



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



INFORMOVANOST RODIČŮ DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU O HYPERKINETICKÉ PORUŠE

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R012 – Speciální pedagogika předškolního věku
Autor práce: **Ing. Jana Prokešová**
Vedoucí práce: PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Ing. Jana Prokešová
Osobní číslo: P11000033
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku
Název tématu: Informovanost rodičů dětí předškolního věku o hyperkinetické poruše
Zadávací katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Charakterizovat problematiku hyperkinetických poruch a zjistit, jaká je informovanost rodičů dětí předškolního věku o hyperkinetické poruše.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P., 2009. ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-630-4.
- MICHALOVÁ, Z., 2011. ADD/ADHD v kontextu poruch chování. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-733-8.
- MUNDSEN, A., ARCELUS, J., 2008. Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-430-4.
- RIEFOVÁ, S. F., 2010. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-728-2.
- SCIUTTO, M. J., TERJESEN, M. D., BENDER FRANK, A. S., 2000a. Teachers' Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Psychology in the Schools, 35, 2, pp. 115-22. ISSN 517-526.
- SHERMAN, J., RASMUSSEN, C., BAYDALA, L., 2006. Thinking positively: How some characteristics of ADHD can be adaptive and accepted in the classroom. Childhood Education. 82, 196-200. ISSN 0009-4056.
- TAYLOR, J. F., 2012. Jak přežít s hyperaktivitou a poruchami pozornosti: rádce pro děti s ADHD a ADD. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0068-0.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: 2. dubna 2013

Termín odevzdání bakalářské práce: 25. dubna 2014



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2013

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 14. 4. 2014

Podpis:

Prokešová

Poděkování

Děkuji PhDr. Zdeňce Michalové, Ph. D. za cenné rady a zkušenosti, které mi byly poskytnuty při odborném vedení této práce.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou hyperkinetické poruchy, resp. ADHD a informovaností rodičů dětí předškolního věku o této poruše.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Ústřední kapitolou teoretické části je první kapitola, kde je popsána základní charakteristika poruchy, základní projevy poruchy a poruchy přidružené a související. Pozornost je také zaměřena na vývojovou variabilitu poruchy, příčiny jejího vzniku a diagnostiku.

Druhá kapitola teoretické části se zabývá problematikou dítěte předškolního věku. Je zde především popsán vývoj dítěte předškolního věku v jednotlivých oblastech jako jsou poznávací procesy, rozumové schopnosti, verbální schopnosti, socializace, atd.

Třetí kapitola teoretické části popisuje problematiku rodiny s dítětem s ADHD. Jsou zde uvedeny zásady výchovného vedení dítěte s ADHD, výchovné postupy k ovlivnění jednotlivých poruch souvisejících s ADHD a problematika farmakoterapie a kognitivně-behaviorální terapie u dětí s ADHD.

V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány výsledky výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jaká je informovanost respondentů (rodičů dětí předškolního věku) o ADHD. Nejprve jsou zde shrnuty výsledky výzkumu a vyhodnocena objektivní informovanost respondentů o ADHD a poté pomocí statistických metod zkoumány faktory, které mohly souviset s úrovní znalostí respondentů o ADHD. V závěru práce jsou vyhodnoceny výsledky výzkumu.

Klíčová slova:

ADHD, farmakoterapie, hyperaktivita, hyperkinetická porucha, impulsivita, poruchy pozornosti, předškolní věk

Annotation

Bachelor thesis deals with hyperkinetic disorder, resp. ADHD and knowledge of disorder in parents of pre-school children.

It is divided into theoretical and practical part. The chapter one is the main part of the theoretical part. The basic characteristics of the disorder, primary symptoms of the disorder and associated disorders are described there. We also focus on developmental stages of the disorder, etiology and diagnostics.

Pre-school children problems are described in Chapter two. It deals with pre-school children development in cognitive process, intellectual abilities, verbal abilities, socialization, etc.

We focus on problems of the family who has a child with ADHD in Chapter three. Educational principles of child with ADHD, educational methods to influence disorders associated with ADHD, medications and cognitive-behavioral therapy are described there.

In practical part results of the research are described. The goal of the research was to find out the level of knowledge of ADHD in respondents (parents of pre-school children). At first, results of the research are summarized and objective knowledge of ADHD in respondents are evaluated. Then factors, which could relate to level of the knowledge of ADHD in respondents, are examined by applying statistics methods. At the end of the practical part the results of the research are evaluated.

Key words:

ADHD, attention deficit, hyperactivity, hyperkinetic disorder, impulsivity, medications, pre-school age

Obsah

Seznam obrázků, tabulek a grafů.....	9
Seznam použitých zkratk a symbolů.....	12
Úvod.....	13
I Teoretická část.....	15
1 Hyperkinetická porucha.....	16
1.1 Terminologie.....	16
1.2 Základní charakteristika a subtypy ADHD.....	16
1.3 Projevy ADHD.....	17
1.3.1 Základní projevy ADHD.....	18
1.3.1.1 Porucha pozornosti.....	18
1.3.1.2 Hyperaktivita.....	20
1.3.1.3 Impulsivita.....	21
1.3.2 Přidružené poruchy související s ADHD.....	22
1.3.2.1 Percepčně motorické poruchy, poruchy kognitivních funkcí.....	22
1.3.2.2 Poruchy paměti.....	23
1.3.2.3 Poruchy myšlení a řeči.....	24
1.3.2.4 Emoční poruchy a poruchy chování.....	25
1.4 Vývojová variabilita ADHD.....	26
1.5 Příčiny vzniku ADHD.....	29
1.6 Diagnostika ADHD.....	30
2 Charakteristika dítěte předškolního věku.....	34
2.1 Vývoj poznávacích procesů.....	34
2.2 Rozumový vývoj.....	35
2.3 Kresba, hra a pohádka.....	36
2.4 Vývoj paměti.....	37
2.5 Vývoj verbálních schopností.....	38
2.6 Emoční vývoj a vývoj svědomí.....	38
2.7 Socializace.....	39
2.8 Rodina, vztahy s rodiči a sourozenci.....	40
3 Rodina dítěte s ADHD.....	42
3.1 Obecné zásady výchovného vedení dítěte s ADHD.....	43
3.2 Výchovné přístupy k ovlivňování poruch souvisejících s ADHD.....	45
3.3 Farmakoterapie a kognitivně-behaviorální terapie.....	48
3.3.1 Farmakoterapie.....	48
3.3.2 Kognitivně-behaviorální terapie.....	48
4 Cíl praktické části.....	51
5 Použité metody.....	52
6 Popis zkoumaného vzorku.....	53
7 Výsledky výzkumu a jejich interpretace.....	54
7.1 Přehled odpovědí na jednotlivá tvrzení z dotazníku.....	54
7.2 Objektivní informovanost respondentů o ADHD.....	68
7.3 Faktory ovlivňující informovanost respondentů o ADHD.....	74
7.3.1 Faktor: nejvyšší dosažené vzdělání.....	75
7.3.2 Faktor: pedagogické vzdělání.....	79
7.3.3 Faktor: počet dětí s ADHD, se kterými se respondent setkal.....	81

7.3.4 Faktor: respondent má mezi příbuznými či známými někoho s diagnostikovanou ADHD.....	86
7.3.5 Faktor: dítě s diagnostikovanou ADHD v rodině.....	89
8 Shrnutí výsledků praktické části.....	91
Závěr.....	94
Návrh opatření.....	95
Použité zdroje.....	96
Seznam příloh.....	98

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Diagnostická kritéria dle MKN-10 a DSM-IV

Tabulka č. 2: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 1

Tabulka č. 3: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 2

Tabulka č. 4: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 3

Tabulka č. 5: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 4

Tabulka č. 6: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 5

Tabulka č. 7: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 6

Tabulka č. 8: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 7

Tabulka č. 9: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 8

Tabulka č. 10: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 9

Tabulka č. 11: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 10

Tabulka č. 12: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 11

Tabulka č. 13: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 12

Tabulka č. 14: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 13

Tabulka č. 15: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 14

Tabulka č. 16: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 15

Tabulka č. 17: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 16

Tabulka č. 18: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 17

Tabulka č. 19: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 18

Tabulka č. 20: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 19

Tabulka č. 21: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 20

Tabulka č. 22: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 21

Tabulka č. 23: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 22

Tabulka č. 24: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 23

Tabulka č. 25: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 24

Tabulka č. 26: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 25

Tabulka č. 27: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 26

Tabulka č. 28: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 27

Tabulka č. 29: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 28

Tabulka č. 30: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 29

Tabulka č. 31: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 30

Tabulka č. 32: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 31

Tabulka č. 33: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 32

Tabulka č. 34: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 33

Tabulka č. 35: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 34

Tabulka č. 36: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 35

Tabulka č. 37: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 36

Graf 1: Průměrná úspěšnost respondentů měřená počtem správných odpovědí na tvrzení celého dotazníku

Graf 2: Histogram četnosti správných odpovědí na všechna tvrzení v dotazníku

Graf 3: Průměrná úspěšnost respondentů v kategorii Příznaky a diagnóza ADHD měřená relativním počtem správných odpovědí

Graf 4: Průměrná úspěšnost respondentů v kategorii Léčby ADHD měřená relativní četností správných odpovědí

Graf 5: Průměrná úspěšnost respondentů v kategorii Problematiky související s ADHD měřená relativní četností správných odpovědí

Graf 6: Srovnání úspěšnosti odpovědí dle jednotlivých kategorií tvrzení v dotazníku

Graf 7: Průměrný počet správných odpovědí na respondenta podle dosaženého vzdělání

Graf 8: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů se středním odborným vzděláním

Graf 9: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů se středoškolským vzděláním

Graf 10: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů s vysokoškolským vzděláním

Graf 11: Souvislost mezi úspěšností odpovědí respondentů a nejvyšším dosaženým vzděláním, resp. délkou studia v letech

Graf 12: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů bez pedagogického vzdělání

Graf 13: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů s pedagogickým vzděláním

Graf 14: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří se nesetkali s žádným dítětem s ADHD

Graf 15: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří se setkali s 1 dítětem s ADHD

Graf 16: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří se setkali s 2–5 dětmi s ADHD

Graf 17: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří se setkali s více jak 5 dětmi s ADHD

Graf 18: Souvislost mezi počtem správných odpovědí a počtem dětí s ADHD, se kterými se respondenti setkali

Graf 19: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří mají mezi přáteli či příbuznými někoho s diagnostikovanou ADHD

Graf 20: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří nemají mezi příbuznými či přáteli někoho s diagnostikovanou ADHD

Graf 21: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří nemají vlastní dítě s diagnostikovanou ADHD

Graf 22: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří mají vlastní dítě s diagnostikovanou ADHD

Seznam použitých zkratk a symbolů

ADD – porucha pozornosti bez hyperaktivity (Attention Deficit Disorder)

ADHD – syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

CNS – centrální nervový systém

DSM-IV – diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. vydání

IQ – inteligenční kvocient

KADDS – hodnotící škála znalostí poruchy deficitu pozornosti (The Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale)

MKN-10 – mezinárodní klasifikace nemocí

r – korelační koeficient

r^2 – koeficient determinace

WISC-3 – Wechslerova inteligenční škála pro děti (Wechsler Intelligence Scale for Children)

Úvod

Tématem této bakalářské práce je Informovanost rodičů dětí předškolního věku o hyperkinetické poruše. Cílem bakalářské práce je charakterizovat problematiku hyperkinetických poruch a zjistit, jaká je informovanost rodičů dětí předškolního věku o hyperkinetické poruše.

Přestože je v názvu bakalářské práce uveden termín hyperkinetická porucha, který vychází z klasifikace nemocí podle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí), rozhodla jsem se v této práci dále používat termín syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou, označující stejnou poruchu, který je známý pod zkratkou ADHD a vychází z klasifikačního systému Americké psychiatrické asociace DSM-IV (blíže viz. kapitola 1.1 Terminologie). Důvodem tohoto rozhodnutí je skutečnost, že Mezinárodní klasifikace nemocí se u této poruchy zabývá hlavně etiologií a zahrnuje do ní i poruchy chování, zatímco klasifikační systém DSM-IV se zabývá převážně symptomy a projevy této poruchy. Speciální pedagog musí znát a umět pracovat se symptomy a projevy poruchy, aniž by znal etiologii poruchy. Jelikož pracuji v mateřské škole a studuji obor speciální pedagogika, považuji z výše uvedených důvodů za vhodnější užívat v této bakalářské práci termín ADHD, který lépe vystihuje problematiku, kterou se bakalářská práce zabývá.

Bakalářská práce je členěna na dvě části a to na část teoretickou a část praktickou. První kapitola teoretické části se zabývá základní charakteristikou ADHD, dále jsou zde popsány jak základní projevy poruchy, tak i poruchy přidružené a související s ADHD. Pozornost je rovněž věnována vývojové variabilitě poruchy. V závěru první kapitoly teoretické části se tato práce věnuje příčinám vzniku poruchy a diagnostice.

V druhé kapitole teoretické části je uvedena charakteristika dítěte předškolního věku. Kapitola se zaměřuje především na vývoj dítěte předškolního věku v jednotlivých oblastech jako jsou poznávací procesy, rozumové schopnosti, verbální schopnosti, socializace, emoce, svědomí, kresba, hra, paměť. Je zde popsán i význam pohádky v životě a vývoji dítěte předškolního věku. Zaměřujeme se také na vztahy s rodiči a se sourozenci.

Třetí kapitola teoretické části je věnována problematice rodiny s dítětem s ADHD. Jsou zde popsány zásady výchovného vedení dítěte s ADHD, dále pak výchovné

postupy k ovlivnění jednotlivých poruch souvisejících s ADHD jako je porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita, deficity v oblasti paměti. Změřujeme se i na zásady komunikace s dítětem s ADHD. Závěr třetí kapitoly je věnován problematice farmakoterapie u dětí s ADHD a kognitivně-behaviorální terapii.

V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány výsledky výzkumu, který byl proveden pomocí dotazníku, přičemž bylo osloveno 50 respondentů – rodičů dětí předškolního věku. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je informovanost respondentů o ADHD. V první části jsou shrnuty výsledky výzkumu a vyhodnocena objektivní informovanost respondentů. V druhé části jsou zkoumány faktory, které mohly mít vliv na znalosti respondentů o ADHD a za pomoci statistických metod zjištěna míra závislosti úspěšnosti respondentů při odpovědích na otázky v dotazníku na těchto faktorech.

I Teoretická část

1 Hyperkinetická porucha

Hyperkinetická porucha patří podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 mezi poruchy chování a emocí, které obvykle začínají v dětském věku a v adolescenci. Jak uvádí Michalová (2011, s. 30): „Tato skupina poruch je charakterizována raným začátkem, neúměrně aktivním a špatně ovladatelným chováním s výraznou neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Za hlavní podstatu obtíží je uváděna hyperkinéza.“

1.1 Terminologie

V současné době se při pojmenování výše uvedené poruchy můžeme setkat s termíny hyperkinetická porucha nebo syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou.

Termín **hyperkinetická porucha** vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (MKN-10), kterou se řídí Evropa. Termín **syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou**, známý pod zkratkou **ADHD** (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), vychází z klasifikačního systému Americké psychiatrické asociace DSM-IV (*The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4th edition*).

Termín ADHD je používán nejen ve Spojených státech, ale pronikl i do Evropy, a i v České republice je tato zkratka používána zejména díky tomu, že většina relevantních výzkumů pochází z USA (Michalová 2011, s. 71).

V této práci je používán dále termín ADHD z důvodů, které jsou popsány v Úvodu.

1.2 Základní charakteristika a subtypy ADHD

„ADHD je psychiatrická diagnóza, která se vztahuje na děti (a dospělé) s vážnými sociálními a kognitivními obtížemi (Train 1997, s. 31).“

Autoři většiny publikací o ADHD se shodují na třech základních symptomech této poruchy. Jsou to hyperaktivita, porucha pozornosti a impulzivita. Hyperaktivita znamená zvýšenou aktivitu dítěte a také aktivitu neorganizovanou a bezúčelovou (Lougry, Rosenthal 2002, s. 15, Train 1997, s. 32, Jucovičová, Žáčková 2010, s. 27).

Poruchu pozornosti charakterizuje Train (1997, s. 32) tak, že dítě není schopno se soustředit, dokončit úkol, koncentrovat svou pozornost. Jucovičová a Žáčková (2010, s. 27) uvádějí, že takové dítě, které trpí poruchou pozornosti, je roztěkané, nesoustředěné, nepozorné. Impulzivitu můžeme charakterizovat jako okamžitou reakci na podnět, kdy chybí fáze rozmyšlení. Jak uvádí Michalová (2011, s. 39): „dítě tak zvaně dříve jedná, než domyslí důsledky svého chování.“

Je třeba zdůraznit, že děti s ADHD nevykazují všechny výše uvedené symptomy ve stejné míře. Podle toho, který ze symptomů převažuje, rozlišujeme tři subtypy ADHD (Goetz, Uhlíková 2009, s. 33, Lougy, Rosenthal 2002, s. 11, Michalová 2011, s. 40, Paclt 2007, s. 13–15):

1.Subtyp s převahou poruchy pozornosti. Tento subtyp zahrnuje 25–30 % případů jedinců s ADHD. Pro označení tohoto subtypu se užívá pojmu ADD – porucha pozornosti bez hyperaktivity (*Attention Deficit Disorder*). Tyto děti nejsou téměř vůbec hyperaktivní a impulzivní. Tento subtyp se vyskytuje častěji u dívek než u chlapců.

2.Subtyp s převahou hyperaktivity a impulzivity. Do tohoto subtypu spadá 10–20 % všech případů ADHD. Tyto děti se naopak dokáží na rozdíl od 1. subtypu celkem dobře soustředit na svoji práci.

3.Smíšený subtyp. Tento subtyp je nejčastější, zahrnuje 50 % všech případů jedinců s ADHD. U těchto dětí můžeme pozorovat všechny tři symptomy.

Během vývoje dítěte se míra vyjádření různých příznaků poruchy může měnit a dítě tak může postupně vystřídat všechny tři subtypy (Michalová 2011, s. 40).

1.3 Projevy ADHD

Jak bylo uvedeno výše v kapitole 1.2, základními projevy syndromu ADHD je porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Kromě těchto základních projevů pozorujeme u hyperaktivních dětí i další přidružené poruchy, které s vlastním syndromem úzce souvisí. Jedná se o poruchy percepčně-motorické, jako je porucha motoriky, motorické a senzomotorické koordinace, poruchy percepčních funkcí – zejména zrakového a sluchového vnímání. Můžeme se setkat s deficitem kognitivních

funkcí, zejména s poruchou paměti, která úzce souvisí s poruchou koncentrace pozornosti, a také s poruchami v oblasti myšlení a řeči. Děti s ADHD se také často potýkají s emočními poruchami a poruchami chování. Souvislost s ADHD mají i vývojové poruchy učení (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 22).

1.3.1 Základní projevy ADHD

1.3.1.1 Porucha pozornosti

„Kolik dětí dnes a denně slyší, že se nemají rozptylovat, že se mají soustředit. Ono se snadno řekne, že dítě zkrátka není schopné se soustředit, udržet pozornost na tom či onom, na čem zrovna má. Věřte mi, nejde to. Hlavou vám víří myšlenky o tom a tomhle; útržky rozhovorů absolvovaných i budoucích... Soustřed'te se, když vám v hlavě pořád zní hudba... Když vás všechno kolem zajímá a i ty sebemenší podněty rozptýlí těžce vybojované soustředění – jestli jste vůbec byli schopni je vybojovat. Stačilo mi koutkem oka spatřit mouchu letící kolem, zaslechnout, jak si kluci venku kopou míčem nebo rádio od sousedů, a zase už jsem viděl jenom hromady písmenek, aniž by měly nějaký smysl.“ (Antal 2013, s. 33).

Pro děti s ADHD je charakteristická roztěkanost, nesoustředěnost, nepozornost. Jak uvádí Train (1996, s. 32) porucha pozornosti se vyznačuje tím, že dítě není schopno se soustředit, dokončit úkol, koncentrovat svou pozornost.

Problémy se schopností koncentrace pozornosti lze pozorovat už u předškolních dětí. Takové děti si nedovedou déle hrát s jednou hračkou, nevydrží u déle trvající hry, mají potíže se přizpůsobit pravidlům hry, nedokončí ji, těkají od jedné věci ke druhé. I poslech pohádky, který většinu dětí zaujme, je pro tyto děti problémem, hůře se na ni soustředí. Neustále vyžadují nové podněty a pokud je ponecháme samy sobě, často se nudí.

Pro děti s ADHD je typická slabá koncentrace pozornosti – je pro ně velmi obtížné se soustředit na jednu věc. Neustále totiž monitorují své okolí a jak uvádí Lougy a Rosenthal (2002, s. 13) zaměřují svoji pozornost na všechny možné podněty a činnosti v jejich okolí vyjma té, na kterou by se měly soustředit. Jejich pozornost upoutává nejen cokoli, co je např. v dětském pokoji, ale i zvuky z vedlejší místnosti, co

se děje za oknem, na ulici, ale i jejich vlastní „vnitřní“ podněty – nějaký okamžitý nápad, který s danou činností vůbec nesouvisí (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 27).

Děti s ADHD mají příliš krátkou délku soustředění. Nedokáží udržet pozornost potřebným směrem po určitou, vzhledem k věku dítěte standardní dobu, neustále přebíhají od jedné činnosti ke druhé (Vágnerová 2005, s. 73). Z tohoto důvodu je pro ně obtížné dokončit úkol. Největší problémy se soustředěním pozornosti mají tyto děti v případě namáhavých nebo rutinních činností. Naopak, pokud jsou vtaženy do činností, které je velmi baví (např. oblíbená PC hra, stavebnice, sledování TV), dokáží udržet pozornost po stejnou dobu jako jejich vrstevníci (Loughy, Rosenthal 2002, s.13).

Ve schopnosti koncentrovat pozornost u dítěte s ADHD hraje potom velkou roli motivace a adekvátní stimulace. Někteří autoři, jako např. Paclt (2007, s. 13) uvádějí, že problém těchto dětí není pouze v jejich zvýšené těkavosti či snadné odklonitelnosti pozornosti, ale rovněž v neodpovídající stimulaci dítěte, která pak snižuje jeho výkon. Paclt vidí problém ve snížené vytrvalosti při plnění takových úkolů, které nepřinášejí bezprostřední pozitivní odezvu, jež je pro dítě důležitá. Dítě pak v takovém případě snadno odkloní pozornost k činnostem, které jsou pro něj zajímavější.

Další složka pozornosti, která je u těchto dětí narušená, je její rozsah. Ten je neadekvátní, příliš malý. To způsobuje, že děti s ADHD dokáží vnímat jen malé množství informací, nedovedou se soustředit na komplexnější situaci, dost často věnují pozornost jenom určitým detailům. To pak vede k tomu, že se neřídí pokyny autority. Příčinou v tomto případě není vzdor, ale neschopnost chápat, co po nich chceme (Vágnerová 2005, s. 74). Tato skutečnost pak dětem přináší velké problémy ve školní práci, kdy chybují v důsledku toho, že se rozhodují pouze na základě částečných informací (Loughy, Rosenthal 2002, s. 13).

Děti s poruchou pozornosti podávají nevyrovnaný výkon v činnostech. Jak uvádí Riefová (2007, s. 17), jednou jsou děti schopny úkol splnit, podruhé ne. Jejich výkon je nevyrovnaný, neustále se mění. Hovoříme o fluktuaci pozornosti.

Může trpět i pružnost pozornosti, děti nejsou schopny přenášet pozornost podle potřeby. Pak se stane, že dítě ulpívá na jednom podnětu a nedokáže se od něj dlouho odpoutat. Jak uvádí Vágnerová (2005, s. 74), těžko se přizpůsobují změně činnosti a to i tehdy, když pro ně znamená ulehčení situace. Jucovičová, Žáčková (2010, s. 29)

popisují další příklady ulpívavé pozornosti – takové děti řeší následující (od předchozího odlišný) úkol stejným způsobem, stereotypně opakují minulou chybu.

