



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



INFORMOVANOST RODIČŮ DĚTÍ S ADHD O DANÉ PORUŠE

Diplomová práce

Studijní program: N7506 - Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506T002 - Speciální pedagogika

Autor práce: **Bc. Martina Šuráňová**

Vedoucí práce: PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina Šuráňová**
Osobní číslo: **P12000907**
Studijní program: **N7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika**
Název tématu: **Informovanost rodičů dětí s ADHD o dané poruše**
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 práce: Zjistit informovanost rodičů dětí s ADHD a rodičů dětí intaktních o symptomech jmenované poruchy a možnostech intervence dětí s ADHD.

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

Metody: Dotazník KADDS, kvantitativně zpracované statistické procedury F-test a T-test, rozhovor.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P., 2009. ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-630-4.
- HALBIG, P., 2010. ADHS - danke für die Gabe. 1. vyd. Bergisch Gladbach: Breuer & Wardin Verlagskontrol. ISBN 978-3-939621-77-5.
- JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, J., 2010. Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2697-7.
- LECHTA, V., 2010. Základy inkluzivní pedagogiky. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.
- MICHALOVÁ, Z., 2007. Sondy do problematiky specifických poruch chování. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobíáš. ISBN 978-80-7311-075-8.
- PACLT, I., 2007. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1426-4.
- ROSSI, P., 2011. Eckpunkte, Chancen und Stolpersteine der ADHS-Therapie bei Kindern und Erwachsenen. [online], [vid. 20. 1. 2013]. Dostupný z: <http://www.adhs.ch/2011/eckpunkte-chancen-und-stolpersteine/>.
- VOJTOVÁ, V., 2010. Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5159-1.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

2. dubna 2013

Termín odevzdání diplomové práce:

25. dubna 2014



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



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

V Liberci dne 23. dubna 2013

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou 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 diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou 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.

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

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

Datum: 25.4.2014

Podpis: Markéta Pránská

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Zdeňce Michalové, Ph.D. za ochotu, podnětné konzultace a odborné vedení diplomové práce. Rodině a přátelům děkuji za poskytnutí zázemí a podpory.

Anotace:

V diplomové práci se teoretická část zaměřuje, na základě studia odborné literatury, na kompilaci poznatků především o problematice poruch pozornosti s hyperaktivitou (dále ADHD). V empirické části práce jsou analyzovány objektivní znalosti rodičů o poruchách pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), získané prostřednictvím modifikovaného dotazníku pro učitele, a souvislost s aplikací znalostí do praxe. Dále jsou hledány souvislosti mezi objektivními znalostmi respondentů o ADHD a na základě studia odborné literatury stanovených determinant. Respondenty byli rodiče dětí s ADHD. Podle předpokladu se prokázala mj. významná souvislost mezi některými stanovenými determinanty a vědomostmi rodičů o dané problematice. Dále je patrné, že objektivní znalosti rodičů o ADHD mohou mít obecně příznivý dopad na jejich intervenci směrem k dětem.

Klíčová slova:

Agresivita, ADHD, determinanty, impulzivita, intervence, hyperaktivita, chování, narušená pozornost, rodiče, signifikance, školní věk, vědomosti o ADHD.

Annotation

The theoretical part of the diploma thesis according to the literature primarily focuses on a compilation of attention deficit disorders including hyperactivity (further on ADHD). The empirical part of the thesis analyses the objective knowledge concerning the attention deficit disorders including hyperactivity (ADHD), which results were obtained by a modified questionnaire for teachers, in terms of applying theoretical knowledge into practice. Further more the connection between the objective knowledge of respondents about ADHD and the established determinants are sought. The respondents were parents whose children have ADHD. The hypothesis indicates a significant association between some established determinants and the knowledge of parents in connection with the issue. It is also apparent, that the objective knowledge of parents about ADHD may have generally a beneficial impact on their intervention directed to children.

Key words:

Aggressiveness, ADHD, determinants, impulsivity, intervention, hyperactivity, behavior, disrupted attention, parents, significance, school age, knowledge about ADHD.

Obsah

Seznam zkratek	9
Úvod	11
1 Teoretická část	12
1.1 ADHD	12
1.1.1 Symptomy ADHD	13
1.1.2 Etiologie ADHD	19
1.1.3 Diagnostika ADHD.....	19
1.2 Problémy dítěte související s ADHD.....	21
1.3 Rodina a ADHD.....	23
1.3.1 Současná rodina a její problémy	24
1.3.2 Rodičovství a ADHD.....	30
1.4 Socializace dítěte s ADHD	32
1.5 Podpora dítěte s ADHD a jeho rodiny	34
1.5.1 Legislativní vymezení.....	36
1.5.2 Vzdělávání žáků s ADHD.....	37
1.5.3 Formy terapie ADHD	39
1.6 Optimalizace denního režimu dítěte s ADHD	47
2 Empirická část.....	52
2.1 Cíl výzkumu a stanovení hypotéz	52
2.2 Použité metody	54
2.3 Představení výzkumného souboru a průběh výzkumu	56
2.4 Zpracování sebraných dat a ověření hypotéz.....	59
2.4.1 Úspěšnost rodičů v oblasti teoretických vědomostí o ADHD	59
2.4.2 Souvislost mezi výsledky respondentů ve škále vědomostí o ADHD a úspěšnější intervencí směrem k dítěti s ADHD	62
2.4.3 Souvislost mezi dosaženými vědomostmi respondentů a stanovenými determinanty	68
2.4.4 Rozhovory.....	70

2.5	Diskuse.....	75
2.6	Návrh opatření	80
Závěr		81
Seznam použitých zdrojů		83
Seznam příloh.....		93

Seznam zkratek

ADD (Attention Deficit Disorder) Porucha pozornosti

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) Porucha pozornosti s hyperaktivitou

CD (Conduct Disorder) Poruchy chování

CNS Centrální nervová soustava

CT Počítačová tomografie

č. číslo

dg. diagnóza

DNA Deoxyribonukleová kyselina

DSM IV (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder) Diagnostický manuál psychiatrických poruch

EEG Elektroencefalogram

EKG Elektrokardiogram

Hl. m. Hlavní město

IQ Inteligenční kvocient

IVP Individuální vzdělávací plán

KADDS (Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale) Škála znalostí o ADHD

KSS Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

KBT Kognitivně behaviorální terapie

LMD Lehká mozková dysfunkce

mj. mimo jiné

např. například

MRI Magnetická rezonance

MŠMT Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

ODD (Oppositional Deviant Disorder) Porucha opozičního vzoru

OSPOD Orgán sociálně-právní ochrany dětí

PCH Poruchy chování

PET Pozitronová emisní tomografie

příp. případně

resp. respektive

Sb. sbírky

SOŠ Střední odborná škola

SPCH Specifické poruchy chování

SPU Specifické poruchy učení

TAD Tricyklická antidepresiva

tj. to jest

tzv. takzvaně

vč. včetně

VTI videotrénink interakcí

VŠ Vysoká škola

ZŠ Základní škola

Úvod

Každá rodina určitým způsobem plní své funkce směrem k dětem a naplňuje postupně hlavní cíl rodičovství - vychovat z dítěte nezávislého a autonomního jedince (Hill, Taylor 2004). Chod rodiny ale mohou poznamenat nepředvídatelné změny jako například zjištění rodičů, že jejich dítě má nějaký deficit či zdravotní postižení (Carter, McGoldrick 1999). Týká se to i dětí s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (dále ADHD), tedy diagnózou uvedenou v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních chorob Americké psychiatrické společnosti, DSM-IV. V posledních letech se tato diagnóza stále častěji užívá v České republice v pedagogické praxi jako nepřesné synonymum hyperkinetické poruchy. Je jednou z nejrozšířenějších neurovývojových poruch s počátkem v dětství (Glanzman, Blum 2007). Děti s uváděnou poruchou se odlišují svými projevy od běžné populace a tím dokáží i výrazně znejistit své rodiče v jejich edukačním působení. Manifestní příznaky ADHD mohou být zaznamenány od **kojeneckého věku**. Jedná se především o abnormní výskyt dráždivosti, typické potíže s usínáním, inverzní typ spánku. **V batolecím a předškolním věku** přetrvává období vzdoru se záchvaty vzteku, děti jsou motorické méně zdatné. V mateřské škole bývají nevladatelné obzvláště v situacích, kdy se musí podřídit čemukoliv proti své vůli. **S nástupem dítěte s ADHD do školy** se zvyšují nároky na jeho pozornost a soustředění během vyučování. Musí respektovat požadavky učitelky, spolupracovat s ostatními dětmi, řešit domácí úkoly. Povinnosti převažují nad volnou hrou a jádrové příznaky syndromu se pod stoupající zátěží odhalují. Při výuce se tyto děti projevují jako výrazně nepozorné, lajdácké, nevychované. Dochází u nich k výukovému selhávání z mimointelektových příčin.

Aby rodič náročnou úlohu péče o takové dítě zvládl, musí mít dostatek informací o ADHD. Na jejich základě je pak vhodné přizpůsobit svůj výchovný styl potřebám těchto dětí (Halbig 2010). Mnoho dospělých cítí úzkost, když čelí neznámé situaci. Nicméně úzkost poskytuje energii, která může mobilizovat rodiče, aby zjistili, co diagnóza znamená, aby si promluvili s jinými rodiči a vyhledali nové informace (Marshak, Prezant 2007).

Cílem práce je tedy zjistit úroveň informovanosti rodičů dětí s ADHD o dané problematice. Dále nás zajímá, zda existují určité faktory (determinanty) související s úrovní jejich nabytých vědomostí o ADHD.

1 Teoretická část

1.1 ADHD

ADHD – Attention Deficit Hyperaktivity Disorder je chronická vývojová porucha s biologickým a hereditárním zatížením. Je nejčastější dětskou psychiatrickou poruchou, dotýká se 3-7% dětí školního věku (Sherman, Rasmussen, Badala 2008). Drtílková (2007) hovoří o 5-8% dětí s behaviorálními projevy této poruchy, která je častější u chlapců. Charakteristická je narušením **pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou**. Základní triáda symptomů následně výrazně ovlivňuje sociální a školní úspěšnost dítěte a odráží se v jeho emocionální oblasti. Michalová (2011a) mluví o psychosociální nemoci, z lékařského pohledu je řazena do „heterogenní skupiny neurovývojových poruch“ (Drtílková 2013).

Syndrom ADHD lze dále diferencovat na určité subtypy. Např. Michalová s Pešatovou (2011) či Šauerová (2012) uvádějí Barkleyeho klasifikaci; vymezují oblasti, které upřesňují vlastní diagnózu určením přítomnosti či absence dalších významných příznaků:

- míra hyperaktivity, která rozlišuje podtypy ADD+H (hyperaktivita) a ADD-H (hypoaktivita);
- přítomnost agresivity, která rozlišuje ADHD s agresivitou a ADHD bez agresivity;
- internalizující symptomy, které poukazují např. na míru úzkosti či deprese;
- přítomnost opozičního chování.

DSM-IV (2010) pracuje se třemi kategoriemi ADHD, Michalová (2012) uvádí jejich procentuelní zastoupení:

- N-typ – převážně nesoustředivý typ, týká se 25-35% diagnóz,
- H-I typ – převážně hyperaktivně-impulzivní typ, dotýká se 10-20% případů,
- K-typ – kombinovaný (smíšený) typ, který se projevuje zastoupením všech tří hlavních příznaků a vyskytuje se u poloviny všech dětí s ADHD.

Drtílková (2007) na rozdíl od Riefové (2008) typologii rozšiřuje o další dva typy – nespecifický (s prominentními symptomy nepozornosti, hyperaktivity-impulzivity, které však nesplňují kritéria ADHD) a ADHD v částečné remisi (současné symptomy již nesplňují všechna kritéria diagnózy). Onu rozdílnost názorů lze vysvětlit odlišným profesním zaměřením autorek. Riefová není psychiatr a její tendence spočívají v pomoci vychovatelům dětí s touto diagnózou, k ovlivnění příznaků ADHD v jejich sociálním

prostředí. Drtílkové záleží na pregnantnosti diagnostiky coby jádrového podkladu k podání adekvátní medikace konkrétnímu dětskému pacientovi.

Dle hloubky dílčích symptomů (z hlediska pedagogicko - psychologické praxe) rozlišují Žáčková, Jucovičová (2010):

- Mírný typ ADHD - s výskytem mála dílčích symptomů nutných pro stanovení diagnózy. Koncentrace pozornosti je kolísavá. Výkyvy jsou patrné, ale dominující symptomy jsou zvládnutelné v rámci individuálního přístupu k dítěti, bez speciální péče. Školní a sociální úspěšnost dítěte není vlivem symptomů ohrožena, případně jen minimálně.
- Střední typ ADHD – je vážnějším problémem pro úspěšnou adaptaci dítěte v sociálním prostředí. Dítě je neklidné, nesoustředěné, reaguje překotně, není emočně stabilní a má sníženou míru sebekontroly. V přístupu k dítěti je potřebná kombinace individuálního přístupu a speciální péče.
- Vážný typ ADHD - je charakteristický nadměrnou mírou typických symptomů poruchy. Dítě je často výrazně neklidné, má sklony k rizikovému chování, nízkou nebo žádnou schopnost sebekontroly a sebeovládání. V soužití s ostatními jsou nápadné velké obtíže. Porucha je doprovázena specifickými poruchami učení. V přístupu k dítěti je nutná speciální péče.

1.1.1 Symptomy ADHD

Příznaků ADHD je celá řada. Jako projevy chování se jeví nepřiměřené vzhledem k věku dítěte, jeho mentální úrovni, nejsou důsledkem senzoryckých či motorických postižení nebo důsledkem závažných emočních problémů (Andreánska 2010). Primární symptomy jsou dány diagnostickou triádou syndromu. Ovlivňují dynamiku psychiky dítěte, jeho osobní tempo, plynulost psychického vývoje, psychický procesů a reakcí na podněty, stejně jako trvání psychických procesů v rámci adaptace na prostředí. Sekundárně se u jedinců vyskytují emocionální problémy, poruchy motoriky a senzomotorické koordinace, vnímání, řeči, učení, biorytmu a vegetativních funkcí.

Tyto projevy jsou často důsledkem fyziologických abnormit, prokázaných lékařskými diagnostickými postupy a přístroji (Šauerová 2012). Jsou to nežádoucí pomalé frekvence při EEG vyšetření (théta a delta vlny), snížené prokrvení mozkové tkáně (následkem je nedostatečný přísun kyslíku a glukózy), deficity anatomie a funkce mozkové tkáně (nižší množství šedé i bílé hmoty ve frontálních lalocích, což způsobuje nepozornost,

nesoustředěnost a neschopnost ovládat nežádoucí impulzy) a deficit neurotransmiterů (nedostatek dopaminu a serotoninu, který se projevuje snížením energie a pohody).

Primární symptomy

Deficit pozornosti

Pozornost je psychická funkce, která vybírá ze všech podnětů působících na jedince ty, jež jsou pro něj aktuálně důležité. Dle Michalové (2007) se porucha pozornosti vyskytuje ve dvou formách, v přecitlivělosti na podněty (neschopnost oprostit se od rušivého okolí) a neschopností zaměřit a udržet pozornost, soustředit se. ADHD s sebou často nese obě tyto formy postižení pozornosti.

Přecitlivělost na podněty je neschopností utlumit vedlejší vlivy a výběrově zaměřit pozornost na důležité podněty. Jedinec věnuje nadměrnou (generalizovanou) pozornost všem vnějším i vnitřním podnětům bez určení pořadí jejich důležitosti, čímž dochází k jeho nesoustředěnosti a roztržitosti z nadbytku jeho soustředění.

Neschopnost zaměření a udržení pozornosti je způsobena zvýšenou unavitelností CNS. Jejím důsledkem je kolísání pozornosti a ulpívání (perseverace) na podnětech. „*Děti trpící ADHD mají problémy s udržením pozornosti ve výraznější míře než normální děti stejného věku a pohlaví*“ (Paclt 2007, s. 13).

Poruchy aktivity

Nerovnoměrný vývoj CNS se u jedinců s ADHD projevuje odchylkami v procesu podráždění a útlumu. V běžném vývoji je prvotní dráždivost tlumena zráním mozku, rozvojem myšlení a řeči (Rief 2008, Smith, Elliott 2011, Uttl et al 2006). Tyto procesy jsou u dětí s ADHD opožděny, čímž u nich dochází k nerovnováze ve smyslu zvýšené či snížené dráždivosti. Jejich odpověď na podráždění je neadekvátní a nepřiměřená věku dítěte.

Hyperaktivita se projevuje nadbytkem neúčelné až nesmyslné motorické aktivity, neustálým nutkáním k pohybu. Paclt (2007) zmiňuje i nadměrnou či vývojově nepřiměřenou hlasovou aktivitu, na kterou jiní autoři zjevně neupozorňují (Michalová 2011; Rief 2008, Smith, Elliott 2011, Uttl et al 2006, Žáčková, Jucovičová 2010).

Dítě je velmi živé a neposedné, jeho pohyby jsou nemotorné, neuspořádané, chaotické a neúčelné. Stále na něco sahá nebo si s něčím hraje, není schopno zdržet se slovních komentářů k dění ve svém okolí. Přebíhá od jedné činnosti k druhé, což není pouze důsledkem narušené pozornosti, ale i vnitřní potřebou střídat činnosti. Tyto své aktivity není schopno koordinovat a ovládat, přizpůsobit situaci.

Kromě velké frekvence těchto činností je vykonává velmi intenzivně, a proto do nich vkládá nadbytečné množství energie, což ho unavuje a vyvolává podrážděnost. Není schopno účelně vyhledávat činnosti, které by vedly ke zklidnění a odpočinku.

Hypoaktivita je spojena s výraznou převahou útlumové složky, aktivita dítěte je hluboce snižena. Dítě je apatické, stále ponořené do svých myšlenek, netečné vůči jakýmkoliv fyzickým aktivitám.

Impulzivita

Projevy impulzivity mají těsnou souvislost s hyperaktivitou a narušením emotivity. Dítě reaguje na vnější i vnitřní podněty bezprostředně, překotně a zbrkle, zcela nepřiměřeně vyvolávajícímu podnětu. Jeho jednání je ukvapené a prudké. Není schopno oddálit uspokojení své momentální potřeby a odhadnout následky či rizika svého jednání, či jej usměrnit. „*S impulzivitou souvisí i zvýšené riziko úrazu*“ (Paclt 2007, s. 14). Výše popsané projevy jsou opět důsledkem nedostatečného rozvoje útlumové složky v reakci na podnět a dítěti způsobují časté potíže, „*spíše však kvůli neúmyslným přestupkům než pro úmyslné porušování pravidel*“ (Drtilková 2007, s. 75).

Sekundární symptomy

Působením deficitů pozornosti, hyperaktivity a impulzivity se u jedinců s ADHD častěji než v běžné populaci vyskytují další vážné osobnostní obtíže, oslabení školní úspěšnosti, emocionální problémy a sociální handicap. Děti, u kterých je prokázán výskyt deficitu pozornosti s hyperaktivitou, vykazují více socioemocionálních a behaviorálních potíží oproti běžně se vyvíjejícím vrstevníkům (Al – Yagon 2009).

Kromě primárních problémů se u dětí setkáváme s percepčně-motorickými a pohybově koordinačními deficity, obtížemi v časové a prostorové orientaci, emoční labilitou, poruchami paměti a myšlení, oslabenými volnými vlastnostmi, specifickými poruchami

učení, poruchami řeči a sluchu, a lehkými neurologickými nálezy s abnormální křivkou EEG.

Chování a sebeovládání dítěte s ADHD také může vykazovat specifika, mezi něž patří:

- chronická neochota změnit přijaté stanovisko, přizpůsobit se situaci – nepružnost;
- přecitlivělost na negativní poznámky či reakce okolí, sklon obviňovat druhé z úmyslu ublížit mu – vztahovačnost;
- nesnášenlivost kritiky, i dobře míněné, a absolutno neúspěchu (projev nízké sociální a emoční nezralosti) – urážlivost;
- nepředvídatelnost citových reakcí, rychlé střídání nálad, chování na vývojově nižší úrovni, pohotovost k agresí a negativistickým reakcím, vzteku – rychlá proměnlivost nálad;
- chronická agrese vůči ostatním lidem, destruktivní chování a lhaní – nesnášenlivost;
- opoziční chování (viz. níže)
- potíže s uvědoměním si vlastní hodnoty vůči okolnímu světu, nepříjemné pocity a rozpaky mezi více lidmi – špatné sebepřijetí, nedostatek sebeúcty;
- deprese;
- úzkost.

Přítomnost a kombinace jednotlivých symptomů je individuálně variabilní, liší se kvantitativně i kvalitativně (Michalová 2007, 2011a), obměňuje se v průběhu jednotlivých vývojových etap.

Rozsah těchto symptomů často vede k vytvoření dalších diagnóz, s ADHD souběžných. „*Vysoká komorbidita patří k typickým znakům neurovývojových poruch*“ (Drtílková 2013, s. 39). Goetz s Uhlíkovou (2009) uvádějí komorbiditu u dětí s ADHD v 60-70% případů. Jejich zastoupení se s věkem mění a postupně, v souvislosti s osamostatňováním dítěte a menší možností dohledu rodičů, se zvyšuje jejich závažnost.

- Poruchy školních dovedností - poruchami SPU dle autorů trpí asi 30% dětí,
- Specifické zpoždění vývoje motoriky a řeči – poruchy senzomotorických funkcí, zhoršená obratnost, neupravené písmo a častější vady výslovnosti.
- Porucha opozičního vzdoru, ODD (Oppositional deviant disorder) - je patrně nejčastější komorbidní diagnózou, objevuje se až u 40% dětí s ADHD. Děti jsou

vzdorovité vůči dospělým autoritám, dohadují se s nimi, jsou více podrážděné, aktivně a záměrně porušují daná pravidla.

- Poruchy chování PCH, CD (Conduct disorders) - přidružují se k ADHD později než porucha opozičního vzdoru a postupně se zhoršují. Objevují se asi u 14% dětí s ADHD. Projevy poruch chování se pohybují od neúcty k právům, majetku a zdraví ostatních (zejména slabších jedinců) přes jejich zastrasování, až po fyzické ubližování či šikanování. Častěji lžou a objevuje se u nich záškoláctví, útoky z domova a toulání.
- Úzkostné poruchy – jsou přítomny až u 30% školních dětí s ADHD. Drtílková (2013) hovoří o jejich výskytu u 25% - 35% dětí s ADHD. Dítě je postiženo napětím či strachem ve spojitosti s konkrétní situací či osobou, případně příčina jeho problémů není zřejmá. Psychická nepohoda bývá často doprovázena i somatickými a vegetativními projevy. *„Vysoká prevalence úzkosti pravděpodobně souvisí s genetickou dispozicí a narušenou emoční regulací u ADHD. Na druhé straně anxiety u jedinců s ADHD může být také výsledkem jejich snížené schopnosti fungovat v běžném životě, protože sociální a kognitivní limitace spojené s ADHD mohou být spouštěčem strachu a fobických reakcí“* (Drtílková 2013, s. 39). Dle autorky je pravděpodobné, že část úzkostných a depresivních příznaků je reakcí na různé frustrace (studijní neúspěchy, problémy v meziosobních vztazích, časté represe...), které jsou důsledkem psychopatologie základní poruchy. Specifické kombinace příznaků vytvářejí obraz konkrétních úzkostných poruch, jejichž výskyt souvisí s věkem dítěte:
 - separační úzkostná porucha v dětství a fobická úzkostná porucha v dětství u malých dětí, které mohou přejít do školní fobie (kritickou dobou je první třída a věk mezi 9. - 11. rokem),
 - generalizovaná úzkostná porucha, jež se zpravidla objevuje ve školním věku,
 - panická porucha, agorafobie a sociální úzkostná porucha jsou nejčastější v adolescenci.

„Výsledky nedávných klinických studií ukazují, že komorbidní výskyt úzkostných poruch u dětí s ADHD může prohloubit jejich deficit v kognitivní oblasti a negativně ovlivnit jejich dysfunkční chování, zejména v sociální, interpersonální oblasti“ (Drtílková 2013, s. 41).

