

Technická univerzita v Liberci

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

---

**Katedra:** Pedagogiky a psychologie

**Studijní program:** Vychovatelství

**Kombinace:** Pedagogika volného času

**PŘÍSTUP VOLNOČASOVÉHO PEDAGOGA K DĚTEM SE  
SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI**

**THE ACCESS OF THE CHILDREN WITH PARTICULAR REQUIREMENT**

**Bakalářská práce:** 11 – FP – KPP - 01

**Autor:** Angelika Kudriková

**Podpis:**

**Adresa:** MÚ Trutnov, Slovanské náměstí 165,

541 01 Trutnov 1

**Vedoucí práce:** PhDr. Jitka Josífková

**Konzultant:**

**Počet**

Stran	Slov	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
64	14 729	0	4	23	6

V Liberci dne: 28. 11. 2011

**TU v Liberci, FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
461 17 LIBEREC 1, Hálkova 6**

**Tel.: 048/535 2515 Fax: 048/535 2332**

**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ**

Katedra pedagogiky a psychologie

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

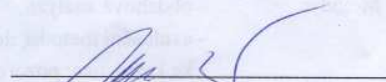
(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Angelika Kudriková  
studijní obor (kombinace): Pedagogika volného času  
Název BP: **Přístup volnočasového pedagoga k dětem se specifickými potřebami.**  
Název BP v angličtině: **The access of the children with particular requirement.**  
Vedoucí práce: PhDr. Josífková Jitka  
Konzultant:  
Termín odevzdání: září 2011

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 28.2.2011

  
děkan

  
vedoucí katedry

Převzal (kandidát): KUDRIKOVÁ

Datum: 8.3.2011

Podpis: Kudriková

- Název BP:** PŘÍSTUP VOLNOČASOVÉHO PEDAGOGA K DĚTEM SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI.
- Vedoucí práce:** PhDr. Josífková Jitka
- Cíl:**
1. Popsat, vysvětlit a specifikovat součné pojetí ADHD.
    - a) Vymezit pojem ADHD, etiologii, příznaky a projevy.
    - b) Shrnout současné terapeutické a edukční přístupy k dětem ADHD.
    - c) Popsat význam a možnosti využití volného času u dětí s ADHD.
  2. Provedení rozboru programu občanského sdružení Klíč.
    - zdůraznění specifík tohoto sdružení při práci s dětmi s ADHD
    - nastínění cílů sdružení
    - zdůvodnění funkčnosti těchto programů
  3. Posuzování aktivit sdružení Klíč z hlediska rozvoje dětí s ADHD.
    - a) Příprava a rozbor konkrétních aktivit, které byly realizovány v rámci letošního tábora (z hlediska rozvoje jednotlivých kompetencí a dovedností dětí).
    - b) Vypracování kazuistiky týkající se přínosu aktivit pro konkrétního klienta, který je absolvoval.
- Požadavky:**
- 1) Podílet se na přípravě a realizaci letního tábora při sdružení Klíč.
  - 2) Prostudování adekvátní literatury.
  - 3) Seznámit se s metodou analýzy dat.
  - 4) Osvojit si metodu zpracování kazuistiky a využití metod s ní souvisejících.
  - 5) Provést vyhodnocení dat.
  - 6) Připravit práci k prezentaci.
- Metody:**
- obsahová analýza
  - evaluační metoda (dotazování)
  - ke kazuistice: pozorování, rozhovory, rozbor produktů činnosti
- Literatura:**
- PORTMANN, ROSEMARIE: Hry pro tvořivé myšlení: (pozitivní sebepřijetí. Trénink smyslů: metody komunikace. Smysl pro detail i nadhled). Vydavatelství 1. Praha: Portál, 2004. 118 s. ISBN 80-7178-876-7.
- TRAIN, ALAN. Specifické poruchy chování a pozorování. Jak jednat s velmi neklidnými dětmi. Vydavatelství 1. Praha: Portál, 1997. 164 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7178-131-2.
- ŠKVOROVÁ, JAROSLAVA, ŠKVOR, DAVID. Proč zlobím? : lehká mozková dysfunkce LMD/ADHD. Vydavatelství 1. Praha: Triton, 2003. 129 s. ISBN 80-7254-407-1.

## Čestné prohlášení

**Název práce:** Přístup volnočasového pedagoga k dětem se specifickými potřebami  
**Jméno a příjmení autora:** Angelika Kudriková  
**Osobní číslo:** P10000085

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

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

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

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

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 28. 11. 2011

---

Angelika Kudriková

## **Poděkování**

Mé poděkování patří PhDr. Jitce Josífkové za odborné vedení a rady při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji občanskému sdružení Klíč za umožnění realizace mého výzkumu.

V Liberci dne : 28. 11. 2011

Angelika Kudriková

## **Anotace**

### **Téma: Přístup volnočasového pedagoga k dětem se specifickými potřebami**

Bakalářská práce se zabývá přístupem volnočasového pedagoga k dětem se speciálními potřebami, konkrétně s problémy ADHD. První část je zaměřena na vysvětlení a specifikování současného pojetí ADHD a charakteristikou občanského sdružení Klíč.

Přístupem tohoto sdružení k dětem s ADHD se zabývá výzkumná část bakalářské práce. V práci jsem využila kasuistiky konkrétních dětí s ADHD, rozhovorů s odborníky a dotazníkového šetření dětí s ADHD. Děti jsem sledovala na letním dětském táboře při občanském sdružení Klíč. Využívám svých poznatků z let 2008-2011.

**Klíčová slova:** ADHD, kazuistika, občanské sdružení Klíč

## **The Annotation**

### **Topic: Leisure-time teachers' attitude towards children with special needs.**

This thesis deals with leisure-time teacher's attitude towards children with special needs, those with ADHD in particular. The first part focuses on explaining and specifying the current approach to ADHD and characteristics of the civil society Klíč. This society's attitude towards the children with ADHD is the subject of the research part of the thesis. I used specific case studies of children with ADHD, interviews with experts and a questionnaire survey of children with ADHD. These observations were done during children summer camps run by the civil society Klíč. I build the thesis on my observations from years 2008-2011.

**Keywords:** ADHD, case studies, civil society Klíč

## OBSAH

1 Úvod.....	9
2 Pojetí hyperkinetických poruch a ADHD, vysvětlení základních pojmů.....	11
2. 1 Diagnostika dítěte s ADHD.....	13
2. 2 Příčiny vzniku ADHD.....	15
3 Dítě s ADHD ve školním prostředí, edukační přístupy k dětem s ADHD.....	18
4 Terapie dítěte s ADHD.....	22
4. 1 Farmakologická léčba hyperkinetické poruchy.....	26
4. 2 Úvaha o významu volnočasového pedagoga aktivit pro děti s ADHD.....	28
5 Rozbor volnočasových aktivit u dětí s ADHD v občanském sdružení Klíč.....	30
5. 1 Charakteristika občanského sdružení Klíč.....	30
5. 2 Zájem dětí s ADHD o letní dětský tábor občanského sdružení Klíč.....	33
5. 3 Rozhovor s vedoucí dětského letního tábora.....	35
5. 4 Dotazování všech dětí s ADHD na letním dětském táboře z roku 2011.....	38
6 Výzkumné šetření- případové studie 2 dětí s ADHD(7.1, 7.2).....	39
6. 1 Cíl šetření.....	39
6. 2 Metody šetření.....	39
6. 3 Koncepce pozorování.....	40
6. 4 Objekty kazuistiky a zpracování kazuistiky.....	41
7 Zpracování výzkumného šetření.....	42
7. 1 Kazuistika č. 1.....	42
7. 2 Kazuistika č. 2.....	45
7. 3 Analýza výsledků kazuistik a jejich vyhodnocení.....	47
7. 4 Shrnutí.....	49
8 Závěr.....	50
Literatura.....	51
Seznam příloh.....	53
Seznam tabulek.....	53

## Seznam použitých zkratk

- HKS – Hyperkinetický syndrom
- MKN – Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace neboli Mezinárodní klasifikace nemocí (The International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> edition, neboli ICD-10)
- ADHD - (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder) Porucha pozornosti a hyperaktivity
- LMD - Lehká mozková disfunkce
- DSM-IV - Klasifikační systém americké psychiatrické asociace (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4<sup>th</sup> edition)



# 1 Úvod

Má bakalářská práce je zaměřena na přístup volnočasového pedagoga k dětem se specifickými potřebami. Pozornost bude především věnována využití volného času u dětí s hyperkinetickými poruchami v souvislosti se zkušenostmi z letních táborů.

Ihned v úvodu bych ráda podotkla, že ve výkladu budu nejčastěji používat dva termíny, které považuji za totožné. Jedná se o výraz „*Hyperkinetické poruchy*“ a „*ADHD*“ (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder) tedy poruchy pozornosti a hyperaktivity.

Ve své práci budu také čerpat ze zkušeností z působení v občanském sdružení Klíč. Toto sdružení existuje již 14 let v městě Hostinném (vzniklo roku 1997). V této organizaci, která vznikla pod patronátem Královéhradeckého kraje, působím již 9 let. Spolupodílím se především na přípravě a realizaci letního dětského tábora, víkendových pobytů či jednodenních skupinových setkání.

V praxi se setkávám s řadou dětí s hyperkinetickými poruchami, u nichž je v důsledku jejich diagnózy zjevná potřeba specifického přístupu. Jedním z významných úkolů občanského sdružení Klíč je pomoci těmto dětem překonat rozdíly mezi nimi a jejich vrstevníky, které by mohly negativně ovlivnit jejich další vývoj a seberealizaci. Proto se pedagogové snaží hledat adekvátní přístupy v práci s těmito dětmi, a to v rámci volného času.

Hyperkinetické poruchy poprvé vzbudily pozornost lékařů již na počátku 20. století, když v roce 1902 doktor G. F. Still vyšetřil skupinu dvaceti neklidných dětí s výrazně nežádoucím chováním, přestože byly vychovány v domácnostech splňujících kritérium „dobré výchovy“ (Drtílková, 2007). Z dosavadních poznatků víme, že hyperkinetická porucha se svými typickými příznaky (poruchami pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou) může být významným handicapem, který brání dítěti plně využít svých intelektových schopností. Dítě se navíc v důsledku svého chování často setkává s negativní reakcí okolí, což může významně ovlivňovat jeho celkovou sociální úspěšnost. Mezi nejvíce dotčené funkce patří podle Paclta (2007) pracovní paměť, sebeovládání afektivně-motivačního „nabuzení“, internalizace řeči, plánování a reorganizace činností, což úzce souvisí se seberegulací a adaptací. Jak se asi cítí dítě s hyperkinetickou poruchou vystižně napsala Drtílková (2007, s. 236): „*Děti s hyperkinetickou poruchou mají inteligenci srovnatelnou s ostatními vrstevníky, bývají vnímavé a citlivé, a přitom zažívají méně často pocit úspěchu. Bývají také více trestáni a zahrnovány výčitkami. Obtížně hledají přátele mezi vrstevníky nebo je snadno ztrácejí*“. A tak se sama sebe ptám, jak se toto dítě asi tak může cítit, co prožívá uvnitř.

