo vlivem asociálních part více než jeho vrstevníci.

Prostřednictvím těchto part děti mohou překračovat i zákon. Děti s neléčeným hyperkinetickým syndromem začínají často ještě jako mladiství kouřit cigarety a pít alkohol. Stále větším nebezpečím pro dnešní mládež jsou drogy a závislost na nich. V naší společnosti se drogy stávají stále dostupnějšími, to se týká především marihuany. Ze studie ESPAD 2007 provedenou Psychiatrickým centrem Praha vyplývá, že z celkového počtu dotazovaných, který je vyšší než 15 000, má 45,1 % zkušenosti s touto drogou.

Kromě rizika užívání drog a nezákonného chování hrozí u dětí s touto poruchou také více úrazů, emocionálních problémů (frustrace, úzkost, deprese...) a nedostatek sociálních vazeb než u stejně starých dětí bez poruchy hyperaktivity a pozornosti.

Významně je ohroženo sebepojetí dítěte, které si ho v nízkém věku utváří podle toho, jak ho přijímají ostatní a také podle toho, jak je úspěšný.

(Munden, A., Arcelus, 2006)

(Drtilková, 2007)

(Souhrn výsledků studie ESPAD, 2007)

3.4 Komorbidní poruchy

Komorbidita je slovo určující současný výskyt několika poruch najednou u jednoho člověka. Je prokázáno, že výskyt jedné poruchy může vést k pravděpodobnému výskytu jiné poruchy.

Uvádí se, že u 50–80 % pacientů s hyperkinetickou poruchou se vyskytují komorbidní poruchy. Nejčastěji to jsou poruchy chování, specifické poruchy učení a porucha opozičního vzoru.

3.4.1 Poruchy chování

Poruchy chování se velmi často projevují opozičním chováním, agresivitou, nerespektováním a porušováním stanovených pravidel, dále ničením majetku, ubližováním lidem i zvířatům apod.

Poruchy chování se často vyskytují spolu s hyperkinetickou poruchou. A to buď primárně, kdy se objevují již v raném věku jako jeden z příznaků hyperkinetické poruchy chování nebo sekundárně, kdy se rozvíjejí v období puberty jako důsledek vrozených dispozic a negativního působení během vývoje dítěte, a to zejména špatným stylem výchovy.

Poruchy chování jsou dalším projevem, který dítěti znesnadňuje jeho socializaci a utváření pozitivních vztahů s okolím.

Poruchy chování s sebou nesou zvýšené riziko vzniku drogové závislosti nebo porušení zákona.

(Munden, A., Arcelus, 2006)

(Michalová, Z., 2007)

3.4.2 Emocionální poruchy

Děti s touto poruchou mají problémy v emocionální oblasti. Bývají více emočně labilní v porovnání s ostatními vrstevníky. Můžeme u nich pozorovat časté výkyvy nálad, střídají se u nich rychle emoce (smějí se a hned zas pláčou), často bývají označovány jako „náladové“. Jejich reakce jsou někdy nepředvídatelné, vztekají se, vzdorují a mohou u nich být i agresivní projevy.

Často vyhledávají kontakt s druhými, zejména tehdy pokud mají nedostatek citových podnětů.

(Vágnerová, 1995)

3.4.3 Specifické poruchy učení

Specifické poruchy učení jsou poruchy způsobující problémy ve vzdělávacím procesu, nejčastěji se tedy objevují až po nástupu do 1. třídy. Projevují se zejména při

osvojování trivia (čtení, psaní a počítání). Uvádí se, že 20 – 40% dětí s HKP má specifické poruchy učení.

SPU, stejně jako hyperkinetická porucha, se neváží na určitou úroveň rozumových schopností, ale postihují děti různého intelektu, často průměrného a někdy i nadprůměrného.

Specifické poruchy učení způsobují selhávání dítěte v určité oblasti vzdělávacího procesu. Pokud se neodhalí a dítěti není věnována speciální a individuální péče, může se negativně promítat do sebepojetí dítěte a ovlivňovat jeho vztah k dalšímu vzdělávání. Neúspěchy ve škole mohou ovlivňovat a většinou ovlivňují vztahy dítěte s rodiči, učitelem i vrstevníky. Pro opakovaná zklamání může u dítěte vzniknout averze vůči škole, tyto pocity se většinou projeví i v somatických obtížích, kdy si dítě začne stěžovat na bolesti břicha, hlavy apod.

V souvislosti s HKP se mohou stát tyto poruchy dalším faktorem ohrožujícím postavení dítěte ve skupině (např. dítě se stává terčem posměchu, když musí nahlas číst a četbu nezvládá).

U dítěte se může objevit několik specifických poruch učení zároveň a v různém stupni.

(Munden, A., Arcelus, J., 2006)

Mezi nejčastější SPU patří:

dyslexie – vývojová porucha čtení

dysgrafie – porucha psaní, snížená schopnost naučit se psát

dysortografie – porucha pravopisu, snížená schopnost osvojit si gramaticky správné psaní

dyskalkulie – porucha počítání, snížená schopnost orientovat se v matematických symbolech

3.4.4 Dyspraxie

Dyspraxie je specifická vývojová porucha motorických (pohybových) funkcí. Děti, které mají tuto poruchou jsou často označovány za neobratné, nemotorné či nešikovné. Specifická pohybová neobratnost se může vyskytovat u některých hyperkinetických dětí a projevovat se v hrubé i jemné motorice.

Děti s dyspraxií mají problémy při učení a koordinaci pohybů, mají sníženou schopnost zvládat manipulaci s předměty a někdy mají problémy s artikulací a rozvojem řečových schopností.

Pravidelným a cíleným tréninkem jednoduchých tělesných a pracovních úkonů se dají postupně mírnit její příznaky, nedá se plně vyléčit a některé její projevy přetrvávají do dospělosti.

4. DIAGNOSTIKA, LÉČBA A SPECIÁLNÍ PŘÍSTUPY K DÍTĚTI S HYPERKINETICKOU PORUCHOU

4.1 Diagnostika

Diagnostika hyperkinetické poruchy není jednoduchá. Vývojově je porucha značně proměnlivá a její projevy nemusejí vždy jasně svědčit, že jde o ni. Zvýšenou aktivitu a poruchu pozornosti mohou vykazovat stejně tak děti s emočními problémy nebo děti nadané, které se nudí. Proto je její diagnostika plně v kompetenci odborníků – psychiatra, psychologa a neurologa.

Na diagnostice dítěte se však významně podílejí rodiče, učitel i samotné dítě, kteří mohou odborníkům poskytnout důležité informace z osobní, zdravotní a školní anamnézy dítěte.

Jak jsem již zmínila, porucha je způsobena nevyzrálostí CNS dítěte a jeho chování neodpovídá jeho chronologickému věku. V některých oblastech může být dítě opožděné, vývoj dítěte se tedy porovnává s vývojem většiny jeho vrstevníků. Příznaky poruchy lze tedy v mateřské škole vysledovat již ve 4 letech dítěte, kdy jsou již patrné rozdíly v soustředění a aktivitě při hře mezi vrstevníky a hyperkinetickým dítětem. Tyto děti mají také většinou vady řeči a oproti stejně starým dětem mají také menší slovní zásobu. Porucha hyperaktivity a pozornosti, pokud je zjištěna v předškolním věku, bývá často příčinou odkladu povinné školní docházky.

Diagnostická kritéria se aktualizují a zlepšují v závislosti na zvyšujících se znalostech odborníků v oblastech nemocí a poruch.

V současné době existují a používají se dva hlavní klasifikační systémy (soubory diagnostických kritérií). Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace, který je u nás uváděn jako *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize*

(MKN-10). Druhý klasifikační systém je systém Americké psychiatrické asociace - *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition* (DSM-IV).

K diagnostice ADHD se používají také různé specializované psychologické testy, které posuzují některé z příznaků poruchy (např. pozornost, výdrž, krátkodobá paměť...). K diagnostice poruch pozornosti se nejčastěji využívá Číselný čtverec, Bourdnův test, Švancarův test diskriminace tvarů, WISC.

Přítomnost hyperaktivity se obvykle zjišťuje pozorováním a pomocí výpovědí rodičů a učitelů, je však možné využít i přístroje jako jsou pedometr nebo aktometr, které zachycují frekvenci pohybů.

LMD se dnes zjišťují také pomocí EEG (elektroencefalograf) a jiných zobrazovacích metod, při kterých je zkoumána mozková aktivita, průtok krve a okysličování různých částí mozku.

Pro diagnózu poruchy musí být přítomen minimální určený počet příznaků poruchy uvedených v diagnostickém materiálu, příznaky se musí objevit před 7. rokem věku dítěte a vyskytovat se déle než půl roku. Nejvíce diagnostikovaných dětí je v rozmezí 6-9 let.

Diagnostika poruchy musí být komplexní a vycházet jak z nálezů psychologických, tak neurologických.

(Zelinková, O., 2007)

(Paclt, I. a kol., 2007)

(Drtilková, I., 2007)

4.1.1 Diagnostika dle MKN-10 a DSM –IV a rozdíly mezi nimi

Lékaři v České republice dávají při diagnostice poruchy hyperaktivity spíše přednost materiálu z MKN. Podle něj se nemoc dělí na dva typy – poruchu aktivity a pozornosti a hyperkinetickou poruchu chování. U druhého typu se kromě tří stěžejních symptomů poruchy (hyperaktivita, porucha pozornosti a impulzivita) vyskytují i poruchy chování, které se projevují výraznou a dlouhodobou agresivitou, opozičním chováním, vzdorovitostí, lhaním apod. U starších dětí se může objevit i asociální chování. Náprava této poruchy v kombinaci s poruchami chování je daleko složitější než-li porucha typu prvního.

Diagnostické materiály MKN-10 a DSM-IV nejsou totožné, jsou mezi nimi určité rozdíly. Jak už bylo zmíněno, MKN-10 rozlišuje typy poruchy hyperaktivity a

pozornosti dle přítomnosti a nepřítomnosti poruch chování. V americkém diagnostickém materiálu, tedy DSM-IV, žádný ze subtypů ADHD neodpovídá našemu typu hyperkinetické poruchy chování. MKN-10 zase na rozdíl od DSM-IV neuvádí typ, kde by převládajícím symptomem byla porucha pozornosti. Rozdělení typů ADHD a HKP není tedy jednotné.

Další rozdíl, který můžeme registrovat se týká diagnostiky poruchy. MKN-10 má viditelně přísnější kritéria pro určení diagnózy. Klasifikace MKN-10 je přísnější. U dítěte musí být evidentně znatelné všechny tři hlavní symptomy, tedy hyperaktivita, porucha pozornosti i impulzivita. Musí být přítomno 6 příznaků poruchy pozornosti, 3 hyperaktivity, 1 impulzivity. Příznaky musí být patrné ve více než jedné situaci a to ve škole i doma. DSM-IV požaduje pro diagnózu ADHD 6 příznaků poruch pozornosti a (nebo) 6 příznaku pro hyperaktivitu/impulzivitu.

Hlavním důsledkem rozdílnosti obou materiálů je to, že děti, které by splňovaly kritéria dle DSM-IV je v MKN-10 nesplňují a nemají tedy nárok na léčbu a speciální přístup ve vzdělávání.

(Paclt a kol., 2007)

4.2 Léčba

Stejně jako diagnostika by měla být léčba hyperkinetické poruchy komplexní a uzpůsobená každému jednotlivému pacientovi s ADHD.

Základem léčby hyperkinetické poruchy je úprava denního režimu a školního i domácího prostředí tak, aby vyhovovalo požadavkům a potřebám dítěte.

V současné době se uvádí, že by léčba měla být kombinací několika léčebných přístupů. Dosud osvědčené metody jsou farmakoterapie, EEG-biofeedback a speciální reedukační programy.

Dalšími využívanými formami při léčbě dětí jsou psychoterapie, canisterapie, arteterapie atd.

Při zahájení léčby dítěte by se měl především upravit denní režim tak, aby vyhovoval potřebám dítěte (dostatek spánku a aktivit na vybití energie), měly by se stanovit jasná pravidla a sjednotit výchova (ve škole a v rodině).

(Drtílková, I., 2007)

(Munden, A., Arcelus, J., 2006)

4.2.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie je léčba pomocí medikamentů. Děti s HKP jsou charakteristické oslabením, nedostatečnou aktivací mozkové kůry. Určité látky mohou tuto aktivaci zlepšovat a tím zlepšovat koncentraci pozornosti a mírnit projevy hyperaktivity.

Farmakoterapie je jednou z nejuznávanějších a nejpraktikovanějších léčebných metod především v západních zemích, zejména pak v USA. V České republice je medikace méně častá než v USA, léky se předepisují pouze u závažnějších případů hyperkinetické poruchy.

Při léčbě ADHD jsou používány především stimulanty. Stimulanty jsou léky, které ovlivňují koncentraci pozornosti a tlumí hyperaktivní a impulzivní projevy. Pozitivně ovlivňují činnost neurotransmiterů. Mohou však mít i vedlejší účinky jako nechutenství, či problémy se spaním.

Dalšími psychofarmaky, které bývají využívány při léčbě poruchy hyperaktivity a pozornosti jsou nootropika, která vyživují mozkovou tkáň a aktivizují ji. Zvětšují průtok krve mozkovými cévami a poskytují nervovým buňkám větší přísun kyslíku a glukózy. Nebývají u nich vedlejší účinky, jsou dobře snášeny organismem a mohou se tedy užívat dlouhodobě.

(Paclt, I. a kol., 2007)

4.2.2 Psychoterapie

Psychoterapie je způsob léčby, který je založený na použití psychologických metod – mluvení a jednání. Existuje velké množství směrů v psychoterapii, které jsou rozdílné jak ve své teorii, tak ve své praxi.

V současné době je jedním z nejrozšířenějších psychoterapeutických směrů kognitivně behaviorální terapie. Vznikla ve druhé polovině 20. století jako výsledek úspěšného spojení behaviorální a kognitivní terapie. Je zaměřena na ovlivňování myšlení, čímž se ovlivňuje také chování. Spočívá v nahrazení patologických modelů chování takovými modely, které jsou pro život vhodnější a racionálnější.

Tento druh psychoterapie je krátkodobý, strukturovaný a zaměřený na řešení konkrétních problémů a potíží.

4.2.3 EEG-biofeedback

EEG-biofeedback je metoda, která umožňuje regulaci frekvencí elektrické aktivity mozku (mozkových vln) dítěte. Jedná se o sebe-učení mozku pomocí tzv. biologické zpětné vazby. EEG-biofeedback byl vyvinut v USA a v České republice se provádí od roku 1996.

Tato léčebná metoda posiluje a trénuje pozornost a soustředění, sebeovládání, sebekázeň a intelekt. Pozitivní vliv má také na poruchy spánku.

Technika používá snímací elektrody, které jsou umístěné na hlavě a zachycují mozkové vlny a předávají tyto informace počítači. Ten analyzuje signál a zajišťuje zpětnou vazbu – dítě na monitoru vidí činnost svých mozkových vln v podobě videohry, již hraje pouze pomocí vlastních myšlenek. Pokud se pohybuje v rozmezí aktivity mozkových vln, která je žádoucí, jsou mu přidělovány body. Pokud se ale ocitne mimo toto rozmezí, úspěch ve hře mizí. Dítě je tak motivováno k učení žádoucího sladění činnosti mozkových vln a to nenásilnou, hravou formou. Pokud je EEG-biofeedback prováděn odborníkem, nepředstavuje žádná rizika, nemá vedlejší účinky a není návykový. Dosažený účinek EEG-biofeedbacku je trvalý.

(<http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php>)

4.2.4 Speciální reedukační programy

V současné době jsou u nás prováděny speciální reedukační programy jako jedna z možností léčby poruch pozornosti a hyperaktivity. Tyto programy bývají praktikovány odborníky z pedagogicko-psychologických poraden nebo DYS-center.

HYPO – (HY – hyperaktivita, PO – pozornost) jde o program Z. Michalové a spoluautorů zaměřený na stimulaci percepčně kognitivních funkcí a posílení pozornosti u dětí ve věku 5,5 - 8 let. Posiluje pozornost, komunikační schopnosti, sociální vztahy a senzo-motorické dovednosti dítěte. Po dobu 12 týdnů rodiče dostávají materiál a doma podle něj pracují s dítětem, každý den kolem 10 minut.

KUPOZ - (KU – Kuncová, PO – pozornost) individuální program vypracovaný doktorkou Kuncovou určený pro rozvoj pozornosti, zrakového a sluchového vnímání, paměti, logického myšlení a vyjadřovacích schopností u dětí s ADHD ve věku 8 - 12 let. Dítě doma za pomoci jednoho z rodičů vypracovává každý den 4 úkoly zaměřené na rozvoj percepčně-kognitivních funkcí po dobu patnácti týdnů. Dítě zažívá úspěchy při plnění programu, a tím se rozvíjí jeho motivace a také se posiluje jeho vztah s rodiči.

KUMOT – (KU – Kuncová, MOT – motorika) tento program byl vytvořen taktéž doktorkou Kuncovou a slouží k rozvoji motoriky u dětí ve věku 5 – 8 let. Probíhá v deseti lekcích (každá lekce trvá jednu hodinu) formou skupinové práce. Děti se učí vyjadřovat své city, naslouchat druhým a komunikovat s nimi. Program je zaměřen na rozvoj jemné a hrubé motoriky a motoriky artikulačních orgánů.

(Michalová, Z., 2007)

4.2.5 Canisterapie

Canisterapie je léčba využívající kontaktu a interakce dítěte a psa. Při dlouhodobé cílené práci se psem dochází ke stimulaci a rozvíjení opožděných oblastí vývoje (jemná a hrubá motorika, řeč, orientace v prostoru...), dochází ke zklidnění dítěte a zmírnění projevů hyperaktivity během kontaktu se psem, výrazně se procvičuje a upevňuje koncentrace pozornosti.

Pes se může stát kamarádem dítěte, kterému se může svěřit se svými problémy. Canisterapie je většinou používána jako pomocná psychoterapeutická metoda, která je praktikována zejména tam, kde jiné metody nejsou účinné a selhávají.

(<http://www.canisterapie.org/>)

4.2.6 Arteterapie

Metoda arteterapie využívá výtvarného projevu dítěte. Pomocí jejích technik může ovlivňovat psychiku a mezilidské kontakty. Dítě může na papír vykreslit své starosti, obavy a problémy, o kterých by jen obtížně mluvil.

Obrázky a tvůrčí práce dítěte nám mohou posloužit také jako diagnostický materiál. Může se provádět i skupinově a pomoci nám ukázat vztahy ve skupině.

(<http://www.arteterapie.cz/>)

4.2.7 Muzikoterapie

Muzikoterapie jako obor a její použití v klinické praxi vzniklo ve USA, ale o léčení pomocí hudby se prý zmiňuje i Bible, když vypráví o tom, jak David léčil hrou na harfu deprese krále Saula.

Dělí se na aktivní muzikoterapii, kdy dítě samo hraje na nějaký nástroj, zpívá nebo vytukává rytmus a pasivní, kdy hudbu poslouchá, vnímá a nechává ji na sebe působit.

Muzikoterapie využívá rytmu, neboť i člověk a funkce jeho těla jsou ovlivňovány rytmem (rytmus činnosti srdce, dýchání...). Rytmus těla a člověka lze ovlivňovat rytmem hudby.

U dětí s hyperkinetickým syndromem se pomocí muzikoterapie snažíme o celkové zklidnění dítěte, odstranění napětí a zmírnění agresivních projevů pomocí hudby.

<http://www.muzikoterapie.cz/>

4.2.8 Dramaterapie

Při dramaterapii se využívají dramatické (divadelní) postupy a techniky, které mohou pomoci upravovat psychické poruchy a sociální vztahy. Podporují rozvoj verbální i neverbální komunikace a tvořivost a fantazii jedince.

