



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



ZNALOST PORUCHY ADHD

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R012 – Speciální pedagogika předškolního věku
Autor práce: **Ivana Petržílková**
Vedoucí práce: **PhDr. Jana Kadavá**



TECHNICAL UNIVERSITY OF LIBEREC
Faculty of Science, Humanities
and Education



KNOWLEDGE OF ADHD

Bachelor thesis

Study programme: B7506 – Special Education
Study branch: 7506R012 – Special Education for Preschool Teachers
Author: **Ivana Petřílková**
Supervisor: PhDr. Jana Kadavá



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana Petržilková**
Osobní číslo: **P12000445**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika předškolního věku**
Název tématu: **Znalost poruchy ADHD**
Zadávající 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: Popsat syndrom ADHD, charakterizovat dítě s tímto syndromem a srovnat znalosti rodičů v této problematice v České republice a ve Velké Británii.

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:

DRTÍLKOVÁ, I., 2007. Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD). 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-447-8

DRTÍLKOVÁ, I., 2007. Hyperkinetická porucha: ADHD. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-419-5

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

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2009. Psychologický slovník. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1

JENNET, W., 2013. ADHD: 100 tipů pro rodiče a učitele. 1. vyd. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0158-6

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jana Kadavá

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

23. dubna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. dubna 2015



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D., Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

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:

Podpis:

Poděkování

Tímto velice děkuji své vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Kadavé za cenné rady, její trpělivost a pomoc po celou dobu vzniku práce. Poděkování patří i Tereze Dvořáčkové, která zprostředkovala vyplnění dotazníků ve Velké Británii a podílela se na správnosti překladu potřebných dokumentů do anglického jazyka a samozřejmě také všem respondentům za jejich čas a vyplnění dotazníku.

Ivana Petržílková

Název bakalářské práce: Znalost poruchy ADHD

Jméno a příjmení autora: Ivana Petržilková

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2014/2015

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Kadavá

Anotace:

Bakalářská práce se zabývala znalostmi poruchy ADHD mezi rodiči zdravých dětí. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda mají lepší znalosti o poruše ADHD rodiče v České republice či ve Velké Británii a jakým způsobem je pro jedince s poruchou ADHD přizpůsobeno školství v daných zemích. Práci tvořily dvě stěžejní části – část teoretická a empirická.

Teoretická část byla použita k vymezení základních pojmů týkajících se poruchy ADHD za pomoci zpracování odborných zdrojů. Zabývala se vysvětlením pojmu ADHD, vznikem, výskytem, projevy a diagnostikou poruchy ADHD. Další kapitoly byly věnovány zásadám zacházení s jedinci trpícími poruchou ADHD. Tedy možné terapie, výchovným zásadám a uzpůsobení výuky.

Empirická část se věnovala představení krátké kazuistiky pro lepší pochopení teoretických poznatků, na niž navázala interpretace výsledků průzkumu. Ten byl zaměřen na zjištění znalostí zdravé populace o základních principech výchovy a vzdělávání jedinců s poruchou ADHD. Zvolenou metodou průzkumu byl dotazník, který byl distribuován mezi rodiče zdravých dětí předškolního věku z České republiky a z Velké Británie. Mezi výsledky z obou zemí byla provedena komparace pro zjištění, která země si vede lépe. Pro odborné podložení správných odpovědí v dotazníku byl přidán popis školského systému České republiky a Velké Británie.

Výsledky průzkumu ukázaly, že téměř polovina dotazovaných rodičů z České republiky vůbec nezná význam zkratky ADHD. Znalost symptomatických projevů již byla na lepší úrovni, ale celkové znalosti jsou na podstatně horší úrovni než znalosti rodičů z Velké Británie. Vzdělávací systém Velké Británie nepochybně napomáhá lepším znalostem, protože jedince se speciálními vzdělávacími potřebami nevyčleňuje z běžné společnosti, vzdělání klade důraz na individualitu každého jedince, ne jen těch s postižením.

Klíčová slova: ADHD, projevy ADHD, diagnostika, výchovné zásady, výukové zásady, Česká republika, Velká Británie, vzdělávací systém

Bachelor thesis title: The knowledge of ADHD

First name and family name of the author: Ivana Petrzilkova

Academic year of submission of the thesis: 2014/2015

Thesis supervisor: PhDr. Jana Kadava

Abstract:

The bachelor thesis is focused on the knowledge of ADHD among the parents of healthy children. The goal of this bachelor thesis was to find out whether parents in the Czech Republic or in the United Kingdom have better knowledge about this disorder and in what way the local educational system adjusted for the individuals suffering from ADHD.

The theoretical part was used to define main terms connected to the ADHD by researching specialized sources. I focused on explaining the term ADHD, on the origin, occurrence, symptoms and the diagnosis of the ADHD. Next chapters were concentration on the way of handling with the individuals suffering from the ADHD. So on a possible therapy, raising up rules and adaptation of education.

The empirical part is focused on introducing a short case interpretation for a better understanding of theoretical findings, which were followed up by the interpretation of the results of my survey. The survey was focused on researching the knowledge of healthy population about the main principles of raising up and education of individuals suffering from ADHD. The chosen research method was a questionnaire, which was distributed among parents of healthy children in pre-school age in the Czech Republic and in the United Kingdom. Results from both countries were compared in order to find out which country is doing better. Characterization of Czech and English school system was added for an expert support of right answers in the questionnaire.

The survey results showed that nearly a half of all the responding parents from the Czech Republic do not know the meaning of ADHD shortcut at all. The knowledge of symptoms was better, however, the overall knowledge is substantially worse than the knowledge of parents in the United Kingdom. Educational system in the United Kingdom undoubtedly helps to better understand this problem, as it does not single out the individuals with special educational needs from the society. Education focuses on every individual person, not only on those with a handicap.

Key words: ADHD, ADHD symptoms, diagnosis, educational principles, teaching principles, Czech Republic, United Kingdom, educational system

Obsah

Úvod.....	13
TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 Vymezení pojmu ADHD.....	15
1.1 Vývoj označení.....	16
1.2 Druhy.....	17
1.2.1 ADD – porucha pozornosti bez hyperaktivity.....	17
1.2.2 ODD – opoziční chování.....	17
1.2.3 ADHD – porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou.....	17
1.2.4 Nespecifikovaný typ ADHD.....	17
2 Vznik.....	18
2.1 Neurovývojové příčiny.....	18
2.2 Biologické příčiny.....	19
2.3 Psychologické příčiny.....	19
2.4 Konzumace přídatných látek.....	19
3 Výskyt.....	20
4 Projevy.....	22
4.1 Problémy v komunikaci.....	22
4.2 Porucha pozornosti.....	22
4.2.1 Přecitlivělost na podněty.....	23
4.3 Hyperaktivita.....	23
4.4 Impulzivita.....	24
4.5 Porucha vnímání.....	24
5 Diagnostika.....	26
6 Terapie.....	29
6.1 Medikace.....	29
6.2 Relaxační techniky.....	30
7 Výchovné zásady.....	32
7.1 Klidné rodinné prostředí.....	32
7.2 Pozitivní přístup.....	32
7.3 Pravidelný režim.....	32
7.4 Zpětná vazba.....	33
7.5 Motivace.....	33

8 Režim výuky.....	34
8.1 Studijní prostředí.....	34
8.2 Průběh výuky.....	35
8.3 Testování a hodnocení.....	35
8.4 Osobní asistent.....	36
9 Školní zařazení.....	37
EMPIRICKÁ ČÁST.....	38
10 Kazuistika.....	38
11 Cíl výzkumu.....	39
12 Formulované hypotézy.....	40
13 Použité metody.....	40
14 Popis výzkumného vzorku.....	41
15 Interpretace dat.....	41
16 Školní vzdělávací systém.....	55
16.1 Vzdělávací systém České republiky.....	55
16.2 Vzdělávací systém Velké Británie.....	57
17 Vyhodnocení hypotéz.....	60
Závěr.....	62
Navrhovaná opatření.....	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
Seznam příloh.....	66

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů.....	41
Graf 2: Věk respondentů.....	42
Graf 3: Vzdělání respondentů.....	43
Graf 4: Počet dětí respondentů.....	44
Graf 5: Znalost respondentů zkratky ADHD/ADD.....	44
Graf 6: Znalost respondentů termínu hyperaktivita.....	45
Graf 7: Výskyt jedinců s ADHD v okolí respondentů.....	46
Graf 8: Nejvhodnější období pro diagnostiku ADHD.....	47
Graf 9: Narušení inteligence jedinců s ADHD.....	48
Graf 10: Možnost vzdělávání jedinců s ADHD v běžných školských zařízeních.....	48
Graf 11: Dědičnost ADHD.....	49
Graf 12: Celoživotnost ADHD.....	50
Graf 13: Vliv výchovy na vznik ADHD.....	51
Graf 14: Nutnost individuálního vzdělávacího plánu při vzdělávání.....	51
Graf 15: Odborník diagnostikující ADHD.....	52
Graf 16: Vliv ADHD na výši dosaženého vzdělání.....	53
Graf 17: Náročnost výchovy jedinců s ADHD.....	54

Úvod

Tématem předložené bakalářské práce je znalost poruchy ADHD. Téma bylo zvoleno s ohledem na fakt, že ADHD je stále častěji diagnostikovaná porucha, ale přetrvávají minimální znalosti. V České republice nemá laická veřejnost často ani ponětí, co tento název znamená a jaké symptomy jsou pro poruchu charakteristické.

Cílem předložené bakalářské práce je charakterizovat poruchu ADHD, předložit základní zásady zacházení s jedinci trpícími poruchou ADHD, srovnat přístupy českého a anglického školského systému se zaměřením na žáky s poruchou, předložit znalosti rodičů zdravých dětí z České republiky a Velké Británie o této poruše a jejich znalosti vzájemně porovnat.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části bakalářské práce se autorka zabývá předložením základních informací o ADHD podložených odbornou literaturou. Teoretická část je rozdělena na kapitoly, pomocí nichž autorka nejdříve vysvětluje historický vývoj označování a diagnostikování poruchy, přechází k základnímu rozdělení poruchy ADHD a pokračuje charakteristikou výskytu, vzniku, projevy a diagnostikou poruchy ADHD. Následující kapitoly jsou zaměřeny na základní principy pro správnou výchovu a vzdělávání jedinců s poruchou.

Na teoretickou část navazuje část empirická, která slouží k představení stručné kazuistiky dětí s ADHD pro upřesnění teoretických poznatků o projevech jedinců s ADHD. Ta plynuje přechází do pedagogického průzkumu. Průzkum je založený na užití metody dotazování a techniky dotazníku. Předmětem bádání jsou znalosti laické veřejnosti, přesněji rodičů zdravých dětí předškolního věku, z České republiky a Velké Británie o základní terminologii poruchy ADHD. Pro odborné podložení správných výsledků v dotazníku byla přidána kapitola stručně popisující školský systém České republiky a Velké Británie.

Bakalářská práce vychází z předpokladu, že znalosti laické veřejnosti nejsou dostatečné a je nutné pracovat na jejich rozšiřování. Předpokladem práce je také to, že ve Velké Británii jsou znalosti na lepší úrovni než v České republice a jejich systém vzdělávání je lépe připraven na práci s jedinci trpícími touto poruchou.

Práce je určena nejen pro veřejnost, která se pomocí níž může seznámit se základními informacemi o poruše ADHD a najít v ní základní rady, jak s těmito jedinci pracovat, ale i pro pedagogy pracující v běžném školství, kteří se dostanou do kontaktu se žákem trpícím ADHD a potřebují si rozšířit své znalosti, případně pochopit, jak na jedince bude pohlížet zdravé okolí a tím si připravit strategii pro práci i s nimi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmu ADHD

Toto označení je zkratka z anglického názvu Attention Deficit Hyperactivity Disorder, který byl poprvé použit v USA. V překladu se tedy jedná o poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou a impulzivitou.

ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů (Zelinková 2009, s. 196).

Jedná se o neurovývojovou poruchu, která má hlavní dopad na socializaci jedince. Komplikace pak má ve škole, v osobním i profesním životě. Často se u ADHD setkáme i se sekundárními projevy, mezi které patří specifické poruchy učení, neurotické projevy, poruchy chování, úzkostné poruchy, deprese či pervazivní vývojové poruchy. U dospělých jsou to nejčastěji poruchy nálad a úzkosti, bipolární poruchy a tiky. Tito jedinci mají však většinou průměrnou až nadprůměrnou inteligenci (Šlapal 2007, s. 31, 32).

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, tedy porucha pozornosti s hyperaktivitou) je vrozený neurovývojový syndrom daný narušeným fungováním v těch oblastech mozku, které souvisejí s plánováním, předvídaním, zaměřením a udržením pozornosti a sebeovládáním. Věkem dochází často ke zmírnění viditelných příznaků hyperaktivity, většinou ale přetrvávají potíže plynoucí z nepozornosti, impulzivního chování a pokračuje pocit vnitřního neklidu. Často přetrvává emoční labilita, malá frustrační tolerance, a relativně často také zkratkovité jednání (Čermáková, Papežová, Uhlíková 2013, s. 5).

ADD je stejná porucha v případě poruchy pozornosti, nevyskytuje se u ní však hyperaktivita. Typické je působení jedince zasněným dojmem (Čermáková, Papežová, Uhlíková 2013, s. 5).

Barkley předkládá definici ADHD, jež je psychologická a vychází z americké behavioristické tradice. *Dle této definice je ADHD, volně řečeno, termín pro specifickou vývojovou poruchu jak u dětí, tak dospělých, zahrnující nedostatky v oblasti behaviorální inhibice, v oblasti udržení pozornosti zahrnuje dále rezistenci vůči vyrušení a řízení úrovně aktivity vzhledem k probíhající situaci (Michalová 2007, s. 29).*

1.1 Vývoj označení

První poznatky o hyperaktivních dětech se začaly objevovat již kolem roku 1830. V české odborné literatuře se s dětmi s mozkovými dysfunkcemi setkáváme ale až díky publikaci *Dítě neposeda*, kterou vydal profesor Heveroch roku 1905. K pojmenování poruchy došlo v roce 1930, kdy vznikl termín minimální mozková dysfunkce (MBD). U nás podle tohoto termínu vzniklo označení malá mozková dysfunkce (MMD). Od padesátých let dvacátého století byl používán termín lehká dětská encefalopatie (LDE), název vyplývá z klinického obrazu poruchy (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 9). Český psychiatr O. Kučera se zabýval etiologií, diagnostikou a psychopatologií této poruchy a pomocí předchozích světových poznatků stanovil tento název. Jeho hlavní podstatou je neurologický nález u dítěte trpícího danou poruchou. Encefalopatie jsou tedy vysvětlovány jako drobné difuzní poruchy mozkové tkáně trvalého rázu, které vznikly prenatalně, perinatálně nebo postnatálně v dětství. Psychologický a sociální nález je pouze doplňující. Jako lehké jsou nazývány z toho důvodu, že při nich nedochází k narušení motoriky ani rozumových schopností.

V šedesátých letech se začalo používat označení lehká mozková dysfunkce (LMD). K potřebě přejmenování vedla různorodost informací, poznatků a také náhledů na poruchu. Tento název konečně vedl ke sjednocení informací a zároveň i k zavedení jednotné terminologie. Došlo k tomu díky mezinárodní oxfordské konferenci, kde bylo prokázáno faktické strukturální poškození mozku, tedy přímé poškození mozkové tkáně. Byl také zaveden psychologický přístup při diagnostikování, kdy k poznávání poruchy dochází na úrovni jednotlivých duševních funkcí a jejich poruch. K nám tento název pronikl v druhé polovině devadesátých let dvacátého století a v praxi bývá občas pro upřesnění nové terminologie používán dodnes (Michalová 2007, s. 33–35).

Americká psychiatrická společnost v manuálu DSM III – Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch z roku 1980 navrhuje zavedení termínu ADD Attention Deficit Disorder. Název se ujímá až od roku 1987, kdy se k němu přidává ještě hyperactivity a mění se tedy na ADHD. Současné označení hyperaktivních dětí vychází z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, ICD-10), Světové zdravotnické organizace a z pojetí Americké psychiatrické asociace (podle DSM-IV). Označení ADHD/ADD, na rozdíl od předchozích, vychází ze symptomatologického hlediska. Předchozí pojmenování vycházely z etiologického hlediska, kde se zdůrazňovalo drobné mozkové poškození, což se

ukázalo jako nepřesné. Barkley ještě roku 1990 rozlišil tři kategorie ADHD podle míry hyperaktivity, ADD+H, ADD-H a ADHD s přítomností agresivity nebo bez agresivity a ODD opoziční chování (Michalová 2007, s. 28).

1.2 Druhy

1.2.1 ADD – porucha pozornosti bez hyperaktivity

Je typická pro děti, které mají problém udržet pozornost a řešit percepčně-motorické úkoly, ale jejich úroveň aktivizace je normální, neobjevuje se u nich impulzivita, ani hyperaktivita. Ve školním prostředí se porucha projevuje tzv. denním sněním, pomalostí při provádění kognitivních operací, problémy při navazování sociálních kontaktů a často i úzkostnými rysy. Mají problém zaměřit svou pozornost na tu správnou činnost. Děti s tímto typem poruchy je oproti ADHD velmi málo (Zelinková 2009, s. 197).

1.2.2 ODD – opoziční chování

Pro děti s tímto druhem poruchy je charakteristická extrémní fyzická agresivita, nadměrná nesnášenlivost, hádavost, oslabená sebekontrola, odmítání plnění úkolů a ztráta přizpůsobivosti. Vykonávají takové činnosti, aby zlomyslně obtěžovaly okolí. Často jsou mstivé a v případě konfliktu vždy vidí problém v protivníkovi. U nás se doposud tento termín nepoužívá, i když mezi jedinci trpícími ADHD je až 60 % případů s ODD (Zelinková 2009, s. 198).

1.2.3 ADHD – porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou

Dále ji můžeme dělit na ADHD bez agresivity a ADHD s agresivitou. Častými projevy těchto jedinců je antisociální chování, které je spojeno s jejich vyrůstáním v dysfunkční rodině či v rodině, kde se vyskytují psychopatologické projevy. Také jsou pro ně typické zhoršené studijní výsledky, agresivita, odmítání autorit, neschopnost navazování kontaktů a nedodržování obecně uznávaných pravidel. U ADHD s agresivitou je navíc typická nesnášenlivost, hádavost, nedostatek sebeovládání či antisociální chování. Tito jedinci většinou bývají stimulováni medikamenty (Zelinková 2009, s. 197).