Praxe ukazuje, že školní problémy dětí s hyperkinetickou poruchou se snaží řešit více pedagogové na prvním stupni, někdy lépe, někdy hůře. Nesmíme zapomenout, že poruchy doprovází některé jedince až do období adolescence a pracovat s nimi by se proto mělo i v období druhého stupně, stejně tak v době středoškolské přípravy. Občanské sdružení Klíč pořádá tábory pro děti ve věku od šesti do šestnácti let, což znamená, že pracuje nejen s dětmi předškolního věku, ale i s dětmi v období středoškolské přípravy.

Velkým tématem bakalářské práce bude teoretické pojednání o syndromu poruch pozornosti s hyperaktivitou, o možnostech terapie a různých edukačních přístupech při práci s těmito dětmi. Znalost problematiky je logickým předpokladem pro koncepci specifického přístupu. Pozornost bude dále věnována občanskému sdružení Klíč a prezentaci cílů sdružení. Pro názornější představu nastíním, jak probíhá příprava na letní dětský tábor, jaké techniky jsou voleny a s jakým úspěchem se setkaly u dětí se syndromem poruchy pozornosti na letním táboře v létě roku 2011. Součástí práce bude kazuistika vybraných dětí.

Víme, že během školního roku užívá řada dětí s poruchou pozornosti léky, které pomáhají usměrnit pozornost a chování dítěte. Během léta však přichází období tzv. „lékových prázdnin“ a tak mají symptomy nemoci šanci ukázat se v plné šíři. Bakalářská práce by mohla přinést odpověď na to, jakým směrem by se měl ubírat pedagogický proces právě během prázdnin a ukázat, jaké přístupy se osvědčují při práci s dětmi úměrně k jejich potřebám.

## 2 Pojetí hyperkinetických poruch, vysvětlení základních pojmů

Co v současnosti víme? Již samotný název poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou nejlépe vystihuje podstatu věci. Tento termín se vztahuje k dětem, které nejsou schopné soustředit se nebo klidně sedět a pracovat po dobu přiměřenou jejich věku. Termín ADHD je termínem novodobějším. Dříve se pro označení poruchy pozornosti užíval termín lehká mozková disfunkce (LMD), který nebyl příliš šťastný. Drtílková (2007, s. 21) říká: „*Snad pro žádnou jinou psychiatrickou poruchu nebylo použito takové množství terminologických variant, které postupně odrážely změny v pohledu na její psychopatologii, etiologii a patogenezi*“.

V současné době existují dva základní klasifikační systémy nemocí, z nichž se odvíjí i klasifikace hyperkinetických poruch:

1. Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (*The International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> edition, neboli ICD-10, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize – MKN-10*).

2. Klasifikační systém americké psychiatrické asociace (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4<sup>th</sup> edition, nebo DSM-IV*).

Rozdíly mezi oběma klasifikacemi mohou způsobit drobné nepřesnosti. Munden a Arcelus (2002) tvrdí, že rozdíly mezi oběma klasifikacemi se promítnou ve výběru rozdílných, avšak překrývajících se skupin dětí. Autoři tvrdí následující: „*Ukazuje se, že podle MKN-10 je opakovaně diagnostikována menší skupina dětí se závažnějšími příznaky, než v případě klasifikace podle DSM-IV*“. Klíčové však zůstává, že aby byly symptomy nemoci klinicky významné a aby splňovaly diagnostická kritéria, musí se vyskytovat ve významném počtu a v dostatečném stupni vážně postihovat daného jedince.

MKN-10 využívá v terminologii pojmu „*hyperkinetické poruchy*“, které jsou zahrnuty pod kódem *F90.0* - subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou a pod kódem *F90.1* - subtyp s názvem hyperkinetické poruchy chování. Theiner (2007) tvrdí, že pokud jsou přítomny rysy jak hyperaktivity, tak poruch chování a pokud je hyperaktivita pronikavá a výrazná, měla by vést k diagnóze „*hyperkinetické poruchy chování*“.

Pro diagnózu je potom nutné, aby byly přítomny společně všechny základní příznaky poruchy (poruchy pozornosti a hyperaktivita, případně impulzivita považovaná za přidružený příznak, který však pomáhá poruchu potvrdit).

Diagnostický manuál DSM-IV pracuje s pojmem ADHD širěji a dělí ji do tří podtypů:

- 1) ADHD s převládající poruchou pozornosti;
- 2) ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou;
- 3) ADHD smíšený typ.

(Drtílková, 2007, s. 22).

V příloze č. 1 uvádím konkrétní diagnostická kritéria pro hyperkinetické poruchy dle MKN-10 a v příloze č. 2 kritéria diagnostiky dle DSM-IV.

Můžeme si všimnout, že klasifikace DSM-IV má členění poruch do tří kategorií, zatímco MKN-10 pouze do dvou. MKN-10 však do kategorizace hyperkinetických poruch zahrnuje navíc pojem poruchy chování, což u DSM-IV nenajdeme. Podle Drtílkové (2007) naopak klasifikace DSM-IV připouští u ADHD současný výskyt úzkostných poruch a deprese. Autorka dále označuje pojem „hyperkinetické poruchy“ za nešťastný, neboť se vzájemně prolíná s neurologicko- hyperkinetickými symptomy, které označují jiné klinické příznaky.

Bhandary a kol. (1997, In Paclt, 2007, s. 36) předkládají čtyři subtypy ADHD z hlediska současných poznatků o klinice, funkční anatomii, biochemii a farmakologii následovně:

- subtyp I – kognitivní deficit (převažující abnormity v procesuálním zpracování informací)
- subtyp II – nadměrně vzrušivé děti s ADHD (s hyperaktivitou a impulzivitou)
- subtyp III – zhoršený systém behaviorální inhibice
- subtyp IV – reaktivita na odměnu a trest (charakterizován emoční povýšeností a sociální odtažitostí)

Podle Škvorové (2003) se s problémem ADHD setkáváme častěji u chlapců než u děvčat. Tato autorka přidává k pojmu ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder) pojem ADD (Attention Deficit Disorder), což v překladu znamená porucha pozornosti, bez hyperaktivity.

Ve své bakalářské práci, jak jsem již naznačila v úvodu, budu s obměnou pracovat s oběma pojmy, tzn. s pojmem hyperkinetické poruchy i s pojmem ADHD. Tyto dva pojmy budu pro potřeby výkladu považovat za identické. Vždy se to budou týkat poruch spojených s hyperaktivitou.

Theiner (2007) uvádí, že porucha pozornosti obvykle vzniká v prvních pěti letech života dítěte. Drtílková (2007) potom doplňuje, že asi u poloviny dětí dochází ke spontánnímu ústupu hyperaktivity ještě před dosažením puberty, obvykle kolem 12. roku. U 40 – 60 % postižených může porucha přetrvávat do dospělosti a komplikovat život

především zvýšenou impulzivitou a nedostatkem seberegulace. U některých jedinců se však může podle autorky v době adolescence pouze změnit motorický neklid, který se stává méně nápadným, avšak impulzivita s poruchami pozornosti stále přetrvává. Toto by nemělo okolí jedince podceňovat a mylně považovat za vymizení poruchy. Platí, že u neléčené hyperkinetické poruchy se zvyšuje riziko rozvoje poruch chování, nedelikventního chování a zneužívání alkoholu a drog.

Paclt (2007) uvádí, že porucha přetrvává asi u 40 – 45 % pacientů. Dominující poruchou v dospělém věku je podle autora porucha pozornosti. Hyperkinetická porucha pozornosti potom v dospělosti může zapříčinit nižší profesionální úspěch a nestabilitu v partnerských a manželských vztazích. Znovu zde opakují, že intelektová stránka člověka s hyperkinetickou poruchou nemusí být snížena, člověk pouze není schopen využít svých intelektových možností.

## 2.1 Diagnostika dítěte s ADHD

Při určování diagnózy ADHD je nutné s určitostí vyloučit, že se nejedná o jinou poruchu. Munden a Arcelus (2002) uvádí několik poruch, které mohou ADHD připomínat, ačkoliv se o tuto poruchu nejedná. Mezi tyto nejčastější poruchy podle autora patří:

1. somatická onemocnění (poruchy zraku nebo sluchu, epileptické záchvaty, následky poranění hlavy, špatná výživa nebo nedostatek spánku)
2. vedlejší účinky léků nebo drog
3. jiné psychické poruchy (porucha chování, deprese a jiné emoční poruchy, obsedantně-

kompulzivní poruchy, Tourettův syndrom, autismus, Aspergerův syndrom, psychotické poruchy či porucha opozičního vzdoru)

Jde o to, že ne každé dítě, které vykazuje prvky poruch pozornosti, hyperaktivity či impulzivity, trpí ADHD. Toto by lékaři neměli opomenout. Děti s poruchami zraku či sluchu bývají zmatené, jejich nesoustředěnost a potíže s učením pramení zejména ze somatického handicapu. Frustrace z nedostačivosti pak může vést ke sklíčenosti, mohou se začít projevat poruchy chování. U epileptických záchvatů bývá naopak přidružený pocit neklidu a snížená schopnost soustředění. Munden a Arcelus (2002, s. 33) tvrdí: „*Záchvaty mohou vést k poruchám prostřednictvím nejrůznějších mechanismů, některé z těchto poruch mohou zpočátku budít dojem, že nesou příznaky ADHD.*“ V otázce špatné výživy potom Skuse (1989, in Munden a Arcelus, 2002, s. 37) uvádí, děti, které v prvním roce života nerostou tak, jak by měly, bývají vývojově opožděnější a mívají problémy s učením, stejně jako problémy s emocemi a chováním. Chronický nedostatek spánku logicky vyústí ve snížení schopnosti koncentrace. U léků a drog je riziko vždy nasnadě. Léky mohou

vyvolat vedlejší účinky podobné symptomům ADHD. U léků však nelze vždy dopředu s určitostí říci, jaké vedlejší účinky u konkrétního jedince vzniknou. Bohužel ani u léků určených k ADHD nelze vyloučit, že se léčené příznaky mohou aktuálně zhoršit. Když se příznaky zhorší, měla by se celá situace konzultovat s lékařem a ne léky bez jeho vědomí vysadit. U zneužívání návykových látek se sleduje skutečnost, zda se změny v chování objevovaly dlouhodobě již před vznikem závislosti nebo během zneužívání drog. Symptomy ADHD a symptomy jiných psychických poruch mají mnoho společného. To značně komplikuje diagnózu.