Dramaterapie pomáhá dítěti vyzkoušet si různé role, které nezná nebo situace do kterých by se mohl on sám někdy dostat. Je to prožitková metoda a i když zatím není moc rozšířená, stává se populární.

(<http://www.dramaterapie.atlasweb.cz/index.htm>)

4.3 Speciální přístup k dítěti s hyperkinetickým syndromem

Dítě s poruchou hyperaktivity a pozornosti se často v mnoha situacích a činnostech liší od svých vrstevníků bez této poruchy. Tyto odlišnosti bychom měli

respektovat a spolu s léčbou uplatňovat ve výchově a vzdělávání dětí s HKP speciální přístupy.

Při výchově dětí s touto poruchou by rodiče a pedagogové měli dbát na jejich individuální možnosti a schopnosti a vzdělávací činnosti upravit jejich potřebám.

Dítě s hyperkinetickou poruchou a jeho vnímání sebe sama je ovlivňováno neustálými neúspěchy a nevhodnými projevy v jeho chování, za které bývá obvykle káráno a trestáno. Pokud dítě zažívá pouze neúspěch a od blízkých slýchává většinou výčitky namísto povzbuzení a pochvaly, může snadno získat pocit, že není milováno. Proto je jednou z nejdůležitějších zásad v přístupu k dítěti s ADHD dávat mu najevo naši lásku, zájem o něj a to co dělá, povzbuzovat ho a chválit.

Pro děti s touto poruchou je důležitý jasný řád a pravidelný denní režim. Pokud budou jasně vymezená pravidla, dítě by se mělo naučit rozeznávat, kdy je překračuje a jaký ho čeká důsledek za jejich porušení. S tím souvisí i důslednost. Stanovená pravidla je nutné dodržovat. Učitel nebo rodič, který dítěti zadá nějaký úkol, by měl vždy splnění úkolu zkontrolovat. Pokud na jeho dokončení netrvá, uvádí tím dítě ve zmatek. Dítě, které není kontrolováno se brzy naučí využívat nedůslednosti dospělých.

Děti s HKP mají problémy s pozorností a velmi snadno se nechají rozrušit jakýmkoli rušivým podnětem. Pomáhá nácvik koncentrace pozornosti a přívod přiměřených podnětů.

Děti s poruchou hyperaktivity mají nadbytečnou potřebu pohybu, vrtí se a jsou neklidné je tedy důležité mezi sedavé činnosti a činnosti zaměřené na udržení pozornosti vkládat pohybové a relaxační chvíle, aby dítě mělo možnost uvolnit napětí a „vybít se“. Na vybití mají pozitivní vliv i volnočasové aktivity dítěte – sportovní, zájmové kroužky atd.

Negativní projevy chování se snažíme spíše ignorovat a žádoucí chování se snažíme upevňovat zpětnou vazbou a pochvalou, kterou dítěti dáváme.

Mezi další důležité faktory ovlivňující projevy hyperaktivní poruchy je dostatek spánku a také omezení potravin, které mohou mít souvislost se zvýšením pohybové aktivity.

Hyperaktivní děti mívají často a to ve většině případů problém se začleněním do kolektivu vrstevníků. Špatně si získávají kamarády, nejsou oblíbené a většinu dětí jejich projevy ruší a vadí jim. Záleží však také na učiteli, jak ostatním spolužákům vysvětlí problém jejich spolužáka a jak se k němu bude před ostatními dětmi chovat a

dávat jim tak vzor. V mateřské škole nám při utváření kladných vztahů mezi dětmi mohou být dobrým pomocníkem prosociální hry.

(Jucovičová, D., Žáčková H., 2003)

(Jucovičová, D., Žáčková H., 2007)

(Zelinková, O., 2007)

5. CHARAKTERISTIKA DÍTĚTE V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Předškolní věk začíná po třetím roce života dítěte a je ohraničen jeho nástupem do školy, zpravidla v 6 (7) letech. Předškolní období je posledním stádiem raného dětství.

Pro život a rozvoj osobnosti každého člověka je důležitý jeho vývoj v prvních stádiích života – v prenatálním období, v kojeneckém, batolecím a předškolním období. Vývoj je ovlivňován biologickými a sociálními činiteli a probíhá od nejjednoduššího ke složitějšímu. Rozdělujeme dva typy vývoje člověka – růst (kvantitativní) a zrání (kvalitativní).

Předškolní období je typické výrazným rozvojem všech vývojových oblastí. Mezi dětmi, které jsou na začátku a na konci tohoto období jsou patrné markantní rozdíly.

Nejdůležitějším úkolem předškolního období je zapojení dítěte do širšího sociálního prostředí, což probíhá tradičně se zařazením dítěte do mateřské školy, kde dítě začíná získávat nové sociální zkušenosti. Dítě se snaží prosadit ve skupině vrstevníků a být oblíbené.

Hyperaktivní děti se rodí s určitými dispozicemi reagovat specifickým způsobem a vyvíjet se poněkud odlišně než děti jiné. Mnohé z typických příznaků lze pozorovat již v rané fázi jejich vývoje, i když se tyto projevy mohou v průběhu života měnit.

(Vágnerová, M., 2005)

(Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006)

5.1 Tělesný vývoj předškolního dítěte

Fyzický vývoj v předškolním věku je oproti předešlým vývojovým stádiím pomalejší.

Dítě v tomto období přibývá každý rok na váze přibližně o 2 kilogramy a vyrostе asi o 6 – 8 cm. Na konci předškolního období dítě váží kolem 20 kg a měří cca 115 cm.

Do 2,5 let zpravidla bývá prořezán celý mléčný chrup. V předškolním období se zvětšuje a rozšiřuje čelist, která se tak připravuje na růst trvalého chrupu. Na konci předškolního období začne mléčný chrup vypadávat, což signalizuje také probíhající osifikaci zápěstních kůstek.

Dítě, které se chystá k nástupu povinné školní docházky, by mělo dosáhnout pravou rukou přes hlavu na levé ucho (a naopak). To bývá označováno jako „Filipínská míra“, která se používá při posuzování školní zralosti.

(Vágnerová, M., 2005)

(Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006)

5.2 Hrubá motorika v předškolním věku

Vývoj hrubé motoriky je nejvýznamnější a nejrychlejší během kojeneckého a batolecího období. V období předškolním už rozvíjení hrubé motoriky není tak rychlé. Základní pohybové dovednosti (lezení, chůze, běh, skok) jsou již zvládnuty, zráním a stimulací se u dítěte ale zlepšuje koordinace, přesnost a plynulost pohybů těla.

Rozvoj hrubé motoriky je dobré podporovat především v přirozených situacích (dítě překonává překážky – přelézá, podlézá, přeskakuje...) a v hrových činnostech, které jsou pro dítě v předškolním věku hlavním výchovným a vzdělávacím prostředkem.

(Vágnerová, M., 2005)

(Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006)

5.3 Jemná motorika v předškolním věku

Vývoj jemné motoriky vychází z hrubé motoriky. Dítě se od útlého věku učí uchopovat předměty a následně s nimi manipulovat.

V předškolním věku se obě motoriky dále rozvíjí, zlepšují a zpřesňují. Současně s jemnou motorikou se vyhraňuje laterálita (přednostní užívání jednoho z párových orgánů). Děti, které používají levou ruku, se nesmějí násilně přeučovat, měly by mít dostatečný přístup ke speciálně upraveným pomůckám.

Už ve třech letech dítě nedrží tužku celou dlaní, ale začíná ji brát mezi ukazovák, prostředník a palec (špetkový úchop). Když si prohlíží knihu, stránky dokáže otáčet po jedné. Během předškolního období se také zpřesňuje práce s tužkou a rozvíjí se kresba dítěte. Rozvoj jemné motoriky je v průběhu předškolního období také vidět ve stavbě z kostek a sebeobsluze (dítě se učí samo se oblékat a svlékat, obouvat si boty a zavazovat tkaničky).

Rozvoj jemné motoriky můžeme podpořit grafomotorickými cviky, střiháním, lepením, modelováním, navlékáním korálků, vhodnými skládačkami a stavebnicemi.

(Vágnerová, M., 2005)

(Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006)

5.4 Řeč v předškolním věku

V předškolním období se dítěti znatelně rozšiřuje aktivní slovní zásoba z asi tisíce slov přibližně na tři tisíce.

Při zdokonalování mluvené řeči je dítě velmi vnímavé a učí se především opakováním nových slov a tvarů. Dítě tak může často používat slova, aniž by chápalo jejich význam.

Vliv na rozvoj slovní zásoby má vyprávění a četba pohádek dítěti, učení básniček a písniček.

Při rozvoji řeči jsou důležité také dotazy, které dítě pokládá svému okolí. Pro předškolní období je typické pokládání otázek „Proč?“, kterými se dítě snaží získávat nové vědomosti. Dospělí by se tedy měli pokusit odpovídat dítěti srozumitelně a rozhodně ho neodbývat strohými a nesmyslnými odpověďmi.

V tomto věku také děti obvykle s oblibou říkají vulgární a jiná slova, která jsou „zakázaná“ a nevhodná.

Během předškolního věku se dále mění skladba vět. Na začátku období dítě používá jednoduché věty na konci už dokáže vytvářet rozvitě věty. Předškolní dítě už také obvykle zvládá skloňování slov podle rodu a používá minulý a budoucí čas.

Pokud se objeví vady řeči, dítě by mělo navštívit logopeda, který řeč posoudí a bude pracovat na její nápravě.

(Vágnerová, M., 2005)

(Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006)

5.5 Myšlení dítěte v předškolním věku

Tak jako je fyzický vzhled dítěte jiný než vzhled dospělého, je odlišná i psychika a myšlení dítěte.

Myšlení předškoláka je egocentrické, dítě trvá na svém subjektivním pohledu.

Dítě si také realitu převádí tak, aby pro něj byla srozumitelná, k tomu si pomáhá zkreslením nebo vyloučením některých informací.

V tomto věku má velmi živou představivost, někdy své představy dokonce promítá do reality a je přesvědčeno, že je doopravdy prožilo. O takto zkreslené realitě přesvědčuje i ostatní.

Pro předškolní věk jsou typické magičnost, kdy si dítě to, co nechápe doplní fantazií, fenomenismus, kdy ulpívá na jednom znaku, dále prezentismus (vazba na přítomnost) a absolutismus (dítě neumí měnit názor, platí první poznání).

Dítě v předškolním věku také přisuzuje neživým věcem vlastnosti živých bytostí (animismus) a předpokládá, že všechno musel někdo „udělat“ – slunce, hory... (arteficialismus).

Úroveň myšlení ovlivňuje úroveň řeči, způsob verbálního vyjadřování a zpracování informací.

(Vágnerová, M., 2005)

(Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006)

5.6 Socializace v předškolním věku

Socializace je proces, který utváří působení, vliv a postavení člověka ve společnosti. V předškolním období už většina dětí zná své postavení v rodině a s nástupem do mateřské školy si jej získává mezi skupinou vrstevníků.

Každý handicap či odchylka od normy může zasáhnout do socializace jedince a stát se znevýhodněním při vytváření sociálních vazeb. Není tomu jinak ani u hyperkinetické poruchy.

V předškolním období si dítě vybírá kamarády především podle oblíbenosti (hezké, šikovné děti...) a podobných zájmů. Hyperkinetické děti, které se většinou projevují jako vývojově mladší, zasahují a narušují hru ostatním, neustále nahlas mluví a pokřikují nebo se u nich objevují projevy agresivity, se jen těžko mohou stát oblíbenými ve vrstevnické skupině ostatních dětí. Mají problém vytvářet si

kamarádské vztahy ve třídě a bývají spíše odmítány a ze skupiny vyčleňovány. Podle Michalové celková atmosféra prostředí v němž dítě vyrůstá, výrazně ovlivňuje průběh socializace a učení vzájemným interakcím s okolím (11: 7). Odmítání a antipatie od blízkého okolí se negativně odráží v sebepojetí dítěte a jeho dalším vývoji.

Hyperkinetické dítě, které trpí nedostatkem sociálních vazeb a uznání ve společnosti, je značně deprivováno. Dítě se snaží upoutávat na sebe pozornost, a to neustále a někdy také nevhodným způsobem, toto jeho počínání může vzbudit další vlnu nepochopení a zavrhování ostatními. Dítě je velmi citlivé na projevy okolí k jeho osobě a pokud jsou především záporné, začíná mít i ono samo o sobě záporné mínění (je neoblíbené, nežádoucí, nikdo ho nemá rád...).

(Vágnerová, M., 2005)

(Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006)

(Michalová, Z., 2007)

PRAKTICKÁ ČÁST

1. POSTAVENÍ HYPERAKTIVNÍHO DÍTĚTE V KOLEKTIVU PŘEDŠKOLNÍCH DĚTÍ

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku dětí s hyperkinetickým syndromem a jejich sociální vazby ve skupině vrstevníků, ve třídě mateřské školy.

Dle MKN-10 je hyperkinetická porucha charakterizována raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Tyto rysy chování se objevují ve všech situacích a jsou trvalé.

Děti s hyperaktivitou mívají často problémy při získávání kamarádů, pokud se jim podaří spřátelit se, je pro ně obtížné si vztahy udržet.

1.1 CÍL ŠETŘENÍ

Hlavním cílem tohoto šetření bylo vytipování a vytvoření vzorku předškolních dětí s hyperaktivním syndromem, zmapování sociálních vazeb těchto dětí ve třídě mateřské školy, tedy jejich postavení mezi vrstevníky.

Dalším **díličím cílem** šetření bylo sledování a popis typických projevů v chování dětí s hyperaktivitou a jejich chování vůči ostatním ve skupině (samotářství, provokace, agresivita...), zejména při hře a řízených činnostech v mateřských školách.

Před zahájením šetření byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. *Zda a jak ovlivňuje věkově homogenní a heterogenní složení předškolní třídy MŠ postavení hyperaktivního dítěte?*
2. *Zda přijetí či odmítnutí hyperaktivního dítěte vrstevnickou skupinou ovlivňují některé (které?) projevy chování (agresivita, dominance, samotářství...)?*
3. *Zda a jak ovlivňuje přijetí či odmítnutí dítěte vrstevníky pohlaví hyperaktivního dítěte?*

1.2 ORGANIZACE ŠETŘENÍ

Šetření probíhalo v roce 2008. Bylo prováděno ve třech mateřských školách na území jihočeského kraje.

Výzkumný vzorek byl tvořen 10 dětmi ve věkovém rozmezí 5 let až 6 let a 8 měsíců (věkové rozložení dětí viz tabulka č.1). Výzkumný vzorek se dále skládal ze dvou skupin, a to dle věkového rozložení třídy, kam jednotlivé děti docházely. Polovina dětí tedy docházela do věkově homogenní třídy předškolních dětí a druhá polovina do tříd, které byly věkově smíšené (heterogenní).

Pro výzkum bakalářské práce byly zvoleny následující metody - pozorování, rozhovor a sociometrie.

Pro záznam pozorování byl vypracován pozorovací arch dle MKN-10.

2. METODOLOGIE VÝZKUMU

Metodologie je věda, která se zabývá metodami, pomocí kterých hledáme řešení určitého problému nebo odpověď na danou otázku. Pedagogická metodologie se snaží získávat nové poznatky výzkumem v oblasti pedagogiky.

Pro výzkum je důležité zvolení vhodných metod. Ve své práci jsem při posuzování postavení hyperaktivního dítěte v kolektivu vrstevníků v mateřské škole použila pozorování, rozhovor a sociometrii. Uvedu zde základní popis těchto metod.

2.1 Pozorování

Pozorování je nejstarší používanou výzkumnou metodou. Sleduje, zaznamenává a popisuje činnost lidí, které pozorujeme. Podle Skalkové je pozorování, jako vědecká metoda, cílevědomé, soustavné, plánovité sledování (vnímání) výchovných jevů a procesů, které směřuje k odhalování podstatných souvislostí a vztahů sledované skutečnosti. Pozorování je subjektivní a má výběrový charakter.

Rozlišujeme pozorování přímé, které vedl sám výzkumný pracovník a pozorování nepřímé, které bylo pořízeno jinými lidmi. Pozorování dále rozdělujeme na krátkodobé a dlouhodobé, které může trvat i několik let.

Vypozorované jevy se zaznamenávají a vede se o nich protokol. Záznamy by měly být podrobné, aby vedly k co nejpřesnějším výsledkům.

(Somr, M., 2006)

(Skalková, J., 1983)

2.2 Rozhovor

Metoda rozhovoru je založena na verbální komunikaci mezi jedincem provádějícím výzkum a zkoumaným jedincem.

Vhodně pokládanými otázkami je respondent podněcován k odpovědím a informacím o sobě, o svých názorech, vztazích a postojích.

Rozlišujeme rozhovor standardizovaný, který je předem připravený a promyšlený z hlediska znění otázek a jejich pořadí (je velmi podobný dotazníku, je však zadáván ústní formou) a rozhovor nestandardizovaný, kde si výzkumný pracovník připravuje základní otázky, které bude klást, ale jejich obsah, pořadí a formulace závisí na momentální situaci.

Rozhovor můžeme rozdělovat také podle toho, kolik osob se ho účastní na individuální (respondent je jeden) a skupinové, kdy výzkumný pracovník současně pracuje s více respondenty.

Důležité je formulovat otázky tak, aby ověřovaly hypotézu výzkumu, nejde pouze o sbírání faktů nebo názorů lidí na určitou problematiku.

(Somr, M., 2006)

(Skalková, J., 1983)

2.3 Sociometrie

Metoda sociometrie se zaměřuje na zjišťování sociálních vztahů a postavení jedince ve skupině.

Sociometrie bývá spojována se jménem J.L.Morena a její začátky sahají až do třicátých let minulého století.

Jejím základním nástrojem je sociometrický test (standardizovaný sociometrický dotazník). Test obsahuje otázky, které jsou sestaveny tak, aby vypovídaly o vztazích ve skupině – oblíbenosti, neoblíbenosti, spolehlivosti, vlivnosti atd. Otázky vyplňuje každý člen skupiny, aniž by ostatní věděli o výběrech, které provedli jiní, aby se tak předešlo vzniku konfliktů. Jednotlivé volby (kladné a záporné)

se na závěr sčítají a výsledky se zaznamenají do sociometrické matice nebo sociogramu.

Mezi další techniky používané při zjišťování interakce a postavení jedince ve skupině patří různé diagnostické hry, při kterých se dá zajímavou formou proniknout do vztahů ve skupině (cesta kolem světa na lodi, bodové ohodnocení jednotlivých členů skupiny podle různých kritérií – spolehlivost, sympatie...).

(Skalková, J., 1983)

2.4 Projektivní technika

Projektivní technika patří mezi kvantitativní metody výzkumu stejně jako sociometrie. Název použil poprvé psycholog L. K. Frank, a to v roce 1939. Ten vymezil projektivní techniku jako metodu výzkumu osobnosti, která využívá konfrontace probanda s určitou situací a zkoumá jaký má pro něj daná situace význam a jak se při odpovídání cítí.

Projektivní metody se používají především při zkoumání názorů, potřeb, postojů, interpersonálních vztahů apod. Jejich výhodou je to, že zkoumaný jedinec často neví, co konkrétně daný test zkoumá a jak by na něj měl odpovědět, a tak většinou nedochází k záměrnému zkreslení výsledků.

Projektové metody se dělí na verbální, výtvarné a manipulační. Verbální projektové metody využívají především slovních vyjádření a asociací na určité podněty (obrázky, slova...). Mezi nejznámější techniky se řadí metoda nedokončených vět, Rorschachův test a volné slovní asociace. Dalším typem projektivních metod jsou výtvarné (grafické) projektivní techniky využívající kresbu jako prostředek ke zkoumání různých charakteristik osobnosti člověka. Mezi nejznámější grafické projektivní techniky patří kresba postavy a kresba stromu. Do poslední skupiny projektových metod spadají manipulační techniky, které využívají manipulace s nějakým materiálem, nebo vybírání z nějakého materiálu. Do této kategorie se řadí hodnocení výběru a významu barev u zkoumaného jedince, dále pantomima a hraní rolí, či manipulace s materiálem (ohýbání drátu, rozestavění figurek na scéně apod.).