1.2.4 Nespecifikovaný typ ADHD

Typické jsou příznaky ADHD, ale chybí kritéria pro výše uvedené typy (Zelinková 2009, s. 195).

2 Vznik

Porucha ADHD se řadí mezi neurovývojové poruchy, vzniká tedy většinou drobným poškozením centrální nervové soustavy, nejde však o žádnou vážnou neurologickou poruchu. Postižení centrální nervové soustavy může vzniknout v době prenatalní, perinatální či časně postnatální z různých důvodů (Lehká mozková dysfunkce 2014). V tomto období je centrální nervová soustava velmi zranitelná a to zejména u chlapců. Vyloučit nemůžeme ani biologické příčiny, kdy až v polovině případů dojde k dědičnému přenosu poruchy, ale ke vzniku také může dojít užíváním toxických látek v době těhotenství. Diskutovaným tématem je vznik poruchy z příčin psychologických, u naprosto zdravého jedince není možné, aby psychické napětí, stres či špatná výchova vedly až ke vzniku poruchy (Šlapal 2007, s. 33).

2.1 Neurovývojové příčiny

Jedná se o komplexní označení onemocnění, která vznikají z kombinace genetických faktorů a rizik prenatalních, perinatálních i časně postnatálních. Příčiny vzniku jsou značně různorodé. Za nejčastější je považována kombinace nedostatečného zásobení mozku kyslíkem, nebo krví, či krvácení, dále vrozené anomálie mozku, hydrocefalus, tedy rozšíření komorového systému mozku, či mechanické zhmoždění mozku.

Mezi prenatalní příčiny, nebo-li příčiny v průběhu gravidity patří nitroděložní infekce, nutriční faktory, exotoxické vlivy, preeklampsie či eklampsie, špatný psychický stav matky a nedonošenost či zřídka přenošenost.

Jako perinatální příčiny, vzniklé během porodu, označujeme buď abnormální porody, nebo novorozenecké asfyxie, tedy dušení. Za abnormální porod je považován porod dnem pánevním, klešťový, císařským řezem, protahovaný či překotný porod. Novorozenecká asfyxie je stav sníženého sycení krve kyslíkem vzniklé nedostatečným nebo opožděným dýcháním po porodu, které může vzniknout z centrální příčiny, tedy poruchou mozkové regulace, nebo z příčin periferních, což jsou aspirace, anémie a kardiopulmonální nedostatečnost. Výjimečně může dojít k poškození i účinkem medikace podané při porodu.

Časně postnatální příčiny jsou ty, které vzniknou během prvního roku života dítěte, tedy do ukončení vývoje tzv. hematoencefalické bariéry. Do té doby je mozek chráněn podstatně méně a neodolává tak infekcím, úrazům hlavy ani působení abnormálních metabolitů. Jakékoliv mechanické poškození, porucha cévní, porucha metabolismu či virové onemocnění mohou vývoj jedince poškodit (Šlapal 2007, s. 29, 30).

2.2 Biologické příčiny

Pravděpodobnost, že se porucha přenese z rodičů na potomka je zhruba 50 %. Předpokládá se, že jsou zděděny změny ve struktuře fungování mozku. Souvislost určitých oblastí mozku s danými obtížemi je prokázána horšími výkony v neuropsychologických testech. U dětí s ADHD je tedy prokazatelné organické poškození mozku a opožděné zrání centrální nervové soustavy. Dochází k poškození jader mezimozku a mozkového kmene.

Na vzniku se také podílí toxiny z vnějšího prostředí, prokázanými jsou aditiva obsažená v potravinách a nikotin. *Asi 22 % matek dětí s ADHD uvádí, že kouřilo v době těhotenství v průměru jednu krabičku cigaret, zatímco u dětí bez ADHD to bylo pouze 8 % matek (Zelinková 2009, s. 196).* Později byla provedena i studie na zvířatech, která prokázala, že přítomnost nikotinu uvolňuje v mozku dopamin a způsobuje hyperaktivitu (Zelinková 2009, s. 196).

2.3 Psychologické příčiny

V tomto případě se předpokládá, že se jedná o spojení dispozice k hyperaktivnímu chování a způsobem výchovy. Pokud má dítě s předpoklady k nadměrné pohyblivosti, aktivitě a náladovosti rodiče, kteří ho stresují svým netrpělivým a nedůtklivým chováním, narušuje to dítěti schopnost osvojovat si správné vzory chování.

Dítě nesplňuje požadavky rodičů, proto je od nich často káráno. To pokračuje i ve školním prostředí, kde není schopno plnit požadavky školy a obvykle porušuje i školní řád. To přispívá k negativním projevům dítěte, jeho agresivnímu chování a nežádoucím projevům. Nejsou však příčinou vzniku obtíží (Zelinková 2009, s. 196).

2.4 Konzumace přídavných látek

V dnešní době se stále více objevuje teorie, že ADHD může být způsobeno nadměrnou konzumací cukru a přídavných látek, mezi které se řadí zejména brilantní barviva, například tartrazin E102 a chinolinová žluč E104. Dnes jsou již výrobci povinni udávat obsah těchto látek ve výrobku s upozorněním, že mohou nepříznivě ovlivňovat činnost a pozornost dětí (Hédlová 2014).

3 Výskyt

Co se týče výskytu u procenta dětí, ale hlavně přetrvávání poruchy ADHD v průběhu celého života se autoři jednotlivých publikací velmi liší. Autorka zde uvede alespoň pár příkladů.

Výskyt dětí trpících ADHD se v populaci odhaduje na 5–10 %, z toho většina jsou chlapci. Poměr mezi chlapci a dívkami je 10–2,5 : 1. Přibližně u poloviny jedinců však tato porucha spontánně ustoupí kolem 12. roku věku, u zbylé poloviny pak přetrvává do dospělosti a poměr pohlaví se vyrovnává. K ústupu během vývoje může dojít díky tomu, že jak jedinec dospívá, jeho centrální nervová soustava se vyvíjí a některé projevy chování dítěte se zmírňují, nebo dokonce úplně vymizí (Šlapal 2007, s. 31).

Jednoznačné určení vzniku v ontologickém vývoji není prokázané, ale znaky charakteristické pro ADHD můžeme v některých případech pozorovat již u dětí od útlého věku. Ty ale mohou postupným vývojem opět vymizet. Úplné vymizení je však prokázané jen u 20–35 % jedinců, u ostatních přetrvávají po celý život. V dospělosti jsou ale většinou méně závažné a způsobují drobnější problémy v zaměstnání, díky kterým u některých jedinců dochází k častějším změnám zaměstnání a nižší socioekonomické úrovni. Duver in Du Paul uvádí přetrvávání do dospělosti až v 30–50 % případů (Zelinková 2009, s. 197). Americké studie však odhadují přetrvání do dospělosti až u 70 % případů (Michalová 2007, s. 32).

Podle publikace od Goetze a Uhlíkové (2009) se ADHD vyskytuje u 3–7 % dětí školního věku. Chlapci bývají postiženi třikrát častěji než dívky, ovšem podle novějších studií se dívky v nepozornosti začínají chlapcům vyrovnávat. V České republice je tedy až 20 000 dětí trpících ADHD. Projevy jsou léčitelné, musí se ale dítě dostat včas do rukou odborníků a rodiče mu musí věnovat patřičnou péči (Goetz, aj. 2009, s. 41).

Podle DSM–IV je ve Spojených státech pouze 3–5 % jedinců s poruchou ADHD. Ostatní statistiky však mluví o jiných, podstatně vyšších číslech. Jedinců navíc stále přibývá, což je důsledek převážně rostoucích nároků na výkony školních dětí, chaotičtějšího způsobu života, ale i podrobnější diagnostiky. Ve Spojených státech amerických je tedy předpokládaný počet jedinců trpících ADHD mezi 10 a 20 %, v České republice má tuto diagnózu zhruba 15 % dětí (Michalová 2007, s. 51).

Zajímavé však je, že ve Francii je méně jak 0,5 % dětí s touto diagnózou. Vysvětlení spočívá v tom, že ve Francii je na ADHD jiný pohled než v zemích ostatních. *Francouzští psychiatři vidí ADHD jako medicínskou poruchu, za níž stojí psychosociální a situační příčiny. Namísto léčby problémů s pozorností a chováním drogami francouzští doktoři raději hledají základní problémy, kterými děti trpí – a to nikoliv v mozku dítěte, ale v sociálním kontextu. Potom raději volí psychoterapii nebo rodinné poradenství, které zasahuje tuto původní příčinu tkvějící v sociálním kontextu* (Wedge 2014, s. 12).

Jedná se tedy o diametrálně odlišný přístup ze strany odborníků, kteří neužívají ani stejný systém klasifikace emočních problémů. Francouzská federace psychiatrie vyvinula alternativní klasifikační systém CFTMEA – Classification Française des Troubles Mentaux de L'Enfant et de L'Adolescent. Jeho cílem je identifikovat a léčit základní psychosociální příčiny dětských potíží namísto používání medikace, která symptomy zamaskuje.

Zároveň má Francie užší definici ADHD a příčiny projevů ADHD vidí i v požívání potravin obsahujících umělá barviva, konzervanty a alergenů. Toto nízké číslo diagnostikovaných by se navíc neobešlo ani bez striktní výchovy, francouzští rodiče svým dětem dávají od narození hranice a strukturu. Disciplína pro ně má velký význam (Wedge 2014, s. 12).

4 Projevy

První projevy poruchy ADHD můžeme obvykle pozorovat již od kojeneckého věku, kdy je dítě neklidnější než ostatní, objevují se u něj poruchy spánku a bývá často plačtivé, i když zdánlivě nemá příčinu (Bumbálková 2014).

V batolecím věku si můžeme všimnout abnormální pohyblivosti dítěte, ta je ale už v tomto věku neohrabaná a neobratná. Veškeré pohyby a aktivity konají bez zábran, proto u nich velmi často dochází k úrazům. Je obvyklé, že dojde k přeskočení, nebo úplnému vynechání určitého pohybového vývojového stádia, nejčastěji se jedná o lezení. Už v tomto období je dítě nápadněji nesoustředěné při hře, než jeho vrstevníci a dochází k prvním afektivním výbuchům a agresivním projevům (Bumbálková 2014).

Další charakteristické projevy se přidávají po nástupu do zařízení předškolního vzdělávání, kde se jedinec setkává s novým kolektivem (Šlapal 2007, s.32). Mezi základní příznaky ADHD řadíme poruchu pozornosti, impulzivitu a hyperaktivitu. Ty buď izolovaně, nebo souhrnně předurčují jedince k dalším obtížím, často mnohem závažnějším než původní příznaky. Tito jedinci jsou celkově neschopni dodržovat pravidla chování, udržet pozornost a provádět jakékoliv úkony po delší dobu. Jejich pracovní výkony tak nejsou přiměřené věku (Zelinková 2009, s. 196, 197).

4.1 *Problémy v komunikaci*

Jedinec má problém i se základním vyjádřením vlastních postojů, s kolektivem vrstevníků si proto často nerozumí, ostatní ho nepřijímají mezi sebe. Následky to má i ve školní úspěšnosti, takový jedinec se jeví mnohem méně inteligentní než je pouze z důvodu neschopnosti vyjádřit se, ale i udržet pozornost a být tak schopný reagovat na dané úkoly. Neschopnost vyjádřit se vede samotného jedince k projevům afektivity a emotivity, vzniklé zátěži na jedince, ale také jeho nepochopením a straněním ostatním vrstevníkům (Šlapal 2007, s. 32).

4.2 *Porucha pozornosti*

Často je pozornost rozptýlena a dítě není schopno ji zaměřit pouze na konkrétní činnost, které se má věnovat. To je patrné hlavně při vzdělávání, kdy je dítě neschopno soustředit se na daný úkol potřebnou dobu. Vzhledem k neschopnosti soustředit se, ale také správně vnímat čas, dochází k přerušování práce, chybování z nepozornosti či odmítání určité činnosti. Poru-

cha pozornosti se však projevuje i ve hře, kdy činnosti velmi často mění, sám si není schopný vybrat aktivitu, která by ho bavila déle jak pár minut. Navíc se jeho centrální nervová soustava unaví daleko rychleji, proto je pozornost udržitelná velmi krátce (Šlapal 2007, s. 32).

4.2.1 Přecitlivělost na podněty

Souvisí s poruchou pozornosti. Jde o to, že na každého z nás působí velké množství podnětů, z nichž my si musíme vybrat ty, na které se chceme soustředit. Jedinec s ADHD však není schopný vedlejší vlivy utlumit a svou pozornost zaměřit pouze na ty podstatné podněty. Vnímá bez rozdílu vše, co na něj působí, což mu způsobuje velký zmatek. I pokud se budeme snažit dítě izolovat, poskytnout mu klidné vnější prostředí, působí na něj podněty z jeho vnitřního prostředí, které nedokáže izolovat. Pokud se mu přece jen podaří začít se soustředit pouze na podnět, který potřebuje, nemá to dlouhé trvání, protože je to pro něj velmi namáhavé a vyčerpávající a vždy se stejně najde nějaký rušivý element (Michalová 2007, s. 47, 48).

4.3 Hyperaktivita

Množstvím i intenzitou jsou aktivity dítěte nadměrné, neproduktivní a neúčelné. Často jsou i vývojově nepřiměřené (Hartl 2009, s. 199). A to nejen motorické aktivity, ale i hlasové projevy jsou nadměrné intenzity. Jedinec tak neustále vykonává nadbytečné a neúčelné pohyby. Je motoricky neklidný a nedokáže setrvat u žádné aktivity. Často tito jedinci třepou rukama, hrají si s něčím, či se houpají. V dospělosti to většinou přejde již jen v pocity nervozity a neschopnost setrvat u sedavých aktivit (Šlapal 2007, s. 32).

Projevy hyperaktivity můžeme u hyperaktivních dětí částečně pozorovat již od narození. Tyto děti mají poruchy biorytmu – ve dne spí, ale spánek v noci je velmi nepravidelný, budí se častěji, než je obvyklé a usínají velmi obtížně. Při kojení někdy hůře sají a z toho důvodu se musí přecházet na umělé výživy. V důsledku své neklidnosti hodně pláčou, jsou podráždění a neklidní i pokud mají všechny potřeby uspokojené (Jucovičová 2007, s. 5).

V batolecím věku se může začít objevovat nerovnoměrný vývoj. Tyto děti například nemají dostatečné zábrany při pohybu, dosahují zvýšené pohyblivosti, ale už od tohoto věku jsou jejich pohyby více neobratné než u ostatních jedinců, díky čemuž u nich dochází k častějším úrazům. Začínají odmítat odpolední spánek, bdělé vydrží dlouho, ale na žádnou činnost ani aktivitu se nedokáží soustředit a v tomto období přicházejí první afektivní výbuchy formou ničení hraček a ubližování ostatním dětem či zvířatům (Jucovičová 2007, s. 6).

Hypoaktivní děti mají naopak úroveň aktivity sniženou hluboko pod běžnou mez. Jeví se jako by byly stále zasněné, ponořené do svých myšlenek, někdy vypadají až apaticky. Nemají zájem o žádné pohybové aktivity ani hry. Na učitele mohou působit jako žáci, kteří jsou nenadaní, protože o nic nejeví zájem (Michalová 2007, s. 49).

4.4 Impulzivita

Reakce těchto osob jsou rychlé, bezprostřední, zbrklé, ale často i neadekvátní. Často nerozumí ani vlastním pocitům, proto reagují vztahovačně a z důvodu nezvládnutí sebekontroly a sebehodnocení reagují nepřiměřeně. Žijí přítomností a vzhledem ke své okamžitosti chtějí i od ostatních všechno hned, nedokáží počkat, ani upřednostnit kamaráda, či sourozence (Michalová 2007, s. 49).

Nepřemýšlí, nevnímají následky svých činů a tím se mohou dostat i do nebezpečných situací, protože se vrhají do všeho, co je napadne. Důsledkem mohou být disciplinární přestupky, které ve školním věku mohou přecházet ve lhaní, záškoláctví až delikvenci. Impulzivita by se ale měla v závislosti na věku měnit. Jedinci si je plně uvědomují a mělo by docházet v pokusech ovládnout ji, nebo alespoň zmírnit (Šlapal 2007, s. 32).

Během vývoje jedince dozrává i jeho centrální nervová soustava, proto se některé projevy mohou s dospíváním zmírňovat, nebo dokonce vymizet. Vše je však také závislé na podpůrné výchově a vhodném vedení jedince (Jucovičová 2007, s. 4).

4.5 Porucha vnímání

U jedinců s ADHD se často můžeme setkat s poruchami zrakového a sluchového vnímání. Ty jsou způsobeny funkčním poškozením, ne poruchou orgánu.

Porucha zrakového vnímání spočívá ve špatném rozlišování tvarově podobných číslic a písmen při jejich čtení, v neschopnosti pravolevé orientace, orientace v prostoru, ale někdy i čase.

Sluchem mají často problém rozlišit podobné zvuky, proto následně chybují při psaní slov. Sluchová porucha má za následek i to, že takové děti nejsou schopny vnímané zvuky od sebe odlišit a vybrat si z nich pouze jeden, který budou vnímat. Například ve školního věku nejsou schopny vnímat pouze hlas paní učitelky, ale vnímají i veškeré ostatní zvuky a zadaným úkolům díky tomu většinou nerozumí.

Zároveň mívají problém se spojením akustickým a optických vjemů, tedy problém s intermodalitou. Jde o to, že nejsou schopné propojit různé smyslové oblasti, aby například to, co slyší uměli graficky zaznamenat, nebo i viděné si spojit se sluchovou podobou, kterou již znají (Bumbálková 2014).

5 Diagnostika

Diagnostika je prováděna odborníky, podílí se na ni psycholog či psychiatr, speciální pedagog, neurolog, ale i školská poradenská zařízení, tedy pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogická centra. Diagnózu však vždy vydává psycholog, nebo psychiatr (Jucovičová 2007, s. 4).