Z jiných psychických poruch se nyní zmíním o Tourettově syndromu. Zde je naopak možné příznaky ADHD při diagnostice přehlédnout, neboť výrazné tiky vedou k jednostrannému závěru, že jde právě o tuto poruchu. Zároveň máme k dispozici čísla, která hovoří o frekvenci výskytu psychických poruch u dětí s ADHD. Podle Mundena a Arceluse (2002) pozorujeme u 60% dětí s ADHD poruchu opozičního vzdoru, u 45% dětí poruchu chování, u 25% asociální nebo delikventní chování, u 33% klinicky definovatelné deprese a u 30% klinicky definovatelné úzkostné poruchy. Zároveň podle výzkumu nacházíme u 50% dětí s ADHD emoční problémy a problémy v oblasti sociálních dovedností.

Určení správné diagnózy je významné pro nastavení adekvátní léčby. Proto nelze zjišťování příčin podceňovat a je třeba vzít v úvahu všechny projevy v chování nemocného.

Při diagnostice dítěte je nutné si uvědomit, že v dětském období existují různá onemocnění spojená se zvýšeným neklidem či poruchami v emoční a kognitivní oblasti připomínající hyperkinetickou poruchu. Někdy mohou poruchy pozornosti a hyperaktivity souviset s jinými poruchami. Vždy je důležité určit, která porucha je primární.

Drtílková (2001, s. 91) uvádí následující:

- desinhibované chování u emočně deprivovaných dětí
- afektivní porucha
- různé poruchy autistického spektra
- schizofrenie
- mentální retardace
- projevy hyperaktivity mohou doprovázet poruchy štítné žlázy
- poruchy smyslových orgánů
- klinicky méně nápadné formy epilepsie
- akutní nebo chronická tělesná onemocnění
- nedostatečná výživa

- nedostatečný spánek
- zneužívání návykových látek

Podle Theinera (2007, s. 80) se diagnostika hyperkinetické poruchy skládá z řady vyšetření. Jako konkrétní příklady uvádí následující:

- rozhovor s matkou či blízkou osobou
- podrobné klinické vyšetření dítěte
- rozhovor s učitelem
- dotazníky a škály
- psychologické vyšetření
- tělesné, laboratorní, zobrazovací a elektrofyziologické vyšetřovací metody (elektroencefalografie, magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie, jednofotonová emisní výpočetní tomografie)

Všechna uvedená vyšetření by měla potvrdit přítomnost hyperkinetických poruch. Jak vidíme, kompetence různých vyšetření spadá pod různé odborníky. Proto se na diagnostice mohou podílet speciální pedagogové, psychologové, učitelé, lékaři, pedopsychoiatri, sociální pracovníci a v neposlední řadě samotní rodiče.

## 2.2 Příčiny vzniku ADHD

Množství a rozmanitost v přístupu k hyperkinetickým poruchám jsou do značné míry podmíněny multifaktoriální etiologií. Jsme svědky snahy o vytvoření integrativního přístupu, který by sjednotil a orámcoval dosud zjištěná fakta.

Některé modely sledují zejména biologické faktory (hereditární model, neurobiochemický model ...), jiné se zabývají více souhrou biologických i psychologických faktorů (psychoneurologický přístup či psychoanalytický přístup).

Pro stručný přehled možných příčin použijí klasifikaci dle Uhrové (2007).

### 1. Etiopatogenetické modely

#### a) Hereditární model

Tento model zdůrazňuje pochopitelně význam genetických faktorů. Určujícím pro něho je, že existuje určitý gen nebo skupina genů, které se významně podílí na patogenezi poruchy. Tracy (1990, in Paclt, 2007 s. 141) přišel se zjištěním, že 40% otců s ADHD mělo alespoň jedno dítě s ADHD, 48% navíc dítě s kombinací ADHD a poruchy chování. Alespoň jedno dítě s ADHD má 84% obou rodičů s ADHD.

#### b) Neurobiochemický model

Vysvětluje příčiny vzniku poruchy na úrovni neurotransmiterů. Hovoří se o především o abnormalitách dopaminergní a noradrenergní transmise.

#### c) Neurofyziologický model

Tento model pohlíží na poruchu jako na jednu z forem psychomotorické poruchy, jež má svoji příčinu v poškození podkorových struktur, které hrají důležitou úlohu v zajišťování souhry volných a mimovlných pohybů.

#### d) Psychoneurologický přístup

Z pohledu psychoneurologického přístupu jsou příčiny hyperkinetických poruch/ADHD spatřovány na úrovni dynamiky psychické a psychomotorické činnosti, která je určována především rovnováhou mezi základními nervovými procesy excitace a inhibice. Nerovnováha je potom příčinou dezorganizovanosti a diskontinuity prováděné činnosti.

#### e) Psychoanalytické teorie

Spatřují příčinu hyperaktivity v konstitučně daných biologických mechanismech, kdy je zdůrazněn deficit v seberegulaci, nebo v psychosociálních faktorech.

### **2. Neuropsychologické teorie**

#### a) Deficit inhibičních mechanismů

Tuto teorii formuloval Russell A. Barkley v 90. letech na základě poznatků o funkci frontálního laloku. Podle Barkleyho je základním deficitem hyperaktivity špatná behaviorální inhibice a pozornostní deficit je jejím důsledkem. Neschopnost inhibovat interferující myšlenky i impulsy vedou k sekundárnímu narušení exekutivních funkcí.

#### b) Kognitivně energetický model

Tento model také připouští deficit inhibičních mechanismů a současně uvažuje o vlivu energetického stavu jedince.

### **3. Integrativní přístup**

#### Transakční model

Transakční model má za úkol integrovat jednotlivá paradigmat hyperkinetických poruch. Předložily ho Teeterová a Semrudová-Clíkemanová (1995) (in Uhrová, 2007). Do modelu zahrnuly pět různých paradigmat:

- neurobiologické (neurofyziologické a neuropsychologické)
- kognitivní
- psychologické
- behaviorální
- sociální



Škvorová (2003) předložila stručnější výčet příčin vzniku ADHD:

- dědičnost, genetické faktory
- poškození mozku, problémové těhotenství či porod
- užívání alkoholu a drog během těhotenství
- otrava olovem v důsledku znečištěného životního prostředí
- nedostatek dopaminu v těle
- alergické reakce na stravu

K závěru této kapitoly bych pro zajímavost ráda zmínila Hartmannův pohled na ADHD. Hartmann (1993, In Cagaš, Kocábová, 2005) předpokládá, že při tak vysoké prevalenci nemoci, která je podle DSM-IV 3 – 5% se nemůže jednat o poruchu. Podle autora jsou povahové rysy a projevy, které jsou v současnosti odborníky vnímány jako nevhodné, a jsou proto označovány diagnostickou nálepkou, se v prapůvodním prostředí hodily k úspěšnému lovu. Jde o to, že lovec musel být flexibilní a měnit strategie podle požadavků prostředí. Autor se pokouší předložit koncept, na jehož základě je ADHD vnímána jako jakási evoluční adaptace. Jeho názor vyvolal bouřlivé diskuse mezi odbornou veřejností. Pozitivem jeho přístupu dle mého názoru zůstává to, že přispěl k dočasnému zvýšení sebeúcty dětí s ADHD, kdy jejich chování nemuselo být chápáno pouze jako projev poruchy.

Jak bylo řečeno v úvodu kapitoly, příčiny vzniku hyperkinetických poruch mají multifaktoriální základ. Právě proto je nezbytné, aby se do diagnostiky zapojilo více odborníků, kteří jsou schopni vymezit příčinu. Podstatnější, než vymezení příčiny však stále zůstává způsob následného terapeutického a medicínského přístupu, který bude u daného jedince zvolen. Velmi důležité je stanovení přístupů k dětem s hyperkinetickými poruchami v období školní docházky. O tomto tématu bude pojednávat další kapitola.

### 3 Dítě s ADHD ve školním prostředí, edukační přístupy k dětem s ADHD

Dítě s hyperaktivitou a poruchou pozornosti mívá problémy již před vstupem na základní školu. V osobní anamnéze se často opakuje, že dítě bylo již v období novorozeneckém a batolecím neklidné, málo spalo, bylo ukřičené, případně mělo opakované problémy s usínáním. Toto však nemusí být nutně podmínkou. Známe příklady, kdy rodiče v anamnéze hodnotí rané dětství dítěte jako klidné, kdy dítě spalo bez problémů a v dostatečné míře. Ve školce mohou být tyto děti hodnoceny jako nadměrně divoké, s častým vztekáním, které reagují agresivně v momentě, kdy se musí podřizovat. Nejzávažnější problémy však začínají v momentě vstupu dítěte na základní školu, kde se na dítěti požaduje soustředění, kázeň a systematičnost. Je nutné si ihned na začátku školní docházky uvědomit, že většina dětí s ADHD jsou děti s průměrnou až nadprůměrnou inteligencí. Podle Škvorové (2003) těch s nadprůměrnou inteligencí v poslední době přibývá.

Ve školském zákoně (zákon č. 561/2004 Sb., § 16) jsou tyto poruchy označeny jako **vývojové poruchy chování** a spolu s vývojovými poruchami učení (VPU), mentálním, tělesným a smyslovým postižením, vadami řeči a autismem jsou zahrnuty do kategorie zdravotního postižení. Ze zákona vyplývá dětem s touto poruchou právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. Tyto speciální vzdělávací potřeby zjišťuje školské poradenské zařízení. Viz. Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Potíže se soustředěním postihují schopnosti dítěte učit se. Kromě potíží s chováním se nám zde často nabalují o potíže s učením. Munden a Arcelus (2002, s. 25) prezentují výzkum, který proběhl ve Spojených státech, a který poukazuje na následující sklon dětí s ADHD k poruchám učení:

- 90% dětí s ADHD není ve školní práci dostatečně výkonných
- 90% dětí s ADHD nepodává ve škole výkon podle svých schopností
- 20% dětí s ADHD má problémy se čtením
- 60% dětí s ADHD má vážné problémy s psaním

Mnoho příznaků, které jsou příznačné pro dítě s poruchou pozornosti a hyperaktivitou, komplikují školní docházku dítěte. Hyperaktivita se projevuje především jako puzení k neustálému pohybu a k neúčelné činnosti. Pokud bychom s dětmi ve skupině pracovali na činnosti, která si vyžaduje klid a koncentraci, patrně nám během pár minut neunikne dítě s hyperaktivními projevy, které se po chvílce soustředění začne odklánět,

vrtět na židli, možná bude i vstávat a odbíhat někam jinam. Pohyby dítěte přitom mohou být dosti často zbrklé a překotné. Tyto děti navíc často bývají dost hlučné a upovídané, během hodiny ruší své spolužáky. Problémem u těchto dětí není jen jejich nepozornost. Pokud se u dítěte projevují i prvky impulzivity, může často reagovat agresivně, čímž se pochopitelně dostává do dalších problémů. Podle Drtílkové (2007, s. 74) se děti s poruchou pozornosti nechají často vyprovokovat. Mívají problémy se sebeovládáním a nedokážou podržet nebo utlumit svou reakci. Do nebezpečných akcí se pouští bez rozmyšlení a zbrkle, hrozí jim i zvýšené riziko úrazů a nehod.