- Poruchy nálady – se dále dělí na deprese a bipolární afektivní poruchu. Goetz, Uhlíková (2009) uvádějí, že deprese trpí asi 4% školních dětí s ADHD, s dospíváním se však jejich počet zvyšuje. Autoři v souvislosti s neléčenou depresí (na základě severoamerické studie) upozorňují na zvýšené riziko následného rozvoje obezity oproti dětem bez přidružené deprese. Za zmínku stojí, že Michalová (2007) hovoří až o 33% výskytu klinicky definovatelné deprese, provázené špatnými náladami, pláčtivostí, sociální izolací, změnami spánkovými návyky, nechutenstvím, ztrátou zájmů, případně i myšlenkami na sebevraždu. Bipolární afektivní porucha je charakteristická střídáním období zhoršené nálady s obdobím nadbytku energie, zrychleného myšlení a hyperaktivity. Autoři upozorňují na obtížnou rozeznatelnost manické fáze od projevů ADHD, která je však nutná vzhledem ke kontraindikacím stimulancií a antidepresiv, podávaných při léčbě ADHD.
- Tiková porucha – mimovolné a opakující se v podobě pohybů či zvuků jsou zjištěny asi u 10% (Goetz, Uhlíková 2009) – 11% (Drtílková 2013) dětí s ADHD. Většinou se objevují pouze v určitých situacích.
- Poruchy spánku – se u dětí s ADHD také vyskytují podstatně častěji než u intaktních vrstevníků. Jedná se o problémy s usínáním, probouzení se v průběhu noci, noční děsy, náměsíčnost, mluvení ze spánku nebo noční můry. „*Starším dětem dlouho trvá, než usnou, což je patrné u 56% dětí s ADHD ve srovnání s 23% zdravých dětí. Až u 39% dětí s ADHD se mohou objevovat problémy s častým nočním probouzením. Přes 55% dětí s ADHD je, jak rodiče uvádějí, unavených po probuzení, ve srovnání s 27% zdravých dětí*“ (Paclt 2007, s. 20). Nejvíce se poruchy spánku objevují u dětí, které mají k ADHD přidruženou depresi či úzkostnou poruchu. Tyto potíže mohou být spouštěcím mechanismem poruchy pozornosti, neklidu, agresivity a dalších symptomů ADHD.
- Zneužívání návykových látek a vyšší tendence k experimentování s nimi - je dalším opakovaně potvrzovaným (zejména v přítomnosti PCH) důsledkem ADHD. První zkušenosti s návykovými látkami se u jedinců, ve srovnání s vrstevníky, objevují v nižším věku.
- Zvýšenou úrazovost proti intaktní populaci zmiňuje Paclt (2007), který popisuje náchylnost k nehodám u 46% dětí trpících ADHD.

1.1.2 Etiologie ADHD

Příčiny vzniku ADHD nejsou přesně určitelné. Špačková (2012) zmiňuje, že v současnosti jsou v tomto ohledu získávány stále nové poznatky, jejichž rozsah je dle Drtílkové (2007) tak významný, že i pro zainteresované odborníky je obtížné jejich sledování a porozumění všem souvislostem. Jsou kombinací **genetického zatížení, biologicko-fyziologických příčin** způsobených zdravotními komplikacemi nebo teratogenními vlivy v těhotenství, v době porodu (předčasné či komplikované porody) či v raném dětství, případně **vlivu sociálního prostředí**. Často dochází ke kombinaci jednotlivých faktorů. Michalová (2011a) na základě výzkumů v oblastech PET (pozitronová emisní tomografie), MRI (magnetická rezonance) a DNA, které prokazují vznik ADHD spíše na neurologickém a genetickém podkladu, těmto příčinám přikládá větší váhu než pouhému vlivu prostředí. Obdobně uvažují i zahraniční odborníci (Rief 2008, Smith, Elliott 2011, Uttil et al 2006). Z tohoto pohledu lze vliv vnějšího prostředí vnímat jako sekundární rozvoj projevů ADHD na základě používání nevhodných výchovných způsobů či prostředků jak rodičů, tak pedagogů.

1.1.3 Diagnostika ADHD

Hodnocení ADHD není jednoduché a může být ovlivněno situací i hodnotitelem, jeho aktuálním stavem, frustrační tolerancí, názory a postoji. O syndromu lze uvažovat, pouze pokud jsou projevy dítěte výrazně odlišné od vrstevníků a pokud jde o trvalý projev chování, neovlivněný aktuální situací a stavem dítěte. Proto je nutná komplexní diagnostika, která vyžaduje spolupráci lékaře, psychologa, učitele, speciálního pedagoga a rodiče, v případě potřeby i dalších odborníků – lékaře specialisty či sociálního pracovníka. Měla by probíhat ve dvou prostředích: přirozeném - školní třídě, a v prostředí pro dítě novém – odborném poradenském zařízení. Je dlouhodobějším procesem, aby byla schopna pojmut na sebe navazující dílčí projevy dítěte a komplexně zmapovat osobnost dítěte. Jejím cílem není jen zhodnocení symptomatiky ADHD, ale i určení oblastí, ve kterých je možno intervenovat a rozvíjet jak kognitivní možnosti dítěte, tak hlavně oblasti úspěšného emocionálního vývoje a sociálního začlenění.

Andreánska (2010) zmiňuje Pelhamovu komplexní baterii pro diagnostikování poruchy pozornosti s hyperaktivitou, která musí zahrnovat:

- Informace z běžného prostředí – získávají se strukturovaným rozhovorem s rodiči, posuzovací škálou pro matku i učitele, pozorováním dítěte ve třídě a doma a sociometrickým vyšetřením ve třídě.
- Vyšetření psychologickými testy, zahrnujícím vyšetření inteligence.
- Vyšetření možných SPU.
- Vyšetření osobnostních vlastností, s důrazem na poruchy emocí.
- Rozhovor s dítětem.

Diagnostická kritéria pro ADHD (DSM-IV) posuzují jednotlivé symptomy klinického obrazu behaviorálních projevů dítěte. Kromě jejich výskytu jsou důležitá zjištění, zda se vyskytovaly již před vstupem do školy (před 7. rokem věku), zda se objevují v různých prostředích a zda narušují sociální vztahy dítěte.

Diagnostická kritéria deficitu pozornosti:

(Šest či více příznaků přetrvává nejméně po dobu šesti měsíců v takové míře, že to má za následek nepříznivost dítěte, a projevy neodpovídají vývojovému stadiu.)

- *Často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti, nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci, i dalších aktivitách.*
- *Má problémy déle udržet pozornost při plnění úloh nebo hraní.*
- *Často se zdá, že neposlouchá, co se mu přímo říká.*
- *Často nedokáže postupovat podle pokynů a není schopno dokončit školní práce, domácí práce či povinnosti na pracovišti.*
- *Má problémy zorganizovat si úkoly a činnosti.*
- *Často se vyhýbá vykonávání úloh, které vyžadují soustředěné duševní úsilí.*
- *Často ztrácí věci potřebné k vykonávání určitých úkolů nebo činností.*
- *Snadno se dá vyrušit vnějšími podněty.*
- *Je zapomnětlivý při vykonávání běžných denních aktivit.*

Diagnostická kritéria hyperaktivity-impulzivity:

(Šest či více příznaků přetrvává nejméně po dobu šesti měsíců v takové míře, že to má za následek nepříznivost dítěte, a projevy neodpovídají vývojovému stadiu.)

Hyperaktivita:

- *Často mimovolně pohybuje rukama a nohama, vrtí se na stoličce.*
- *Při vyučování a také v jiných situacích, kdy by se mělo sedět, vstává ze židle.*
- *Často pobíhá nebo chodí v situacích, kdy se to nehodí.*
- *Při hře a jiných činnostech bývá hlučné, má problémy se ztišit i při oddechových činnostech.*
- *Bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví.*
- *Trvale projevuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou zásadně není schopno podržet společenským podmínkám a požadavkům.*

Impulzivita:

- *Často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka.*
- *Často nevydrží stát v řadě nebo nedokáže počkat, než na něho přijde řada.*
- *Často přerušuje ostatní nebo jim skáče do řeči.*
- *Bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví.*

1.2 Problémy dítěte související s ADHD

Chování dítěte s diagnózou ADHD je ve většině sociálních situací rušivým prvkem. Jeho neklid se ještě zdůrazňuje v situacích, ve kterých je od dětí očekáván klidný a soustředěný přístup, ve škole. Stává se obtěžujícím nejen pro spolužáky, ale často i pro učitele. Pokud je dítě schopno svůj neklid v době vyučování nějakým způsobem regulovat, stává se vážným problémem v mimoškolních aktivitách, kdy dochází k uvolnění nakumulovaného přetlaku. Často však, vzhledem k oslabeným volným vlastnostem dětí s ADHD, bývá situace ve škole i mimo ni velmi podobná.

Neklid se projevuje dvojím způsobem (Vágnerová 2000):

- v chování – hyperaktivitou, tedy nadměrnou pohyblivostí, zcela neúčelnou a pro danou sociální situaci nepřiměřenou a rušivou;
- v prožívání – vnitřním napětím (tenzí), motorickým či pohybovým neklidem.

Sebepojetí

Na rozvoj sebepojetí dítěte má výrazný vliv hodnocení jiných lidí a jejich postoje k němu. Pokud jsou negativní, může to zpětně ovlivnit jeho osobnostní vývoj. Děti s ADHD bývají hůře citově akceptovány, přijímány ambivalentně či odmítány. Často jsou kritizovány a hodnoceny jako neúspěšné a neschopné, obviňovány za své nepříjemné a rušivé projevy. Proti nepříjemnému hodnocení se dítě může bránit tím, že je neakceptuje, popírá je a vytvoří si nereálný obraz sebe sama, začne lhát samo sobě i okolí. Větší zátěž může být i spouštěčem agresivity. Nepříznivé hodnocení a odmítání výrazně zvyšuje nebezpečí vytvoření negativního sebehodnocení (Rief 2008).

Vztahy s dospělými

Projevy dětí s ADHD jsou lidmi v jejich přítomnosti většinou vnímány jako nepříjemné, rušivé, dráždivé, vyčerpávající a zatěžující. Vlivem rušivých faktorů jsou jejich vztahy s ostatními lidmi omezené a častěji ovlivněné negativní zkušeností. Komplikovanost vztahů s okolím je natolik závažná, že může vést k deprivaci dítěte v oblasti citové akceptace a sociálního kontaktu. Reakcí na absenci sociálního začlenění se stává snaha o upoutání pozornosti, která se díky jeho sociální neobratnosti může stát další příčinou posměchu či důraznějšího odmítání. Nepoučené okolí nechápe, že dítě není schopno své jednání regulovat a často jej označuje za viníka problematické situace. Svou hyperaktivitu není schopno ovládnout vůlí, a proto se jeví jako dítě, které nemá sebemenší snahu na zlepšení svého chování. Negativní důsledky má i pozornostní deficit, který je posuzován jako lhostejnost k plnění svých povinností a výsledkům své práce. Projevy impulzivity dítěti brání v dodržování sociálních norem. Proto je jeho chování vnímáno jako poruchové, ignorující autoritu dospělého. Dalším projevem, který je okolím vnímán, je nepochopitelná emoční labilita. Kombinace projevů vede okolí často k závěru, že si za své problémy může samo. Jeho odmítání je potom způsobem výchovy a pobídkou k zamyšlení se nad svým chováním a jeho nápravou.

Vztahy s vrstevníky

Ve vrstevnických vztazích jsou děti s ADHD nápadně narušenou socializací. Nedovedou se chovat jako spolužáci, zpravidla je jejich úroveň o něco nižší. Kolektiv i jednotlivé děti tento rozpor, vyvolávající časté konflikty, řeší také odmítnutím dítěte.

V důsledku snížené tolerance k zátěži se nedovedou ovládat, neberou ohled na ostatní, nejsou schopné spolupráce. Jsou egocentrické a soustředí se pouze na své okamžité uspokojení, což narušuje hru, stejně jako jiné aktivity. Když není vyhověno jejich požadavkům, začnou se bránit, často i agresivně. Děti s ADHD naopak očekávají, že se okolí jejich potřebám podřídí a nechápou, proč tomu tak není (Rief 2008, Michalová, Pešatová 2011). Nejsou schopné přijmout rovnocenné postavení s ostatními dětmi, a proto se s nimi dostávají do častých konfliktů, které nejsou schopny smysluplně řešit. Naopak jednají zkratkovitě, impulzivně a naprosto nepředvídatelně. Nemají schopnost sebekontroly a sebeovládání. Nejsou schopny podříditi se daným pravidlům, kazí hru, nekooperují s ostatními. Děti nedokážou předvídat, co od nich mohou očekávat, jejich reakce jsou často nečitelné a nepochopitelné, a proto o ně ztrácejí zájem.

1.3 Rodina a ADHD

Diagnóza ADHD významným způsobem ovlivňuje také vztahy s jeho nejbližšími – rodinou. Rodičovství je pro většinu lidí přirozenou fází jejich osobnostního vývoje a má být uspokojením jejich základní životní potřeby péče o někoho, kdo je na nich závislý a kdo je absolutně potřebuje. Přináší jim nové pozitivní prožitky, *„budí v nich dosud nepoznaný ochranný postoj, který dává jejich životu nový smysl, poskytuje mnoho radostí z každodenního soužití, z rychlých vývojových změn a projevů přichylnosti dítěte“* (Langmeier, Krejčířová 2006, s. 181). Samo rodičovství má pochopitelně i své zátěžové stránky, které se s nárůstem indispozic jak rodičů, tak dětí, stávají markantnějšími. Rodičovství přináší zásah do životních zvyklostí rodičů, omezení vlastních zájmů a vznik nových povinností. Vývoj jejich dítěte vyžaduje neustálou připravenost na aktuální, často specifické, požadavky dítěte. Není možné setrvávat v rutině, *„ale je nutná stálá flexibilita a pružné přizpůsobení novým potřebám dětí“* (Langmeier, Krejčířová 182). Helus (2007) upozorňuje v souvislosti s rodičovstvím na faktor zásahu do kariéry rodičů a osobní ekonomiky.

Rodičovské kompetence jsou do značné míry závislé na manželské (případně partnerské) spokojenosti obou rodičů, obojí je pak základním pilířem funkční rodiny, jež je výchozím prvkem pro úspěšný rozvoj osobnosti dítěte. V jeho vývoji má nezastupitelný význam coby garant vytvoření a uspokojení následujících potřeb (Helus 2007):

- uspokojení primárních potřeb dítěte v jeho raném vývoji,
- uspokojení potřeby organické přináležitosti dítěte,

- vytvoření prostoru pro jeho aktivní projev, činnou seberealizaci a součinnost s druhými,
- uvádění dítěte do vztahu s rodinným vybavením,
- utváření prožitku sebe sama z genderového hlediska,
- poskytování bezprostředně působících vzorů a příkladů,
- zakládání, upevňování a rozvíjení vědomí povinnosti, zodpovědnosti, ohleduplnosti a úcty,
- poskytnutí příležitosti vstoupení do mezigeneračních vztahů,
- vytváření představy o širším okolí, společnosti a světě,
- vytvoření zázemí, jež je mu útočištěm pro vyslechnutí, možnost svěření se, poskytnutí rady a pomoci v okamžicích bezradnosti, obavy či nejistoty.

1.3.1 Současná rodina a její problémy

Rodina vytváří dítěti obraz o fungování lidské společnosti jako bio-psycho-sociální jednoty a sounáležitosti. Současná rodina, oproti svému tradičnímu pojetí, je však zcela ovlivněna společenskými jevy. Ty jsou velmi rychlé, často se mění, vyžadující nutnost okamžitého rozhodování a následně únavy, která se musí v daném tempu zákonitě dostavit. Dle Heluse (2007) se na jejím chodu odráží sílící význam materiálního zabezpečení, který s sebou mj. nese nutnost racionálního uvažování a naléhavost zaměstnání žen. Přibývá dětí žijících pouze s jedním rodičem, v nesezdaném manželství i v alternativních formách pospolitého života mužů, žen a dětí. Hlavní problémy vidí v nárůstu rozvodovosti (z čehož pro děti plyne perspektiva vývoje v nestabilním, měnlivém prostředí), v rodinách bez otce (identifikační problémy chlapců s mužským genderem), a v oslabených svazcích prarodičů, které už také postihla proměnlivost manželských svazků a tudíž ani skrze ně děti nemohou zakusit tradici semknutosti rodinného svazku.

Dle úrovně schopnosti naplnění svých základních funkcí vůči dětem rozlišuje Helus (2007) ve shodě s Uttlem et al (2006) či Smithovou a Elliottem (2011) následující typy rodin:

- Rodina stabilizovaně funkční – zajišťuje svým dětem kvalitní socializační podmínky.
- Funkční rodina s přechodnými, více či méně vážnými problémy – dokáže své problémy vyřešit a díky nim se rozvíjí a upevňuje. Těchto rodin je asi většina.

Problémy jsou způsobené vlastnostmi jejich členů, vnějšími okolnostmi, osobním selháním či nápirem událostí. Členové rodiny si kritická období uvědomují a zvýšeným, obětavým úsilím se snaží dát život do pořádku. Pro všechny členy je rodina důležitou hodnotou a dokáží si své problémy vyřešit sami. Jejich problémy se týkají špatných bytových poměrů, finanční nouze, netaktního zasahování prarodičů, obvyklých potíží s dětmi či dočasných manželských krizí. Problémy nejsou traumatizující a jejich překonání aktéry posiluje do budoucnosti.

- Problémová rodina má narušené plnění svých funkcí. Její členové čelí krizi a hrozbě rozpadu, snaží se dát věci do pořádku a v případě potřeby vyhledají pomoc, jež je však účinná pouze dočasně. Rozchod je častou alternativou, přesto se snaží najít způsob, aby jím děti trpěly minimálně.
- Dysfunkční rodina má vážně a dlouhodobě narušenou funkci do té míry, že děti jsou ve značném ohrožení. Situace se jí vymkla natolik, že je nutný zásah vnějších institucí. Rodina se ale nedokáže vždy řídit jejich doporučeními a nerozumí účinnosti opatření. Jde o rodiny zatížené alkoholismem, zmítané vlečkou se krizemi, které se nedaří řešit. Mohou to být rodiny s podprůměrnými příjmy v nevyhovujících bytových podmínkách či zatížené psychickými nebo jinými poruchami, které demoralizují vzájemné soužití. V těchto případech zanechává rozchod rodičů traumatické a dlouhodobě působící následky.
- Afunkční rodiny neplní vůči dítěti své funkce, vývoj dítěte ohrožují. V rodině se kumulují nejružnější patologické projevy a nezáměr o dítě přerůstá v nevraživý až nenávislný postoj vůči němu. Hledání nápravy v ní samé nemá naději na úspěch, proto je nutné hledat řešení mimo ni. Děje se tak rozhodnutím soudu, zbavením rodičovských práv a umístěním dítěte v zařízení náhradní rodinné péče.

Funkčnost rodiny je pro každé dítě natolik stěžejní, že každý odborník podílející se na jeho edukaci či socializaci by se měl snažit o vhléd do tohoto mikroprostředí. Potom může citlivě projevovat pochopení, případně ohleduplně vést a směřovat následnou podporu. Rodiny se nejčastěji potýkají s problémy, plynoucími ze své nezralosti, přetíženosti, ambicióznosti, perfekcionismu, autoritářství jednoho z rodičů, protekcionismu, nadměrnému liberalismu či sklony k improvizaci, odkládání dětí či vlastní disociovanosti (Helus 2007). Michalová (2012) současné rodinné problémy demonstruje na rodinách nezralých, přetížených, rozvodových, nevlastních a disociovaných. Rozdíl v pojetí obou odborníků vidím v zařazení nevhodných výchovných stylů, které se do rodinného života a

přístupu k dítěti musí promítnout. Protože zvláště děti s ADHD jsou na přístupu dospělých k nim citlivé, jejich stručné charakteristiky v přehledu uvádím.

Problémy **nezralých rodin** spočívají v jejich nepřipravenosti na dobré a spolehlivé rodičovství. Narozením dítěte mohou být zaskočeny, hledají k němu cestu, a proto lze předpokládat určitou ambivalenci v jejich postoji k němu. Nezralost rodičů lze hledat v oblasti hledání životních hodnot a způsobu života, což vnáší do života dítěte nestabilitu a improvizaci. Nezralí rodiče nemají zkušenosti, nedokáží se do potřeb dítěte vcítit, nejsou schopni domyslet důsledky svého jednání. Jejich citová nezralost se odráží ve sklonech k afektivnímu jednání, bez schopnosti vytvoření klidného prostředí. Výše popsané obtíže bývají doprovázeny sociálními a ekonomickými problémy.

Přetížené rodiny se na první pohled mohou jevit jako schopné naplnění základních předpokladů optimálního vývoje dítěte. Rodiče jsou na výchovu dítěte zralí, projevují o ni upřímný zájem, své děti milují a pečují o ně. Problémem rodiny je přetíženost jednoho či obou rodičů, která se promítá do způsobu soužití rodiny a snižuje funkčnost rodiny ve vztahu k dítěti. Zdrojem přetíženosti mohou být konflikty mezi manželi, mezi rodiči a dětmi, ze zaměstnání, s širší rodinou či se sousedy. V této souvislosti Helus (2007) zmiňuje sníženou schopnost některých jedinců či rodin při předcházení a řešení konfliktů, kterou označuje jako konfliktogennost. Zatěžovat rodinu může také narození dalšího dítěte, úzkost a obava spojená s vážným onemocněním v rodině, nadměrné a dlouhodobé citové strádání či existenční problémy ekonomického rázu.

Ambiciózní rodiny mají na první pohled vhodné podmínky pro rozvoj dítěte. Rodiče jsou však pohlceni potřebami, které jsou vázány na jejich vlastní uplatnění, vzestup či seberealizaci na úkor potřeb jejich dětí. Samy si však tyto rozpory neuvědomují a vylučují je. V jejich hodnotové orientaci zaujímají nejdůležitější pozice pracovní kariéra, studijní či sportovní úspěchy, uspokojování cestovatelských záměrů či vysoký materiální standard. Prostřednictvím naplňování těchto priorit rodiče projevují svým dětem lásku a mohou tím kompenzovat strádání v oblasti citových potřeb a rodinné sounáležitosti, na něž jim již nezbyvá dostatek času. Děti se v rodinách mohou cítit neuspokojené, aniž by dokázaly vyjádřit, co jim chybí. Spolupráce s ambiciózními rodinami není jednoduchá, protože rodiče nedokáží pochopit, že by se jejich dětem mohlo něčeho nedostávat.

Perfekcionistické rodiny soustavně tlačí dítě k podávání nejlepších, případně perfektních výkonů. Nezohledňují přitom předpoklady dítěte a dodržování zásad jeho harmonického rozvoje. Rodina požaduje po dítěti plnění jeho povinností co nejlepším a

spolehlivým způsobem, aniž jsou respektovány jeho schopnosti, zájmy a vnější okolnosti, týkající se nedostatku času, potřeby klidu či např. zabezpečení studijních materiálů.

Dítě žije permanentně s pocitem, že musí dosáhnout očekávaných výsledků, aniž jsou splněny předpoklady k jejich naplnění. Je vyčerpané a trpí úzkostí z případného neúspěchu, který bývá rodinou i dítětem považován za katastrofu. Dále prohlubuje zklamání a disharmonii ve vzájemných rodinných vztazích, narušuje jeho sebedůvěru a sebejistotu. Perfekcionistická rodina může vážně narušit vývoj dítěte, stejně jako jeho citové zázemí. Spolupráce s rodiči musí být směřována k nastolení souladu rodičovských nároků s reálnými možnostmi dítěte.

Autoritářské rodiny k dítěti přistupují prostřednictvím příkazů a zákazů, aniž by přihlížely k potřebám samostatného rozhodování a zodpovědnosti dítěte. Dítě nemá možnost projevit spontánně své názory, zájmy a pocítit osobní autonomii, čímž dochází k frustraci jeho seberealizačních potřeb. Rodiče vyžadují absolutní poslušnost dítěte, ve výchově praktikují samoúčelný dril a šikanování, po příkazu přecházejí okamžitě k hrozbě trestem a následně k jeho praktikování. Trestání probíhá buď psychicky (zesměšňování, ponižování, zastrasování, zavrhování...) či fyzickým ubližováním, přičemž rodiče svůj přístup zdůvodňují výchovnou důsledností a prospěšností. Rodiče dítě nevedou k uvědomění si smyslu výchovných požadavků, což dítě může silně frustrovat a indikovat v něm pocity strachu, nenávisti, vzteku, zoufalství, lítosti, opuštěnosti. Důsledky tohoto rodičovského přístupu se mohou v kombinaci s dalšími životními podmínkami a osobními vlastnostmi jedince negativně projevit v různých podobách (od apatie, přes občasné impulzivní reakce až po celkové asociální směřování jeho dalšího vývoje). Autoritářský přístup může preferovat pouze jeden z rodičů v takové míře, že atmosféra strachu dopadá na všechny členy rodiny. „*Ostatní dospělí členové pak sami autoritářstvím trpí, ale mnohdy je sami dále aplikují vůči dětem*“ (Helus 2077, s.158) Autoritářství se dále může projevovat ve vztahu starších sourozenců k mladším, čímž se stává charakteristickým znakem soužití v rodině. Pokud se zbytek rodiny vůči agresivní autoritě vymezuje odporem, lze hovořit o její disociovanosti. Děti vychovávané autoritářským přístupem bývají nápadně vylekaností nebo zamlklostí, případně svou záludností či agresivitou (dle způsobu vyrovnání se s přístupem rodičů k nim).