Pro diagnostikování ADHD se všechny základní příznaky (porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita) musí vyskytovat před sedmým rokem a obtíže musí trvat minimálně šest měsíců. Při stanovení diagnózy je nutná spolupráce neurologa s klinickým psychologem, psychiatrem, speciálním pedagogem a logopedem (Šlapal 2007, s. 33).

Kritéria pro diagnostikování DSM–IV, která vznikla úpravou kritérií Americké psychiatrické asociace pro potřeby škol, jsou následující:

U jedince musí přetrvávat minimálně šest symptomů po dobu nejméně šesti měsíců v intenzitě nepřiměřené vývojovému stupni dítěte.

- 1. často věnuje bedlivou pozornost detailům nebo dělá chyby z nedbalosti ve školních úkolech a při dalších aktivitách;*
- 2. často má obtíže v koncentraci pozornosti na úkoly nebo hry;*
- 3. často vypadá, že neposlouchá, co se mu/jí říká;*
- 4. často nepracuje podle instrukcí, nedokončuje práci, má nepořádek na svém místě, ve svých věcech, přičemž tyto projevy nejsou projevy opozičního chování, vzdoru nebo nepochopení instrukcí;*
- 5. často má obtíže v organizování svých úkolů a aktivitách;*
- 6. často oddaluje plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí;*
- 7. často ztrácí věci nezbytné pro školu a zájmové aktivity;*
- 8. často se nechá rozptýlit cizími podněty (nepatřícími k věci);*
- 9. často je zapomnětlivý/zapomnětlivá v denních činnostech;*

Nebo u jedince musí přetrvávat alespoň čtyři ze symptomů hyperaktivity/impulzivity po dobu minimálně šesti měsíců ve stupni neslučitelném s vývojovou úrovní dítěte.

1. *často třepe rukama nebo nohama, vrtí se na židli;*
2. *často opouští místo ve třídě nebo v situaci, v níž se očekává, že zůstane sedět;*
3. *často běhá kolem v situacích, kde je to nevhodné;*
4. *často není schopen/schopna klidně si hrát, nebo provádět klidnější činnosti ve volném čase;*
5. *často vyhrkne odpověď, aniž si poslechne celou otázku;*
6. *často má obtíže při stání v řadě, při hrách nebo skupinových činnostech (Zelinková 2009, s. 198, 199).*

Dané projevy se musí objevovat i na jiných místech než doma, jinak se dá předpokládat, že k daným obtížím vede nesprávná výchova v rodině. Pokud se naopak obtíže objevují jen ve škole, může to být důsledek nevhodných postupů a podmínek vzdělávání.

Informace pro diagnostikování jsou získávány od rodičů i učitelů formou dotazníku a rozhovoru, kde popisují konfliktní situace klienta i s příčinami, které situaci předcházely a následným pokračováním. Rodiče také poskytují rodinnou anamnézu a informace o významných událostech v životě dítěte.

Následuje rozhovor s dítětem, které sděluje, jaké aktivity má rádo, co považuje za obtížné, charakterizuje svůj postoj ke spolužákům a způsob, jakým vnímá jejich vztah k sobě. Tyto informace jsou klíčové pro vytvoření osobnostního profilu dítěte a formulaci intervenčních strategií.

Dlouhodobé pozorování pak slouží k pozorování všech zúčastněných v různých podmínkách, jak se projevuje jejich chování, jak dlouhé má trvání a jaké jsou jeho vlivy na okolí (Zelinková 2009, s. 198–200).

Nově se ale objevují tendence zavést diagnostikování podle DSM–5, která upravuje kritéria pro diagnostikování ADHD u adolescentů a dospělých. Obsahuje více konkrétních příkladů chování typického pro tento věk, snižuje počet požadovaných symptomů a zvyšuje věkovou hranici ze 7 let na 12 let, od nichž se mají symptomy objevovat. Zároveň určuje, že k diagnostice dochází pokud dané symptomy pacientovi narušují jeho život, ne jen pokud mu prokazatelně snižují kvalitu života. Vede to k jednoduššímu diagnostikování ADHD u dospělých a díky tomu jim může být poskytnuta odborná pomoc (Čermáková, Papežová, Uhlíková 2013, s. 7).

Pro diagnostikování LMD se vždy vyžadovalo i vyšetření neurologa, či EEG – vyšetření elektroencefalografu. K diagnostice ADHD již není potřeba, ale díky vyšetření EEG, na kterém je zobrazována aktivita mozku, můžeme odhalit přítomnost poruchy chování. Vzhledem k relativní dostupnosti je toto vyšetření vždy doporučováno.

Aby mohlo vyšetření EEG proběhnout, jen nutná alespoň částečná spolupráce dítěte a jeho chvilkové udržení klidu, což je většinou u dětí s ADHD velký problém. V takovém případě mohou být před vyšetřením podána sedativa, ty ale velmi komplikují interpretaci získaných dat. I z tohoto důvodu, nemůžeme pouze na základě tohoto vyšetření diagnostikovat poruchu ADHD. Pokud porovnáme výsledky vyšetření zdravého dítěte a dítěte s poruchou chování, u toho s poruchou bude méně vyzrálý vzorec mozkové elektrické aktivity. V oblastech, kde je i pouze drobné poškození mozku, jsou lokálně zmenšené nebo odlišně probíhající mozkové aktivity, které se projevují menším prokrvováním. Zároveň probíhá menší metabolická aktivita v oblasti kmenových ganglií a čelního laloku.

Abnormality u ADHD prokázané vyšetřením EEG mohou být přínosné také pro určení optimální léčby a medikace dítěte, protože každý typ ADHD má své specifické projevy (Drtilková, Šerý et al. 2007, s. 125–129).

6 Terapie

U terapie je nejdůležitější její komplexnost. Je nutné aby docházelo ke spolupráci rodinných příslušníků, pedagogů, ale i všech odborníků, v jejichž péči dítě je. Důležitý je adekvátní přístup, který dítě podporuje a pomáhá mu v rozvoji. K terapii je často přidružena podpora pomocí medikamentů, používají se stimulační léky pro zlepšení činnosti mozkových buněk, nebo při přidružených sekundárních projevech antiepileptika či myorelaxancia na snížení svalového tonusu (Šlapal 2007, s. 30, 31).

Již od diagnostikování poruchy je nezbytná psychoterapie, která je v dětství realizována v úzké spolupráci s rodinou, později i se školou. Jejím hlavním účelem je vytvoření optimálních podmínek pro rozvoj intelektu a schopností dítěte (Šlapal 2007, s. 34).

Ve starším věku a v dospělosti se přidává kognitivně behaviorální terapie sloužící k nácviku výhodnějších forem jednání a chování a naopak k potlačování nevhodného chování. Dochází tak k vytváření interpersonálních vztahů a eliminují se poruchy pozornosti i impulzivity (Šlapal 2007, s. 34).

6.1 Medikace

Ve většině případů ADHD (31 %), hlavně u dětí školního věku, se používají prvotně stimulantia. V České republice je k dispozici jediné, methylphenidát (Ritalin). Vzhledem k tomu, že patří do skupiny psychotropních látek podobných amfetaminu, je přístup k jeho podávání poněkud kontroverzní. Tento lék je ale používán již více než 60 let, protože jsou známy jeho pozitivní účinky. Zlepšuje průtok krve v kmenových gangliích a předním mozku a tím aktivuje přenos v nervové soustavě. Kvůli strachu z vedlejších účinků je však předepisován pouze v nejnutnějších případech a často se nedostane ke všem jedincům, kteří ho potřebují (Michalová 2007, s. 41).

Další alternativou je modafinil (Provinal, Vigil), který patří také mezi stimulační léky, ale má odlišný mechanismus účinku. Mezi další skupinu stimulačních používaných léků patří nootropika, která využívají glukózu v mozkové tkáni a zlepšují tím energetický poměr mozku. Tyto látky pozitivně ovlivňují školní výkony, kognitivní funkce a reaktivitu, ovšem v některých případech zdůrazňují projevy hyperaktivity (Šlapal 2007, s. 33).

Musíme se ale smířit s tím, že medikací se vše nevyřeší. Funguje pouze jako podpůrný prostředek ke správné výchově, který některé projevy zmírní, některé možná odstraní, ale ADHD nevyléčí. Předepisovat by se měla opravdu jen dětem, které ji nutně potřebují (Jucovičová 2007b, s. 16).

6.2 Relaxační techniky

U jedinců s poruchami se vyskytuje neustálé vnitřní napětí způsobené stresem, úzkostí a neustálým neúspěchem. Díky tomu se člověk už není schopen uvolnit, což může přejít do chronického stavu, který přináší psychosomatické obtíže promítající se do různých alergií, častých nemocí až kardiovaskulárních onemocnění. Proto je nesmírně důležité naučit se odpočívat a uvolnit se, v čemž nám mohou relaxační techniky velmi pomoci. Fyzické uvolnění jde ruku v ruce s uvolněním psychickým. U dětí s ADHD relaxační techniky celkově přispívají ke zklidnění, zlepšení výkonnosti, k sebeovládání a sebekontrolé. Zároveň je naučí vyrovnat se se zátěžovými situacemi (Jucovičová 2007, s. 12, 14).

Pokud nemá jedinec dostatek prostoru pro odpočinek a dostatek pohybu, negativně se to projeví v jeho školních, později pracovních výkonech, soustředěnosti a únavě. Tyto nepříznivé stavy můžeme eliminovat použitím relaxačních technik, které vedou k regeneraci duševních sil a zlepšení výkonnosti.

Mezi základní druhy relaxačních technik řadíme dechová cvičení, jógová koncentrační cvičení, relaxační cvičení a relaxačně aktivační cvičení. Velká výhoda těchto cvičení je, že nejsou zaměřena na výkon a přesné provedení, ale pouze na svůj osobní prožitek, aby se jedinec cítil dobře a sám se sebou spokojený. Dechová cvičení ovlivňují okysličení krve a výměnu dýchacích plynů, snižují koncentraci kyslíčnicku uhličitého, který způsobuje nervovou dráždivost. Už jen to, že si jedinec bude sledovat dech, aby byl plynulý, napomáhá jeho koncentraci. Jógová cvičení jsou prospěšná svými relaxačními a koncentračními účinky. Jejich hlavním cílem je vnitřní prožití cvičení, jež vede k uvolnění, zklidnění a soustředění. Mimo jiné vede k správnému držení těla a pravidelnému dýchání, což je pro jedince s ADHD nesmírně důležité (Jucovičová 2007, s. 13–17).

Dechová relaxace spočívá v tom, že při lehu na zádech, na boku, či v sedu sledujeme svůj dech, jak proud vzduchu při nádechu vchází nosem do těla a postupuje dál a vše se nám postupně vlivem dechu zvedá. Při výdechu naopak dochází ke klesání a úniku vzduchu z těla ven. Tuto relaxaci můžeme doprovodit představou například o slunné pláži, kde nám pravidelně šumí mořské vlny (Jucovičová 2007, s. 30).

Celkově jsou relaxační cvičení náročná na pozornost a jejich nácvik vyžaduje trpělivost a to jsou právě ty oblasti, které mají děti s ADHD porušeny. Proto je třeba při nácviku čehokoliv postupovat po krocích, od nejjednodušších technik po ty složitější a úměrně s tím prodlužovat i čas. Veškerá relaxační cvičení samozřejmě můžeme doplnit relaxační hudbou (Jucovičová 2007, s. 18).

Cílem je naučit tyto děti rychle se uvolnit i v běžných životních situacích a zase se rychle aktivizovat. Vrcholem nácviku je tedy „blesková relaxace“ za každé životní situace. To však sebou nese nácvik opravdu dlouhodobý, někdo se jej nenaučí ani do dospělosti (Jucovičová 2007, s. 19).

Nácviku relaxačních technik u dětí předchází dovednost si odpočinout, položit si hlavu, uvolnit všechny svaly, zavřít oči a nemyslet na nic nepříjemného. Nejzákladnější odpočinkovou polohou je lež na zádech, ve kterém si s dětmi můžeme například zahrát hru na hadrového panáka či loutku, která je naprosto uvolněná. Pokud to zvládnou, dodá jim i krátká chvíle odpočinku mnoho sil pro další práci (Jucovičová 2007, s. 27).

Nejlepší relaxace pro děti s ADHD je Jacobsonova progresivní svalová relaxace, která se řadí mezi fyziologické, aktivní relaxace. Je to z důvodu, že pracuje na principu napínání a uvolňování jednotlivých částí těla, proto při ní můžeme nejvíce pocítit rozdíl mezi napětím a uvolněním, klidem a aktivací. Tyto děti se běžným způsobem většinou uvolnit nedokážou a toto je jedna z nejlepších cest, jak uvolnění dosáhnout (Jucovičová 2007, s. 27).

Ve škole jsou nepoužívanější bleskové relaxace, které trvají zhruba 3 až 5 minut a mohou být použité kdykoliv, když je dítě unavené a ztrácí pozornost. Spočívají v tom, že v pohodlném lehu či sedu si zavřeme oči a svou pozornost na okamžik přeneseme za zavřená víčka, na která si promítáme klidové imaginace. Poté se zhluboka nadechneme, protáhneme, otevřeme oči a plní sil pokračujeme v předchozí činnosti. Druhá varianta, kterou provádí kolektiv dětí vždy společně je, že se při otevřených oknech protáhneme se, zhluboka nadechneme a vydechneme a pak si v sedu se zavřenýma očima úplně vyčistíme hlavu. Pro děti s ADHD to ovšem bývá velmi náročné (Jucovičová 2007, s. 30, 31).

7 Výchovné zásady

Ke každému dítěti musíme přistupovat individuálně, s ohledem na jeho osobnost a konkrétní projevy poruchy. Můžeme se setkat s názorem, který zastává, že chování dítěte zobrazuje způsob, jakým k němu přistupuje široké sociální okolí. Pokud však okolí upraví svůj přístup k jedinci, jeho projevy budou řešitelné, sice se jich nezbaví, ale mohou být velmi zásadně utlumené, či převedené do přijatelnějších projevů chování (Michalová 2007, s. 37).

7.1 Klidné rodinné prostředí

Pro takové dítě je velmi důležité vědět, že má doma zázemí, má ho někdo rád, i když občas zlobí. Potřebuje mít doma oporu a být si jisto, že alespoň někdo rozumí jeho problémům. Je důležité mu dávat lásku najevo co nejčastěji, pochválit ho i za maličkosti, dávat mu pozitivní motivace (Goetz, aj. 2009, s. 99).

Pokud v rodině panuje patrná nervozita a neklid, dítě to vycítí a přenesení si tyto emoce na sebe a jeho afektivní nálady a agresivita se budou pouze zhoršovat. Naopak dítě musí z rodičů cítit klid, lásku, bezpečí a hlavně porozumění pro jeho problémy. Stejně důležitá je jistota ve smyslu sebranosti rodiny, stejného přístupu všech rodinných příslušníků, aby dítě stále vědělo, co ho čeká a co se od něj očekává (Bumbálková 2014).

7.2 Pozitivní přístup

Stejně jako doma, tak i ve škole se dítě musí cítit bezpečně. Učitel, který bude s dítětem jednat klidně a vyrovnaně bude působit jako nejlepší příklad správného jednání. Potřebná je i spolupráce učitelů, rodiny a všech vychovatelů, co s dítětem přicházejí do styku, aby jejich přístup byl jednotný (Jucovičová 2007b, s. 12, 13).

Důležité je najít si na každém schopnosti, ve kterých vyniká, které mu jdou, nebo ho alespoň baví. V těchto činnostech bychom ho měli podporovat, chválit a posilovat tím jeho sebevědomí. Vždy je podstatně efektivnější pochvala a pozitivní hodnocení, než trestání a vyčítání chyb (Bumbálková 2014).

7.3 Pravidelný režim

Nutné je nastolení pravidel a režimu dne. Dítě s ADHD potřebuje hranice, které jsou stále stejné a ono se je naučí respektovat a bude vědět, že při jejich porušování nastane určitý trest. Naučí se tak dělat kompromisy mezi svými osobními zájmy a potřebami ostatních. S dí-

tětem školního věku, které již umí číst, mohou rodiče společně vytvořit jakýsi plán, tabulku, kde budou zaznamenány činnosti, které očekává rodič od dítěte, ale i ty, které rodič poskytuje dítěti. Budou zde uvedeny i sankce a odměny za případné nedodržování či dodržování. Dítě tak bude přesně vědět, co se od něj očekává a jaký důsledek bude mít jeho chování (Krčmářová 2014, s. 24, 25).

Stejně to je v režimu dne, kdy dítě musí mít své nastolené rituály a dopředu vědět, co ho čeká, aby se nedostávalo do stresu. Určité stereotypy jsou pro dítě přínosné. V jeho vnitřním životě je chaos, proto mu zavedení rituálů opakujících se každý den, při určité činnosti, nebo v určitou dobu pomůžeme k pocitu bezpečí. Platí to i pro sdělování informací. I ty musíme dítěti přinášet ve stále stejné podobě a v začátku je případně můžeme podložit kartičkami s obrázky požadovaných činností (Jucovičová 2007b, s. 12).

7.4 Zpětná vazba

Při práci je nutné postupovat po jednotlivých krocích, ne dítě přehltnout úkoly. Splněnou práci musíme vždy zkontrolovat, být důslední. Pokud ke kontrole nedochází, dítě je zmateno, neví, jestli je nutné úkol opravdu plnit, nebo volnosti začne využívat. Nesmíme však dítě kárat za každý neúspěch, důležité je ho chválit za splnění úkolu a na špatný výsledek pouze upozornit, ne ho penalizovat. Pokud chceme dítě na něco upozornit, je lepší mu dát najevo, že se nám nelíbí, co dělá, než říci, že je v něčem špatné (Jucovičová 2007b, s. 13).

7.5 Motivace

Je důležité soustředit se na kladné stránky osobnosti. Musíme najít určitou oblast, ve které je dítě úspěšné a v té ho podporovat a chválit, abychom odpoutali pozornost od jeho ostatních neúspěchů, kterých je většina. Proto ho chválíme i za drobné úspěchy nebo snahu, zároveň ho také povzbuzujeme k dalším výkonům. Negativní chování, pokud to jde, se snažíme netrestat. Když je to nevyhnutelné, usměrňujeme ho jen velmi klidným způsobem. Spíše se však snažíme odvést pozornost dítěte k nějaké vhodné aktivitě (Jucovičová 2007b, s. 14).