Autorka upozorňuje, že kombinace hyperkinetických poruch s poruchami chování je prognosticky méně příznivá, existuje větší riziko budoucího násilného chování a delikvence. Mezi poruchy chování patří dlouhodobá agresivita, lži, krádeže, záškoláctví, lhaní a další.

Intenzita poruch pozornosti může být v závažnějších případech doprovázená i dalšími psychickými poruchami jako jsou tiky, úzkost či obsedantně kompulzivní porucha. Krajním případem je extrémní porucha pozornosti, kdy dítě potřebuje neustálý dohled, běžné školní docházky prakticky není schopné a jejich pobyt v rodině střídají pobyty v psychiatrických léčebnách (Drtílková, 2007, s. 76).

Pro rodiče je docházka dítěte obtížná v tom, že často slyší, jak je jejich dítě hrozné, jak dělá ostudu, že se s ním nelze nikde zastavit. Je na dospělých, kteří se na výchově a vzdělávání dítěte podílejí, aby zvolili správné postupy, které dítěti umožní prožívat radost, nejen zklamání. Tam, kde selhává přístup pedagoga je nasnadě zvýšené úsilí rodičů o motivaci dítěte ke školnímu výkonu. Motivace je nesmírně důležitá a drží zájem dítěte o vzdělávání. Existují bohužel případy, kdy pedagog není ochotný poruchu akceptovat a dítě svým netolerantním přístupem opakovaně degraduje.

Dětem s poruchami pozornosti se v rámci edukačního procesu doporučuje plnění pouze části zadaného úkolu, kdy je dítě schopno udržet koncentraci. Jedná se například o psaní části cvičení či diktátu. Otázkou zůstává, zda je tento přístup tím správným pro život, zda budou i ostatní přistupovat k jedinci s takovou tolerancí. Například v zaměstnání zaměstnavatel těžko pochopí, že zaměstnanec splní jen část úkolu. Proto podle Škvorové (2003) není řešením, když se dítěti bude ulevovat, podle autorky jde spíše o tom, pomoci dítěti najít odvalu vytrvat a práci dokončit, najít důvěru v sebe sama. Pokud bude dítě s hyperkinetickou poruchou dysgrafik, patrně se bude při diktování příkladů opakovat, že dítě nestihne zadání napsat. Díky tomu nesplní úkol. Nejedná se zde o to, že dítě nechápe princip matematické operace, ale spíše o to, že si nestihne zadání napsat. Jak jsem se již zmínila, klíčová je motivace dítěte. Pokud se například povede dítěti úkol splnit včas, může

za odměnu například na počítač. U dokončování úkolů je také důležité vidět aspekt dokončení práce, to, že se to dítěti povedlo. To vše za doprovodu častého povzbuzování. Pokud šetříme pozitivním přístupem ne vždy tím žákům pomáháme, naopak nerozvíjíme jejich vytrvalost a soustředění. Pokud se stane, že dítě například nestihne práci dopsat, můžeme dítě přezkoušet ústně a tak zjistíme, zda je schopné na otázky odpovědět a zda se látku učilo.

Reiefová (1999, in Paclt, 2007, s. 120) uvádí základní pedagogické postupy v několika bodech:

- pozitivní posilování spolu s mírnými tresty, přičemž tresty by měly být mírné, jasně definované a v přímé časové souvislosti
- častá zpětná vazba, jež by měla být stručná a pro dítě jasná
- instrukce a pokyny by stejně tak měly být stručné, jasné a splnitelné
- respektování stylu učení – Pro děti s ADHD je podle autorky charakteristický tzv. globální styl učení. Učení by se tedy mělo podávat jako globální celek
- nácvik metakognitivních strategií což je učení o vlastním stylu učení. Dítěti napomáhá získávat zpětnou vazbu a poznávat následky svých činností
- sebekontrola a sebehodnocení vede dítě k seberegulaci jeho impulzivity a může být vhodným nástrojem k pozvolné změně nežádoucích vzorců chování

Škvorová (2003) předkládá manuál, jak by dítě mělo sedět například u čtení nebo u psaní. Dítě by mělo sedět u stolu proti dospělému, ruce má na knize, jednou rukou (prstem) si ukazuje a druhou drží knihu. Nohy má pod stolem na krabici či košíku, pokud na zem nedosáhne chodidly. Přes jeho chodidla si dá chodidla ten, kdo s ním sedí u stolu. Tak se udrží nohy v klidu a ruce jsou zaměstnané. Při práci je dle autorky nutné prodlužovat čas, po kterou bude dítě pracovat. Autorka doporučuje začít na pěti minutách a postupně čas prodlužovat.

Co se týče poruch pozornosti, tak Škvorová (2003) říká, že děti s poruchou pozornosti mají velmi dobrou sluchovou paměť, naopak vizuální paměť u nich bývá oslabena. Proto autorka doporučuje využívat při domácích přípravách nahrávky jednotlivých knih či kapitol učiva. Při učení pak žák může poslouchat nahraný text, který může současně číst. U čtení si všímáme všeho, protože děti s poruchou pozornosti mívají velmi často tendenci pamatovat si věci nepodstatné. Nahraný text mu pomáhá překonat náročná slova, zároveň mu udává tempo. Při čtení se dítě totiž nedokáže příliš soustředit, navíc se hodně unavuje. Podle autorky je lepší na prvním stupni dítě za čtení neznámkovat před celou třídou, a pokud dítě samo nechce, tak ho před celou třídou nevyvolávat. Může si natrénovat připravený text, který potom veřejně předvede a dostane se mu pozitivního

hodnocení, což pochopitelně posílí jeho motivaci. Čtení před celou třídou je může být pro dítě traumatem, jelikož se snadno může stát terčem posměchu ostatních. Ověřenou metodou je tzv. souhlasné čtení. Jedná se o metodu, kdy s dítětem čte další osoba. Dítě postupně přijme rytmus čtení druhé osoby, přizpůsobuje mu své tempo čtení. Později začne udávat tempo čtení samo.

Co se týče domácí přípravy na vyučování, měli bychom se snažit nastavit pevný řád. Domácí příprava by měla probíhat vždy na stejném místě, podle domluvených pravidel. Pravidelnost přináší jistotu. Dítě by mělo mít na viditelném místě rozvrh, podle kterého si připraví pomůcky na další den. V řadě případů je u dítěte s poruchou pozornosti nutná asistence dospělého, který společně s dítětem kontroluje, zda má dítě připraveno všechny pomůcky. U dítěte s poruchou pozornosti se stává, že si zapomene zapsat, co má přinést na další den. Toto se zpravidla děje na konci vyučovací hodiny, kdy je pozornost dítěte na bodu mrazu. Proto je v tomto případě významná asistence učitele, který dohlédne, aby si dítě vše řádně zaznamenalo. Pokud se takto nestane, nekřičte na dítě. Rodič se může s učitelem domluvit na telefonickém kontaktu, když si není zcela jistý. Stejně tak může mít několik kontaktů na spolužáky dítěte. Záznam domácích úkolů do notýsku je velice významný, neměl by se podceňovat, je nejlepší prevencí v tom, aby dítě nezapomínalo.

Nezbytnou podmínkou při vzdělávacím procesu je i komunikace učitele s rodiči. Skrze komunikaci je prostor řadu věcí objasnit, upřesnit či vysvětlit. Učitel i rodiče hledají věci, které dítě umí dobře, za co je možné ho pochválit, na čem je dobré stavět. Stejně tak je významné upozornit rodiče na potíže dítěte ve škole. Vzájemná důvěra, která vznikne mezi rodičem a učitelem se pozitivně projeví i na školním výkonu dítěte.

Závěrem lze říci, že ačkoliv má dítě s hyperkinetickou poruchou ve vzdělávacím procesu řadu omezení, existuje řada ověřených přístupů, která pomáhají dítěti jeho handicap zmírňovat. Významnou roli zde mimo pedagoga hrají i rodiče, kteří vynakládají pevné úsilí na pravidelnou přípravu dítěte a zajišťují, aby dítě nezapomínalo na domácí úkoly a nošení pomůcek na další den. Tam, kde spolupracují všichni zaangażovaní, se dítěti daří ve škole zažívat nejednou pocity úspěchu, které jsou tak důležité pro sebepojetí a následnou realizaci dítěte do budoucna.

## 4 Terapie dítěte s ADHD

V případě hyperaktivity můžeme říci, že mozek sice není přímo poškozen, ale nepracuje tak, jak by měl. Stanovení správné diagnózy bude mít pro dítě prospěch v tom, že bude mít daleko větší šanci získat speciální a adekvátnější přístupy a pomoc. Stanovením diagnózy se může rodičům ulevit, neboť odpadne pocit vlastního selhání ve výchově. Stejně tak se může ulevit dítěti, které časem získá nadhled nad vlastním problémem, naučí se s ním zacházet. Má-li rodič jakékoliv pochybnosti o dlouhodobých změnách v chování svého dítěte, neměl by se zdráhat a navštívit odborníka. Přístup, kdy rodič dlouhodobě doufá ve zlepšení a nic pro to nedělá, není odpovědný. Výsledkem je zpravidla jen to, že dítě trpí i nadále. Terapeutická práce s dítětem a jeho rodinou má v tomto případě nezastupitelný význam. Hyperkinetický syndrom přináší řadu problémů. Jak bylo řečeno dříve, dítě je svým roztržitým chováním mnohdy náchylnější k úrazům, je zbrklé a divoké. Velké problémy začínají se vstupem do školy. Celkové neúspěchy, které však dítě v průběhu vývoje sklízí nejen ve škole, ale i v širším sociálním okolí, mohou mít dosti negativní vliv na utváření osobnosti dítěte a následky neúspěchů z dětství se pak přenáší do dospělosti. Opakované nezdary dítě povedou k názoru, že ať dělá cokoli, stejně to bude špatně.