Rozmazlující (protekcionistické) rodiny se snaží dítěti vždy vyhovět. Rodičovská podpora a snaha o vytvoření bezpečného zázemí pro dítě jsou natolik upřednostňované, že nedochází k rozvoji zodpovědnosti dítěte. Protekcionismus se může projevovat jako

útočný, soucítící nebo služebný. Ve své útočné formě, pokud rodiče mají pocit, že se okolnosti nevyvíjejí ve prospěch dítěte, vždy vystupují na jeho obranu. Dostávají se do konfliktů s učiteli i dalšími dospělými, kteří s dítětem přicházejí do styku. Soucítící přístup je charakteristický pasivními spolutrpitelskými postoji rodičů, které narušují pozitivní vztah dítěte k okolnímu světu a demoralizují morální zdroje jeho aktivity. Služebný protekcionismus, svojí snahou dítěti ve všem vyhovět, staví rodiče do podřazenosti dítěti.

Nadměrně liberální a improvizující rodiny nemají vytvořen styl soužití, chybí jim řád a program. Schází jim vytyčení výchovných cílů, do jejichž naplňování by děti byly zainteresovány a společně by realizovali jejich dosažení. Zdůvodněním tohoto přístupu jsou důvěra a svoboda, které dítěti vytvářejí prostor pro správnou volbu. Proto si rodiče neuvědomují, že má dítě nadbytek volnosti, který využívá (případně zneužívá), dle svého uvážení. Nelze předpokládat, že dítě si volno organizuje s ohledem na svůj pozitivní osobní rozvoj. Spíše podlehně svodům lenosti, případně nevhodným vlivům vrstevníků. Neosvojí si principy režimu a řádu běžného života, se kterým jsou spojeny patřičné povinnosti.

Problémy, které mohou dítěti (rodině) vzniknout, bývají buď přehlíženy a podceňovány, nebo jsou řešeny nejednotně a rozporuplně. Obvykle dojde ke snaze alespoň jednoho rodiče o autoritářské vedení, které příležitostně sklouzává k zavedenému liberálnímu systému. Děti si pak přestávají svých rodičů vážit, nejsou ochotny přistoupit na to, aby jim rodiče začali do života mluvit.

Problematika **odkládajících rodin** bývá většinou spojena s některou z výše popsaných zátěží. Pro časté svěřování svého dítěte do péče jiných dospělých má rodina určitý důvod. Vážnou se situace stává v momentě, kdy rodina dítě odkládá ke komukoliv, kdo je ochoten jim pomoci. Dítě pak nemá svoji jistotu kam a ke komu patří, co mu náleží a jaké má povinnosti. Helus v těchto případech apeluje na riziko vzniku deprivčního syndromu v důsledku nestability klíčových citových vztahů, jelikož dítě nemá vytvořeny harmonické sociální vazby, vztahy a návyky. Časem může dospět k uvědomění, že nikam nepatří.

Disociované rodiny mají vážně narušené vnitřní nebo vnější (případně obojí) sociální vztahy, které jsou předpokladem jejich psychologické funkčnosti. Rodina může být před svým okolím uzavřená, izolovaná z důvodu negativní zkušenosti některého svého člena, v psychickém narušení nebo v závislosti na určité rodinné tradici. Zatížení se také může projevat v konfliktovosti ve vztahu k lidem ve svém okolí. Děti z těchto rodin jsou

ve svém vývoji ochuzeny o začlenění do širších sociálních vztahů a do budoucna jim zkresluje percepci světa jako ohrožujícího prostředí. Helus (2007) v této souvislosti vidí zásadní problém v riziku jejich asociálního, případně antisociálního vývoje.

„Všichni rodiče se ke svým dětem nechovají přijatelným způsobem, nedovedou to, nebo k tomu nejsou dostatečně motivováni“ (Vágnerová 2000, s. 46). Narušenost vnitřních rodinných vztahů se také dotýká problematiky izolovanosti a konfliktnosti, se kterými se děti musejí setkávat. Osamocené děti jsou vystaveny riziku citové deprivace. Děti, které jsou přítomny permanentním neshodám mezi rodinnými příslušníky, se nezdá od raného vývojového období setkávají s určitými negativními jevy, které jsou buď příčinou nebo důsledkem těchto konfliktů (alkoholismus, nevěra, neschopnost vedení domácnosti a vytvoření rodinného režimu). Citové strádání je pro jejich budoucí vývoj o to vážnější, že jsou často ohroženy drastickými traumaty a převzetím patologických vzorců chování.

Výše popsané rodinné obtíže je nutno řešit jako plnohodnotné a primární překážky úspěšné socializace dítěte. Protože rodiče řeší své vlastní, případně partnerské či existenční problémy, na podporu dětí jim většinou nezbyvá čas a energie. Pouze ve stabilizovaném prostředí lze však dítěti pomoci s překážkami, které mu brání v plnohodnotném začlenění do socializačního a edukačního procesu.

„V rodinách dětí postižených ADHD se významně častěji než v rodinách kontrolních vyskytuje nesoulad mezi rodiči, velký počet jedinců v rodině, nižší až nízký socioekonomický status rodiny, kriminalita rodičů, apod.“ (Michalová 2011a, s. 48). Tyto vážné vývojové handicapy ovlivňují emoční vztah rodičů k dítěti. Pouze bezpodmínečně láskyplný rodičovský vztah je předpokladem optimálního rozvoje osobnosti dítěte. Podle schopnosti emočního naplnění vztahu rodič – dítě, rozlišují Mertin s Gillernovou (2010) tři formy tohoto vztahu.

- Kladný emoční vztah je charakteristický pohodovou komunikací s přiměřeným očním kontaktem, vzájemným nasloucháním a podporou. Všichni účastníci tohoto vztahu jsou rádi spolu a sdílejí společně volný čas, radosti i smutky. Přítomna je přiměřená tělesná blízkost. Citlivé, stimulující a podpůrné mateřské chování zvyšuje školní, jazykové i sociální dovednosti dětí (Reichle, Franiek 2009).
- Střední emoční vztah zahrnuje vyrovnané projevy kladných a záporných komponent. Může se jednat o vztah ambivalentní.

- Záporný emoční vztah má převahu záporných projevů s absencí či výrazným snížením pozitivních projevů. Pokud se rodiče s dětmi účastní společných aktivit, tyto jsou vynucované, mají nepříznivé emoční nastavení. Charakteristický je pro výše popsané dysfunkční rodiny typů – ambiciózní, přetížené, odkládající. Dospělí jsou lhostejní k úspěchům i nezdarům dítěte. Jeho úspěšnost považují za samozřejmost, oproti tomu chyby jsou příčinou porovnávání s výkony ostatních, podnětem k jeho zesměšňování a ironizování.

V nejvážnějších rodinných konstelacích je dítě rodiči přehlíženo, ponižováno a někdy dokonce nenáviděno. Reichle, Franiek (2009) spojují nedostatečně vroucné vztahy mezi dětmi a rodiči s agresivním chováním rodičů k dětem a opozičním chováním dětí.

Rodičovský styl výchovy rodičů lze u nás nejčastěji charakterizovat slabým výchovným vedením a spíše příznivým emočním vztahem rodičů k dětem. Děti však kromě lásky a porozumění potřebují také hranice, o které se mohou opřít, ve kterých se mohou cítit bezpečně. Pro přiměřený vývoj děti potřebují podněty, které stimulují jejich kognitivní, sociální, motivačně volní a emocionální rozvoj. Podněty přicházejí z různých stran (kultura, média, škola, instituce, rodina samotná, vrstevníci aj.), ale je velmi důležité, aby byly dětem adekvátně zprostředkovány, aby se v nich děti mohly lépe vyznat a opravdu je využít ve svůj prospěch (Gillernová 2013).

1.3.2 Rodičovství a ADHD

Další směr práce je dán předpokladem zájmu rodičů o dítě a schopnost spoluúčasti a podpory při řešení jeho nesnází. Rodina problémového dítěte je důležitým činitelem. Rodiče potíže svého dítěte prožívají a interpretují. Vyjadřují svůj názor, který se projevuje v jejich postoji a významně dítě ovlivňuje (Vágnerová 2005). Rodiny by měly mít péči o děti na prvních místech svého hodnotového žebříčku. Pokud tomu tak není, je nutné paralelně pracovat na dosažení této priority a k uspokojení základních potřeb dětí využít spolupráce všech zainteresovaných odborníků. Bez aktivní podpory rodičů není možné dítě s diagnózou ADHD dovést k úspěšnému překonání obtíží, plynoucích z jeho deficitů.

Dítě s projevy hyperaktivity, impulzivity a pozornostními deficity, stejně jako jakýkoliv jiný handicap, však může dát očekáváním rodičů úplně jiný směr a výrazným způsobem

ovlivnit funkčnost rodinné jednotky. Rodiče mohou být z jeho projevů unavení či nervózní, plní obav o jeho budoucnost a mohou trpět pocitem vlastního selhání. Často se vzájemně obviňují a mohou hledat cestu v používání tvrdých, represivních výchovných postupů (Drtílková 2007).

Obtíže dítěte mohou představovat zásah do uspokojování základních psychických potřeb, souvisejících s rodičovskou rolí (Langmeier, Matějček in Michalová 2012):

- **Potřeba přiměřené stimulace** souvisí s očekáváním rodičů, která mají od projevů svého dítěte. Jeho projevy jsou nepředvídatelné, atypické v porovnání s chováním vrstevníků a pro rodiče nečitelné. Ti mají pocit, že na ně dítě nereaguje tak, jak by mělo, nebo by se dalo očekávat a vyvolává v nich negativní nebo ambivalentní reakce.
- **Potřeba smysluplnosti a řádu** souvisí s neznalostí vývojových odchylek dítěte, tudíž nevědomostí, jak se k dítěti vhodně chovat. Dítě rodičům neposkytuje informace, odpovídající běžným zákonitostem, čímž v nich může vyvolávat pocit nejistoty a neschopnosti dítěti porozumět. Rodičům se může zdát, že jejich úsilí nemá smysl, protože se dítě nevyvíjí tak, jak si představovali.
- **Potřeba citové vazby** s dítětem může být narušena díky tomu, že péče o dítě je pro rodiče mnohem obtížnější, čímž je těžší je plně akceptovat. Snáze dochází k extrémům v postojích rodičů k němu. Děti mohou být rodiči zavrhovány, případně si k nim vytvoří nadměrnou a neadekvátní citovou vazbu s hyperprotektivním výchovným postojem. Rodiče mohou prožívat silné pocity viny a proto je jejich chování obranným mechanismem.
- **Potřeba vlastní hodnoty a společenské prestiže** rodičů může být oslabena v tom smyslu, že nejsou schopni vychovat dítě, které by nevybočovalo z průměru. Mohou se cítit méněcenní. Tyto tendence posilují reakce okolí.
- **Potřeba životní perspektivy** rodiny i dítěte je nejasná, není snadné si představit další vývoj dítěte a jeho existenční možnosti.

Míra uspokojení rodičovských potřeb dětí s tělesným či smyslovým postižením se může se závažností a rozsahem zjevné tělesné deformace výrazně snižovat. Paradoxem je, že děti s diagnózou ADHD a jejich rodiče mohou být poznamenáni absencí zřetelného tělesného symptomu, protože je staví do role problémového dítěte a nikoliv toho, kdo potřebuje pochopení, toleranci a respekt. Rodiče jsou unavení, frustrováni a fyzicky

vyčerpání, což může vést „*k asynchronii pozornosti a afektu mezi matkou a dítětem, čímž je jejich vzájemná souhra od počátku ztížena*“ (Kolčárková, Lacinová 2008, s. 36). Prožívají pocity výchovné neúspěšnosti a bezradnosti.

1.4 Socializace dítěte s ADHD

Socializace osobnosti je proces, vedoucí k osvojení poznatků, norem, hodnot, postojů a forem chování, jež jedinci umožní začlenění a aktivní účast na společenském životě. Socializace každého člověka probíhá na základě působení ostatních jedinců, s nimiž je ve styku. Probíhá po celý jeho život jednak vlivem odehrávajících se okolností, ale také cílevědomým a záměrným působením – výchovou.

Sociální učení probíhá prostřednictvím prolínajících se a doplňujících se mechanismů, které si však navzájem mohou i odporovat (Helus in Michalová 2007). Jde o:

- sociální učení kladným a záporným zpevňováním – vycházející z odměn a trestů,
- sociální nápodobu – imitaci chování jiného jedince,
- ztotožňování – identifikaci s určitou osobou,
- sociální informování – příp. přesvědčování o tom, co je správné,
- interiorizaci – vnitřní přijetí společenských požadavků,
- exteriorizaci – jednání a aktivní prosazování vnitřní zásady,
- vliv příkladů, vzorů, ideálů.

Socializace dítěte s diagnózou ADHD bývá často výrazně narušena. Chování dítěte neodpovídá očekávání jeho okolí. Bývá hodnoceno jako provokativní, rušivé, zbrklé a obtěžující. Nejvýraznější potíže v dětské skupině jsou následující Vágnerová (2005):

- mají sníženou toleranci k zátěži – neovládají se, neberou ohled na ostatní, nedokáží spolupracovat a podříditi se pravidlům;
- nedovedou řešit konflikty – reagují impulzivně a zkratkovitě, nedávají prostor k vyjádření ostatním dětem;
- jejich chování je pro ostatní nepředvídatelné – okolí nedokáže odhadnout, jakým způsobem kdy zareaguje, což ostatním dětem narušuje jejich potřebu sociální orientace;

- velké emocionální výkyvy, dráždivost a náladovost – jsou vrstevníkům nepříjemné a nepochopitelné.

Sociální kontakty dítěte s ADHD a jeho rodičů jsou často narušeny od raného dětství. Pro rodiče není jednoduché srovnávání jejich dětí s ostatními. Nutnost zvýšeného dohledu, péče a emocionálního vypětí vede k jejich přetížení (Helfer, Fries 2010).

Musí být neustále ve střehu, aby jejich dítě neublížilo sobě či ostatním dětem. Jsou unaveni z neustálého hlídání a řešení konfliktů. Proto je pro ně pobyt s dítětem mimo prostředí vrstevníků často přijatelnější. Dítě je pak ale od počátku ochuzováno o možnost kontaktu s jinými dětmi i dospělými, což omezuje jeho sociální učení. Stejně problematický je pro dítě často i kontakt se sourozenci. Hyperaktivní dítě je ve srovnání s neproblémovým sourozencem tím horším, což mu může oplácet drobnými zlomyslnostmi. Sourozenecké srovnávání je častou příčinou vzdoru a vzteku problémového dítěte vůči rodičům (Balaštíková 2007).

V kolektivu mateřské školy se nedokáže podřídit daným pravidlům, což nezřídka končí (částečným i úplným) omezením předškolní docházky.

Vzhledem k opakujícím se neúspěchům ve školních činnostech je u dítěte velké riziko absence přiměřeného sebevědomí a schopnosti pozitivního sebehodnocení. Permanentní neúspěšnost ve všech oblastech jeho činností může být příčinou vytvoření odporu ke všem školním aktivitám a celkově negativního přístupu k životu. Následně je dítě ohroženo uspokojováním potřeby seberealizace problematickým chováním (nejen v problémové partě), případně vážnými psychickými problémy.

Období školního věku a adolescence je pro děti s ADHD velmi těžké. Prevencí vzniku vážnějších problémů v době plnění školní docházky je přidělení včasné a přesné diagnózy, zavedení adekvátního přístupu k dítěti ze strany rodičů, učitelů a všech dospělých, s nimiž je dítě v kontaktu. Vzhledem k tomu, že syndrom ADHD je organického původu, dítě samo od sebe není schopno ovlivnit jeho projevy. Pouze respektováním individuálních zvláštností dítěte, důsledností a jednotností v jeho výchovném vedení, lze předcházet ohrožení jeho socializace, které spočívá v odmítání dítěte a jeho izolaci od vrstevníků.

Dostatečná informovanost dospělých, ale i vrstevníků dětí, je nezbytnou podmínkou úspěšného zvládnutí období školní docházky dítěte.

1.5 Podpora dítěte s ADHD a jeho rodiny

Obtíže dítěte s diagnózou ADHD se prolínají všemi oblastmi jeho života. Péče o něj proto musí být vždy komplexní ve všech oblastech jeho deficitů, stejně jako ve všech prostředích, v nichž se odehrávají jeho interpersonální kontakty a vztahy.

V souvislosti s aktuálností dané problematiky v odborné literatuře bývají uváděna následující opatření a formy podpory žáků, případně jejich rodin.

Podpora a pomoc je situována do:

- škol,
- pedagogicko-psychologických poraden,
- speciálně pedagogických center,
- ambulancí klinických psychologů, psychiatrů, neurologů, pediatrů,
- občanských sdružení s patřičným zaměřením, která poskytují systematickou poradenskou, vzdělávací a terapeutickou podporu,
- Dys – centra,
- péče soukromých terapeutů různých zaměření (psychoterapie, EEG Biofeedback, ...)
- poraden pro manželství, rodinu, mezilidské vztahy,
- středisek výchovné péče (v případě vážnějších problémů),
- dětských domovů se školou.

Péče pedagogicko-psychologických poraden, resp. speciálně pedagogických center, začíná zpravidla v době, kdy se u dítěte objevují okolnosti, ovlivňující úspěšné zahájení školní docházky, případně první neúspěchy při plnění školních povinností. Poradenský psycholog provádí testy pro posouzení intelektu, pozornosti, předpoklady pro rozvoj specifických poruch učení, případně problémů chování. Vychází z anamnestických údajů, postřehů rodičů, zprávy od učitele, vlastního pozorování dítěte v průběhu vyšetření a patřičných testovacích metod. Systematické a komplexní psychologické vyšetření hraje důležitou roli. Zároveň klade zvýšené nároky na odbornost a zkušenost examinátora (Ptáček 2007). Jelikož není v jeho kompetenci stanovení vhodné medikace, nemůže být jeho péče o klienta komplexní. Proto, na základě uvážení, následně doporučuje psychiatrickou konzultaci. Další péče poradenských pracovníků spočívá v jejich spolupráci na vytvoření a

realizaci individuálního vzdělávacího plánu dítěte, reedukaci specifických poruch učení a psychoterapeutické podpoře dítěte, případně rodiny.

Psychiatr stanoví diagnózu na základě posouzení vlastního, psychologického (případně neurologického) vyšetření a zprávy školského poradenského zařízení.

Cílem vstupního vyšetření (psychologického, případně psychiatrického) je získat informace z následujících oblastí života dítěte:

- prostředí (domácí, školní, sousedské, vrstevnické) a problémy, které se k němu vztahují, odlišnost chování oproti vrstevníkům;
- obtíže: zdravotní, s intelektem a myšlením, pohybové (dovednosti a koordinace), smyslové, studijní schopnosti, úzkosti a obavy, deprese, agrese, hyperaktivita, pozornost, antisociální chování;
- konkrétní příklady problematického chování v domácím prostředí,
- důvěrné až intimní informace, týkající se rodinného života – neshody, závislosti, podezření na sexuální obtěžování...,
- další rodinné problémy – manželství, finance, zaměstnání členů rodiny, zdravotní stav členů rodiny,
- raný vývoj dítěte - prenatální, perinatální, postnatální a motorická, sociální a psychická ontogeneze;
- názory učitele na prospěch dítěte, školní dokumentace dítěte – notýsek, žákovská knížka, sešity, obrázky.

Rodič by měl předem informován o časové náročnosti a o tom, jak dítě na vyšetření připravit.

Neurologické vyšetření, resp. péči, považují Goetz a Uhlíková (2009) za doplňkové. Probíhá u klientů s netypickými projevy diagnózy, nebo pokud jsou přítomny známky širšího postižení centrálního nervového systému. Dosavadní celkový obraz klienta rozšiřuje o zobrazovací vyšetření mozku, magnetickou rezonanci (MRI) či počítačovou tomografii (CT), a záznam elektrické aktivity mozku (EEG).

Kromě rodičů se na péči o dítě s ADHD nejvíce podílí učitel. Jeho místo je nezastupitelné od okamžiku vyslovení podezření na dané obtíže. Lékařská a psychologická diagnostika čerpá z postřehů, které získal při práci s dítětem. Také následná péče se opírá o

jeho kompetentnost při odpovídajícím vedení dítěte. Průběžně monitoruje vhodnost užívaných metod a přístupů. Okamžitě reaguje na aktuální úspěchy (případně neúspěchy) nastavené péče a přizpůsobuje formy a obsah činnosti momentálnímu stavu či situaci.

Pravidelné a průběžné pozorování žáka má nezastupitelnou roli v určování směru dalších terapeutických kroků.

Protože se příznaky ADHD zhoršují následkem dlouhodobého stresu, který může často pramenit v rodinném prostředí, v určitých konkrétních případech je nutné do péče o dítě zainteresovat orgány sociální péče. Jde o případy vážných problémů v rodině – nezaměstnanosti, finanční tísně, podezření na zanedbanost dítěte..., na něž mohou upozornit pedagogové, terapeuti či lékaři. Z jiného úhlu pohledu lze sociální pracovníky požádat o pomoc při podezření na problémy ve školním prostředí – šikana, nedostatečná akceptace speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, diskriminace (ne)přijetí dítěte ke školnímu vzdělávání na základě diagnózy ADHD.

1.5.1 Legislativní vymezení

Výchova a vzdělávání všech dětí, žáků a studentů v České republice je vymezeno zákonnými i podzákonnými normami školské legislativy.

- Listina základních práv a svobod (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.), článek 33, který deklaruje právo všech na vzdělání.
- Zákon č. 561/2004Sb. (Školský zákon) *o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání* ve své novelizované podobě zákona č. 472/2011 Sb. ze dne 1. ledna 2012, který blíže specifikuje podmínky vzdělávání v České republice. V §2b vymezuje nutnost zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce. §16 se dotýká vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, kteří jsou vymezeni jako osoby se zdravotním postižením (mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování), zdravotním znevýhodněním (zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání) a sociálním znevýhodněním, a náleží jim speciálně pedagogická podpora. Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami jsou klienty a uživateli služeb školského poradenského systému.

- Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, novelizovaná k 1.9.2011 pod č. 147/2011 Sb. upravuje využití podpůrných opatření (speciální metody, formy, postupy a prostředky vzdělávání, dále využití kompenzačních, rehabilitačních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, možnost zajištění služeb asistenta pedagoga, změny počtu žáků ve třídě a stanovení individuálního vzdělávacího plánu).
- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, též novelizovaná k 1.9.2011 pod č. 116/2011 Sb., poukazuje na možnost spolupráce se školními poradenskými zařízeními.

1.5.2 Vzdělávání žáků s ADHD

Vzdělávání žáků s diagnózou ADHD je legislativně ošetřeno Školským zákonem. Žáci s ADHD jsou řazeni mezi žáky s osobními, sociálními, kulturními nebo ekonomickými znevýhodněními v procesu vzdělávání.

Plnění školní docházky žáka s ADHD lze v našich podmínkách (s ohledem k rozsahu obtíží) realizovat formou individuální či skupinové integrace do škol běžného typu. Může probíhat ve speciálních školách pro žáky se specifickými poruchami učení či chování. Zařazení žáků s ADHD do výchovně-vzdělávacího procesu s intaktními spolužáky s sebou nese určitá specifika a nutnost modifikace tradičních přístupů pedagogů k žákovi.

Prostředí třídy, organizace vyučování a postupů učitele je nutné přizpůsobit potřebám žáka (Andreánska 2010). **Třída** by měla být dostatečně osvětlena a bez nadbytečné výzdoby, která by poutala pozornost žáků. Celkově by měla působit útulně a harmonicky. Pracovní místo žáka by mělo být zvoleno s ohledem na eliminování rušivých podnětů. Žák by měl mít své místo mezi klidnými spolužáky. Učitel by měl mít k žákovi neustálou možnost přístupu, aby průběžně kontroloval, zda žák porozuměl jeho instrukcím. Dohlíží, aby měl žák k dispozici (i na dohled) právě ty pomůcky, které momentálně potřebuje. Při manipulaci s ostrými pomůckami dbát na bezpečnost daného žáka i dětí v jeho okolí, po ukončení činnosti zkontrolovat jejich uložení na bezpečné místo. Nezastupitelné místo má vytvoření relaxačního prostoru, v němž má žák možnost ke zklidnění, případně k individuálnímu vedení asistentem pedagoga či terapeutem.