Problémem dětí s poruchou pozornosti je často nevýběrovost. Takové dítě dává pozor na všechno, nedokáže odlišit podstatné od nepodstatného. Není v jeho silách si vybrat jen ty podněty, které jsou pro něj aktuálně důležité (Vágnerová 2005, s. 74).

Poruchy koncentrace pozornosti se promítají i do komunikace s ostatními. Děti s ADHD tak neustále skáčou druhým do řeči, přeskakují z tématu na téma, najednou začnou mluvit o něčem jiném, co je zrovna napadne. Není pro ně lehké udržet linii hovoru. Vyčkat, až druhý domluví, je pro ně velmi těžké a pak může často dojít k tomu, že jsou neprávem označovány za nevychované.

1.3.1.2 Hyperaktivita

Autoři shodně definují hyperaktivitu jako nadměrnou nebo vývojově nepřiměřenou úroveň motorické či hlasové aktivity. Jak uvádí Loughy a Rosenthal (2005, s. 15), ale také Vágnerová (2005, s. 75), hyperaktivita neznamena pouze zvýšenou aktivitu, ale rovněž aktivitu neorganizovanou, nesmyslnou a bezúčelovou. Dítě ji nedokáže nijak utlumit a ovládat. Jak uvádí Riefová (2007, s. 18), takové dítě vypadá, že je v neustálém pohybu, nenechá v klidu ruce ani nohy, neustále se vrtí, padá ze židle, vyhledává blízké předměty a hraje si s nimi nebo je vkládá do úst. Nedokáže setrvat na místě. To se projevuje např. tím, že ve škole bezdůvodně vstává z lavice a prochází se po třídě. To, že dělá něco, co nemá, si neuvědomuje (Train 1997, s. 35).

Hyperaktivita se u dětí s ADHD odráží i v jejich řečovém projevu. Tyto děti bývají velmi hlučné při hře, typické jsou pro ně časté komentáře, skákání do řeči, vydávání atypických zvuků jako je brumlání. V řečovém projevu bývá patrná překotnost. Hyperaktivní děti mluví velmi hlasitě aniž by si toho byly vědomy, nechápou, proč po nich chceme, aby se ztišily. Ve skupině dětí se chtějí prosadit a tak se překřikují (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 32).

Vágnerová (2005, s. 75, 76) pojímá hyperaktivitu jako změnu aktivační úrovně, kdy převládá zvýšená úroveň aktivity centrální nervové soustavy. U hyperaktivních dětí nedochází při únavě k útlumovým reakcím, mají neustále zvýšenou aktivační úroveň. Přitom tyto děti nemají více energie a proto bývá hyperaktivita spojena se zvýšenou

unavitelností a s tím související podrážděností. Když je dítě nějakou činností přetíženo, nahradí tuto jinou činností, nedovede najít řešení, které by vedlo k odpočinku.

Zvýšená aktivační úroveň u hyperaktivních dětí se může negativně odrazit i do problému s usínáním. Dítě se dlouho převaluje v posteli, vymýšlí si různé důvody, proč vstát, často usíná pozdě.

Problémy s hyperaktivitou se, jak uvádí Loughy a Rosenthal (2002, s. 16), nejčastěji projeví okolo druhého roku věku dítěte, kdy začínají obtíže s jejich výchovou. Munden a Arcelus (2006, s. 22) zmiňují existenci záznamů o tom, že děti postižené ADHD bývají neobvykle aktivní již v děloze před narozením. Po narození tyto děti někdy hodně pláčí a špatně spí.

1.3.1.3 Impulsivita

Impulsivní jednání je ve většině literatury popisováno jako okamžitá reakce na podnět, kdy chybí fáze rozmyšlení. Vágnerová (2005, s. 75) definuje impulsivitu jako neschopnost selektivní regulace způsobu reagování tak, aby odpovídal požadavkům dané situace. Dítě jedná podle svého prvotního nápadu, aniž by si rozmyslelo postup a domyslelo důsledky nebo následky takového jednání. Jak uvádějí Jucovičová a Žáčková (2010, s. 33), impulzivní chování je spojeno se sníženými volními, ovládacími schopnostmi. Takovému dítěti chybí sebekontrola, sebeovládání je snížené. Chování těchto dětí je označováno jako hlučné, spontánní, živelné, zbrklé.

Impulsivita působí dětem s ADHD také obtíže v komunikaci s ostatními. Mají tendenci přerušovat jiné a skákat jim do řeči, nedovedou počkat, až na ně přijde řada. Pokyny nedoslechnou až do konce a vykonají pak pouze část toho, co je jim uloženo. Nemalým problémem je i to, že tyto děti nedovedou respektovat pravidla, která ve škole platí, i když je znají a většinou i akceptují (Vágnerová 2005, s. 75).

Impulsivní jednání a neschopnost domyslet, co může následovat, způsobuje, že se dítě často pouští do fyzicky nebezpečných činností, což často vede k tomu, že se zraní. Nemůžeme se např. ani spolehnout na to, že půjde bezpečně po chodníku bez doprovodu rodiče jako ostatní děti jejich věku. Pokud uvidí něco, co je upoutá, mohou bez rozmyslu skočit do vozovky aniž by se rozhlédly (Riefová, 2007, s. 18, Mundsén, Arcelus 2006, s. 23).

S impulzivitou souvisí i to, že tyto děti obtížně snášejí okamžité nesplnění svého požadavku. Neumí počkat, až na ně přijde řada, všechno chtějí hned (pokud jim nechce kamarád půjčit hračku, tak si ji vezmou násilím, učitel jim nemůže věnovat ihned pozornost, tak si ji vynutí zlobením, apod.). Jak uvádějí Jucovičová a Žáčková (2010, s. 34), tato skutečnost je projevem opožděného zrání CNS. Stejně tak se chovají i věkově mladší děti, k jejich věku ale tato skutečnost patří.

Všechny výše uvedné projevy impulsivity pak často přinášejí dětem s ADHD problémy v sociálních situacích. Jak popisují Mundsén a Arcelus (2006, s. 23), může takové jednání těmto dětem značně ztížit navázání a udržení přátelství. To, že skáčou druhým do řeči, říkají bez rozmyšlení nevhodné věci, pošťuchují druhé děti (nemají důvod ale potřebu to udělat), mívá často za následek to, že bývají odmítány, i když velmi touží po kamarádech.

1.3.2 Přidružené poruchy související s ADHD

1.3.2.1 Percepčně motorické poruchy, poruchy kognitivních funkcí

Děti s ADHD mívají často problémy v jemné a hrubé motorice. V oblasti hrubé motoriky se to projevuje neohrabaností, neobratností a nešikovností. Jejich pohyby jsou málo koordinované, což se nejvíce projevuje při souhře horních a dolních končetin. Často lze pozorovat i zvýšený svalový tonus a křečovitě pohyby. Může váznout integrace jednotlivých pohybů v celek, děti mívají delší proces automatizace pohybů. V oblasti jemné motoriky jsou nápadné problémy v sebeobsluze – zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, jezení příborem je pro tyto děti složitější. Často se jim stane, že při hře nebo jiných činnostech rozbijí nějakou věc (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 35).

Další problémy v této oblasti bývají u dětí s ADHD v oblasti psaní a čtení. Jak uvádějí Munden a Arcelus (2006, s. 25), až 60 % těchto dětí má problémy se psaním a 20 % pak v oblasti čtení. V souvislosti s poruchami vnímání, paměti a pozornosti se u těchto dětí často rozvíjejí specifické poruchy učení, jako např. dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie. Tyto specifické vývojové poruchy souvisejí s deficitem v percepční oblasti těchto dětí a to jak sluchové, tak i zrakové, kdy se jedná o poruchu funkce, nikoliv orgánu, s deficitem v oblasti pravolevé orientace a orientace v prostoru,

s horší orientací v čase. Může být narušeno i vnímání vlastního tělesného schématu, což těmto dětem v kombinaci s obtížemi v jemné a hrubé motorice způsobuje problémy při různých sportech, provádění cviků, tanci (Zelinková 2003).

Vágnerová (2005, s. 74) popisuje poruchu kognitivních funkcí u dětí s ADHD jako neschopnost regulovat příjem podnětů a koordinovat jejich zpracování. Děti nedovedou odhadnout míru přiměřeného přísunu informací a vytvářejí si tak subjektivně zátěžovou situaci. Velké množství informací pak nedovedou přijatelně zpracovat. Porucha kognitivních funkcí se dále konkrétně projevuje v problémech s organizováním vlastní aktivity, činí jim problém pochopit podstatu situace, bývají méně flexibilní, což je následkem ulpívání pozornosti. Vágnerová (2005, s. 74) i Michalová (2011, s. 42) shodně uvádějí oslabené volní vlastnosti, které souvisejí s malou vytrvalostí těchto dětí. Děti se nadchnou pro nějakou činnost, ale pokud je dlouhodobého charakteru a souvisí s překonáváním překážek, jejich zájem postupně opadá.

Poruchy pozornosti mají vliv na paměť a učení. Děti s ADHD se často nedovedou poučit ze zkušenosti, méně si pamatují, obtížněji si vybavují a často zapomínají. Typické je pak ztrácení věcí, nepořádnost (Vágnerová 2005, s. 75, Michalová 2011, s. 42).

1.3.2.2 Poruchy paměti

Jak je uvedeno v předchozí kapitole, děti s ADHD mají problémy s pamětí. V této podkapitole jsou tyto obtíže podrobněji rozvedeny.

Literatura uvádí, že pro děti s ADHD je typická porucha krátkodobé, tzv. provozní paměti. Tento druh paměti uchovává informace po několik hodin, dnů a týdnů. Serfontain (1999, in Jucovičová, Žáčková 2010, s. 38) popisuje, že pro tyto děti je nejobtížnější zapamatování verbálně sdělených informací, které jsou uchovávané sluchovou pamětí. Naopak Černá (2002) se domnívá, že je postižen celý paměťový proces od ukládání až po vybavování informací.

Výsledkem poruch paměti je, že dítě si pamatuje jenom část informace, která mu byla poskytnuta, nebo také vůbec nic. Pokud bychom dítěti s ADHD dali delší a složitější pokyn, vůbec si jej nezapamatuje a nebo jenom jeho začátek nebo naopak

konec. To působí dítěti problémy jak doma tak i ve škole. Bývá označováno za nespolehlivé, zapomětlivé.

Paměť dětí s ADHD může být obdobně jako pozornost ulpívavá. Dítě se nedokáže odpoutat od jedné vzpomínky, stále se k ní vrací a nemůže si proto vybavit ostatní informace. Nejenom ulpívání na vzpomínce, ale celkově vybavení konkrétní informace bývá pro tyto děti problematické.

1.3.2.3 Poruchy myšlení a řeči

Rozumové schopnosti u dětí s ADHD nejsou významně narušeny, je ale narušena jejich struktura a snížena jejich využitelnost v praxi. Můžeme tedy říci, že výkon dítěte neodpovídá jeho schopnostem. Většina autorů se shoduje na tom, že vývoj rozumových schopností je u těchto dětí nerovnoměrný a dochází ke kolísání ve výkonnosti.

Vágnerová (1999) uvádí, že vlivem změny dynamiky psychických procesů, zejména určitou ulpívavostí a rigiditou v myšlení, tendencí ke stereotypním řešením, ulpíváním na detailech a opomíjením podstatných vztahů, dochází u dětí s ADHD k převaze verbálního myšlení nad neverbálním. Také tyto děti nedokáží skloubit jednotlivosti v celek a postihnout situaci globálně. Negativně se v myšlení odráží jejich překotnost, impulsivita a sklon k chaotickým řešením. Zvýšená vnímavost k jakýmkoli podnětům se negativně odráží v plynulosti myšlenkových procesů.

Černá (2002) dává převahu verbálního myšlení nad neverbálním u dětí s ADHD do souvislosti s perцепčně motorickými poruchami. U těchto dětí dominuje slovně pojmové myšlení. U některých ale můžeme podle autorky zaznamenat i převahu neverbálních schopností, převažuje pak u nich praktická složka myšlení. Černá také upozorňuje na skutečnost, že myšlení a řeč staví na senzorce a motorice, které bývají u dětí s ADHD narušené. Proto mají tyto děti problémy s kolísáním výkonnosti.

Dalšími charakteristikami myšlení dětí s ADHD jsou ulpívavost, nepružnost nebo naopak chaos a zmatek. Dítě lpí na jedné myšlence a nedokáže se od ní odpoutat. Těká od podnětu k podnětu, neudrží myšlenkovou souvislost. Myšlení může být také zabíhavé, objevuje se překotnost a nevyrovnanost. Myšlení je buď příliš rychlé nebo pomalé, těžkopádné. Častá je kolísavost, nevyrovnanost. Děti hůře vnímají souvislosti, což se připisuje poruchám orientace v čase a prostoru. U dětí s převahou neverbálního

myšlení, je porušeno pojmové myšlení. To se projevuje v obtížích v zobecňování, tvorbě a rozlišení nadřazených a podřazených pojmů. Je narušená plynulost a harmoničnost myšlení (Černá 2002).

Co se týče poruch řeči, dochází u dětí s ADHD jak k poruchám porozumění řeči, tak k poruchám aktivní řeči. Poruchy porozumění řeči vznikají vlivem poruch sluchové diferenciacie a dysgnózie – děti nechápou význam některých slov a jemné odstíny smyslu sdělení. K poruchám porozumění řeči přispívá i kolísání pozornosti, dítě se plně nesoustředí na to, co mu druhý člověk říká.

K poruchám aktivní řeči řadíme poruchy artikulace a rytmu. Neobratnost mluvidel způsobuje dyslálii, kdy dítě chybně vyslovuje jednu nebo více hlásek. Hyperaktivní děti mívají vadu výslovnosti déletrvajících, vícečetnější a také hůře reagují na reedukaci (Klenková 2006, s. 99).

U dětí s ADHD se může objevit artikulační neobratnost – obtíže s vyslovováním delších, náročnějších slov, slov se souhláskovými shluky. Vyskytují se i specifické asimilace – chybná nebo nejednoznačná výslovnost tvrdých a měkkých slabik, sykavek ve slovech, v nichž se vyskytují hlásky artikulačně blízké. Řeč dítěte může být nesrozumitelná, neadekvátně hlasitá, bývá omezen jazykový cit. Často pozorujeme opožděný vývoj řeči.

Stejně jako u myšlení se i u řeči objevuje porucha tvorby pojmů. Tyto děti pak mají chudší slovní zásobu. Stejně tak pro ně může být obsahově nejasná řeč druhých. Nevycítí signály podle tónu hlasu. Řečový projev je často chaotický. Řeč může ulpívat, být rigidní a nepružná stejně jako myšlení. Objevuje se stereotypní používání některých výrazů (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 43).

1.3.2.4 Emoční poruchy a poruchy chování

Mnoho dětí s ADHD trpí emočními problémy, které jsou spojené s určitými poruchami chování. Train (1997, s. 38) uvádí, že tyto děti mohou mít sníženou sebedůvěru, být velmi úzkostné, trpět depresemi, těžko navazovat vztahy s vrstevníky, vytahovat se, být apatické, podrážděné, uzavřené, agresivní, přecitlivělé.

Michalová (2011, s. 43) se zmiňuje o zvýšené urážlivosti těchto dětí – nesnáší kritiku, ani když je dobře míněná. Neúspěch je pro ně naprosto nemotivující. Tyto problémy souvisí s nízkou sociální zralostí včetně zralosti emoční.

I Vágnerová (2005, s. 75) uvádí jako jeden z projevů ADHD výkyvy emočního ladění a reagování. Děti mívají menší toleranci k zátěži a v důsledku toho reagují afektovaně v situacích, které vyžadují nějaké omezení a kdy nedosáhnou okamžitého uspokojení.

1.4 Vývojová variabilita ADHD

ADHD patří k těm poruchám, u nichž se příznaky a jejich intenzita během vývoje jedince mění. Rozdíly jsou patrné i mezi chlapci a dívkami. Jak uvádí Černá (2002, s. 204), obraz ADHD se v průběhu jednotlivých etap vývoje proměňuje a nabývá různých podob, které jsou výsledkem vzájemné interakce základních dysfunkcí a vývojových okolností – zráním nebo vnějšími vlivy.

Novorozenecké a kojenecké období

Autoři shodně uvádějí, že první známky hyperaktivity můžeme pozorovat už i v novorozeneckém a kojeneckém období. Pro tyto děti typická výrazná nepravidelnost v denním režimu. Problémy se dle Černé (2002, s. 204) koncentrují do oblasti základních fyziologických funkcí. Děti špatně v noci spí, budí se ráno příliš časně. Jejich spánek bývá mělký a nebo naopak příliš hluboký. Dítě provádí spoustu bezúčelných pohybů, které u něj mohou vyvolat nevolnosti nebo i zvracení (Michalová 2011, s. 45). Černá (2002, s. 204) i Michalová (2011, s. 45) shodně uvádějí nepravidelnosti v přijímání potravy. Dítě tak může špatně přibývat na hmotnosti. U dětí se objevuje i zvýšená dráždivost, plačtivost, je obtížné ho utiшит. Lougy, Rosenthal (2002, s. 21) zmiňují tu skutečnost, že tyto děti často trpí astmatem, alergiemi, nachlazením.

Výše uvedené problémy značně vyčerpávají také rodiče dítěte, zejména matku. Ta pak může mít výčitky, zda svou roli matky zvládá dobře. Je potřeba říci, že u většiny takto se projevujících novorozenců se stav postupně upraví a často k rozvoji ADHD nedojde.

Batolecí období

V tomto období už mají příznaky ADHD jasnější obrysy. I nadále však přetrvává nepravidelnost v denním režimu. Děti nevydrží dlouho u žádné hry, většina aktivit je ihned omrzí. U některých dětí můžeme pozorovat nerovnoměrný psychomotorický vývoj, tzn. že vynechá některé fáze a vrací se k nim později. Typické pro tuto situaci je, jak popisuje Michalová (2011, s. 45), že dítě na svůj věk perfektně mluví, ale má problémy s motorikou. Nebo začíná lézt aniž by umělo sedět.

U dětí s ADHD se v tomto období může začít projevovat jejich nešikovnost. Často bývá opožděna hra s řečí, zejména v přesnosti artikulace. Díky zvýšené pohybové aktivitě dochází u těchto dětí častěji k různým úrazům.

I zde je nutné zdůraznit, že výše uvedené příznaky v tomto věku ještě nemusí znamenat přítomnost ADHD. Zvýšená aktivita a nepozornost je charakteristická až pro 40 % dětí tohoto věku.

Předškolní věk

Pro toto vývojové období je u dítěte s ADHD charakteristická enormní živost. Tyto děti neustále někam lezou a neustále vyžadují pozornost druhé osoby (Michalová 2011, s. 46). Často přetrvává období vzdoru, které je spojené s akty vzteku. Dítě se nezdá obtížně zbavuje nočního pomočování. Je pro ně problémem podřídít se nějakému řádu, což se začíná projevovat zejména po nástupu do mateřské školy. I v tomto období platí, že nadměrná a nekontrolovatelná živost způsobuje častější úrazy (Černá 2002, s. 204).

Školní věk

ADHD se nejnápadněji projevuje s nástupem do školy. Důkazem toho je fakt, že většina dětí je diagnostikována mezi 6. - 9. rokem. Školní období je považováno za nejtěžší životní etapu mnohých dětí s ADHD. Jak uvádí Černá (2002, s. 204), *je zkouškou ohněm pro ně i jejich vychovatele*. Nástup do školy zvýrazní potíže dětí s ADHD, jelikož má toto prostředí vysoké nároky na kázeň a sebekontrolu. To způsobuje rozpor mezi nároky tohoto prostředí a omezenými možnostmi dětí s ADHD, které nemají předpoklady na tento typ činnosti.

Ve školním věku se výrazněji projevují poruchy soustředění a neshody v kolektivu. Dítě se nedokáže soustředit na práci a potom často kazí aktivity ostatních dětí.

V důsledku impulzivity jednají tyto děti zkratkovitě a jejich vrstevníci, a často ani dospělí, nerozumí příliš jejich jednání. Důsledkem jejich emoční nezralosti je, že se chovají na celkově nižší sociální úrovni než stejně staré děti. Tato situace často zapříčiňuje neoblíbenost těchto dětí v kolektivu, často se stávají terčem šikany (Michalová 2011, s. 47).

Dalším problémem tohoto období jsou přidružené specifické poruchy učení. Jak uvádí Michalová (2011, s. 47), až 25 % dětí s ADHD trpí také dyslexií, dysgrafií, dysortografií, dyspraxií. Neúspěch ve výuce a menší oblíbenost u vrstevníků má za následek nízké sebevědomí a sebehodnocení. Neúspěch často kompenzují nevhodným upozorňováním na sebe.

Michalová (2011, s. 48) i Train (1997, s. 37) shodně upozorňují na skutečnost, že se ve věku 7–10 let u 30–50 % těchto dětí rozvíjí porucha chování nespecifická. Nejčastěji se jedná o opoziční vzdor, agresivitu, lhaní, záškoláctví, krádeže. Zároveň ale můžeme pozorovat úzkostné poruchy a poruchy nálady.

Adolescence

V období adolescence dochází k polesu projevů hyperaktivity. Tato skutečnost způsobila rozšíření mýtu o ústupu ADHD spolu s dospíváním.

Jedinci s ADHD nejsou připraveni zvládnout zodpovědnost za své chování. Pokud na ně rodiče přesunou většinu odpovědnosti, většina jich to nezvládne.

Velkým problémem je u těchto dětí experimentování s drogami, kouření, hazardní hry. Tyto problémy se vyskytují až u 30 % dospívajících s ADHD. Stejný výskyt je u této skupiny v provozování asociálního chování (Michalová 2011, s. 49).

Michalová (2011, s. 50) i Černá (2002, s. 207) shodně poukazují na problém s úspěšným absolvováním školy. Michalová (2011) uvádí, že až polovina dětí s ADHD opakuje na střední škole ročník nebo je dokonce vyloučena ze školy. A to i přes to, že, jak uvádí Černá (2002, s. 207), až u dvou třetin z nich často odezní hyperaktivita. U většiny jedinců však v období adolescence přetrvává impulzivita a koncentrační obtíže.

Dospělost

V období dospělosti přetrvávají u lidí s ADHD symptomy jako je mnohmluvnost, vnitřní neklid, roztěkanost, obavy, nepořádnost, neschopnost udržet si partnera. Protože se v zaměstnání uplatňují jiná kritéria než ve škole, mají tito lidé v období dospělosti šanci na zvýšení svého dosavadního sebehodnocení. Dospělí jsou schopni příznaky poruchy lépe korigovat svou vůlí. Netrpělivost a neklid se u některých jedinců promítne do workoholismu. Mají však často psychické poruchy, deprese, poruchy osobnosti, různé závislosti (Michalová 2011, s. 52).

1.5 Příčiny vzniku ADHD

V současné době nejsou bohužel příčiny vzniku ADHD zcela známé. Proto, stejně jako u mnoha jiných poruch, nelze vždy jednoznačně stanovit příčinu vzniku této poruchy. V současnosti se tato porucha nejčastěji připisuje dědičnosti nebo jiným biologickým faktorům. Na základě rozsáhlých výzkumů v této oblasti se většina autorů publikací o ADHD ve výčtu možných příčin shoduje.

ADHD může být dědičná záležitost. Je prokázané, že se tato porucha v rodinách vyskytuje opakovaně. Řada odborníků dokazuje, že se u výskytu ADHD jedná především o polygenní dědičnost. V současné době známe existenci více jak třiceti genů rozličných neurotransmiterových systémů, které se mohou podílet na vzniku ADHD (Michalová 2011, s. 57).