Již v dětství může být neklid zdrojem zatěžující citové atmosféry v rodině. V raném dětství může matka cítit frustraci z nepravidelného biorytmu svého dítěte, které přes den spí a v noci je vzhůru, je plačtivější, více křičí, je dráždivější. Toto chování matku pochopitelně velmi vyčerpává. Namísto pocitu uspokojení přichází u matky pocity vyčerpání, nejistoty či pocitu viny. To samozřejmě zpětně ovlivňuje pocity dítěte, které je na matku citově velmi těsně napojeno. Potřeba pozornosti se dále stupňuje v období batolecím, zde je opět zvýšené riziko úrazů. Zintenzivněné potom bývá i období vzdoru. To nejtěžší období však na rodiče a dítě teprve čeká – vstup na základní školu. Požadavky na dítě v oblasti pozornosti a zvládnání úkolů jsou náročnější, dítě má problémy s koncentrací a schopností ovládat se. O tomto tématu je podrobnější zmínka dříve. V období adolescence přichází vývojově období druhé separace, období konfliktů s rodiči. U dítěte s HKS se tak případné vzniklé problémy z dětství etablojí v další míře společně se standardním adolescentním vývojem. Období dospívání, které je spojeno s osamostatňováním dítěte a citovým vzdalováním od rodičů, prožívají někteří rodiče velmi intenzivně. Najít společně přijatelnou míru volnosti a nepřímé kontroly nad dospívajícím se mnohým rodičům daří jen s obtížemi.

Nejhorší pak pro matky bývá to, když ani okolí nepochopí úskalí nemoci dítěte, a podezírá ji z toho, že je špatná a neschopná. Tímto pochopitelně v rodičích sílí pocit

ponížení a porážky. Konflikty se vyhrocují nemožností zvládnutí chování dítěte a ztraceným nadhledem. Z terapeutického hlediska je tedy velmi důležité téma negativních interakcí. Z tohoto hlediska je potom významné najít oblasti, kde by se dítě cítilo úspěšné a dosáhlo pozitivního sociálního ocenění. Dosažené úspěchy totiž povzbuzují k dalším aktivitám. Zájmová aktivita působí příznivě i na kvalitu jeho pozornosti. V terapii se dále zaměřujeme na zlepšování jednotlivých psychických funkcí, tedy pozornosti a impulzivity. Nemalé procento pozornosti se věnuje rozvoji seberegulačních mechanismů.

Pokud bych měla shrnout oblasti terapeutického snažení, byly by to následující:

- edukace o povaze poruchy
- rozvoj komunikace všech členů rodiny a komunikačních dovedností při zvládnutí konfliktních situací
- hledání aktivit, kde by se dítě realizovalo a zažilo pocit úspěchu
- hledání forem relaxace pro dítě i pro vychovávající osoby (pro hyperaktivní děti se osvědčuje relaxační cvičení ve vodě)
- zlepšování jednotlivých psychických funkcí (pozornost, impulzivita, seberegulační mechanismy)
- rodičovský trénink, jak zvládat chování dítěte
- vytipování oblastí, kdy se chování zmírňuje
- změna dosavadního negativního pohledu na chování dítěte

Terapeuti považují ADHD za problém celé rodiny. Proto se v rámci terapie zaměřují nejen na oblasti individuální terapie, ale i oblast rodinné terapie. Předem je nutno upozornit na to, že terapie je běh na dlouhou trať a vyžaduje značnou trpělivost všech zúčastněných stran. Pokud rodiče cítí, že s jejich dítětem není něco v pořádku, jeho chování neodpovídá normě, měli by navštívit odborníka – dětského psychologa. Rodiče se mohou obrátit na pedagogicko-psychologickou poradnu, středisko výchovné péče, soukromého psychologa eventuelně pedopsychiatra. Své obavy mohou konzultovat s pediatrem, který jim doporučí odborné zařízení. Psycholog provede vyšetření dítěte, posoudí celou situaci a s výsledky seznámí rodiče. Psycholog může po dohodě s rodiči doporučit i vyšetření na neurologii či psychiatrii. Vidíme, že do řešení případu může být ihned v úvodu zapojeno více odborníků najednou. Rodiče by se neměli nechat odradit touto představou a měli by si uvědomit, že zájmem všech je nalezení řešení. Na začátku řešení problému mohou být dokonce i odborníci trochu nejistí. Dítě musí postoupit psychologické, někdy lékařské (neurologické) vyšetření. I rodiče absolvují pohovory s odborníkem, během nichž jsou zjišťovány informace pro sestavení anamnézy rodiny a stanovení, jak do ní zapadá dítě. Všechny zjištěné informace jsou skládkou k tomu, aby odborník mohl určit správnou diagnózu, na

jejímž základě probíhá léčba. Diagnostika i léčba dětských poruch je velmi složitý proces, rodič tedy nemůže očekávat žádná rychlá řešení. Pro rodiče není jednoduché rozhodnutí navštívit psychologa. Jak bylo řečeno výše, prožívají pocit selhání, pocit, že jsou špatnými rodiči, proto je důležité během terapie zachovat a udržovat pocit optimismu.

Rodiče se v rámci terapie učí novým výchovným přístupům, které mohou v počátcích vyvolávat spíše stav zhoršení. Někdy se může stát, že rodiče již podobný přístup ve výchově uplatňovali, ale bez úspěchů. Zde musíme brát v potaz, že některé výchovné postupy se ověřují v různých fázích vývoje dítěte. Někteří rodiče jsou schopni nacházet nové způsoby přístupu, mají své nápady, které se v praxi osvědčují. Praktické zkušenosti rodičů jsou bezesporu velkým zdrojem i pro odborníky.

Při terapii dětí s hyperkinetickými poruchami se v praxi osvědčuje behaviorální psychoterapie. Ta je založena na využívání učení k získání žádoucích reakcí a vzorců chování výměnou za nežádoucí. Terapeut používá konkrétní příklady ze života dítěte a snaží se, aby je dítě pochopilo a dokázalo jich využít při řešení potíží, které se vyskytují v každodenním životě. Munden a Arcelus (2002) uvádí dvě konkrétní techniky zmírnění projevů nežádoucího chování u dětí s ADHD.

Prvním z nich je tzv. Analýza ABC (A – Antecedent Events, neboli předcházení události; B – Behaviour, neboli chování; C – Consequent Response, neboli následná odpověď). Tato technika staví na tom, že většina vzorců chování je ovlivněna antecedencí (předcházejícími událostmi, co se událo před daným projevem chování) a konsekvencí (následujícími událostmi, co se událo vzápětí po daném projevu chování). Terapeut si společně s klienty vymezí ke každé ze tří kategorií ABC několik otázek, které se budou sledovat a následně analyzovat.

#### **A - Předcházení události (antecedence):**

- Co se stalo před nežádoucím chováním?
- Kdo byl tomuto chování přítomen?
- Kde k němu došlo?
- Ve které denní době se chování vyskytlo?

#### **B - Popis chování:**

- Jak vypadá začátek takového chování?
- Co dítě dělá nebo říká?
- Jak často k podobnému chování dochází?
- O jak vážný projev chování jde?
- Jak dlouho toto nežádoucí chování trvá?



### **C - Následné chování (konsekvence):**

- změny v požadavcích a očekáváních, které na dítě ostatní po jeho špatném chování mají
- změna míry pozornosti, které se dítěti po špatném chování dostává
- úspěšnost dosažení okamžitých cílů a přání dítěte

Druhou technikou zmírnění projevů nežádoucího chování u dítěte s ADHD je tzv. pozitivní posilování. K základním bodům této techniky zvané taktéž „pozitivní podpora“ patří následující:

- popsat dítěti co nejpodrobněji chování, které se od něho čeká a ujistit se, že to pochopilo,
- vysvětlit dítěti důsledky každého žádoucího chování, aby si uvědomilo, co a za jakých podmínek dostane, bude-li hodné
- odměnit správné chování, aby dítě uvěřilo, že se mu to může podařit
- nereagovat na nežádoucí chování
- pomoci dítěti dosáhnout správného chování plánováním situací, které dítě prožije

Paclt (2007, s. 146) vymezuje několik oblastí, na které se zaměřují kognitivně-behaviorální techniky v léčbě poruch chování u mladších adolescentů (12 – 15 let). Autor říká: „*Základním přístupem je nácvik nových aktivit a dovedností a zapojení pozitivních činností, které zahrnují kultivovaný bojový a sportovní prvek. Tyto aktivity jsou potencovány socioterapeutickými a psychoterapeutickými přístupy, které jsou zaměřeny na restrukturalizaci skupinového chování a restrukturalizaci role pacienta v této skupině*“. V příloze č. 3 uvádím obecné pořadí aktivit při každé skupině mladších adolescentů (12 – 15 let) zaměřené na trénink sociálních dovedností.

Do této kapitoly bych ráda zařadila Pacltovu strukturu tréninkového programu pro rodiče dětí (starších dětí 9 – 12 let). Autor doporučuje rozmezí osmi až dvanácti sezení.

1. Orientace v problematice ADHD a poruch chování.
2. Porozumění vztahům mezi dítětem a rodiči a management chování dítěte.
3. Zvyšování rodičovských dovedností ve vztahu k ADHD nebo poruchám chování.
4. Modifikace herní situace mezi dítětem a rodiči, dítě se zabývá hrou.
5. Zavedení domácího *home-token-systému* (trénování motivace a odměny).
6. Sdělování zkušeností a upevňování dovedností v aplikaci *home-token-systému*.
7. Využívání *time out* (oddechový čas) k posílení *home-token-systému*.
8. Rozšíření *time out* na ostatní chování dítěte.
9. Zvládání budoucích problémů v chování (anticipace chování v běžných situacích).
10. Shrnutí

K alternativním formám práce s dětmi s poruchou pozornosti se v současnosti využívá i tzv. **biofeedbacku**. Při této metodě dostává člověk bezprostřední a průběžnou informaci o změnách ve vlastním těle, které by si jinak neuvědomil. Biofeedback umožňuje ovládat vlastní mozkové vlny prostřednictvím počítače (sebeučení mozku). Člověk se postupně učí uvádět mozkové vlny do souladu. Vzhledem k tomu, že děti s ADHD mohou prožívat školu jako velmi stresovou záležitost, využívají se v rámci terapie také různé relaxační a vizualizační techniky. Děti se tak učí různým strategiím ke zklidnění a uvolnění. Jednou z relaxačních technik může být například cvičení jógy. Krom jógové relaxace je v odborném kruhu hojně využívána i Jacobsonova progresivní relaxace či Schulzův autogenní trénink. Při snižování přílišné aktivity a roztržitosti se mohou ověřovat i diety.