Vyučovací proces musí být jasně strukturován, aby dítě dokázalo předjímat, co přesně se od něj v daném okamžiku očekává, co je přijatelné a co nikoliv. Struktura vyučování by měla být dána komplexním (začátek školního roku) i momentálním (konkrétní hodina) časovým harmonogramem. Vhodné je mít znázorněnu strukturu výuky i ve vizuální podobě na místě, které se stále nachází v zorném poli žáka. Strukturování výuky může vycházet z principů TEACCH programu, jenž „*směřuje k nácviku adekvátních sociálních dovedností a pracovního chování*“ u jedinců s poruchami autistického spektra. Jeho základem je poskytnout dítěti odpověď na otázky: „*Kdy? Kde? Jak dlouho? Jakým způsobem?*“ a tím ho zbavit pocitu, že je jeho život řízen náhodami (Michalová 2011b, s. 78).

Specifické pedagogické přístupy by měly vycházet z individuálního přizpůsobení učiva schopnostem žáka. Spočívají v ohledech na jeho snadné přetěžování (ve školní práci i domácích úkolech), minimalizování rychlostních a soutěživých metod, průběžném prověřování pochopení zadání a alternativních způsobech prověřování vědomostí. Dítě nesmí být nikdy učitelem ztrapňováno či ponižováno, vhodné je eliminování kritiky a zákazů. Naopak je nezbytné udržovat s dítětem přímý zrakový kontakt (případně si domluvit určité komunikační signály), komunikaci obohatit gesty, pozitivně ho motivovat, vytvářet mu dostatek příležitostí k předvedení jeho pozitivních schopností. Trpělivý učitel, který používá správné intervenční techniky a je schopen s dítětem spolupracovat, má vždy pozitivní vliv na studijní výsledky i chování žáka (Sherman, Rasmussen, Badala 2008).

Předpokladem úspěšné integrace žáka s ADHD do běžné základní školy je jeho edukace prostřednictvím individuálního vzdělávacího plánu (IVP). Jedná se o dokument, závazný pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Vymezuje obsah vzdělávání, vhodné metody a postupy. Zároveň specifikuje obtíže žáka, vytváří podmínky k omezení příznaků a eliminaci problémů, a naopak vyzdvihuje pozitivní oblasti jeho vývoje „*Vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, popřípadě doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře nebo dalšího odborníka, a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka*“ (vyhláška č.72/2005 Sb.). Zpracovává se zpravidla před nástupem žáka do školy, nejpozději 1 měsíc po nástupu nebo zjištění jeho speciálních vzdělávacích potřeb a je součástí dokumentace žáka. Na žádost rodičů jej povoluje ředitel školy, který je zodpovědný za jeho zpracování, seznamuje je s obsahem a předkládá jim k podpisu. IVP

pro žáka se specifickou poruchou učení nebo chování zpracovává nejčastěji třídní učitel ve spolupráci se školským poradenským zařízením, s ohledem na vyjádření všech pedagogů, kteří se na edukaci žáka podílejí. Poradenské pracoviště specifikuje druh a stupeň poruchy, navrhuje rozsah a míru podpůrných opatření. Vymezuje speciálně pedagogickou péči včetně materiálního vybavení, případně navrhuje snížení počtu žáků ve třídě. V průběhu školního roku sleduje, upravuje a doplňuje IVP, dvakrát ročně vyhodnocuje dodržování stanovených postupů a opatření. Součástí IVP je určení konkrétního pracovníka školského poradenského zařízení, jenž se bude na realizaci a kontrole jeho plnění podílet. Bezpodmínečnou součástí IVP je vymezení spolupráce s rodiči (zákonnými zástupci). IVP multidisciplinárně postihuje krátkodobé i dlouhodobé cíle vzdělávání konkrétního jedince s ohledem na optimální úroveň možností jeho vývoje.

1.5.3 Formy terapie ADHD

Terapeutické přístupy k jedincům s ADHD spadají do oblastí klasické medicíny, psychoterapeutických přístupů, speciálněpedagogické a pedagogické intervence. Za nejefektivnější přístup je považována multifaktoriální péče, zahrnující psychoterapii, rehabilitaci, trénink učení, výchovné působení, úpravu prostředí a ve vážnějších případech farmakoterapii (Andreánska 2010).

Speciálně pedagogická podpora

Speciálně pedagogická intervence u dětí s ADHD je zaměřená na oslabení percepčně – kognitivních funkcí, posilování koncentrace pozornosti, zrakového a sluchového rozlišování, nácvik čtenářských a grafomotorických dovedností. Za předpokladu přesné diagnostiky lze každý program přizpůsobit individuálním potřebám dítěte. Mezi nejrozšířenější reedukační programy Michalová (2007) se Šauerovou (2012) řadí HYPO a programy Kuncové.

- **HYPO**

Program je určen dětem od předškolního věku. Je zaměřen na projevy hyperaktivity, stimulaci percepčně-kognitivních funkcí a posílení pozornosti, jejichž rozvoj dětem usnadňuje získání počátečních dovedností ve čtení, psaní a počítání. Název programu je

složen z počátečních slabik symptomů, na něž se péče orientuje, HY označuje hyperaktivitu, PO je pozornost.

Program je zaměřen na děti od 5,5 let do 6,5 - (8) let. Je doporučován i dětem v době odkladu školní docházky. Stimulující je i pro žáky prvních tříd bez oslabení k procvičení dílčích dovedností, které jsou v učebních osnovách zařazovány do předslabikářového období. Posiluje pozornost dětí, komunikační dovednosti, sociální zručnost (v interakci s dospělou osobou) a senzorio-motorické dovednosti.

S programem lze pracovat individuální i skupinovou formou, větší úspěšnost je zaznamenána při práci individuální. S dítětem se pracuje 12 týdnů, 10 týdnů je pravidelně předáván rodiči materiál k práci s dítětem. Dítě s rodičem přicházejí společně jednou za týden/2 týdny. Dostanou přesné pokyny, co budou v období do příští konzultace každý den zhruba 10 minut dělat a cvičit, s čím si budou hrát. Dítě si během setkání pod vedením speciálního pedagoga vyzkouší jednotlivé hry a seznámí se s předkládaným materiálem. Na základě tohoto pozorování se posuzují jeho schopnosti, dovednosti a předpoklady. Následně jsou dílčí úkoly upraveny jeho možnostem tak, aby ho obtížnost (či snadná zvladatelnost) dopředu neodradila. Při každé návštěvě rodič terapeuta informuje o zájmu dítěte o program, o úspěších a obtížnostech u dílčích úkolů. O všem jsou vedeny podrobné záznamy. Z činností, které se dítěti dařily méně, je v 11. a 12. týdnu vytvářen program, který se vrací k tomu, co dobře nezvládalo. Motivačně je vkládán jeden úkol, který dítě bavil a byl pro ně snadný. Všechny úkoly jsou koncipovány na posilování pozornosti, schopnost její koncentrace, udržení a přenášení.

V průběhu dílčích sezení probíhá terapeutická práce, při níž se rodič učí své dítě chválit i za snahu a dávat mu najevo sounáležitost. Jednání s dítětem vyžaduje poznání reálných možností klienta na základě vývojových, psychologických, sociálních, osobnostních a biologických souvislostí.

Program je využíván i při skupinové práci v mateřské škole, je vhodný i pro začínající učitele. Účinnost skupinové práce je podmíněna maximálním počtem 5 dětí. Pak se každý může podílet na řešení předkládaného úkolu a učitelka má přehled, která činnost se kterému dítěti skutečně daří a co je naopak nutno více rozvíjet. Následně může instruovat rodiče k práci doma.

- *KUPOZ* (KU – Kuncová, POZ – pozornost) je rozvíjející program, vytvořený dr. Kuncovou. Je určen dětem mladšího školního věku do 12 let. Program spočívá v domácí práci dítěte s jedním z rodičů po dobu patnácti týdnů. Společně pracují na zadaných úkolech pod vedením poradenského pracovníka. Činnosti rozvíjejí poznávací schopnosti dítěte, ale zároveň je posilována vazba rodič-dítě. Dítě zažívá první pracovní úspěchy, což ho vede k větší motivaci. Rodič koriguje své přístupy k dítěti.

Dítě každý den plní 4 úkoly, zaměřené na rozvoj dílčích percepčně-kognitivních funkcí. Jedna lekce se procvičuje po dobu celého týdne a úkol z každé oblasti se opakuje se stoupající obtížností. Další lekce procvičují stejné oblasti na jiném typu úkolu. Obtížnost se postupně zvyšuje. Některé úkoly jsou časově limitované, což umožňuje porovnání úrovně vlastního výkonu dítěte. Časový limit má vliv na snižování pocitu úzkosti dítěte z časově omezených výkonů požadovaných ve školním prostředí.
- *KUMOT* (KU – Kuncová, MOT – motorika) je program určený k rozvoji hrubé a jemné motoriky (vč. motoriky mluvidel) u dětí ve věku 5–8 let. Zlepšuje adaptaci dítěte ve školním prostředí. Probíhá skupinovou formou v deseti jednohodinových lekcích. U dětí se v rámci programu střídají pocity napětí a uvolnění (relaxace). Kromě mechanického procvičování motorických funkcí se učí i sociálním dovednostem, neboť jsou vedeny k vyjadřování svých citů (verbálně i nonverbálně), vnímání ostatních dětí a aktivní komunikaci s nimi. Pozornost je věnována i nácviku schopnosti ovládat svou agresivitu. Celý program je doprovázen písničkami, které posilují schopnost rytmizace a celkového uvolnění dětí. Výsledky dětí jsou individuálně konzultovány s rodiči.
- *KUPREV* (KU – Kuncová, PREV – prevence) je primárně preventivní program, zaměřený na předcházení vzniku adaptačních problémů ve školním prostředí. Určen je dětem od čtyř do osmi let a jejich rodičům. Dospělí se v jeho průběhu učí pracovat se svým dítětem.

Farmakoterapie

Medikace dětí s ADHD je mezi laickou veřejností jednou z nejdiskutovanějších terapeutických oblastí. Řada rodičů se obává efektu útlumu, případně vzniku závislosti. V takových případech je důležité věnovat zvýšenou péči racionálnímu zdůvodnění navrhovaného doporučení. Pouze dostatečné osobní přesvědčení, které rodiče nepřivede k pochybnostem o vlastním úsudku, případně nebude příčinou jejich vzájemných rozepří, může zajistit pozitivní účinek medikace.

U dětí s mírnými příznaky je vhodné primární zavedení psychologických, speciálněpedagogických a sociálních opatření. Dětem se středně těžkou až těžkou poruchou může užívání léků výrazně pozitivně ovlivnit chování, myšlení, schopnost učení i mezilidské vztahy. V některých případech je jejich správné užívání jedinou cestou k zajištění účinnosti dalších opatření (Mundsen, Arcelus 2002).

K léčbě ADHD se používají farmaka, která v mozku ovlivňují systémy neuropřenašečů dopaminu a noradrenalinu. Léky ovlivňují oblasti mozku, které vykazují snížené funkce nebo dysregulaci, čímž posilují jejich aktivitu. Ke zlepšení příznaků dochází u 60-80% léčených dětí (Goetz, Uhlíková 2009).

V České republice jsou k léčbě ADHD schváleny a prakticky podávány dětem a dospívajícím od 6 let věku s řádně stanovenou diagnózou ADHD (u nichž nejsou dostatečně účinná nefarmakologická opatření) dvě látky, obě mohou první volbou. Výběr konkrétního preparátu spočívá ve vyhodnocení osobní anamnézy klienta. Hodnotícími kritérii jsou jeho psychický stav, snášenlivost, schopnost pravidelného užívání, věk pacienta s ohledem na možnost obchodování se stimulující látkou. Dávkování se průběžně upravuje s věkem a hmotností pacientů.

Léčivými látkami jsou stimulant **methyلفenidát** (rychlý nástup účinku, vysoká účinnost a dobrá snášenlivost; podávání není vhodné u komorbidních tikových poruch, Tourettově syndromu, anxietě, pervazivních vývojových poruch, enuréze, může narušovat spánek, snižovat chuť k jídlu, zvyšovat úzkost, iritabilitu, srdeční frekvenci a krevní tlak; ačkoliv tato látka může být zneužívána, u pacientů s ADHD na ni nevzniká závislost) a nestimulační **atomoxetin**, inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu (vysoká účinnost, pomalý nástup účinku – v řádu týdnů, účinný u komorbidních tiků, úzkosti a deprese; nežádoucí účinky mírné a nepříliš časté – zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti, přechodné bolesti břicha, nechutenství a zvracení). Jsou to následující preparáty:

- Ritalin – methylfenidát s rychlým uvolňováním,
- Concerta – methylfenidát s řízeným uvolňováním OROS, schválený k podávání od roku 2009,
- Strattera – atomoxetin, je lék podávaný k léčbě ADHD od roku 2007.

„Léková léčba ADHD patří k nejúčinnějším způsobům léčby v psychiatrii vůbec a účinnost methylfenidátu i atomoxetinu u ADHD byla opakovaně prokázána kvalitními studiemi“ (Theiner 2012, s. 150).

Výsledky většiny studií ukazují, že efekt stimulancií a atomoxetinu je u 70-75% respondentů srovnatelný. Drtílková (2008) se zabývala srovnáním preparátů obou skupin (Ritalin a Strattera) a shledala výhody Strattery v širším spektru účinnosti, s ohledem na příznivý efekt u řady komorbidních poruch, v celodenním kontinuálním účinku a v příznivějším profilu nežádoucích účinků. V roce 2009, i s ohledem k anorektickému účinku stimulačních látek (zvláště u dětí trpících nechutenstvím), se věnovala převedení pacientů ze stimulancia na atomoxetin. Pro většinu pacientů se jí jevila jako nejvýhodnější zkřížená metoda, při níž se postupně snižuje dávka stimulancia a současně se atomoxetin přibližuje k doporučené denní dávce. Novější methylfenidát - Concerta, má dle Drtílkové (2013) nespornou výhodu prodlouženého účinku. Jeho působení po dobu 12 hodin umožňuje kontrolu symptomů v kritických obdobích dne, během vyučování i při odpoledních, mimoškolních aktivitách. Ranní dávka, podaná rodičem, omezuje zneužití tablet a stigmatizaci dítěte mezi vrstevníky.

Pokud nelze k léčbě použít léky první volby (nejsou účinné nebo ze zdravotních důvodů), lze doporučit antidepresiva. Jejich výhodou je užívání u pacientů s komorbidní depresí nebo anxiozitou, tikovými projevy. *„Tricyklická antidepresiva (TAD) blokují zpětné vychytávání noradrenalinu a serotoninu na synaptické štěrbině a v terapii se využívá právě jejich noradrenergní efekt. Při terapii je nutná monitorace EKG a nejsou vhodná u pacientů s epilepsií“* (Cahová, Pejčochová, Ošlejšková 2010, s. 3).

Malá (2008) zmiňuje možnost augmentace (podpůrná léčba) neuroleptiky nebo tymoprofylaktiky. Pro podporu maturace CNS doporučuje dlouhodobou léčbu nootropními látkami a vitamínem B6.

„Nootropica jsou látky, které zlepšují kognitivní funkce, k jejichž poruše došlo v důsledku metabolických či organických změn mozku. Ve své podstatě tedy v jistém smyslu zasahují do metabolismu neuronálních buněk CNS. Velká část látek, kterým je připisován neotropický účinek, je přírodního původu a je možné je zakoupit jako potravinové doplňky. Přesto však je v České republice několik látek z této skupiny registrováno jako léčivý

přípravek, jehož opatření často není vázáno na vystavení receptu“ (Slíva 2007, s. 46). Zvyšují schopnost využití kyslíku a glukózy z krve a zlepšují regionální prokrvení CNS, čímž upravují metabolismus nervových buněk. Zmírňují neklid a zlepšují koncentraci pozornosti.

Psychoterapie

Léčba dítěte s ADHD by měla být multidisciplinární a multipersonální. Nezbytnou součástí komplexní léčby ADHD jsou psychoterapeutické intervence. Za nejúčinnější techniku bývá považována **kognitivně behaviorální terapie**, integrující v sobě kognitivní a behaviorální přístupy k jedinci, vychází z teorie učení. Kognitivní postup pracuje s myšlenkami a postoji k sobě samému, k jiným lidem a okolnímu světu. Behaviorální přístup je zaměřen na pozorovatelné, konkrétní, ohraničené chování a možnost jeho pozitivního usměrňování. Zaměřuje se na přesně definované problémy dítěte.

KBT obsahuje soubor strategií, jejichž cílem jsou kognitivní, emoční, sociální a behaviorální změny. Je založena na systematickém programu postupných kroků. Vychází z popisu nežádoucího chování, pojmenování problémů, a hledání spouštěčů (situace, myšlenky, pocity), které je vyvolávají. Klient je veden k uvědomění si, jaké následky má jeho chování. Posilováno je žádoucí chování a redukováno nežádoucí chování dítěte.

Struktura terapie (Šauerová 2012):

- přijetí seznamu problémů,
- hodnocení zadávaných úkolů a pocitů, spojených s událostmi,
- procvičování a učení se novým strategiím chování.

Terapeutická metoda využívá řadu technik a ve všech se přizpůsobuje možnostem a schopnostem dítěte. Dalo by se říci, že je „šitá na míru“ každému klientovi. Měla by pozměnit existující myšlenková a emoční schémata, a tím chování dítěte. Dítě se učí dovednostem sebekontroly. Kocourková (2008) zmiňuje následující techniky:

- Technika operačního podmiňování – zpevňování žádoucího chování se snažíme zpočátku dosáhnout odměňováním dítěte přímo a očekávaným způsobem, později nepřímo a nepravidelně. Nežádoucí chování se oslabuje vyhasínáním, pokud mu nevěnujeme pozornost.
- Expoziční přístup – vede dítě k postupnému vystavování se obávaným podnětům, situacím. Postupně se zvyšuje obtížnost situací, v nichž dítě čelí strachu. Nepřímá expozice se odehrává v představách dítěte, v přímé expozici čelí reálné situaci.

- Modelování – vychází z principů zástupného učení. Dítě pozoruje chování modelu, postupně si zkouší chování v přítomnosti terapeuta, a závěrem v přirozené situaci. Nutné je zpevňování každé žádoucí reakce.
- Kognitivní techniky – jsou zaměřeny na změnu dysfunkčních myšlenek a vnitřních postojů. Jsou cíleny na sebeovládání, řešení problémů a zvládání stresu.

Dílčí aktivity vedou ke změně myšlení, které je základem nepřijatelného chování. Terapie umožňuje aktivní zapojení rodičů, „kteří mohou změnou svého chování pomáhat ke změně svému dítěti“ (Kocourková 2008, s. 466).

KBT může probíhat formou skupinových setkávání. Protože děti s ADHD jsou sociálně konfliktní a izolované, terapie jsou zaměřeny na rozvoj jejich sociální percepce, posilování korektivních a seberegulačních dovedností. Do skupiny jsou zařazeny děti stejného věku, případně i pohlaví, a v přirozených podmínkách se učí sociálním dovednostem. Neakceptovatelné chování je redukováno přímou zpětnou vazbou, pod kontrolou terapeuta. Důležité je však získávání pozitivní zpětné vazby (prostřednictvím modelových situací, hraní rolí a dlouhodobým zapojením do skupiny), která posiluje prosociální chování. Různými metodami se posilují dovednosti dítěte k vedení rozhovoru, schopnosti pochválení, přijetí kritiky a zpětné vazby. Dítě objevuje způsoby řešení situací, v nichž se cítí nespokojeně, či je vnímá nespravedlivě. Součástí terapie jsou specifické domácí úkoly, zaměřené na monitorování užití sociálních dovedností v běžném životě (Šauerová 2012). Kognitivně behaviorální terapie nabízí skupinová setkání rodičů, i společné skupiny rodičů a dětí s ADHD.

Šauerová (2012) vidí další možnosti účinné psychické podpory dětí i rodičů též v psychoanalytické psychoterapii, a ve shodě s dalšími odborníky (Munden, Arcelus 2002; Michalová 2011) i v různých formách terapie rodinné. „Indikace pro individuální psychoanalytickou psychoterapii jako výhradní terapeutickou metodu je správná v případě, že problémy dítěte mají povahu intrapsychického konfliktu“ (Kocourková 2008, s. 463).

Jiné formy terapie

Protože se problémy dítěte s ADHD nejvýznamněji odrážejí v interpersonálních vztazích, je nutné v každém přístupu apelovat na rozvoj vhodných komunikačních strategií dítěte. Metoda **videotréningu interakcí (VTI)** na tomto cíli pracuje i svými prostředky. Z názvu je zřejmé, že jde o práci s interakcemi klienta v různých sociálních prostředích. Aplikována je v domácím i školním prostředí, psychosociální i zdravotní sféře. Je terapií krátkodobou, zpravidla trvá 1-6 měsíců. Dle potřeb ji lze modifikovat. Terapie má tři fáze:

- nahrávání,
- analýza interakcí,
- rozbor.

Na počátku terapie je vymezena konkrétní zakázka, z níž je zřejmé, kudy má pomoc směřovat a co je jejím cílem. Terapeut pořizuje videokamerou záznam běžných situací v daném prostředí (10-15 minutový). Důležité je, že jsou ze záznamu vybírány pouze situace a momenty, ve kterých probíhá komunikace správně. Jde o posilování pozitivních komunikačních vzorců. Pořízené záběry analyzuje a vybírá sekvence, které jsou k rozboru s účastníky vhodné. Klíčovou fází je rozbor interakcí. Účastníci dostávají zpětnou vazbu, terapeut pojmenovává vše, co v komunikaci probíhá správně. Po každém rozboru se dohodne cíl dalšího setkání. Setkání většinou probíhají v týdenních intervalech.

Paralelně s medikamentózní léčbou, psychoterapií a nácvikem sociálních interakcí existuje široká škála nestandardních či alternativních forem podpory dítěte s ADHD, které mohou být využívány jako efektivní doplněk primární terapie. Jejich cílem jsou uvolnění napětí, relaxace a „*harmonizace psychiky s kladným vlivem na tělesné funkce a vzájemné vztahy*“ (Šauerová 2012, s. 104). Pro zvýšení pozitivního účinku je možná kombinace různých terapeutických postupů, ale „*většina těchto technik by měla být plánována a užívána v rámci integrovaného psychoterapeutického procesu*“ Kocourková (2008, s. 473). Tradičními přístupy, podporujícími psychické i fyzické funkce jedince, jsou **muzikoterapie** (neverbální technika vhodná pro všechny věkové kategorie; využívá efektu hudebního vnímání a aktivní práce s hudbou k relaxaci, sebevyjádření a sebepoznání; ovlivňuje vegetativní funkce, používá se ke zmírnění bolesti, úzkosti a strachu), **arteterapie** (neverbální technika, využívá výtvarného projevu k vyjádření vnitřního stavu jedince symbolem či příběhem; má význam diagnostický, preventivní i terapeutický; redukuje napětí, zmírňuje neurotické symptomy a objektivizuje vnitřní konflikty; podporuje proces sebepoznání; je komunikativním a kompenzačním prostředkem), **dramaterapie** (využívá dramatických postupů k vyjádření sebe sama, slouží k sebepoznání a pochopení mezilidských vztahů, společenských pravidel a porozumění emocí druhých), **biblioterapie** (využívá léčebného účinku četby; individuální i skupinová forma; zaměřená na emoční percepci; smysl terapie je v prožívání zátěžové situace na pozadí četby příběhu, při níž dochází k uvolnění psychického napětí a uvědomění si významu prožívané situace; způsob pozitivního ovlivňování psychosomatického stavu jedince, posilování psychické odolnosti, rozvíjení tvořivosti, kritického myšlení a komunikativních dovedností), **herní terapie** (minimalizuje stres dítěte; příznivě ovlivňuje

psychický stav dítěte i jeho rodiny; eliminuje sociální bariéry a vytváří atmosféru důvěry), **ergoterapie** (podporuje tělesné i psychické funkce; využívá pracovních činností pro podporu katarze, komunikace a motorickou rehabilitaci), **zooterapie** (nejčastěji hipoterapie a canisterapie, ale i péče o drobné zvířectvo; u hipoterapie důležitá stimulace CNS, přejímání motorického pohybu navozuje střídání napětí a uvolňování těla; ovlivňuje svalový tonus a pohyb v prostoru, zlepšení rovnováhy; pozitivní vliv na smyslovou činnost; socioterapeutický význam – zvyšování sebevědomí, tlumení agresivity, odstraňování nedůvěry, úzkosti, zklidnění hyperaktivity).