8 Režim výuky

Jestliže je dítě umístěno do běžného vyučovacího systému, je nutné podniknout určité kroky, které podpoří jeho výuku. Je velmi důležité se na všech podstoupených krocích dohodnout nejen s rodiči, ale také s odborníkem z poradenského zařízení, protože i když může mít pedagog již zkušenosti s výukou dítěte s ADHD, nemusí na každé dítě platit úplně stejné vyučovací postupy. Jsou ale samozřejmě obecná pravidla, která jim výuku usnadňují (Minaříková 2003, s. 30).

Celkový obrázek ADHD není kompletní, dokud nepoukážeme i na silné stránky těchto dětí. Pro všechny své problémy se dokážou nadchnout pro věc, mají výdrž, jsou vnímavé a starostlivé. Rychle (i když roztěkaně) jim to myslí a velmi dobře se intuitivně učí (Jennet 2013, s. 112).

8.1 Studijní prostředí

Prostředí musí být přehledné, klidné a harmonické. Pro děti s ADHD je tedy nejlepší klasické uspořádání lavic, kdy jsou v řadě čelem k učiteli, nejlépe lavice pro jednoho žáka. V takovém uspořádání je vhodné, aby dítě s ADHD sedělo v přední řadě, nikdy však u okna. Nejen že nebude tolik rozptylován spolužáky, ale i učitel o něm bude mít dostatečný přehled a v případě nepozornosti ho může rychle usměrnit nebo ho kontaktem navrátit do centra dění (Goetz, aj. 2009, s. 134).

Dalším velkým pomocníkem je vytvoření strukturovaného prostředí, které může být v případě potřeby doplněné obrázkovými vysvětlivkami. Děti se zpravidla v novém prostředí lépe orientují podle piktogramů. Ideální také je, pokud je pro ně vytvořen nějaký relaxační koutek, či alespoň dána žíněnka, na které se mohou tyto děti, v případě potřeby, uvolnit, vybít a znovu připravit na práci (Lehká mozková dysfunkce 2014).

Samozřejmostí by také mělo být informování spolužáků. Již před nástupem žáka s ADHD by měl být kolektiv informován nejen o příchodu žáka, ale také o projevech ADHD, individuálních přístupech, změnách ve třídě, či úlevách pro žáka. Předejdeme tak případnému posměchu i pocitu nespravedlnosti (Jennet 2013, s. 113).

8.2 Průběh výuky

Výuka nesmí být monotónní, musí se během ní využívat široké spektrum pomůcek a podnětů, střídát se aktivita s klidovým režimem, aby bylo dítě schopné udržet pozornost. Dítě s ADHD musíme také motivovat k činnosti a jednotlivé úkoly mu zadávat postupně, výstižně, nepřehltit ho informacemi. Dobré je i názorné předvedení řešení úkolu, nebo nechat dítě, aby zopakovalo zadané instrukce. Tím se ujistíme, že nám opravdu rozumělo (Minaříková 2003, s. 30, 34).

Pokud zaznamenáme pokles zájmu, je dobré změnit tempo výuky nebo zařadit jinou aktivitu pro optimalizování pozornosti. Během výuky můžeme také zařadit krátké tělesné cvičení, nebo alespoň relaxační chvilku, při které se děti uvolní, odreagují a aktivují na další práci. Pokud se dítě s ADHD přestane soustředit úplně, můžeme jeho pozornost navrátit tím, že ho například pošleme smazat tabuli, nebo něco podat, aby se odreagovalo a po návratu do lavice bylo opět schopné pozornosti (Michalová 2007, s. 174–178).

Vzhledem k tomu, že každé dítě potřebuje být pochváleno za svou práci a u dětí s ADHD to platí ještě podstatně více, je dobré občas zařadit i úkoly, které jsou určené pro děti o třetinu mladší, aby jejich splnění zvládly a mohly být pochváleny. Těžké úkoly by měly být zařazeny hned ráno, protože jak je známo, pozornost těmto dětem klesá během dne. Do odpolední výuky se tedy hodí aktivnější, méně akademické předměty (Goetz, aj. 2009, s. 135).

8.3 Testování a hodnocení

Během jakékoliv práce dítěte s ADHD je nutná okamžitá zpětná vazba. Neustále upozorňování na chyby ale dítě demotivuje a bude se cítit ukřivděné, proto si na každém jeho plnění úkolu musíme najít něco, za co ho pochválíme. Je dobré dbát na to, aby úkoly pro žáka s ADHD vyžadovaly co nejméně písemného projevu. Grafomotorické dovednosti jsou u něj zhoršené a velmi ho to vyčerpává. Vzhled písma by u něj tedy neměl být hodnocen. Zkoušení znalostí je proto vhodnější ústní. I při něm ale musíme odlišovat, zda dítě chybí z neznalosti či z nepozornosti (Goetz, aj. 2009, s. 137).

Hodnocení by mělo být prováděno v soukromí, ne před celou třídou. Stejně tak pokud ho chceme napomenout za nevhodné chování. Veřejné hodnocení je pro dítě stresující a nedokáže se na něj ani tak dobře soustředit. Zároveň je potřeba mu vše sdělovat v naprostém klidu, nezvyšovat hlas, abychom nepřenесли stres na dítě. Informace musíme podávat jasně, srozumitelně, předkládat mu konkrétní případy (Minaříková 2003, s. 31).

8.4 Osobní asistent

Podle Vyhlášky 75/2005 má každý integrovaný jedinec s těžkou poruchou nárok na osobního asistenta. V praxi je jeho přidělení ale poměrně problém.

Úkolem asistenta je věnovat se svěřenému dítěti v průběhu vyučovacích hodin, při školních aktivitách mimo budovu školy a podle potřeby i o přestávkách. Nejde jen o pomoc a péči, ale také o korigování chování daného dítěte, aby bylo v rámci bezpečnosti kolektivu.

Některé školy tento problém řeší poskytnutím asistenta pedagoga, který je ale přidělován na pomoc pedagogovi s celým kolektivem třídy (Michalová 2007, s. 174, 175).

9 Školní zařazení

Děti s ADHD mohou být vzdělávány v běžných školských zařízeních jako integrovaní žáci, nebo pokud není integrace možná, navštěvují školská zařízení určená pro jedince se speciálními vzdělávacími potřebami. Před nástupem dítěte do školního zařízení by se rodiče měli informovat o určitých skutečnostech. Dnes mají možnost vybrat zařízení, které bude pro jejich dítě nejvhodnější, proto by zjišťování informací neměli podceňovat.

Důležité je zjistit, kolik žáků je vyučováno v jedné třídě. Pro děti s ADHD je ideální počet 12–15 žáků. Pokud je větší, je vhodná přítomnost asistenta, kterého ale poskytují jen některé školy. Zároveň je prospěšná přítomnost speciálního pedagoga či psychologa, kteří mohou pomoci s problémy nejen žákům, ale i učitelům (Goetz, aj. 2009, s. 69).

Děti s ADHD to nemají ve škole lehké, v odborné literatuře se uvádí, že více než třetina dětí s ADHD během školní docházky aspoň jednou opakuje ročník, že více než 35 % nedokončí střední školu a jejich stupeň akademického vzdělání je nižší než u jejich spolužáků, kteří ADHD nemají. Kolem 40–50 % těchto dětí alespoň po nějakou dobu dochází do speciálního vzdělávacího programu (např. vyrovnávací třídy) a více než 10 % potřebuje speciální typ vzdělávání po celou dobu školní docházky (Goetz, aj. 2009, s. 139).

Děti s ADHD ale školu často opouštějí v důsledku špatného přístupu učitele. Učitel, který na problémy žáka reaguje větší přísností a kontrolou jeho výkony ještě zhorší, frustruje ho a vyvolá v něm negativní přístup k veškeré vzdělávací činnosti, ale zhorší i jeho sebevědomí. Po dlouhodobém konfliktu mezi žákem a učitelem, ale i rodiči a učitelem to může vést až ke změně školy (Goetz, aj. 2009, s. 139).

EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část navazující na část teoretickou slouží k předložení krátké kazuistiky pro lepší pochopení předložených teoretických informací a k seznámení se vzdělávacím systémem České republiky a Velké Británie. Stěžejní částí je představení výsledků průzkumu. Ten byl proveden mezi rodiči předškolních dětí v České republice a ve Velké Británii. Ke zjištění informací rodičů o poruše ADHD/ADD, byl použit dotazník a empirická část slouží k interpretaci zjištěných dat a jejich komparaci. Předtím si však uvedeme cíl výzkumu, formulované hypotézy, metodu průzkumu a popis výzkumného vzorku.

10 Kazuistika

Autorka se rozhodla uvést 2 kazuistiky, které slouží jako ilustrace pro upřesnění teoretických poznatků. Uvádí typické projevy pro poruchu ADHD v běžném životě. Tyto kazuistiky jsou podle Michalové (2012).

První kazuistika poukazuje na základní projevy jedince s ADHD, které se mohou objevovat již od narození, jako je to právě v uváděném případě, jež vypráví matka dítěte.

Náš problém začal hned, jak se syn narodil. Těhotenství bylo naprosto normální, jen porod byl zdoluhavý. Vojtík měl při narození 4300 gramů. Už v porodnici, kdy jsem celé noci prochodila a chovala jsem ho, protože prostě nebyl schopný usnout, jsem zjistila, že je jiný. To pokračovalo i doma, kdy jsme s přítelem prvního půl roku usínali s polštářem na hlavě, protože syn jen plakal a plakal. Dětská doktorka vše vyřešila tím, že je hladový a že mu mám dávat kaši. V půl roce jsem tedy přestala s kojením a najeli jsme na silnější stravu. Nic to nezměnilo na tom, že ani po obědě jako každý normální slušný kojenec nespál za žádnou cenu. To, jak probíhala výchova, ani popisovat nebudu. Do čtyř let jsem měla doma nevyčválaného živočicha, na nějž naprosto nic výchovného neplatilo. Prostě neviděl, neslyšel a dělal si, co jen chtěl. Někdy kolem jeho třetího roku jsme se dostali do bodu, kdy ho odmítaly hlídat obě babičky, a já se potácela nad propastí nervového zhroucení. Mé snahy najít pomoc skončily většinou hned na začátku, jedna psychologka mi dokonce řekla, že náš problém je způsobený tím, že nejsme s partnerem oddáni. Trpěli jsme celou školku, kdy vždy, když jsem pro něho šla, jsem se předem děsila, co ten lump zase provedl...(Michalová 2012, s. 99,100).

Druhá kazuistika poukazuje hlavně na to, jak moc může nesprávný přístup k dítěti ovlivnit jeho postoje. Kazuistika uvádí úvodní vyprávění matky při návštěvě pedagogicko-psychologické poradny, kterou jí doporučily navštívit paní učitelky z mateřské školy.

David se doma neustále vrtí a posezení s námi u stolu například při společné večeři je zdrojem utrpení pro všechny. Po celou dobu rodinného stolování se neustále ozývá: „Davide, co to zase děláš! Nevrt' se! Nekopej nohama Terezku pod stolem! Jak to jíš? Takhle se drží příbor? Narovnej se! To jsi tak zlý, že nám to děláš schválně? Nemluv s plnou pusou! Nehoupej se na té židli! Nestydiš se, jak nám všem to jídlo kazíš? No prosím tě, tohle se dělá? Co jsi to zase vymyslel! Vždyť jíš jako čuně...“ Jedná se vždy o ty večere, snídaně probíhají „v letu“, pospíchá se do práce, školy, školky...

Zhruba poslední tři týdny, vždy když se blíží společná večeře, David viditelně nebývá „ve své kůži“. Tvrdí, když se má jít ke stolu, že mu není dobře, že ho pobolívá bříško, že ho bolí hlava. Takovou situaci rodiče řeší tím, že se chlapec dostane hořký čaj a jde si do svého pokoje odpočinout. Matka se již chystala jít navštívit pediatricku, ale je jí divné, že ve svém pokoji vždy klučina ožije, hraje si, nebývá ne něm patrná stopa nemoci. Má dojem, že jí prostě lže, ale neví, proč nechce večeřet. A minulý týden se jí dokonce z kuchyně z potravinové skříňky ztratila oplatka. Nikdo nepřiznal, že si ji vzal a snědl. Ráno, když šla maminka stlát do dětského pokoje, našla v peříňáku obal z oné oplatky a na povlaku polštáře stopy po čokoládě... David dostal na zadek, tatínek mu zdůraznil, že takového kluka rozhodně nemohou mít rádi, ale i přesto se včera stalo zrovna to samé. David dokola tvrdil, že nic neudělal, že neví, kdo ty sušenky snědl.

Proč nám to dělá? To mu není hanba? Proč tak lže a ještě krade? Co máme dělat, aby to s ním „nerostlo“ dál? A jak ho donutit, aby večeřel a choval se u jídla slušně? (Michalová 2012, s. 102, 103).

11 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bakalářské práce je zjistit jaké znalosti mají rodiče zdravých dětí o poruše ADHD. Zda vědí, co tato zkratka znamená, jaké jsou hlavní projevy poruchy a jak se tyto děti vzdělávají. Informace byly sbírány ve dvou zemích – v České republice a ve Velké Británii, aby mohly být porovnány a zjistili jsme, ve které zemi je úroveň informovanosti mezi běžnou populací lepší.

Dalším cílem, k jehož vyhodnocení byla použita odborná literatura, bylo porovnat český a anglický vzdělávací systém a podle toho určit, který je lépe připraven na výuku žáků s poruchou ADHD. Kde jsou tyto žáci vzděláváni, jakým způsobem a jaké jsou pro ně připraveny kompenzace.

12 Formulované hypotézy

H1: Ve Velké Británii mají rodiče lepší znalosti o ADHD než rodiče v České republice.

H2: Vzdělávací systém Velké Británie bere na děti s ADHD větší ohledy než vzdělávací systém České republiky.

13 Použité metody

Pro sběr dat byl použit kvantitativní výzkum metodou dotazníku. V dotazníku byly použity uzavřené otázky s možností výběru pouze jedné odpovědi. V jednom případě byla otázka polouzavřená, kdy při kladné odpovědi bylo úkolem respondenta svou odpověď rozepsat.

Kvantitativní výzkum Gavora (2010, s. 35–37) definuje jako výzkum pracující s číselnými údaji, pomocí něž zjišťujeme množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevu. Tyto údaje se pak dají matematicky zpracovat, vyjádřit jejich průměr, či vypočítat procentuálně a většinou je také možné je zevšeobecnit a aplikovat na celou společnost. Výzkumník má v takovém případě odstup od zkoumaných jevů, aby byla zachována nestrannost pohledu.

Dotazník je nejfrekventovanější metodou zjišťování údajů, což je dáno zdánlivě jednoduchou konstrukcí. Jedná se o písemné kladení otázek a písemné získávání odpovědí, k čemuž dochází hromadně. Informace mohou být získávány pomocí otázek uzavřených, polouzavřených a otevřených. *Uzavřená otázka je taková, která nabízí hotové alternativní odpovědi. Úlohou respondenta je vyznačit (podtrhnout, zakroužkovat) vhodnou odpověď* (Gavora 2010, s. 121–124).

Sběr dat pomocí dotazníků probíhal v období od listopadu 2014 do února 2015. Veškeré dotazníky byly respondentům rozdány osobně s krátkým vysvětlením jejich smyslu, okamžitým vyplněním ze strany respondentů a poděkováním za věnovaný čas.

14 Popis výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek je složený z rodičů alespoň jednoho dítěte předškolního věku. Věkově i pohlavně se jedná o heterogenní skupinu. Celkově se jednalo o 30 respondentů, z nichž 15 je obyvateli České republiky žijícími převážně v hlavním městě Praha. Zbýlých 15 respondentů je obyvateli Velké Británie žijícími v univerzitním městě Cambridge.

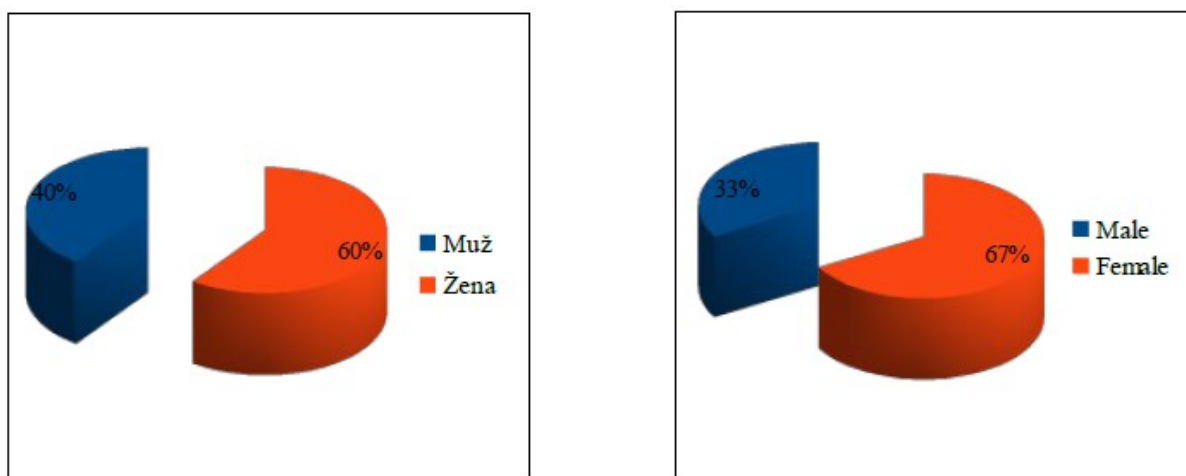
Respondentům v České republice byl dotazník osobně předán v pražské mateřské školy, kde došlo k jeho okamžitému vyplnění. Dotazníky ve Velké Británii rodiče také vyplňovali ihned na místě, ale k jejich předložení došlo ve společnosti Gym, která působí v Cambridge a poskytuje volnočasové aktivity dětem.