Toto jsou ve stručnosti popsané konkrétní terapeutické metody práce zaměřené na zmírnění nežádoucího chování dítěte s ADHD. Mezi další techniky individuální terapie se při práci s dětmi, které mají hyperkinetický syndrom, využívá například hra, výtvarný nebo dramatický projev či hraní rolí. Technikám se věnuji jen okrajově, uvědomuji si, že k jejich praktikování a hlubšímu pochopení je zapotřebí terapeutický výcvik i praktická zkušenost.

Dle mého názoru se i odborníci stále učí. Zdrojem informací jim nejsou zdaleka jen teoretické poznatky a výsledky výzkumů, ale i zkušenosti těch, které s dítětem s hyperkinetickou poruchou žijí a vychovávají ho.

Myslím si, že do budoucna by rodiče neměli ztrácet hlavu, vždy totiž záleží na vývoji, podstatě a závažnosti problému. Vyhledky na budoucnost budou mnohem jasnější, pakliže dítěti jeho potíže pomůžeme překonat, naučíme ho, jak s nimi žít. Při terapii se zdůrazňuje potřeba zachovat si optimismus. To především z toho důvodu, že většina rodin i dětí zažila opakovaný neúspěch, odmítání a frustraci. Aby se optimismus nevytrácel, je třeba nastavit krátkodobé, reálné cíle. S úspěchem poroste chuť a odhodlání setrvat, cesta může být totiž dlouhá a trnitá.

#### **4.1 Farmakologická léčba hyperkinetické poruchy**

Podávání psychofarmak dětem je citlivá záležitost, neboť v období raného dětství je velice bouřlivý vývoj neuronální sítě v mozku. Matýs (2009) říká, že při řešení psychických problémů hraje důležitou roli kvalitní rodina a vztahy mezi jejími členy. Bezpečí rodinných vztahů je podle autora nejlepším antidepresivem, anxiolytikem od útlého věku. Nicméně při překročení „biologické odolnosti“, při závažném organickém poškození nebo agresivním jednání dítěte, které je nebezpečné sobě, je skutečně na místě adekvátní farmakoterapie.

O tom, zda bude dítě s hyperkinetickou poruchou farmakologicky léčeno, rozhoduje samozřejmě více faktorů. Podle Drtílkové (2007) hraje vedle symptomatologie významnou roli míra tolerance rodiny a školy k projevům dítěte. Možnost léčby může být také do značné míry negativně ovlivněna neinformovaností rodičů, obavami ze stigmatizace dítěte, různými předsudky či podceňováním příznaků. Současné závěry teoretického a praktického poznání nám alespoň částečně dovolují vyvozovat závěry.

Děti a adolescenti reagují na psychofarmaka na rozdíl od dospělých odlišně a to vzhledem k tomu, že neurotransmitterové systémy procházejí různými vývojovými změnami. Například děti šest měsíců staré dokážou podle Paclta (2007) metabolizovat a vylučovat léky účinněji než dospělí. Tuto schopnost si zachovávají až zhruba do puberty. Podle Keeperse a Caseyho (1987, in Paclt, 2007, s. 77) je například akutní dystonie indukovaná antipsychotiky nejběžnější v prvních dvou desetiletích života a její výskyt lineárně klesá s rostoucím věkem. Naproti tomu je naopak akatazie indukovaná léčbou antipsychotiky u dětských pacientů méně obvyklá. Podle Rappoporty (1980, in Paclt, 2007, s. 77) u dospělých d-amfetamin vyvolává euforii, zatímco u dětí se místo toho objevuje dysforie. To vše je podmíněno zralostí centrální nervové soustavy a jejím vývojem.

Podíváme-li se na prognózu vývoje hyperkinetických poruch, je nasnadě, že velká část postižených by měla být léčena dlouhodobě nejen v období dětství, ale také v období adolescence, případně v dospělosti. Praxe nám ukazuje, že značná část péče pedopsychiatrů, pedagogicko-psychologických poraden, středisek výchovné péče končí zpravidla v době ukončení školní docházky. Léčba a péče by měla být kontinuální.

Z farmakologických preparátů byla podle Drtílkové (2007) jednoznačně prokázána účinnost stimulačních a některých dalších látek ovlivňujících dopaminový a nonadrenalinový systém. Paclt (2007, s. 91) říká: „*Terapie stimulací je vysoce účinná u 70 – 80 % pacientů s ADHD, v ostatních případech je vhodné užít další léky, eventuelně užít léčby kombinované*“. Dnes již propracované zobrazovací metody poukazují na to, že stimulace dokážou zvýšit aktivitu původních hypoaktivních ložisek. Krom psychostimulace se mohou ověřit některá antidepresiva. Dříve se také zkoumal vliv neuroleptických preparátů. Zde se však objevovaly nežádoucí účinky jako nadměrná únava, negativní vliv na kognitivní funkce či extrapyramidové účinky. Relativní úspěch pak měla léčba neuroleptiky u dětí, kde byly v popředí poruchy chování nebo agresivita. Stimulace jsou v přiměřené dávce snášena velmi dobře. K nežádoucím účinkům může patřit nespavost, snížená chuť k jídlu, úbytek hmotnosti, bolesti břicha hlavy, někdy dráždivost a zvýšená plačtivost, výjimečně může stoupnout krevní tlak. Mezi nejčastěji používaná stimulantia patří methylphenidát (Ritalin), nová forma methylphenidátu – Concerta,

methylphenidát ve formě náplastí MTS – Daytrana path, amphetamin Adderal XR. Mezi nestimulační látky potom Atomoxetin (Strattera). Škvorová (2003) uvádí další medikamenty: Dexedrin, Cylert. V příloze č. 4 uvádím přehled dávek jednotlivých psychofarmak užívaných v dětském a dorostovém věku v léčbě různých psychiatrických poruch. K léčbě hyperkinetických poruch se dle Paclta (2007) využívají i trycyklická antidepresiva, zejména u pacientů s tiky a anxiétou. V tomto případě je dle autora velmi důležité monitorování EKG před zahájením léčby a v jejím průběhu. Perspektivní se jeví též užívání Bupropionu, EEG je v tomto případě nutné pro vyloučení zvýšeného rizika epileptického záchvatu. Téma psychofarmak je velmi komplikovanou oblastí, obsah předešlého je spíše nástinem možných preparátů bez individuálního popisu vedlejších účinků.

To je však složitější téma, které nebudu v rámci mé práce rozebírat dopodrobna. Jisté je, že farmakologická léčba u hyperkinetických poruch je její nezbytnou součástí. Otázkou zůstává, jaká je optimální dávka léku tak, aby nebyla příliš nízká eventuelně příliš vysoká. Vždy je nutno vycházet ze správného rozmezí dávek. Včasné podchycení a léčení jednoznačně zlepšuje prognózu nejen zdravotní, ale i sociální - brání sekundárním problémům v rodinách neléčených pacientů. Stejně tak se může předejít školním problémům či výchovným problémům, kdy se řešením stává umístění dítěte do výchovného zařízení. Je věcí celého okolí dítěte, ať už rodičů či odborníků, aby dokázali zachytit první příznaky obtíží a dali podnět k zahájení patřičné léčby.

#### **4.2 Úvaha o významu volnočasového pedagoga aktivit pro děti s ADHD**

- V práci byla již dříve zmíněná řada problémů, s kterými se potýkají děti s poruchami ADD a ADHD. Jak bylo rozebráno v předchozích kapitolách, rodina, škola, i terapeutické přístupy mohou těmto dětem využitím specifických metod a přístupů velice pomoci. Volnočasové aktivity se mohou na pozitivním rozvoji žáka s poruchami a pozornosti a hyperaktivitou podílet velice účinně. Jejich výhodou je, že si dítě může vybrat aktivity, které jej zajímají a baví, motivace je velice přirozená a nenásilná. Nyní se pokusím ukázat, v čem spočívá nezastupitelná úloha volnočasových aktivit pro tyto děti:
- Důležité je, že si dítě při vykonávání aktivity nemusí vůbec uvědomit cíle reedukační a případně i částečně terapeutické, ale prostě se cítí dobře a vlastně se při aktivitách baví. Efekt nápravy probíhá nenuceně.

- Dítě má daleko větší možnost výběru aktivity než během školní práce. Aktivita se pro něho může stát dlouhodobým nebo i celoživotním zájmem, který zvýší jeho životní spokojenost.
- Pokud je aktivita vhodně vybraná, dítě snadno zažívá úspěch. Již dříve jsem se zmiňovala o tom, jak moc je úspěch důležitý pro rozvoj jeho zdravé sebedůvěry a pro celkový prožitek pohody.
- Volnočasové aktivity nabízejí velké množství podnětů pro rozvoji dítěte. Uvedu alespoň některé z nich. Hrubá ji jemná motorika, koncentrace a tenacita (výdrž pozornosti), rozvoj různých druhů paměti a logického myšlení, rozvoj představivosti, estetického cítění, zvyšování obratnosti, rozvoj kreativity, rozvoj tolerance vůči druhým dětem, rozvoj morálního cítění, rozvoj trpělivosti a odolnosti vůči zátěži, samostatnosti, sebepoznání a zdravého sebepojetí,....
- Volnočasové aktivity chrání tyto děti před rozvojem nežádoucího až patologického chování jednak tím, že vhodně naplňují jejich volný čas, ale i tím, že rozvíjí charakterové složky osobnosti.
- Volnočasový pedagog má možnost při své pedagogické činnosti využívat jiných výchovných a vzdělávacích metod a prostředků než například učitel. Může být více kamarádsky, má možnost mít více osobností přístup, často má na starosti méně dětí, může si s nimi více povídat, poznává je v nejrůznějších přirozených situacích.

## **5 Rozbor volnočasových aktivit u dětí s ADHD v občanském sdružení Klíč**

V této kapitole je mým cílem popsat aktivity občanského sdružení Klíč a formou malých průzkumů dokumentovat způsob jeho práce a přínos pro děti s ADHD.

### **5.1 Charakteristika sdružení**

OS Klíč se zaměřuje především na práci s dětmi a mládeží. Jedná se především o děti s různými problémy - s DG. lehké mozkové dysfunkce, poruchami chování, disharmonickým vývojem osobnosti, počínající delikvencí a možností vzniku drogové závislosti. Pozornost je věnována i dětem týraným a zneužívaným. Členy občanského sdružení jsou dospělé osoby profesně zaměřené na práci s dětmi.