1.6 Optimalizace denního režimu dítěte s ADHD

Vzhledem k aktuálnosti zvýšeného zájmu odborné i laické veřejnosti o problematiku obtíží plynoucích z diagnózy ADHD, shledáváme v odborné literatuře všech zainteresovaných oblastí stále více podnětů vhodných k začlenění do běžného denního režimu dítěte. Neklid, konfliktnost a neúspěšnost jsou faktory, které u dětí vyvolávají permanentní napětí. „*Napětí je nepříjemný pocit vnitřního tlaku a neklidu. Je to emocionální stav vyskytující se v situaci konfliktu, stresu a frustrace, ohrožení či strachu*“ (Hartl 2004, s. 275). Je zřejmé, že děti s ADHD nemají možnost napětí uniknout. Přestože se jim často dostává adekvátní péče edukační, výchovné i lékařské, úspěchy se dostavují velmi pomalu. Aby se vliv všech stresových faktorů neodrazil negativně na zdraví dítěte, je vhodné vést je ke schopnosti psychického i fyzického uvolnění cíleně.

Relaxační techniky

„*Relaxace je uvolnění svalového i duševního napětí*“ (Hartl 2004, s. 226), má na tělo regenerační účinek. Uvolňuje a prokrvuje svaly, optimalizuje dýchání, tepovou frekvenci, krevní tlak a metabolismus. Zlepšuje kvalitu spánku a snižuje úzkost. „*Relaxační techniky jsou postupy navozující stav psychického i tělesného uvolnění, hrají významnou roli při prevenci a snižování stresu*“ (Průcha, Walterová, Mareš 2003, s.200). Navozují zklidnění a tím možnost zlepšení výkonnosti, sebekontroly a sebeovládání. Jejich cílem je naučit dítě schopnosti uvolnit se.

Základem relaxačních technik je uvolnění těla po jednotlivých částech. Každou část těla je nutné si uvědomit, procítit a tím uvolnit. Postupuje se z jednoho konce těla na druhý, ve směru, který jedinci vyhovuje (Nechlebová 2012). Ve výběru uvádíme techniky, využitelné dětskými klienty s ohledem na jejich náročnost či dostupnost.

- **Dechové cvičení** – koncentrace na dýchání je snadným a rychlým způsobem ke snížení stresu, cvičení jsou zaměřena na schopnost uvědomělého dýchání. Zlepšuje schopnost koncentrace a má relaxační účinky.
- **Autogenní trénink** – vychází z představivosti pocitů tíhy končetin, tepla končetin a v nadbříšku, klidného dechu a pravidelné srdeční činnosti, chladného čela. Michalové (2007) se jeví nácvik, vzhledem k jeho dlouhodobosti a náročnosti, pro děti náročný. Předpokladem jsou dostatečná motivace a trpělivost dítěte.
- **Metoda progresivní relaxace** – spočívá v uvědoměném stažení a následném uvolnění kosterního svalstva. Nácvik je též časově náročný.
- **Psychowalkman** – je elektronický přístroj, umožňující ovlivnění bioelektrické aktivity mozku. Různé programy poskytují uvolnění, zvýšení aktivace či odpočinek.
- **EEG biofeedback** – je specifická metoda, která aktivuje CNS, prostřednictvím snímání mozkových vln. Jedná se o sebeučení mozku prostřednictvím biologické zpětné vazby. Je vhodnou metodou terapie u poruch pozornosti, aktivity a učení. Tyl (2003) na základě téměř 700 výzkumných a klinických studií a 300 dalších výzkumů také zmiňuje pozitivní účinek pro řadu komorbidních poruch (poruchy spánku, paměti, chování, deprese, úzkosti a tikové poruchy). Proti tomu Goetz a Uhlíková (2009) nejsou o aplikaci terapie přesvědčeni, z důvodu nedostatečného ubezpečení v otázce účinnosti. Výzkumné instituce se jim nejeví jako nezávislé a dále apelují na rozdílnost výzkumné terminologie, která pracuje spíše s diagnózou LMD (lehká mozková dysfunkce) než ADHD.

Metoda je vnímána jako terapie, rehabilitace i trénink. Je uzpůsobena individuálním potřebám klienta. Délka tréninku závisí na vážnosti potíží a věku klienta. Většinou jde o střednědobou (40-60 sezení) terapii, někdy je dostačující krátkodobá (20 sezení) forma. V případě potřeby se může jednat o dlouhodobou (více než 90 sezení) podporu. Trénink zpravidla proběhne v období 6 měsíců. V jeho průběhu dochází k dozrávání CNS.

Vstupní vyšetření odhalí příčiny mozkové dysfunkce a oblasti, jejichž činnost je třeba posilovat. Nutností k zahájení terapie jsou EEG a psychologické vyšetření. Zkušební EEG trénink prokáže vhodnost a prognózu metody, které lze vyčíst z tzv. křivky učení.

Terapeut na svém počítači sleduje výkon klienta. Podmínky hry mu může zlehčovat nebo ztěžovat, čímž mozek rozvíjí proces učení nových, vhodnějších frekvencí mozkových vln.

Průběh mozkových vln vidí klient před sebou na počítači v podobě videohry, kterou hraje pouze silou myšlenky. Mozek tak řídí sám sebe. Když narůstá aktivita v žádoucím pásmu vln, je dítě odměňováno body a zvukovým efektem. Když vzrůstá aktivita v nežádoucím pásmu, dítě odměny nedostává. Délka trvání tréninku záleží na závažnosti potíží a na věku. Podle závažnosti problémů je EEG biofeedback účinný v 60 – 90 % (Michalová 2007) případů. U lehkých poruch se v průběhu terapie zklidní chování, posílí sebeovládání a vůle. Zvýšením nervové regulace ustoupí impulzivita, neklid, roztěkanost a agresivita. Zlepší se chování jedince v mezilidských vztazích a jeho odolnost vůči stresu. U dětí trpících poruchou pozornosti došlo i ke zlepšení kognitivních funkcí a „*několik studií prokázalo statisticky průkazné zvýšení IQ*“ (Tyl, Tylová 2003, s. 17). Účinek EEG biofeedbacku je trvalý, protože se „*jedná o učení – co se mozek při tréninku naučí, už se nelze odnaučit*“ (Tyl, Tylová 2003, s. 16). S tímto tvrzením nelze plně souhlasit, může docházet k postupnému zhoršení soustředěnosti člověka absolvujícího tento trénink, ovšem pouze v mírné formě. Situace se po několika trénincích na přístroji opět stabilizuje (Internetová poradna 2013).

Mezi preventivní režimová opatření lze zařadit i **dietologická doporučení**, která odpovídají zásadám zdravé výživy. Rodičům dětí je doporučeno omezení konzervačních látek, umělých příchutí a barviv, potravin s vysokým obsahem sacharidů a nasycených tuků a jejich nahrazení ekologickými potravinami s dostatkem vitamínů a vlákniny. Goetz s Uhlíkovou (2009) zmiňují, že vliv stravovacích návyků na léčbu ADHD nebyl prokázán. Taylor (2012, s. 122) se však odvolává na vědecké studie, „*kteří považují výživu a kontakt s toxickými chemikáliemi za významné faktory ovlivňující ADHD.*“

Obohacení jídelníčku je vhodné o vitaminy skupiny B, vitamin D a minerální látky (hořčík, vápník, draslík, sodík, chlor), jejichž dávkování je nutné konzultovat s lékařem. Dalšími doporučovanými přirozenými látkami jsou ginkgo biloba, ženšen a lecitin.

Výchovná a přístupová opatření jsou stěžejními předpoklady nalezení cesty z uzavřeného kruhu potíží, způsobených symptomy ADHD. Úspěšnost je podmíněna jejich akceptací a důsledným dodržováním všemi dospělými, kteří se na výchově dítěte s ADHD podílejí, což s sebou nese i změnu jejich chování. Výchovným přístupům věnují velkou

pozornost Michalová (2007), stejně jako Goetz a Uhlíková (2009) či Riefová (2008). Optimálním terapeutickým programem, zaměřeným na děti od 2 do 13 let, je **8 kroků k lepšímu chování** Russella Barkleyho (Paclt 2007, Michalová 2011). Jeho dodržování vede k upevňování vztahu s dítětem pomocí spolupráce a vzájemného respektu, omezení vzájemných konfliktů a sporů a rozvoji prosociálního chování, které zefektivní jeho začlenění do společnosti. Předpokladem zdatu je dodržení následnosti jednotlivých kroků, jejichž nácvik může být zahájen až po zvládnutí kroku předchozího.

- Dostatek pozornosti, věnované dítěti.
- Získání dítěte ke vzájemné spolupráci.
- Srozumitelné a účinné pokyny a příkazy.
- Vedení k nepřerušování práce.
- Zavedení bodovacího systému.
- Postihování nevhodného chování způsobem motivujícím ke změně.
- Vyloučení ze hry (Time-out) v případě vážného porušení pravidel.
- Aplikace naučených strategií na veřejnosti.

Kompilací doporučení v práci uváděných znalců problematiky jsme vyvodili systematický přístup k potlačení nežádoucích a preferenci sociálně účelných projevů dítěte s ADHD.

- Včasné vyhledání odborné pomoci, na základě zvážení postřehů rodiče či pedagoga;
- Určení přesné diagnózy s posouzením dopadů konkrétních projevů;
- Přijetí diagnózy a multimodální přístup k hledání možných řešení;
- Respektování jedinečnosti osobnosti dítěte, což s sebou nese velkou míru porozumění, empatie a trpělivosti;
- Dodržování stanovených odborných přístupů a pravidelných konzultací;
- Sjednocení výchovného působení všech zainteresovaných osob;
- Stručné, přesné a splnitelné instruktování, předvídatelné a důsledné chování ve vztahu k dítěti;
- Strukturalizace denního režimu dítěte;
- Nacvičování žádoucího chování;
- Vedení dítěte k sebekontrolě a sebehodnocení;

- Důsledné dodržování srozumitelných pravidel, včetně permanentního hodnocení a poskytování zpětné vazby (verbální i nonverbální) na chování dítěte;
- Preference posilování žádoucího jednání nad trestáním nežádoucího.

2 Empirická část

2.1 Cíl výzkumu a stanovení hypotéz

Primárním cílem výzkumu je zjištění úrovně informovanosti rodičů dětí s ADHD o celé problematice.

Z postulovaného cíle byly vyvozeny následující **hypotézy**:

Hypotéza č. 1:

H0: Většina rodičů z výzkumného souboru dosáhne průměrného a nižšího počtu správných odpovědí ve škále vědomostí o ADHD.

H1: Většina rodičů z výzkumného souboru dosáhne průměrného a vyššího počtu správných odpovědí ve škále vědomostí o ADHD.

Hypotéza č. 2:

H0: Výsledky rodičů v teoretických znalostech o problematice ADHD neovlivní způsob jejich intervence ke svým dětem s ADHD.

H2: Lze předpokládat, že průměrné a vyšší teoretické znalosti rodičů o ADHD budou souviset se způsobem jejich intervence směrem k jejich dětem s ADHD.

Formulace hypotéz byla inspirována některými z výzkumů zaměřených ovšem na informovanost učitelů v dané problematice (Corkuma, Rimer, Schachara 2011; Currier 2004; Nutbrown, Clough, 2004).

Hypotéza č. 2 se především inspirovala výsledky studie výzkumníků Corkuma, Rimer a Schachara (2011). Ve svém výzkumu realizovaném na rodičích 81 dětí s ADHD došli k zjištění, že znalosti rodičů o ADHD a jejich objektivní informace o možnostech léčby hrají významnou roli při medikamentózní terapii jejich dětí s ADHD. Tito rodiče lépe dodržují léčebný režim a dle pokynů lékaře podávají svým dětem předepsanou medikaci na rozdíl od méně osvěcených rodičů v dané problematice. Proto docházejí k závěru, že poskytování informací rodičům o ADHD před nabídkou vlastní léčebné modality by mohlo mít obecně příznivý dopad na výsledky léčby. Oproti tomu ovšem dříve stejnou problematiku zkoumala v rámci své disertace Currier (2004). Ta došla k závěru na

základě signifikantní záporné korelace, že zvýšení informovanosti rodičů a přidání vzdělávacích aktivit rodičů o dané problematice jako součást léčby jejich dětí s ADHD, nepovede k významnému zlepšení léčby jejich dětí. Obě studie se zabývají souvislostí mezi znalostmi rodičů o ADHD a léčbou této poruchy skutečně ve smyslu podávání medikace těmto dětem. Nám se jednalo o souvislost mezi znalostmi o ADHD a širší intervencí, do které zahrnujeme nejen medikaci, ale především běžné adekvátní každodenní působení na dítě a jeho směřování k přijatelnému působení v jeho sociálním prostředí, a to jak primárním, tak sekundárním.

Dále nás zajímá, zda existují určité faktory (determinanty) související s úrovní jejich nabytých vědomostí o ADHD. **Výzkumná otázka** v této části práce se zabývá odkrytím poznání, jaká je informovanost rodičů a které z determinant (faktorů) mohou ovlivnit získané vědomosti rodičů o ADHD. *Které faktory ovlivňují sumu objektivních znalostí rodičů o ADHD?*

Předpokládáme, že **za významné determinanty** je možno považovat věk rodičů, jejich nejvyšší dosažené vzdělání, druh nejvyššího dosaženého akademického vzdělání, pohlaví respondenta, spokojenost v manželství/partnerství, adekvátní ekonomické/finanční zabezpečení, orientace rodičů na adekvátní čas věnovaný výchově dětí, styl preferované výchovy, výskyt ADHD v příbuzenstvu, zkušenost s výchovou jiného dítěte s ADHD, úzká spolupráce se školským či školním poradenským pracovištěm a hodnocení chování dítěte s ADHD učitelem (dále viz D1 – D12). Postulace zkoumaných determinantů vychází z analýzy literárních zdrojů. Hlavní kritérium stanovení činí jejich vědecká hodnota v dané problematice, daná periodikem, impakt faktorem, výzkumným a publikačním portfoliem autora a především aktuálností dané studie (Halbig 2010; Humphrey 2009; Graeper, Barker, Terjesen 2008; Fernández, Míngues, Casas 2007, Michalová, Pešatová 2012, Schröder; Smith 2012).

Realizovaný výzkum lze v prostoru dostupných charakteristik definovat částečně jako principiálně behaviorální, neboť je primárně založen na dotazování relevantních respondentů (rodičů dětí s ADHD) a jádro vlastních výzkumných dat získává právě tímto způsobem. Částečně naplňuje charakteristiku výzkumu metodicky smíšeného (Hendl 2005) kombinující jak kvalitativní, tak kvantitativní přístupy s cílem multiplikovat vzájemnou kombinaci jejich silné stránky a negovat stránky slabé. Jde o tzv. přístup integrovaný (srov. Loučková 2010).

2.2 Použité metody

Ke zjištění znalostí učitelů o ADHD se ve světě používá standardizovaná Škála znalostí o ADHD (v orig. KADDS), čili The Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (Sciutto 2000), známá pod zkratkou KADDS. V roce 2012 autor tohoto dotazníku M. Sciutto inicioval mezinárodní výzkum k porovnání úrovně znalostí učitelů o ADHD ve vybraných státech, v němž za Českou republiku participovala KSS Technické Univerzity v Liberci. Proto bylo rozhodnuto použít stejnou škálu k zjištění vědomostí ADHD u rodičů, ale modifikovanou směrem k této skupině respondentů. Jedná se o 36 položkovou hodnotící škálu k měření znalostí a z druhé strany předsudků o ADHD. Respondent formou tužka-papír či přes e-mail vybírá ze tří možností - tvrzení je pravdivé, tvrzení je nepravdivé či nevím. Tak se daří odlišit znalosti respondenta (správně hodnocená položka), od nepřesných či špatně pochopených informací (nesprávně hodnocená položka) a nedostatků informací (odpověď nevím). Obsah položek mapuje částečně i psychické zvláštnosti dětí s ADHD.

K ověření reliability použitého výzkumného nástroje, tj. modifikované škály KADDS, byla použita metoda test-retest. Spočívala v opakovaném dotazování 3 respondentů po určitém časovém intervalu, dostatečném ke ztrátě paměťové stopy z předchozího dotazování, za jinak obdobných podmínek (Stastical glossary 2009).

Kvantitativním vyjádřením výsledku je Spearmanův korelační koeficient:

rs1 - 0.88556	rs2 = 0.84562	rs = 00,86651
<.0001	<.0001	<.0001

Došlo tedy ke zcela uspokojivé shodě mezi opakovanými měřeními.

Námi modifikovaný dotazník je tvořen třemi oddíly:

- **Oddíl I** sleduje především demograficko-popisné údaje o rodiči – respondentovi výzkumu.
- **Oddíl II** mapuje teoretické znalosti rodičů o syndromu ADHD.
- **Oddíl III** se zaměřuje na orientovanost rodičů v intervenci a ve výchovném směřování dítěte s ADHD. Respondent v levém sloupci tabulky s jednotlivými výroky hodnotou 1 – 3 zvažuje vhodnost intervenčního použití pro edukační působení na dítě s ADHD.

Legenda uváděných čísel je následující:

1 = nevhodné

2 = nepomůže, ale neuškodí

3 = vhodné

V pravém sloupci tabulky je pak od respondenta u každého doporučení (opět čísla 1 – 3) požadováno, aby se vyjádřil, jak často on osobně to které doporučení při výchově svého dítěte s ADHD skutečně aplikuje:

1 = nikdy

2 = občas

3 = pravidelně

Dosažené výsledky byly dávány do souvislosti s vybranými determinanty uvedenými v kapitole Cíl výzkumu a stanovení hypotéz.

K zpracování sebraných dat byly použity statistické metody. Kromě T- testu byly aplikovány jeho neparametrické obdoby:

- a) Charakteristiky rozptýlenosti (minimum, maximum, variační rozpětí, směrodatná odchylka, rozptyl a následné statistické zpracování).
- b) Procentuální zpracování.
- c) Friedmanova ANOVA a Kendallův koeficient shody (celkové rozdíly všech proměnných).
- d) Znaménkový (Z) a Wilcoxonův test (W) (dílní rozdílnost dvojic tvořící sumu vědomostí versus dílní determinanty mající možnost vědomosti rodičů ovlivnit).

K ověření platnosti hypotéz se využije porovnání p-hodnoty, za využití statistických funkcí v Excelu; p – hodnotou označujeme pravděpodobnost, s jakou bychom zamítli v daném případě nulovou hypotézu.

Pokud tuto p-hodnotu porovnáme s předem stanovenou hladinou významnosti, rozhodneme o platnosti nebo neplatnosti nulové hypotézy.

Rozhovory byly s rodiči vedeny v rámci pravidelných konzultačních setkání, která probíhají v Základní škole pro žáky se SPCH každý měsíc. Přestože se oficiálně jedná o třídní schůzky, rodiče jsou zvyklí na určitou intimitu těchto setkání. Kromě všeobecných organizačních informací je ke každému rodiči přistupováno individuálně. Tento postup byl

zvolen proto, aby byl pro rodiče přirozený. Přestože je metoda rozhovoru časově náročnější, dovoluje nám upřesnění otázky, pokud jí dotazovaný správně neporozuměl, případně zjištění dodatečných informací. Odpovědi byly zaznamenávány v listopadu 2013. Termín byl zvolen s ohledem k dostatečné adaptaci dětí i rodičů na zahájený školní rok. Na setkání a vzájemné výměny postřehů jsou rodiče zvyklí, ve většině případů se jeví jako přínosné pro rodiče i učitele. Otázky pro rodiče byly sestaveny tak, aby byly srozumitelné a dobře se na ně odpovídalo. Zároveň byly formulovány tak, aby měly vypovídající hodnotu pro daný výzkum.

2.3 Představení výzkumného souboru a průběh výzkumu

Vlastní výzkum proběhl v měsících leden – červen 2013 a zúčastnilo se ho 156 rodičů dětí vybraných základních škol kraje Středočeského, Libereckého a hl. m. Prahy. V této fázi se jednalo o kvótní výběr, Škálu vědomostí vyplňovali rodiče na základě vlastního zájmu o účast ve výzkumu e-mailem či vyplněním jeho vytištěné verze formou tužka-papír. Pro naplnění stanoveného cíle bylo vybráno z celkových 156 dotazníků konkrétních 77, které vyplnili rodiče vychovávající děti s ADHD. Jejich věkový průměr činil 34,04 let v rozmezí 24 – 53 let.

Tab. 1: Rozložení věku respondentů

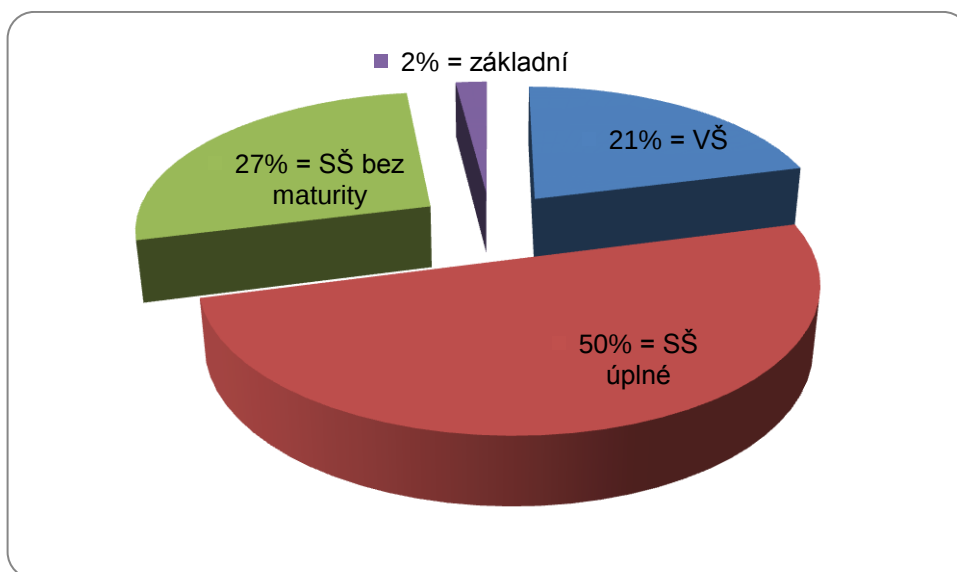
Průměr		34,4
Interval spolehlivosti pro Průměr ($p = 0,95$) průměr	horní mez	31,5
	dolní mez	36,5
Medián		32
Min. hodnota		24,1
Max. hodnota		53
Směrodatná odchylka		8,3

V souboru respondentů převažovaly ženy v poměru 71 : 6.

Ze 77 rodičů dosáhlo 21% rodičů (16 respondentů) vysokoškolské vzdělání, 50% rodičů (38 respondentů) dosáhlo úplného středoškolského vzdělání a 27% zahrnuje rodiče

vyučené bez maturity (21 respondentů). 2% (2 respondenti) tvoří ti s pouhým dokončeným základním vzděláním (viz. Graf č.1).