(Svoboda, M., 1999)

Pro zjištění postavení hyperaktivního dítěte ve vrstevnické skupině třídy mateřské školy byla zvolena projektivní technika, kdy každé dítě ze třídy

přikládá postupně ke svým spolužákům (nakreslené postavy chlapců a dívek bez obličejů) vždy jeden ze čtyř možných obličejů (výrazy: veselý, zamračený, plačící a rozzlobený) podle toho, jak se v přítomnosti dítěte cítí.

Pro zjištění kladných a záporných voleb ve třídě byla zvolena sociometrická metoda, kdy jsem se každého dítěte zeptala: „Kdyby jste jeli na výlet, vedle koho bys chtěl sedět a vedle koho bys sedět rozhodně nechtěl?“. Zde jsem předpokládala, že záporné volby budou převládat spíše u vybraných hyperaktivních dětí.

3. KASUISTIKY

V následujících kasuistikách byla změněna pravá jména dětí, aby byla zachována jejich anonymita.

3.1 Kasuistiky hyperaktivních dětí z věkově heterogenních tříd

MARTIN

Chlapec, věk: 5,4

Chlapec se narodil jako dítě z prvního těhotenství matky. Těhotenství proběhlo v pořádku, porod byl v termínu, avšak nastaly při něm komplikace (nedostatečné okysličování mozku dítěte během porodu).

Chlapec navštěvuje věkově smíšenou integrovanou třídu v mateřské škole, byla u něj diagnostikována hyperkinetická porucha (leden 2007), která se značně promítá do jeho chování.

Rodinná anamnéza

Chlapec má staršího nevlastního bratra (otcův syn z prvního manželství), ten je zdravý. Na konci minulého roku se narodil Ondrovi mladší bratr.

Mezi rodiči je věkový rozdíl 10 let. Otec byl již jednou ženatý, po rozvodu se u něj objevil abúzus alkoholu. V této době se seznámil se současnou manželkou. Z otcovy strany příbuzenstva byl potvrzen výskyt LMD.

V rodině je uplatňována nedůsledná a benevolentní výchova, která může do velké míry ovlivňovat průběh poruchy a agresivní projevy. Rodiče zřejmě často dělají Martínkovi ústupky a většinu věcí „odpracují“ za něj, aby měli „klid“. Chlapec se často vzteká a je agresivní. Ve školce používá často ve vzteku frázi „Vypadni a nechci tě vidět“, kterou křičí na učitelku. Je možno předpokládat, že je to naučená fráze, kterou slýchá od rodičů.

Osobní anamnéza dítěte

U chlapce byla diagnostikována dětským klinickým psychologem ADHD se snížením pozornosti a s agresivními projevy (leden 2007, poslední kontrola u klinického psychologa byla v únoru 2008).

První problémy se objevily již v kojeneckém věku, a to v biorytmu dítěte. Chlapec měl problémy s usínáním, nechtěl spát a často plakal. Problémy byly i v příjmu potravy, chlapec nechtěl jíst a často zvracel. Byl zvýšeně dráždivý. Podobné potíže v oblasti spánku a příjmu potravy přetrvávají až do současnosti. Chlapec špatně usíná a často se probouzí. Odmítá běžnou stravu, ve školce nechce jíst oběd a to ani polévku, říká že má pocit na zvracení, když jídlo cítí. Jí zde pouze suchý chléb nebo rohlík při svačině. Doma jí často lipánky, buchty, rohlíky, chipsy apod. Nelze říci zda jde o zažívací potíže (pocit na zvracení) nebo spíš o protest a manipulaci s rodiči a okolím.

U Martina byly patrné významné projevy hyperaktivity. Rychle střídal aktivity, odbíhal a nevydržel u sedavých činností nebo činností vyžadujících delší dobu koncentraci pozornosti. Narušoval ostatním často hru. Byla oslabena i pozornost, často vypadal že neposlouchá. S poruchou ADHD souviselo i opoždění psychomotorického vývoje dítěte. Velkým problémem začaly být jeho stále častější agresivní projevy v chování. Neuměl ovládat své chování a bylo obtížné ho usměrňovat. Problémy jako vzdorovitost, neposlušnost a vyrušování při skupinových činnostech se vyskytovaly každý den. Míval často záchvaty zuřivosti, kdy křičel, kopal nebo zcela ztrácel sebekontrolu. Někdy se u něj objevilo i destruktivní chování, kdy cíleně ničil hračky, bouchal do věcí, házel s nimi apod. Byl od raného věku emočně labilní a dokázala ho z rovnováhy vyvézt maličkost. Byl značně impulzivní a jednal bez přemýšlení.

Martínek bral léky na snížení hyperaktivity a stimulaci pozornosti, byly vidět pozitivní výsledky ohledně těchto oblastí. Léky však nyní nebere a zdá se, jako by se projevy poruchy zhoršily. Chlapec je dokonce více agresivní než dříve.

Současný stav dítěte

Martinovo chování neodpovídá jeho věku, vykazuje projevy infantilility. Jsou opožděny některé složky vývoje.

V hrubé motorice jsou vidět nedostatky v pohybovém projevu, špatná koordinace pohybů, celkově chlapec působí neohrabaně. Velké nedostatky jsou v jemné motorice, které je možno pozorovat v jeho kresbě. Chlapec pouze čmárá, nezvládne správně nakreslit ani kolo, natož postavu člověka. Řeč je bez vad výslovnosti, avšak chlapec při mluvení výrazně grimasuje, což se projevuje v artikulaci. Má o něco chudší slovní zásobu a vyjadřování než jeho vrstevníci.

V současné době jsou největším problémem jeho agresivní projevy, kterými ohrožuje ostatní děti a učitelku. Ve třídě je pedagogický asistent, který se však věnuje více dětem najednou. Zdá se, že by Martínek potřeboval asistenta, který by se věnoval pouze jemu a to po celý jeho den strávený ve školce.

Chlapec je značně emočně labilní, když se dostane do afektu křičí a kope kolem sebe, pak propukne v hlasitý pláč.

S ostatními dětmi na třídě většinou nevychází dobře, a to především kvůli svým agresivním a impulsivním projevům. Většinou si hraje sám. V průběhu dne však fyzicky napadá (strkání, pošťuchování, ale i házení předmětů) ostatní děti, od kterých si tímto způsobem zřejmě vyžaduje pozornost. Některé z dětí občas chlapce schválně provokují, a ten se pak dostává do afektu.

Kombinací různých léčebných postupů a důsledné výchovy by se určité daly zmírnit některé nežádoucí projevy chování, mělo by se tak ale stát co nejdříve ještě před nástupem do školy.

JANA

Dívka, věk: 6,7

Janička je dítě ze třetího těhotenství. Dochází do věkově smíšené integrované třídy v mateřské škole. V jejím chování lze pozorovat impulzivitu a celkový neklid. V září tohoto roku by měla zahájit povinnou školní docházku.

Rodinná anamnéza

Jana má dva starší bratry. U jednoho z nich byla diagnostikována LMD a specifické poruchy učení (dyslexie a dysgrafie). Druhý bratr je zdravý.

Rodiče jsou ve věku 38 let otec a 35 let matka. Matka zdráva, u otce byly specifické poruchy učení na bázi LMD.

Osobní anamnéza dítěte

Psychomotorický vývoj dívky probíhal doposud značně nevyrovnaně. Některé složky vývoje (jemná a hrubá motorika, koncentrace pozornosti, zrakové a sluchové vnímání) neodpovídají jejímu věku. Celkově působí dojmem mladšího dítěte.

Holčička byla zvýšeně aktivní, a to i tehdy, kdy nebyl pohyb vyžadován (zejména při činnostech u kterých se sedělo déle než pět minut) nebo byl nevhodný. Vrtěla se na místě, kopala nohama, neustále si s něčím pohrávala.

Při výkladu učitelky nebo ostatních dětí se nesoustředila, skákala jim do řeči a povídala o sobě. Od raného dětství byla velice impulzivní, jednala podle náhlých popudů, přičemž většinou zapomínala na určená pravidla. Na rovinu dokázala říci, že jí činnost nebo zadaný úkol nebaví a odcházela od něj. Vždy měla neustálou potřebu povídat a komentovat činnost, kterou se zrovna zabývala ona nebo někdo jiný.

Často vyhledávala kontakt s učitelkou nebo praktikantkami, které do třídy docházely. Při objetí nebo držení za ruku však používala neúměrnou sílu stisku, což působilo spíše hrubě a nepříjemně. Byla u ní značná emoční labilita. V tomto případě by se možná dalo spekulovat o nedostatečném emočním uspokojení v rodině a chladnějších citových vztazích ze strany rodičů k dívence.

U Jany byla zjištěna krátkozrakost a měla by nosit brýle, často na ně však zapomíná a do školky je nenosí. I tento faktor možná ovlivňuje její krátkodobou koncentraci pozornosti.

Současný stav dítěte

Janička neumí kontrolovat projevy svého chování a svojí impulzivitou může na okolí působit infantilně nebo nevychovaně vzhledem ke svému věku, což navíc umocňuje její slovní projev, kterým dává hlasitě najevo svoje pocity libosti a nelibosti. Dalo by se říci, že je značně upovídaná a projevuje se i v nevhodných situacích.

Je snadno vyrušitelná okolními podněty, nedokáže se plně soustředit na zadaný úkol nebo činnost.

Hrubá motorika je na dobré úrovni, avšak problémová je koordinace pohybů či řada pohybů, které po sobě následují a opakují se (serialita). Zvýšené úsilí pro ni představuje také udržení rovnováhy při stoji na jedné noze.

V jemné motorice jsou nedostatky větší. Dívka příliš křečovitě drží tužku při kreslení a grafomotorických cvičeních. Při kresbě a grafomotorických činnostech se dlouho nesoustředí a brzo opadá její zájem o činnost, a tak jí odbývá, aby ji měla brzy hotovou. Kresba neodpovídá věku dítěte.

Na dívce je vidět značný neklid, je neustále v pohybu a vrtí se, nechce hrát hry či plnit úkoly o které ona sama v danou chvíli nemá zájem. Neumí kontrolovat a mírnit svoje impulzivní projevy v chování.

K ostatním dětem ve třídě se chová hezky, někdy se však snaží zastínit ostatní tím, že si přehnaně vyžaduje pozornost. Při hře si vybírá zejména mladší a menší holčičky, o které se pak během volné hry „stará“.

Janičce dělá problémy být tolerantní a empatická k ostatním. Neumí naslouchat druhému, ale je ochotná mu pomoci, když ji požádá.

Dívka by v září letošního roku měla zahájit povinnou školní docházku. Dá se předpokládat, že u ní budou projevy nadále přetrvávat během prvních ročníků základní školy a činit jí problémy při plnění požadavků učitele a osvojování učiva.

DANIEL

Chlapec, věk: 5,3

Chlapec pochází ze sociálně slabé rodiny, je z prvního těhotenství. Navštěvuje stejnou třídu mateřské školy jako Martin a Jana. Projevy neklidu a impulzivity u něj nejsou tak patrné jako u předešlých dvou dětí, v poslední době se však zhoršily a zvýšila se jejich frekvence.

Rodinná anamnéza

Chlapec má mladšího bratra, kterému jsou 2 roky. Od září by měl začít navštěvovat mateřskou školu, do které dochází Daniel.

Matka má pouze základní vzdělání, v současné době je na mateřské dovolené, otec je v invalidním důchodu.

Přítomnost LMD a specifických poruch učení byla zjištěna u obou z rodičů.

Rodina zřejmě nenaplnuje správně ekonomicko-zabezpečovací funkci vůči dětem, což je vidět na oblečení a obuvi v které chlapec do školky dochází (dřevé punčocháče a oblečení, rozbitá obuv...).

Osobní anamnéza dítěte

Daniel se v kojeneckém a batolecím věku rozvíjel pomalu, největší nedostatky byly v oblasti řeči a jemné motoriky. Do jeho vývoje se pravděpodobně znatelně promítalo málo podnětné prostředí ve kterém vyrůstá.

Mateřskou školu navštěvuje Daneček od září loňského roku a na začátku docházky téměř nemluvil. Měl chudou slovní zásobu, která neodpovídala jeho věku. Během školního roku se objevil v řeči značný pokrok. Chlapec se rozmluvil a rozšířil si výrazně svůj slovník a zlepšil schopnost vyjadřování.

Dále byly rozvíjeny ostatní oblasti psychomotorického vývoje a byly patrné pokroky v jeho jemné a hrubé motorice od nástupu do mateřské školy.

V jeho chování se v průběhu roku začaly objevovat znaky hyperkinetické poruchy. Dan byl neklidný, zvýšeně dráždivý a impulzivní. Utíkal často ze společných her, sám u žádné hry dlouho nevydržel, ostatním hru narušoval. Často se vztekal, byl zvýšeně dráždivý a emočně labilní. Neuměl ovládat své chování.

Špatně se soustředil při komunikaci ostatních, vypadal jako by je vůbec neposlouchal, byl snadno vyrušitelný okolními podněty.

Daniel je menší, celkově drobnější postavy, působí dojmem mladšího dítěte než ve skutečnosti je.

Současný stav dítěte

V současné době se velmi zlepšila Danečkova řeč a hrubá motorika, zhoršilo se však chování a interakce s okolím.

Běh, chůzi do a ze schodů chlapec bez problémů zvládá, činí mu však potíže koordinace pohybů a držení rovnováhy.

V jemné motorice jsou stále velké nedostatky. Při držení tužky je ruka příliš křečovitá. Kresba neodpovídá Danovu věku, což je velmi dobře poznat na kresbě lidské postavy. Kresba stále připomíná hlavonožce – chybí tělo a krk, končetiny vycházejí z hlavy.

Nevydrží sedět v klidu a poslouchat, když hovoří ostatní. Do projevu jim zasahuje vlastními průpovídkami, vrtí se nebo odbíhá pryč.

V současné době se zhoršilo také Danielovo chování vůči učitelce. Přestal ji respektovat jako autoritu a staví se proti ní často do opozice, zejména pokud poruší nějaké pravidlo a je učitelkou napomínán, nebo je-li po něm vyžadována činnost, o kterou on sám v danou chvíli nejvíce zájem.

Chlapec je emocionálně labilní, pokud ho něco rozruší, začne křičet a vztekat se a nemá daleko k pláči.

Celkově je Danův vývoj nevyrovnaný a některé jeho projevy neodpovídají jeho věku. V tomto případě lze předpokládat velký vliv rodiny a rodinných poměrů na chlapcův vývoj a jeho chování.

Chlapec se v poslední době ve třídě často pere, napadá ostatní děti, jednoho kloučka dokonce kousl do tváře. Nerespektuje a porušuje pravidla stanovená ve školce. Neumí kontrolovat své chování.

Narušuje ostatním dětem hru, sám si nevydrží delší dobu hrát, a tak pobíhá po třídě sem a tam a snaží se zapojit do hry ostatních dětí, a to ne vždy vhodným způsobem (pošťuchuje je, strká do nich a provokuje je).

Doporučila bych návštěvu klinického psychologa, aby se zjistila příčina chlapcova chování.

ELIŠKA

Dívka, věk: 5,0

Dívka je z druhého těhotenství, narodila se předčasně. Od raného dětství má zdravotní problémy, je často nemocná.

Od září 2007 dochází do věkově heterogenní integrované třídy mateřské školy.

Rodinná anamnéza

Eliška pochází z druhého manželství.

Má starší patnáctiletou sestru, která je z matčina prvního manželství. Sestra je zdravá. Obě dívky mají mezi sebou hezký vztah.

Rodiče jsou zdraví. Rodinné zázemí je dobré.

Osobní anamnéza dítěte

Dívka se narodila z druhého těhotenství. Porod byl předčasný, ve 25. týdnu těhotenství, porodní váha byla 620 gramů. Pobyť v inkubátoru.

Opakovaně byla hospitalizována na dětském oddělení. Operace ledvin a vaječníků. V současné době má pouze jednu ledvinu. Prodělala černý kašel.

Ještě před nástupem do MŠ (září 2007) měla epileptické záchvaty, nyní je bez záchvatů. Má astma. Eliška má kolísavou hladinu cukru v krvi. Má oslabenou imunitu a je často nemocná.

Je sledována na neurologii a endokrinologii.

Eliška musí dvakrát denně cvičit na posílení břišních a zádových svalů. Po domluvě rodičů s učitelkou probíhá toto cvičení jednou ve školce a jednou doma.

Od raného dětství u ní byl opožděný psychomotorický vývoj. Největší nedostatky byly v oblasti jemné a hrubé motoriky. Vývoj je i v současné době opožděný oproti jejím vrstevníkům.

Eliška vykazuje značné projevy hyperaktivity spojené s poruchou pozornosti a impulzivitou. Rychle střídá činnosti, špatně se soustředí a jedná podle náhlých popudů.

Adaptace v mateřské škole proběhla bez problémů. Na docházku si zvykla rychle, vůči dětem byla kamarádká, nedělal jí problém kontakt s dospělými osobami (personál MŠ).

Za Eliškou dochází do mateřské školy dvakrát týdně canisterapeutický tým, který se snaží za pomoci psa zlepšovat koncentraci pozornosti a rozvíjet hrubou a jemnou motoriku na podkladě individuálního vzdělávacího plánu a práce učitelky.

Současný stav dítěte

V současné době je psychomotorický vývoj dítěte v některých složkách stále ještě opožděný.

Eliška je drobné postavy, nižšího vzrůstu. Fyzický zjev ani psychické projevy neodpovídají jejímu věku.

Dívka má hyperaktivní projevy, rychle střídá předmět svého zájmu. Zlepšila se u ní koncentrace pozornosti, stále však ještě nevydrží dlouho sedět u náročnějších úkolů a často od nich utíká, nechá se snadno rozptýlit okolními podněty.

Největší nedostatky jsou v hrubé a jemné motorice. Dívka má problém s koordinací pohybů a s udržováním rovnováhy. Její pohyby jsou nejisté, působí

nešikovně až neohrabaně. Eliška nadále musí denně dvakrát cvičit posilovací cviky na břišní a zádové svalstvo. V jemné motorice je znatelné opoždění především v kresbě, ta nemá žádný charakter, je ve stádiu čárání. Špatná motorika prstů je vidět také na nejistotě při stříhání nebo při navlékání korálků. U Elišky v současné době probíhá nácvik špetkového úchopu tužky.

Řeč je v souladu s věkem dítěte, je přiměřeně dysláická (problémy s výslovností sykavek a hlásek r, ř). Slovní zásoba odpovídá věku.

Umí rozlišovat a pojmenovat barvy, zvířata a věci kolem sebe (věci denní potřeby, dopravní prostředky...).

Početní řadu vyjmenuje do 5. Při určování počtu dokáže správně spočítat a rozlišit množství od jedné do dvou, vyšší počet určit nezvládne.

Sluchová diferenciacie je na dobré úrovni. Dokáže pomocí zvukového záznamu a obrázků přiřazovat k jednotlivým zvukům správné obrázky, na kterých je zobrazen zdroj zvuku (zvuky zvířat, věci...).

Zraková diferenciacie a koordinace oko-ruka je na horší úrovni. Dívence činí obtíže plnění různých grafomotorických listů, zejména bludišť. Při skládání obrázku dokáže složit pouze obrázky rozdělené na dvě poloviny. Obrázky rozdělené na více částí nesloží.

Eliška si většinou hraje sama, ostatní děti při hře nevyhledává. Je k nim ale kamarádká, nemá s nimi konflikty.