15 Interpretace dat

Interpretace dat je provedena pomocí koláčového grafu, který je zpracován pro všechny odpovědi na otázky z dotazníku. Vždy je provedena komparace odpovědí z České republiky a z Velké Británie. Pro přehlednost jsou grafy umístěny vedle sebe, vlevo graf s odpověďmi respondentů z České republiky, vpravo graf s odpověďmi respondentů z Velké Británie.

Položka č. 1

Jakého jste pohlaví?

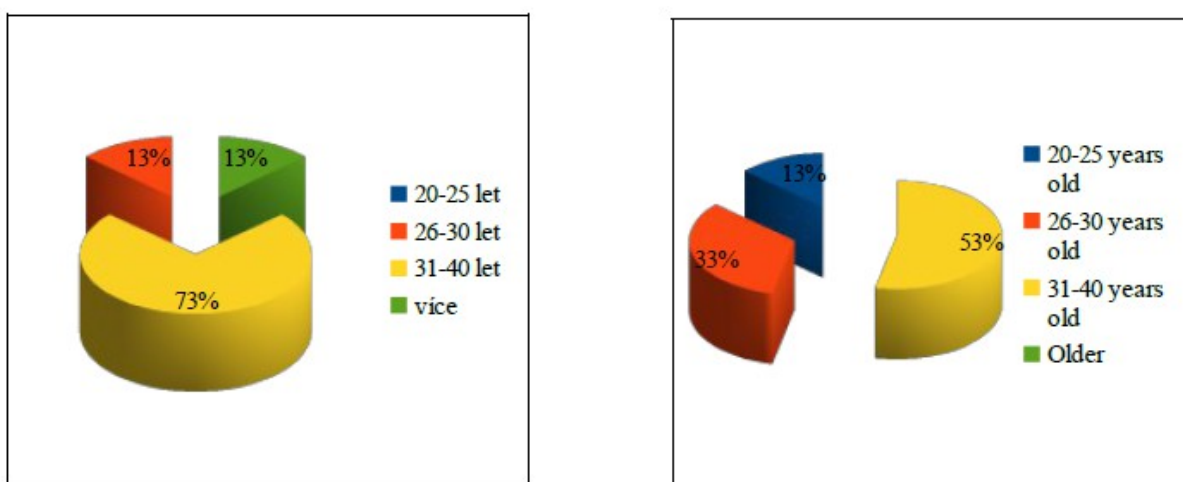


Graf 1: Pohlaví respondentů

První otázka slouží k upřesnění popisného vzorku. Z obou skupin rodičů vyplnilo dotazník více žen, ale vzorky jsou téměř vyrovnané. Celkově tak odpovědělo 9 matek z České republiky a 10 z Velké Británie, zbylí respondenti jsou otcové předškolních dětí.

Položka č. 2

Kolik vám je let?

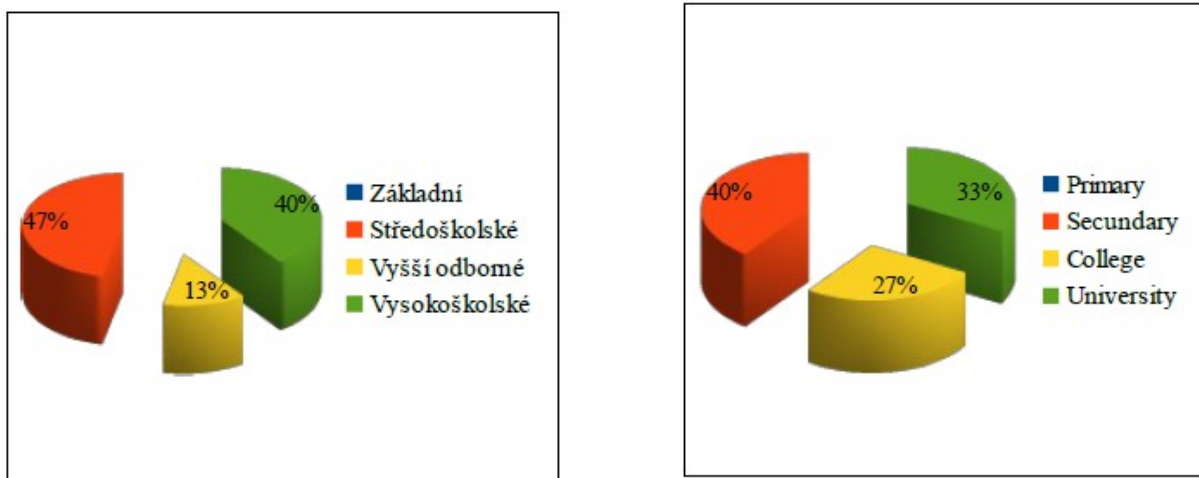


Graf 2: Věk respondentů

Výzkumný vzorek je i věkově heterogenní. Nejvíce respondentů z obou zemí se nachází ve věku mezi 31–40 lety, z České republiky je 11 takových respondentů a z Velké Británie 8. Kategorie 26–30 let je v České republice zastoupena shodně s kategorií respondentů starších 40 let, tedy po 2 respondentech u každé kategorie. Z nejmladší kategorie, 20–25 let není žádný respondent. Tato kategorie je naopak zastoupena respondenty z Velké Británie, odkud jsou 2 takoví respondenti. Ve věku 26–30 let je 5 respondentů z Velké Británie a nejstarší kategorie, respondentů starších než 40 let z této země není zastoupena ani jedním respondentem.

Položka č. 3

Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

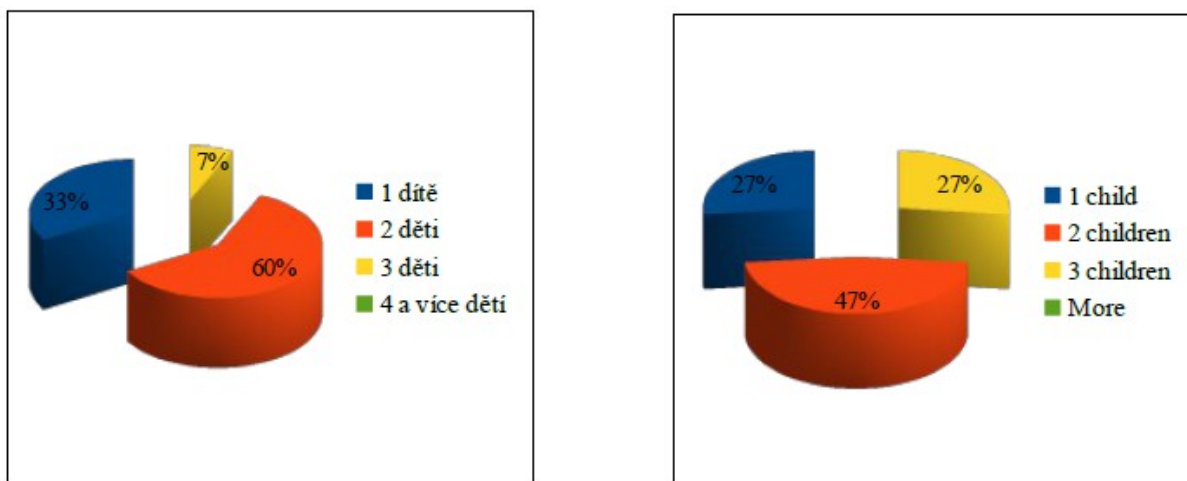


Graf 3: Vzdělání respondentů

Co se týče vzdělání respondentů, jeho rozložení je náhodné. Při rozdávání dotazníků nebylo vzdělání předem zjišťováno a není pro vyhodnocení hypotéz nutné. Nicméně otázka byla do dotazníku zařazena, aby autorka mohla zjistit, zda je výše vzdělání úměrná výši znalostí o poruše. Ani v jedné zemi se nevyskytuje žádný respondent se základním vzděláním. Středoškolsky vzdělaných je 7 respondentů z České republiky a pouze o jednoho méně z Velké Británie. Vyššího odborného vzdělání dosáhli 2 respondenti z České republiky. Ve Velké Británii je srovnatelnou úrovní stupeň vzdělání nazvaný College, zastoupený 4 respondenty a univerzitní, tedy vysokoškolské vzdělání má 6 respondentů z České republiky a 5 respondentů z Velké Británie.

Položka č. 4

Kolik máte dětí?

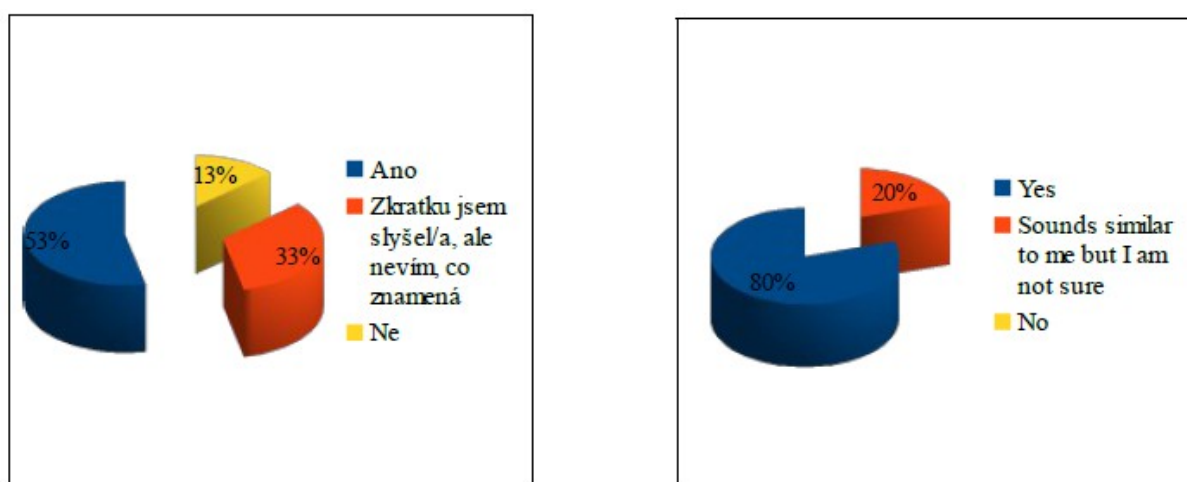


Graf 4: Počet dětí respondentů

Podmínkou vyplnění dotazníku bylo mít alespoň 1 dítě předškolního věku. Takových respondentů je 5 z České republiky a 4 z Velké Británie. Nejvíce respondentů má 2 děti, 9 respondentů z České republiky a 7 respondentů z Velké Británie. 3 děti má pouze 1 respondent z České republiky, ale z Velké Británie jsou 4 takoví respondenti. Více jak 3 děti nemá žádný respondent ani z jedné země.

Položka č. 5

Víte, co znamená zkratka ADHD/ADD?

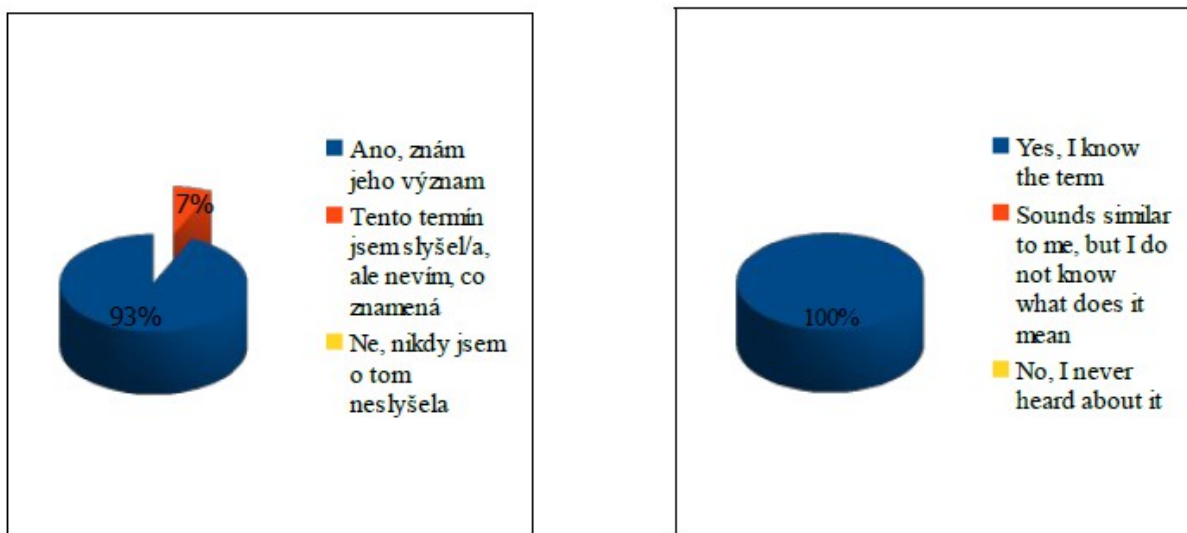


Graf 5: Znalost respondentů zkratky ADHD/ADD

Tato položka dotazníku byla jako jediná polouzavřená. Jedná se o velmi zásadní otázku pro vyhodnocení dotazníku. Rodiče měli vybrat zda, znají zkratku ADHD nebo ADD. Ti, co odpověděli ano, měli ještě za úkol napsal, co zkratka znamená pro ověření pravdivosti jejich odpovědi. Ve většině případů se tak ale nestalo. V České republice odpovědělo 8 respondentů kladně, ale pouze 6 jich i slovně napsalo, co zkratka znamená. Z Velké Británie zná zkratku 12 respondentů, slovní popis však nenapsal nikdo z nich. Takže se můžeme pouze domnívat, že zkratku opravdu znají. Částečnou znalost, tedy znalost zkratky, ale neschopnost vysvětlení potvrdilo 5 respondentů z České republiky a 3 z Velké Británie. Úplná neznalost se prokázala pouze u 2 respondentů z České republiky.

Položka č. 6

Říká vám něco termín hyperaktivita, případně hyperaktivní dítě?

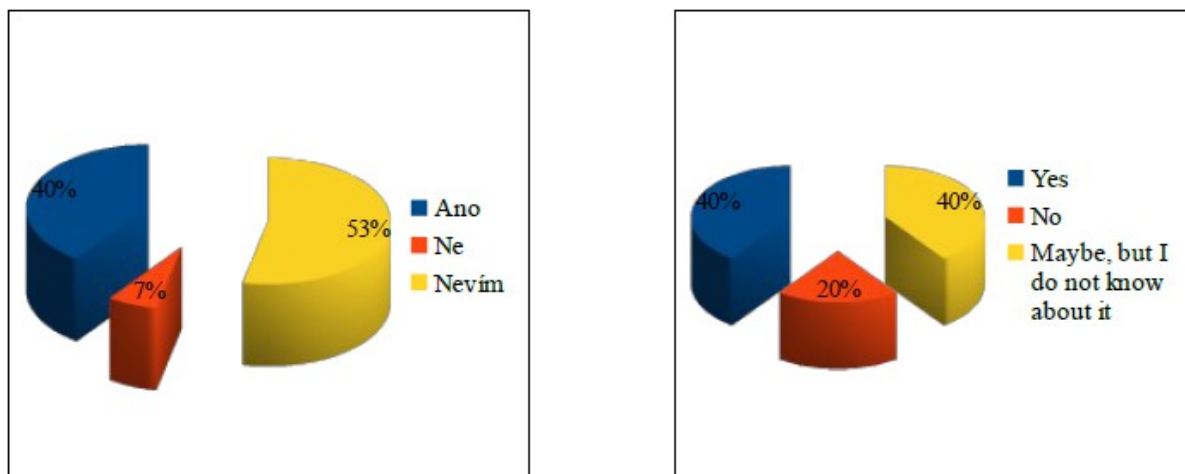


Graf 6: Znalost respondentů termínu hyperaktivita

Nedílnou součástí znalostí o ADHD je i nutnost znalosti termínu hyperaktivita, proto byla tato otázka do dotazníku zařazena hned jako následující. Je patrné, že se jedná o podstatně známější termín, než výše uvedená zkratka názvu poruchy. V České republice si pouze 1 respondent není jistý významem termínu, přesto se s ním ale už setkal. Zbytek respondentů zná jeho význam. Respondenti z Velké Británie ho znají všichni, všech 15 respondentů odpovědělo shodně a potvrdilo znalost významu termínu hyperaktivita.

Položka č. 7

Máte ve svém okolí nějakého jedince s ADHD?

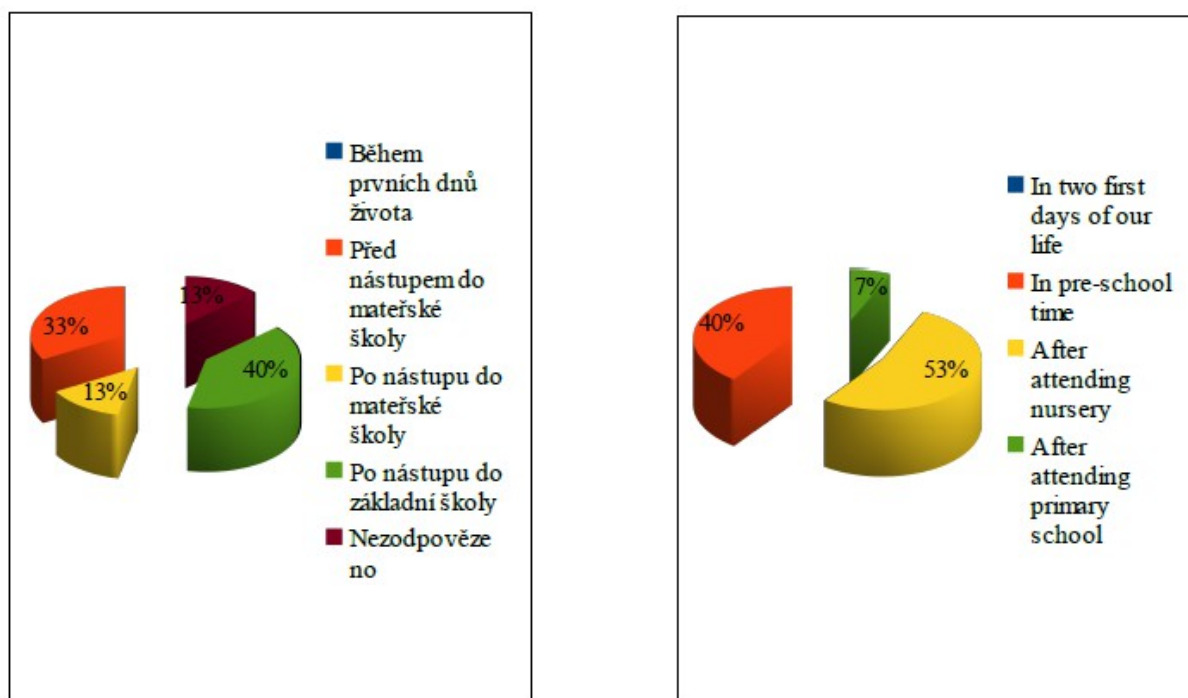


Graf 7: Výskyt jedinců s ADHD v okolí respondentů

Tato položka nám prozrazuje nejen znalost rodičů jedince s ADHD, ale také je z ní zjevné, jak moc se o poruše hovoří veřejně. Většina respondentů z České republiky odpovědělo, že nevědí, tuto odpověď zvolilo 8 respondentů, z Velké Británie takových respondentů bylo 6. Právě podle toho můžeme usuzovat, že se o poruše příliš veřejně nemluví, pokud by tomu tak bylo, je pravděpodobné, že by se většina respondentů přiklonila spíše k odpovědím ano či ne. Odpověď ano zvolilo shodně 6 respondentů z obou zemí, ale odpověď ne pouze 1 respondent z České republiky a 3 respondenti z Velké Británie.