Graf č. 1: Nejvyšší dosažené vzdělání rodičů - respondentů

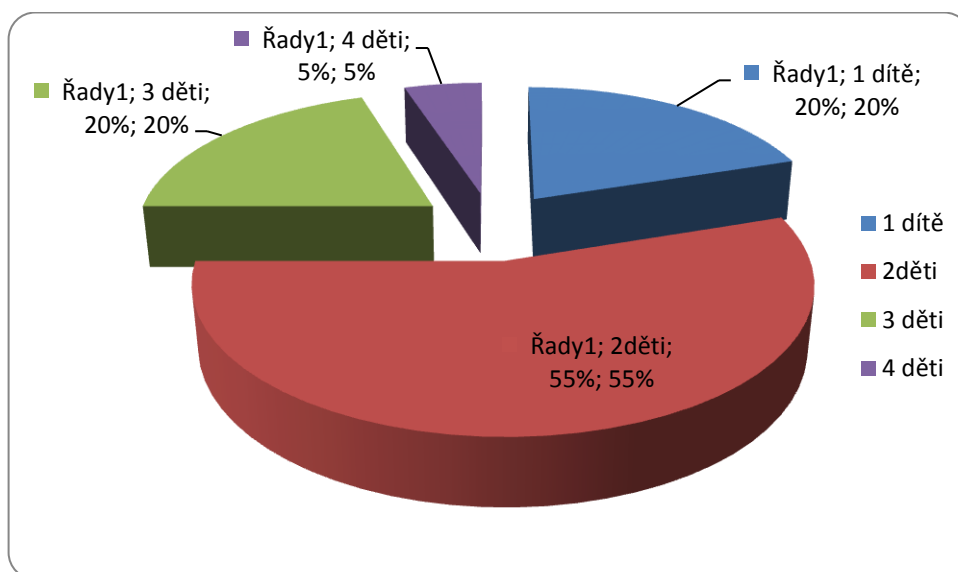


Z 21% vysokoškolsky vzdělaných rodičů 5% absolvovalo VŠ pedagogického zaměření, zde uvedeme pro zajímavost jejich aprobaci a působnost:

- žena, 40 let, vyučuje matematiku, fyziku a informační techniku na SOŠ, aprobace matematika - fyzika
- žena, 35 let, vyučuje český jazyk, rodinnou a občanskou výchovu na ZŠ, aprobace český jazyk – občanská výchova
- žena, 32 let, vyučuje přírodopis, dějepis, občanskou výchovu na ZŠ, aprobace přírodověda - dějepis
- muž, 40 let, vyučuje zeměpis, tělesnou výchovu na gymnáziu, aprobace zeměpis – tělesná výchova

Zajímavý je také počet dětí v rodinách našich respondentů, o čemž vypovídá Graf č. 2

Graf č. 2: Počet dětí v rodině



Z grafu je patrné, že 15 respondentů (20%) má jedno dítě, stejný počet respondentů žije v rodině se 3 dětmi. Nejvíce dotázaných ve svém primárním prostředí vychovává 2 děti. Jedná se o 42 respondentů činících v přepočtu 55%. 5% (tj. 4 respondenti) se pokouší o výchovu 4 dětí. Z jejich výpovědi vyplynulo, že 3 z nich mají všechny děti s ADHD, jedna respondentka však s touto diagnózou má pouze jedno dítě, to nejmladší, ostatní naopak patří do skupiny nadaných dětí, alespoň dle výsledků v Mense.

Z náhodných rozhovorů s respondenty se především některé z dotazovaných matek zmiňovaly o obtížném rozhodování, zda mít další dítě a riskovat tak možnost dalšího zdravotního postižení v rodině. Uvažovaly tak matky, které měly dítě s tak těžkou formou ADHD, která skutečně již dle platné školské legislativy spadá do oblasti zdravotního postižení. Pro některé z matek se jednalo o dilema jiného rázu. Obávaly se spíše, zda v případě narození dalšího dítěte, budou mít stejný časový prostor pro patřičnou péči dítěti s ADHD. Žádný z respondentů si však nepřipouštěl, že by jeho další dítě mohlo mít stejnou diagnózu či jiný typ postižení.

Z veškerých vstupních údajů o respondentech lze vytvořit portrét průměrného respondenta našeho výzkumného souboru. Reprezentuje jej žena – matka dítěte s ADHD, 34let stará, se středoškolským vzděláním, samoživitelka, s 2 dětmi, pracující cca 9 – 14 let.

Respondenty rozhovorů byly výhradně ženy – matky dítěte s ADHD. Jejich věkový průměr činil 37, 9 roku, v rozmezí 27 – 49 let.

2.4 Zpracování sebraných dat a ověření hypotéz

Sebraná data byla statisticky zpracována buď procentuálně či neparametrickou obdobou t-testu (viz kapitola Použité metody).

2.4.1 Úspěšnost rodičů v oblasti teoretických vědomostí o ADHD

Nejprve nás zajímalo, jak jsou na tom rodiče dětí s ADHD s objektivitou informací o daném deficitu. Tabulka č. 2 informuje o jejich procentuálním rozložení dosažených správných odpovědí ve škále vědomostí.

Tab. č. 2: Rozložení počtu dosažených správných odpovědí v % ve škále vědomostí

11 – 20%	3
21 – 30%	15
31 – 40%	10
41 – 50% *	18
51 – 60%	14
61 – 70%	11
71 – 80%	4
81 – 100%	0
Celkem respondentů	77

Legenda: * - v intervalu 41 – 50% žádný respondent nedosáhl plné 50% úspěšnosti, tj. zodpovězení 18 otázek správně.

Z analýzy dat vyplývá, že nejnižších výsledků dosáhli 3 respondenti, jejich úspěšnost ve škále vědomostí o ADHD se pohybuje v pásmu 11 – 20%. Znamená to, že z 36 položek v dotazníku správně zodpověděli na 3 - 7 z nich. Jeden respondent se středoškolským vzděláním bez maturity, muž, správně zřejmě spíše uhodl než skutečně znal 3 odpovědi. Ostatní dva respondenti byli ti se základním vzděláním, jeden dosáhl 5 správných odpovědí, druhý 7, tj. pohyboval se ve stanoveném horním pásmu 20% námi určeného intervalu. Tito uvádění respondenti se například domnívají, že každé dítě s ADHD se lépe chová v přítomnosti otce než matky, že všichni jedinci, resp. žáci s touto diagnózou, patří

do speciální školy, a že uváděná porucha vzniká pouhým důsledkem nesprávného výchovného vedení rodičů.

Žádný z respondentů neurčil správně více jak 28 odpovědí. Proto v Tabulce č. 2 je poslední interval ohraničen 81 – 100%.

Nejvíce respondentů, tj. 18, spadá svými vědomostmi do stanoveného intervalu 41 – 50%, tzn., že teoreticky dosáhlo z 36 otázek správných odpovědí na 14 – 18 z nich. Jednalo se především o respondenty se středoškolským vzděláním (16 a 2 vysokoškolsky vzdělané). **Skutečnost je však taková, že 50% úspěšnosti nedosáhl nikdo z nich, tudíž všichni respondenti, kteří spadají do uvedeného intervalu, dosahují nižší než průměrné úspěšnosti v dané škále.**

V Tabulce č. 3 pak vidíme konkrétní rozložení odpovědí respondentů u jednotlivých položek. Uváděná procenta jsou zaokrouhlována na celá čísla, jejich desetinný rozvoj nebyl do tabulky přepisován.

Nejpřekvapivější bylo zjištění, že oslovení respondenti nechápou v 54% (42 tázaných), co ADHD ve své podstatě znamená, resp. neznají základní symptomatologickou triádu této poruchy, tj. hyperaktivitu, narušenou pozornost a impulzivitu (30% respondentů, tj. 23), (položka č. 16). Oproti tomu 98% respondentů (75 tázaných) je obeznámeno s tím, že děti s ADHD se často nechají rozptylovat vnějšími podněty (položka č. 3).

Tabulka č. 3: Přehled zodpovězených položek respondenty – vědomosti o ADHD

Položka č.	Správně %	Nesprávně %	Nevím %
1	15	43	42
2	83	10	7
3	98,00	1,00	1,00
4	12	48	40
5	16	52	32
6	47	25	28
7	61	17	22
8	12	35	53
9	96	2	2
10	80	4	16
11	59	12	29
12	34	20	46
13	42	26	32
14	56	22	22
15	28	5	67
16	16	54	30
17	36	13	51
18	47	17	36
19	34	46	20
20	28	16	56
21	36	33	31
22	73	15	12
23	13	31	56
24	66	26	8
25	13	10	77
26	94	2	4
27	14	70	16
28	29	44	27
29	56	13	31
30	27	33	40
31	71	14	15
32	71	19	10
33	65	7	28
34	12	34	54
35	21	6	73
36	70	7	23

*V tabulce 3 jsou uvedeny hrubé skóre získané z dotazníků na body: ano = 3 body, ne = 2 body, nevím = 1 bod

Nejpřekvapivější bylo zjištění, že oslovení respondenti nechápou v 64% (49 tázaných), co ADHD ve své podstatě znamená. 56% respondentů (43 tázaných) se domnívá, že v dospělosti, pokud byla ADHD léčena, se příznaky této poruchy již neobjevují.

32 % respondentů (24 tázaných) je přesvědčeno, že diety s omezením cukru a potravinových aditiv jsou při redukci symptomů ADHD účinné. 85% respondentů (65 tázaných) neví, že i dospělé osobě může být přidělena tato diagnóza. Oproti tomu 100% respondentů (77 tázaných) je obeznámeno s tím, že děti s ADHD se často nechají rozptylovat vnějšími podněty. Na rozdíl od uváděných zahraničních výzkumů z řad našich respondentů pouze 15 (20%) se domnívá, že u těžkých forem ADHD má své prvotní uplatnění zahájení medikamentózní léčby, na kterou teprve účinně může navazovat další intervence včetně potřebných terapií.

Ověření hypotézy č. 1

Ověříme-li si, jaký počet rodičů dosahuje celkově poloviční a nižší než poloviční úspěšnosti ve škále znalostí o ADHD ku počtu rodičů, kteří dosahují poloviční a vyšší úspěšnost, dojdeme k poměru 46 : 31. Pro porovnání výsledků naměřených hodnot výsledků správných odpovědí byl použit t-test. Jelikož $t = 2,01$, což je signifikantní hodnota na hladině významnosti $p0,05$, lze konstatovat, že rozdíl průměrů dvou výběrových souborů je statisticky významný. **Proto, vrátíme-li se ke znění první stanovené hypotézy, musíme přijmout H_0 : Většina rodičů z výzkumného souboru dosáhne průměrného a nižšího počtu správných odpovědí ve škále vědomostí o ADHD.** Oproti tomu falzifikujeme stanovenou H_1 : Většina rodičů z výzkumného souboru dosáhne průměrného a vyššího počtu správných odpovědí ve škále vědomostí o ADHD.

2.4.2 Souvislost mezi výsledky respondentů ve škále vědomostí o ADHD a úspěšnější intervencí směrem k dítěti s ADHD

Tabulka č. 4 obsahuje rozbor dat třetí části našeho dotazníku zaměřené na vhodnou intervenci směrem k dětem s ADHD. Zaměřujeme se pouze na ty položky, které většina rodičů uvedla jako významné, resp. osvědčující se. Z 26 položek takových bylo 17.

U každého čísla položky uvádíme průměr a směrodatnou odchylku, a to u používaných intervencí rodiči, T-test pak vyjadřuje rozdíl v používání těchto metod rodičem a jeho objektivními znalostmi o ADHD.

Symbolem * označujeme statistickou významnost na hladině 5%. Symbolem ** označujeme statistickou významnost na hladině 1%. (p-value).

Z uvedeného přehledu vyplývá, že naši respondenti některé intervenční metody aplikují vůči svým dětem s ADHD přesto, že jejich znalosti o ADHD nejsou vždy zcela objektivní. **Deset doporučení ze sedmnácti zaměřených na podporu těchto dětí prokazuje dokonce statistickou významnost na hladinách 1% (v tabulce č. 4 označeno symbolem **) či 5% (v tabulce č. 4 označeno symbolem *).**

Tabulka č. 4: Rozdílnost mezi vědomostmi rodičů a aplikovanou intervencí

Číslo položky	Vědomosti		Intervence	
1.	Průměr	37,26	Průměr	26,96
	Sd	7,34	Sd	9,75
	t-test	*2,33		
Pevně stanovit jasná pravidla chování a spolu s přehledem hodnocení je vystavit na viditelném místě				
4.	Průměr	39,42	Průměr	27,45
	Sd	6,35	Sd	9,56
	t-test	**2,43		
Domácí přípravu do školy je vhodné provádět spolu s dítětem.				
5.	Průměr	26,18	Průměr	22,33
	Sd	5,33	Sd	4,25
	t-test	*2,01		
Když vidím, že žák učivo nechápe, snažím se vymyslet jiný způsob, jak mu probíranou látku přiblížit.				
7.	Průměr	48,47	Průměr	26,86
	Sd	4,56	Sd	4,39
	t-test	*1,70		
Uplatňuji pozitivní přístup k dítěti, jsem trpělivý, klidný, dokáži dodat optimismus.				
	Průměr	37,46	Průměr	33,18
	Sd	2,39	Sd	4,24

8.	t-test	0,11		
Pokyny zadávat dítěti stručně, jasně, po krocích, vyžadovat zpětnou vazbu, že dítě skutečně ví, co má dělat				
11.	Průměr	32,21	Průměr	21,53
	Sd	11,24	Sd	8,31
	t-test	*2,93		
Strukturovat pracovní proces, jasně stanovit, co se bude dělat, seznámit dítě s náplní a očekávanými výsledky.				
12.	Průměr	37,08	Průměr	33,71
	Sd	6,2	Sd	3,47
	t-test	1,26		
Neprovádět více aktivit najednou, stejně tak nezadávat najednou více úkolů, které má dítě splnit.				
16.	Průměr	35,24	Průměr	34,72
	Sd	6,32	Sd	4,28
	t-test	1,69		
Umožnit dítěti, aby alespoň část zadané práce provedlo správně než celou špatně. Nevyžadovat stejný rozsah jako u sourozenců bez obtíží.				
17.	Průměr	35,3	Průměr	32,17
	Sd	6,2	Sd	3,44
	t-test	0,27		
S dítětem jednáme klidně, udržujeme oční kontakt.				
18.	Průměr	28,47	Průměr	26,16
	Sd	6,26	Sd	3,29
	t-test	0,70		
Pro domácí přípravu na vyučování je vhodné využívat názorné přehledy učiva, grafy apod.				
	Průměr	46,83	Průměr	31,9
	Sd	5,75	Sd	3,28

19.	t-test	*2,93		
Je-li to potřeba, poskytnout dítěti oddechový čas a útočiště pro zklidnění. Případné konflikty řešit až po zklidnění dítěte.				
20.	Průměr	45,1	Průměr	21,5
	Sd	3,25	Sd	4,18
	t-test	*1,70		
Drobné nedostatky v chování dítěte tolerovat, neustále nenapomínat a neokřikovat				
21.	Průměr	32,48	Průměr	21,5
	Sd	4,56	Sd	4,39
	t-test	**3,09		
Každou změnu v činnosti dítěti včas oznámím a vysvětlím.				
22.	Průměr	20,06	průměr	20,03
	Sd	2,39	Sd	2,44
	t-test	0,11		
Navázat kontakt a spolupráci se školou, kterou dítě navštěvuje, komunikovat pravidelně s učitelem, sjednotit přístup k němu se školou.				
23.	Průměr	46,11	průměr	24,33
	Sd	9,14	Sd	4,05
	t-test	**3,44		
Aktivní spoluúčast rodiče na práci dítěte – dítě vedeme, povzbuzujeme, uklidňujeme, posilujeme jeho sebevědomí.				
24.	Průměr	25,08	průměr	23,71
	Sd	4,5	Sd	4,55
	t-test	1,43		
Využívat speciální názorné pomůcky, kterou pomohou zmírnit či překonat obtíže dítěte.				
	Průměr	31,07	průměr	16,96

25.	Sd	8,84	Sd	6,35
	t-test	**0,81		
Vždy kontrolovat, jestli dítě skutečně zadaný úkol splnilo.				

Uvedená data v Tabulce č. 4 se pokusíme okomentovat. Z položky č. 1 je zřejmé, že rodiče správně vědí, že pevně nastavená pravidla chování spolu s přehledem hodnocení vystaveném na viditelném místě je funkční intervencí, v praxi se snaží toto doporučení v rámci intervence dodržovat (signifikantní hodnota $t=2,23$ na 5% hladině významnosti).

Obdobně si respondenti uvědomují, že domácí přípravu (položka č. 4) je vhodnější provádět s dítětem s ADHD, i toto doporučení v praxi využívají (hodnota $t=2,43$ na 1% hladině významnosti). S touto položkou koresponduje i výsledek v kontrolní položce č. 23 hovořící o aktivní spoluúčasti rodičů na jeho práci, v jejímž rámci je povzbuzují, uklidňují, dodávají mu sebevědomí ($t=3,44$ na 1% hladině významnosti). Obdobně jsou respondenti nějakým jiným způsobem schopni objasnit učivo svému synovi či dceři s ADHD (položka č. 5), když postup aplikovaný ve škole učitelem nepochopí (hodnota $t=2,01$ na 5% hladině významnosti). Někteří rodiče dodávají, že toto je povinnost učitele, což je sice pravda, ale z položky č. 22 vidíme, že navázat kontakt a spolupráci se školou pro ně bývá často problém (nesignifikantní hodnota $t=0,11$). Na druhou stranu někdy stačí dítěti poskytnout názornou pomůcku, která mu nebyla k dispozici při výkladu ve škole, a dítě látku pochopí. Jak vyplývá z našeho šetření z položky č. 18, toto pro naše respondenty problémem je ($t=0,70$, nesignifikantní).

Problémem pro respondenty údajně není být důsledný a vždy kontrolovat, zda potomek zadaný úkol či práci vždy splnil, což je základ přístupu k jedincům s ADHD. Potřebují neustále poskytovat zpětnou vazbu. U této položky, v tabulce označené číslem 25, opět spatřujeme signifikanci ($t=0,81$ na 1% hladině významnosti).

Jak vyplývá z položky č. 8, rodičům činí problém zadávat pokyny dítěti stručně, jasně, po krocích a vyžadovat zpětnou vazbu o tom, zda skutečně ví, co má dělat. Často sami nevědí, co se touto poučkou myslí. Z vlastní praxe můžeme konstatovat, že někdy je velký problém, aby rodič obsah tohoto doporučení pochopil. Položka č. 11 však proklamuje, že strukturace pracovního procesu a jasné stanovení toho, co budou s dítětem dělat, jakou činnost a jakého výsledku se mají dobrat, je naopak signifikantní ($t=2,93$ na 5% hladině významnosti).

Také uplatňování pozitivního přístupu, jednání v klidu, trpělivě, se respondentům v praxi osvědčuje a toto doporučení v rámci intervence uplatňují ($t=1,7$ na 5% hladině významnosti). Rodič totiž často sám z každodenní zkušenosti pochopí, že po zlém nejde s dítětem vyjít a křik či jiné odmítání v přístupu k němu bývá kontraproduktivní.

Rodičům se však nedaří (viz položka č. 12) neprovádět s dětmi více aktivit najednou a nezadávat jim zároveň ve stejnou chvíli více úkolů, které po nich chtějí splnit. Je to škoda, protože právě tento moment způsobuje v rodinách s dětmi s ADHD mnoho nedorozumění (nesignifikantní hodnota $t=1,26$). Stejně tak nejsou často schopni přijmout skutečnost (položka č. 16), že je lepší, když jejich dítě udělá část zadané práce správně, než když nepracuje vůbec. Nevidí v tom velký rozdíl. Přetrvávají u nich tendence srovnávat výkon dítěte s úspěšnějšími sourozenci a požadovat po nich stejný rozsah úkolu (nesignifikantní hodnota $t=1,26$). I to může být důvodem, proč nejsou schopni jednat s dítětem s ADHD klidně (viz položka č. 17, nesignifikantní hodnota $t=0,70$).

Respondentům je blízké zavčas dětem objasnit a oznámit veškeré změny, které přicházejí například v rámci denního režimu (viz položka č. 21, $t=3,09$ na 1% hladině významnosti). Drobné nedostatky v chování jsou ochotni tolerovat (položka č. 20, $t=1,70$ na 5% hladině významnosti). Z praxe je však nutné dodat, že představy některých rodičů, co to jsou drobné nedostatky v chování, přesahují společensky přijatelnou normu. Z položky č. 19 lze pak odvodit, že jsou schopni poskytnout dítěti odpočinek a řešit s ním významné konflikty až po jeho zklidnění, tzn. například po odeznění afektu ($t=2,93$ na 5% hladině významnosti).

U dosažených výsledků musíme brát v úvahu, že se jedná o výpověď rodičů námi (konkrétně u nich) neověřenou v praxi.

Ověření hypotézy č. 2

Nulová hypotéza byla formulována následujícím způsobem:

H0: Výsledky rodičů v teoretických znalostech o problematice ADHD ovlivní způsob jejich intervence ke svým dětem s ADHD.

K ní byla stanovena hypotéza alternativní:

H2: Lze předpokládat, že průměrné a vyšší teoretické znalosti rodičů o ADHD nebudou souviset se způsobem jejich intervence směrem k jejich dětem s ADHD.

Tab. č. 5: Souvislost mezi znalostmi rodičů o ADHD a jejich intervencí

				F	η_p
M		43.92 _a	28.96 _b	34.41*	.35
SD		22.97	17.16		

* $p < .001$ a = teoretické vědomosti o ADHD; b = intervence

Vidíme signifikanci, tedy nenáhodnost vztahu obou veličin na hladině významnosti

$p < .001$. Z tohoto důvodu přijímáme nulovou hypotézu H0 a falzifikujeme hypotézu alternativní H2.

2.4.3 Souvislost mezi dosaženými vědomostmi respondentů a stanovenými determinanty

Dosažené signifikantní hodnoty $p < 0,05$ jsou tučně vyznačeny v Tabulce č. 6. Vypovídají o souvislosti mezi jednotlivými determinanty a sumou objektivních informací rodičů o ADHD.

V uvedené tabulce jsou písmenem V označeny celkové vědomosti rodičů o ADHD, písmena D1 – D12 označují jednotlivé determinanty:

D1 = věk rodičů;

D2 = pohlaví respondenta;

D3 = nejvyšší dosažené vzdělání rodičů;

D4 = druh nejvyššího dosaženého vzdělání;

D5 = spokojenost v manželství/partnerství;

D6 = výskyt ADHD v příbuzenstvu;

D7 = orientace rodičů na adekvátní čas věnovaný výchově dětí;

D8 = hodnocení chování dítěte s ADHD učitelem;

D9 = zkušenost s výchovou jiného dítěte s ADHD;

D10 = adekvátní finanční/ekonomické zabezpečení rodiny;

D11 = úzká spolupráce se školským či školním poradenským pracovištěm;

D12 = rodičovský styl preferované výchovy.

Tabulka č. 6: Souvislost mezi vědomostmi respondentů o ADHD a vybranými determinanty

Celková diference	p =	0,657	
		Z	W
V vs. D1	p =	0,04	0,023
V vs. D2	p =	0,016	0,032
V vs. D3	p =	0,479	0,281
V vs. D4	p =	0,013	0,023
V vs. D5	p =	0,617	0,715
V vs. D6	p =	1	0,592
V vs. D7	p =	0,48	0,286
V vs. D8	p =	0,000	0,000
V vs. D9	p =	0,695	0,784
V vs. D10	p =	0,01	0,002
V vs. D11	p =	0,831	0,322
V vs. D12	p =	0,239	0,074

Zjištěná data vypovídají o skutečnosti, že úroveň vědomostí rodičů dětí s ADHD o dané poruše je statisticky signifikantní s těmito determinanty (faktory): D3 – nejvyšší dosažené vzdělání rodičů; D5 – spokojenost v manželství/partnerství; D6 = výskyt ADHD v příbuzenstvu; D7 = orientace rodičů na adekvátní čas věnovaný výchově dětí; D9 = zkušenost s výchovou jiného dítěte s ADHD; D11 = úzká spolupráce se školským či školním poradenským pracovištěm; D12 = rodičovský styl preferované výchovy. Naopak statisticky nevýznamná souvislost se projevila u faktoru D1 = věk rodičů; D2 = pohlaví respondenta; D4 = druh nejvyššího dosaženého vzdělání; D8 = hodnocení chování dítěte s ADHD učitelem; D10 = adekvátní finanční/ekonomické zabezpečení rodiny. Tím je tedy také odpovězeno na naši výzkumnou otázku zabývající se skutečností, zda existuje souvislost mezi vědomostmi rodičů o ADHD a stanovenými determinanty. Z našeho přehledu vyplývá, že ano.

2.4.4 Rozhovory

Pro rozhovor s rodiči jsme se rozhodli, abychom konkretizovali výsledky dotazníkového šetření. Pro rodiče bylo připraveno pět otázek, které se vztahují k přípravě na školní výuku a z ní vznikající problémy. K rozhovoru jsme získali svolení 9 rodičů (matek) žáků prvního stupně Základní školy pro žáky se SPCH v Praze 5. Všechny rozhovory se konaly ve třídách školy během pravidelné konzultace rodičů s učiteli. Odpovědi na otázky byly zaznamenány písemně a následně byly roztrženy do několika hlavních kategorií pro lepší přehlednost.