Biologické/fyziologické příčiny jsou uváděny jako další možná příčina vzniku ADHD. Jak uvádí Riefová (2007, s. 21), ale i Train (1997, s. 43), z řady výzkumů vyplývá, že je u dětí s ADHD narušena funkce přenašečů signálů mezi neurony. Schopnost koncentrace ovlivňují látky jako dopamin, norepinefrin a serotonin, které přenášejí nervové signály v mozku. Pokud je těchto látek nedostatečné množství, jsou tyto pochody narušeny. Můžeme to vysvětlit tak, že při soustředění náš mozek uvolňuje více přenašečů signálů mezi neurony a to nám umožňuje soustředit se na jednu věc a blokovat ostatní podněty. Jedinci s ADHD mají těchto přenašečů nedostatek.

Komplikace během těhotenství, či během porodu, při nichž mohlo dojít k poškození mozku, jsou další možnou příčinou vzniku ADHD. Rizikovým faktorem pro vznik

poruchy je rovněž užívání drog a alkoholu v období těhotenství. Vědecký výzkum sice dosud nedokázal příčinný vztah mezi vystavením plodu drogám a syndromem ADHD, mnohé děti, které byly takto vystaveny drogám, však vykazují mnohé neurologické nedostatky a příznaky, které jsou pozorovány u dětí s ADHD (Riefová 2007, s. 20).

Někteří odborníci se domnívají, že složení stravy a alergie na jídlo může být spojeno s příznaky ADHD. V této oblasti panují mezi lékaři značné neshody. Výzkum ale zatím neprokázal příčinné spojení mezi ADHD a způsobem stravování (Riefová 2007, s. 20).

Michalová (2011, s. 56) popisuje kromě výše uvedených příčin také jako možnou příčinu vzniku hyperkinetické poruchy chronický anxiózní stav při neurotickém vývoji. *„Jedna z domněnek podložená výzkumem mozku se opírá o korelaci mezi vznikem specifické poruchy chování v důsledku senzorické rané deprivace, která je důsledkem blokace nervové soustavy“* (Michalová 2011, s. 58).

1.6 Diagnostika ADHD

Stanovit diagnózu ADHD není úplně snadné. Celkové vyšetření zahrnuje pečlivé posouzení symptomů, ale také zdravotní, psychiatrické, psychologické, studijní, osobní i rodinné anamnézy. Kromě psychického a fyzického vyšetření je nutné vyhodnotit i informace od osob, které přicházejí s dítětem pravidelně do styku v jeho sociálním prostředí – rodiče, učitelé. Diagnózu by měl vždy stanovit dětský psychiatr a psycholog. Na ovlivňování příznaků poruchy se pak následně podílí speciální pedagog či terapeut (Michalová 2011, s. 62).

Vyšetření zahrnuje podrobný rozhovor s rodiči, který se zaměřuje na osobní, ale i zdravotní anamnézu dítěte. Rozhovor je zaměřen na vývoj dítěte, jeho výchovu, vztahy dítěte v rodině i v jiných sociálních prostředích. Jak uvádějí Munden a Arcelus (2006, s. 61), lékař bude zjišťovat historii symptomů a jejich následků. Bude se ptát na podstatu problémů, kdy byly poprvé zaznamenány, na situace, ve kterých se vyskytují, co rodiče podnikli pro nápravu, apod.

Je třeba zvážit přítomnost rizikových faktorů, které by mohly dítě k ADHD predisponovat. Jedná se např. o rizikové těhotenství, obtížný porod, špatný zdravotní stav matky, kouření. Lékař musí prověřit i další aspekty zdravotního stavu dítěte jako

jsou operace, různá chronická onemocnění, alergie, atd. Jedná se o tzv. zdravotní anamnézu (Munden a Arcelus 2006, s. 61 – 62).

Důležitá je školní anamnéza, jelikož ADHD má dopad na vzdělání, sociální postavení i budoucí kariéru dítěte. Je proto nutné znát, jak se dítě projevuje ve školním prostředí. Zjišťuje se školní prospěch, přítomnost specifických poruch učení, vztahy dítěte ke spolužákům, k učitelům. Se souhlasem rodičů si může lékař vyžádat posudek školního zařízení, které dítě navštěvuje.

Neméně důležité je i zhodnocení povahy osobnosti dítěte i jeho rodičů, zhodnotit rodinnou sociální situaci, kdy se zaměříme na bydlení, zaměstnání rodičů, sociální podporu od ostatních rodinných příslušníků, finanční situaci, problémy nebo napětí v rodině.

Při vlastním vyšetření pozorujeme chování dítěte, hodnotíme úspěšnost a vytrvalost při plnění různých úkolů. Také zjišťujeme, zda nejsou přítomny další problémy jako např. tiky, úzkosti, problémy se čtením a psaním.

Jako další důležitou součást diagnostiky uvádí Michalová (2011, s. 63) vyšetření inteligence. Nejvhodnější jsou komplexní testové baterie jako je WISC-3 test. Při stanovení IQ je potřeba vzít v úvahu faktory, které mohou aktuální výkon významně ovlivnit. Mezi ně také patří nepozornost a nesoustředěnost.

K přesnějšímu stanovení poruchy jsou využívány různé posuzovací škály. Michalová (2011, s. 64) zmiňuje Connersovu škálu, Munden a Arcelus (2006, s. 65) zmiňují škálu symptomů navrženou Rutterem a Du Paulem. Za užitečný považují i Barkleyův dotazník pro školní a domácí prostředí.

Diagnostická kritéria pro stanovení ADHD jsou uvedena v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch DSM-IV (Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace) a v naší odborné literatuře v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 (Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace) v kapitole Hyperkinetické poruchy. V následující tabulce č. 1 je uvedeno srovnání jednotlivých diagnostických kritérií dle DSM-IV a MKN-10.

Tabulka č. 1: Diagnostická kritéria dle MKN-10 a DSM-IV

MKN-10: Hyperkinetická porucha	DSM-IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD)
	A. Buď 1., nebo 2.: 1. Šest nebo více následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:
Nepozornost Alespoň šest z následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu: 1. často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách; 2. často neudrží pozornost při plnění úkolů nebo při hraní; 3. často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká; 4. často nedokáže postupovat podle pokynů nebo dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice či nepochopilo zadání); 5. často není s to uspořádat si úkoly a činnosti; 6. často se vyhýbá úkolům, např. domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí; 7. často ztrácí věci potřebné pro vykonávání určitých úkolů nebo činností, např. školní pomůcky, pera, knížky, hračky nebo nástroje; 8. často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty; 9. často je při běžných denních činnostech zapomnětlivý.	Nepozornost a) často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách; b) často má potíže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hraní; c) často se zdá, že neposlouchá, když se na něj přímo hovoří; d) často nepostupuje podle pokynů a nedaří se mu dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice nebo nepochopilo zadání); e) často mívá problémy zorganizovat si úkoly a činnosti; f) často se vyhýbá vykonávání úkolů, nedělá je rádo, zdráhá se např. dělat domácí práce, které vyžadují soustředěné duševní úsilí (např. školní nebo domácí úkoly); g) často ztrácí věci potřebné pro vykonávání úkolů nebo činností (např. hračky, školní pomůcky, pera, knížky nebo nástroje); h) často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty; i) často zapomíná na každodenní povinnosti. 2. Šest (nebo více) následujících příznaků hyperaktivity či impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:
Hyperaktivita Alespoň tři z následujících příznaků hyperaktivity přetrvávají po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu: 1. často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli; 2. při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle; 3. často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se mohou vyskytovat pouze pocity neklidu); 4. často je nadměrně hlučný při hraní nebo má potíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech; 5. trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou není schopno zásadně podřizovat společenským podmínkám nebo požadavkům.	Hyperaktivita a) často bezděčně pohybuje nohama nebo se vrtí na židli; b) často při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle; c) často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se takové chování může omezit na subjektivní pocity neklidu); d) často mívá potíže tiše si hrát nebo v klidu něco jiného dělat; e) bývá často „na pochodu“ nebo se chová, jako by „jelo na motor“; f) často bývá nepřiměřeně upovídaný

Impulzivita Alespoň jeden z následujících příznaků impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepříznivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu: 1. často vyhrkne odpověď dřív než byla dokončena otázka; 2. často nevydrží stát v řadě nebo nedokáže počkat, až na něj přijde řada při hře nebo v kolektivu; 3. často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným o řeči, ruší je při hře); 4. bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví.	Impulzivita g) často vyhrkne odpověď dřív než byla dokončena otázka; h) mívá problém vyčkat, až na něj přijde řada; i) často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře).
---	---

Mezi diagnostickými kritérii MKN-10 a diagnostickými kritérii DSM-IV jsou značné rozdíly. Ty se pak promítají ve výběru rozdílných, avšak překrývajících se skupin dětí. Jak uvádějí Munden a Arcelus (2006, s. 19), ukazuje se že podle MKN-10 je opakovaně diagnostikována menší skupina dětí se závažnějšími příznaky než v případě klasifikace dle DSM-IV. Pokud by kliničtí pracovníci trvali na tom, že se bude s dítětem s ADHD terapeuticky pracovat, až když splní přísná kritéria dle MKN-10, hrozí nebezpečí, že část dětí s určitým postižením bude ochuzena o účinnou léčbu.

Při stanovování diagnózy ADHD je důležité vyloučit duševní poruchy, které mohou mít navenek podobné projevy. Jedná se o pervasivní vývojové poruchy, psychotické poruchy, poruchy nálad, úzkostné poruchy, poruchy disociativní a poruchy osobnosti. V praxi také často dochází k záměně specifických poruch chování s poruchami opozičního vzdoru a s poruchami chování nespecifického charakteru, při nichž se v chování jedinců vyskytují asociální až antisociální prvky.

2 Charakteristika dítěte předškolního věku

Předškolní období trvá od 3 let do 6 až 7 let věku dítěte. Toto období bývá často nazýváno „věkem hry.“ Děti jsou plné energie, zvědavosti a nadšení. Jsou neustále v pohybu, o všechno se zajímají, pouštějí se do věcí naplno. Mohli bychom říci, že je to věk tisícinásobného „proč“, věk, kdy se kladou základy socializace. Základním rysem dětské psychiky v předškolním věku je živost a fantazie. Děti ještě nejsou spoutány racionalitou a kázní, jako je tomu v pozdějším věku.

2.1 Vývoj poznávacích procesů

Jak uvádí Vágnerová (2007, s. 78), poznávání je v předškolním období zaměřeno na nejbližší svět a pravidla, která v něm platí. Myšlení předškoláka ještě nerespektuje zákony logiky a proto je nepřesné a má mnohá omezení. Piaget to označuje jako období názorného, intuitivního myšlení.

Pro myšlení předškolního dítěte je typický egocentrismus. Nechápe, že druzí lidé mají také svoje hledisko, které může být odlišné od jeho. Jak uvádí Říčan (2006, s. 123), když vám dítě něco vypráví, předpokládá, že víte všechno, co ví ono samo. Když s ním hrajete nějakou hru, předpokládá, že uznáváte stejná pravidla. Pokud se něco neshoduje s jeho názorem, tak to prostě neslyší. Egocentrismus má v tomto období za následek častější konflikty mezi dětmi. Je to důvod, proč dětská přátelství v tomto věku ještě nemají dlouhého trvání.

Dalším typickým rysem pro myšlení dětí v předškolním věku je magičnost. Vágnerová (2007, s. 79) to charakterizuje jako „tendenci pomáhat si při interpretaci dění v reálném světě fantazií a tak jeho poznání zkreslovat.“ Říčan (2006, s. 123) uvádí, že předškolák se jen těžko loučí s představou, že jeho slovo nebo myšlenka má něco jako výkonnou moc. Dítě dostatečně neodlišuje čin a přání.

Myšlení dítěte v předškolním věku můžeme označit jako antropomorfní. To znamená, že dítě přičítá neživým objektům vlastnosti člověka. Myslí si, že neživé věci myslí, hněvají se, cítí, jedí. Někdy je obtížné odlišit, co dítě myslí doopravdy a co je jen hra.

Děti v tomto období často zamění realitu vzpomínky s fantazií a vznikají tak konfabulace neboli nepravé, bezděčné lži. Vágnerová říká (2007, s. 82–83), že ve

vyprávění předškolních dětí lze jen těžko oddělit, co je skutečnost a co fantazie. Fantazie má pro ně harmonizující význam a je nezbytná pro citovou a rozumovou rovnováhu.

Přes otázky „proč“ a „jak“ dospívá předškolák až k základním otázkám o světě a lidském životě. Ptá se, jak vznikl svět, kde je slunce v noci, z čeho je obloha apod. Vznik světa chápe jako stvoření, myslí si, že to „někdo musel udělat,“ vědecká vysvětlení jsou pro něj příliš abstraktní (Říčan 2006, s. 124). Dítě se také v tomto období velmi zajímá, jak vzniklo ono samo, tedy o zplození a zrození člověka. Často také přemýšlí o smrti. Nedovede pochopit smrt jako něco definitivního.

2.2 Rozumový vývoj

V předškolním věku už dítě začíná chápat první matematické vztahy. Většina dětí se naučí počítat do deseti. Některé děti i do dvaceti a více. Nejenom mechanicky odříkávají číselnou řadu, ale poznají, že např. tři kuličky jsou více než jedna. Také vědí, že čím více uhodí míčem o zem, tím výše míč vyskočí (přímá úměrnost). Dítě zvládne i nepřímou úměrnost – ví, že čím více limonády nalejeme z láhve do skleničky, tím méně jí v láhvi zbude. Nepozná, ale že celkové množství limonády ve skleničce a láhvi dohromady je pořád stejné. Stejně tak nepozná, že uděláme-li z modelínové kuličky placku, množství modelíny se nemění (Říčan 2006, s. 121).

Předškolák pozná, která úsečka (např. ve formě špejle) je delší. Dokázal by je seřadit podle velikosti, i když je pravděpodobné, že bude ještě chybovat. Ale ví, co po něm chceme. V pěti letech je schopen utřídit předměty podle dvou kritérií, např. podle barvy a tvaru. Z různých předmětů vybere ty, které mají jeden společný rys (např. potraviny), jedná se o tzv. klasifikační schopnosti. V řadě předmětů dokáže určit první, poslední, druhý předmět.

U předškolních dětí lze už docela spolehlivě měřit inteligenci. Vyšetření je složité a může ho provádět pouze odborník. Principem je, že dáváme dítěti různé úkoly, postupujeme pak od jednoduššího ke složitějšímu. Musíme mít jistotu, že dítě neodpadlo zájmem a pozorností. Výsledek porovnáme s průměrným výkonem dětí stejného věku. V případě, že je výkon dítěte horší, je důležité pečlivě analyzovat zjištěné slabiny a najít příčinu zaostávání.

2.3 Kresba, hra a pohádka

Předškolní děti vyjadřují svůj vlastní názor v kresbě, vyprávění nebo ve hře.

Kresbu označuje Vágnerová (2007, s. 83) jako neverbální symbolickou funkci. Projevuje se v ní tendence zobrazit realitu tak, jak ji dítě chápe.

Vývoj kresby prochází několika fázemi. Presymbolická, senzomotorická fáze, je typická pro děti v batolecím věku. Jde o čmárání, dítě se nezabývá výsledkem. Následuje fáze přechodu na symbolickou úroveň, kdy dítě postupně zjišťuje, že čmárání může být prostředkem k zobrazení reality. Kresba je dodatečně pojmenována, většinou na základě nějakého výrazného znaku. Fáze primárního symbolického vyjádření pak znamená, že dítě již dovede uskutečnit úmysl něco konkrétního kresbou zobrazit. Kresba je dítětem pojímána spíše jako vyjádření názoru dítěte na zobrazovaný objekt a tak v ní často zdůrazňuje subjektivě významné znaky.

Děti velmi často kresbou zobrazují lidi. I vývoj kresby lidské postavy má svůj průběh, který odráží celkový psychický rozvoj dítěte. Ve třech letech nastává stádium hlavonožce. Pro dítě má největší význam obličej, takže se při kresbě lidské postavy zaměří na zobrazení hlavy. Následují končetiny, které jsou pro dítě na druhém místě ve významu – jsou potřebné pro jakoukoliv aktivitu. Druhým stádiem ve vývoji kresby lidské postavy je stádium subjektivně fantazijního zpracování. Takto zobrazují postavu děti ve věku 4–5 let. Je typické akcentací detailů, které jsou pro dítě důležité a způsobem jejich zobrazení, které nerespektuje realitu. Na konci předškolního věku nastává stádium realistického zobrazení, kdy se výtvořky stále více podobají skutečnosti. Dítě kreslí to, co vidí (Vágnerová 2007, s. 83).

Hra je typickou aktivitou pro předškolní období. Říčan (2006, s. 127) to vyjadřuje velmi výstižně: „Předškolák si hraje intenzivně, s velkou vážností a vášnivostí. Dovede se do hry tak zabrat, že zapomene jít včas na záchod, a dokonce se do ní vžije natolik, že se směje, vztekle křičí – i pláče.“ Hra je pro dítě vyjádřením vlastní interpretace reality, postoje ke světu i k sobě samému. Slouží jako prostředek k vyrovnání se s realitou, která je pro ně nějak zatěžující. Pomocí hry na něco si předškolák procvičuje budoucí role, vhodná řešení určitých situací, použití různých sociálních rolí.

Pohádka patří neodlučně k dětskému věku. V předškolním věku u dítěte vrcholí láska k pohádce a citlivost k jejímu působení. Pohádka je blízká dětské mentalitě.

Pohádkový děj je zjednodušený a řídí se jednoznačnými pravidly (dobro vítězí nad zlem). Skutečnost je prezentována srozumitelně, pohádkový svět má jasný řád. Postavy jsou výrazné typy, dítěti je rovněž blízké proměňování lidí ve zvířata a naopak. Role jednotlivých postav jsou jednoznačně vymezeny a diferencovány. Jak uvádí Vágnerová (2007, s. 85), v pohádkách se potvrzuje základní předpoklad, že život není zlý a že mu lze důvěřovat.

2.4 Vývoj paměti

Paměť předškoláka má mimovolní charakter. Dítě si rychle a trvale zapamatuje, co ho upoutá. Zajímavý je vývoj explicitní epizodické paměti, která zpracovává a uchovává osobně prožité události.

První trvalejší osobní vzpomínky se vytvářejí před čtvrtým rokem, ale do šesti let jsou útržkovité a je jich málo. Dětské vzpomínky v tomto období nejsou omezené na to, co se skutečně stalo, ale jsou kombinací zapamatovaného a odvozeného, vykonfabulovaného. Jak popisuje Vágnerová (2007, s. 87), dítě si vytváří vlastní pojetí události a individuálně ji interpretuje. Při vyprávění nějaké události se uplatňují jeho současné preference, dítě si obvykle zapamatuje to, co ho zaujalo nejvíce. Během předškolního období se vyprávění o prožitých událostech postupně zlepšuje, je komplexnější a lépe propracované.

Pro epizodickou paměť jsou také důležité předcházející zkušenosti a znalosti. Jak píše Vágnerová (2007, s. 87), pro zařazení události do vzpomínek a její interpretaci je důležitá znalost typu situace, tzv. scénář. Ten je důležitý pro zpracování dalších zážitků, které předškolní děti posuzují v daném kontextu. Díky tomu se jim zjednoduší jak zapamatování zážitku, tak i jeho vybavení. Scénářů užívají už i mladší předškoláci, ale teprve v pěti letech dokáží držet základní osnovu příběhu a to za předpokladu, že se jedná o jednoduchý děj.

V předškolním období dochází ke zdokonalování zrakové paměti. Ukážeme-li čtyřletému dítěti tři dobře známé předměty, pak jeden odebereme (dítě je otočené zády) a ukážeme zbylé dva, dítě pozná, který předmět schází. Pětileté dítě si dokáže zapamatovat z šesti prezentovaných obrázků alespoň tři, šestileté je schopno viděné obrázky umístit v síti podle toho, na jakém místě je vidělo (Sikorová 2012, s. 86).

2.5 Vývoj verbálních schopností

Své verbální schopnosti si děti v předškolním věku rozvíjejí především v komunikaci s dospělými. Je proto velmi důležité, aby si rodiče s dětmi hodně povídali, četli jim pohádky, odpovídali na jejich nekonečné otázky. Děti se učí různým způsobům vyjádření, projev dospělých napodobují. Tato nápodoba má však selektivní charakter. Děti si zapamatují často tu část, která obsahuje nové slovo a nebo známé slovo v jiné vazbě.

V komunikaci s dospělými si děti zároveň upřesňují platnost gramatických pravidel. Od čtyř let začínají děti mluvit v delších a složitějších větách, poté i v souvětích. V dětském vyprávění se ještě stále objevují agramatismy a nepřesnosti.

V pěti letech činí slovní zásoba dítěte 1500 a více slov. Dítě dokáže podle obrázků převyprávět známý příběh, funkčně definuje jednoduchá slova (např. míč je na házení). V tomto věku také chápe jednoduché vtipy a samo si vtipy a říkanky vymýšlí. Umí říci v jakém bydlí městě, kdy má narozeniny a jak se jmenují rodiče. Řeč je téměř zcela srozumitelná (Allen, Lyn 2005, s. 120).

2.6 Emoční vývoj a vývoj svědomí

Emoční prožívání dítěte v předškolním věku je charakteristické větší stabilitou a vyrovnaností než v batolecím věku. Ubývá negativních emočních reakcí. Vztek a zlost nebývají tak časté, protože děti lépe chápou příčiny vzniku negativních situací. Projevy strachu bývají v tomto období vázány na rozvoj dětské představivosti a na schopnost vytvářet imaginární bytosti.

Pozitivním emočním stavem v předškolním věku je veselost, u dětí se rozvíjí smysl pro humor. Předškolák už dovede chápat dimenzi nejbližší budoucnosti a proto se dovede na něco těšit. Také chápe aktuální význam emocí, svoje emoční zkušenosti dovede uplatnit i při odhadu budoucích citových prožitků, jak vlastních, tak pocitů jiných lidí. Jak uvádí Vágnerová (2007, s. 90), rozvíjí se emoční inteligence, děti začínají svoje citové projevy ovládat. Rozvíjí se také orientace v emocích jiných lidí a schopnost empatie.

U předškoláka se objevuje svědomí. Říčan (2006, s. 133) uvádí, že dítě v tomto období si je už dobře vědomo, co je jeho povinností, co nemá dělat a proč. I když toto proč může být velmi naivní, vzhledem k dosažené rozumové úrovni.

Dle Michalové (2012, s. 61) lze ke konci předškolního období pozorovat u dítěte při zažívání nesouladu mezi očekávaným a reálným chováním první náznaky pocitů viny a to i tehdy, kdy ho nikdo nevidí. Jde o počátek tendence k autoregulaci, která je nezávislá na bezprostřední odměně či trestu. Michalová (2012) i Říčan (2006) se shodují v tom, že je toto svědomí u předškoláka ještě velmi slabé a je potřeba ho stimulovat. Jako nejúčinnější se jeví způsob, kdy žádoucí chování podpoříme tak, že projevíme lásku, nežádoucí chování potrestáme tak, že projevy lásky potlačíme.

Michalová (2012, s. 61) i Říčan (2006, s. 134) upozorňují na skutečnost, že nás některé děti v tomto věku mohou překvapit nadměrnou citlivostí svědomí. To pak může ochromovat veškerou jejich iniciativu. Můžeme to pozorovat převážně u dětí, kterým se nedostane tolik potřebného brzkého odpuštění, když se nezachovají podle očekávání dospělého.

2.7 Socializace

Dítěti v předškolním věku již nestačí k jeho rozvoji pouze rodinné prostředí, potřebuje pronikat i do světa mimo ni. Jedná se o tzv. uvolňování vázanosti na rodinu a postupně i na blízké dospělé. V tomto období se děti učí novým sociálním dovednostem. Dochází k rozvoji komunikace, dítě začíná spolupracovat i s jinými lidmi než jenom s rodiči.