Položka č. 8

V jakém věku se podle vás nejčastěji ADHD/ADD diagnostikuje?

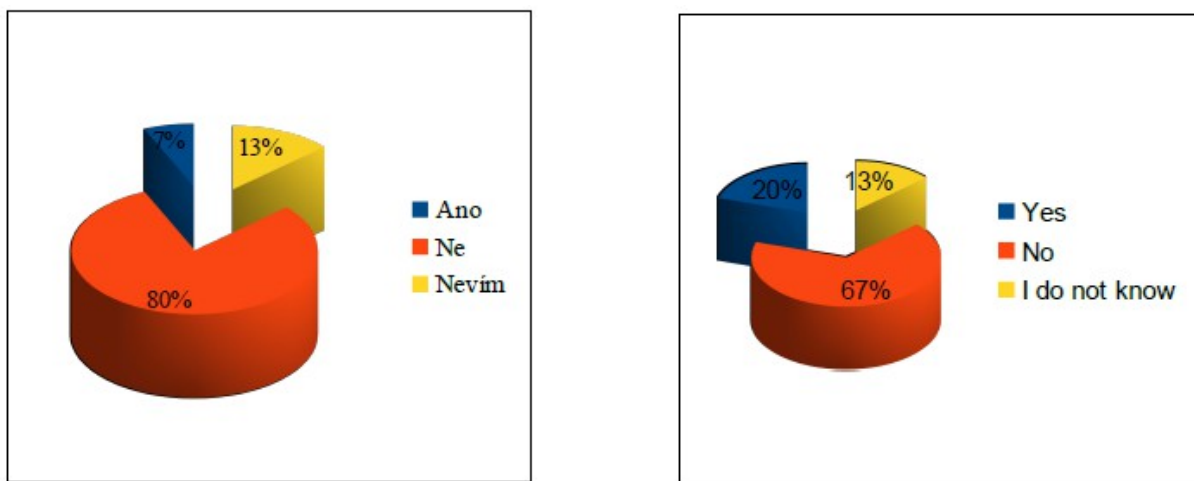


Graf 8: Nejvhodnější období pro diagnostiku ADHD

Od této položky jsou otázky dotazníku zaměřeny převážně na znalosti či subjektivní názory respondentů o poruše ADHD/ADD. První z nich se týká období, ve kterém se porucha ADHD odhalí a je provedena její diagnostika. Nejvíce respondentů se shodlo na diagnostikování po nástupu do školského zařízení, mateřské či základní školy. Takovou odpověď zvolilo dohromady 8 respondentů z České republiky, 2 zvolili mateřskou školu a 6 jich zvolilo základní školu. Ve Velké Británii jich bylo ještě o 1 více, tedy 9. 8 respondentů zvolilo odpověď po nástupu do mateřské školy a 1 respondent zvolil období až po nástupu do školy základní. Provedení diagnózy je podle 5 respondentů z České republiky a 6 respondentů z Velké Británie možné ještě před nástupem do školních zařízení, tedy v předškolním věku. 1 respondent z České republiky nezvolil žádnou z připravených odpovědí, ale připsal možnost nevím a 2. respondent z této země zakroužkoval jak možnost po nástupu do mateřské školy, tak po nástupu do základní školy a připsal vysvětlení, že dítě nemusí navštěvovat mateřskou školu, proto dojde k diagnostice až ve škole základní.

Položka č. 9

Myslíte si, že mají jedinci s ADHD/ADD narušenou inteligenci?

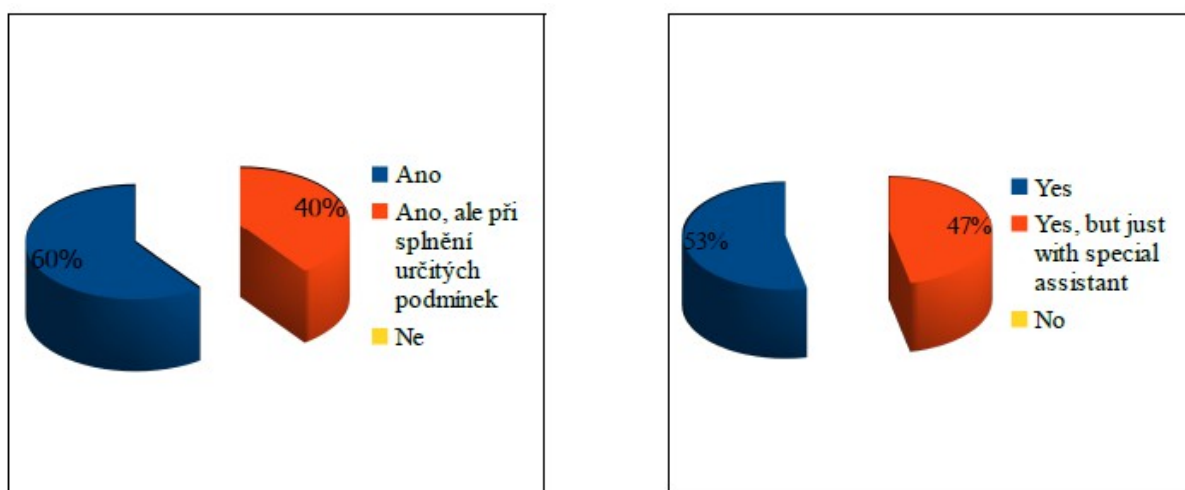


Graf 9: Narušení inteligence jedinců s ADHD

Narušení inteligence je jeden ze symptomů, který může a nemusí provázet vývojové poruchy. Proto jsme se zeptali respondentů, jak je to u ADHD. Pouze 1 respondent z České republiky a 3 respondenti z Velké Británie odpověděli, že inteligence těchto jedinců je narušena. 12 respondentů z České republiky a 10 z Velké Británie se shodlo na tom, že inteligence narušena není. Zbylí 2 respondenti z obou zemí označili možnost nevím.

Položka č. 10

Mohou být děti s ADHD/ADD vzdělávány v běžných školských zařízeních?

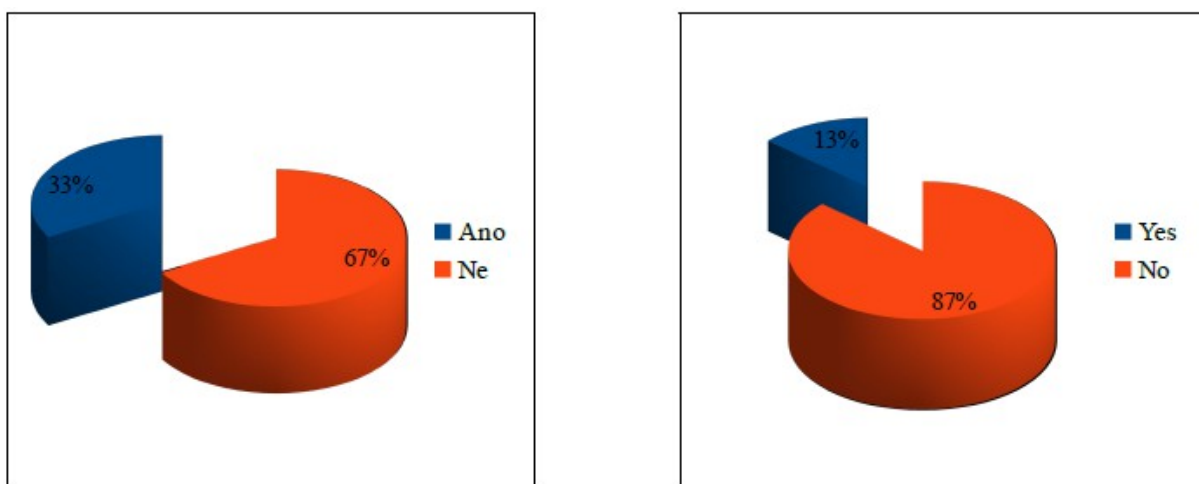


Graf 10: Možnost vzdělávání jedinců s ADHD v běžných školských zařízeních

V této položce se všichni respondenti shodli na možnosti vzdělávání jedinců s ADHD v běžném školství, 9 respondentů z České republiky a 8 z Velké Británie zvolili jednoznačnou možnost ano. Zbýlých 6 respondentů z České republiky a 7 respondentů z Velké Británie možnost ano doplnili nutností upravení podmínek pro tyto žáky. Ne neodpověděl žádný z respondentů.

Položka č. 11

Je podle vás ADHD/ADD dědičné?

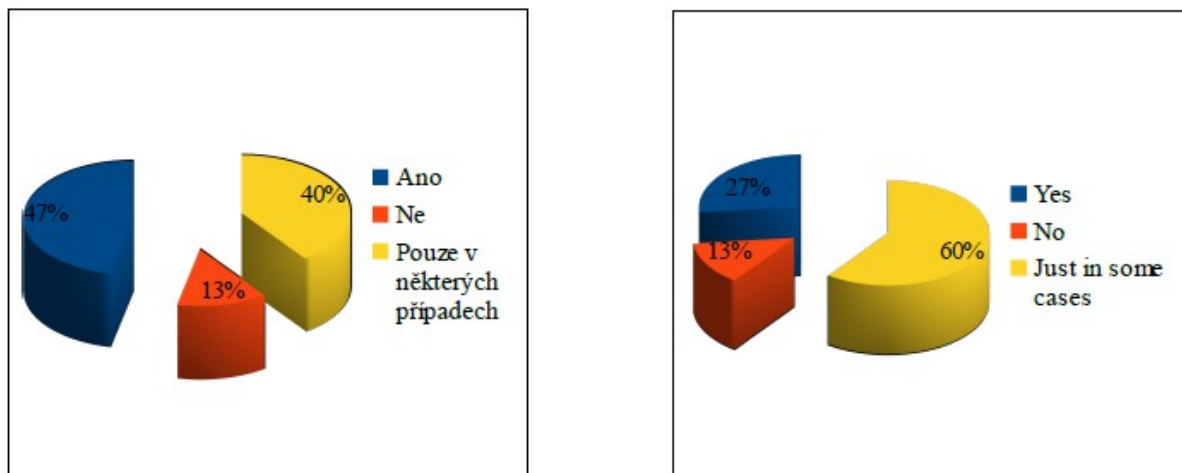


Graf 11: Dědičnost ADHD

U této položky se většina jedinců přiklonila k možnosti, že ADHD není dědičnou poruchou, ale vzniká u jedince až po jeho vzniku z jiných příčin. Možnost že ADHD není dědičné zvolilo v České republice 10 respondentů, zbylých 5 se přiklání k dědičnosti. Ve Velké Británii dědičnost poruše přisuzují pouze 2 respondenti a zbylých 13 respondentů tuto možnost vyvrací.

Položka č. 12

Přetrvává podle vás ADHD/ADD po celý život?

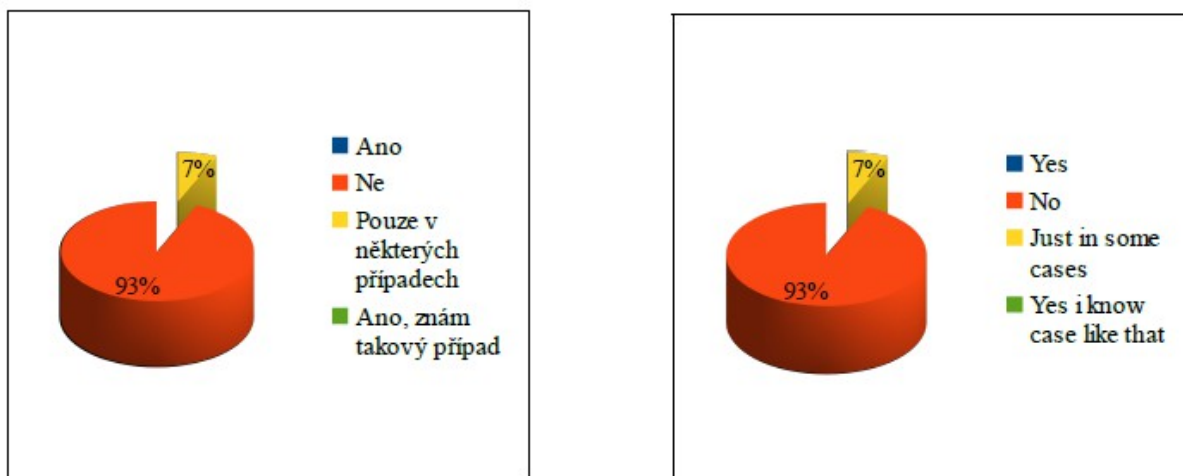


Graf 12: Celoživotnost ADHD

Touto položkou zjišťujeme, jak jsou na tom dle respondentů jedinci s ADHD v průběhu vývoje. Zda se jedná pouze o chvílkou záležitost, poruchu typickou pro dětský věk, nebo provází jedince i v dospělosti. 7 respondentů z České republiky a 4 respondenti z Velké Británie se domnívají, že všichni jedinci trpící ADHD se této poruchy nezbaví po celý život. 2 respondenti z obou skupin striktně prosazují, že se jedná pouze o dočasnou poruchu a celý život tedy nepřetrvává. Možnost, že porucha může, ale nemusí přetrvat po celý život zvolilo 6 respondentů z České republiky a 9 z Velké Británie.

Položka č. 13

Myslíte si, že může být porucha ADHD/ADD způsobena špatnou výchovou?

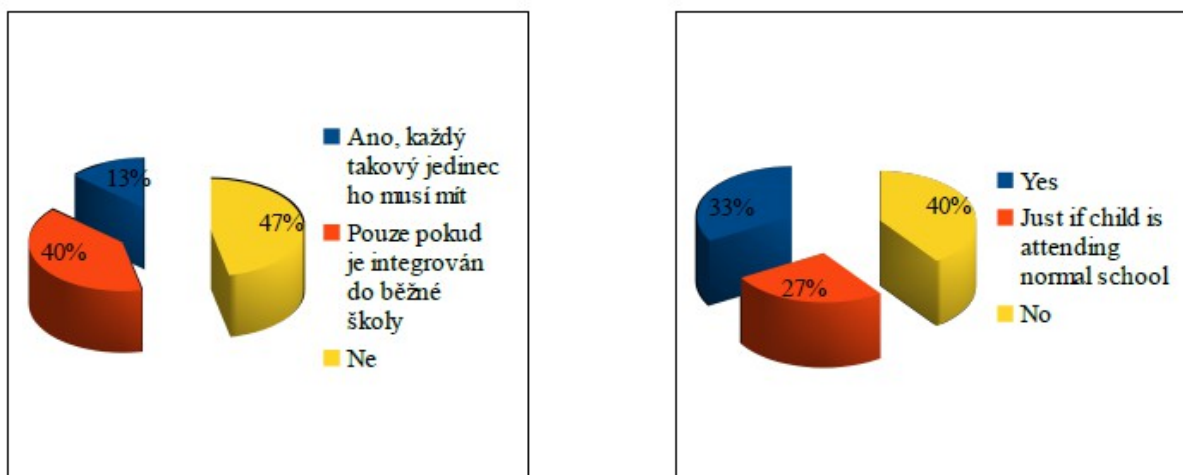


Graf 13: Vliv výchovy na vznik ADHD

Odpovědi z obou zemí se u této položky naprosto shodují. 14 respondentů je přesvědčeno, že výchovou nelze poruchu ADHD způsobit. V České republice i ve Velké Británii se však 1 respondent domnívá, že v určitých případech je způsobení výchovou možné.

Položka č. 14

Musí mít jedinec s ADHD/ADD vypracován individuální vzdělávací plán?