Stručná charakteristika dětí a rodičovských přístupů dotazovaných rodičů (R):

R1 – chlapec ADHD, SPU – dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie. Žije pouze s matkou, která je velmi pracovně vytížená, a dvěma sourozenci. Vážné výukové problémy svého syna stále omlouvá právě jeho diagnózou, případně školními povinnostmi dalších dvou dětí. Odmítá systematické pravidelné procvičování, protože na ně nemá čas. Konzultací ve škole se účastní velmi zřídka, a to až po vyzvání učitelkou. Neúspěchy chlapce jí nevadí, protože „on stejně bude hercem, nic jiného dělat nemůže. Podívejte se, jaký je komediant.“ Paradoxem je, že chlapce vždy omlouvá z úkolů spočívajících v procvičení paměti, protože jeho paměťové schopnosti jsou velmi špatné.

Volný čas chlapce směřuje ke zpívání ve sboru, ve kterém se jí ho daří i přes časté konflikty udržet, a školním dramatickým kroužku.

R2 – chlapec ADHD, vývojová dysfázie, SPU – dyslexie, dysgrafie. Žije v rodině s matkou a bratrem, rodina je v péči OSPOD. Občas se v rodině vyskytuje otec, který žije souběžně nejméně v jedné jiné rodině. Matka dohlíží na školní povinnosti svých dětí, více jim však není schopna dávat. Volný čas jim neorganizuje, chlapec tráví volný čas s ostatními dětmi na sídlišti před domem. Ve škole byli přihlášení do sportovního kroužku Taekwon-Do, do něž docházeli tři měsíce. Následně však začali odmítat do kroužku chodit, shodou okolností v době, kdy byla matka upomínána o zaplacení této tréninkové aktivity.

R3 – chlapec ADD, SPU – dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie. Žije v rodině s oběma rodiči a mladší sestrou. Školní i domácí povinnosti plní zodpovědně ve spolupráci s matkou. Matka je při jeho vedení velmi důsledná, často své pochybnosti konzultuje s učitelkou. Chlapec ve škole navštěvuje několik zájmových kroužků. Je velmi oblíben mezi spolužáky pro svou klidnou a přátelskou povahu.

R4 – chlapec ADHD, Aspergerův syndrom, vážná logopedická vada. Žije v rodině s oběma rodiči a mladší sestrou. Školní i domácí povinnosti plní zodpovědně ve spolupráci s matkou. Matka je důsledná, velmi aktivní a činná ve vyhledávání volnočasových aktivit pro své děti a začleňování chlapce do běžných vrstevnických skupin. Chlapec se však velmi často dostává do konfliktních situací s ostatními dětmi. Přestože je matka velmi vyčerpaná, pro děti dělá, co může. Velkou pomoc má v babičce chlapce, která jí dokáže v případě únavy plně nahradit a s dětmi jí často pomáhá.

R5 - chlapec ADHD, SPU – dyslexie, dysgrafie. Volný čas tráví nejčastěji u počítače, stejně jako rodiče. Rodiče nejsou jednotní ve výchovném vedení chlapce. Matka považuje diagnózu za výmluvu pro řadu věcí, stejně jako odůvodnění – „já jsem stejná“, proto s ní není možná domluva na převzetí spoluzodpovědnosti a dohledu nad chlapcovou zapomnětlivostí a roztržitostí. Otec má méně volného času, snad proto se nezúčastňuje školních konzultací. Domácí přípravu však převzal na sebe, je patrná důslednost a zodpovědnost.

R6 - chlapec ADHD, žije v rodině s oběma rodiči a starším bratrem. Oba rodiče vedou chlapce k aktivnímu využívání volného času, stejně jako se oba podílejí na jeho školní přípravě. Společně se jim daří překonávat překážky plynoucí z jeho konfliktnosti.

R7 - chlapec ADHD, SPU - vážná logopedická vada, psychomotorický neklid. Chlapec žije v rodině s oběma rodiči a podstatně starším bratrem. Chlapec má důsledné vedení, rodiče jsou velmi zodpovědní ve smyslu plnění školních povinností, k chlapci mají ochranný přístup. Ve škole navštěvuje dramatický kroužek, mimo školu se s vrstevníky nesetkává. Rodina sama o sobě chlapci nabízí aktivní trávení volného času.

R8 – chlapec ADHD, žije v rodině s oběma rodiči a mladším sourozencem. Matka se snaží o svědomité a důsledné vedení chlapce, často se však dostává do situace, že si neví rady. Působí uzavřeně, nelze se s ní domluvit na jednotném přístupu školy a rodiny. Chlapec se aktivně věnuje fotbalu, rodina tráví volný čas společnými aktivitami.

R9 - chlapec ADHD, s výraznými výukovými obtížemi ve smyslu zanedbání. Je vzděláván dle IVP, jehož cíle se však nedaří naplňovat. K většině školních povinností má velký odpor. Dává jej najevo velmi razantní slovní i fyzickou agresí. Chlapec žije v rodině s oběma rodiči, prarodiči a čtyřmi sourozenci. Rodina působí dojmem, že ji plnění školní docházky chlapce velmi obtěžuje. Do školy matka přichází pouze na přímé vyzvání školou či OSPOD. Domácí úkoly nezřídka vypracovávají jiní členové rodiny. Rozvoji elementárních školních dovedností chlapce se rodiče systematicky nevěnují. Na konkrétní otázky, týkající se jeho domácího vedení, matka odpovídá často rozporuplně. Volnočasové aktivity chlapce spočívají v pobytu s kamarády venku. Po roce a půl se škole, ve spolupráci s OSPOD, podařilo přesvědčit rodinu o přihlášení chlapce do školní družiny.

Otázka 1 – S jakými obtížemi, souvisejícími s ADHD, se v současnosti u svého dítěte potýkáte?

Všichni rodiče se shodují, že největším problémem je přinutit dítě k plnění školních povinností. Okamžik, kdy usedají k plnění úkolu, je velmi nepříjemný. Pět rodičů mluví o vypjatých situacích, provázených scénami a záchvaty vzteku. K samotné práci se dostávají až po příslibu odměny ve formě sladkosti nebo sledování oblíbeného pohádkového seriálu. Tři matky již mají pevně zavedený režim, a proto tyto nepříjemné situace berou jako běžnou součást dne, kterou si musí projít, jde o určitý každodenní rituál. Jedna matka tyto situace označuje jako někdy problematické, ale blíže je nespecifikuje.

Velkým problémem pro rodiče jsou školní výkony dětí v souvislosti se snahou vynakládanou na procvičování učiva. Tuto problematiku nezmínily pouze dvě matky, jejichž děti nemají k poruše pozornosti s hyperaktivitou přidružené specifické poruchy

učení ani vážnou logopedickou vadu. Jedna matka chápe školní výkony jako nechuť chlapce k činnosti, stejně jako to zná z domova.

Posledním zmiňovaným problémem je konfliktnost v mimoškolních zájmových činnostech a z toho plynoucí zamezování účasti dítěti v těchto aktivitách. Problematiku zmínily čtyři matky. Na tomto místě považujeme za nutné podotknout, že dle dostupných informací se pouze pět rodičů snaží o začlenění svého dítěte do organizovaných volnočasových aktivit. Tuto problematiku názorně vystihuje odpověď matky, která má dočasně domluveny konzultace s třídní učitelkou v jiném dni, než je dáno. „Přijali nás do sboru, který má zkoušky právě v pondělí odpoledne. Zpěv mu velmi pomáhá v rozvoji plynulého řečového projevu. Zatím nás nevyhodili, tak se snažíme využít každé příležitosti.“

Otázka 2 – Spolupracuje s dítětem na přípravě do školy dospělý člen vaší rodiny?

Všichni rodiče v rozhovoru potvrdili svou spoluúčast na školní přípravě dítěte. Spolupráce jedné matky spočívá v dohledu nad správností vypracovaného úkolu. Jedna matka hovoří o účasti tatínka na této aktivitě, protože „já na to nemám nervy“. Další matka též zmiňuje psychickou náročnost, kterou v určitém momentě řeší vystřídáním trpělivější babičkou. Jedna matka tuto povinnost, pokud „na ni mají čas“, převádí na staršího sourozence chlapce. Dvě matky potvrzují velmi aktivní spoluúčast na této činnosti. Zbývající tři matky potvrzují spolupráci, aniž by ji blíže specifikovaly.

Otázka 3 – Máte pro školní přípravu vymezený čas, ve kterém se nevěnujete nikomu a ničemu jinému?

Pět matek potvrdilo, že plnění této povinnosti je stěžejní záležitostí běžného pracovního odpoledne, od něhož se často odvíjí další průběh dne. Jedna matka připouští, že ne vždy má čas a možnost se chlapci věnovat, protože „je taky jenom člověk“ a ostatní děti také potřebují její péči. Dvě matky se v průběhu školní přípravy musí věnovat i dalšímu dítěti. Jedna matka se snaží chlapce přimět k plnění těchto povinností, ale někdy se jí to nepodaří, „stejně jako se to nedaří ve škole.“

Otázka 4 – Daří se vám zůstat při přípravě na vyučování klidní?

Většina rodičů odpovídá, že se vyskytují okamžiky, kdy to v klidu zvládnout nejde. Z kontextu rozhovoru se dvěma matkami vyplývá, že se již stalo, že se neudrželi a na tuto psychickou zátěž reagovaly výpadkem fyzického charakteru. Dvě matky mají dostatek trpělivosti ke klidnému vedení, případně opakovanému a názornému vysvětlování, i problematických oblastí přípravy. Dvě matky připouštějí občasnou nutnost vystřídání svými rodiči – babičkou a dědečkem chlapců. Jedna matka svou trpělivost charakterizuje jako dostatečnou, ovšem s ohledem na možnosti a schopnosti syna. Jelikož takovou benevolenci neakceptuje její manžel, převzal tuto povinnost a zvládá ji trpělivě, z jejího pohledu až přehnaně důsledně. Další matka připouští ovlivnění své trpělivosti dalšími vlivy, což se projevuje v různé míře „tolerance“ k odvedené práci. Jedna matka občas při přípravě využívá pauzy ke zklidnění pro sebe i chlapce.

Otázka 5 – Pokud není příprava úspěšná, snažíte se nějakým způsobem ovlivnit její průběh? Uved'te příklad.

Jedna matka připouští, že příprava vždy spočívá pouze v plnění domácího úkolu, na jejímž výsledku jí víceméně nezáleží, „hlavně že to udělá“. S podobným názorem se setkáváme i u další matky, která alespoň někdy na správné pochopení a procvičení dohlédne, jindy podepisuje cokoli. Pět rodičů si je vědomo, že při úkolech či procvičování využívají názornosti a vzorových příkladů, stejně jako ve škole. Pět matek připouští občasnou motivaci ve formě příslibu lukrativní odměny – delší sledování televize či přístupu k počítači než je obvyklé, sladkost či zakoupení vytoužené hračky.

Rozhovory s rodiči (matkami) potvrdily výsledky dotazníkového šetření. Prokázalo se, že rodiče vědí, jak by měli k dětem při přípravě na vyučování a pravidelném upevňování oslabených dílčích schopností přistupovat. Nicméně reálná situace je často ovlivněna vnějšími okolnostmi, jež jim nedovolí zachovat si chladnou hlavu a plně se od dalších starostí oprostit. Za důležitý považujeme fakt, že většina rodičů si je vědoma nutnosti pravidelné a systematické přípravy, která je podmínkou úspěšného překonání obtíží, plynoucích z deficitů v oblasti kognitivních funkcí, impulzivity a sociální maladaptace. Zároveň se prokázalo, že klidného a trpělivého přístupu jsou schopni rodiče

žijící ve funkčním manželském svazku s jistotou finančně stabilizovaného rodinného zázemí. Zajímavé však je, že dvě z těchto rodin neusilují o sociální začlenění dítěte do kolektivu intaktních vrstevníků prostřednictvím volnočasových aktivit. Významná pomoc prarodičů se též objevuje pouze u dvou rodin, které lze označit jako plnohodnotně funkční. Rozhovory potvrdily teoretické i praktické závěry práce, jež poukazují na důležitost bezpodmínečného přijetí dítěte se všemi jeho obtížemi, které se odvíjí od psychické vyrovnanosti rodičů.

2.5 Diskuse

Hyperkinetická porucha - ADHD bývá označována jako vývojová porucha chování. Jak bylo uvedeno, je charakteristická nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity vzhledem k věku dítěte. Tyto typické projevy se vyskytují již v raných stádiích vývoje a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoliv se s dozráváním CNS mohou zmírňovat, přesto tyto potíže v porovnání s běžnou populací přetrvávají. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a výrazně ovlivňují interakce dítěte s rodinou, školou a společností, jak je patrné z mnoha v současnosti dostupných našich a zahraničních odborných zdrojů (Corkum at all 2011, Jucovičová 2007, Michalová, Pešatová 2012, Shortt 2010, Vágnerová 2004, Weyandt 2006, Zelinková 2003). O to překvapivější je zjištění vyplývající z položky 16 Tabulky 3, mapující znalost respondentů o základních symptomech ADHD, že oslovení neznají v 54% (42 tázaných), co základní symptomatologickou triádu této poruchy symbolizuje a 30% respondentů, tj. 23, není schopno na tuto otázku zodpovědět.

Problémy nelze vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických potíží, mentální retardace nebo závažných emočních problémů, přesto je zřejmý jejich biologický základ (Mikami 2010, Murdena, Arcelus 2002, Michalová, Pešatová 2012...). Proto překvapuje názor respondentů patrný z Tabulky č. 3, položky 19, zabývající se myšlenkou, že děti s ADHD z poruchy tzv. vyrostou a v dospělosti jsou bez obtíží (46% respondentů se domnívá, že tomu tak je a 20% respondentů neví). Tím potírají proklamovanou skutečnost biologického základu této poruchy. Pouhých 34% dotázaných (tj. 26) si uvědomuje, že ADHD provází člověka po celý život.

Děti s ADHD mají největší potíže s udržení pozornosti, deficit se však může vztahovat i k dalším složkám pozornosti jako jsou čilost, vzrušivost, výběrovost podnětů, těkavost, soustředěná pozornost nebo nedostatečný rozsah pozornosti (Riefová 1999). Velké problémy s učením vznikají obvykle proto, že se děti nedokáží delší dobu soustředit a ztrácejí motivaci pro další výkon. To se projevuje nejen ve školní práci, při pracovních dovednostech, ale i v domácím prostředí. Snadno se nechají rozptýlit (Reichle, Franiek 2009). Toho si naopak naši respondenti jsou plně vědomi, neboť v Tabulce 3 (položce 3) v 98% správně uvádějí, že se tyto děti nechají rozptýlit vnějšími podněty.

Podle Riefové (1999) snížení vytrvalosti u těchto dětí je patrné u úloh a plnění úkolů, které nepřinášejí bezprostřední pozitivní odezvu, tak významnou pro jedince s ADHD. Dochází k snížení jejich pozornosti a zhoršování výkonu. Přitom respondenti našeho výzkumu (viz Tabulka č. 3, položka 22) nesprávně domnívají v 33% (25 zúčastněných), že když je dítě se specifickou poruchou schopno se hodinu soustředěně věnovat hraní např. počítačových her, je schopno stejně dlouhou dobu se soustředěně věnovat školní práci. 31% oslovených neví odpověď na tuto otázku, tzn. že pouhých 28 rodičů (36%) ví, že to není pravda, a že u oblíbené činnosti hyperaktivní nesoustředěné děti vydrží mnohem déle než u práce, která netvoří centrum jejich zájmu. Možná i proto nejsou často schopni přijmout skutečnost (položka č. 16 v Tabulce č. 4), že je lepší, když jejich dítě udělá část zadané práce správně, než když nepracuje vůbec, nevidí v tom velký rozdíl. Domnívají se, že když je potomek schopen si dlouho a kvalitně hrát, musí zvládnout i pro něj nepohodlné aktivity. Přetrvávají u nich tendence srovnávat výkon dítěte s úspěšnějšími sourozenci a požadovat po nich stejný rozsah úkolu (nesignifikantní hodnota $t=1,26$ v Tabulce č. 4). I to může být důvodem, proč nejsou schopni jednat s dítětem s ADHD v klidu (viz položka č. 17, nesignifikantní hodnota $t=0,70$ v Tabulce č. 4).

Častým projevem ADHD je velká variabilita úkolové či pracovní výkonnosti v průběhu vyučování (Martínek 2009). U takových jedinců se lze setkat s tím, že svou práci někdy zvládnou pohotově a přesně, jindy ledabyle a slabě, pokud se k ní vůbec odhodlají. Téměř všichni, v případové studii sociální skupiny sledování adolescenti, podávají ve škole slabší výkony, které nekorespondují s jejich schopnostmi (celkovou inteligencí i dílčími schopnostmi). Díky zhoršené motorické a senzomotorické koordinaci zraku a ruky mají žáci také problémy s kvalitou písemného projevu, mnohdy i s úkoly sebeobsluhy náročnějšími na jemnou motoriku (Riefová 1999, Michalová 2007, Michalová, Pešatová 2012). Proto je třeba poskytovat pomoc prvního kroku,

strukturovat jim předložené činnosti, povzbuzovat je k práci, požadované úkoly předkládat jednoduše, stručně jasně. Na této skutečnosti se shoduje mnoho odborníků (stov., DuPaul at all 2009, Munden, Arcelus 2002, Robin 1999, Vágnerová 2004 atd.). Jak vyplývá z našeho výzkumu z Tabulky č. 4 (položky č. 8), našim respondentům činí problém zadávat pokyny dítěti stručně, jasně, po krocích a vyžadovat zpětnou vazbu o tom, zda skutečně ví, co má dělat. Často sami nevědí, co se touto poučkou myslí. Z vlastní praxe můžeme konstatovat, že někdy je velký problém, aby rodič obsah tohoto doporučení pochopil. Položka č. 11 však proklamuje, že strukturace pracovního procesu a jasné stanovení toho, co budou s dítětem dělat, jakou činnost a jakého výsledku se mají dobat, je naopak signifikantní ($t=2,93$ na 5% hladině významnosti).

Výsledné projevy a chování jsou dle Nývltové (2008) ovlivněny celkovými osobnostními vlastnosti dítěte a kognitivními a metakognitivními schopnostmi. Problémem je, že svůj intelektový potenciál zpravidla nedokáže rozvinout a využít, dochází k tzv. mimo-intelektovému selhávání. Impulzivita jedinců s ADHD je relativní neschopností zdržet se reakcí na cokoli, co je v dané chvíli nejzajímavější. Po letech neustálých problémů a obviňování si adolescenti s ADHD často vytvoří opoziční až antisociální vzorce chování, což často bývá naplněním negativních očekávání ze strany dospělých. Pomoci může i včasná medikace (Robin 1999, Munden a Arceluse 2002). Z našeho výzkumu je patrné, že respondenti našeho výzkumného souboru příliš nevědí, co očekávat od medikace, kterou by jejich dítě s ADHD mělo užívat v rámci léčby zmírnění uváděných projevů chování. Vyplývá to z Tabulky č. 3 (položky č. 8), kdy 53% respondentů nezná účinek možné podávané medikace (tj. 41 dotázaných), ale ani neví v 67% (viz. položka 15 téže tabulky), zda mají či nemají podávaná stimulantia, konkrétně Ritalin, vedlejší účinky (52 dotázaných).

Přítomná impulzivita ústící až do afektivního chování často znemožňuje rodičům vytvořit si k dítěti očekávaný pozitivní emocionální vztah (Shortt 2010). Kvalita citového vztahu rodičů může být vlivem projevů ADHD snížena nebo naopak vyvolává nepřiměřeně ochranné postoje rodičů (Slowik 2007).

Díky své citové labilitě jsou tyto děti mnohem citlivější např. ke kritice a mnohem častěji než ostatní používají ve svém chování obranné reakce. Proto bývají hůře akceptovány svým okolím, jsou častěji odmítány nebo přijímány s ambivalentním pocitem, a to i vlastními rodiči (Mikami 2010, Rydell 2010). Lze tedy říci, že na rodiči vychovávajícím dítě s ADHD leží tíha výchovy v daleko větší míře než na rodiči

vychovávajícím dítě intaktní. Čím objektivnější informace o dané poruše získá, tím lépe porozumí její podstatě a spíše se vyvaruje výchovných chyb. Nastaví sice volnější, ale pevně daná a pro dítě čitelná pravidla chování (srov. Michalová 2007, Martínek 2009). Toto tvrzení máme nesčetněkrát ověřeno z praxe. Malach (2004) postuluje seznam chyb ve výchově neznalých rodičů těchto dětí: nadměrná, nedostatečná či nevhodná výchovná stimulace, nejednotnost rodičovského přístupu, nesoulad rodinné výchovy a požadavků školy, výchovná jednotvárnost a násilí na dětech. Signifikantní souvislost mezi obecnými teoretickými vědomostmi rodičů o ADHD a jejich schopností tyto vědomosti aplikovat do výchovné praxe se prokazuje i u našeho souboru. Rodiče lépe informovaní o problematice ADHD jsou spíše schopni volit správný výchovný styl, intervenující další vývoj takového dítěte a jeho integraci do společnosti (srov. Rydel 2010).

V současné době postupně začíná docházet ke kritice příliš *volné výchovy* dětí. Upouští se postupně od orientace na prevenci poruch dětského vývoje, spočívající na zásadě co největší výchovné *permisivity* (povolnosti). Ukázalo se totiž, že zatímco příliš přísná (tvrdá) výchova vede ke konfliktům, jež mají za následek buď vzpouru nebo neurózu dítěte (podle typových a konstitučních zvláštností dítěte, robustnosti či křehkosti jeho osobnosti), přílišná permisivita, zase vede k povahové nezralosti - k tzv. *infantilním, parvuloidním rysům* osobnosti. Výchova by proto měla být diferencovaná (individualizovaná) jak podle vnitřních, tak podle vnějších podmínek. Příliš volná výchova způsobuje, že se dítě učí přehnaně podléhat svým vlastním impulsům. Frustrace, není-li přehnaná, není vždy škodlivá. Za optimální považujeme takovou výchovu, která vede k sebevýchově. Prokázalo se nám, že adekvátní přístup k dětem s ADHD souvisí s dosaženým vzděláním jejich rodičů, ale i se získanou zkušeností s výchovou s jiným dítětem s ADHD ve vlastní rodině či v příbuzenstvu. Uvedená skutečnost koresponduje i se zjištěními z výzkumu učitelů (Michalová, Pešatová 2012, Sciutto 2000).

Prostředí rodiny charakterizuje mj. intenzita a dlouhodobost působení na děti i dospělé (Gillernová 2008). N. E. Hill a L. C. Taylor považují za cíl rodičovství vychovat z dítěte nezávislého a autonomního jedince (Hill, Taylor 2004). Těmto tvrzením by odpovídalo zjištění našeho výzkumu, že adekvátní informovanost rodičů o ADHD determinuje orientace rodičů na adekvátní čas věnovaný výchově dětí. Neschopnost rodičů rozhodnout se, jakým směrem se bude ubírat jejich výchovné působení vůči dítěti s ADHD, bývá též častým problémem. Jak vyplývá z výzkumu realizovaného v Německu, ke zvyšování agresivního chování dětí, stupňující se hyperaktivitě a pocitům jejich

nespokojenosti v rodičovském partnerství, přispívá násilné prosazování moci a udělování tělesných trestů (Reichle, Franiek 2008, s. 23). Rodiče se stávají „potenciálním zdrojem stresu pro dítě“ (Fernandez, Mínguez, Casas 2007, s. 586).

Statistiky dokládají, že v rodinách s hyperaktivním dítětem dochází k manželským hádkám a rozhodům třikrát častěji, než je tomu u ostatních rodin“ (Serfontein 1999, s. 116). V tomto výzkumu byla prokázána signifikance mezi lepší informovaností rodičů o ADHD z rodin, v nichž jsou partneři, rodiče dítěte, ve svém svazku spokojeni (srov. Canu, Mancil 2012). A dále těch, kteří vnímají svou ekonomickou rodinnou situaci jako vyhovující. Zde je nezbytné vycházet ze skutečnosti, že časová náročnost péče o dítě s dg. ADHD v čase mimo školní docházku jak v oblasti domácí přípravy na školní výuku, tak v oblasti pozitivního využití volného času, mnohdy vyžaduje přizpůsobení nebo částečné omezení ekonomické aktivity rodiče (srov. DuPaul 2009).

Nejvýznamnější signifikance v našem výzkumu se objevuje u možnosti rodiče úzce spolupracovat se školou a školským poradenským pracovištěm (Tabulka č. 6, determinanta D 11). Získá-li rodič jistotu, že učitel dítě přijímá a zaujímá partnerský vztah i k němu, dochází k posílení jeho důvěry, že společně dokážou ovlivnit i výrazné projevy ADHD v jeho chování (srov. Weyandt 2006, Krejčová, Mertin 2010, Michalová, Pešatová 2012). Učitel v takovém případě velmi často dokáže vést i rodiče k tomu, jak dítě motivovat, oceňovat za úspěchy, jak jej směřovat k zvládnutí zadané práce, a to často ve spolupráci s poradenským zařízením. To může v případě výrazných obtíží dítěte dát podnět k integraci žáka, kterému je následně vytvořen individuální vzdělávací plán. Na druhou stranu však ale z položky č. 22 v Tabulce č. 4 vidíme, že navázat kontakt a spolupráci se školou pro rodiče dětí s ADHD bývá často problém (nesignifikantní hodnota $t=0,11$).