Většina dětí okolo třetího roku života je schopna se zařadit do jiných sociálních skupin než je rodina. V tomto případě jde o mateřskou školu. Jak popisuje Michalová (2012, s. 59), *mateřská škola představuje pro dítě důležitý přechod mezi intimním prostředím rodiny a školskou institucí.*

Dle Vágnerové (2007, s. 93) se u dítěte postupně začíná diferencovat standardní triáda oblastí, s nimiž se identifikuje. Je to rodina, soukromé prostředí, zdroj jistoty a bezpečí. Dále pak vrstevníci – skupina, kde se mohou vytvářet rovnocenné, horizontální vztahy, dochází zde k rozvoji prosociálních způsobů chování, dítě může uspokojit potřebu seberealizace a sebepotvrzení. Mateřská škola je třetí oblastí. Je to

první instituce, se kterou se dítě setkává a jejímž prostřednictvím vstupuje do společnosti jako samostatný jedinec.

Předškolák také dokáže, jak popisuje Říčan (2006, s. 126), obrátě střídat role. Jinou roli hraje doma vůči rodičům, jinou vůči učitelce v mateřské škole a jinou vůči dětem. V každé roli dítě jinak mluví, gestikuluje, jinak jedná a dokonce i jinak myslí. V každé roli se od něj také očekává něco jiného, má jiné povinnosti. Jednou z rolí, kterou se předškolák začíná učit je i role soupeře. Tato role umožňuje uplatnit, odžít agresivní popudy.

2.8 Rodina, vztahy s rodiči a sourozenci

Rodina a citový soulad mezi rodiči a dítětem je základní podmínkou zdravého duševního vývoje dítěte. Nejinak je tomu i v předškolním období. Dítě potřebuje mít vědomí, že jsou mu rodiče vždy na blízku a že se na ně může spolehnout. Je to prostředek udržení jistoty, kterou dítě v tomto období potřebuje považovat za neměnnou.

Pokud dojde k rozpadu rodiny, představuje to pro dítě v předškolním období velikou psychosociální zátěž. Dítě v tomto období nedokáže pochopit příčinu a následky rozvodu rodičů. Na problém nahlíží egocentricky, nebere v potaz pocity a postoje rodičů, kterým nerozumí. Špaňhelová (2010, s. 52) ale i Matějček (1994) upozorňují na skutečnost, že předškolní dítě může začít dávat vinu za rozvod rodičů sobě. Začne být úzkostnější, bojí se, aby ho neopustil i druhý rodič. Rozvod rodičů způsobuje u dítěte ztrátu pocitu bezpečí. Dítě se pak snaží dosáhnout potřebného pocitu jistoty jakýmkoliv způsobem. Vymáhá si pozornost rodičů, reaguje agresivně, může se začít chovat na úrovni mladšího věku. Pro děti v předškolním věku je typická i naivita navrhovaných řešení. Představují si, že k tomu, aby bylo zase vše v pořádku, stačí, když se otec vrátí. Neberou v úvahu fakt narušeného vztahu mezi rodiči, protože oni sami k nim nic špatného necítí (Vágnerová 2007, s. 97).

Pro rozvoj dětské osobnosti je důležitá přítomnost obou rodičů. Když jeden z rodičů z rodiny odejde, chybí dítěti potřebný model pro pochopení genderové role a prostředník k přesnějšímu vymezení opačné role.

Citová pohoda mezi rodiči je v předškolním věku důležitá také proto, že usnadňuje identifikaci s rodiči, která je jedním ze základních vývojových úkolů Říčan (2006, s. 135–137). Znamená, že dítě do sebe pojme názory, hodnoty a přání rodičů. A to tak silně, že si ani nebude uvědomovat původ těchto názorů. Identifikace je pevná a trvalá vazba, která umožňuje vstřípit dítěti to nejlepší, bohužel však i to nejhorší, z osobnosti obou rodičů.

Důležité jsou i vztahy se sourozenci. Díky společnému rodinnému zázemí jsou vztahy se sourozencem citově významné. Ten může být zdrojem zkušenosti, je také partnerem, spojencem ale i soupeřem. Se sourozencem se musí dítě dělit o pozornost rodičů, materiální výhody a privilegia. Naopak ve společné hře se ze sourozenců stávají spojenci a mohou spolu kooperovat tak, aby byla hra zajímavější. Lépe spolu v předškolním věku vycházejí sourozenci s podobnými temperamentními rysy. Větší sourozeneckou rivalitu můžeme pozorovat u těch sourozenců, kteří jsou k sobě blízko věkem a vývojovou úrovní.

3 Rodina dítěte s ADHD

„To nejdůležitější, co můžeme svým dětem dát, je láska. ... protože právě to je klíč k dětem. Vždyť jsou naše, krev naší krve, patří k nám – ale ne nám. Nevlastníme je, nemáme je přebudovat ke svému obrazu či podle svých představ... My jim máme jenom pomáhat. Nejenom s ADHD a jeho projevy.“ (Antal 2013, s. 100).

Ze skutečností uvedených v této práci zejména v kapitole č. 1.3 Projevy ADHD vyplývá, že životní postavení dětí s ADHD je náročné. Ani situace rodičů těchto dětí však není jednoduchá. Život s dítětem s ADHD je často zdrojem starostí a komplikací. Proto, jak uvádí Černá (2002, s. 106), i rodiče jsou ve zvýšené míře ohroženi, že se jejich postoje k dítěti budou utvářet odlišně, že budou zažívat zklamání, podléhat neurotizaci, častěji prožívat pocity nejistoty a úzkosti. Výchova dítěte s ADHD klade na rodiče větší nároky, vyžaduje lidi zralé, moudré a tolerantní.

Černá (2002, s. 106–108) rovněž upozorňuje na to, že rodiče v sobě často nesou pocity viny, se kterými je potřeba se nejprve vyrovnat. Pátrají po tom, kde udělali ve svém životě chybu, která způsobila, že je jejich dítě jiné. Často hledají viníka, např. mezi svými předky, kterého by mohli označit za genetického původce potíží jejich dítěte. Nebo naopak přenášejí vinu na sebe navzájem, na rodinu partnera. Někdy se obracejí proti lékaři, učiteli, viní je, že se nesnaží dítěti pomoci. Někteří rodiče se za potíže svého dítěte stydí, mají pocit, že odrážejí jejich výchovné selhání.

Další možnou reakcí rodičů na problémy spojené s výchovou dítěte s ADHD je, že se na dítě příliš upnou a přehnanou péčí se mu snaží pomoci. Někteří rodiče naopak problémy svého dítěte neuznávají, jsou přesvědčeni, že je zcela v pořádku. Napětí rodičů a pocity zmaru mohou také vést k tomu, že se obrátí proti domnělému zdroji těžkostí – jejich dítěti a nepřiměřeně zvyšují výchovný tlak. Bohužel může nastat i taková situace, že rodiče na dítě zanevrou a raději se věnují jeho „bezproblémovým“ sourozencům.

Výše uvedené reakce pak často vyústí v nevhodné výchovné postoje, které se mohou vyskytovat i u nestresovaných rodičů. U dětí s ADHD však bývají vyhraněnější a mají závažnější důsledky pro utváření dětské osobnosti. Mezi tyto nevhodné výchovné postoje patří:

Nejednotná výchova

Jde o případ, kdy se rodiče navzájem nedohodnou na jednotném postupu. Jeden dítěti něco povolí, druhý mu to zakáže.

Příliš perfekcionista výchova

Tento typ výchovy zahrnuje požadavek, aby bylo dítě co nejdokonalejší. Pro dítě s ADHD je velmi nebezpečný. Nároky rodičů neodpovídají možnostem dítěte. Dítě pak prožívá pocity nedostatečnosti, zavrženosti, přestává si věřit. Ve snaze vyhovět, se může přepínat, podléhat neurotizaci.

Autoritativní výchova

V tomto případě vnucují rodiče dítěti řád nevhodně, autoritativně, za každou cenu. Dávají mu najevo svoji převahu, snaží se je zlomit, vnucují mu svoji vlastní vůli. Důsledkem je to, že se dítě nenaučí samo rozhodovat nebo se proti omezování bouří odmlouváním, negativismem.

Úzkostlivá a příliš ochranná výchova

Rodiče až příliš úzkostlivě pečují o své dítě, příliš ho ochraňují, řeší za něj všechny problémy. Dítě se pak nenaučí vyvinout vlastní úsilí, je zvyklé, že za něj všechny těžkosti vyřeší někdo jiný.

Příliš liberální výchova

Rodiče dávají dítěti naprostou volnost, nestanovují mu žádné hranice. Rodiče zastávají názor, že má dítě na disciplínu a práci dost času.

Nevyvážená výchova

V tomto případě dochází k nevyrovnanosti ve výchovném přístupu. Ten kolísá od přílišné shovívavosti až k přísnosti, od zanedbávání k přehnané péči, apod.

3.1 Obecné zásady výchovného vedení dítěte s ADHD

Michalová (2012, s. 105–106), stejně jako Jucovičová, Žáčková (2010, s. 55–56), Train (1997) i Lougy a Rosenthal (2002) uvádějí následující obecné zásady výchovného vedení dítěte s ADHD:

1. Vytvořit klidné, citově proteplené rodinné prostředí. Při jednání s dítětem je důležité, abychom byli laskaví, trpěliví, optimističtí, ale i důslední. V rodině by mělo dítě nacházet všestrannou podporu.
2. Snažíme se posílit sebevědomí dítěte tím, že ho chválíme nejen za jeho úspěchy, ale oceníme i snahu. Rodiče musí často vytvořit dítěti podmínky k tomu, aby mohli pochvalu projevit. U dítěte se soustředíme na jeho kladné stránky osobnosti. Negativní chování ignorujeme.
3. Výše uvedený laskavý přístup k dítěti musí být vyvážen dodržováním určitého řádu. Dítě musí mít jasně stanoveny mantinely v chování. Hranice musí být vymezeny jasným a srozumitelným způsobem, aby dítě dobře vědělo, kdy je porušuje. U menších dětí se vyplatí mít pravidla nakreslená na obrázcích a vyvěšená na nějakém viditelném místě doma. Dítě se musí naučit, že své osobní zájmy musí někdy sladit nebo podřídít potřebám a nárokům ostatních.
4. Důslednost je další velmi důležitou výchovnou zásadou nejen u dětí s ADHD. Výše uvedená pravidla a mantinely je třeba důsledně dodržovat. Neméně potřebná je i pravidelná kontrola dodržování pravidel. Kontrola musí být efektivní, dítěti je potřeba poskytnout okamžitou zpětnou vazbu.
5. Při práci dítě vedeme, uklidňujeme, povzbuzujeme nejen slovně, ale i dotykem. Veškeré aktivity dělíme na kratší intervaly (cca. 10–15 minut), důležitý je odpočinek.
6. Snažíme se dítěti umožnit co nejvíce pohybu a spontánní hry.
7. Aktivitu dítěte se snažíme vhodně usměrňovat, dáváme dítěti přiměřené podněty. Není vhodné aktivitu dítěte potlačovat, je lepší ho nechat „vybít“ ve chvílích, kdy je to možné nebo ji využít nějakým jiným užitečným způsobem. Dbáme na to, aby dítě nebylo zahlceno přílišným množstvím podnětů, příkazů a zákazů, neboť to vede k prohloubení jeho obtíží.
8. Pravidelný denní režim a dostatek spánku. Dítě ukládáme ke spánku každý den ve stejnou dobu, je vhodné tuto činnost spojit s nějakým rituálem, aby dítě vědělo, co ho čeká. Před spánkem se s dítětem věnujeme nějaké klidnější hře.

9. Důležité je navázat kontakt se školou, kterou dítě navštěvuje a sladit výchovné přístupy.
10. Tresty využíváme jen v krajních případech, rozhodně ne jako běžné výchovné prostředky! Pokud se už rodiče k trestům uchýlí, je nutné, aby dodržovali určitá pravidla. Trest musí být adekvátní provinění, musí následovat ihned po provinění, aby dítě vědělo, za co je trestáno. Za jeden prohřešek následuje pouze jeden postih. Netrestáme dítě, pokud je ještě v silném afektu.

3.2 Výchovné přístupy k ovlivňování poruch souvisejících s ADHD

V předchozí kapitole jsou uvedeny obecné zásady výchovného vedení dítěte s ADHD. V této kapitole se zaměříme na možnosti ovlivnění poruch souvisejících s ADHD jako je porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita, poruchy paměti, apod.

Možnosti ovlivňování poruchy pozornosti

Nesoustředěnost, nepozornost, roztěkanost dítěte, skutečnost, že skoro vše upoutává jeho pozornost, většinou tolik nevádí v běžném rodinném životě. Mnohem větší problémy však působí ve škole. A protože škola je s rodinou provázána minimálně přípravou na vyučování, i rodiče by měli znát, jak s dítětem v této oblasti pracovat.

Pro přípravu na vyučování je důležité vyčlenit dítěti vhodný prostor. Dítě by mělo mít svoje místo, kde si vypracovává úkoly a ukládá věci do školy. Tento prostor by měl být nerušený, tzn. že stůl by měl být situován tak, aby dítě sedělo čelem ke zdi, okno mělo pokud možno za zády nebo po straně, aby nebylo rušeno podněty z venku. Ani na stole a v jeho okolí by nemělo být nic, co nesouvisí s činností přípravy na vyučování a mohlo by rozptylovat jeho pozornost (zejména hračky). Ani na stěně, ke které sedí dítě čelem, by nemělo být mnoho dekorací, které by opět mohly odpoutávat jeho pozornost.

Při přípravě na vyučování by měl být vždy přítomen rodič, který vede dítě, je mu oporou, pomáhá mu předcházet chybám. Pokud dítě udělá chybu, zarazíme je, postup znovu vysvětlíme a pak vše napíšeme správně. Dítě si tak chybu lépe zapamatuje.

I zde platí obecné zásady jako pracovat s dítětem pokud možno ve stejnou dobu a vždy se plně věnovat dítěti, střídání odpočinku a pohybu a různých typů úkolů. Dítěti umožníme změnu pracovní polohy, předejdeme tak zároveň i únavě.

Na zlepšení koncentrace pozornosti mají vliv i různá relaxační cvičení (jógové prvky, dechová cvičení).

Možnosti ovlivňování hyperaktivity a impulzivity

K ovlivnění hyperaktivity se rozhodně nedoporučuje nutit dítě násilně ke klidu. Je lepší na drobný psychomotorický neklid, pokud nijak výrazně neruší okolí, nereagovat. Snažíme se umožnit dítěti dostatek možností k pohybovému uvolnění. Lepší je pohyb bez přilišného organizování jako jednoduché pohybové hry, běhání, jízda na kole, apod. Pro dítě s ADHD nejsou vhodné soutěživé hry, mohou zde selhávat a prohloubit si pocity nedostatečnosti.

Techniky, které jsou uvedeny u ovlivňování poruchy pozornosti, jako střídání činností, umožnění změnit polohu v průběhu činnosti, zařazení relaxačních cvičení, působí dobře i na ovlivnění hyperaktivity. Je ale důležité vést dítě k tomu, aby vždy dokončilo započatou a přerušenu činnost!

Jelikož se děti s ADHD často nudí, protože se nedokáží samy zabavit, je vhodné je nějak smysluplně zaměstnat, např. zapojením do drobných domácích prací. Zejména děti v předškolním věku rádi rodičům doma pomáhají.

Jelikož mají děti s ADHD velké potíže se sebeovládáním, měli by se rodiče snažit pozvolna s dítětem nacvičovat ovládání svých reakcí. Tato činnost je dlouhodobá, ale velmi důležitá pro další život dítěte. Využívá se technik jako je modelace, dramatizace. Cílem je, aby si dítě uvědomovalo svůj projev a vnímalo jej i z jiného úhlu pohledu. Pro názornou zpětnou vazbu dítěte se zejména u mladších dětí doporučuje využívat bodovací systémy. Zpočátku ale zaznamenáváme jen úspěchy, abychom dítě motivovali a neodradili.

Při impulzivních reakcích se snažíme dítě v klidu upozornit, že daný projev není vhodný, neokřikujeme ho. Při ovlivňování impulzivity je vhodné uplatnit tělesný kontakt s dítětem, dotykem přivedeme zpět jeho pozornost. Impulsivitu a zbrklé chování můžeme ovlivnit pokyny typu: „Nepospíchej. Rozmysli si to ještě jednou.“ Vedeme dítě k tomu, aby nevynechávalo fázi rozmyšlení ve svém chování.

Možnosti ovlivňování deficitů v oblasti paměti

Děti s ADHD mají často obtíže se zapamatováním učiva. Rodiče si musí uvědomit, že efektivnímu učení se musí dítě naučit. Při učení je dobré používat názorné pomůcky a speciální pomůcky, které pomohou dítěti lépe překonat jeho potíže. Jucovičová, Žáčková (2010, s. 77) doporučují zpestřit učení nějakou hrou. Zapomínání předejdeme i tím, že si nové informace s dítětem asi po 20 minutách znovu projdeme.

Pokyny, které dáváme dítěti, by měly být jasné, stručné a měly by obsahovat pouze jednu informaci nebo požadavek. Osvědčuje se zadávat pokyny i jiným než sluchovým podnětem, např. za využití jednoduchých obrázkových schématů, které můžeme společně s dítětem vytvořit. Při učení využíváme multisenzorického přístupu, tj. zapojujeme co nejvíce smyslů. Dítě si poznatek lépe zapamatuje i vybaví.

Zásady komunikace s dítětem s ADHD

Děti s ADHD mají často problémy v komunikaci. V odstavcích níže jsou uvedeny zásady, které je dobré při komunikaci s dítětem s ADHD dodržovat, abychom se vyhnuli zbytečným nedorozuměním.

Informace dítěti několikrát v klidu zopakujeme. Vhodné je sdělovat informace i neverbálním způsobem, někdy stačí pokyn nahradit domluveným signálem. Hovoříme jasně a stručně. Nehromadíme více informací, protože by si je dítě stejně nezapamatovalo. Zdůrazníme nejdůležitější informace. Zkontrolujeme, zda dítě pochopilo, co jsme mu řekli, nejefektivnější je, položit mu kontrolní otázku. Požádáme dítě, aby nám slovně popsalo, co má dělat.

Dítě vedeme k tomu, aby se nebálo si doplnit chybějící informace, zeptat se, pokud něčemu nerozumí. Pomáhá spojit informaci s něčím konkrétním, co již dítě zná. Důležité informace sdělujeme na začátku nebo na konci rozhovoru. V neposlední řadě učíme dítě, aby neskákalo druhým do řeči.

Snažíme se o to, abychom sladili verbální a neverbální komunikaci. Zachováváme oční kontakt s dítětem, dochází k lepšímu vnímání verbální komunikace.

3.3 Farmakoterapie a kognitivně-behaviorální terapie

3.3.1 Farmakoterapie

Jednou z možností jak, kromě výše uvedených výchovných postupů, ovlivnit projevy ADHD je farmakoterapie – užívání léků. Mezi nejznámější léky používané k ovlivnění příznaků ADHD jsou tzv. psychostimulancia, z nichž nejpoužívanější a nejznámější hlavně v západní Evropě je Ritalin. Užívání Ritalinu může mít bohužel i vedlejší účinky jako nespavost a nechutenství. U dětí se středně těžkým až těžkým stupněm poruchy může, jak uvádějí Munden a Arcelus (2006, s. 75), užívání léků znamenat skutečnou změnu chování, myšlení a schopnosti se učit. Někdy je užívání léků jedinou možností, jak zajistit účinnost ostatních opatření. U dětí s lehčí formou poruchy je naopak vhodnější užít kombinaci psychologických a výchovných opatření.

Jak uvádějí Train (1997, s. 49), Munden a Arcelus (2006, s. 82) a Jucovičová, Žáčková (2010, s. 178–184) asi u 30 % dětí s ADHD stimulancia nezabírají, ale pomáhají jim tricyklická antidepresiva. Předepisují se především dětem u nichž se ADHD vyskytuje společně s významnou úzkostí nebo depresí. Vedlejšími účinky těchto látek mohou být zácpa, sucho v ústech, zvýšený krevní tlak.

Názory na užívání léků při ovlivňování poruchy ADHD se mezi odborníky na tuto problematiku velmi různí. Někteří farmakoterapii zcela odmítají, zastávají názor, že dlouhodobé užívání psychostimulancií ovlivňuje negativně emoční stránku dítěte. Naopak Paclt (2007, s. 87–109) tento názor odmítá. Zdůrazňuje, že je velmi důležité, aby při volbě medikace spolupracovali všichni odborníci. Je nutné komplexně posoudit problematiku dítěte. Rozlišuje také užití medikace podle jednotlivých subtypů ADHD, na každý je vhodný jiný typ medikace.

Dle Jucovičové, Žáčkové (2010, s. 179), v České republice nemá farmakoterapie tak dlouhou tradici jako je tomu v západní Evropě. Názory odborníků se u nás různí zejména podle toho, zda se jedná o lékaře, či speciálního pedagoga nebo psychologa.

3.3.2 Kognitivně-behaviorální terapie

Další metodou, jak ovlivnit projevy ADHD, je kognitivně-behaviorální terapie. Ta je zaměřena na děti s ADHD, jejich rodiče, učitele, případně i na dospělé jedince s ADHD a jejich partnery.

Kognitivně-behaviorální terapie učí adaptivnímu chování za pomoci různých technik jako je modelování situací, hraní rolí, sebeinstrukce. Tato terapie bývá používána odborníky při práci s dětmi, ale i v rodinné terapii.

Na tuto práci jsou u nás zaměřeni zejména pracovníci pedagogicko-psychologických poraden, speciálně-pedagogických center nebo středisek výchovné péče, či jiná pracoviště poskytující péči o děti s ADHD (např. DYS-centra).

Péče je poskytována formou buď individuální činnosti s dítětem a jeho rodiči, ale také skupinovou formou (např. dětská skupina zaměřená na rozvoj sociálních dovedností ve skupině vrstevníků, apod.).

Paclt (2007, s. 112–115) rozděluje psychoterapeutické metody, které vycházejí z kognitivně-behaviorální terapie, do 5 skupin:

- kognitivně-behaviorální intervence se zaměřením na dětského pacienta s ADHD;
- klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele;
- přímý management jednotlivých případů ADHD s ohledem na individuální potřeby v „reálných situacích“;
- komplexní intenzivní behaviorální léčba pro děti a jejich rodiče;
- kombinovaná behaviorální a farmakologická léčba.

Při klinické behaviorální terapii zaměřené na rodiče je nejprve rodičům zadána četba k problematice ADHD. Následně jsou pak v sérii skupinových nebo individuálních sezení probírány standardní behaviorální techniky přístupu k dítěti. Úkolem je naučit rodiče identifikovat problémové situace, které se v souvislosti s ADHD u dítěte vyskytují, změnit negativní charakter interakcí mezi rodiči a dítětem, naučit rodiče efektivním metodám kontroly dítěte, trénovat s rodiči adekvátní reakce na negativní konsekvence chování dětí, atd.

Většina postupů, které vycházejí z kognitivně-behaviorální terapie, se ukázaly jako terapeuticky velmi účinné (Paclt 2007, s. 112).

II Praktická část

4 Cíl praktické části

Cílem praktické části této bakalářské práce je zjistit, jaká je informovanost rodičů dětí předškolního věku o poruše ADHD. Výzkum znalostí rodičů dětí předškolního věku o ADHD byl prováděn zejména na Liberecku.

Za účelem dosažení cíle praktické části této bakalářské práce byly formulovány následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Je objektivní informovanost rodičů dětí předškolního věku o ADHD dostatečná?