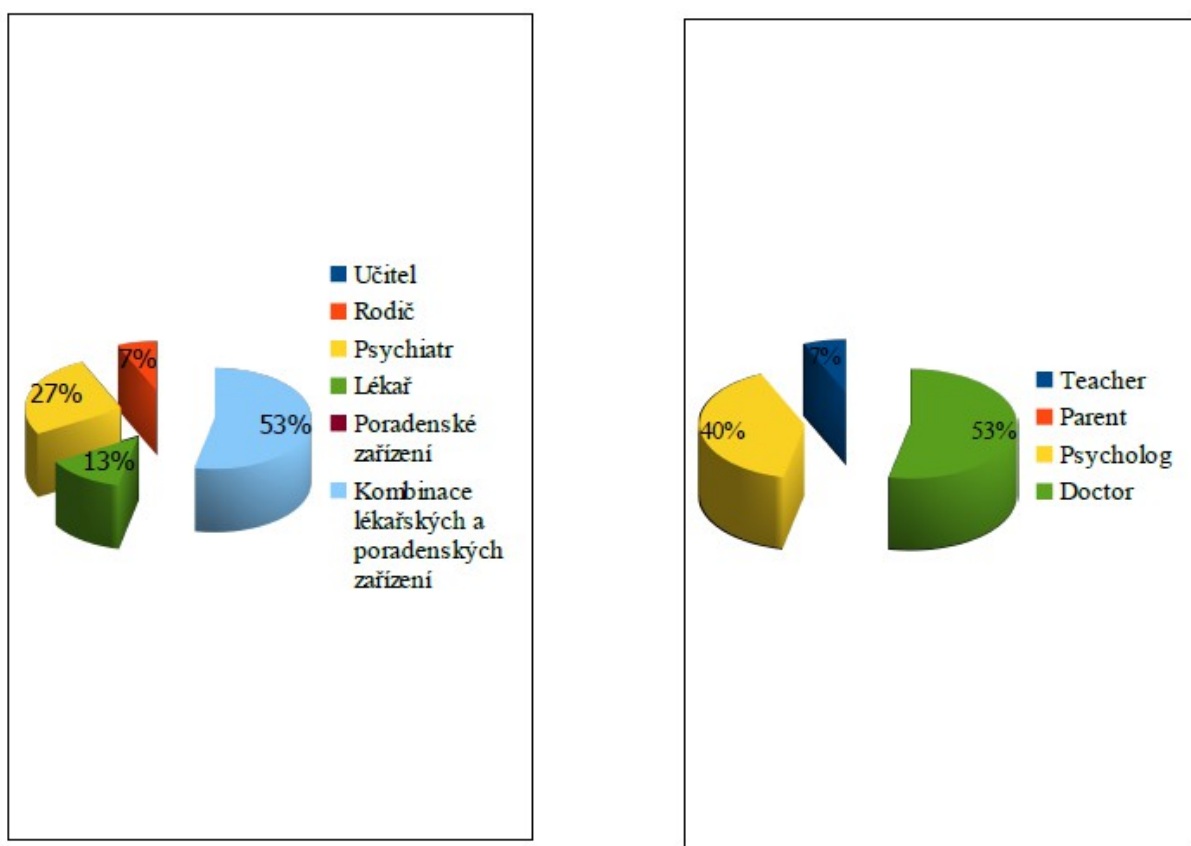


Graf 14: Nutnost individuálního vzdělávacího plánu při vzdělávání

Individuální vzdělávací plán, pomůcka jak pro žáky, tak pro učitele, která upravuje obsah a formu vzdělávání jedinců, kteří to potřebují. Proto je potřebný i u jedinců s diagnózou ADHD. Respondentů jsme se tedy zeptali, zda ho tyto jedinci potřebují. Respondenti z České republiky ve 2 případech odpověděli, že ano, v 7 případech, že je potřeba pouze při plnění školní docházky v běžných školách a 6 respondentů ho nepovažuje za potřebný. Také 6 respondentů z Velké Británie jeho tvorbu považuje za nepotřebnou, 5 respondentů si ale myslí, že by měl být vytvořen vždy a zbylí 4 respondenti považují za správnou možnost jeho vytvoření pro běžné vzdělávání.

Položka č. 15

Kdo diagnostikuje ADHD/ADD?



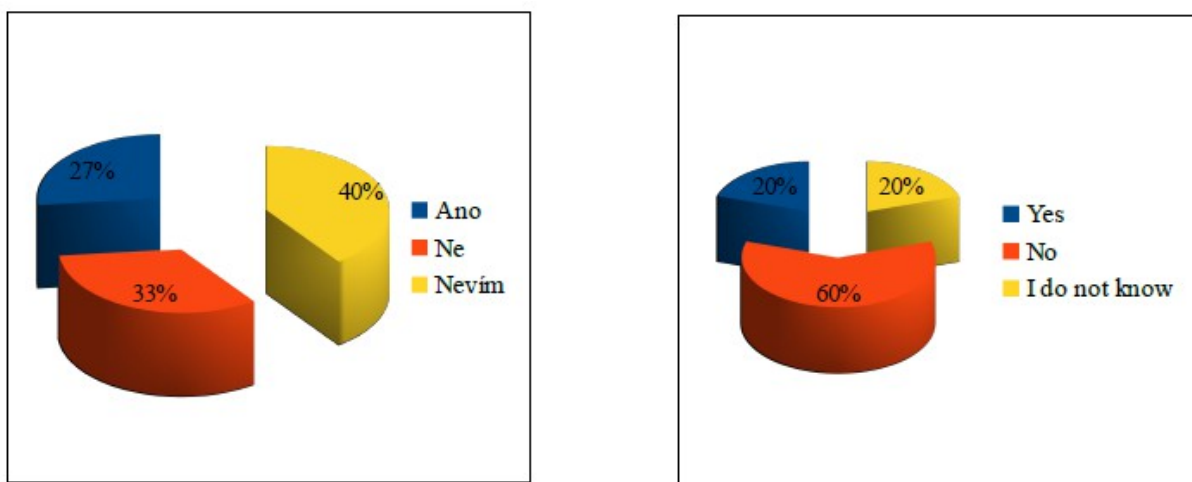
Graf 15: Odborník diagnostikující ADHD

Možnost průběhu diagnostiky je různorodá. I v této otázce ale měli respondenti předem připravené možnosti, ze kterých měli vybrat pouze 1 z nich. V dotazníku ve Velké Británii chybí možnost poradenských zařízení a jejich kombinace se zařízeními lékařskými z důvodu odlišnosti struktury školství v zemi. Poradenská zařízení našeho stylu bychom tam nenašli.

V České republice nikdo z respondentů nepovažuje za správnou možnost diagnostiku provedenou učitelem ani poradenským zařízením, 1 respondent zvolil možnost diagnostiky samotným rodičem dítěte. Nejčastější zvolená odpověď v České republice je kombinace lékařských a poradenských zařízení, kterou vybralo 8 respondentů, 4 respondenti vkládají diagnostiku do rukou psychiatrovi či psychologovi a zbylí 2 respondenti lékaři. Ve Velké Británii možnost diagnostiky rodičem nebyla zvolena ani jedním respondentem, učitel může diagnostiku provést podle 1 respondenta, psycholog podle 6 respondentů a nejvíce respondentů, tedy 8 považuje za vhodného odborníka lékaře.

Položka č. 16

Myslíte si, že mají jedinci s ADHD/ADD zpravidla nižší vzdělání než zdravá populace?

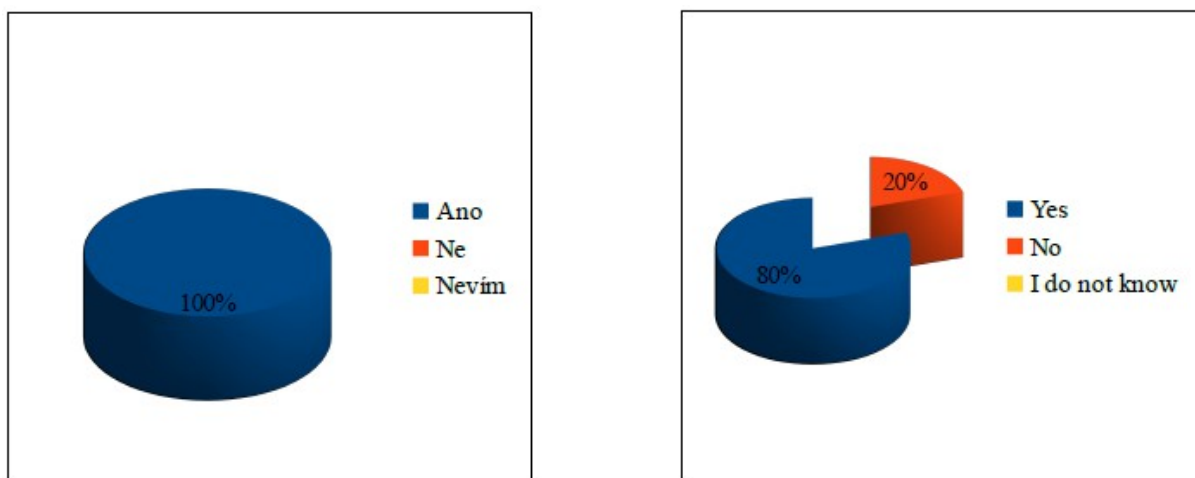


Graf 16: Vliv ADHD na výši dosaženého vzdělání

Podle 4 respondentů z České republiky a 3 z Velké Británie snižuje porucha ADHD schopnost dosáhnout vyššího vzdělání. 5 respondentů z České republiky a 9 respondentů z Velké Británie si myslí, že to na výši dosaženého vzdělání nemá žádný vliv. Odpověď nevím zvolilo 6 respondentů z České republiky a 3 respondenti z Velké Británie.

Položka č. 17

Myslíte si, že je výchova dítěte s ADHD/ADD náročnější?



Graf 17: Náročnost výchovy jedinců s ADHD

Všichni respondenti z České republiky odpověděli shodně, že výchova jedinců s ADHD je rozhodně náročnější. Ve Velké Británii odpověď jednoznačná nebyla. Za náročnější výchovu považuje 12 respondentů a zbylí 3 respondenti zvýšenou náročnost odmítají. Nejednoznačnost odpovědí ve Velké Británii může být způsobena i tím, že rodiče zde nerozlišují náročnější a nenáročnější výchovu, ale každého jedince považují za individuálního a tak přistupují i k výchově.

16 Školní vzdělávací systém

16.1 *Vzdělávací systém České republiky*

Vzdělávání v České republice je vymezeno zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších novel. Z něj vyplývá rozdělení na předškolní vzdělávání, základní vzdělávání, střední vzdělávání, vyšší odborné vzdělávání, vysoké školství, speciální vzdělávání a další vzdělávání.

Vzdělávání je založeno na rovnocenném přístupu ke všem účastníkům vzdělávání, poskytnutí individuálního přístupu a uspokojování individuálních potřeb. Vzdělávání je poskytováno bezplatně, ale rodiče si pro své děti mohou vybrat i z řady zpoplatněných škol.

Hlavní oblasti vzdělávání, obsahy, prostředky a cíle vzdělávání vymezené školským zákonem jsou zpracovány v Národním programu vzdělávání. V souladu s ním vznikly Rámcové vzdělávací programy pro každý obor vzdělávání v základním a středním vzdělávání a pro předškolní, základní umělecké a jazykové vzdělávání. Rámcové vzdělávací programy stanovují povinný obsah, rozsah a podmínky vzdělávání, ale také podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, nezbytné materiální, personální a organizační zajištění a ochrany zdraví. Vydává je ministerstvo po projednání s příslušnými ministry. Podle Rámcově vzdělávacích programů jsou tvořeny Školní vzdělávací programy, které již specifikují konkrétní školské zařízení. Jsou vydávány jejich řediteli ve spolupráci s pedagogickým sborem a jsou veřejně přístupné.

Paragraf 16 školského zákona pojednává o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami dětí, žáků a studentů nadaných. Žáky se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí žáci se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. Vzdělání jim je poskytováno s přizpůsobeným obsahem, formou a metodami tak, aby odpovídaly jejich možnostem.

Pro děti s postižením fungují mateřské školy speciální, základní školy speciální a základní školy praktické, nebo jsou vzdělávány v běžných školách pomocí upraveného rozsahu učiva pomocí individuálního vzdělávacího plánu. Každý žák se speciálními vzdělávacími potřebami musí mít vypracován individuální vzdělávací plán. V případě docházky do běžného školského zařízení může být žák integrován jednotlivě, nebo v případě více takových žáků

v jedné škole, může být vytvořena speciální třída při běžné škole. Pro přijetí do běžných škol je nutné písemné vyjádření školského poradenského zařízení nebo praktického lékaře pro děti a dorost.

Povinná školní docházka je v České republice devítiletá, nejvýše však do konce školního roku, v němž žák dosáhne 17 let a je plněna v základních školách. Docházka do mateřských, středních, vyšších odborných a vysokých škol je nepovinná.

Předškolní vzdělávání se organizuje pro děti zpravidla od 3 do 6 let prostřednictvím mateřských škol. O přijetí dětí rozhoduje ředitel školy, který zpravidla přednostně přijímá děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky. Poslední rok předškolního vzdělávání může být realizován také v přípravném ročníku základní školy. Docházka do předškolního vzdělávání napomáhá vyrovnat rozdíly ve vývoji před nástupem do povinného základního vzdělávání. Pomáhá v rozvoji zdravého citového, rozumového a tělesného vývoje a v osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů.

Povinná školní docházka začíná ve školním roce po dosažení 6 let dítěte. Pokud dosáhne 6 let v období od zahájení školního roku do konce kalendářního roku, může být také k základnímu vzdělání přijato. Naopak může být školní docházka i o jeden rok odložena.

Povinná školní docházka je plněna v základní škole. Žák přísluší do základní školy zřízené obcí v místě jeho trvalého bydliště. Rodič ale může požádat o základní vzdělání i v jiné než spádové škole. V určitých případech může být povoleno i individuální vzdělávání, které probíhá bez pravidelného docházení do školy pouze přezkoušením ve stanovených termínech. O individuálním vzdělávání rozhoduje ředitel školy, kam byl žák přijat k základnímu vzdělávání.

9 ročníků základní školy je rozděleno do dvou stupňů. První stupeň je tvořen 1. až 5. ročníkem a od 6. do 9. ročníku se jedná o druhý stupeň. Dokladem o ukončení základního vzdělání je vysvědčení z 9. ročníku.

Střední vzdělání je nepovinné a navazuje na základní vzdělání. Může mít délku 1 rok až 4 roky a rozlišujeme střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem a střední vzdělání s maturitní zkouškou. Každý stupeň středního vzdělání končí složením určitého druhu závěrečné zkoušky.

Další vzdělávání je poskytováno vyššími odbornými školami nebo vysokými školami. Ty jsou také zakončené závěrečnými zkouškami, které jsou od sebe odlišené získaným titulem. Vysokoškolské vzdělání prohlubuje znalosti a dovednosti získané v předchozím vzdělávání, připravuje studenta a poskytuje odbornou a praktickou přípravu pro výkon náročných činností (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy 2015).

16.2 *Vzdělávací systém Velké Británie*

Anglický vzdělávací systém se svým vývojem snaží dojít k co nejlepší koncepci školství, která bude vhodná pro vzdělávání všech jedinců. V roce 2000 byl vydán rámcový dokument Průvodce kurikulem pro základní období. Dochází k upravení vzdělávání tak, aby byly stejně kvalitní služby poskytovány všem, i znevýhodněným žákům. Již na základě Deklarace lidských práv OSN bylo ve Velké Británii zavedeno právo na efektivní vzdělání pro všechny děti ve věku povinné školní docházky. Rodiče mají možnost volby ze škol v místě bydliště, místní úřady však nemusí s volbou za určitých podmínek souhlasit. Jednou z možností je i vzdělávání dětí doma, jehož kvalita je pravidelně kontrolována školskými úřady.

Povinná školní docházka je od 5 let do 16 let. Ta je zajištěna státem a každé dítě má právo na bezplatné plnění povinné školní docházky v místě svého bydliště. Následné, nepovinné vzdělávání bývá do 19 let zpravidla také bezplatné. Vysokoškolské vzdělání je zpoplatněno školným vypočítaným podle osobních či rodinných příjmů. Vzdělání odpovídá vždy věku žáků, jejich schopnostem, vlohám i daným speciálním vzdělávacím potřebám (Eurydice 2005, s. 10).

Systém školního vzdělávání je pluralitní, protože není tvořen pouze soukromými a veřejnými školami jak je běžné, ale i sekulárními a náboženskými. Je na rodičích, jakou školu pro své dítě zvolí a pokud dítě k vybrané škole spadá místem bydliště a ta nemá naplněnou kapacitu, musí dané dítě přijmout.

Pokud dítě nemůže z důvodu nějakého handicapu či nemoci docházet do školy, školské úřady mu musí zajistit vhodné vzdělávání. Ty mají možnost poskytnout buď učitele na domácí vyučování, zajišťovat zadávání domácích úkolů a pravidelná přezkoušení, či v případě dlouhodobějšího pobytu v nemocnici poskytnout vzdělávání tam (Ježková a kol. 2009, s. 130–132).

Předškolní, nebo-li preprimární vzdělávání, jež je považováno za základní období (Foundation stage), je určeno pro děti od 3 do 5 let. Zařízení, kterými je předškolní výchova poskytována nejsou úplně standardizována. Například některé primární školy poskytují druhý

věk preprimárního vzdělávání, mohou do nich tedy docházet děti už od 4 let. Naopak ale některé mateřské školy (nursery school) zajišťují vzdělávání až do 7 let. Díky tomu je nutná velká spolupráce a propojení mezi mateřskými a primárními školami. Od 3 let mají děti nárok na bezplatnou výchovu a úřady jsou povinny zajistit pro každé dítě 12,5 hodiny bezplatného předškolního vzdělání týdně (Ježková a kol. 2009, s. 48–51). Předškolní výchova slouží k rozvoji dovedností a znalostí dětí potřebných k základnímu vzdělávání. Poskytuje rozvoj osobnostní, sociální a emocionální. Dává základy pro jazykovou gramotnost, rozvoj matematického chápání, porozumění světu, tělesný rozvoj a rozvoj tvořivosti (Eurydice 2005, s. 20, 21).

Základní vzdělávání (primary school) je věkově ohraničeno 5 a 14 lety. Dále se dělí se na klíčová období (key stage). První klíčové období je určeno pro děti od 5 do 7 let, na něj navazuje druhé klíčové období od 7 do 11 let. Tyto dvě období dohromady tvoří základní školu. Povinný rozsah vyučování je určen národním kurikulem, každá škola si však může v souladu s kurikulem svůj obsah vzdělávání individuálně upravit, aby odrážel konkrétní potřeby a poměry školy (Eurydice 2005, s. 25).

Primární škola je společenstvím, kde se dítě učí žít nejprve a především jako dítě, nikoli jako budoucí dospělý. Škola proto záměrně vytváří prostředí, které dětem umožňuje, aby byly samy sebou a aby se vyvíjely způsobem a tempem, jež jsou jim přiměřené. Zvláštní důraz se klade na individuální objevování, vlastní a bezprostřední zkušenost a příležitost pro tvořivou práci (Ježková a kol. 2009, s. 53). Každý žák je hodnocen individuálně, podle jeho dosažených výsledků. Neprobíhá pravidelné písemné či ústní zkoušení, které by bylo kategoricky známkováno, ale žáci jsou průběžně slovně hodnoceny. Důraz je kladen na co největší motivaci každého z nich k podávání nejlepších možných výsledků. Takový systém ale prakticky znemožňuje srovnávání škola a výkonů žáka. Zavedení Národního kurikula bylo prvním krokem k nápravě tohoto problému.