DAVID

Chlapec, věk: 5,10

Chlapec pochází ze třetího těhotenství. Oboustranná percepční těžká nedoslýchavost, zbytky sluchu. V chování se objevují hyperaktivní projevy.

Do mateřské školy dochází od září 2005. Dochází do věkově smíšené integrované třídy.

Rodinná anamnéza

Chlapec pochází z druhého manželství. Má dva starší nevlastní sourozence (bratry), kteří pocházejí z prvního manželství matky. Oba bratři jsou zdraví, stejně tak i chlapcovi rodiče.

Osobní anamnéza dítěte

Chlapec se narodil ze třetího těhotenství. Průběh porodu byl normální, v termínu. Narodil se s těžkou poruchou sluchu, oboustrannou percepční nedoslýchavostí.

Davídek je od května 2004 uživatel kochleárního implantátu. Je v péči 2. LF Univerzity Karlovy v Praze a SPC pro sluchově postižené v Riegrově ulici v Českých Budějovicích.

V důsledku sluchového postižení je u něho opožděn psychomotorický vývoj. Od raného dětství bylo vidět značné opoždění v hrubé motorice. Chlapec začal sedět v 8. měsíci, opožděn byl i vývoj řeči. Řečové dovednosti se začaly rozvíjet po aplikaci kochleárního implantátu ještě před druhým rokem života.

Do mateřské školy začal docházet v září roku 2005. Adaptace probíhala velmi pomalu a problematicky. Na začátku docházel do třídy na krátkou dobu (na jednu a později na dvě hodiny) a v přítomnosti matky. Docházka s doprovodem matky trvala 2 roky. Od září loňského roku začal do MŠ docházet sám, na celé dopoledne.

Když do mateřské školy nastoupil, našel si kout ve kterém si hrál a během pobytu ve třídě ho do odchodu domů neopustil. Když za ním do tohoto koutku přišla učitelka, hrál si s ní, jinak její pozornost nevyhledával. S dětmi si v této době vůbec nehrál.

V mateřské škole nejedl ani nechodil na toaletu, pil pouze čaj, který mu podávala maminka. Od září loňského roku si dojde ve školce sám na toaletu. Sedne si s dětmi ke svačině, ale nejí, pouze vypije čaj. Od ledna letošního roku začal zůstat na oběd, sám se nají.

Chlapec špatně snáší změny, má strach. Dělá mu problém přecházet do jiné třídy nebo jede-li se do mateřské školy jinou cestou než na kterou je zvyklý.

Chlapec je velmi roztěkaný, neudrží dlouho pozornost, často střídá činnost aniž by předchozí dokončil.

Současný stav dítěte

Chlapcův psychomotorický vývoj je nadále nevyrovnaný s velkými nedostatky v oblastech řeči a motoriky. Vývoj je z velké části ovlivněn sluchovou vadou.

Chlapcova řeč je hodně opožděna, při verbální komunikaci bývá málo aktivní. Mluvené řeči rozumí dobře, chápe, co po něm učitelka v dané chvíli vyžaduje, má

však slabou slovní zásobu a řeč většinou nechce používat. Davídek stále používá slova (především citoslovce), která se naučil na začátku řečového vývoje (např. mašinka – hů, letadlo – áá), pravým pojmům rozumí, ale nepoužívá je.

Vlivem sluchové vady byl narušen také vývoj motoriky a orientace v prostoru. David má problémy s koordinací pohybů, pohyby jsou těžkopádné, někdy křečovitě, když se na pohyb příliš soustředí. Chlapec neumí stát na jedné noze, neumí udržet rovnováhu.

Ovlivněna je i jemná motorika, Davídek křečovitě drží tužku, kresba je nepřesná, neodpovídá jeho věku. Chlapec se bez pomoci nedokáže sám obléci.

Optická percepce je na dobré úrovni, všímá si detailů, což je vidět na grafomotorických cvičeních, která chlapec vyplňuje.

U činností, které ho nebaví nebo jsou náročné dlouho nevydrží, staví se do opozice a nepracuje, otáčí se k učitelce zády a dělá, že „neslyší“.

David je velmi zodpovědný a opatrný na procesor. Sám ví, při kterých činnostech ho mít nemůže a odkládá si ho (např. když jde na skluzavku).

V současné době chlapec nemá problém sám vstoupit do třídy mezi děti, jejich pozornost však stále nevyhledává a dává přednost samostatné hře. Do jednoduchých pohybových her řízených učitelkou se zapojí, pravidla hry však většinou nechápe.

Chlapec stále velmi špatně snáší změnu a na jakoukoliv změnu (prostředí, režimu...) je velmi citlivý.

Chlapec je v předškolním věku, ale má navrhnutý odklad školní docházky pro příští školní rok (2008/2009). Do budoucna rodiče uvažují o zapsání Davida do běžné ZŠ s pedagogickým nebo osobním asistentem, který by chlapci pomáhal.

3.2 Kasuistiky hyperaktivních dětí z věkově homogenní třídy

MATĚJ

Chlapec, věk: 6,10

Chlapec se narodil z prvního těhotenství. Dochází do věkově homogenní třídy předškoláků. Matýsek je po odkladu školní docházky, do základní školy by měl nastoupit letos v září.

Rodinná anamnéza

Matěj má mladší sestru, které jsou tři roky a loni v září začala chodit do stejné mateřské školy jako její bratr. Je zdráva, stejně tak jsou zdraví i oba rodiče. Projevy hyperaktivity, LMD či SPU nebyly v rodině prokázány.

Osobní anamnéza dítěte

Chlapec se jevil již od ranného dětství jako neklidný a zvýšeně dráždivý. Měl potíže s příjmem potravy a také poruchy spánku (špatně usínal a často se během noci probouzel).

Vývoj motoriky byl u Matěje pomalejší, jeho pohybové činnosti byly nejisté, chlapec působil neohrabaně a nešikovně.

Nástup řeči a řečových dovedností byl opožděný, řeč byla dlouho nesrozumitelná, zmatečná, s vadami výslovnosti. V řeči se také často objevovaly agramatismy. Projevuje se velmi hlasitě.

U chlapce byly zřetelné projevy hyperaktivity, impulzivity a porucha pozornosti. Na základě těchto projevů u něho byla odložena školní docházka.

Chlapec měl problémy zůstat v klidu a na jednom místě. U činností při kterých musel sedět se vrtěl, kopal nohama, houpal se na židli apod. Při výtvarných činnostech, grafomotorických cvičeních se nedokázal plně soustředit na práci, rozhlížel se po třídě a sledoval ostatní děti. Jeho zájem o práci brzy opadal, snažil se ji dokončit rychle, a tak byla jeho práce většinou nedbalá a nepřesná.

Současný stav dítěte

Rodina a mateřská škola se nadále podílejí na celkovém psychomotorickém rozvoji chlapce a zaměřují se zejména na oblasti v kterých má chlapec největší nedostatky – řeč, koncentrace pozornosti, optická a sluchová percepce a jemná motorika.

Od září nastal velký posun v chlapcově řeči. Zlepšila se stavba vět a jejich obsahová stránka. Matěj má stále problém s výslovností hlásky „r“ (rotacismus), jednou týdně dochází k logopedovi.

Hrubá motorika je na dobré úrovni, některé pohyby jsou však nejisté a nepřesné. Chlapci dělá problém koordinace pohybů, například při současném pohybu horních a dolních končetin.

V jemné motorice je znatelná nejistota, špatná koordinace oko-ruka a křečovitě držení a přílišný tlak na tužku nebo nůžky. Tyto činnosti chlapce příliš nebaví, nedává si na nich záležet a většinou chvátá, aby je měl rychle hotové. Kresba neodpovídá věku dítěte.

Projevy hyperaktivity a impulzivity se objevují opětovně během celého dne. Chlapec často mění hru, přebíhá od jedné činnosti ke druhé, aniž by ji dokončil nebo si po sobě uklidil hračku, která ho přestala zajímat. Učitelka musí chlapci často připomínat, aby si po sobě uklízel.

Do většiny činností řízených učitelkou se Matěj moc zapojovat nechce, říká, že ho to nebaví. Často se staví do opozice učitelce, dělá že ji neposlouchá, snaží se vyhnout zadaným úkolům nebo si je zjednodušit. Opakovaně porušuje pravidla, přičemž využívá nepozornosti učitelky.

Podobný vztah má chlapec k praktikantkám, které nepřijímá jako autoritu a zkouší, co všechno si k nim může dovolit. Chlapec také využívá toho, že praktikantky neznají všechna pravidla určená na třídu a ptá se jich na svolení činností, které mají od paní učitelky zakázané nebo nějakým pravidlem omezené.

V kolektivu ostatních dětí je velmi výrazný, neboť na sebe neustále upoutává pozornost svými průpovídkami, komentáři a „živým“ chováním. Občas se snaží vyprovokovat některého z chlapců, pošťuchuje je a následně se s nimi pere.

Vyhledává hru s ostatními dětmi a snaží se být při hře dominantní, v důsledku toho pak vznikají konflikty a roztržky mezi ním a zbytkem dětí.

Lze předpokládat, že chlapcovy problémy v chování budou přetrvávat i během prvních ročníků základní školy.

MILAN

Chlapec, věk: 6,3

Chlapec se narodil z prvního těhotenství. Od září loňského roku navštěvuje věkově homogenní třídu předškolních dětí. Jeho vývoj je značně opožděný, zejména v řeči, jemné motorice a emocionální zralosti. Jsou u něj viditelné projevy neklidu, impulzivity a porucha pozornosti. V září letošního roku by měl chlapec zahájit povinnou školní docházku.

Rodinná anamnéza

Chlapcovi rodiče mají rozdílnou státní příslušnost. Otec je Čech, matka pochází z Ukrajiny, kde také chlapec do svých 5 let vyrůstal.

Chlapec nemá žádného sourozence.

Osobní anamnéza dítěte

Chlapcův dosavadní psychomotorický vývoj probíhal pomalu, v mnoha složkách je opožděný a neodpovídá věku dítěte.

Největší nedostatky jsou v řeči. Milanova řeč je nesrozumitelná, s vadami výslovnosti. Chlapci není téměř rozumět. Má malou slovní zásobu a k vyjadřování používá jednoduché věty. Dělá mu problém skloňování a rod u podstatných jmen.

Velké nedostatky jsou též v jemné motorice, chlapec má špatnou motoriku prstů. Tužku drží křečovitě a tlačí na ni.

Také hrubá motorika je opožděna. Milanovi činí problémy zejména složitější pohybové úkony. Při chůzi ze schodů nedokáže střídat nohy, což většina dětí jeho věku dávno umí. Nezvládá poskoky na jedné noze, nevydrží na ní ani stát, neumí udržet rovnováhu a přepadává. Koordinace pohybů je velmi špatná.

Chlapec je výrazně emocionálně labilní, dalo by se říci až emocionálně nevyzrálý, z rovnováhy ho dokáže vyvézt maličkost, jeho chování je často až hysterické. Stačí, když se mu něco nedaří a začne se projevovat křikem, propukne v pláč. Křikem vyjadřuje i pocity nelibosti, když ho někdo z dětí provokuje, sebere mu hračku apod. Neumí ovládat a mírnit své emoce. Při rozebírání tohoto problému s matkou dítěte a hledání společného řešení, učitelce odpověděla, že doma ho v takové situaci zavírá na záchod nebo do koupelny než se uklidní a ať to zkusí paní učitelka ve školce také. Lze předpokládat, že na citlivou a nevyrovnanou emocionalitu chlapce bude mít kromě pravděpodobné biologické příčiny vliv také výchova v rodině.

Chlapec je značně neklidný, jedná podle náhlých popudů, aniž by promyslel možný důsledek svého chování. Nevydrží dlouho u žádné z činností, často chodí po třídě sem a tam a vypadá jako „duchem nepřítomný“.

Současný stav dítěte

Za dobu, kterou chlapec dochází do mateřské školy (7 měsíců) u něj nebyl přes soustavnou péči a snahu učitelky výrazný pokrok v psychomotorickém vývoji.

Chlapcova řeč je téměř na stejné úrovni jako při nástupu do MŠ.

Doposud u něj není vyhraněná lateralita, často si při práci přendává tužku z pravé ruky do levé. Kresba a stříhání jsou velmi nejisté. Milánek nezvládá plnit složitější grafomotorická cvičení (např. kličky). Kresba neodpovídá jeho věku.

Je snadno vyrušitelný okolními podněty, jeho pozornost je krátkodobá, často započatou činnost a zadanou práci nedokončí a odchází od ní. Při výtvarných činnostech a grafomotorických cvičeních nestíhá tempu ostatních dětí. Koordinace oko-ruka je na velmi špatné úrovni, stejně tak optické vnímání (chlapec nezvládá vyznačit cestu jednoduchým bludištěm, nevidí rozdíly na dvou podobných obrázcích).

Ve skupině ostatních dětí je nekonfliktní, tichý a spíše nenápadný.

Společnost ostatních dětí vyhledává zřídka, děti samy ho od sebe odstrkují a nechtějí si s ním hrát. Hraje si tedy sám a často činnosti střídá. Ve třídě nemá žádného kamaráda, jsou však děti, které Milanovi občas pomáhají, když se mu něco nedaří.

Ze strany učitelky byla rodičům navržena návštěva pedagogicko-psychologické poradny, kterou však rodiče odmítají. Dále rodiče chtějí, aby chlapec v září začal chodit do základní školy, přes doporučení odkladu školní docházky učitelkou.

Je viditelné, že chlapec není dostatečně zralý pro zahájení školní docházky, a to jak psychicky, tak po fyzické stránce. Požadavky rodičů jsou v tomto případě značně přehnané, rodiče si neuvědomují, že svým rozhodnutím svému dítěti znatelně uškodí. Lze předpokládat, že dítě s touto úrovní dovedností a znalostí nebude vůbec zvládat nároky a tempo prvního ročníku na běžné základní škole.

Nejrozumnějším činem rodičů by v této situaci byla návštěva pedagogicko-psychologické poradny, kde by byly odborníky zjištěny příčiny specifických projevů v chlapcově chování a navržen postup při jeho dalším rozvoji.

JAN

Chlapec, věk: 6,7

Honzík je dítě z druhého těhotenství. Dochází do věkově homogenní třídy předškolních dětí. Má odklad školní docházky, kterou by měl zahájit letos v září.

Rodinná anamnéza

Chlapec má o tři roky starší sestru, která v současné době navštěvuje 4. třídu základní školy. nebyly u ní zjištěny symptomy hyperkinetické poruchy ani specifické poruchy učení.

Rodiče jsou rozvedení, chlapec žije pouze s matkou a starší sestrou. Otec od rodiny odešel, když byly Honzíkovi 4 roky.

Osobní anamnéza dítěte

Chlapec byl od malička neklidný, živý. Již v raném dětství byl Honzík zvýšeně dráždivý a citlivý na okolní podněty, rychle střídal objekt svého zájmu.

Jeho psychomotorický vývoj byl nevyrovnaný. Mezi různými složkami jeho vývoje byly značné rozdíly.

Největší nedostatky měl chlapec v řeči. Chlapec měl opožděný vývoj řeči. Velkým zlomem v oblasti byl jeho nástup do mateřské školy, kdy se znatelně zlepšila formální i obsahová stránka jeho řeči.

V oblasti motoriky byly vidět nedostatky v jemné motorice při hrách se stavebnicí, skládání puzzle a zejména při kresbě a grafomotorických cvičeních. Hrubá motorika byla na lepší úrovni než jemná motorika, horší byla však koordinace oko-ruka.

V Honzíkově chování se objevovaly projevy hyperkinetické poruchy. Měl zvýšenou potřebu pohybu, byl neklidný a impulzivní, měl problémy udržet déle pozornost.

Chlapec je menší a drobné postavy, neumí ovládat projevy svého chování, působí dojmem mladšího dítěte.

Současný stav dítěte

Během letošního školního roku se výrazně zlepšila jeho řeč a komunikační schopnosti, občas se však při řeči zadrhává a zapomíná co chtěl říci.

V hrubé motorice chlapec potíže nemá. Honzík dochází do sportovního oddílu kopané. Baví ho sport, avšak díky jeho touze neustále vyhrávat a být první neumí být ohleduplný k ostatním a tak jim může při hře i ublížit, aby dosáhl svého cíle.

S tímto souvisí i to, že chlapec je schopen kvůli výhře porušovat domluvená pravidla, pokud je to pro něj výhodné. Je však velmi opatrný na to, aby pravidla nepřekračoval někdo jiný. Honzík neumí prohrávat, je pro něj těžké přiznat si porážku.

Jemná motorika je na horší úrovni, pohyby prstů jsou při některých činnostech nejisté a křečovité, přičemž chlapec působí dojmem „nešiky“. Problémy v jemné motorice jsou dobře viditelné na obrázcích, které chlapec kreslí.

Chlapec má problémy s pravolevou orientací, také se mu občas pletou pojmy určující polohu (před, za, nad, pod, mezi).

Honzíkovi dále činí obtíže předmatematické činnosti. Má problém s určováním množství (více, méně, stejně) a velikosti. Pletou se mu pojmy malý, větší, největší (velký, menší, nejmenší).

U chlapce se objevují projevy hyperaktivity během celého dne takřka ve všech činnostech. Činnosti brzy střídá, nevydrží si dlouho hrát pouze s jednou hračkou.

Činností řízeným učitelkou se někdy snaží vyhýbat (např. se schovává, aby ho nebylo vidět). Nemá rád výtvarné práce, je pro něj obtížné už jen to, že musí vydržet sedět v klidu u stolečku.

K učitelce samotné se často chová tak, jako by ji neposlouchal, i když je v jeho blízkosti a mluví přímo na něj. Občas se jí snaží oponovat a staví se do opozice.

V kolektivu ostatních se snaží být při různých hrách „vedoucím“, kterého by poslouchaly všechny ostatní děti. Pokud se hra neodvíjí tak, jak by si přál, začne se vztekat a napadá ostatní (pošťuchuje je, bere jim věci, křičí na ně, tahá za vlasy apod.).

Chlapec je po odkladu školní docházky. Do základní školy by měl začít docházet v září tohoto roku. Lze předpokládat, že projevy hyperaktivity, impulzivita a poruchy pozornosti se budou vyskytovat a opakovat ještě během chlapcovi docházky na první stupeň základní školy.

PETR

Chlapec, věk: 6,7

Chlapec pochází z druhého těhotenství. Jsou u něj patrné projevy neklidu a impulzivního jednání. Dochází do věkově homogenní třídy předškolních dětí. V září letošního roku by měl zahájit povinnou školní docházku.

Rodinná anamnéza

Petrík má staršího bratra, který má dyslexii a dysgrafii. U rodičů nebyl zjištěn výskyt LMD nebo SPU.

Osobní anamnéza dítěte

Chlapec začal do mateřské školy docházet ve svých 3 letech. Od počátku docházky se odlišoval od svých vrstevníků.

Petrík byl velmi neklidný, živý chlapec, který pobíhal po třídě sem a tam, rychle střídal hračky a objekty svého zájmu.

Na začátku docházky do MŠ chlapec téměř nemluvil s učitelkou, vyhýbal se kontaktu s ní. Vyhledával pozornost ostatních dětí v kolektivu. Řeč dítěte však byla v pořádku, pouze s vadami výslovnosti.

Velké nedostatky byly v oblasti jemné a hrubé motoriky, tyto oblasti se u Petříka rozvíjeli pomaleji než u jiných dětí.

Chlapec měl problémy se spánkem, večer špatně usínal, často se probouzel během noci a po obědě nechtěl spát vůbec.

Jeho psychomotorický vývoj byl nevyrovnaný, neodpovídal chlapcovu věku.