Výzkumná otázka č. 2: Existují faktory, které ovlivňují informovanost rodičů dětí předškolního věku o ADHD?

Výzkumné otázky byly stanoveny na základě studia vybrané literatury a zveřejněných výzkumů (Sciutto, Terjesen, Bender, 2000, Michalová 2007, Michalová 2012).

5 Použité metody

Data k nalezení odpovědí na výzkumné otázky byla získána pomocí metody dotazníku. Pro tento výzkum bylo použito dotazníku obsahujícího hodnotící škálu KADDS (The Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale), která byla vyvinuta ve Spojených státech a je nejpoužívanějším instrumentem ke zjištění znalostí o ADHD (Sciutto, Terjesen, Bender, 2000) a modifikována na české prostředí Michalovou a kol. v rámci výzkumu SGS v roce 2012 a 2013. Vzor použitého dotazníku je uveden v Příloze A této bakalářské práce.

Úvodní část dotazníku obsahuje důležité informace o respondentovi jako je pohlaví, věk, dosažené vzdělání, počet let rodičovské praxe, zda má jeho dítě diagnostikovanou poruchu ADHD, s kolika dětmi s ADHD se respondent setkal, kde získal informace o ADHD, atd.

Hlavní část dotazníku (škála KADDS) je zaměřena na znalosti problematiky projevů, diagnostiky, léčby a četnosti výskytu ADHD. Obsahuje 36 tvrzení, u kterých měli respondenti označit, zda je tvrzení pravdivé, či nikoliv. U každého tvrzení je možná i varianta odpovědi „nevím“. Tvrzení obsažená v dotazníku je možné rozdělit do tří kategorií podle jejich zaměření. První kategorie zahrnuje tvrzení vztahující se k příznakům a diagnóze ADHD, druhá kategorie zahrnuje tvrzení vztahující se k léčbě ADHD a třetí kategorie zahrnuje související problematiku jako jsou obecné informace o povaze, příčinách a prognóze ADHD.

Získaná data budou zpracována prostřednictvím popisné statistiky, dále bude využito četností a z vlastních statistických procedur F-test a korelace.

6 Popis zkoumaného vzorku

V rámci výzkumu bylo osloveno 50 respondentů – rodičů dětí předškolního věku. Dotazníky byly distribuovány v několika mateřských školách v Liberci a okolí a rovněž prostřednictvím elektronického formuláře respondentům z Libereckého kraje i mimo Liberecký kraj.

Z 50 oslovených respondentů je 37 žen a 13 mužů. Převaha žen je způsobena tím, že do mateřských škol docházejí s dětmi v mnohem větší míře matky než otcové. Průměrný věk respondentů je 36 let, průměrná doba rodičovské praxe oslovených rodičů je 7,25 let.

Nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné má 12 % respondentů, 48 % respondentů má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské a 40 % respondentů má nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. Vzdělání pedagogického směru bylo zaznamenáno u 12 dotazovaných (22 %).

Z oslovených respondentů má dítě s diagnostikovanou poruchou ADHD 10 respondentů. 28 % respondentů se dosud nesetkalo s žádným dítětem s diagnostikovanou poruchou ADHD, 42 % respondentů se dosud setkalo s jedním dítětem s diagnostikovanou poruchou ADHD, s více jak 5 dětmi s diagnostikovanou poruchou ADHD se setkalo 8 % dotázaných (4 respondenti). 62 % dotázaných nemá mezi přáteli či příbuznými nikoho s diagnostikovanou poruchou ADHD.

82 % dotázaných rodičů získalo informace o poruše ADHD samostudiem knih, časopisů a internetových zdrojů. Za dostatečné považuje své znalosti o poruše ADHD 36 % dotázaných. 52 % respondentů by uvítalo další vzdělávání o ADHD jako semináře, kurzy, přednášky.

7 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

7.1 Přehled odpovědí na jednotlivá tvrzení z dotazníku

V této kapitole jsou v tabulkách č. 2 – č. 37 shrnuty odpovědi dotázaných na jednotlivá tvrzení obsažená v dotazníku. Zároveň je u každého tvrzení uvedeno, zda je pravdivé či nikoliv, a kolik respondentů na jednotlivá tvrzení odpovědělo správně. Pro lepší orientaci je správná odpověď v každé tabulce vyznačena tučným písmem a šedým podbarvením.

Tvrzení č. 1: ADHD/ADD se vyskytuje asi u 15 % dětí předškolního a školního věku.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 2: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 1

odpovědi na tvrzení č. 1	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	6	12
ne	25	50
nevím	19	38

Z výše uvedené tabulky č. 2 vyplývá, že na tvrzení č. 1 správně odpovědělo 25 dotázaných, tj. 50 %. Za pravdivé označilo toto tvrzení 12 % dotázaných, 38 % dotázaných označilo variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 2: ADHD/ADD je často důsledkem nevhodného výchovného působení rodičů.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 3: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 2

odpovědi na tvrzení č. 2	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	1	2
ne	49	98
nevím	0	0

Na toto tvrzení odpovědělo správně 98 % všech dotázaných. Pouze jeden tazatel se domníval, že je toto tvrzení pravdivé. Odpověď „nevím“ nezvolil u tohoto tvrzení žádný dotázaný.

Tvrzení č. 3: Děti s ADHD/ADD se často nechají rozptylovat vnějšími podněty.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 4: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 3

odpovědi na tvrzení č. 3	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	48	96
ne	0	0
nevím	2	4

Z tabulky č. 4 je zřejmé, že správnou odpověď označilo u tohoto tvrzení 96 % dotázaných. Odpověď „ne“ neoznačil žádný dotázaný, 2 respondenti zvolili variantu „nevím“.

Tvrzení č. 4: Dítě s ADHD/ADD se typicky chová lépe v přítomnosti otce než v přítomnosti matky.

Správná odpověď na toto tvrzení je „ano“.

Tabulka č. 5: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 4

odpovědi na tvrzení č. 4	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	0	0
ne	34	68
nevím	16	32

Jak nám ukazuje tabulka č. 5, na toto tvrzení neodpověděl správně žádný dotázaný. 68 % dotázaných se domnívalo, že je toto tvrzení nesprávné, 32 % dotázaných označilo variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 5: Diagnózu ADHD/ADD je možno přidělit pouze v případě, že se symptomy poruchy projevovaly již před 7. rokem života dítěte.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 6: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 5

odpovědi na tvrzení č. 5	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	6	12
ne	17	34
nevím	27	54

Z tabulky je zřejmé, že na toto tvrzení odpovědělo správně pouze 12 % dotázaných. 34 % dotázaných se domnívalo, že je toto tvrzení nepravdivé a 54 % dotázaných zvolilo variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 6: ADHD/ADD může být dědičná.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 7: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 6

odpovědi na tvrzení č. 6	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	32	64
ne	3	6
nevím	15	30

Správně na toto tvrzení odpovědělo 64 % dotázaných. Pouze 6 % dotázaných se domnívalo, že toto tvrzení je nepravdivé. Variantu odpovědi „nevím“ zvolilo 30 % dotázaných.

Tvrzení č. 7: Jedním ze symptomů ADHD/ADD je fyzická krutost k ostatním lidem.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 8: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 7

odpovědi na tvrzení č. 7	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	9	18
ne	34	68
nevím	7	14

Správně na tuto otázku odpovědělo 68 % všech dotázaných respondentů. 18 % respondentů se domnívá, že je výše uvedené tvrzení pravdivé. Variantu „nevím“ zvolilo v tomto případě 14 % respondentů.

Tvrzení č. 8: Antidepresiva jsou účinná při redukci symptomů ADHD/ADD u většiny dětí.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 9: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 8

odpovědi na tvrzení č. 8	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	1	2
ne	23	46
nevím	26	52

Z tabulky č. 9 lze vyčíst, že z celkového počtu 50 respondentů odpověděl správně pouze jeden dotázaný. 46 % dotázaných se domnívá, že je tvrzení nepravdivé a 52 % respondentů zvolilo variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 9: Mají-li děti s ADHD/ADD sedět, často se vrtí a ošívají.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 10: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 9

odpovědi na tvrzení č. 9	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	48	96
ne	0	0
nevím	2	4

U tohoto tvrzení byla zaznamenána velká úspěšnost správných odpovědí – 96 % respondentů označilo správnou odpověď. Pouze 2 respondenti označili variantu odpovědi „nevím“. Žádný z respondentů se nedomníval, že je toto tvrzení nesprávné.

Tvrzení č. 10: Jako nejefektivnější se při péči o děti s ADHD/ADD jeví kombinace speciálně pedagogického přístupu učitele, poučeného přístupu rodičů a medikace dítěte.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 11: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 10

odpovědi na tvrzení č. 10	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	45	90
ne	1	2
nevím	4	8

Z tabulky č. 11 vyplývá, že na toto tvrzení odpovědělo správně 90 % dotazovaných rodičů. Pouze 2 % rodičů se domnívalo, že je toto tvrzení nepravdivé, variantu odpovědi „nevím“ zvolilo 8 % respondentů.

Tvrzení č. 11: Vysoké sebehodnocení a sebeúcta jsou pro děti s ADHD/ADD typické.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 12: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 11

odpovědi na tvrzení č. 11	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	2	4
ne	29	58
nevím	19	38

Správně odpovědělo v tomto případě 58 % dotázaných, 38 % dotázaných zvolilo variantu odpovědi „nevím“. Pouze 4 % dotázaných se domnívalo, že je toto tvrzení pravdivé.

Tvrzení č. 12: Je-li odborná péče o dítě s ADHD/ADD ukončena, pak se symptomy poruchy vrací pouze výjimečně.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 13: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 12

odpovědi na tvrzení č. 12	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	11	22
ne	16	32
nevím	23	46

Tabulka č. 13 ukazuje, že 32 % respondentů odpovědělo správně. 46 % respondentů neznalo na tuto otázku odpověď a zvolilo variantu odpovědi „nevím“. 22 % dotázaných rodičů se domnívá, že se po ukončení léčby vracejí symptomy ADHD/ADD pouze výjimečně.

Tvrzení č. 13: I dospělé osobě může být přidělena diagnóza ADHD/ADD.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 14: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 13

odpovědi na tvrzení č. 13	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	25	50
ne	4	8
nevím	21	42

Správnou odpověď označilo u tohoto tvrzení 50 % dotázaných. Pouze 8 % dotázaných se domnívalo, že diagnóza ADHD/ADD nemůže být přidělena dospělé osobě. 42 % dotázaných zvolilo variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 14: Děti s ADHD/ADD často ničí věci ostatních.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 15: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 14

odpovědi na tvrzení č. 14	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	18	36
ne	14	28
nevím	18	36

Z tabulky č. 15 vyplývá, že správnou odpověď označilo 28 % dotázaných. 36 % rodičů se domnívalo, že je výše uvedené tvrzení pravdivé. 36 % dotázaných zvolilo variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 15: Stimulancia (např. Ritalin), užívaná při léčbě ADHD/ADD, mohou mít vedlejší účinky, např. nespavost či nechutenství.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 16: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 15

odpovědi na tvrzení č. 15	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	8	16
ne	0	0
nevím	42	84

U tohoto tvrzení se vyskytuje velké procento varianty odpovědi „nevím“. Zvolilo ji 84 % dotázaných. Správnou odpověď znalo pouze 16 % dotázaných rodičů.

Tvrzení č. 16: Hlavní symptomy ADHD/ADD jsou porucha pozornosti a impulzivita/hyperaktivita.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 17: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 16

odpovědi na tvrzení č. 16	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	50	100
ne	0	0
nevím	0	0

Správnou variantu odpovědi označili u tohoto tvrzení všichni respondenti. Všichni dotázaní rodiče tedy věděli, jaké jsou hlavní symptomy poruchy ADHD.

Tvrzení č. 17: Symptomy deprese se u dětí s ADHD/ADD vyskytují častěji než u dětí bez ADHD/ADD.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 18: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 17

odpovědi na tvrzení č. 17	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	23	46
ne	3	6
nevím	24	48

Správnou odpověď označilo u tohoto tvrzení 46 % dotázaných, téměř stejné procento dotázaných (48 %) označilo variantu odpovědi „nevím“. Pouze 6 % dotázaných se domnívalo, že je toto tvrzení nepravdivé.

Tvrzení č. 18: Individuální psychoterapie je u většiny dětí s ADHD/ADD dostatečnou léčbou.

Toto tvrzení je nepravdivé.

Tabulka č. 19: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 18

odpovědi na tvrzení č. 18	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	13	26
ne	13	26
nevím	24	48

Z tabulky č. 19 je zřejmé, že správnou odpověď označilo u tohoto tvrzení 26 % dotázaných. Stejně procento respondentů odpovědělo chybně. Téměř polovina respondentů označila variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 19: Většina dětí s ADHD/ADD z poruchy "vyroste" a v dospělosti jsou bez obtíží.

Toto tvrzení je nepravdivé.

Tabulka č. 20: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 19

odpovědi na tvrzení č. 19	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	28	56
ne	9	18
nevím	13	26

Z tabulky č. 20 můžeme vyčíst, že více jak polovina dotázaných respondentů (56 %) se domnívala, že jsou děti s ADHD v dospělosti bez obtíží a označila špatnou odpověď. Správnou odpověď znalo pouze 18 % dotázaných, variantu odpovědi „nevím“ zvolilo 26 % respondentů.

Tvrzení č. 20: U dětí s těžkým stupněm ADHD/ADD je vhodné zahájit léčbu nejprve medikací a až poté přistoupit ke kognitivně-behaviorální terapii.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 21: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 20

odpovědi na tvrzení č. 20	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	7	14
ne	12	24
nevím	31	62

Správnou odpověď označilo v tomto případě jen 14 % dotazovaných. Chybnou odpověď označilo 24 % respondentů a 62 % jich zvolilo variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 21: Aby mohla být dítěti přidělena diagnóza ADHD/ADD, musí se symptomy ADHD/ADD projevovat alespoň ve dvou různých prostředích, např. doma a v mateřské škole či v základní škole.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 22: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 21

odpovědi na tvrzení č. 21	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	15	30
ne	10	20
nevím	25	50

Tabulka č. 22 ukazuje, že správnou odpověď na toto tvrzení označilo 30 % dotázaných. 20 % dotázaných se domnívalo, že je tvrzení nepravdivé a polovina respondentů zvolila odpověď „nevím“.

Tvrzení č. 22: Je-li dítě s ADHD/ADD schopno se hodinu a více soustředěně věnovat hraní počítačových her, pak je schopno se stejně dlouho soustředěně věnovat i školní práci a plnění svých úkolů.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 23: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 22

odpovědi na tvrzení č. 22	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	4	8
ne	34	68
nevím	12	24

Správnou variantu odpovědi označilo u tohoto tvrzení 68 % respondentů. 24 % respondentů zvolilo v tomto případě variantu odpovědi „nevím“. Pouze 8 % respondentů se domnívalo, že je tvrzení pravdivé.

Tvrzení č. 23: Diety s omezením cukru a potravinových aditiv jsou při redukci symptomů ADHD/ADD účinné.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 24: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 23

odpovědi na tvrzení č. 23	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	18	36
ne	4	8
nevím	28	56

U tohoto tvrzení označilo správnou odpověď pouze 8 % respondentů. Asi 1/3 respondentů se domnívala, že diety s omezením cukru a potravinových aditiv mají vliv na redukci symptomů ADHD. Více jak polovina dotázaných (56 %) zvolila variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 24: Diagnóza ADHD/ADD je důvodem k zařazení dítěte do speciální školy.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 25: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 24

odpovědi na tvrzení č. 24	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	7	14
ne	36	72
nevím	7	14

Tabulka č. 24 ukazuje, že téměř 3/4 dotázaných (72 %) odpovědělo správně. Nesprávnou odpověď označilo 14 % respondentů a stejný počet jich označil variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 25: Stimulancia jsou nejvíce užívanou medikací dětí s ADHD/ADD.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 26: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 25

odpovědi na tvrzení č. 25	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	8	16
ne	5	10
nevím	37	74

Z tabulky č. 26 vyplývá, že správnou odpověď na toto tvrzení označilo pouze 16 % respondentů. U této otázky zaznamenáváme velké procento respondentů, kteří označili variantu odpovědi „nevím“ (74 %). Nesprávnou odpověď označilo v tomto případě 10 % dotázaných.

Tvrzení č. 26: Děti s ADHD/ADD mají často potíže s organizací a plněním svých úkolů a povinností.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 27: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 26

odpovědi na tvrzení č. 26	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	48	96
ne	2	4
nevím	0	0

U tohoto tvrzení byla zaznamenáno vysoké procento správných odpovědí – 96 % respondentů správně považovalo toto tvrzení za pravdivé. Pouze 4 % dotázaných odpověděla chybně. Žádný z respondentů nezvolil u tohoto tvrzení variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 27: Děti s ADHD/ADD mají více problémů v nových než v běžných situacích.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 28: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 27

odpovědi na tvrzení č. 27	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	31	62
ne	6	12
nevím	13	26

U tohoto tvrzení naopak zaznamenáváme poměrně vysoké procento chybných odpovědí – 62 %. Správnou odpověď označilo u tohoto tvrzení pouze 12 % respondentů. 26 % respondentů zvolilo variantu odpovědi „nevím.“

Tvrzení č. 28: Pediatr může podle určitých specifických fyzických znaků u dítěte diagnostikovat ADHD/ADD.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 29: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 28

odpovědi na tvrzení č. 28	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	9	18
ne	25	50
nevím	16	32

Jak ukazuje tabulka č. 29, polovina respondentů označila u tohoto tvrzení správnou odpověď. Chybnou odpověď označilo 18 % dotázaných a 32 % respondentů označilo variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 29: ADHD/ADD se u dětí školního věku vyskytuje stejně často u dívek i u chlapců.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 30: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 29

odpovědi na tvrzení č. 29	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	8	16
ne	17	34
nevím	25	50

Z tabulky č. 30 vyplývá, že správnou variantu odpovědi na toto tvrzení označilo 34 % respondentů. Tvrzení, že se ADHD vyskytuje stejně často u dívek i u chlapců považovalo za správné 16 % respondentů. Polovina respondentů označila u tohoto tvrzení variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 30: U velmi malých dětí (mladších 4 let) se chování dětí s ADHD/ADD výrazně liší od chování vrstevníků bez ADHD/ADD.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 31: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 30

odpovědi na tvrzení č. 30	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	17	34
ne	10	20
nevím	23	46

V tomto případě odpovědělo správně pouze 20 % respondentů. Asi 1/3 dotázaných odpověděla chybně. 46 % respondentů označilo u tohoto tvrzení variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 31: Děti s ADHD/ADD se výrazněji odlišují od dětí bez poruchy ve výuce než ve volnočasových aktivitách.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 32: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 31

odpovědi na tvrzení č. 31	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	28	56
ne	5	10
nevím	17	34

Správnou odpověď na toto tvrzení označila více jak polovina respondentů (56 %). Nesprávně odpovědělo 10 % respondentů a 34 % jich označilo variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 32: Většina dětí s ADHD/ADD selhává ve školní práci.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 33: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 32

odpovědi na tvrzení č. 32	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	28	56
ne	9	18
nevím	13	26

Jak nám ukazuje tabulka č. 33, i u tohoto tvrzení zaznamenáváme správnou odpověď u více jak poloviny respondentů (56 %). Chybnou odpověď označilo v tomto případě 18 % respondentů, odpověď „nevím“ pak 26 % dotázaných.

Tvrzení č. 33: I děti bez ADHD/ADD pocházející z nevhodného rodinného prostředí mohou vykazovat symptomy odpovídající symptomům ADHD/ADD.

Toto tvrzení je pravdivé.

Tabulka č. 34: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 33

odpovědi na tvrzení č. 33	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	23	46
ne	2	4
nevím	25	50

Z tabulky č. 34 je zřejmé, že na toto tvrzení odpovědělo správně 46 % respondentů. Polovina respondentů označila variantu odpovědi „nevím“. Chybně odpověděla 4 % dotázaných.

Tvrzení č. 34: Kognitivně-behaviorální/psychologická intervence je u dětí s ADHD/ADD primárně zaměřena na redukci symptomů poruchy pozornosti.

Toto tvrzení je nesprávné.

Tabulka č. 35: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 34

odpovědi na tvrzení č. 34	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	18	36
ne	2	4
nevím	30	60

Správnou odpověď na toto tvrzení označila pouze 4 % respondentů. 36 % respondentů považovalo toto tvrzení za pravdivé. 60 % respondentů označilo variantu odpovědi „nevím“.

Tvrzení č. 35: Elektroterapie (např. léčba elektrickými šoky) je v těžkých případech ADHD/ADD účinná.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 36: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 35

odpovědi na tvrzení č. 35	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	4	8
ne	6	12
nevím	40	80

Z tabulky č. 36 vyplývá, že správnou odpověď označilo u tohoto tvrzení pouze 12 % dotázaných. U tohoto tvrzení označilo vysoké procento dotázaných variantu odpovědi „nevím“ a to 80 %. Za pravdivé označilo toto tvrzení pouze 8 % respondentů.

Tvrzení č. 36: Péče o děti s ADHD/ADD primárně zaměřená na tresty je při redukci symptomů poruchy nejúčinnější.

Toto tvrzení není pravdivé.

Tabulka č. 37: Souhrn odpovědí na tvrzení č. 36

odpovědi na tvrzení č. 36	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	0	0
ne	42	84
nevím	8	16

Správnou odpověď u tohoto tvrzení označilo 84 % dotázaných. Žádný z respondentů se nedomníval, že je toto tvrzení pravdivé. 16 % respondentů označilo variantu odpovědi „nevím“.

7.2 Objektivní informovanost respondentů o ADHD

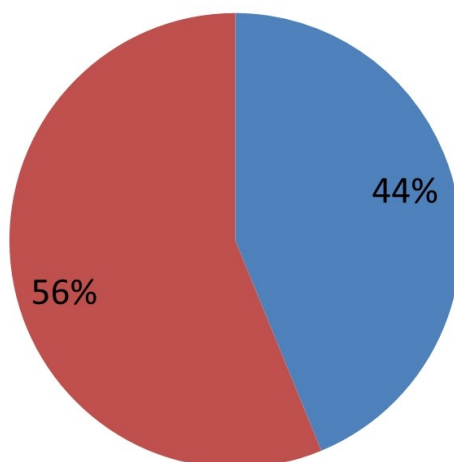
Na základě výsledků dotazníkového šetření, jejichž přehled je uveden výše v kapitole 7.1, je v této kapitole vyhodnocena úspěšnost respondentů, která byla měřena relativní četností správně zodpovězených otázek, tj. podílem průměrného počtu správných odpovědí ku celkovému počtu tvrzení vyjádřeného v %.

Nejprve byl zkoumán celkový počet správných odpovědí a poté počet správných odpovědí v jednotlivých kategoriích dotazníku – příznaky a diagnóza ADHD, léčba ADHD a související problematika.

Z celkového počtu 36 tvrzení odpovědělo 50 respondentů v průměru na 15,76 tvrzení správně, což odpovídá průměrné úspěšnosti 44 %. Celkovou průměrnou úspěšnost respondentů zobrazuje následující Graf 1.