OS Klíč má k dispozici pro své volnočasové aktivity 2 budovy. Využívá městskou budovu v Hostinném a také prostory sdružení Riaps v Trutnově. V Hostinném i v Trutnově zajišťují chod sdružení převážně vždy 2 jeho členové- 2 z nich mají vystudovanou speciální pedagogiku a další dva jsou kurátoři pro mládež- ti každý čtvrtěk organizují volnočasové aktivity pro široké spektrum dětí včetně dětí s ADHD.

### **Základní aktivity a činnosti sdružení**

#### **1. Týdenní terapeutické skupiny**

Konají se každý čtvrtěk. Pod dohledem 2 členů OS Klíč se pravidelně v Hostinném a v Trutnově schází 8 – 10 dětí. Schůzky trvají 2 hodiny.

#### **2. Volnočasové aktivity**

Jedná se o jednodenní výlety, které pro děti připravujeme. V průměru jednou za 2 měsíce připravíme pro děti sobotní výlet, závod, kulturní představení atd. Snažíme se, aby byla rovnocenná účast dětí z Hostinného i Trutnova a to vždy cca po 10 dětech z každého města. Mezi nejoblíbenější patří výlety do ZOO Dvůr Králové nad Labem, ZOO Liberec, Botanická zahrada v Liberci, výlet do Technického muzea v Praze, na Bambriádu v Hradci Králové. Děti se také rády účastní sportovních klání mezi jednotlivými městy (Hostinné versus Trutnov) například v bowlingu, kuželkách i painballu. Těchto všech aktivit se samozřejmě účastní i děti s ADHD.

#### **3. Víkendové pobyty**

Víkendové pobyty organizujeme vždy v době zimních, jarních, velikonočních a podzimních prázdnin. Snažíme se dětem ukázat různé kouty našeho kraje, proto se víkendové pobyty konají vždy na jiném místě. Samozřejmě s přihlédnutím ke vzdálenosti vybraného místa od našich center v Hostinném a Trutnově a s přihlédnutím k finančním možnostem rodičů účastnících se dětí. Tyto víkendové pobyty jsou velmi oblíbené mezi dětmi, vždyť se jich také účastní 35 dětí. Dokonce jsme již několikrát museli vyhlásit stop stav.

Všech 6 členů OS Klíč se podílí na vytváření pestrého programu, který zahrnuje pohybové aktivity, vědomostní soutěže, výtvarné aktivity atd. Z konkrétních příkladů pohybových aktivit se jedná o fotbal, plavání, běh na krátké tratě, volejbal, šipky, šipkovanou atd. Vědomostní soutěže se týkají našich dějin, kultury, hudby atd. Při výtvarných aktivitách děti vyrábějí erby svých družstev, masky, vyzdobují společenskou místnost atd.

Víkendový pobyt má vždy své hlavní téma, ke kterému většina aktivit směřuje. Na posledy se jednalo téma – „Strašidelná škola“. Dětem jsme na začátku pobytu přečetli legendu o Bílé paní. Bílá paní byla zároveň hlavní vedoucí naší „Strašidelné školy“. Ta měla své učně Divoženku, Hejkala, Ducha, Vílu a Kostlivce. V průběhu celého víkendového pobytu děti sbírali body, které získali při plnění úkolů od Ducha. Tým s největším počtem bodů měl přednostní právo při výběru pokladu.

Víkendových pobytů se opakovaně účastní s velkou oblibou i děti s ADHD.

#### **4. Primární prevence**

Jedná se o pravidelné vzdělávání dětí ve školách, kdy kurátorky z OS Klíč přednášejí dětem o různých problematikách týkajících se např. rasismu, závislosti na drogách, šikany ve školách, trestné činnosti mládeže atd. Bohužel jsem se nikdy osobně těchto besed neúčastnila, pouze z doslechu vím, že jsou velmi oblíbené.

Naše kurátorky v rámci výkonu své běžné profese, prací v terénu, aktivně vyhledávají a oslovují děti ze sociálně slabých rodin a děti s poruchami chování. Mezi dětmi s poruchami chování se nezdáka objevují děti s poruchou pozornosti. V teoretické části je provázanost těchto dvou témat již zmíněna. Díky této skutečnosti je mezi dětmi, kteří se účastní akcí (letních táborů, jarních prázdnin apod.) poměrně výrazné zastoupení dětí s ADHD.

#### **5. Terapeutická činnost**

Do této skupiny patří:

- Autogenní trénink: prožívání pocitu klidu při relaxační hudbě za doprovodu

slovem.

- Terapeutická sezení: skupinová řešení individuálních problémů a nácvik projekce pocitů a prožitků obav, úzkosti.
- Muzikoterapie: práce s indiánskými bubínky, vzájemná spolupráce a souhra při používání jednoduchých hudebních nástrojů (tyčky, činely, triangl...).
- Bibliopedagogické metody: literárně zaměřené akce - speciálně připravené pro děti s poruchami učení. Prostřednictvím četby napomáhání pochopení a dovednosti řešení složitých životních situací (rodina, škola, kamarádi...).

## **6. Letní dětský tábor**

Letní dětský tábor je vrcholem naší celoroční práce v OS Klíč. Probíhá 1x ročně vždy po dobu 14 dnů. Rádi se vracíme na naše oblíbené místo –v Dlouhé Rzy u Olešnice v Orlických horách.

Tábor má vždy hlavní téma, ke kterému směřuje většina aktivit. Tyto aktivity nazýváme souhrnně „Celotáborová hra – CTH“.

Konkrétněji popíši z mého pohledu jeden z nejúspěšnějších, konaný v roce 2009. I tento tábor se konal u Olešnice v Orlických horách, zúčastnilo se ho na 141 dětí. Na náš tábor mohou jezdit děti od 6 do 16 let. Děti jsou z různých sociálních vrstev. Jezdí sem děti ze sociálních slabších rodin, děti s ADHD aj.

Za OS Klíč zde byl 1 hlavní vedoucí, 1 programový vedoucí, 2 noční hlídači, 2 zdravotnice, 10 oddílových vedoucích a 10 praktikantů. Hlavním tématem byly Olympijské hry a to jak letní tak i zimní. Naším cílem bylo přiblížit dětem vybrané státy. Státy si již předem rozebrali oddílový vedoucí se svými praktikanty. Jednalo se o Madagaskar, Čínu, Japonsko, Finsko, Mexiko, Španělsko, Česká republika, Německo, Dánsko a Holandsko. Oddílový vedoucí a jeho praktikanti chodili oblečení v šatech, krojích, které charakterizovaly jejich stát. Každý vedoucí musel také vymyslet vědomostní kvíz na „svou“ zem.

Naším cílem je podpořit osobností růst všech přítomných dětí. Konkrétně děti s ADHD se snažíme motivovat k větší spolupráci ve skupině, ke zvládnutí jejich emocí a k nebojácnosti při veřejných vystoupeních. Tímto se snažíme, aby děti s ADHD navázaly kamarádké vztahy s ostatními a lépe začlenily se do kolektivu.



## 5.2 Zájem dětí s ADHD o letní dětský tábor OS Klíč

V této části chci na základě dat doložit, jaký je zájem dětí s ADHD o dětský tábor a jaká je funkčnost tábora. Odpovědi na tyto otázky budeme hledat v několika zdrojích.

1. K tomuto účelu mi bude sloužit přehled ú účasti dětí s tímto postižením na letním táboře v letech 2008-2011.

2. Dále využiji výsledky dotazování adresované vedoucí tábora. Cílem dotazování je přiblížení specifik přístupu k dětem s ADHD v rámci aktivit na letním táboře.

3. Reflexe dětí, které absolvovaly dětský tábor sdružení Klíč, zejména zájem o aktivity, zhodnocení práce vedoucích, návrhy a připomínky k činnosti(děti vyplnily dotazník).

Ad1. Prostřednictvím výročních zpráv občanského sdružení Klíč se mi podařilo získat informace o počtu dětí s ADHD v letech 2008 – 2011, které se opakovaně zúčastnily našeho letního tábora.

**Tabulka č. 1-** Přehled o účasti dětí s ADHD na letním táboře OS Klíč v letech 2008-2011

<b>Rok</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Počet dětí</b>	140	141	142	139
<b>Počet dětí s ADHD</b>	21	25	23	26
<b>Procentuální podíl dětí s ADHD</b>	<b>15%</b>	<b>17%</b>	<b>16%</b>	<b>18%</b>

### **Komentář k tabulce č. 1:**

Ze sledovaných údajů se ukazuje, že podíl dětí s poruchou pozornosti se pohybuje ve sledovaném období v rozmezí 15 – 18%. V posledním sledovaném období dokonce zaznamenáváme nejvyšší podíl v poměru ke všem zúčastněným dětem.

Přemýšlela jsem o tom, jakým způsobem zachytit funkčnost těchto programů pro děti s ADHD. Ve stejném sledovacím období, tzn. 2008 – 2011 jsem sledovala, kolik dětí se opakovaně letního tábora zúčastnilo. Předmětem sledování bylo celkem 21 dětí, které se tábora zúčastnily v roce 2008. U této skupiny dětí bylo rozhodující, zda se akcí zúčastnily opakovaně. Fakt, že se akcí zúčastňovaly **pravidelně** je kritériem hodnocení úspěchu programu, neboť přepokládám, že opakovaný zájem dítěte je ukazatelem úspěšné činnosti.

**Tabulka č. 2-** Zastoupení dětí s ADHD, které se zúčastnily dětského tábora opakovaně (v procentech)

<b>Rok</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Počet dětí</b>	140	141	142	139
<b>Počet dětí s ADHD</b>	21	25	23	26
<b>Počet dětí s ADHD, kteří jezdí opakovaně</b>	21	18	17	16
<b>% vyjádření dětí s ADHD, kteří jezdí opakovaně</b>	<b>0%</b>	<b>72%</b>	<b>74%</b>	<b>63%</b>

### **Komentář k tabulce č. 2:**

Ze uvedeného vzorku dětí vidíme, že ve sledovaném období se nadpoloviční většina dětí **opakovaně** zúčastňovala letního tábora. Tímto by mohla být částečně doložena funkčnost programu pro děti s ADHD – jeví o akci opakovaně zájem. Může to být odrazem faktu, že aktivity nabízené sdružením jsou pro děti atraktivní.

Úbytek dětí ve sledovaném období byl způsoben především tím, že:

- děti dosáhly věku 16 let, tudíž se další rok nemohly zúčastnit
- děti se nezúčastnily z finančních důvodů apod.

### **5.3 Rozhovor s vedoucí z letního dětského tábora**

Důvod, proč zde uvádím rozhovor s naší nejzkušenější vedoucí je ten, že mě velmi těší opakovaná účast dětí s ADHD na našem letním dětském táboře. Proto jsem Vám chtěla přiblížit metody přístupu volnočasového pedagoga s praxí na našem táboře.