Během docházky do mateřské školy se zlepšila chlapcova komunikace s okolím, obsahová a formální stránka jeho řeči, pohybové dovednosti a celkový stav dítěte. Přesto velkým dílem do jeho vývoje zasahují projevy hyperaktivity a impulzivity, které ovlivňují chlapcovo chování a prožívání.

Současný stav dítěte

Petrík sice somaticky (vyšší mohutná postava) vypadá starší, jeho chování však neodpovídá jeho věku, vykazuje projevy infantilnosti. Jsou opožděny některé složky vývoje, a to především řeč, jemná a hrubá motorika.

Chlapcova řeč se od nástupu do MŠ velmi zlepšila, přesto ale není na úrovni šestiletého dítěte. Řeč je strohá, jednoduchá. Chlapec se snaží přehnaně artikulovat, což činí řeč někdy nepříjemnou na poslech. Občas se v řeči objevují agramatismy.

Jeho pohybový projev působí těžkopádně, chlapec budí dojem nešikovného dítěte. Má problémy s koordinací pohybů a s udržení rovnováhy. Řízené pohybové činnosti ho příliš nebaví.

Chlapci činí problém i ovládání menších svalových skupin horních končetin (jemná motorika). Při kresbě křečovitě svírá tužku a tlačí na ni. Ruka není při výtvarných činnostech dostatečně uvolněna, brzy ho začne bolet, a tak se snaží práci co nejrychleji dokončit, výsledek práce je nedbalý. Kresba neodpovídá věku dítěte. Při podepisování výkresů většinou píše některá písmena svého jména obráceně (zrcadlově).

U Petříka jsou výrazné projevy hyperaktivity, které se projevují zejména při sedavých či statických činnostech, kdy se začíná nudit. Nevydrží dlouho vykonávat jednu činnost, je proto dobré ji v průběhu měnit nebo změnit alespoň polohu těla. Pokud je nucen setrvávat v jedné poloze (např. sezení na židli), brzy se začne vrtět, podupávat a kopat nohama apod..

Jeho zájem o činnost brzy opadává, má špatnou koncentraci pozornosti. Unaví se rychleji než ostatní děti.

Při hře s ostatními dětmi je spíše nenápadný. Občas běhá po třídě a provokuje ostatní děti, snaží se jim narušit jejich hru. Chlapec má ve třídě jednoho dobrého kamaráda, jeho maminka si však nepřeje, aby se s Petříkem kamarádil, protože ho údajně navádí ke zlobení. Při zápisu do základní školy dokonce vyslovila přání, aby chlapci docházeli do jiných tříd.

FILIP

Chlapec, věk: 6,9

Filípek pochází z prvního těhotenství. Jsou u něj patrné projevy hyperaktivity, impulzivity, opoziční jednání a projevy agresivity.

Dochází do věkově homogenní třídy předškolních dětí. V září letošního roku by měl zahájit povinnou školní docházku.

Rodinná anamnéza

Chlapec pochází z úplné rodiny, nemá sourozence. Oba rodiče jsou zdraví. Má velmi vřelý a hezký vztah se svým dědečkem (často o něm ve školce hovoří, vypráví učitelce co s dědou dělal).

Osobní anamnéza dítěte

Filípek od ranného dětství vykazoval projevy hyperaktivity, byl zvýšeně dráždivý, často plakal.

Jeho psychomotorický vývoj byl opožděný a velmi pomalý. Největší nedostatky byly v motorice a řeči, chlapec dlouho nechtěl mluvit, pouze ukazoval. Má slabou slovní zásobu a vady výslovnosti, jeho řeč je i v 6 letech nadále špatná.

V hrubé motorice jsou vidět nedostatky v pohybovém projevu, špatná koordinace pohybů, celkově chlapec působí neohrabaně.

Velké nedostatky jsou i v jemné motorice. Filip má špatnou motoriku prstů. Má problém s držetím tužky. Výtvarné činnosti ani grafomotorické listy ho příliš nebaví, často se od nich snaží utéci nebo se snaží je splnit rychle a by je měl brzo hotové a mohl jít pryč. Kresba neodpovídá jeho věku. Bylo pro něj těžké naučit se používat nůžky, stříhání je stále velmi nepřesné a nejisté.

Do mateřské školy nastoupil chlapec v září 2005, ve 4 letech.

Ve Filipově chování se objevují znaky hyperkinetické poruchy. Chlapec je velmi neklidný, zvýšeně dráždivý a impulzivní. Často se vzteká a staví se do opozice vůči druhým. Objevují se u něj agresivní projevy v chování k ostatním dětem ve třídě. Neumí ovládat své chování.

Ze společných her, většinou řízených učitelkou, často utíká. Při volné hře ostatním cíleně narušuje hru, pošťuchuje a provokuje ostatní děti.

Současný stav dítěte

Filip by měl v září letošního roku nastoupit do základní školy a zahájit povinnou školní docházku.

Během letošního školního roku se zlepšila chlapcova řeč, stále však formálně a obsahově neodpovídá jeho věku. Jsou v ní četné agramatismy, nadále se objevují vady výslovnosti některých hlásek (zejména hlásky r a ř).

Vývoj pokročil i v oblasti hrubé motoriky. Zlepšila se koordinace pohybů, chlapec při pohybových hrách vypadá jistěji. Dokáže chytat míč obouruč a házet jednou rukou. Nedělá mu problém chůze pozpátku bez otáčení a oční kontroly. Chvilí vydrží stát na jedné noze aniž by přepadával (vydrží na pravé noze, na levé mu to nejde).

V jemné motorice jsou stále velké nedostatky. Ruka není dostatečně uvolněna, chlapec křečovitě drží tužku, příliš na ni tlačí, má problém při špetkovitém držení. Lateralita dosud není vyhraněna.

Chlapcovo soustředění se na činnost je krátkodobé a snadno vyrušitelné okolními podněty. Chlapec je při práci roztěkaný a zapomíná co má dělat. U náročnějších nebo časově delších činností vyžadujících klid je napjatý, neklidný a odbíhá od nich. Často mluví, i když má být zticha, skáče druhým lidem do řeči a dokončuje za ně nedořečené věty.

U Filipa se objevují agresivní projevy a opoziční chování. K ostatním dětem ve třídě se snaží chovat dominantně, snaží se jim „velet“, kdo má co dělat a jak. Pokud ho děti neposlouchají, začne se rozčilovat a jednat afektivně. Neumí s dětmi spolupracovat a neumí být empatický, je výrazně egoistický.

4. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření probíhalo ve třech třídách, pro přehlednost je rozdělím na třídy A, B a C.

Pozorování dětí bylo do jisté míry ovlivněno tím, že bylo omezeno na dobu 4 hodin u každého dítěte.

Před použitím projektivní techniky jsem v každé třídě nejprve všechny přítomné děti poprosila, aby si sedly do kruhu, kde jsme si krátce popovídali o tom jaké můžeme mít nálady, jak se cítíme a o tom, že s někým se můžeme cítit dobře a s někým jiným hůře, někdo nám může ubližovat nebo nás rozčilovat.

Vyzkoušeli jsme si s dětmi grimasovat a napodobit tak různé pocity (veselost, smutek, vztek...), které pak děti poznávaly i na papírové předloze.

Po úvodní části jsem pracovala s dětmi individuálně. Nejprve jsem s každým dítětem znovu zopakovala význam obličejů a vysvětlila následující práci, kdy dítě vybíralo obličeje ostatním. U každé postavičky spolužáka jsem se dítěte ptala: „Jak se s ním cítíš?“. Když byly pracovní listy plné, zaznamenávala jsem je na digitální fotoaparát, pro snazší počítání a kontrolu. Následně jsem použila sociometrickou metodu a dítěte se zeptala s kým by chtělo a rozhodně nechtělo sedět, kdyby jeli se třídou na výlet a zaznamenávala kladné a záporné volby.

4.1 Třída A

Třída A je věkově smíšená (heterogenní), jde o třídu integrační, do které dochází děti se specifickými potřebami ve výchově a vzdělávání.

Ve školním roce 2007/2008 je zde zapsáno 16 dětí, mezi kterými jsou Martin, Jana a Daniel.

Při výzkumném šetření bylo ve třídě přítomno 11 dětí, byly mezi nimi i tři výše zmíněné děti, při projektivní technice a sociometrii je tedy pracováno s počtem 10.

Martin

Podle **rozhovoru** s paní učitelkou si hraje převážně sám. Chlapec ve třídě nemá žádného stálého kamaráda. Kontakt ostatních dětí (převážně starších) vyhledává, avšak ne příliš vhodným způsobem – strká do nich, bere jim hračky, je hrubý zejména na mladší děti. Děti ve třídě jeho kontakt vyhledávají, ale většinou se ho snaží vyprovokovat, aby se dostal do afektu.

Martin úmyslně narušuje hru, rozbourává dětem stavby. Jak již bylo zmíněno v jeho kasuistice, v Martinově chování jsou časté agresivní projevy vůči ostatním dětem, učitelce i sobě. Jeho chování se během posledního půlroku znatelně zhoršilo. Dle slov paní učitelky jsou s chlapcem největší obtíže v tom, že nerespektuje pravidla, neposlouchá, vzteká se a je agresivní.

Baví ho výtvarné činnosti, zajímá se o námořníky (hledá symboly rybolovu v dětském atlasu světa).

Paní učitelka si myslí, že Martin kolektivem není přijímán, ale spíše odmítán. Děti přímo vyjadřují svojí radost, pokud chlapec některý den do třídy nepřijde.

Z **pozorování** vyplývá, že chlapec je výrazně hyperaktivní. Často odbíhá od činností, a to jak při volné hře, tak při řízené činnosti. Do řízených činností se spíše nechce zapojovat. Nevydrží sedět v komunitním kruhu, kdy si ostatní povídají (dle slov učitelky vydrží v kruhu akorát při zpívání, ale vrtí se u toho, kope nohama apod.). U chlapce je patrný značný pohybový neklid, nevydrží sedět v klidu na jednom místě, vrtí se a pokud není držen učitelkou či asistentkou brzy místo opouští.

Byla vidět i narušená pozornost, kdy chlapec nedokončil úkol např. když se ho učitelka na něco zeptala, nevěděl na co se ho ptá nebo náhle začal povídat o něčem

jiném, dále chlapec nevydržel u výtvarné práce řízené učitelkou. Chlapec má většinou problém dokončit zadaný úkol, je pro něj těžké vydržet soustředit se delší dobu.

Chlapec je většinou tišší, ale pokud ho začnou děti provokovat nebo se dostane do afektu začne být hlučný a křičí na všechny kolem.

Martin často odbíhá od činnosti, zřídka kdy vydrží u nějaké hry delší dobu.

Dalším projevem, které bylo při pozorování patrné, bylo narušování hry ostatním dětem. Při volné hře chlapec bral dětem hračky, bořil jim stavby. Při hře „chodí pešek okolo“ vybíhal když nebyl vybrán a honil hrající děti, musel být držen učitelkou.

Občas se u chlapce objeví i pohybová neobratnost. Činí mu problém složitější cviky a má zřetelné nedostatky v jemné motorice.

U chlapce jsou časté projevy agresivity, které jsou frekventovanější od té doby kdy přestal brát léky. Martin je agresivní vůči dětem, učitelce i sobě.

Při projektivní metodě ve třídě pět dětí z deseti v přítomnosti chlapce cítí našťavaně (rozčileně), dvě děti ublíženě a tři děti, které vybraly zamračený obličej, se v Ondrově společnosti necítí dobře. Nikdo z přítomných dětí nevybral pro Ondru veselý obličej.

Jeho odmítání spolužáky se projevilo i v sociometrické metodě, kdy při otázce „s kým by rozhodně sedět nechtěly“, kdyby jely na výlet, vybralo pět dětí z deseti Martina. Kladnou volbu chlapec neobdržel.

U tohoto dítěte se potvrdilo tvrzení učitelky, že chlapec není kolektivem přijímán. To bylo zřetelné při pozorování, kdy se velká část dětí bránila kontaktu s chlapcem, jiné děti chlapce schválně provokovaly, aby se dostal do afektu. Při projektivní technice a sociometrii chlapec dosáhl nejvyššího počtu záporných voleb ve třídě a obdržel mnoho rozčilených a zamračených obličejů, které představovaly to, jak se s ním spolužáci cítí. Z tohoto jasně vyplývá, že chlapcovo postavení ve třídě je ve velké míře ovlivněno jeho poruchou.

Jana

Podle **rozhovoru** s učitelkou si dívka hraje převážně ve skupině s ostatními dětmi. Ve třídě se snaží kamarádit s dvěma mladšími dívkami – stará se o ně.

Vyhledává kontakt ostatních dětí, především mladších dětí. Děti ve třídě její kontakt vyhledávají, je temperamentní, má živou povahu.

Dívka nenarušuje úmyslně ostatním hru, občas se však snaží na sebe strhávat pozornost. V jejím chování nejsou agresivní projevy, Jana však nechtěně ubližuje dětem a učitelce nepřiměřenou silou, kterou používá při projevech náklonnosti a radosti.

Podle paní učitelky jsou její největší obtíže hyperaktivita a nesoustředěnost. Jako její kladné vlastnosti a dovednosti učitelka vidí bezprostřednost jejího chování a zájem o hudbu a hudební činnosti.

Dle slov učitelky je Jana ostatními dětmi ve třídě přijímána.

Při **pozorování** bylo vidět, že Jana je hyperaktivní, často pobíhá po třídě a poskakuje, dělá nadbytečné pohyby, i když nemusí. Při pozorování byl patrný značný pohybový neklid, zejména v situacích, kdy byl vyžadován klid (sezení v kruhu, svačina). Pokud měla dívka zůstat na místě často se vrtěla, poposedávala apod. Párkrát také odběhla od činnosti, aniž by ji dokončila nebo byla činnost ukončena učitelkou.

Projevila se také narušená pozornost, kdy dívka nevnímala, že na ní učitelka hovoří. Při práci se snadno nechala rozptýlit okolními vlivy. Problém měla také s dokončením úkolu, brzy se při práci unaví a činnost opouští.

Jana se projevuje hlučně, snaží se na sebe strhávat pozornost, nadměrně povídá. Často ostatním skáče do řeči. Do jejího slovního projevu se promítá její impulzivita, mluví i v situacích, kdy by měla spíše mlčet.

Při pozorování nebylo prokázáno, že by se snažila ostatním hru kazit.

Při složitějších pohybových úkonech se objevila pohybová neobratnost, dívka působila těžkopádně až neohrabaně.

U dívky nejsou agresivní projevy.

Čtyři z přítomných deseti dětí pro Janu vybrali při projektivní technice veselý obličej, to znamená, že se s ní cítí pravděpodobně dobře. Čtyři děti, které se s ní zřejmě dobře necítí, vybraly zamračený obličej. Jedno z dětí vybralo plačící obličej a jedno z dětí obličej rozčilený, pravděpodobným důvodem bude to, že pro kontakt s dětmi používá nepřiměřené prostředky (silné objetí, nevhodné vyžadování pozornosti).

V sociometrické metodě (výlet) nedostala žádnou kladnou volbu, ale obdržela jednu zápornou.

Dá se říci, že u Jany jsou výsledky výzkumného šetření na hranici, protože získala téměř stejný počet veselých obličejů a záporných obličejů, které se skládají s obličejem zamračeného, plačícího a rozčileného. Při pozorování se některé děti vyhýbaly jejímu kontaktu, ale většině dětí nečinilo problém, když se chtěla zapojit do jejich hry. Řekla bych, že její hyperaktivita a impulzivita zasahuje do jejich sociálních vztahů, ale vzhledem k hyperkinetickému syndromu je spíše přijímána.

Daniel

Učitelka při **rozhovoru** vypověděla, že chlapec si při hře vyhledává skupinu, nerad si hraje sám. Vybírá si spíše rušivé hry. Ve třídě má jednoho dobrého kamaráda, který mu při sociometrickém šetření udělil kladnou volbu. Románek vyhledává kontakt ostatních dětí a zároveň prý bývá dětmi většinou vyhledáván.

Úmyslně narušuje a kazí dětem hru – nabourává jim schválně autem do staveb, bere jim hračky, provokuje je. Občas napadá ostatní děti, konflikty neumí řešit slovně, a tak se s dětmi pere.

Největší obtíže učitelka spatřuje v individuální práci s chlapcem, Daniel nechce vypracovávat různá přípravná cvičení na školu. V poslední době se zlepšila jeho jemná motorika, což se projevilo i ve výtvarném projevu.

Podle paní učitelky je chlapec ve třídě přijímán.

U chlapce se při **pozorování** objevily hyperaktivní projevy, nebyly však tak frekventované jako u Martina a Jany. Objevuje se u něj pohybový neklid, vrtí se a to zejména když musí sedět při povídání v kruhu nebo u pracovních činností u stolu.

Byla u něj vidět narušená pozornost, kdy se nechal snadno ovlivnit okolními vlivy a nevěnoval se probíhající činnosti tak, jak by měl.

Chlapec se moc slovně neprojevuje, ale často ostatním skáče do řeči.

Daniel také během pozorování párkrát odběhnul od hry, aniž by hru ukončil a uklidil si po sobě hračky a danou činnost vyměnil za jinou.

Chlapec několikrát narušil ostatním hru (bral jim hračky, záměrně je provokoval a pošťuchoval se s některými chlapci).

U chlapce jsou velké nedostatky v jemné motorice, které byly patrné i při pozorování. Chlapec má také problémy s koordinací pohybů.

Objevují se u něj agresivní projevy, během mého pozorování na třídě jsem však zaznamenala pouze to, že chlapec ostatní děti provokoval a pošťuchoval se s nimi.

Tři z přítomných deseti dětí, které se s ním pravděpodobně cítí dobře vybrali při šetření pro chlapce veselý obličej. Zamračených obličejů Dan získal pět, a to od dětí, které se s ním zřejmě necítí moc dobře. Dvě zbývající děti vybrali obličej rozčilený, tyto děti se cítí v chlapcově přítomnosti rozzlobeně, vedou je k tomu nejspíše agresivní projevy v chlapcově chování (vadí jim provokace a napadání ze strany chlapce). Nikdo pro chlapce nevybral plačící obličej.

Při sociometrickém šetření chlapec získal jednu kladnou volbu, a to od svého dobrého kamaráda ve třídě. Dostal ale také jednu zápornou volbu.

Učitelka v rozhovoru uvedla, že si myslí, že je chlapec v kolektivu přijímaný. S tímto názorem však dle výsledků výzkumného šetření nemohu souhlasit. Při projektivní technice u něj převažovaly záporné a rozčilené obličej, které poukazovaly na to, že se s ním děti ve třídě necítí dobře a některé z nich kontakt s chlapcem rozčiluje. Děti, které se v chlapcově přítomnosti cítí dobře nebo jim kontakt s ním nevadí bylo málo. Zdá se tedy, že chlapec v kolektivu není přijímán, má však alespoň ve třídě jednoho dobrého kamaráda.

4.2 Třída B

Třída B je tvořena dvěma menšími třídami, které jsou ve většině činností spojené. Jde o speciální třídu ve které jsou zapsány čtyři děti a třídu zdravých dětí do které dochází čtrnáct dětí. Třída B je věkově heterogenní. Integrované děti vykonávají veškeré činnosti společně s dětmi z druhé třídy, pokud některé činnosti nezvládají, přecházejí k individuální práci. Pomocí stavebních úprav je umožněn do třídy bezbariérový přístup.

Při výzkumném šetření bylo ve třídě přítomno 12 dětí, mezi kterými nebyl nikdo z integrovaných dětí.

Do třídy také dochází chlapec s mentálním postižením, který děti napadá, čímž se snaží vzbudit jejich pozornost. Používá nepřiměřenou sílu, často se vzteká a je velice tvrdohlavý. Tento chlapec dostal při druhé sociometrické metodě (výlet) čtyři záporné volby.