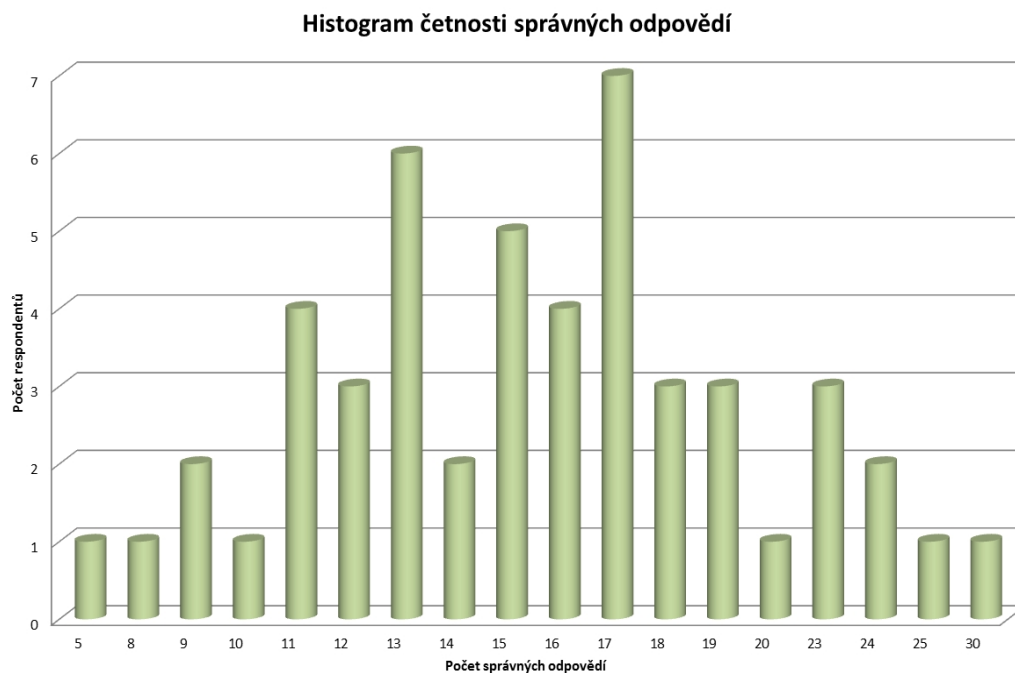
Průměrná úspěšnost respondentů

■ Počet správných odpovědí ■ Počet chybných odpovědí



Graf 1: Průměrná úspěšnost respondentů měřená počtem správných odpovědí na tvrzení celého dotazníku

Z výše uvedených skutečností vyplývá, že respondenti znali správnou odpověď v průměru na méně než polovinu všech tvrzení obsažených v dotazníku. Zajímavé je rozložení četnosti správných odpovědí mezi dotázanými, které je velmi dobře patrné z histogramu níže (Graf 2).



Graf 2: Histogram četnosti správných odpovědí na všechna tvrzení v dotazníku

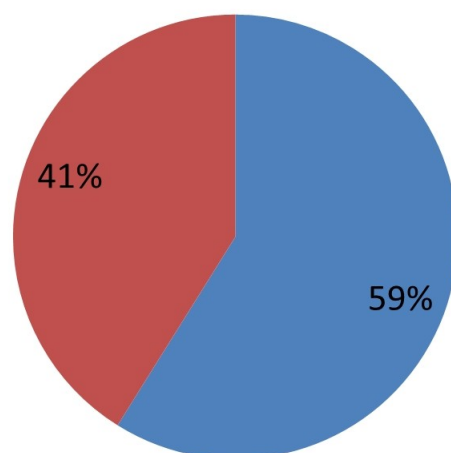
Z Grafu 2 můžeme vyčíst následující skutečnosti:

- Nejčastější (modální) počet správných odpovědí je 17. Dosáhlo ho 7 respondentů z celkových 50.
- 50 % respondentů odpovědělo správně na 15 a méně otázek.
- Minimální počet správných odpovědí bylo 5, takto zodpověděl 1 respondent.
- Nejvyšší počet správných odpovědí bylo 30, kterého dosáhl rovněž pouze 1 dotázaný.

Nyní se zaměříme na úspěšnost odpovědí v jednotlivých kategoriích tvrzení. První kategorie, zaměřená na **příznaky a diagnózu ADHD**, zahrnovala celkem 9 tvrzení a to tvrzení č. 3, 5, 7, 9, 11, 14, 16, 21 a 26.

Úspěšnost respondentů v této kategorii zobrazuje Graf 3.

Příznaky/diagnóza ADHD
 ■ Počet správných odpovědí ■ Počet chybných odpovědí



Graf 3: Průměrná úspěšnost respondentů v kategorii Příznaky a diagnóza ADHD měřená relativním počtem správných odpovědí

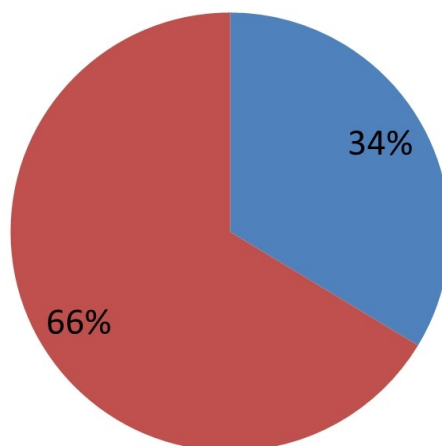
Průměrná úspěšnost respondentů v kategorii tvrzení týkajících se příznaků a diagnózy ADHD byla 59 %. Průměrně odpověděli dotázaní správně na 5,3 tvrzení z 9 možných.

Druhá kategorie tvrzení byla zaměřená na problematiku týkající se **léčby ADHD**. Tato kategorie obsahovala 12 tvrzení a to tvrzení č. 2, 8, 10, 12, 15, 18, 20, 23, 25, 34, 35, 36.

Úspěšnost v této kategorii vyjadřuje Graf 4.

Léčba ADHD

■ Počet správných odpovědí ■ Počet chybných odpovědí



Graf 4: Průměrná úspěšnost respondentů v kategorii Léčby ADHD měřená relativní četností správných odpovědí

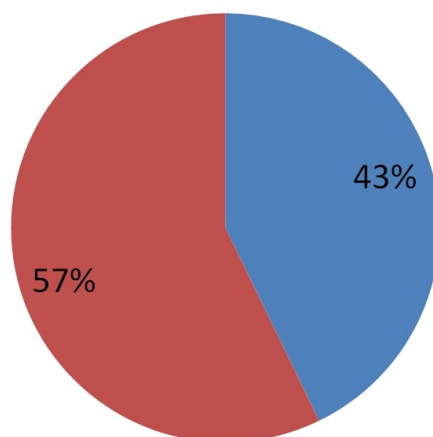
Z grafu 4 je patrné, že v kategorii tvrzení týkajících se léčby ADHD byla úspěšnost respondentů pouze 34 %. Dotázaní odpověděli průměrně správně na 4,04 tvrzení z 12.

Třetí kategorie tvrzení se týkala problematiky související s ADHD jako jsou obecné informace o povaze, příčinách a prognózách ADHD. Do této kategorie bylo zahrnuto 15 tvrzení a to tvrzení č. 1, 4, 6, 13, 17, 19, 22, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33.

Úspěšnost respondentů v této kategorii zobrazuje Graf 5.

Problematika související s ADHD

■ Počet správných odpovědí ■ Počet chybných odpovědí

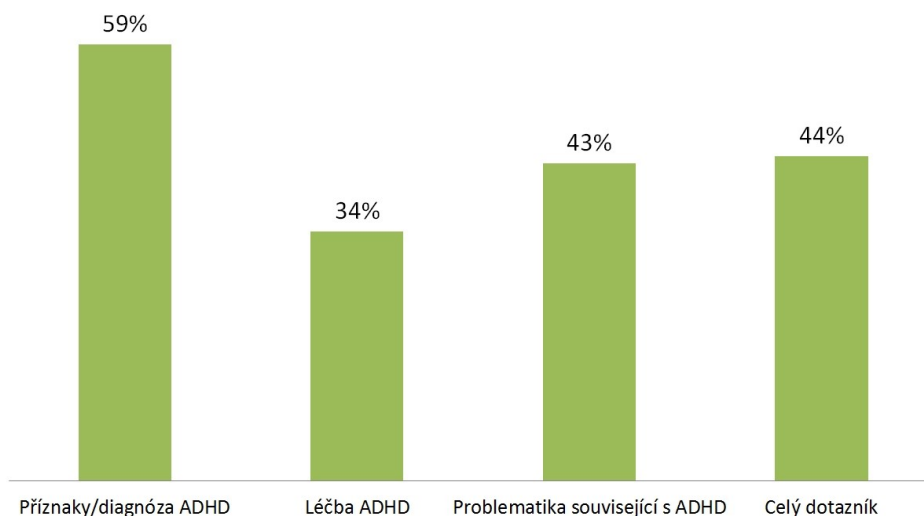


Graf 5: Průměrná úspěšnost respondentů v kategorii Problematiky související s ADHD měřená relativní četností správných odpovědí

Průměrně správně odpověděli respondenti v této kategorii tvrzení na méně než polovinu tvrzení – úspěšnost odpovědí je v tomto případě 43 %. To znamená, že respondenti odpověděli správně v průměru na 6,4 tvrzení z 15 možných.

Nyní se zaměříme na srovnání úspěšnosti respondentů v jednotlivých kategoriích dotazníku a celkové úspěšnosti. Toto srovnání vyjadřuje Graf 6 níže.

Úspěšnost odpovědí dle kategorií otázek



Graf 6: Srovnání úspěšnosti odpovědí dle jednotlivých kategorií tvrzení v dotazníku

Z grafu 6 lze vyčíst, že respondenti byli neúspěšnější v oblasti týkající se příznaků a diagnózy ADHD. Zde byla úspěšnost dotázaných 59 %, což je o 15 procentních bodů více než celková průměrná úspěšnost (44 %). Nejslabších výsledků dosáhli respondenti v oblasti týkající se léčby ADHD, průměrně odpověděli správně pouze na 34 % tvrzení. To je o 25 procentních bodů méně než v kategorii Příznaky a diagnóza ADHD (59 %) a o 10 procentních bodů méně než je průměrná celková úspěšnost (44 %). V kategorii Problematiky související s ADHD odpověděli respondenti průměrně správně na 43 % tvrzení. Úspěšnost v této oblasti je srovnatelná s průměrnou celkovou úspěšností (44 %).

7.3 Faktory ovlivňující informovanost respondentů o ADHD

Předpokládáme, že existují objektivní faktory související s informovaností respondentů o ADHD. V rámci výzkumu, který byl proveden, se pokusíme pomocí statistických metod ověřit souvislost mezi úspěšností respondentů v odpovědích a některým z následujících faktorů.

Byl zkoumán následující faktory:

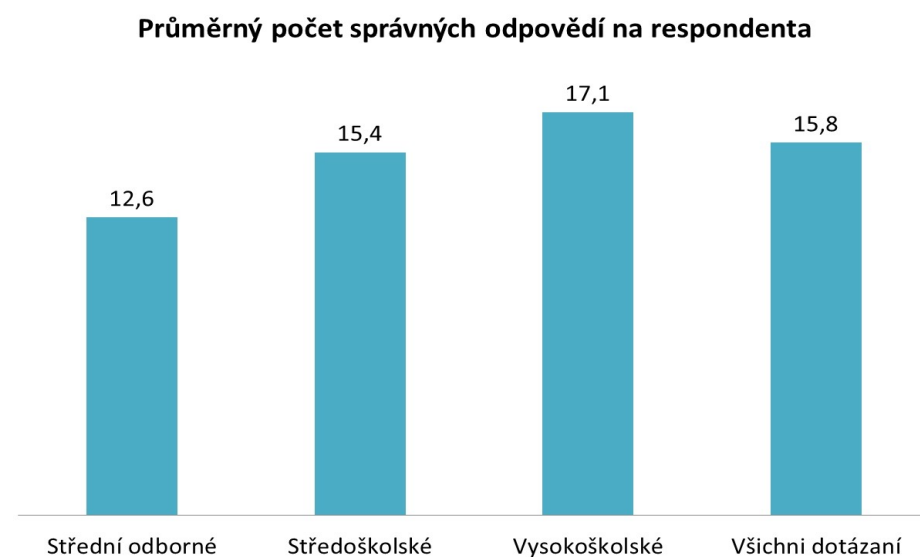
- nejvyšší dosažené vzdělání;
- vzdělání pedagogického směru;

- počet dětí s ADHD se kterými se respondent setkal;
- v rodině respondenta či mezi jeho známými někdo s diagnostikovanou ADHD;
- dítě respondenta má diagnostikovanou ADHD.

7.3.1 Faktor: nejvyšší dosažené vzdělání

Z celkového počtu 50 dotázaných se ve výzkumném vzorku nachází 5 respondentů s nejvyšším dosaženým vzděláním středním odborným, 25 respondentů se středoškolským vzděláním a 20 respondentů s vysokoškolským vzděláním.

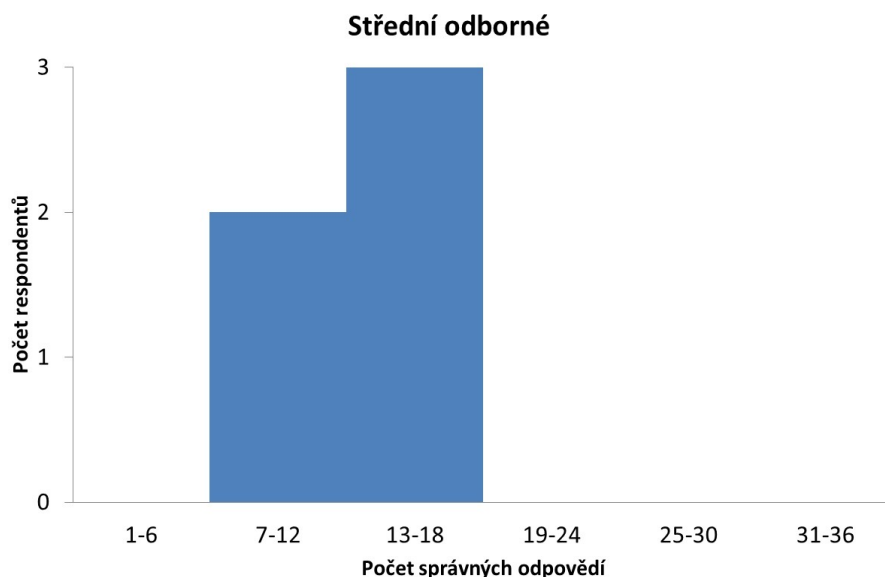
Jaký byl průměrný počet správných odpovědí na respondenta s určitým dosaženým vzděláním zobrazuje Graf 7.



Graf 7: Průměrný počet správných odpovědí na respondenta podle dosaženého vzdělání

Respondenti se středním odborným vzděláním odpověděli průměrně správně na 12,6 tvrzení z 36, respondenti se středoškolským vzděláním odpověděli průměrně správně na 15,4 tvrzení a vysokoškolsky vzdělaní dotázaní na 17,1 tvrzení. Porovnáme-li jednotlivé kategorie respondentů rozdělené podle vzdělání s celkovým průměrným počtem správných odpovědí (15,8), pak nejlépe odpověděli dotázaní s vysokoškolským vzděláním, pak středoškolským a nejméně úspěšní byli respondenti se středním odborným vzděláním.

V následujících grafech 8, 9 a 10 můžeme sledovat, kolik respondentů s daným vzděláním odpovědělo průměrně správně na určitý počet tvrzení.



Graf 8: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů se středním odborným vzděláním

Z grafu 8 můžeme vyčíst, že 7–12 správných odpovědí dosáhli 2 respondenti se středním odborným vzděláním a 13–18 správných odpovědí dosáhli 3 dotázaní se středním odborným vzděláním. Žádný z dotázaných s tímto vzděláním neodpověděl správně na více než 18 tvrzení z celkových 36 a na méně než 7 tvrzení.

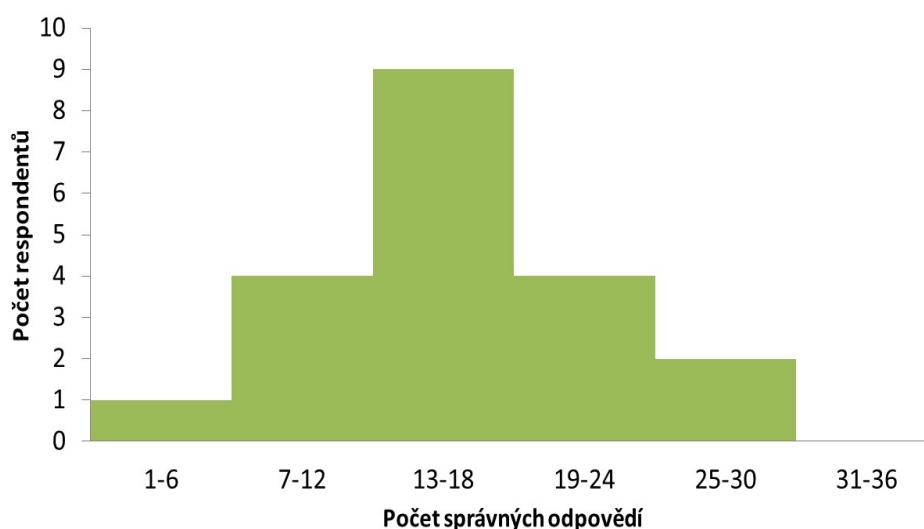


Graf 9: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů se středoškolským vzděláním

Respondenti se středoškolským vzděláním se nejčastěji pohybovali v intervalu 13–18 správných odpovědí. Tohoto počtu dosáhlo 15 z celkových 25 respondentů. Pět respondentů odpovědělo správně na 7–12 tvrzení. V intervalu 19–24 správných odpovědí se pohybovalo 5 respondentů. Žádný z dotázaných neodpověděl správně na méně než 7 tvrzení a na více než 24 tvrzení z celkových 36 tvrzení.

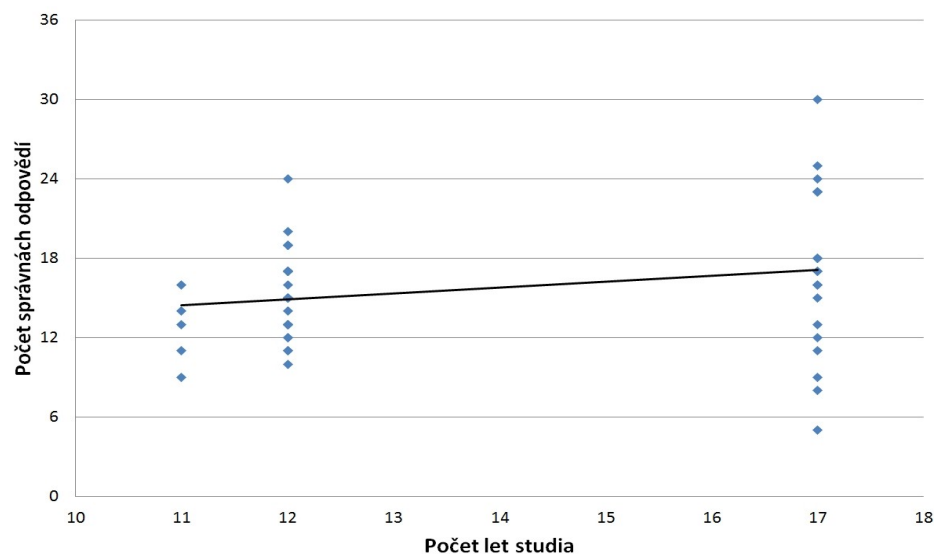
Vysokoškolsky vzdělaní respondenti se nejčastěji pohybovali v intervalu správných odpovědí 13–18 stejně jako středoškolsky vzdělaní respondenti a respondenti se středním odborným vzděláním. Tohoto počtu správných odpovědí dosáhlo 9 respondentů. V porovnání s respondenty se středoškolským a středním odborným vzděláním je u vysokoškoláků patrný mnohem větší rozptyl počtu správných odpovědí a to v intervalu 0–30 správných odpovědí v porovnání se 7–24 správnými odpověďmi u středoškolsky vzdělaných a 7–18 správnými odpověďmi u respondentů se středním odborným vzděláním. Vysokoškolsky vzdělaní respondenti tedy vykazovali mnohem méně vyrovnané výsledky než ostatní.

Vysokoškolské



Graf 10: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů s vysokoškolským vzděláním

Nyní se pokusíme za pomoci korelační analýzy zjistit, zda dosažené vzdělání, resp. délka studia v letech souvisela s úspěšností respondentů. Na následujícím grafu jsou zobrazeny počty správných odpovědí jednotlivých respondentů v závislosti na délce jejich studia. Ta je znázorněna na ose x a tvoří nezávislou proměnnou regresní analýzy, počty odpovědí jsou pak proměnnou závislou. Hodnoty grafu protíná regresní přímka, jejíž rovnice je vypočtená metodou nejmenších čtverců, a která znázorňuje mírně rostoucí trend úspěšnosti dotazovaných s rostoucím vzděláním.



Graf 11: Souvislost mezi úspěšností odpovědí respondentů a nejvyšším dosaženým vzděláním, resp. délkou studia v letech

Podíváme-li se na sílu závislosti měřenou korelačním koeficientem ($r = 0,24$) případně koeficientem determinace ($r^2 = 0,06$), zjistíme, že pokud nějaká závislost skutečně existuje, pak je velice slabá. Regresní funkce totiž vysvětluje celkový rozptyl hodnot pouze asi z 6%. Navíc provedený F-test potvrzuje na 5% hladině významnosti hypotézu o nezávislosti proměnných. Hodnota statistiky F je 2,87, což je méně než kritická hodnota F-rozdělení s 1 a 48 stupni volnosti, která na dané hladině významnosti činí 4,043. Z těchto statistických výpočtů vyplývá, že **počet správných odpovědí, kterých respondenti dosáhli, nesouvisí s nejvyšším dosaženým vzděláním, resp. s délkou studia v letech.**

7.3.2 Faktor: pedagogické vzdělání

V této kapitole se zaměříme na souvislost mezi úspěšností respondentů a skutečností, že mají pedagogické vzdělání. Z oslovených 50 respondentů jich mělo pedagogické vzdělání 12, pedagogické vzdělání nemělo 38 dotázaných.

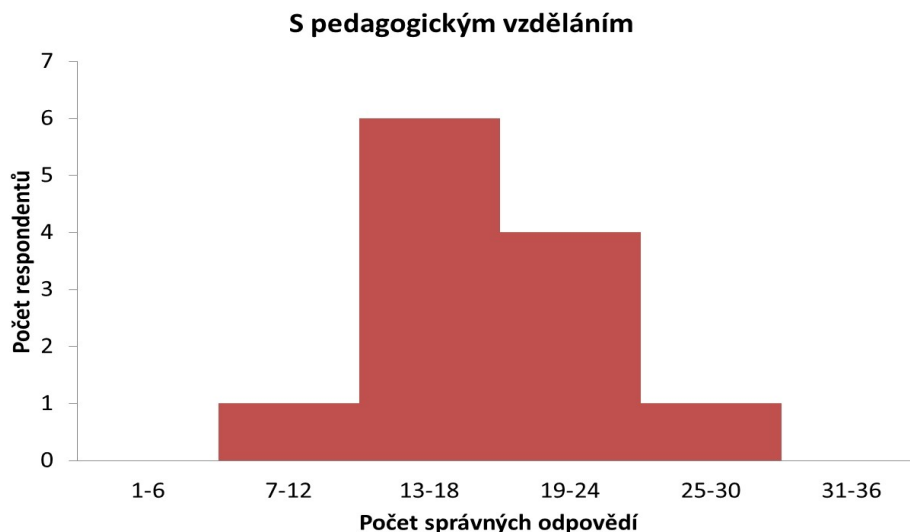
V Grafu 12 vidíme, kolik respondentů bez pedagogického vzdělání dosáhlo určitého počtu správných odpovědí. Stejnou problematiku vyjadřuje i Graf 13, ale u respondentů s pedagogickým vzděláním.



Graf 12: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů bez pedagogického vzdělání

Respondenti bez pedagogického vzdělání se nejčastěji pohybovali v intervalu 13–18 správných odpovědí. Tohoto počtu dosáhlo 21 dotázaných (tj. 55 %). 10 respondentů (tj. 26 %) se pohybovalo v intervalu 7–12 správných odpovědí. U dotázaných bez pedagogického vzdělání je patrný velký rozptyl počtu správných odpovědí a to od 1 do 30 správných odpovědí. Žádný z respondentů bez pedagogického vzdělání neodpověděl správně na více než 30 tvrzení. Průměrný počet správných odpovědí na respondenta je u této skupiny 14,97.