V dalším, třetím klíčovém období od 11 do 14 let je vzdělání poskytováno nižším sekundárním všeobecným vzděláváním. Poslední období poskytuje vyšší sekundární vzdělávání. Žáci jsou vzdělávání nejen v povinných předmětech stanovených kurikulem, ale školy zajišťují i přípravu na určité profesní zaměření. Na konci 4. klíčového stádia, ve věku 16 let, kdy končí povinná školní docházka, skládají žáci zkoušky pro všeobecné osvědčení středního školního vzdělání – GCSE (Eurydice 2005, s. 28, 29).

Následují vyšší střední školy, které spadají také do vyššího sekundárního vzdělávání, ale spadají již do nepovinné školní docházky, protože poskytují vzdělání žákům ve věku od 16 do 18 let. Do budoucna se však počítá se započítáním i těchto let do povinné školní docházky. Zde jsou nabízeny profesní i všeobecné vzdělávací kurzy. O přijímání si již rozhodují školy sami a žáky obvykle přijímají na základě minulých vzdělávacích a osobních výsledků. Toto studium je zakončeno závěrečnými zkouškami GCE-A, nebo GCE AS (Eurydice 2005, s. 28–30).

Vysokoškolské vzdělání zprostředkovávají univerzity. Podmínky vysokoškolského vzdělání, podmínky přijetí, obsah učiva i rozložení akademického roku jsou velmi individuální, upravované každou univerzitou podle její vzdělávací politiky.

Z roku 2002 pochází Zákon o speciálních vzdělávacích potřebách a postižení, který doplňuje Zákon o diskriminaci na základě postižení a stanovuje školám požadavky pro osoby s postižením. Podle tohoto zákona mají postižené osoby nárok na stejný přístup ke vzdělávání jako osoby nepostižené. Na pomoc těmto osobám působí ve školách odpovědný orgán, který zajišťuje plnění zákona ze strany školy. Nesmí být diskriminován v oblasti přijímání, vyučování ani dalších doprovodných služeb, ani nesmí být ze vzdělávací instituce vyloučen. Dalšími podpůrnými dokumenty sloužícími pro správné zacházení s postiženými osobami je Program rovnosti nezávisle na postižení a Kodex praxe pro školy. Ty slouží hlavně jako podpora pro školy, která jim ukazuje, jak mohou dané povinnosti realizovat.

Pokud však žáci potřebují při vzdělávání speciální vzdělávací potřeby, posuzuje se to podle Systému speciálních vzdělávacích potřeb zahrnutém ve Školském zákoně z roku 1996, na jehož základě se hodnotí individuálně speciální vzdělávací potřeby žáka. V takovém případě může být například využita individuální práce s asistentem pedagoga v rámci běžné výuky (Ježková a kol. 2009, s. 141–143).

17 Vyhodnocení hypotéz

H1: *Ve Velké Británii mají rodiče lepší znalosti o ADHD než rodiče v České republice.*

Data pro ověření hypotézy vychází z položek č. 5 až č. 17 v dotazníku. Již položka č. 5 prokazuje, že název poruchy ADHD zná více rodičů z Velké Británie než z České republiky. Z výzkumného vzorku není ve Velké Británii ani jeden rodič, který by název neznal, v České republice se však neznalost prokázala u 2 rodičů z 15 dotazovaných.

Položka č. 6 v dotazníku týkající se znalosti pojmu hyperaktivita vypovídá o dobrých znalostech respondentů z České republiky, protože tento termín zná 14 z 15 respondentů. Velká Británie si však i v této otázce vede lépe se 100% znalostí termínu.

Další položky již jen potvrzují lepší znalosti rodičů z Velké Británie. V žádné z položek jsme se nesetkali s větším výskytem správných odpovědí od výzkumného vzorku z České republiky.

Hypotéza byla verifikována

H2: *Vzdělávací systém Velké Británie bere na děti s ADHD větší ohledy než vzdělávací systém České republiky.*

Z popisu školských vzdělávacích systémů obou zemí je patrné, že ve Velké Británii je naprosto běžné vzdělávání jedinců s postižením v běžném vzdělávacím systému. Nedochozí k separaci postižených jedinců do speciálních škol.

Velký podíl na tom má hlavně systém vzdělávání na základních školách, kdy v každé škole je při výuce přítomno vždy několik pedagogů nebo pedagog a asistenti pedagoga, školní třídy jsou členěny na několik zón pro možnost individuální práce. Každý žák, bez ohledu na jakékoliv postižení, je brán jako individuální bytost, není kategoricky srovnáván, je kladen důraz na individuální možnosti, individuální potřeby a individuální pokroky. Neprobíhá běžné známkování, ale děti jsou hodnoceny podle individuálních úspěchů bodovým systémem a slovním hodnocením.

Česká republika má sice velmi propracovaný systém vzdělávání jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami, ale je stále zaměřený hlavně na vzdělávání ve speciálních školách, k integraci dochází pouze ojediněle. Pokud k ní dojde, je provázána velkým množstvím úprav a změn systému běžné školy, ale i velkým množstvím komplikací. V běžném školství není po-

čítáno s asistentem pedagoga, ani s oddělenými místnostmi, či relaxačními koutky. To vše jsou oproti Velké Británii podstatné nedostatky, které potvrzují lepší připravenost Velké Británie na vzdělávání jedinců s poruchou ADHD.

Hypotéza byla verifikována

Závěr

V současné době je porucha ADHD stále se rozšiřujícím fenoménem nejen ve speciálním školství, ale mnoho takových jedinců se objevuje i v běžných vzdělávacích zařízeních. Bohužel znalostí o poruše ADHD se nezvyšují úměrně se zvyšováním počtu diagnostikovaných jedinců.

Cílem bakalářské práce proto bylo poukázat na mizivé znalosti o poruše ADHD hlavně mezi rodiči dětí navštěvujícími běžná vzdělávací zařízení. Znalosti byly zjišťovány pomocí dotazníku, v němž byly použity uzavřené otázky týkající se základních symptomů poruchy ADHD. Výzkumný vzorek se skládal z 15 rodičů předškolních dětí z České republiky a 15 rodičů předškolních dětí z Velké Británie. Obě formulované hypotézy byly dokázány. Průzkum potvrdil, že respondenti z Velké Británie mají lepší znalosti o poruše ADHD i to, že vzdělávání ve Velké Británii je lépe přizpůsobeno jedincům s poruchami. Hlavní výhodou je přítomnost více pedagogů, či asistentů pedagoga v každé běžné třídě základní školy, rozdělení tříd na dílčí části, ale i slovní hodnocení místo známek. Celkově je kladen důraz na individualitu každého jedince, jeho individuální možnosti i dílčí úspěchy.

Bakalářská práce vznikla právě z důvodu nedostatečné informovanosti běžné populace o poruše ADHD, aby o ní podala bližší informace. Proto je teoretická část zaměřena na vymezení pojmu ADHD, stručný pohled do historie, objasnění vzniku poruchy, její diagnostiky a základních projevů. Dále také přináší základní principy pro výchovu a vzdělávání jedinců trpících ADHD.

Pro lepší pochopení základních projevů jsou uvedeny dvě krátké kazuistiky, které zachycují chování chlapců v předškolním věku, ale i reakce jejich rodičů na dané projevy. Pohled na ně může být různý, ale pokud přijmeme jejich individualitu a budeme s nimi podle toho zacházet, eliminuje mnoho přidružených problémů.

Navrhovaná opatření

S poruchou ADHD se nesetkáváme pouze ve speciálním školství, ale stále více se jedinci s touto diagnózou objevují v běžných školních zařízeních. Proto je nezbytně nutné rozšiřovat informace o ADHD mezi učitele v běžných školách. Ale za úvahu stojí také určitá, alespoň základní osvěta pro všechny rodiče a žáky. Rodičům by nemělo být lhostejné kde, jak, ani s kým se jejich dítě vzdělává, proto by pro ně tyto informace měly být velmi podstatné. Aby byl kolektiv schopný fungovat, je nutné vzájemné pochopení a spolupráce všech spolužáků. To vše je postavené na dobré informovanosti.

Separování do speciálních škol, ústavů, či lépe do speciálních skupin neprospívá ani zdravé populaci, natož jedincům s jakoukoliv poruchou. Ale i přes všechny snahy integrace a inkluze je naše školství orientované na skupiny. A to v případě školních tříd na poměrně velkou skupinu. Pokud se tedy nezmění náš systém vzdělávání, nezmenší se počet žáků ve třídě, nebo nezvýší počet pedagogických pracovníků, nikdy nemůžeme dospět k tak propracované integraci, jež probíhá v jiných zemích, například ve Velké Británii, která byla pro ilustraci uvedena v této práci.

Pro zlepšení dané situace by bylo vhodné zavést více školení pro pedagogické pracovníky týkajících se této poruchy, jejího odhalení a práce s jedinci s ADHD. Pomocí nich pak mohou být informace rozšiřovány dále, mezi rodiče a žáky.

Námětem pro další průzkum by mohla být informovanost mezi rodiči, jejichž dítě navštěvuje speciální školu, nebo mezi pedagogickými pracovníky. V těchto průzkumech bychom se jistě dočkali daleko lepších výsledků.

Na závěr je však nutné zamyslet se nad tím, zda je vzdělávací systém České republiky nastaven tak, aby bylo možné všechny tyto navrhované změny uskutečnit, nebo by v souvislosti s nimi musel být upraven vzdělávací systém.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BUMBÁLKOVÁ, Š., 2014. Lehká mozková dysfunkce. In: *ALFABET.CZ Informační servis pro rodiče dětí se zdravotním postižením* [online]. 11. 2. 2014 [vid. 2. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.alfabet.cz/informace-o-typech-zdravotniho-postizeni/diagnozy/39-lehka-mozkova-dysfunkce>

ČERMÁKOVÁ, M., PAPEŽOVÁ, H., UHLÍKOVÁ, P., 2013. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD) příručka pro dospělé* [online]. [vid. 3. 1. 2015]. Dostupné z: http://www.prevence-praha.cz/attachments/article/35/ADHD-ADD_dospeli_brozura.pdf

DRTÍLKOVÁ, I., 2007. *Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-447-8.

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O., et al. 2007. *Hyperkinetická porucha ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-419-5.

EURYDICE, 2003. *Struktury systémů vzdělávání, profesní přípravy a vzdělávání dospělých v Evropě – Spojené království*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání.

GAVORA, P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozšíř. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

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

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2009. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.

HÉDLOVÁ, I., 2014. ADHD – Hyperkinetická porucha. In: *Studio zdraví Hedis* [online]. 13. 8. 2014 [vid. 3. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.zdravi4u.cz/telo-organy/nervovy-system/7180-adhd-hyperkineticka-porucha>

JENNET, W., 2013. *ADHD 100 tipů pro rodiče a učitele*. 1. vyd. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0158-6.

JEŽKOVÁ a kol., 2009. *Školní vzdělávání ve Velké Británii*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1784-8.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁKOVÁ, H., 2007a. *Máte neklidné a nesoustředěné dítě? Relaxace nejen pro děti s ADHD*. 1. vyd. Praha: D + H. ISBN 978-80-903869-8-3.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁKOVÁ, H., 2007b. *Máte neklidné a nesoustředění dítě? Metody práce s dětmi s LDM (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. 2. vyd. Praha: D + H. ISBN 978-80-903-869-1-4.

KRČMÁŘOVÁ, M., 2014. Dítě s ADHD ve škole aneb Jak na ně. *Školní poradenství v praxi*. Roč. 1, č. 1, s. 24, 25.

Lehká mozková dysfunkce, 2014. In: *Vitalion* [online]. [vid. 20. 12. 2014]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/lehka-mozkova-dysfunkce/>

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

MICHALOVÁ, Z., 2007. *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš. ISBN 80-7311-075-X.

MINAŘÍKOVÁ, L., 2003. Práce s dětmi ADHD. *Řízení ve školství*. roč. 21, č. 5, s. 30–42.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online]. [vid. 27. 2. 2015].

ŠLAPAL, R., 2007. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-160-7.

WEDGE, M., 2014. Proč francouzské děti nemají ADHD. *Učitelské noviny*. Roč. 117, č. 45, s. 14. ISSN 0139-5718.

ZELINKOVÁ, O., 2009. *Poruchy učení*. 11. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-514-1.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník pro Českou republiku

Příloha č. 2 – Dotazník pro Velkou Británii

Příloha č. 1: Dotazník pro Českou republiku

Vážení rodiče předškolních dětí,

jsem studentkou kombinovaného bakalářského studia oboru Speciální pedagogika předškolního věku na Technické univerzitě v Liberci. Chtěla bych Vás poprosit o pomoc při průzkumu, který bude součástí mé bakalářské práce s názvem „Znalosti rodičů o ADHD/ADD“.

Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro účel bakalářské práce. Tímto Vás žádám o jeho vyplnění. U každé otázky vyberte, prosím, pouze jednu odpověď.

Děkuji za Vaši ochotu a čas strávený nad dotazníkem.

Ivana Petržílková

Iv.petrzilkova@gmail.com

Znalosti rodičů o ADHD/ADD

1. Jakého jste pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Kolik vám je let?

- a) 20–25 let
- b) 26–30 let
- c) 31–40 let
- d) více

3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

4. Kolik máte dětí?

- a) 1 dítě
- b) 2 děti
- c) 3 děti
- d) 4 a více dětí

5. Víte, co znamená zkratka ADHD či ADD?

- a) ano
- b) zkratku jsem slyšel/a, ale nevím, co znamená
- c) ne

Pokud ano, vysvětlete:

6. Říká vám něco termín hyperaktivita, případně hyperaktivní dítě?

- a) ano, znám jeho význam
- b) tento termín jsem již slyšel(a), ale nevím, co znamená
- c) ne, nikdy jsem o tom neslyšel(a)

7. Máte ve svém okolí nějakého jedince s ADHD/ADD?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8. V jakém věku se podle vás nejčastěji ADHD/ADD diagnostikuje?

- a) během prvních dnů života dítěte
- b) v batolecím věku, před nástupem do mateřské školy
- c) po nástupu do mateřské školy
- d) po nástupu do základní školy

9. Myslíte si, že mají jedinci s ADHD/ADD narušenou inteligenci?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Mohou být děti s ADHD/ADD vzdělávány v běžných školských zařízeních?

- a) ano
- b) ano, ale pouze při splnění určitých podmínek (například asistent pedagoga)
- c) ne

11. Je podle vás ADHD/ADD dědičné?

- a) ano
- b) ne

12. Přetrvává podle vás ADHD/ADD po celý život?

- a) ano
- b) ne
- c) pouze v některých případech

13. Myslíte si, že může být porucha ADHD/ADD způsobena špatnou výchovou?

- a) ano
- b) ne
- c) pouze v některých případech
- d) ano, znám takový případ

14. Musí mít jedinec s ADHD/ADD vypracován individuální vzdělávací plán?

- a) ano, každý takový jedinec ho musí mít vypracovaný
- b) ne
- c) pouze pokud je integrován do běžné školy

15. Kdo diagnostikuje ADHD/ADD?

- a) učitel
- b) rodič
- c) psycholog/psychiatr
- d) lékař
- e) poradenské zařízení
- f) kombinace lékařských a poradenských zařízení

16. Myslíte si, že mají jedinci s ADHD/ADD zpravidla nižší vzdělání než zdravá populace?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Myslíte si, že je výchova dítěte s ADHD/ADD náročnější?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Příloha č. 2: Dotazník pro Velkou Británii

Dear parents,

I am a student of Special Pedagogic University in Czech Republic. I would like to ask you for a help with my research, which is going to be part of my final thesis named „Knowledge of parents about ADHD/ADD“ (attention deficit hyperactivity disorder/attention deficit disorder).

This is anonym and the results are going to be used just for my final bachelor thesis. Could you please answer for me couple those questions. Please choose just one answer.

Thank you very much for your time, really appreciate that.

Ivana Petrzilkova

Ivpetrzilkova@gmail.com

Knowledge of parents about ADHD/ADD

1) What is your gender?

- a) Male
- b) Female

2) How old are you?

- a) 20–25 years old
- b) 26–30 years old
- c) 31–40 years old
- d) Older

3) What is your highest education level?

- a) Primary school
- b) Secondary school
- c) College
- d) University degree

4) How many children have you got?

- a) One child
- b) Two children
- c) Three children
- d) Four children
- e) More

5) Do you know what does it mean ADHD/ADD?

- a) Yes
- b) Sounds similar to me but I am not sure
- c) No

If you know, please explain:

6) Do you know the term hyperactivity, or hyperactive child?

- a) Yes, I know the term
- b) Sounds similar to me, but I don't know what does it mean
- c) No, I never heard about it

7) Do you know someone with ADHD/ADD?

- a) Yes
- b) No

Maybe, but I don't know about it

8) At what age do you think is ADHD/ADD diagnosed?

- a) In two first days of our life
- b) In pre-school time
- c) After attending nursery
- d) After attending primary school

9) Do you think that individuals with ADHD/ADD impaired intelligence?

- a) Yes
- b) No
- c) I don't know

10) Can child with ADHD/ADD attend normal school as other children?

- a) Yes
- b) Yes, but just with special assistant
- c) No

11) Do you think ADHD/ADD can be hereditary?

- a) Yes
- b) No

12) Do you think ADHD/ADD takes whole live?

- a) Yes
- b) No
- c) Just in some cases

13) Do you think that one of the reason of having ADHD/ADD could be wrong rising of child?

- a) Yes
- b) No
- c) Just in some cases
- d) Yes I know case like that

14) Does child with ADHD/ADD have to have a special individual plan at school?

- a) Yes
- b) No
- c) Just if child is attending normal school

15) Who diagnosed ADHD/ADD?

- a) Teacher
- b) Parent
- c) Psycholog
- d) Doctor

16) Do you think that individuals with ADHD have in general lower education that heatly population?

- a) Yes
- b) No
- c) I don't know

17) Do you think rising child with ADHD is more complicated?

- a) Yes
- b) No
- c) I don't know