2.6 Návrh opatření

Oblast sociální:

Ke zlepšení informovanosti rodičů by bylo vhodné zajistit jejich průběžné vzdělávání v podobě pořádaných seminářů o problematice ADHD. Na jejich organizaci by participovaly např. OSPOD, obzvláště u těch zákonných zástupců, jejichž děti jsou bezhraniční a k bazální poruše ADHD se přidávají poruchy chování, které jsou vyvolané skutečnou nepéčí rodiny. OSPOD by měl pravomoc přimět rodiče k účasti na vzdělávacích akcích a zajišťoval by zpětnovazebnou reflexi, do jaké míry nabyté informace rodiče skutečně aplikují ve svém každodenním výchovném působení.

Určitě by bylo vhodné zavedení služby raná péče i pro tuto kategorii jedinců s postižením a jejich zákonné zástupce. Čím dříve se dostane rodičům zasvěcených informací, jak k dítěti s danou diagnózou přistupovat, tím je větší šance, že se obtíže dítěte, především v oblasti chování, budou minimalizovat.

Oblast medicínská:

Kromě farmakoterapie by měli především psychiatři rozšířit službu terapeutickou, neboť samotná medikace nevyřeší problém dítěte, pouze ho „chemicky“ zklidní.

Měla by být dostupnější psychiatrická diferenciální diagnostika, neboť mnohdy se zaměňuje problém ADHD s PAS. Zde je třeba volit odlišný výchovný i edukační přístup.

Speciálně –pedagogická a psychologická oblast:

Zlepšení diagnostických a intervenčních služeb nejen pro rodiče, ale i pro školy, které v danou chvíli vážnou mj. na financích ve školství. Bylo by vhodné posílit odborné týmy školních i školských poradenských pracovišť, snížit přebujelou administrativu a naopak posílit přímou práci s klientelou, tj. dětmi, rodiči a učiteli.

Závěr

Cílem diplomové práce, který se podařilo naplnit, bylo zjistit úroveň informovanosti rodičů dětí s ADHD o symptomech jmenované poruchy a možnostech intervence dětí s ADHD.

V teoretické části byl popsán syndrom ADHD, vliv jednotlivých symptomů na sebezpojetí dítěte, interpersonální vztahy a důsledky pro jeho socializaci v primárním i dalších sociálních prostředích. Dále byly popsány příčiny, příznaky a projevy ADHD, alternativy přístupů k dítěti, vliv rodinného prostředí a praktická doporučení pro rodiče dětí s ADHD.

V praktická části byly zpracovány výsledky dotazníkového šetření rodičů. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 156 dětí vybraných základních škol v hl.m. Praze, ve Středočeském a Libereckém kraji. Vybráno bylo 77 (71 žen a 6 mužů) dotazníků rodičů dětí, kteří vychovávají dítě s ADHD, ve věku 24 až 53 let. Doplnujícího rozhovoru se zúčastnilo 9 matek dětí s ADHD.

Statistické vyhodnocení prokázalo nedostatečnou informovanost rodičů o základních symptomech ADHD i o prognóze této poruchy. Nejvíce respondentů má teoretické vědomosti v rozmezí 41-50% správných odpovědí ve škále vědomostí o ADHD, jedná se o rodiče se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Příčinu problémů svých dětí rodiče správně přisuzují pozornostním deficitům. Nedokáží však dítěti jasně a stručně zadávat jednoznačné pokyny, ověřovat si jejich pochopení. Šetření potvrdilo, že více než polovina rodičů nemá informace o účinku medikace a vedlejších účincích léku. V souvislosti s vlivem výchovného vedení na úspěšnost a spokojenost dítěte s ADHD výzkum prokázal lepší informovanost rodičů, kteří žijí ve stabilním rodinném prostředí. Výzkum dále potvrdil, že rodiče aplikují některé funkční intervenční metody vůči svým dětem. Jedná se o nastavení pravidel chování a jeho hodnocení, pomoc dítěti s domácí přípravou na školu a její kontrola, poskytování zpětné vazby, klidné a trpělivé jednání s dítětem, tolerance drobných problémů v chování dítěte, informování dítěte o změnách v denním režimu. Naopak problémem pro rodiče je vykonávání pouze jedné aktivity či úkolu, neporozumění preferenci částečného (ale správného) splnění úkolu nad úplným odmítnutím činnosti. Nemohou se ubránit srovnávání výkonu dítěte s ADHD a jeho úspěšnějšího sourozence. Problematické je také navázání spolupráce rodičů se školou.

Výzkum dále odpovídal na otázku, zda existuje souvislost mezi vědomostmi rodičů o ADHD s ohledem na dané determinanty. Podmíněnost byla prokázána v souvislosti s výší vzdělání rodičů, spokojeností v partnerském svazku, výskytem ADHD v širší rodině, zaměřeností rodičů na věnování adekvátního času výchově svého dítěte, stylem preferované výchovy, zkušeností s výchovou jiného dítěte s ADHD a úzkou spoluprací se školou či školským poradenským pracovištěm. Naopak se neprokázala souvislost s věkem rodičů, pohlavím respondenta, druhem vzdělání, hodnocením chování dítěte učitelem a adekvátním finančním zabezpečením rodiny.

Závěrem jsme vytvořili návrh opatření, která by zvýšila účinnost efektivitu intervenčních opatření směrem k dítěti s ADHD a jeho rodičům. Jedná se o možnost participace OSPOD na vzdělávání rodičů v dané oblasti a vytvoření rané péče o klienty s diagnózou ADHD, rozšíření lékařské péče o terapeutickou činnost, omezení administrativních činností pracovníků školských poradenských pracovišť na úkor práce s klienty.

Přístup rodičů k dítěti s ADHD je nejdůležitějším faktorem, ovlivňujícím kvalitu života jejich dítěte. Narození dítěte s ADHD rodiče často unavuje a vyvolává v nich bezmocnost, nespokojenost, zklamání a pocity vlastního výchovného selhání. Rodiče k dítěti často přistupují ambivalentně, nedokáží opakovaně prožívat zklamání, které jim dítě způsobuje v osobním vztahu, mezi přáteli, ve škole s učiteli i vrstevníky.

Již na svém počátku má každé dítě jinou startovní pozici. Jiný bude vývoj dítěte toužebně očekávaného, pro jehož rodiče je narození dítěte naplněním vlastního vývoje. Jsou připraveni přistupovat k rodičovství zodpovědně a řešit potenciální problémy, se kterými se v této životní fázi setkají. Odlišný je přístup rodičů, kteří jsou narozením dítěte zaskočení, případně je pro ně od počátku dítě překážkou.

Svými postoji se rodiče podílejí na vytvoření sebepojetí, sebevědomí a sebedůvěry dítěte. Seznamují ho s běžnou každodenností, která člověku přináší zkušenost s prožíváním příjemných i zátěžových situací, v případě dítěte s ADHD to většinou znamená překonávání obtíží či konfliktů. Osobním příkladem dítěti předávají své postoje, názory a etické hodnoty. Ukazují mu způsoby, kterými se dají řešit konflikty. Protože se dítě s ADHD, stejně jako jeho rodiče, v běžném životě potýká s nekončící řadou problémových a konfliktních situací, je nutné vést rodiče k vědomí, že jim lze s jejich řešením pomoci. Poskytnout jim dostatek informací o možnostech podpory, která je v současné době natolik multidisciplinární, že dokáže obsáhnout veškeré segmenty života dítěte i celé rodiny.

Seznam použitých zdrojů

AL-YAGON, M., 2009. Comorbid LD and ADHD in childhood: socioemotional and behavioural adjustment and parents' positive and negative affect. *European journal of special needs education*, roč. 24, č. 4, s. 371-391. ISSN 0885-6257.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association. ISBN: 978-0890420621.

ANDREÁNSKA, V., 2010. *Poruchy pozornosti s hyperaktivitou*. In: LECHTA, V., (ed.). *Základy inkluzivní pedagogiky*. 1.vyd. ,s. 341-352. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.

BALAŠTÍKOVÁ, B., 2007. Vztahové problémy dětí s hyperkinetickým syndromem a jejich terapie. In: Trtílková, I., Šerý, O. a kol. *Hyperkinetická porucha, ADHD*. 1.vyd. Praha: Galén, s. 167-175. ISBN 978-80-7262-419-5.

CAHOVÁ, P., PEJČOCHOVÁ, J., OŠLEJŠKOVÁ, H., 2010. *Hyperkinetická porucha v klinické praxi dětského neurologa* [online]. [vid. 2.3.2014]. Dostupné z: (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/hyperkineticka-porucha-detskeho-neurologa-v-klinicke-praxi-448913>)

CANU, W. H., MANCIL, E. B., 2012. An Examination of Teacher Trainees' Knowledge of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In *School Mental Health*, 4(2), 105–114. ISSN 1866-2625.

CARTER, E.A., MCGOLDRICK, M., 2001. Advances in Coaching: Family Therapy with One Person. In *Jornal of Marital Family therapy*, 27 (3), s. 281 – 300. ISSN 1752-0606.

CORKUM, P., RIMER, P., SCHACHAR, R., 2011. Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: impact on enrollment and adherence to a 12-month treatment trial. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(10), s. 1043 – 1048. ISSN 0706-7437.

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

DRTÍLKOVÁ, I., 2008. Kdy volit Stratteru pro léčbu hyperkinetické poruchy/ADHD. *Psychiatrie pro praxi* [online], roč. 9, č. 3, s. 143-146 [vid. 20. 2. 2014]. Olomouc: Solen, s.r.o. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/03/12.pdf>

DRTÍLKOVÁ, I., 2009. Doporučený postup převodu z léčby Ritalinem na léčbu Stratterou u dětí s ADHD. *Psychiatrie pro praxi* [online], roč. 10, č. 3, s. 145-147 [vid. 20. 2. 2014]. Olomouc: Solen, s.r.o. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/03/11.pdf>

DRTÍLKOVÁ, I., 2010. Concerta v léčbě hyperkinetické poruchy. *Psychiatrie pro praxi* [online], roč. 11, č. 2, s. 77-82 [vid. 8. 1. 2014]. Olomouc: Solen, s.r.o. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/02/10.pdf>

DRTÍLKOVÁ, I., 2013. Diagnostika a léčba dětí s ADHD a komorbidní úzkostí. *Pediatric pro praxi* [online], roč. 14, č. 1, s. 39-41 [vid. 10. 3. 2014]. Olomouc: Solen, s.r.o. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/01/09.pdf>

DUPAUL, G. J., WEYANDT, L. L., O'DELL, S. M., VAREJAO, M., 2009. College students with ADHD: current status and future directions. *Journal of Attention Disorders*, roč. 13, č. 3, s. 234-250. ISSN 1087-0547.

FERNÁNDEZ, S. J., MÍNGUEZ, R. T., CASAS, A. M., 2007. *Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención y hiperactividad*. *Psicothema*, roč. 19, č. 4, s. 585–590. ISSN 0214-9915.

GILLERNOVÁ, I., 2008. Sociální dovednosti učitele a rozvíjení sociálních dovedností a rozvoj sociálních dovedností ve školním prostředí. In: *Pedagogická a psychologická diagnostika*. 14. a 15. aktualizace, Praha: Raabe s.r.o., s. 1-40. ISSN 1801-8351.

GILLERNOVÁ, I., 2013. Rodiče, prarodiče, děti. *Pediatr.praxi* [online], roč. 14, č. 5, [vid. 2.3.2014]. Olomouc: Solen, s.r.o. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/05/01.pdf>

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

HARTL, P., 2004. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.

HELFER, D., FRIES, A., 2010. Belastungen in Familien mit behinderten Kindern unter ausgewählten Aspekten. *Behindertenpädagogik: Vierteljahresschrift für Behindertenpädagogik in Praxis, Forschung und Lehre und Integration Behinderte*, roč. 49, č. 3, s. 297-312. ISSN 0341-7301.

HELUS, Z., 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1168-3.

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ a kol., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.

Internetova poradna [online]. [cit. 18.3.2013]. Dostupné z <http://www.iporadna.cz/telo/prispevky.php?theboard%5bboardid%5d=379>>

KOLČÁRKOVÁ, I., LACINOVÁ, L., 2008. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal. ISBN 978-80-87029-47-3.

KOCOURKOVÁ, J., 2008. Psychoterapie dětí a adolescentů. In: HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, s. 421-478. ISBN 978-80-7367-404-5.

KREJČOVÁ, L., MERTIN, V., 2010. *Pedagogická intervence u žáků ZŠ*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7557-605-5.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.

Listina základních práv a svobod. In: Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. [online]. 1993, článek 33 [vid. 20. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

MALACH, J., 2004. *Teorie a metodika výchovy*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 80-7042-374-9.

MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I. (eds.), 2010. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 2. roz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-627-8.

MARTÍNEK, Z., 2009. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2310-5.

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

MICHALOVÁ, Z., 2011a. *Edukace žáků s problémovým chováním, poruchami adaptace, poruchami chování a emocí*. 1. vyd. Liberec: TU v Liberci. ISBN 978-80-7372-719-2.

MICHALOVÁ, Z., 2011b. *Sociální dovednosti u žáků s poruchami autistického spektra se zaměřením na ovlivnění chování*. 1. vyd. Liberec: TU v Liberci. ISBN 978-80-7372-745-1.

MICHALOVÁ, Z., PEŠATOVÁ, I., 2011. *Specifické poruchy učení a chování v inkluzivním prostředí základní školy*. 1. vyd. Liberec: TU v Liberci. ISBN 978-80-7372-815-1.

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

MICHALOVÁ, Z., PEŠATOVÁ, I., 2012. *Hyperkinetické poruchy a jejich dopad na školní úspěšnost*. 1. vyd. Liberec: TU v Liberci. ISBN 978-80-7372-933-2.

MIKAMI, A. Y., et.al., 2010. Parental Influence on Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Relationships between Parent Behaviors and Child Peer Statut. *Journal of Abnormal Child Psychology*, roč. 38, č. 6, s. 721-736. ISSN 0091-0627.

MUNDEN, A., ARCELUS, J., 2002. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-625-X.

NECHLEBOVÁ, E., 2012. Relaxační techniky. In: ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E. *Speciální pedagogika v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 197-212. ISBN 978-80-247-4369-1.

NÝVLTOVÁ, V., 2008. *Patopsychologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství UJAK. ISBN 978-80-86723-48-8.

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

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J., 2003. *Pedagogický slovník*. 4. aktualizované vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-772-8.

PTÁČEK, R., 2007. Psychodiagnostika hyperkinetického syndromu (ADHD) u dětí. In: PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 59-68. ISBN 978-80-247-1426-4.

REICHLE, B., FRANIEK, S., 2009. Erziehungsstil aus Elternsicht. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, roč. 41, č. 1, s. 12–25. ISSN 0049-8637.

RIEGER, Z., 2009. *Návrat k rodině domů*. 1. vyd. . Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-544-8.

RIEF, S. 2008. *ADD/ADHD Checklist*. 2. vyd. San Francisco: Jossey Bass. ISBN 978-0-471-8970-2.

RIEFOVÁ, S. F., 1999. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. Praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-287-4.

ROBIN, A. L., 1999. *ADHD in Adolescents. Diagnosis and Treatment*. New York : Guilford Press. ISBN 1-57230-545-2.

RYDELL, A. M., 2010. Family factors and children's disruptive behaviour: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, Academic Search Komplete* [online], roč. 45, č. 2, s. 233-244 [vid. 9. 8. 2012]. ISSN 1433-9285. Staženo z databáze EBSCO.

SCIUTTO, M. J., TERJESEN, M. D., BENDER FRANK, A.S., 2000. Teachers' Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, roč. 35, č. 2, s. 115–122. ISSN 0033-3085.

SERFONTEIN, G., 1999. *Potíže dětí s učním a chováním*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-315-3.

SHERMAM, J., RASMUSSEN, C., BAYDALA, L., 2008. The impact of teacher factors on achievement and behavioural outcomes of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Educational research*, roč. 50, č. 4, s. 347 – 360. ISSN 0013-1881.

SHORTT, J.W., 2010. Maternal Emotion Coaching, Adolescent Anger Regulation and Siblings' Externalizing Symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, roč. 51, č. 7, s. 799-808. ISSN 0021-9630.

SLÍVA, J., 2007. Současnost a budoucnost nootropik. *Postgraduální medicína*. [online], [vid. 25. 2. 2014] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/soucasnost-a-budoucnost-nootropik-304607>

SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-247-1733-3.

SMITH, L.L., ELLIOTT, CH. H. 2011. *Child Psychology and Development for Dummies*. 1. Vyd. Wiley Publishing, Inc.:Indiana. ISBN 978-0-470-91885-2.

ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E., 2012. *Speciální pedagogika v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4369-1.

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

THEINER, P., 2012. ADHD od dětství do dospělosti. Psychiatr. praxi. [online], roč. 13, č. 4, s. 148-150. [vid. 2. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraci.cz/pdfs/psy/2012/04/02.pdf>

TYL, J., TYLOVÁ, V., 2003. *Lehké mozkové dysfunkce: Nové metody nápravy* [online]. [vid. 3. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.eegbiofeedback.cz/dokumenty>

UTTAL, B., OHTA, N., SIEGENTHALER A. L. 2006. *Memory and Emotion. Interdisciplinary perspectives*. 1. Vyd. Malden: Blackwell Publishing. ISBN 978-1-4051-3982-X.

VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Psychologie problémových dětí a mládeže*. 1. vyd. Liberec: TU v Liberci. ISBN 80-7083-378-5.

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. 1.vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1074-4.

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2005, částka 20, s. 490-502 [vid. 20. 12 2013]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2005, částka 20, s. 503-508 [vid. 20. 12 2013]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>

WEYANDT, L. L., 2006. *An attention deficit hyperactivity disorder primer*. 2. vyd. Manwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates. ISBN 978-080-584-969-1.

YHILL, N. E., TAYLOR, L. C., 2004. Parental School Involvement and Childrens Academic Achievement. *Psychological Science*, roč. 13, č. 4, s. 161-164. ISSN 0956-7976.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004, částka 190, s. 10262-10345 [vid. 20. 12. 2013]. Dostupné z: <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>

ZELINKOVÁ, O., 2003. *Poruchy učení. Specifické poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-800-7.

ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D., 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2697-7.

Seznam příloh

- **Příloha A: Oddíl I dotazníku** - demograficko-popisné údaje o respondentovi výzkumu
- **Příloha B: Oddíl II dotazníku** - teoretické znalosti rodičů o syndromu ADHD
- **Příloha C: Oddíl III dotazníku** - orientovanost rodičů v intervenci a ve výchovném směřování dítěte s ADHD

Příloha A: Oddíl I dotazníku - demograficko-popisné údaje o respondentovi výzkumu

Údaje o respondentovi

1. Pohlaví: žena
muž

2. Věk: _____

**3. Počet let rodičovské
praxe:** _____

4. Nejvyšší dosažené vzdělání, titul: _____

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

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

a) 0 b) 1 c) 2 - 5 d) více než 5

7. Vaše dítě je žákem : a) na 1. stupni ZŠ b) na 2. stupni ZŠ (příp. víceletém gymnáziu)
c) na SŠ

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

a) ano b) ne

9. Vaše znalosti o ADHD/ADD považujete za:

a) dostačující b) nedostačující

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

a) studiu ve škole

b) dalším organizovaným vzděláváním

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

c) samostudiem - knihy, časopisy, internetové zdroje

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

a) ne b) ano

kurzy, semináře, přednášky, samostudium souboru připravených materiálů

12. Uveďte město či vesnici, kde bydlíte: _____

Příloha B: Oddíl II dotazníku - teoretické znalosti rodičů o syndromu ADHD

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

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

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

34	Kognitivně-behaviorální/psychologická intervence je u dětí s ADHD/ADD primárně zaměřena na redukci symptomů poruchy pozornosti.	ano	ne	Nevím
35	Elektroterapie (např. léčba elektrickými šoky) je v těžkých případech ADHD/ADD účinná.	ano	ne	Nevím
36	Péče o děti s ADHD/ADD primárně zaměřená na tresty je při redukci symptomů poruchy nejúčinnější.	ano	ne	Nevím

Příloha C: Oddíl III dotazníku - orientovanost rodičů v intervenci a ve výchovném směřování dítěte s ADHD

Doporučení pro práci s dětmi s ADHD/ADD v domácím prostředí.

V prvním sloupci tabulky označte každé doporučení číslem, které vyjadřuje vhodnost jeho použití ve vzdělávání dětí s ADHD/ADD.

1- nevhodné 2- nepomůže, ale neuškodí 3- vhodné

Ve třetím sloupci tabulky označte číslem jak často toto doporučení používáte.

1- nikdy 2- občas 3- pravidelně

vhodnost	Doporučení	použí vám
	Pevně stanovit jasná pravidla chování a práce, spolu s přehledem hodnocení chování dítěte je vystavit na viditelném místě.	
	Každé porušení pravidel tvrdě potrestat.	
	Je možné použít i fyzické tresty.	
	Domácí přípravu do školy je vhodné provádět spolu s dítětem, dítě posadit ke stolu tak, aby ho nerušily podněty z venku (okno). Zajistit klidné prostředí.	
	Při domácí přípravě umístit dítě do rohu místnosti, kde nebude rušit ostatní sourozence.	
	Optimalizovat vybavení dětského pokoje - omezit přílišnou pestrost a barevnost pokoje. Odstranit předměty, které mohou dítě při domácí přípravě rozptylovat.	
	Uplatňovat pozitivní přístup k dítěti, laskavost, klid, optimismus A trpělivost.	
	Pokyny zadávat dítěti vždy jasně, stručně, jednoznačně, po jednotlivých krocích, ověřit si pochopení požadavku (dítě zopakuje, co je jeho úkolem).	
	Nevést s dítětem dlouhé diskuze, ale důsledně vyžadovat splnění úkolu.	
	Střídat při domácí přípravě činnosti, pasivní plnění úkolů střídat s aktivní činností dítěte, zařadit relaxaci.	
	Strukturovat pracovní proces, jasně stanovit co se bude dělat, seznámit dítě s náplní činnosti a očekávanými výsledky.	

	Neprovádět více aktivit najednou, vždy plnit pouze jeden úkol.	
	Co nejdříve poskytovat dítěti zpětnou vazbu - informace o kvalitě jeho výkonu a chování.	
	Nepřiměřené chování a porušení pravidel nepřehlížet, klidně a věcně reagovat, zopakovat pravidlo, jež dítě porušilo a zdůraznit nutnost dodržovat stanovená pravidla.	
	Zavést systém odměn a trestů, vystavit ho např.: v kuchyni a důsledně ho dodržovat.	
	Umožnit dítěti, aby alespoň část práce udělalo dobře než celou špatně, není nutné vždy vyžadovat stejný rozsah práce jako po ostatních sourozencích.	
	S dítětem jednáme vždy klidně, udržujeme oční kontakt.	
	I pro domácí přípravu je vhodná úprava výukových materiálů - vždy jasně strukturované, stručné, přehledné, využít přehledy, grafy, tabulky, atd.	
	Je-li to třeba, poskytnout dítěti „oddechový čas“ a útočiště na zklidnění. Případné konflikty řešit až po zklidnění dítěte a odeznění afektu.	
	Drobné nedostatky v chování dítěte tolerovat, neustále nenapomínat a neokřikovat dítě.	
	Každou změnu v činnosti dítěti včas oznámit a vysvětlit.	
	Navázat kontakt a spolupráci se školou, kterou dítě navštěvuje, snažit se sjednotit přístup k dítěti, komunikovat pravidelně s učiteli.	
	Aktivní spoluúčast rodiče na práci dítěte - dítě vedeme, povzbuzujeme, uklidňujeme, posilujeme jeho sebevědomí.	
	Umožnit dítěti používat při domácí přípravě specifické pomůcky, které mu pomůžou překonat jeho obtíže způsobené poruchou.	
	Vždy kontrolovat, zda dítě splnilo všechny zadané úkoly.	
	Za každý prohřešek následuje pouze jeden postih.	

Používáte-li při práci s dítětem s AD(H)D další postupy a doporučení, uveďte je.