U respondentů s pedagogickým vzděláním je situace odlišná než u respondentů bez pedagogického vzdělání. Zatímco hodnoty v Grafu 12 jsou sešikmeny doleva, hodnoty v Grafu 13 jsou naopak sešikmeny doprava. To znamená, že respondenti s pedagogickým vzděláním se pohybují spíše v intervalech s vyšším počtem správných odpovědí. Nejvíce respondentů (6, tj. 50 %) dosáhlo 13–18 správných odpovědí. 4 dotazovaní (tj. 33 %) se pohybovali v intervalu 19–24 správných odpovědí. Žádný z dotázaných s pedagogickým vzděláním neodpověděl správně na méně než 7 tvrzení a na více než 30 tvrzení. Průměrný počet správných odpovědí na respondenta (18,25) je v tomto případě výrazně vyšší než u osob bez pedagogického vzdělání.



Graf 13: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů s pedagogickým vzděláním

Při zkoumání souvislosti mezi počtem správných odpovědí na skutečnosti, má-li dotazovaný pedagogické vzdělání či nemá, použijeme metodu analýzy rozptylu, která se používá pro zjištění závislosti kvantitativních proměnných na kategoriálních. Touto metodou porovnáme rozptyl od průměru uvnitř skupiny dotazovaných s a bez pedagogického vzdělání s rozptylem meziskupinovým. Výsledkem je statistika F, která má v tomto případě hodnoty 4,487. Jelikož je tato hodnota vyšší než kritická hodnota F-rozdělení s 1 a 48 stupni volnosti 4,043, zamítáme na 5% hladině významnosti hypotézu o nezávislosti proměnných a můžeme konstatovat, **že existuje souvislost mezi úspěšností respondentů tohoto dotazníku a jejich pedagogickým vzděláním.**

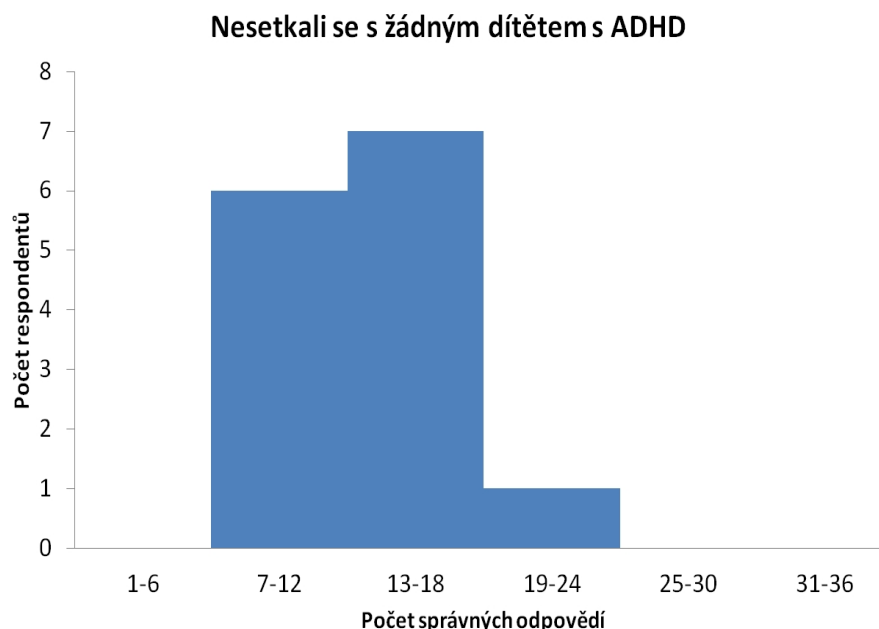
7.3.3 Faktor: počet dětí s ADHD, se kterými se respondent setkal

V rámci výzkumu jsme zjišťovali i to, s kolika dětmi s ADHD se respondent setkal. Souvisela úspěšnost respondentů v odpovědích na tvrzení, která obsahoval dotazník, s počtem dětí s ADHD, se kterými se respondent setkal?

S celkového počtu 50 dotázaných se dosud nesetkalo s žádným dítětem 14 dotázaných. S 1 dítětem s ADHD se dosud setkalo 21 dotázaných, s 2–5 dětmi s ADHD se setkalo 11 respondentů a s více jak 5 dětmi s ADHD se setkali 4 dotázaní.

V Grafech 14, 15, 16, 17 vidíme rozložení počtu správných odpovědí u jednotlivých skupin dotázaných podle toho s kolika dětmi s ADHD se dosud setkali.

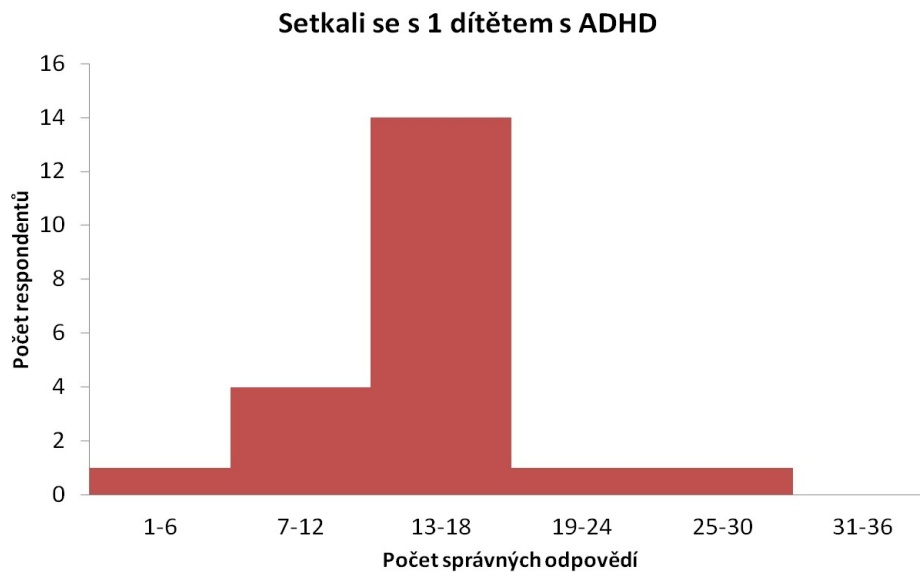
Graf 14 nám ukazuje, jak vypadalo rozložení počtu správných odpovědí u respondentů, kteří se nesetkali s žádným dítětem s ADHD.



Graf 14: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří se nesetkali s žádným dítětem s ADHD

Nejvíce dotazovaných (7, tj. 50 %) odpovědělo správně na 13–18 tvrzení. Na 7–12 tvrzení odpovědělo správně 6 dotázaných (tj. 43 %). Žádný z této kategorie respondentů nedosáhl více jak 24 správných odpovědí. Průměrný počet správných odpovědí na respondenta byl 13,86 a v porovnání s celkovým průměrným počtem správných odpovědí na respondenta 15,76 je tento nižší o 1,9.

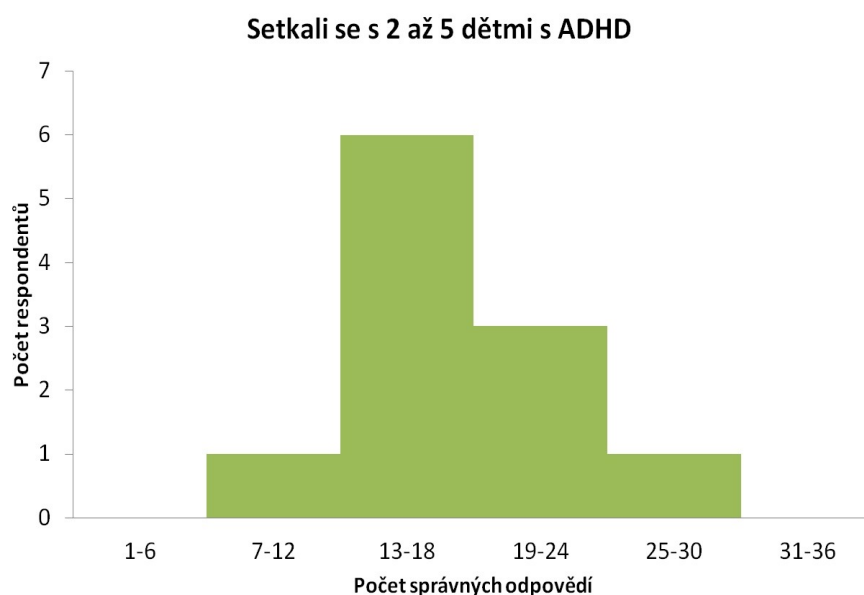
Graf 15 zobrazuje rozložení správných odpovědí u respondentů, kteří se setkali s 1 dítětem s ADHD.



Graf 15: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří se setkali s 1 dítětem s ADHD

V této skupině respondentů dosáhlo 14 (tj. 67 %) respondentů počtu 13–18 správných odpovědí. 4 respondenti (tj. 19 %) pak zodpověděli správně na 7–12 tvrzení. Počet správných odpovědí se pohybuje u této skupiny respondentů v intervalu 1–30. Dotazovaní dosáhli průměrného počtu správných odpovědí na respondenta 14,67, tedy méně než je celkový průměrný počet správných odpovědí na respondenta (15,76).

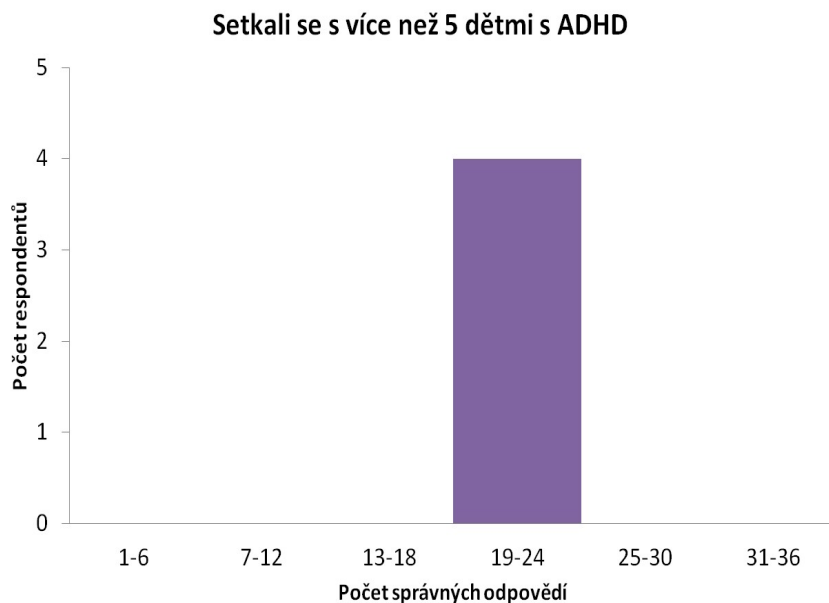
Jaká je četnost správných odpovědí u respondentů, kteří se setkali se 2–5 dětmi s ADHD nám ukazuje Graf 16.



Graf 16: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří se setkali s 2–5 dětmi s ADHD

Zatímco u prvních dvou skupin respondentů byly hodnoty grafu sešikmeny doleva, v tomto případě vidíme opačný trend, hodnoty jsou sešikmeny doprava. To vyjadřuje skutečnost, že tito respondenti dosahovali mnohem častěji většího počtu správných odpovědí. 6 respondentů (tj. 55 %) dosáhlo 13–18 správných odpovědí, 3 respondenti (tj. 27 %) 19–24 správných odpovědí. Žádný z respondentů neodpověděl správně na méně než 7 tvrzení a na více jak 30 tvrzení. U této skupiny respondentů byl průměrný počet správných odpovědí na respondenta (18,27) o dost vyšší než celkový průměrný počet správných odpovědí na respondenta (15,76).

Nyní se podíváme, jaké je rozložení počtu správných odpovědí u skupiny respondentů, kteří se setkali s více jak 5 dětmi s ADHD. To nám zobrazuje Graf 17 níže.

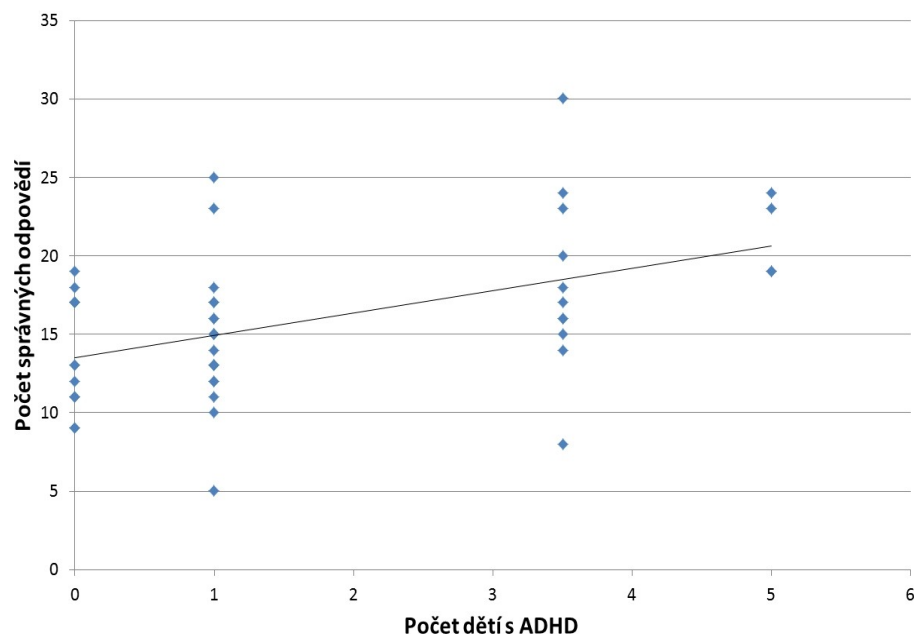


Graf 17: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří se setkali s více jak 5 dětmi s ADHD

S grafu 17 vidíme, že všichni respondenti se pohybovali v intervalu 19–24 správných odpovědí, žádný z nich nedosáhl horšího výsledku než 19 správných odpovědí. Je zřejmé, že tyto respondenti dosahovali mnohem lepších výsledků než ostatní skupiny dotazovaných a jejich výkony byly poměrně vyrovnané. Průměrný počet správných odpovědí na respondenta (21,25) je u této skupiny v porovnání s celkovým průměrem (15,76) výrazně vyšší.

Pokud mezi sebou porovnáme průměrné počty správných odpovědí u jednotlivých skupin respondentů (13,86; 14,67; 18,27; 21,25) vidíme, že s rostoucím počtem dětí s ADHD, se kterými se dotázaní setkali, výrazně roste úspěšnost. Lze tedy usuzovat na souvislost mezi úspěšností respondentů a tímto faktorem. To, zda usuzujeme správně, ověříme pomocí metody regresní analýzy podobně jako v případě zkoumání souvislosti mezi počtem správných odpovědí a počtem let studia.

Následující Graf 18 zobrazuje počty správných odpovědí u respondentů, kteří se nesetkali s žádným dítětem s ADHD nebo se setkali s jedním, dvěma až pěti (průměrně se 3,5) nebo s pěti a více. V grafu 18 je rovněž znázorněna regresní přímka proložená skutečnými daty.



Graf 18: Souvislost mezi počtem správných odpovědí a počtem dětí s ADHD, se kterými se respondenti setkali

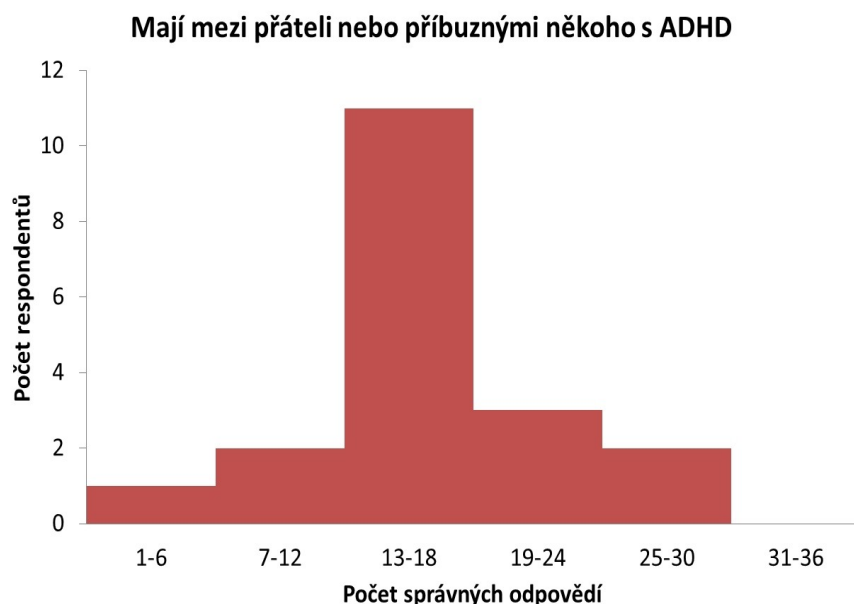
Výsledky analýzy ukazují na středně silnou závislost daných proměnných. Korelační koeficient dosáhl hodnoty 0,48 a teoretická regresní přímka popisuje celkový rozptyl hodnot asi z 23%. Hodnota statistiky F je 14,139, což je výrazně více než kritická hodnota F-rozdělení s 1 a 48 stupni volnosti, která činí 4,043 na 5% hladině významnosti. Hypotézu o nezávislosti proměnných zamítáme a je tedy zcela zřejmé, že **počet správných odpovědí, kterých respondenti dosáhli, významně souvisí s počtem dětí s ADHD, se kterými se respondenti setkali.**

7.3.4 Faktor: respondent má mezi příbuznými či známými někoho s diagnostikovanou ADHD

V této kapitole se zaměříme na souvislost mezi počtem správných odpovědí, kterého dotázaní dosáhli, a skutečností, že mají respondenti mezi příbuznými či známými někoho s diagnostikovanou ADHD.

Z 50 respondentů, kteří byli v rámci výzkumu osloveni, mělo mezi příbuznými či přáteli někoho s diagnostikovanou ADHD 19 dotázaných. Zbýlých 31 respondentů nikoho takového mezi přáteli či známými nemělo.

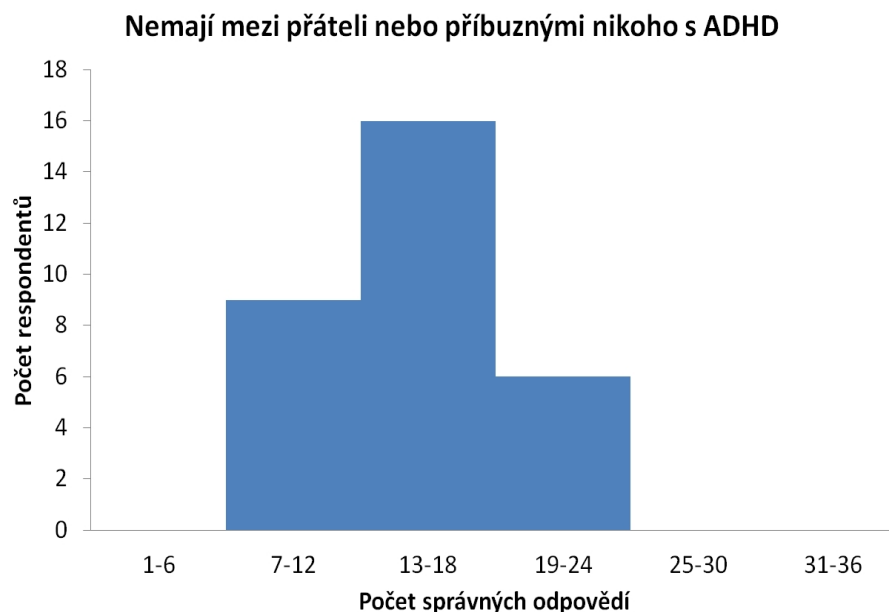
V následujícím Grafu 19 je zobrazena četnost správných odpovědí u respondentů, kteří měli někoho s diagnostikovanou ADHD mezi přáteli či známými.



Graf 19: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří mají mezi přáteli či příbuznými někoho s diagnostikovanou ADHD

Nejčastější počet správných odpovědí se u této skupiny dotazovaných pohyboval v intervalu 13–18 správných odpovědí. Dosáhlo ho 11 dotazovaných z celkového počtu 19 dotázaných, tj. 58 %. V intervalu 19–24 správných odpovědí se pohybovali 3 respondenti (tj. 16 %). Dotazovaní z této skupiny vykazují poměrně velký rozptyl počtu správných odpovědí, který se pohybuje v intervalu 1–30. Průměrně odpověděli tito dotázaní správně na 16,47 tvrzení.

Jaké je rozdělení četností správných odpovědí u druhé skupiny dotázaných, tedy těch, kteří nemají mezi přáteli či známými někoho s diag. ADHD zobrazuje Graf 20.



Graf 20: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří nemají mezi příbuznými či přáteli někoho s diagnostikovanou ADHD

I v tomto případě dosahovali respondenti nejčastěji 13–18 správných odpovědí. V tomto intervalu se pohybovalo 16 dotázaných, tj. 52 %. Počtu 7–12 správných odpovědí dosáhlo 9 respondentů, tj. 30 %. Žádný z respondentů neodpověděl správně na méně než 7 tvrzení a na více než 24 tvrzení. Tato skupina dotázaných vykazuje o něco horší výsledky než předchozí skupina, ale zase jsou její výkony vyrovnanější.

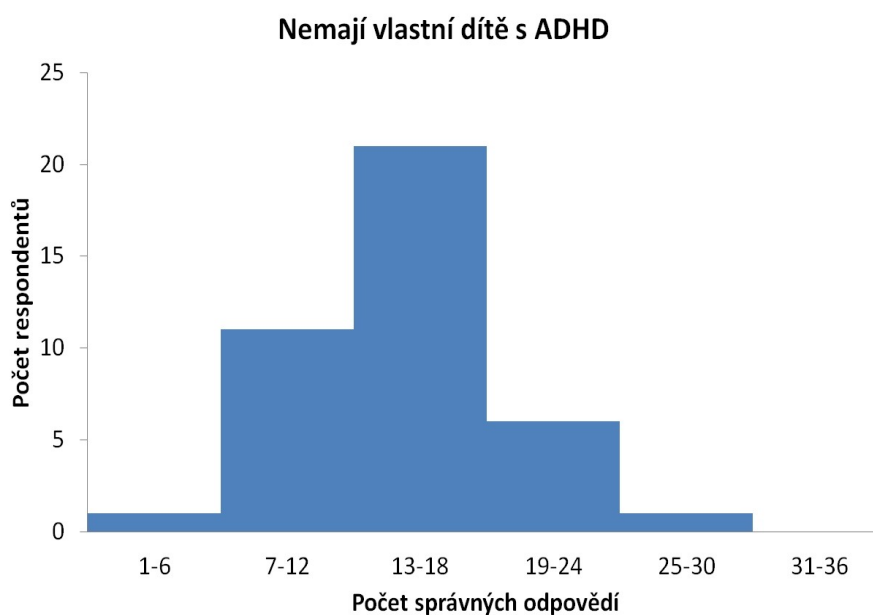
Tato skupina dotázaných dosáhla průměrného počtu 15,32 správných odpovědí.