Eliška

Podle **rozhovoru** s učitelkou si dívka hraje převážně sama, začíná zkoušet zapojovat se do hry druhých dětí. Ve třídě má jednoho dobrého kamaráda. Je jím nově přichozí chlapec (6 let) s odkladem školní docházky. Chlapec je tichý, introvertní. Eliška je ráda, když o ni někdo pečuje, a tak si začali s chlapcem hrát. Chlapec ji bere za ruku a pomáhá jí.

Skupina její kontakt nevyhledává (dle slov paní učitelky je Eliška nevýrazná, neprůbojná a tichá, a tak hru jiných dětí nerozvíjí, proto ji nevyhledávají).

Ostatním dětem hru nenarušuje, když se chce k ostatním připojit, nechají ji. Pokud ji při hře nechtějí, jde pryč a najde si jinou činnost. V jejím chování nejsou agresivní prvky.

Největší problémy učitelka spatřuje v porušené hrubé motorice (nestabilní chůze, nekoordinované pohyby), v opožděné jemné motorice (problémy zejména v grafomotorice). Eliška má také značné zdravotní problémy, a tak potřebuje zvýšený dohled. Dívka v ničem moc nevyniká, vše je na hranici průměru (v důsledku opožděného psychomotorického vývoje).

Podle paní učitelky je Eliška ve třídě přijímána.

Během **pozorování** se u dívky projevilo hyperaktivní chování, částečně také doplněné impulzivitou, často měnila předmět svého zájmu. V jejím chování jsou patrné projevy neklidu, Eliška po třídě často pobíhá a nevydrží dlouho na jednom místě.

Eliška má problém s udržením pozornosti, při soustředění se rychle unaví a činnost opouští, v důsledku toho je pro ní obtížné dokončit úkol.

Dívka se drží spíše v ústraní a je tišší.

Činnosti často střídá, aniž by je dokončila nebo po sobě uklidila hračky.

Při pozorování nebylo vidět, že by ostatním dětem narušovala hru, což bylo také potvrzeno při rozhovoru s učitelkou.

Eliška má velké problémy v hrubé a jemné motorice, dvakrát denně musí posilovat svaly zad a břicha. Je u ní zřetelná pohybová neobratnost a problémy v koordinaci pohybů.

V jejím chování nejsou agresivní projevy.

Při projektivní metodě sedm dětí z přítomných dvanácti vypovědělo, že se s Eliškou cítí dobře a vybralo pro ní usmívající se obličej. Tři děti pro ni vybraly obličej zamračený, tyto děti se pravděpodobně v její přítomnosti dobře necítí. Jedno z dětí vybralo obličej plačící a jedno rozčilený obličej.

Při sociometrické metodě dívka získala jednu kladnou volbu od svého kamaráda. Nikdo z dětí jí neudělil zápornou volbu.

Při výzkumném šetření se potvrdilo, že dívka je ve třídě přijímána, jak vypověděla učitelka v rozhovoru. Při projektivní technice získala většinu veselých obličejů, a tak lze předpokládat že se s ní většina dětí ve třídě cítí dobře nebo jim její přítomnost nevadí.

David

Při **rozhovoru** učitelka uvedla, že chlapec upřednostňuje samostatnou hru před hrou ve skupině. Ve třídě nemá žádného kamaráda. Skupinu nevyhledává a pokud se někdo připojí k jeho hře, nelíbí se mu to. Ostatní kontakt s Davidem nevyhledávají, někdy však mají tendenci přidat se k jeho hře (postaví něco a ostatní tam chtějí), pokud u hry zůstávají, odchází chlapec pryč, chce být sám.

Ostatním dětem hru nenarušuje úmyslně, avšak často nechápe pravidla pohybových her (např. děti stojí v kruhu a on si dovnitř lehne), což může někdy hru zkomplikovat. V poslední době se začal přidávat do komunitního kruhu a pozdraví se s ostatními. V jeho chování nejsou známky agresivity, neubližuje sobě ani ostatním.

Dříve nechtěl chodit na záchod, odloučit se od maminky. Začal zvládat půldenní odluku od matky. Chlapec je šikovný na jemnou motoriku, rád si hraje se stavebnicemi, je trpělivý.

Paní učitelka si myslí, že je chlapec ve třídě přijímáný. Děti prý berou ohled na něj i jeho procesor kochleárního implantátu, chrání ho, aby se mu nic nestalo.

V chlapcově chování jsou hyperaktivní projevy, při **pozorování** bylo zřetelné že je impulzivní a má zvýšenou potřebu pohybu. V jeho projevu je patrný neklid, pokud chlapec vydrží déle na jednom místě, tak se vrtí, pohupuje si nohama apod.

Chlapec má dobrou zrakovou percepci, ale jeho pozornost a soustředění na činnost je krátkodobé, na to má dozajista také vliv jeho sluchová vada.

David se nechová hlučně, jeho slovní projev je do značné míry ovlivněn sluchovou vadou. Chlapec užívá kochleární implantát, mluvené řeči rozumí dobře, ale v jejím používání je málo aktivní.

U činností, které ho nebaví nebo u řízených činností dlouho nevydrží a odbíhá od nich aniž by je nejprve dokončil.

Davídek úmyslně nenarušuje hru ostatním dětem, ale má problém s pochopením pravidel pohybových her, což někdy narušuje jejich chod.

Je pohybově neobratný a má nedostatky v hrubé motorice a také při koordinaci pohybů, což z jisté míry ovlivňuje sluchová vada, která zasahuje do jeho celkového psychomotorického vývoje.

V jeho chování nejsou agresivní projevy.

Polovina z přítomných dvanácti dětí zvolila při projektivní metodě pro Davida veselý obličej, pravděpodobně se v jeho přítomnosti cítí dobře nebo jim jeho přítomnost víceméně nevadí. Čtyři děti vybraly obličej zamračený, tudíž se dá předpokládat, že se s ním necítí dobře. Zbývající dvě děti zvolily obličej rozčilený, a to od starších chlapců, kterým vadí, že chlapec nechápe společné hry a drží se stranou. Chlapec nedostal žádný plačící obličej, nikdo se tedy v jeho přítomnosti necítí ublíženě.

Při sociometrickém šetření Davídek dostal jednu zápornou volbu, kladnou neobdržel.

David získal při projektivní technice přesně polovinu veselých obličejů, a to od dětí kterým jeho společnost nevadí nebo se s ním cítí dobře. Druhá polovina dětí pro něj vybrala zamračené a rozčilené obličeje a v jeho přítomnosti se dobře necítí. Při pozorování jsem si nevšimla žádných konfliktních situací, které by vznikly mezi chlapcem a ostatními dětmi, chlapec se držel spíše v ústraní. Je

zřetelné, že chlapcova porucha ovlivňuje jeho postavení ve třídě, ale přikláním se k názoru učitelky - řekla bych, že chlapec je spíše přijímán než vyčleňován.

4.3 Třída C

Třída C je třída předškolních dětí, věkově homogenní. Ve školním roce 2007/2008 do této třídy dochází 26 dětí, mezi nimi také Matěj, Milan, Jan, Petr a Filip.

Při výzkumném šetření bylo ve třídě přítomno 16 dětí. Protože byla metoda prováděna i s některými z výše zmíněných chlapců je v šetření pracováno s počtem 15.

Matěj

Podle **rozhovoru** s učitelkou si chlapec hraje spíše sám, někdy se snaží hrát si ve dvojici s jinými chlapci, nevydrží to však dlouho a hledá si jinou činnost. Ve třídě nemá žádného dobrého kamaráda. Kontakt s ostatními vyhledává, často však ne moc vhodným způsobem (strkání, provokace...). Snaží se na sebe neustále strhávat pozornost svými průpovídkami. Děti jeho kontakt nevyhledávají, jeho chování jim je někdy nepříjemné.

Občas dětem úmyslně kazí hru, boří jim stavby, bere hračky. V jeho chování se objevují agresivní projevy, ubližuje ostatním i sobě (bouchá se do hlavy).

Největší nedostatky spatřuje paní učitelka v chlapcově nesoustředěnosti a neukázněnosti. Na druhou stranu umí být Matěj velmi pracovitý, pokud ho činnost zaujme (jezdil s kolečkem po zahradě a sbíral odpadky).

Podle učitelky je hoch dětmi ve třídě spíše vyčleňovaný. Zezačátku byl Matýsek u dětí oblíbený, avšak jeho chování pro ně začalo být rušivé a začaly se ho stranit.

Při **pozorování** bylo zřetelné, že chlapec je výrazně hyperaktivní, byl neustále v pohybu. Je pro něj obtížné, vydržet delší dobu v klidu na jednom místě. Při řízených hrách dělá nadbytečné, někdy nevhodné pohyby. V jeho chování je patrný neklid. Pokud sedí u stolečku, kope nohama, vrtí se a houpá se na židli.

Matěj se nedokáže plně soustředit na danou činnost, při výtvarné činnosti a grafomotorických cvičeních se rozhlíží po třídě a vyrušuje ostatní děti. Při práci se

brzy unaví a žádá učitelku, aby si mohl dojít na toaletu nebo se napít. Je pro něj obtížné dotáhnout úkol do konce.

Chová se hlučně, nadměrně povídá (neustále něco komentuje) a snaží se na sebe strhávat pozornost ostatních. Dělá mu problém, když má delší dobu mlčet a poslouchat, když hovoří někdo jiný. Často ostatním skáče do řeči.

Odbíhá od činnosti a často zapomíná uklidit si po sobě hračky, či místo u stolečku (po svačině, po výtvarné činnosti). Učitelka mu to musí většinou připomínat, po té chlapec jde a uklidí si po sobě.

Narušuje ostatním dětem hru, čímž se snaží získat jejich pozornost. Narušuje často také chod řízených her, protože porušuje jejich pravidla.

Objevuje se u něj problém v koordinaci pohybů, a to zejména tehdy, má-li pohyb vykonávat horní i dolní polovina těla zároveň.

V jeho chování se dle slov učitelky objevují agresivní projevy, během pozorování jsem však zaznamenala pouze slovní provokaci a postrkování, čímž se Matěj nejspíš snažil strhávat na sebe pozornost.

Většina z přítomných dětí (devět ze čtrnácti) pro chlapce vybrala rozčilený obličej, jeho přítomnost je pravděpodobně rozčiluje, a to zejména kvůli jeho specifickým projevům v chování (strhávání pozornosti na sebe, vyrušování, provokace). Pouze tři děti pro něj vybraly veselý obličej a v chlapcově přítomnosti se cítí dobře nebo jim jeho přítomnost nevadí. Jedno z dětí vybralo obličej zamračený, necítí se v chlapcově společnosti dobře. Jedno z dětí zvolilo plačící obličej a cítí se v chlapcově přítomnosti ublíženě. Jde o citlivou dívku, které vadí chlapcovo pošťuchování a provokace.

Postoj kolektivu k chlapci se projevil i v sociometrické metodě, kdy chlapec dostal pět záporných voleb a ani jednu kladnou ze čtrnácti možných.

Matěj dosáhl ve výzkumném šetření spolu s Martinem nejhorších výsledků. Dostal spoustu záporných voleb při sociometrii a při projektivní metodě u něj převládaly rozčilené obličeje, které pro něj vybrala většina přítomných dětí. Je tedy zřetelné, že je chlapec ostatními dětmi ve třídě odmítán. To bylo patrné i při pozorování, kdy děti nechtěly, aby se chlapec zapojil do jejich hry a posílaly ho pryč.

Milan

Chlapec si hraje podle **rozhovoru** s učitelkou převážně sám, ve třídě nemá žádného kamaráda. Kontakt s ostatními spíše nevyhledává, je uzavřený. Podle paní učitelky skupina ani nemá o Milanův kontakt zájem.

Občas neúmyslně dětem kazí hru (bere jim hračky, které zrovna chce). V jeho chování nejsou agresivní projevy, je spíše přecitlivělý.

Největší obtíže jsou s chlapcem v jeho malé přizpůsobivosti. Dále je dle učitelky problematické vysvětlovat chlapci co má dělat tak, aby to pochopil. Chlapec je v určitých složkách vývoje opožděný, v ničem nevyniká, ale projevuje zájem o počítač a práci na něm.

Podle paní učitelky je Milan ostatními dětmi ve třídě spíše vyčleňován. Občas se mu některé děti snaží pomoci, jiné ho provokují a on se pak zlobí, křičí a pláče.

V chlapcově chování se objevují hyperaktivní projevy, které byly při **pozorování** zřetelné. Často pobíhá po třídě sem a tam, aniž by toto chování mělo nějaký záměr. Je u něj patrný značný pohybový neklid, zejména, když je chlapec nervózní a něco se mu nedaří nebo má vydržet delší dobu na jednom místě.

Je u něj výrazně narušená pozornost, má problém soustředit se na danou činnost, brzy ho práce unaví a často není schopen úkol dokončit.

Milan má velké nedostatky v řeči a k vyjadřování používá jednoduché věty. Je emočně labilní a často hlasitě ječí, zejména když se mu něco nedaří nebo už nechce v činnosti pokračovat.

Chlapec často střídá činnosti, u ničeho dlouho nevydrží. Při řízených hrách má tendenci nezapojovat se nebo je brzy opouštět.

Ostatním dětem nenarušuje úmyslně hru, občas jim však bere hračky o které má zrovna zájem.

V jeho chování nejsou agresivní projevy.

Pět z přítomných dětí při sociometrické metodě Milanovi přiřadilo veselý obličej. Čtyři děti pro něj vybraly obličej zamračený a pět dětí obličej rozčilený. Nikdo z přítomných dětí nevybral plačící obličej.

Ve druhé metodě vypověděly čtyři děti, že by s ním, kdyby jely na výlet, nechtěly sedět. Dostal od nich zápornou volbu, kladnou nedostal žádnou.

Učitelka v rozhovoru uvedla, že chlapec je ostatními dětmi ve třídě spíše vyčleňován. Tento fakt se ve výzkumném šetření potvrdil. Milan obdržel v sociometrické metodě větší počet záporných voleb a v projektivní technice u něj převládaly zamračené a rozčilené obličejové výrazy, které mu udělily děti, které se v jeho přítomnosti necítí dobře nebo je jeho přítomnost rozčiluje.

Jan

Učitelka v rozhovoru uvedla, že Honzík si rád hraje ve společnosti tří chlapců ze třídy. Pokud z nich není nikdo přítomen, hraje si chlapec sám. Při společných hrách se snaží hru vést a říká ostatním co mají dělat. V jednu dobu byl o něj zvýšený zájem ze strany dívek ve třídě, líbil se jim a soutěžily o jeho pozornost.

Občas ostatním dětem záměrně kazí hru, provokuje je. Chlapec je přehnaně soutěživý, občas neúmyslně ublíží dětem (silou je odstrčí apod. když se snaží vyhrát), někdy ale děti napadá úmyslně.

Největší obtíže s chlapcem spatřuje učitelka v jeho neukázněnosti, v tom že chlapec neposlouchá. V poslední době začal být chlapec trpělivější u výtvarných činností, začal dbát na detaily při kresbě lidské postavy.

Podle paní učitelky je Honzík kolektivem částečně přijímaný.

Při pozorování byly zřetelné chlapcovy hyperaktivní projevy. Je pro něj typické velmi živé chování. Nevydrží si dlouho hrát na jednom místě a s jednou hračkou, brzy činnost opouští. V jeho chování je patrný pohybový neklid (vrtí se, poskakuje, nevydrží být v klidu).

Chlapec se špatně soustředí na vykonávanou činnost (grafomotorické cvičení, výtvarná činnost), dělá chyby z nepozornosti. Dělá mu problém dokončit práci. Náročnějším úkolům a činnostem se snaží vyhýbat.

Honzík se chová hlučně, často něco komentuje a snaží se ostatním dětem říkat co mají dělat.

Vykonávané činnosti ho brzy přestávají bavit, a tak od nich odbíhá, aniž by je nejprve dokončil nebo si po sobě uklidil hračky.

Při pozorování bylo zřetelné, že je chlapec velmi soutěživý, v důsledku toho pak záměrně ostatním dětem narušuje a kazí hru.

Chlapec nemá problémy v hrubé motorice, ve volném čase se věnuje sportu.

V jeho chování se občas objevují agresivní projevy, při pozorování jsem je však nezaznamenala.

Při projektivní technice zvolily čtyři z přítomných dětí pro chlapce veselý obličej, cítí se tak zřejmě v jeho společnosti dobře. Dále Honzík obdržel tři zamračené obličeje od dětí, které jeho společnost nemají rády, dva plačící obličeje od dětí, které se v jeho přítomnosti pravděpodobně cítí ublíženě. Zbylé čtyři děti vypověděly, že je chlapec zlobí a vybraly pro něj obličej rozčilený.

Při sociometrii nezískal ani kladnou, ani zápornou volbu. Je zajímavé, že učitelka v rozhovoru uvedla, že si chlapec rád hraje se třemi chlapci ze třídy, ale ani od jednoho Jan nedostal kladnou volbu v sociometrické metodě. Je tak na pováženou, zda můžeme tyto tři chlapce považovat za jeho kamarády.

V rozhovoru učitelka uvedla, že předpokládá, že je chlapec kolektivem částečně přijímaný. Z výsledků šetření však vyplívá, že chlapec je v kolektivu spíše nepřijímaný. Při sociometrii sice neobdržel žádné volby, ale při projektivní technice u něj převládaly záporné výrazy obličeje (zamračený, plačící a rozčilený), které představovaly to, jak se s ním děti cítí. Pouze čtyři děti z přítomných čtrnácti pro něj vybralo veselý obličej a cítí se v jeho přítomnosti dobře nebo jim jeho přítomnost nevadí.

Petr

Při **rozhovoru** učitelka uvedla, že chlapec by si velmi rád hrál v kolektivu ostatních dětí, ale ty ho odstrkují. Chlapec si vždy v kolektivu někoho vybere a upne se na něj. Ve třídě má jednoho kamaráda, jehož maminka však nechce, aby se její syn s Petříkem kamarádil. Snaží se vyhledávat kontakt s ostatními dětmi, ale většina dětí kontakt s ním odmítá.

Svojí přehnanou snahou, upozornit na sebe ostatní a zapojit se do jejich hry, jim hru kazí, neuvědomuje si to. V jeho chování nejsou projevy agresivity.

Největší problémy jsou dle slov paní učitelky v jeho chování. Chlapec je zbrklý, divoký a velmi impulzivní. Chlapec je průměrný, ale je citlivý, dobrosrdečný.

Paní učitelka si myslí, že Petr není ostatními dětmi vyčleňován.

V Petrově chování jsou zřetelné hyperaktivní projevy, často pobíhá po třídě a rychle střídá objekt svého zájmu. Při **pozorování** u něj byl patrný pohybový neklid a to zejména při sedavých a statických činnostech.

Má špatnou koncentraci pozornosti, jeho zájem o činnost brzy opadáva u náročnějších činností se brzy unaví a odbíhá od nich aniž by úkol dokončil.

Chlapec se chová spíše hlučně, má výrazný hlas. Často ostatním skáče do řeči. Odpovídá učitelce dříve než mu dopoví otázku.

Petr brzy ztrácí zájem o vykonávanou činnost a opětovaně jí opouští, aniž by ji dokončil nebo si po sobě uklidil hračky.

Chlapec někdy ostatním kazí hru s úmyslem upozornit na sebe, což může působit rušivě a zasahovat do chodu hry.

Chlapec je pohybově neobratný, působí těžkopádně a neohrabaně. Má problém s koordinací pohybů a udržením rovnováhy (stoj na jedné noze).

Dle slov učitelky v jeho chování nejsou agresivní projevy. Při pozorování se taktéž neobjevily.