Abychom zjistili souvislost mezi úspěšností respondentů a skutečností, že mají mezi příbuznými či přáteli někoho s diagnostikovanou ADHD, použijeme i v tomto případě metodu analýzy rozptylu. Také zde se jedná o závislost kvantitativní proměnné na kategoriální. Porovnáme rozptyl od průměru uvnitř obou skupin dotazovaných s rozptylem meziskupinovým. Výsledná statistika F má v tomto případě hodnotu 0,663. Jelikož je tato hodnota výrazně nižší než kritická hodnota F-rozdělení s 1 a 48 stupni volnosti 4,043, potvrzujeme na 5% hladině významnosti hypotézu o nezávislosti proměnných. To znamená, že **úspěšnost respondentů tohoto dotazníku nesouvisí se skutečností, že mají dotazovaní mezi přáteli či známými někoho s diagnostikovanou ADHD.**

7.3.5 Faktor: dítě s diagnostikovanou ADHD v rodině

V neposlední řadě se pokusíme zjistit souvislost mezi úspěšností respondentů a skutečností, že mají respondenti vlastní dítě s ADHD. Na základě zkušeností usuzujeme na to, že informovanost respondentů o ADHD a tedy i úspěšnost jejich odpovědí souvisela se skutečností, že mají vlastní dítě s diagnostikovanou ADHD. Zda usuzujeme správně, ověříme v této kapitole. Z 50 respondentů mělo dítě s diagnostikovanou ADHD 10 dotázaných.

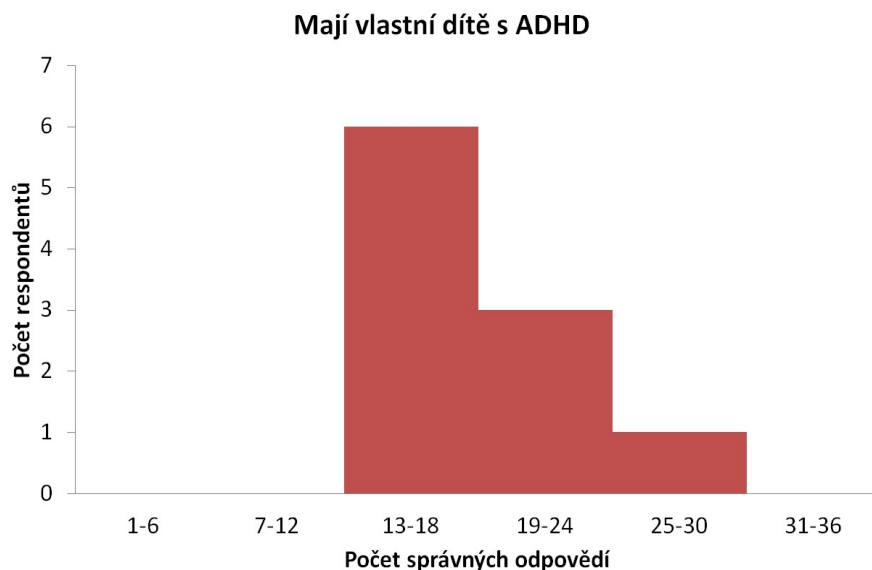
Graf 21 nám zobrazuje, jaké bylo rozdělení správných odpovědí u skupiny respondentů, kteří nemají vlastní dítě s diagnostikovanou ADHD.



Graf 21: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří nemají vlastní dítě s diagnostikovanou ADHD

Nejvíce respondentů (21, tj. 53 %) se pohybovalo v intervalu 13–18 správných odpovědí na respondentu. Počtu správných odpovědí v intervalu 7–12 dosáhlo 11 respondentů (tj. 28 %). U této skupiny je také velký rozptyl počtu správných odpovědí a to od 1 do 30. Průměrný počet správných odpovědí na respondentu byl 14,95, což je méně než je celkový průměrný počet správných odpovědí na respondentu.

Jaké bylo rozdělení četností správných odpovědí u dotázaných s vlastním dítětem s diagnostikovanou ADHD nám zobrazuje Graf 22.



Graf 22: Histogram počtu správných odpovědí u respondentů, kteří mají vlastní dítě s diagnostikovanou ADHD

Z histogramu výše lze vyčíst výrazně vyšší úspěšnost dotázaných s vlastním dítětem s diagnostikovanou ADHD než respondentů, kteří nemají vlastní dítě s ADHD. Správně odpovědělo na 13–18 tvrzení 6 dotázaných (tj. 60 %). Na 19–24 tvrzení odpověděli správně 3 respondenti (tj. 30 %). Žádný z respondentů neopověděl správně na méně než 13 tvrzení a na více jak 30 tvrzení.

Při zkoumání souvislosti mezi počtem správných odpovědí na skutečnosti, má-li dotazovaný vlastní dítě s diagnostikovanou ADHD, použijeme metodu analýzy rozptylu. Porovnáme rozptyl od průměru uvnitř skupiny dotazovaných s dítětem s diagnostikovanou ADHD a uvnitř skupiny dotazovaných bez dítěte s diagnostikovanou ADHD s rozptylem meziskupinovým. Výsledná statistika F má v tomto případě hodnoty 6,212. Jelikož je tato hodnota vyšší než kritická hodnota F-rozdělení s 1 a 48 stupni volnosti 4,043, zamítáme na 5% hladině významnosti hypotézu o nezávislosti proměnných. Můžeme tedy konstatovat, **že úspěšnost respondentů tohoto dotazníku souvisí se skutečností, že mají dotazované dítě s diagnostikovanou ADHD.**

8 Shrnutí výsledků praktické části

V rámci prováděného výzkumu byly položeny dvě výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Je objektivní informovanost rodičů dětí předškolního věku o ADHD dostatečná?

Výzkumná otázka č. 2: Existují faktory, které ovlivňují informovanost rodičů dětí předškolního věku o ADHD?

Shrneme-li výsledky praktické části této bakalářské práce dojdeme k následujícím výsledkům a závěrům:

Celkem 50 respondentů odpovídalo na 36 otázek, resp. posuzovalo správnost 36 tvrzení obsažených v dotazníku. Průměrně odpověděli respondenti správně na 15,76 tvrzení, čili na méně než polovinu. Úspěšnost tazatelů, která byla měřena relativní četností správných odpovědí, tj. podílem průměrného počtu správných odpovědí ku celkovému počtu tvrzení vyjádřeného v %, byla v tomto případě pouze 44 %. Pokud budeme za dostatečnou považovat úspěšnost alespoň 50 %, můžeme říci, že celková informovanost rodičů dětí předškolního věku, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu, je podprůměrná a nepovažujeme ji tudíž za dostatečnou. I samotní oslovení rodiče považovali převážně svoji informovanost o ADHD za nedostatečnou a to 64 % dotázaných.

Tvrzení obsažená v dotazníku lze rozdělit do tří kategorií podle jejich zaměření. První kategorií jsou tvrzení zaměřená na **příznaky a diagnózu ADHD**. Úspěšnost, které v této kategorii respondenti dosáhli, byla o 15 % bodů vyšší než celková úspěšnost, tj. 59 %. Informovanost rodičů dětí předškolního věku, oslovených v rámci našeho výzkumu, byla v této kategorii tvrzení lehce nadprůměrná a můžeme ji považovat za dostačující (pokud za dostatečnou informovanost budeme opět považovat alespoň 50 % úspěšnost respondentů).

Podíváme-li se na druhou kategorii tvrzení, která byla zaměřena na **léčbu ADHD**, v tomto případě se respondentům podařilo odpovědět průměrně správně pouze na 34 % tvrzení. V této oblasti respondenti nedosáhli ani 50 % úspěšnosti a za stejných hodnotících kritérií (alespoň 50 % úspěšnost) ji označíme za nedostačující. To, že rodiče dosáhli v oblasti otázek týkajících se léčby ADHD poměrně nízké úspěšnosti (34 %), lze

vysvětlit tím, že většina rodičů se touto problematikou začne zabývat až v případě, kdy mají vlastní dítě s diagnostikovanou ADHD. Přičemž 80 % rodičů, kteří se zúčastnili výzkumu, vlastní dítě s ADHD nemělo.

V třetí kategorii tvrzení, která byla zaměřená na problematiku související s ADHD jako jsou **informace o povaze, příčinách a prognózách ADHD**, dosáhli respondenti úspěšnosti 43 %. Ani v této oblasti nedosáhli dotazovaní rodiče alespoň 50 % úspěšnosti a jejich informovanost týkající se povahy, příčin a prognóz ADHD nepovažujeme za dostatečnou.

Porovnáme-li výsledky našeho výzkumu s výzkumem, který provedli Sciutto, Terjesen a Bender Frank (2000), kdy měřili znalosti učitelů o ADHD za pomoci škály KADDS, zjistíme, že došli k podobnými závěrům. V jejich i v našem výzkumu dosáhli respondenti výrazně vyššího skóre v části dotazníku zaměřené na příznaky a diagnózu ADHD než v druhých dvou kategoriích.

Ke zlepšení informovanosti rodičů dětí předškolního věku bych navrhla pořádat pro rodiče semináře o ADHD. Ty by mohli vést pracovníci pedagogicko-psychologických poraden a bylo by ideální, kdyby je pro rodiče nabízeli přímo mateřské školy. I sami rodiče uváděli v dotazníku, že by uvítali kurzy či semináře o této problematice. Takto se vyjádřilo 52 % dotázaných.

V rámci námi provedeného výzkumu jsme se v této bakalářské práci pokusili zjistit, zda některé faktory ovlivnily informovanost rodičů dětí předškolního věku, kteří se zúčastnili výzkumu.

Zjišťována byla souvislost mezi úspěšností respondentů a nejvyšším dosaženým vzděláním, pedagogickým vzděláním, počtem dětí s ADHD, se kterými se respondenti setkali, skutečností, že má respondent mezi příbuznými či známými někoho s diagnostikovanou ADHD a skutečností, že má respondent vlastní dítě s diagnostikovanou ADHD.

V rámci našeho výzkumu za použití metod na měření závislosti proměnných regresní analýzy a analýzy rozptylu bylo zjištěno následující:

- úspěšnost rodičů, kteří se zúčastnili výzkumu, nesouvisela s nejvyšším dosaženým vzděláním, resp. délkou studia v letech;

- byla prokázána souvislost mezi úspěšností rodičů, kteří se zúčastnili výzkumu, a pedagogickým vzděláním;
- byla prokázána souvislost mezi úspěšností respondentů a počtem dětí s ADHD, se kterými se respondenti setkali;
- úspěšnost rodičů oslovených v tomto výzkumu nesouvisela se skutečností, že má respondent mezi příbuznými či známými někoho s ADHD;
- byla prokázána souvislost mezi úspěšností rodičů dětí předškolního věku, kteří byli osloveni v rámci výzkumu, a skutečností, že má respondent vlastní dítě s diagnostikovanou ADHD.

V rámci našeho výzkumu lze konstatovat, že oslovení rodiče, kteří měli vlastní dítě s ADHD a nebo měli zkušenost s více dětmi s ADHD, dosáhli mnohem lepších výsledků než ti, kteří tuto zkušenost neměli. Tento fakt je uváděn i v odborné literatuře (Sciutto, Terjesen, Bender Frank 2000). Že zkušenost oslovených rodičů s někým, kdo má ADHD, pozitivně souvisí se znalostmi o této poruše se u našeho výzkumu nepotvrdilo pouze u zkoumání souvislosti mezi úspěšností respondentů a skutečností, zda má respondent někoho s ADHD mezi známými či příbuznými.

Výsledky našeho výzkumu odráží i zkušenosti z praxe, že lidé, kteří mají pedagogické vzdělání se v rámci svého studia seznámili s charakteristikou poruchy ADHD a mají o ní tudíž lepší znalosti než lidé bez pedagogického vzdělání.

To, jaké měl respondent nejvyšší dosažené vzdělání, v našem výzkumu nesouviselo s úspěšností dotázaných. Mohli bychom se domnívat, že vysokoškolsky vzdělaní respondenti budou mít lepší znalosti o ADHD, ale není tomu tak. Tito respondenti vykazovali značně nevyrovnané výsledky. Byli mezi nimi rodiče s 30 správnými odpověďmi, ale i rodiče s pouze 1–6 či 7–12 správnými odpověďmi. To potvrzuje, že informovanost respondentů souvisela převážně s jejich zkušenostmi s dětmi s ADHD nikoliv s jejich vzděláním (kromě pedagogického).

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo charakterizovat problematiku ADHD a zjistit, jaká je informovanost rodičů dětí předškolního věku o ADHD.

Problematikou ADHD se zabývá teoretická část práce. Ta je nejprve zaměřena na základní charakteristiku ADHD, na základní projevy poruchy, tak i na poruchy přidružené a související s ADHD. Pozornost je rovněž věnována vývojové variabilitě poruchy a příčinám vzniku poruchy a diagnostice.

Dále je v teoretické části uvedena charakteristika dítěte předškolního věku. Zaměřuje se především na vývoj dítěte předškolního věku v jednotlivých oblastech jako jsou poznávací procesy, rozumové schopnosti, verbální schopnosti, socializace, emoce, svědomí, kresba, hra, paměť. Je popsán význam pohádky v životě a vývoji dítěte předškolního věku a také vztahy s rodiči a se sourozenci.

Závěr teoretické části je věnován problematice rodiny s dítětem s ADHD – zásady výchovného vedení dítěte s ADHD, výchovné postupy k ovlivnění jednotlivých poruch souvisejících s ADHD, zásady komunikace s dítětem s ADHD. Je uvedena i problematika farmakoterapie u dětí s ADHD a možnosti kognitivně-behaviorální terapie.

Praktická část bakalářské práce je věnována informovanosti rodičů dětí předškolního věku o ADHD. Byl proveden výzkum, při kterém byla použita metoda dotazníkového šetření. Osloveno bylo 50 rodičů dětí předškolního věku a byla zkoumána jejich informovanost o ADHD.

Na základě výsledků výzkumu jsme došli k závěru, že informovanost rodičů dětí předškolního věku, kteří se tohoto výzkumu zúčastnili, je nedostatečná. Lepších výsledků dosáhli rodiče pouze v oblasti příznaků a diagnózy ADHD. Dále se podařilo zjistit, zda informovanost oslovených rodičů souvisela s některým z objektivních faktorů jako nejvyšší dosažené vzdělání, pedagogické vzdělání, vlastní dítě s ADHD, apod.

Vytyčený cíl bakalářské práce byl splněn.

Pro moji praxi učitelky v mateřské škole, kde máme integrované žáky s diagnostikovanou ADHD a kde téměř denně komunikujeme s rodiči dětí, měli

informace získané v průběhu zpracovávání teoretické části bakalářské práce a v rámci výzkumu velký přínos. Rozšířila jsem si hlavně poznatky o projevech ADHD a projevech souvisejících s touto poruchou. Díky tomu lépe rozumím chování dětí s ADHD, se kterými se denně setkávám při své práci. Získané znalosti nejen o výchovném vedení dětí s ADHD a výchovných postupech vhodných k ovlivnění poruch souvisejících s ADHD mohou být použity v praxi jak při práci s nimi, tak i při komunikaci s rodiči v rámci sjednocení výchovných přístupů k dítěti doma a v mateřské škole. Poznatky získané výzkumem využiji v praxi zejména při komunikaci s rodiči dětí.

Návrh opatření

Ke zlepšení informovanosti rodičů dětí předškolního věku navrhuji zejména pořádání seminářů o ADHD pro rodiče např. pracovníky pedagogicko-psychologických poraden. Tyto semináře by pro rodiče mohly nabízet přímo mateřské školy. Semináře by byly zaměřené jednak na základní informace o ADHD, aby rodiče lépe porozuměli příčinám chování jejich dítěte, tak na zásady výchovného vedení dítěte s ADHD a možnosti ovlivnění poruch souvisejících s ADHD – jak výchovné, tak i možnosti medikace či kognitivně-behaviorální terapie.

Na nástěnce v mateřské škole umístit pro rodiče letáky s informacemi o tom, kde mohou získat potřebné informace o ADHD, doporučení vhodné literatury o ADHD, na koho se mohou obrátit v případě výchovných problémů s dítětem s ADHD, apod.

Úzká komunikace mezi pedagogy v mateřské škole a rodiči vedoucí ke sjednocení výchovných přístupů v rodině a v mateřské škole. Bylo by vhodné, aby se rodiče a učitelé v mateřské škole vzájemně informovali o výchovných problémech doma i v mateřské škole a snažili se najít společný výchovný postup, který bude uplatňován v obou prostředích (doma i v mateřské škole).

Použité zdroje

ALLEN, K., E., LYN, R., M., 2005. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7367-055-0.

ANTAL, M., 2013. *To dítě je nepozorné – jak žít s hyperaktivním dítětem*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-2898-1.

ČERNÁ, M. a kol., 2002. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-880-8.

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P., 2009. *ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-630-4.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-2697-7.

KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.

LOUGY, R. A., ROSENTHAL, D. K., 2002. *ADHD: A Survival Guide for Parents and Teachers* [online]. USA, Duarte: Hope Press, pp. 9–31. [vid. 4. 11. 2013]. Dostupné z: <http://books.google.cz>

MATĚJČEK, Z., 1994. *Co děti nejvíc potřebují*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-006-5.

MICHALOVÁ, Z., 2011. *ADD/ADHD v kontextu poruch chování*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-733-8.

MICHALOVÁ, Z., 2012. *Předškolák s problémovým chováním – projevy, prevence, možnosti ovlivnění*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0182-3.

MUNDEN, A., ARCELUS, J., 2006. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-188-3.

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

RIEFOVÁ, S., F., 2007. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-257-7.

ŘÍČAN, P., 2006. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-124-7.

SCIUTTO, M. J., TERJESEN, M. D., BENDER FRANK, A. S. (2000a). *Teachers' Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Psychology in the Schools*, 35, 2, pp. 115-22. ISSN 517-526.

SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3592-4.

ŠPAŇHELOVÁ, I., 2010. *Dítě a rozvod rodičů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3181-0.

TAYLOR, J., F., 2012. *Jak přežít s hyperaktivitou a poruchami pozornosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0068-0.

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

VÁGNEROVÁ, M., 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Úvod do vývojové psychopatologie III*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-669-5.

VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika předškolního věku*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN: 978-80-7372-213-5.

ZELINKOVÁ, O., 2003. *Poruchy učení : dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-800-7.

Seznam příloh

Příloha A: Vzor dotazníku (viz. s. 53)

Příloha B: CD s elektronickou verzí této bakalářské práce

Příloha A: Vzor Dotazníku

Údaje o respondentovi

1. Pohlaví: žena

muž

2. Věk: _____

3. Počet let rodičovské

praxe: _____

4. Nejvyšší dosažené vzdělání, titul: _____

5. Je Vaše vzdělání pedagogického směru? a) ano b) ne

6. S kolika dětmi s ADHD/ADD jste se setkal/a?

a) 0 b) 1 c) 2–5 d) více než 5

7. Má Vaše dítě diagnostikovanou poruchu ADHD/ADD?

a) ano b) ne

8. Máte mezi příbuznými či přáteli někoho, kdo má diagnostikovanou poruchu ADHD/ADD?

a) ano b) ne

9. Vaše znalosti o ADHD/ADD považujete za:

a) dostačující b) nedostačující

10. Znalosti o ADHD/ADD jste získal/a především při:

a) studiu ve škole

b) dalším organizovaným vzděláváním

(rozšiřující, doplňkové studium, kurzy, semináře, přednášky, atd.)

c) samostudiem - knihy, časopisy, internetové zdroje

11. Uvítal/a byste další vzdělávání o ADHD/ADD?

a) ne b) ano (kurzy, semináře, přednášky, samostudium souboru připravených materiálů)

12. Uveďte město či vesnici, kde bydlíte: _____

Dotazník

Zakroužkujte u každého tvrzení jednu z možností, podle toho zda je tvrzení pravdivé či ne.

číslo	tvrzení	odpověď		
		ano	ne	nevím
1	ADHD/ADD se vyskytuje asi u 15 % dětí předškolního a školního věku.			
2	ADHD/ADD je často důsledkem nevhodného výchovného působení rodičů.			
3	Děti s ADHD/ADD se často nechají rozptylovat vnějšími podněty.			
4	Dítě s ADHD/ADD se typicky chová lépe v přítomnosti otce než v přítomnosti matky.			
5	Diagnózu ADHD/ADD je možno přidělit pouze v případě, že se symptomy poruchy projevovaly již před 7. rokem života dítěte.			
6	ADHD/ADD může být dědičná.			
7	Jedním ze symptomů ADHD/ADD je fyzická krutost k ostatním lidem.			
8	Antidepresiva jsou účinná při redukci symptomů ADHD/ADD u většiny dětí.			
9	Mají-li děti s ADHD/ADD sedět, často se vrtí a ošívají.			
10	Jako nejefektivnější se při péči o děti s ADHD/ADD jeví kombinace speciálně pedagogického přístupu učitele, poučeného přístupu rodičů a medikace dítěte.			
11	Vysoké sebehodnocení a sebeúcta jsou pro děti s ADHD/ADD typické.			
12	Je-li odborná péče o dítě s ADHD/ADD ukončena, pak se symptomy poruchy vrací pouze výjimečně.			
13	I dospělá osobě může být přidělena diagnóza ADHD/ADD.			
14	Děti s ADHD/ADD často ničí věci ostatních.			
15	Stimulancia (např. Ritalin), užívaná při léčbě ADHD/ADD, mohou mít vedlejší účinky, např. nespavost či nechutenství.			
16	Hlavní symptomy ADHD/ADD jsou porucha pozornosti a impulzivita / hyperaktivita.			
17	Symptomy deprese se u dětí s ADHD/ADD vyskytují častěji než u dětí bez ADHD/ADD.			
18	Individuální psychoterapie je u většiny dětí s ADHD/ADD dostatečnou léčbou.			
19	Většina dětí s ADHD/ADD z poruchy "vyroste" a v dospělosti jsou bez obtíží.			

20	U dětí s těžkým stupněm ADHD/ADD je vhodné zahájit léčbu nejprve medikací a až poté přistoupit ke kognitivně - behaviorální terapii.	ano	ne	nevím
21	Aby mohla být dítěti přidělena diagnóza ADHD/ADD, musí se symptomy ADHD/ADD projevovat alespoň ve dvou různých prostředích, např. doma a v mateřské škole či v základní škole.	ano	ne	nevím
22	Je-li dítě s ADHD/ADD schopno se hodinu a více soustředěně věnovat hraní počítačových her, pak je schopno se stejně dlouho soustředěně věnovat i školní práci a plnění svých úkolů.	ano	ne	nevím
23	Diety s omezením cukru a potravinových aditiv jsou při redukci symptomů ADHD/ADD účinné.	ano	ne	nevím
24	Diagnóza ADHD/ADD je důvodem k zařazení dítěte do speciální školy.	ano	ne	nevím
25	Stimulancia jsou nejvíce užívanou medikací dětí s ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
26	Děti s ADHD/ADD mají často potíže s organizací a plněním svých úkolů a povinností.	ano	ne	nevím
27	Děti s ADHD/ADD mají více problémů v nových než v běžných situacích.	ano	ne	nevím
28	Pediatr může podle určitých specifických fyzických znaků u dítěte diagnostikovat ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
29	ADHD/ADD se u dětí školního věku vyskytuje stejně často u dívek i u chlapců.	ano	ne	nevím
30	U velmi malých dětí (mladších 4 let) se chování dětí s ADHD/ADD výrazně liší od chování vrstevníků bez ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
31	Děti s ADHD/ADD se výrazněji odlišují od dětí bez poruchy ve výuce než ve volnočasových aktivitách.	ano	ne	nevím
32	Většina dětí s ADHD/ADD selhává ve školní práci.	ano	ne	nevím
33	I děti bez ADHD/ADD pocházející z nevhodného rodinného prostředí mohou vykazovat symptomy odpovídající symptomům ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
34	Kognitivně-behaviorální/psychologická intervence je u dětí s ADHD/ADD primárně zaměřena na redukci symptomů poruchy pozornosti.	ano	ne	nevím
35	Elektroterapie (např. léčba elektrickými šoky) je v těžkých případech ADHD/ADD účinná.	ano	ne	nevím
36	Péče o děti s ADHD/ADD primárně zaměřená na tresty je při redukci symptomů poruchy nejúčinnější.	ano	ne	nevím