Při projektivní technice vybralo šest dětí pro Petříka veselý obličej, a tak se dá předpokládat, že jim jeho přítomnost nevadí nebo se s ním cítí dobře. Pět dětí, které se s chlapcem dobře necítí k němu přiřadilo zamračený obličej a dvě děti obličej rozčilený. Nikdo z dětí nevybral plačící obličej.

Při druhé metodě nezískal žádnou kladnou volbu, pouze jednu zápornou.

Učitelka v rozhovoru vypověděla, že si myslí, že chlapec ostatními dětmi ve třídě není vyčleňován. Výsledky získané z provedeného šetření ukazují, že chlapec získal poměrně velkou část záporných obličejů při projektivní technice, na druhou stranu téměř polovina přítomných dětí pro něj zvolila obličej veselý a cítí se s ním dobře. Při sociometrii získal pouze jednu zápornou volbu. Při pozorování nebylo vidět, že by byl chlapec konfliktní, občas si pouze nevhodně vyžadoval pozornost od ostatních dětí. Myslím si, že chlapec není kolektivem vyčleňován, ale spíše přijímán.

Filip

Chlapec podle **rozhovoru** s učitelkou dává přednost hře ve skupině, ale pouze s některými dětmi. Ve třídě má jednoho dobrého kamaráda. Kontakt s ostatními je pro

něj složitý, snaží se být ve hře dominantní. Ostatní jeho společnost spíše nevyhledávají.

Dle slov paní učitelky umí být chlapec při hře zákeřný, hru ostatním úmyslně kazí, v jeho chování se také objevuje agresivita (např. kope do dětí, strká do nich).

Největší problémy spatřuje učitelka právě ve Filipově agresivních projevech a v tom, že je neposlušný. Naopak ale oceňuje, že má chlapec rozličné znalosti, které získává při listování encyklopedií se svým dědou.

Paní učitelka si myslí, že chlapec je ve třídě přijímaný, akorát jeho společnost ostatní děti nevyhledávají.

Při **pozorování** byly zřetelné hyperaktivní projevy, které se objevovaly takřka ve všech činnostech, které chlapec vykonával. U Filipa je značný pohybový neklid, a to zejména tehdy je-li po něm vyžadováno, aby setrval na jednom místě (práce u stolečku, sezení v kruhu). Chlapec si poposedává, vrtí se a kope nohama.

Chlapcovo soustředění se na činnost je krátkodobé a snadno vyrušitelné okolními podněty. Chlapec je při práci roztěkaný a zapomíná co má dělat. Při práci se brzy unaví a je pro něj obtížné dokončit zadaný úkol.

Filípek se chová spíše hlučně, vyžaduje si pozornost ostatních dětí. Často mluví tehdy, když má být zticha a poslouchat. Ostatním dětem a učitelce skáče do řeči a dokončuje za ně nedorečené věty.

Při náročnějších a statických činnostech je chlapec neklidný a po čase od nich odbíhá. Řízeným činnostem, které jsou vedené učitelkou se vyhýbá.

Je velmi dominantní vůči ostatním dětem, snaží se jim říkat co a jak mají dělat. Pokud se činnost nevyvíjí tak jak si přál, začne se vztekat a kazit ostatním hru (boří stavby, napadá ostatní děti).

Hrubá motorika je na dobré úrovni, chlapec zvládá i složitější pohybové úkony.

V jeho chování jsou agresivní projevy. Během mého pozorování se chlapec dostal dvakrát do afektu, vztekal se a po té začal napadat ostatní děti.

Čtyři z přítomných dětí vybrali pro Filipa veselý obličej, jeho společnost jim nevádí či se s ním cítí dobře. Tři děti zvolily obličej zamračený, což znamená že se v chlapcově přítomnosti dobře necítí. Jedno z dětí vybralo v projektivní technice plačící obličej a pět zbylých dětí k chlapci přiřadilo obličej rozčilený, tyto děti jeho přítomnost zřejmě rozčiluje.

Při sociometrické metodě získal jednu kladnou volbu od svého kamaráda, zápornou volbu nedostal žádnou.

Učitelka v rozhovoru uvedla, že se domnívá, že chlapec je ve třídě přijímaný, akorát jeho společnost ostatní děti nevyhledávají. Z výsledků výzkumného šetření však vyplývá, že chlapec je v kolektivu spíše odmítán. Při projektivní technice u něj převažovaly rozčilené a zamračené obličeje nad veselými. Děti ve třídě se tedy s Filipem spíše necítí dobře nebo je jeho přítomnost rozčiluje. Pouze čtyři děti vybraly pro chlapce veselý obličej a cítí se v jeho společnosti dobře. Pozitivní však je, že má chlapec ve třídě dobrého kamaráda, od kterého také obdržel při sociometrii kladnou volbu.

5. SHRUTÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření ve vybraných třídách ukázalo, že postavení dětí s hyperaktivním syndromem v kolektivu třídy mateřské školy je ve většině případů pravděpodobně ovlivněné jejich poruchou. Ostatní děti ve třídě se v jejich přítomnosti cítí spíše nepříjemně než příjemně. Tyto údaje potvrdily i výsledky sociometrické metody (děti vybíraly s kým by chtěly a s kým rozhodně nechtěly sedět, kdyby jely se třídou na výlet) a výsledky projektivní techniky (děti vybíraly výrazy obličeje podle toho jak se s ostatními cítí).

Výsledky šetření se nyní pokusím rozebrat a interpretovat z několika úhlů pohledů.

5.1 Výsledky sociometrického šetření

Výsledky sociometrického šetření jsem hodnotila procentuálně z hlediska jednotlivých tříd. V tomto případě jsem výsledky mezi sebou neporovnávala, neboť v každé třídě byl různý počet sledovaných dětí. Pro lepší orientaci jsem přehled kladných a záporných voleb zapsala do tabulky č. 2.

Vzorek zkoumaných dětí (Martin, Jana a Daniel) ze třídy A dosáhl 10% z celkového počtu kladných voleb ve třídě. U záporných voleb to bylo dokonce 70%.

Nejvíce záporných voleb měl Martin, kterému udělila zápornou volbu celá polovina přítomných dětí.

Děti ze třídy B (Eliška a David) obdržely v sociometrickém šetření dohromady jednu zápornou a jednu kladnou volbu, a tak u obou možností dosáhly 8,33% z celkového počtu.

V poslední třídě C byl největší vzorek sledovaných dětí (Matěj, Milan, Jan, Petr a Filip), ale také největší počet přítomných dětí, které udělovaly záporné a kladné volby. V této části výzkumu dostaly děti pouze jednu kladnou volbu, která představuje 7,14%. Za to však tyto děti obdržely deset záporných voleb z možných 14 a dosáhly tak 71,43%. Nejvíce záporných voleb z tohoto vzorku získali Matěj (pět) a Milan (čtyři).

Většinu kladných voleb získaly především děti, které jsou v kolektivu ostatních oblíbené. Jelikož většinu záporných voleb získaly především sledované děti s HKP, lze usuzovat, že jsou spíše neoblíbené, než oblíbené.

Kvantitativní analýza se ale v tomto případě nezdá příliš vhodnou, neboť vzorek zkoumaných dětí je malý. Při posuzování kladných a záporných voleb, které děti získaly je nutné dívat se na každé dítě individuálně. Některé z dětí obdržely většinu možných záporných voleb, některé nedostaly ani záporné, ani kladné volby. U dětí, které nedostaly žádnou volbu, lze předpokládat, že nejsou v kolektivu příliš oblíbení, ale zároveň jejich přítomnost není ostatním dětem nepříjemná tolik, jak je tomu zřejmě u jiných hyperaktivních dětí, které získaly vyšší počet záporných voleb.

5.2 Výsledky šetření podle typu třídy

Může typ třídy (věkově homogenní či heterogenní) ovlivnit postavení hyperaktivního dítěte v mateřské škole? Pro děti s hyperkinetickou poruchou je typický opožděný psychomotorický vývoj a infantilita. Dá se tedy předpokládat, že děti s HKP budou lépe přijímány ve věkově heterogenních třídách, kde si budou lépe rozumět s mladšími dětmi.

5.2.1 Věkově heterogenní třídy

Výsledky projektivní techniky ve věkově smíšených třídách (třída A a B) jsou zaznamenány v grafu č. 1. Při sociometrickém měření byl v každé třídě jiný počet dětí. Ve třídě A to bylo 10 dětí, ve třídě B dětí 12. Protože jde ale o stejnou skupinu dětí, patřících do věkově heterogenních tříd, jsou dány do jednoho společného grafu.

Z údajů uvedených v grafu č. 1a je patrné, že děti pro své hyperkinetické spolužáky vybíraly stejně často veselý a zamračený obličej, což znamená, že část dětí se s nimi cítí dobře a stejně velká část se s těmito dětmi dobře necítí. Zajímavé je, že Martin nemá ani jeden veselý obličej, oproti tomu u Elišky a Davida veselé obličeje převládají. Celkově se zdá, že děti z třídy B jsou oproti dětem z třídy A v kolektivu ostatních lépe přijímané, a že se s nimi jejich spolužáci cítí lépe.

Graf č. 1a – **Volby výrazu v obličejí při projektivní technice ve věkově heterogenních třídách**

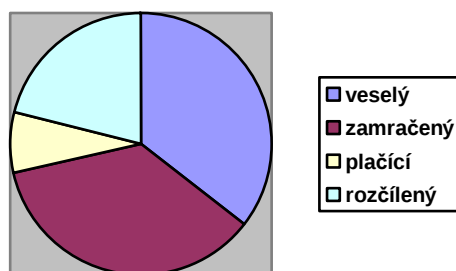
OBLIČEJE

veselý - 20 = 35,6%

zamračený - 19 = 35,6%

plačící - 4 = 7,6%

rozčilený - 11 = 21%



5.2.2 Věkově homogenní třída

Graf č. 2 zobrazuje výsledky, získané ve věkově homogenní třídě, kde bylo při provádění projektivní metody přítomno čtrnáct dětí.

Z grafu č. 2a znázorňujícím poměr obličejů získaných při sociometrickém šetření ve věkově homogenní třídě vyplývá, že u zkoumaných dětí z této třídy převažují rozčílené obličeje, které zabírají největší část grafu. Lze usuzovat, že sledovaný vzorek hyperaktivních dětí není přijímán podstatnou částí ostatních dětí ze třídy. Z této skupiny dopadl nejhůře Matěj, který je nejspíš také kolektivem ve třídě vyčleňován.

Graf č. 2a – Volby výrazu v obličejí při projektivní technice ve věkově homogenní třídě

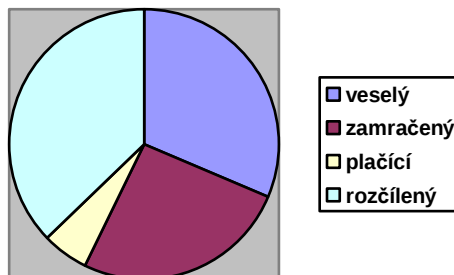
OBLIČEJE

veselý – 22 = 31,4%

zamračený - 18 = 25,7%

plačící - 4 = 5,7%

rozčílený – 26 = 37,1%



5.2.3 Porovnání výsledků šetření věkově heterogenních tříd a třídy věkově homogenní

Výsledky, které jsem při šetření získala částečně odpovídají výše uvedenému předpokladu, že děti z věkově smíšené třídy bývají častěji lépe přijímány spolužáky než vzorek dětí z věkově homogenní třídy a to zřejmě proto, že specifické projevy v chování hyperaktivních dětí dovedou lépe tolerovat spíše mladší děti.

Jak je vidět na grafu č. 3, děti z věkově homogenní třídy obdržely mnohem více rozčílených obličejů, které vyjadřují to, že ostatní děti jejich přítomnost rozčiluje. Děti z věkově homogenní třídy dostaly těchto obličejů skoro o polovinu více než děti z tříd věkově smíšených. Děti z věkově heterogenních tříd obdržely naopak více veselých obličejů, což znamená, že se s nimi jejich spolužáci cítí lépe než spolužáci

dětí z věkově homogenní třídy. Avšak i děti z věkově smíšených tříd mají problémy s jejich postavením ve třídě, neboť velká část jejich spolužáků (35,6%) se s nimi necítí dobře.

5.3 Výsledky šetření podle pohlaví dítěte s hyperkinetickou poruchou

Podobně, jako je tomu u typů tříd (věkově smíšené a homogenní), se dá předpokládat, že pohlaví dítěte s hyperkinetickou poruchou může do jisté míry ovlivnit jeho přijímání či odmítání ostatními dětmi ze třídy. Záleží určitě na dítěti samotném, jeho povahových rysech a kolektivu ve třídě, ale myslím si, že pokud má pohlaví dítěte s HKP vliv na jeho postavení mezi spolužáky, budou většinou lépe přijímány dívky než chlapci se stejnou poruchou.

Výsledky sociometrického šetření z hlediska pohlaví dětí s HKP jsou znázorněné v grafu č. 4. Je vidět, že u dívek je v porovnání s chlapci znatelně vyšší počet získaných veselých obličejů, což znamená že se s nimi ostatní děti cítí lépe. U chlapců se objevovaly častěji zamračené a rozčilené obličeje a lze tedy předpokládat, že se s nimi jejich spolužáci necítí dobře nebo je jejich přítomnost dokonce rozčiluje. O něco málo vyšší je u dívek procentuální hodnota plačícího obličeje oproti stejnému výrazu obličeje u chlapců, děti které zvolily tento obličej se v jejich přítomnosti cítí pravděpodobně ublížené.

Dá se tedy říci, že se můj předpoklad v tomto výzkumném vzorku potvrdil a dívky jsou lépe přijímané než chlapci. To je zřejmě způsobeno tím, že pokud má diagnózu hyperaktivity dívka jsou negativní projevy v chování jiné než u chlapce se stejnou poruchou.

5.4 Výsledky šetření podle některých rysů v chování dítěte

Další skupinou patřící mezi faktory, které by mohly mít vliv na postavení dítěte s hyperkinetickým syndromem v kolektivu ostatních dětí jsou některé rysy v chování dítěte jako např. agresivita, dominance, samotářství apod. Na tyto tři zmíněné rysy jsem se při výzkumném šetření zaměřila.

5.4.1 Agresivita

U hyperkinetické poruchy je celkem vysoká komorbidita s poruchami chování (porucha chování může být buďto jedním ze symptomů HKP nebo se vyvinout sekundárně působením nepříznivých vlivů ve vývoji dítěte), a tak se u velké části dětí s touto poruchou objevují také agresivní projevy v chování. Při výzkumu mě zajímalo právě to, jak velký vliv můžou mít agresivní projevy v chování dítěte s HKP na jeho přijetí či odmítnutí ve třídě. Předpokládala jsem, že děti s agresivními projevy (Martin, Daniel, Matěj, Jan a Filip) při šetření dopadnou hůře oproti dětem bez agresivních projevů (Jana, Eliška, David, Milan a Petr). Tato má domněnka se u sledovaného vzorku dětí potvrdila. Sledované hyperaktivní děti s agresivními projevy v chování nejsou přijímány nebo jsou spíše nepřijímány a jejich spolužáci se s nimi pravděpodobně necítí dobře. Oproti tomu děti bez agresivních projevů v chování jsou většinou lépe přijímány až na výjimku jednoho chlapce (Milan), který kolektivem není přijímán (viz. Tabulka č. 3 - Výskyt projevů agresivity u sledovaného vzorku dětí).

5.4.2 Samotářství

Dalším ze sledovaných rysů bylo samotářství. Některé z dětí s HKP upřednostňují samostatnou hru před hrou skupinovou. Mezi dětmi se sklonem k samotářství z výzkumného vzorku hyperaktivních dětí podle jejich učitelek patří Martin, Eliška, David, Matěj a Milan. Na druhé straně jsou děti, které vyhledávají společnost ostatních a to jsou Jana, Daniel, Jan, Petr a Filip. (viz. Tabulka č. 4 – Výskyt samotářství u sledovaného vzorku dětí).

Je zajímavé, že mezi děti samotářské spadají jak děti, které jsou nejlépe přijímané (Eliška a David), tak děti, které při výzkumu dopadly nejhůře (Martin a Matěj). Z tohoto důvodu si myslím, že samotářství není relevantním povahovým rysem, který by ovlivňoval postavení hyperaktivního dítěte ve skupině, tedy alespoň ne u tohoto výzkumného vzorku.

5.4.3 Dominance

Posledním rysem, který jsem při sociometrickém výzkumu sledovala byla dominance. Mezi děti, které se snaží k ostatním chovat nadřazeně patří dle slov

učitelek Martin, Jana, Daniel, Matěj, Jan a Filip. Děti, které patří do druhé nedominantní skupiny jsou Eliška, David, Milan a Petr. (viz. Tabulka č. 5 – Výskyt dominance u sledovaného vzorku dětí).

Ve výzkumném vzorku se dominance objevovala převážně u dětí u kterých se současně vyskytovaly agresivní projevy. Není tedy žádným překvapením, že skupina dominantních dětí dosáhla výrazně horších výsledků oproti skupině dětí, které se dominantně neprojevují. Až na výjimku (Jana) nejsou dominantní děti ve své třídě přijímány, jejich spolužáci se s nimi necítí dobře, a to možná právě proto, že jim dominantní děti neustále říkají co mají dělat, snaží se jim poroučet a mít nad nimi převahu.

Na základě výsledků šetření lze tedy předpokládat, že dominance u dětí s HKP může částečně ovlivňovat postavení dítěte ve třídě.

6. ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. *Zda a jak ovlivňuje věkově homogenní a heterogenní složení předškolní třídy MŠ postavení hyperaktivního dítěte?*

ODPOVĚĎ: Podle výsledků šetření se prokázalo, že u sledovaného vzorku dětí je jejich postavení v kolektivu ostatních dětí ve třídě mateřské školy vždy ovlivněno danou poruchou. Ukázalo se, že děti s hyperkinetickým syndromem byly lépe přijímány ve věkově heterogenních třídách než ve třídě věkově homogenní.

2. *Zda přijetí či odmítnutí hyperaktivního dítěte vrstevnickou skupinou ovlivňují některé (které?) projevy chování (agresivita, dominance, samotářství...)?*

ODPOVĚĎ: Domnívám se, že některé projevy chování mohou mít vliv na přijetí či nepřijetí hyperaktivního dítěte. U tohoto výzkumného vzorku byly znatelně hůře přijímány děti s agresivními projevy v chování oproti dětem bez agresivních projevů. Horších výsledků také dosáhla skupinka dominantních dětí, než skupinka dětí, které se dominantně nechovají. Z těchto výsledků šetření usuzuji, že agresivita a dominance se mohou neblaze podílet na odmítnutí hyperaktivního dítěte vrstevnickou skupinou. Naopak do skupiny dětí samotářských spadaly jak děti, které při šetření dopadly nejlépe, tak ty, které dopadly nejhůře. U tohoto výzkumného vzorku se tedy nepotvrdilo, zda může mít samotářství vliv na postavení hyperaktivního dítěte v kolektivu předškolních dětí.

3. *Zda a jak ovlivňuje přijetí či odmítnutí dítěte vrstevníky pohlaví hyperaktivního dítěte?*

ODPOVĚĎ: U sledovaného výzkumného vzorku se potvrdilo, že pohlaví hyperaktivního dítěte může do jisté míry ovlivnit jeho přijetí či nepřijetí ve třídě mateřské školy. Z výsledků šetření jasně vyplývá, že dívky jsou kolektivem ostatních dětí lépe přijímané než chlapci. To je zřejmě způsobeno rozdílnými negativními projevy v chování děvčat a chlapců s hyperkinetickým syndromem.

ZÁVĚR

Hyperkinetická porucha je častou poruchou v dětském věku a z výsledků sociometrického šetření je patrné, že může ovlivnit postavení dítěte ve třídě mateřské školy. Typické projevy v chování těchto dětí jako jsou neklid, zbrkllost, hluchost, impulsivnost a další mohou spolužáci dětí s HKP vnímat jako rušivé, kazící hru nebo se jejich důsledkem rozčítit či cítit ublíženě. Na základě takových projevů, navíc jsou-li časté, si mohou ostatní k hyperaktivnímu dítěti vytvářet negativní vztah, odmítat jeho přítomnost a postupem času ho vyčlenit z kolektivu.

Při provádění projektivní techniky jsem si všimla, že se děti při zjišťování toho, jak se ostatními ve třídě cítí, soustředily u spolužáků bez poruchy na přítomnost nebo nedávnou minulost (např. „Tomáškoví dám zamračený obličej, protože mi včera nechtěl půjčit auto.“). U dětí s HKP však byla situace jiná, při výzkumném šetření o nich ostatní děti vypovídaly většinou podobným způsobem - „Matěj nás pořád zlobí a strká do nás! Já mu dám našťvaný obličej.“ Místo popisu současného vztahu k druhým dětem podle momentální nálady tak vztah s dětmi s hyperkinetickým syndromem hodnotily podle dlouhodobějších projevů (braní hraček, bourání staveb, narušování her, agresivní projevy...), které jim vadí.

Myslím si, že je důležité zmínit také to, že velkou měrou se na tom, jaké má dítě s hyperkinetickým syndromem postavení ve třídě podílí učitelka, která se pro děti v předškolním věku stává velkým vzorem. Ne vždy se ale může učitelka k dítěti s HKP chovat správně, a tak je možné, že dává ostatním dětem špatný vzor. Neustálé kárání a kritika dítěte s touto poruchou a upozorňování ostatních dětí na jeho nevhodné projevy v chování mohou vést k tomu, že spolužáci začnou vnímat dítě negativně. Někdy si učitelka může nevědomky ve třídě ulevit a říci, že je ráda, že dotyčné dítě nepříjde a tak bude alespoň chvíli klid. Děti jsou velmi citlivé na poznámky, které se týkají jich samotných nebo ostatních dětí. Dobrá učitelka by měla dětem ve třídě vysvětlit, že jejich spolužák za některé nevhodné projevy nemůže, je pro něj těžké se ovládat, dodržovat pravidla apod. právě proto, že je nemocný. Dítěti s HKP by učitelka měla dávat pozitivní zpětnou vazbu a upevňovat tak žádoucí projevy v chování. Pro hyperaktivní dítě je důležitá pochvala, možná více než pro jeho spolužáky, právě proto, že častěji zažívá neúspěch.

Většina ze zkoumaného vzorku dětí s hyperkinetickou poruchou měla problémy se sociálními vazbami ve třídě mateřské školy. Pouze menší polovina

z vybraných dětí (Daniel, Eliška a Filip) má stále kamarády, navíc poměrně velká část spolužáků přítomnost dětí s HKP odmítá (např. při hře).

Před samotným výzkumem byly stanoveny výzkumné otázky, které se snažily zjistit možné příčiny ovlivňující postavení hyperaktivních dětí ve třídě.

První z těchto otázek se zabývala možností, zda a jak ovlivňuje věkově homogenní a heterogenní složení předškolní třídy mateřské školy postavení hyperaktivního dítěte. Výsledky sociometrického průzkumu z části odpovídaly mému předpokladu, že děti s HKP jsou lépe přijímané ve věkově smíšené třídě. Děti z věkově heterogenních tříd v celkovém průměru dopadly lépe než děti z třídy věkově homogenní. Na samotné přijetí či odmítnutí dítěte, ale mají vliv i další faktory jako závažnost poruchy, pohlaví dítěte, jeho osobnostní rysy (charakter, temperament, labilita, dominance, agresivita...). Z toho vyplývá, že postavení dítěte s hyperkinetickou poruchou je individuální u každého z nich a leckdy tak může být lépe přijímáno dítě z věkově homogenní třídy než z heterogenní.

Druhá výzkumná otázka se týkala právě osobnostních rysů dítěte s HKP, a to přesně vybraných projevů v jeho chování (agresivita, dominance a samotářství), které by mohly působit na jeho postavení v kolektivu ostatních dětí.

Jedním z výrazných projevů v chování je u některých hyperaktivních dětí agresivita. Z výsledků získaných ze sociometrického šetření je patrné, že skupina dětí s agresivními projevy je hůře přijímána (někdy až vyčleňována z kolektivu) než skupina dětí bez agresivních projevů. Bylo prokázáno že s dětmi s agresivními projevy v chování z tohoto výzkumného vzorku se jejich spolužáci necítí dobře a ve větší míře tyto děti také obdržely záporné volby při sociometrické metodě. Dalším ze sledovaných rysů u dětí s HKP bylo samotářství. Protože se ve skupině samotářských dětí objevily zároveň děti, které jsou podle sociometrického šetření nejlépe přijímané a děti, které dopadly nejhůře, nemůžeme brát u tohoto výzkumného vzorku samotářství jako faktor mající výrazný vliv na postavení hyperaktivního dítěte ve třídě. Dalším častým projevem u dětí s hyperkinetickým syndromem je dominance, která je také posledním sledovaným rysem u vybraného vzorku dětí. Podle výsledků šetření můžeme usuzovat, že pokud dominance působí na postavení dítěte s HKP, ovlivňuje ho spíše negativně.

Ve třetí, poslední, výzkumné otázce je jako možný faktor ovlivňující postavení dítěte ve třídě bráno pohlaví dítěte. Všeobecně se předpokládá, že dívky jsou poslušnější než chlapci a také tolik nezlobí. Dívky s hyperkinetickým syndromem tak

mohou být stavěny do nelehké situace, kdy jejich chování nemusí vždy odpovídat tomu, co očekává okolí. Může jim tak být „zlobení“ (braní hraček, narušování hry, provokace aj.) vytýkáno daleko častěji než chlapcům, či jim vyčítáno, že se nechovají jako holčičky. Co se týče chlapců a dívek s HKP, dá se předpokládat, že budou lépe přijímány dívky oproti chlapcům se stejnou poruchou. Tento předpoklad se ve výzkumném šetření potvrdil. Dívky dosáhly v celkovém průměru lepších výsledků než chlapci, obě dívky však také spadají do skupiny dětí z věkově heterogenních tříd a skupiny bez agresivních projevů, které dosáhly také lepších výsledků než skupiny opačné (homogenní třída a skupina dětí s agresivními projevy).

Je jasné, že hyperkinetická porucha ovlivňuje chování dětí, které postižuje a chování dětí s touto poruchou pak může mít vliv na to, jak je bude okolí přijímat. Dítě s HKP, které nastupuje do mateřské školy se zde může poprvé setkávat se skupinou vrstevníků a je pro ně důležité, aby se zde cítilo dobře.

Každé dítě potřebuje zažívat pocity úspěchu a vědět, že je ostatními přijímáno. Na základě vztahu, které má okolí k dítěti si dítě buduje vztah k okolí a k sobě samému. Jedním z negativních dopadů hyperkinetické poruchy je to, že ovlivňuje utváření sociálních vazeb s okolím. Maladaptivní projevy v chování dítěte s HKP jsou často brány jako výraz neposlušnosti, odporování, provokace či drzosti a ne jako symptomy nemoci. Pokud hyperaktivní dítě nebude v období docházky do mateřské školy vrstevníky přijímáno, může se stát, že s negativním očekáváním bude nastupovat i do první třídy základní školy. Navíc u dětí, které pocházejí z malých obcí je velmi pravděpodobné, že budou do základní školy docházet s většinou spolužáků z mateřské školy.

Ve všech třech třídách, kde jsem prováděla výzkumné šetření, projevil děti o činnost velký zájem. Navíc u starších dětí jsem si všimla, že obcházejí ostatní spolužáky a ptají se jaký od ostatních dostali obličeje při provádění projektivní techniky. Zajímali se o to, jak se s nimi spolužáci cítí. I z tohoto je vidět, jak je pro děti v předškolním věku důležité, že jsou okolím přijímány.

Vzorek dětí, sledovaný v této bakalářské práci, není moc velký, ale přesto doufám, že získané výsledky dokázaly poukázat na problematiku postavení dítěte s hyperkinetickou poruchou a důležitost správného vedení těchto dětí.

SEZNAM POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY:

1. Černá, M. a kolektiv *Lehké mozkové dysfunkce*, Karolinum, Praha 2002
2. Drtílková, I. *Hyperaktivní dítě, Vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*, Galén, 2007
3. Hartl, P., Hartlová, H. *Psychologický slovník*, Portál, Praha 2000
4. Jucovičová, D., Žáčková H. *Metody práce s dětmi s LMD především pro učitele a vychovatele*, D & H, Praha 2003
5. Jucovičová, D., Žáčková H. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? – metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro rodiče a vychovatele*, D & H, Praha 2007
6. Jucovičová, D., Žáčková H. *Relaxace nejen pro děti s LMD*, D & H, Praha 2005
7. Kucharská, A. *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 2000*, Portál, Praha 2000
8. Langmeier, J., Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*, Grada, Praha, 2006
9. Matějček, Z. *Poznámka k Evolučnímu pohledu na syndrom ADHD*, Psychiatrie pro praxi, 3/2003
10. Mertin, V. *ADHD – Pohled psychologa*, Pediatrie pro praxi, 2/2004
11. Michalová, Z. *Sonda do problematiky specifických poruch chování*, TOBIÁŠ, Havlíčkův Brod, 2007
12. Munden, A., Arcelus, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*, Portál, Praha 2006
13. Paclt, I. a kolektiv *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*, Grada, Praha 2007
14. Riefová, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*, Portál, Praha 2007
15. Skalková, J. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*, SPN, Praha 1983
16. Somr, M. *Úvod do metodologie a metod výzkumu*, Vlastimil Johanus TISKÁRNA, České Budějovice 2006
17. Svoboda, M. *Psychologická diagnostika dospělých*, Portál, Praha 1999
18. Vágnerová, M. *Patopsychologie I.*, Technická univerzita v Liberci, Liberec 1995
19. Vágnerová, M. *Vývojová psychologie I. - Dětství a dospívání*, Karolinum, Praha 2005

20. Zelinková, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Portál, Praha 2007

INTERNETOVÉ ODKAZY:

www.hyperaktivita.cz

<http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php>

<http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200103-0006.php>

<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/03/08.pdf>

<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/04/08.pdf>

<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/02/02.pdf>

http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/populacni_prizkumy/souhrn_vysledku_studie_espad_2007_v_ceske_republice

<http://www.muzikoterapie.cz/>

<http://www.dramaterapie.atlasweb.cz/index.htm>

<http://www.arteterapie.cz/>

<http://www.canisterapie.org/>

PŘÍLOHY

Tabulka č. 1 – Věkové rozložení sledovaného vzorku dětí

Děti/Věk	5,0 – 5,7	5,8 – 6,3	6,5 – 6,10	Celkem
Chlapci	2	2	4	8
Dívky	1	0	1	2
Celkem	3	2	5	10

Tabulka č. 2 – Výsledky druhé sociometrické metody, přehled kladných a záporných voleb

Volby/Třída	Třída A	Třída B	Třída C	Celkem
Kladné volby	1	1	1	3
Záporné volby	7	1	10	18
Celkový počet možných voleb	10	12	14	36

Tabulka č. 3 – Výskyt projevů agresivity u sledovaného vzorku dětí

Jméno	Agresivní projevy	Bez agres. projevů	Dle učitelky přijímán/a	Dle učitelky nepřijímán/a	Výsledek dle šetření
Martin	ano	-	-	ano	nepřijímán
Jana	-	ano	ano	-	spíše přijímána
Daniel	ano	-	ano	-	nepřijímán
Eliška	-	ano	ano	-	přijímána
David	-	ano	ano	-	spíše přijímán
Matěj	ano	-	-	ano	nepřijímán
Milan	-	ano	-	ano	nepřijímán
Jan	ano	-	ano	-	spíše nepřijímán
Petr	-	ano	ano	-	spíše přijímán
Filip	ano	-	ano	-	spíše nepřijímán
Celkem	5	5	7	3	-

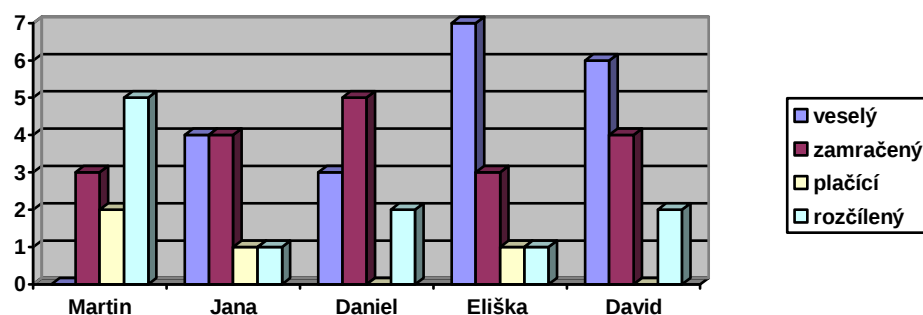
Tabulka č. 4 – Výskyt samotářství u sledovaného vzorku dětí

Jméno	Samotářství	Vyhledává společnost	Dle učitelky přijímán/a	Dle učitelky nepřijímán/a	Výsledek dle šetření
Martin	ano	-	-	ano	nepřijímán
Jana	-	ano	ano	-	spíše přijímána
Daniel	-	ano	ano	-	nepřijímán
Eliška	ano	-	ano	-	přijímána
David	ano	-	ano	-	spíše přijímán
Matěj	ano	-	-	ano	nepřijímán
Milan	ano	-	-	ano	nepřijímán
Jan	-	ano	ano	-	spíše nepřijímán
Petr	-	ano	ano	-	spíše přijímán
Filip	-	ano	ano	-	spíše nepřijímán
Celkem	5	5	7	3	-

Tabulka č. 5 – Výskyt dominance u sledovaného vzorku dětí

Jméno	Dominantní	Nedominantní	Dle učitelky přijímán/a	Dle učitelky nepřijímán/a	Výsledek dle šetření
Martin	ano	-	-	ano	nepřijímán
Jana	ano	-	ano	-	spíše přijímána
Daniel	ano	-	ano	-	nepřijímán
Eliška	-	ano	ano	-	přijímána
David	-	ano	ano	-	spíše přijímán
Matěj	ano	-	-	ano	nepřijímán
Milan	-	ano	-	ano	nepřijímán
Jan	ano	-	ano	-	spíše nepřijímán
Petr	-	ano	ano	-	spíše přijímán
Filip	ano	-	ano	-	spíše nepřijímán
Celkem	6	4	7	3	-

Graf č. 1 – Volby výrazu v obličeji při projektivní technice ve věkově heterogenních třídách



Graf č. 1a - Volby výrazu v obličeji při projektivní technice ve věkově heterogenních třídách

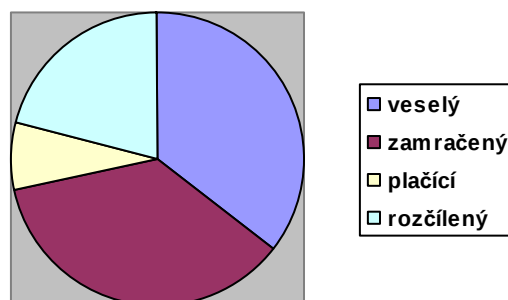
OBLIČEJE:

veselý - 20 = 35,6%

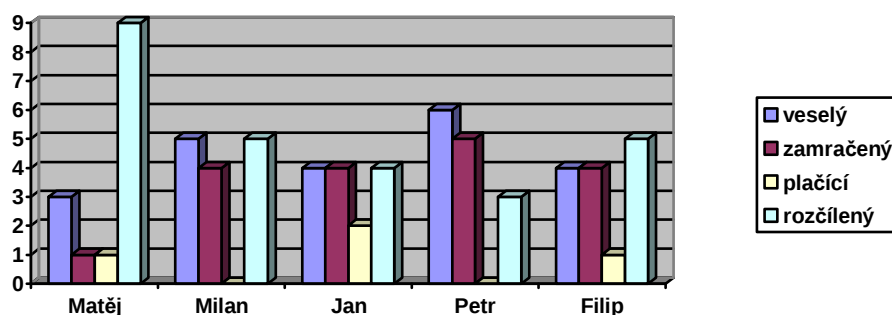
zamračený - 19 = 35,6%

plačící - 4 = 7,6%

rozčilený - 11 = 21%



Graf č. 2 – Volby výrazu v obličeji při projektivní technice ve věkově homogenní třídě



Graf č. 2a – Volby výrazu v obličeji při projektivní technice ve věkově homogenní třídě

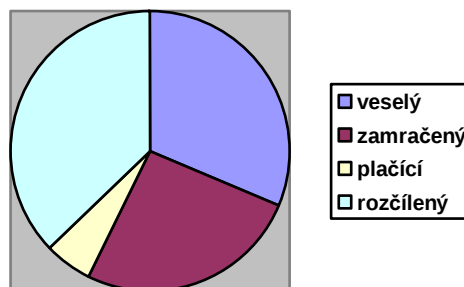
OBLIČEJE:

veselý – 22 = 31,4%

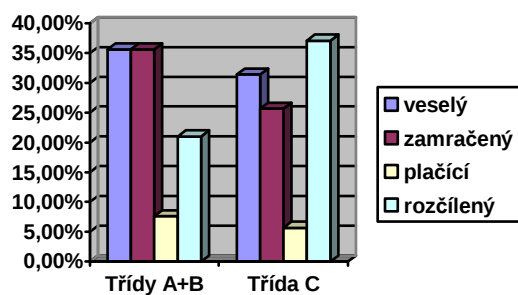
zamračený - 18 = 25,7%

plačící - 4 = 5,7%

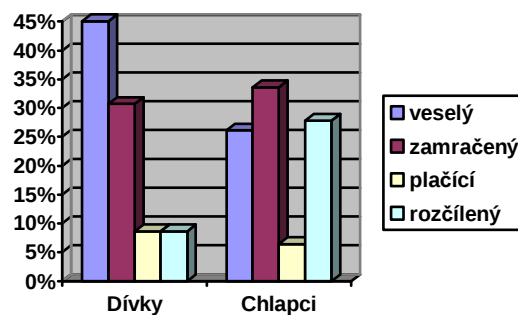
rozčilený – 26 = 37,1%



Graf č. 3 – Porovnání výsledků projektivní techniky věkově heterogenních tříd a třídy věkově homogenní



Graf č. 4 - Porovnání výsledků vzhledem k pohlaví dítěte s HKP



Otázky pro rozhovor s učitelkami

- 1** – Hraje si dítě převážně samo nebo ve skupině?
- 2** – Vyhledává kontakt ostatních dětí?
- 3** – Má ve třídě alespoň jednoho dobrého kamaráda?
- 4** – Vyhledávají ostatní jeho kontakt, či zapojují se do jeho hry?
- 5** – Narušuje či úmyslně kazí ostatním hru?
- 6** – Jsou v jeho chování agresivní prvky? Ubližuje ostatním, či sobě?
- 7** – V čem jsou s dítětem největší obtíže?
- 8** – V čem je dítě šikovné, co se mu daří?
- 9** – Myslíte si, že je dítě ostatními ve třídě spíše přijímáno, či spíše vyčleňováno?

Pozorovací arch je sestaven na základě symptomatologie uvedeně pro diagnostiku hyperaktivity v MKN–10

Jméno:	
Hyperaktivita:	
Narušená pozornost, nedokončí úkol:	
Nadměrně povídá, je hlučné:	
Je neklidné, vrtí se:	
Odbíhá od činnosti:	
Narušuje hru ostatním dětem, nebo porušuje pravidla hry:	
Pohybová neobratnost:	
Poruchy chování (agresivita vůči sobě i ostatním):	

Ukázka materiálu použitého pro zjišťování vztahů spolužáků k hyperaktivním dětem ve třídě MŠ