Rozhovor s vedoucí jsem vedla na letním dětském táboře. Během našeho odpoledního volna, kdy nás nikdo nemohl rušit. Vedoucí ochotně souhlasila s mým rozhovorem. Rozhovor byl strukturovaný. Otázky jsem pokládala a odpovědi, dotazované vedoucí, jsem si nahrávala na svůj diktafon. Rozhovor probíhal ve velmi příjemné atmosféře.

Položila jsem jí tyto otázky:

#### **1. V čem Vy osobně spatřujete náročnost práce s dětmi s ADHD na LDT?**

*„Osobně mám zkušenost pouze s dětmi mladšího školního věku a zde se mi jeví jako nejnáročnější uhlídat hyperaktivní dítě během dne. Jako „krizové“ bych označila třeba momenty, kdy je polední pauza a děti mají odpočívat. Pak stačí jeden „rušivý“ element, který nedopustí, aby ostatních pět dětí na tom stejném pokoji mohlo v klidu ležet, či sedět, či si malovat a odpočívat. Vzhledem k tomu, že se jedná o mladší děti, je polední klid během táborového rytmu významný. Zejména pro některé děti, co nejsou zvyklé se příliš hýbat a pobývat na čerstvém vzduchu, tam se únava dostavuje již během několika prvních dní. Když potom nemají čas si pořádně odpočinout, může se u nich dostavit únava a s ní napětí. Co se týče denního programu, tak je náročnější dítě s hyperaktivitou u některé činnosti udržet. Pojmenovala bych to asi tak, že při práci s těmito dětmi je klíčová trpělivost a pohotovost reagovat.*

*Jako další náročnou situaci vnímám třeba moment, kdy se hromadně odchází na celodenní výlet, je stanovený přesně čas a dítě s hyperaktivitou se vám zrovna někde „zapomene“.* “

## **1. Co se Vám osvědčuje v přístupu k těmto dětem a proč?**

*„Tak asi hlavně programová vybavenost – mít jakoby v záloze další aktivitu, kterou zaměstnám hyperaktivní dítě. Dost často se u těchto dětí setkávám s tím, že mají vše jako první hotové a tak je například zaměstnám tím, že mi pro něco doběhnout, nebo pomáhají stříhat provázky či setřít stoly. Pokud vidím, že je dítě extrémně roztěkané, pošlu ho například opláchnout ruce, ať se projde, ať se trochu odladí a odpočine si. U každého dítěte se ale osvědčuje něco jiného. U některého třeba míčové hry, kdy dítě může běhat a je v pohybu u jiného zase výtvarné hry, kdy dítě může někde sedět samo a v klidu pracovat, nemusí s nikým spolupracovat. Je to individuální. Někdy pomůže to, když se k dítěti viditelně přiblížím a navážu fyzický kontakt – dotknu se ramene, samozřejmě ne tak, aby se dítě leklo.“*

## **2. Jak byste motivovali děti s ADHD, které mají problémy se začlenit do kolektivu ve svém oddíle na LDT?**

*„Tak u mladších je motivace k činnosti poměrně jednoduchá. Děti během tábora hrají spoustu her a soutěží a každá soutěž je spojena s nějakou odměnou – ve formě diplomu či sladkosti či malého dárku. Takže úvodní motivace pro všechny děti je už jen to, že se hraje o diplom. U nás na táboře je postavené tak, že je každý večer nástup, kde se před všemi dětmi předávají diplomy, což já osobně považuji za krásný a velmi významný rituál.“*

*Myslím si, že je potřeba dítě v momentě jeho nejistoty hlavně podpořit. Pochopit motiv, proč se té či oné činnosti vyhýbá. Ono je totiž u těchto dětí znatelné, že mají špatné zkušenosti, zkušenost neúspěchu – a to zejména ve škole. Už předem hru nechtějí hrát, protože se třeba bojí dalšího neúspěchu. Takže zde je nutné dítě k aktivitě podpořit a povzbudit, zároveň během tábora zajistit, aby bylo úspěšné alespoň v nějaké aktivitě. Skutečně se pak zvyšuje s úspěchem motivace, to je nepopíratelné, takhle to prostě funguje. Čtrnáct dní je na druhou stranu krátká doba k tomu, aby to u dítěte udělalo výrazné změny v chování a postojích.“*

*A jak pomoci dítěti se včlenit do kolektivu? Zkusit si všimnout něčeho, co umí a co může ostatním dětem nabídnout. Ono totiž dost často ostatní děti obtěžuje to, že se hyperaktivní dítě stále někde potuluje, někde odbíhá a cítí, že narušuje celkový klid při práci. Takže je potřeba hledat to, co ho nejen baví, ale v čem může ostatním ukázat, že je dobrý a ne špatný pro to, jak se chová, jak je nepozorný apod.“*

### **3. Jaký máte postoj, zkušenosti při zachování objektivity při řešení konfliktů u dětí s ADHD?**

*„Člověk se asi snaží být objektivní, ale jsme jenom lidi, takže se to ne vždy povede. Jak už jsem uvedla, je to o velké trpělivosti. Snaží se ubránit tomu, aby stále napomínal jedno dítě, ale protože je dítě s ADHD často původcem konfliktů, lze to někdy jen velmi ztuhla. Při zachování zásady tzv. vyhasínání člověk ne všechny vzruchy dítěte komentuje. Někdy se osvědčí nechat dítě popřemýšlet o tom, co zrovna udělalo, nechat ho jít stranou, jindy důrazně zakročit ve stylu akce-reakce. Nedá se říci, že se mi něco osvědčuje více a něco méně, vždy záleží na konkrétním dítěti.“*

### **4. Jak byste využili kladných vlastností u dětí s ADHD při práci v kolektivu?**

*„To je těžká otázka. Kladné vlastnosti bych využila tak, že je budu vyzdvihovat na úkor těch slabších. Ale zároveň nechci, aby to vypadalo jako nějaké nadměrné vyzdvihování nebo slepé přeceňování. Ale třeba mě napadá, nejedná se tedy ani tak o vlastnost, jako dovednost, že chlapce s ADHD, který umí hrát fotbal, postavím jako kapitána mužstva.“*

#### **Shrnutí rozhovoru:**

Zde vidíme, že náročnost práce s dětmi s ADHD spočívá především v jejich nesoustředěnosti a v udržení pozornosti. Za důležité momenty v rozhovoru považuji to, kdy vedoucí zvolí individuální přístup, musí mít velkou dávku trpělivosti a pochopení pro poruchu ADHD. Dalším důležitým aspektem v rozhovoru bylo „nezavrhnout“ dítě s ADHD při počátečních problémech s daným dítětem, ale snažit se o jeho motivaci a pozitivní rozvíjení jeho osobnosti.

Myslím si, že dobrá stránka je vzrůstající osvěta ADHD, což vede k lepšímu porozumění těchto dětí ze strany volnočasového pedagoga. Zároveň jsou však ve způsobu osvěty ještě rezervy, protože i když osvěta ADHD stoupla, přesto není dostačující. A musím také vzít v potaz povahové vlastnosti volnočasových pedagogů, bohužel ne všichni volnočasoví pedagogové (i přes osvětu) nejsou vhodní pro práci s dětmi s ADHD.

#### 5.4 Dotazování všech dětí s ADHD na letním dětském táboře z roku 2011

V roce 2011 se letního dětského tábora OS Klíč zúčastnilo na 26 dětí s ADHD. V rámci mého výzkumu jsem tyto děti poprosila o vyplnění mého krátkého dotazníku o 12 otázkách viz příloha č. 5. Informace, které jsem z dotazníku získala byly velmi přínosné a zajímavé.

U těchto 26 dětí byla diagnostikovaná porucha ADHD. Tuto informaci jsem získala od naší hlavní vedoucí. Rozložení pohlaví bylo následující - 14 chlapců a 12 děvčat ve věku 10 až 14 let. Dotazník byl strukturovaný a děti ho vyplňovaly během svého poledního klidu. Položené otázky měly již připravené na daném dotazníku.

Děti dotazy pochopily a vyjadřovaly se většinou celou větou. Některé odpověděly stručně.

Zde uvádím příklady otázek z dotazníku:

1. *Jak se Ti líbí tábor?*
2. *Jak se Ti líbí vedoucí, jaký je jeho přístup k Tobě?*
3. *Máš raději hry na přemýšlení nebo na běhání?*
4. *Líbí se Ti více hry individuální nebo skupinové?*
5. *Jsi tvořivý při hraní her?*

#### **Uvádím zde hlavní výsledky tohoto šetření.**

Všem dotazovaným dětem se tábor líbil a kladně také všechny děti hodnotily přístup svého vedoucího k nim samotným.

Z 26 dotazových respondentů jich 16 uvedlo, že preferují pohybové hry, 5 dětí uvedlo, že mají rády obojí a 5 dětí má raději hry na přemýšlení.

Na otázku č. 4 odpovědělo 18 dětí, že upřednostňují individuální aktivity, 8 dětí uvedlo, že preferují skupinové aktivity. Všechny děti se shodly, že jsou tvořivé při hraní her.

#### **Zhodnocení:**

Z výsledků svého dotazování usuzuji, že děti jsou s aktivitami převážně spokojené a že pozitivně hodnotí osobu vedoucího tábora. Dále se můžeme dozvědět, že mají raději pohybové hry.

Když zpětně hodnotím svůj dotazník, uvědomuji si, že jsem některé z otázek měla položit jinak, například jako výběr z alternativ. Co se týká věrohodnosti odpovědí, usuzuji, že **děti** odpovídaly upřímně. S dětmi jsem pracovala, chovají se totiž spontánně a často dokáží nelibost nahlas vyslovit. Rozbor odpovědí může sloužit k lepším promyšlení koncepce táborových aktivit.

## 6 Výzkumné šetření - případové studie 2 dětí (7.1, 7.2)

### 6.1 Cíl šetření

Cílem mého šetření bylo ukázat na 2 případových studiích dětí s ADHD bližší charakteristiky těchto dětí – jejich projevy chování, motivy, zájmy a přístup k aktivitám. Důraz byl kladen na to, jak tyto děti pohlížejí na aktivity sdružení Klíč. Domnívám se, že tyto studie nám mohou více přiblížit děti s ADHD. Výsledky mého průzkumu použiji k další práci s těmito chlapci při rozvoji jejich osobnosti a k osobnímu růstu.

### 6.2 Metody šetření

#### **Získávání informací k tvorbě kazuistiky**

Oporou při sestavování kazuistiky mi byly následující fakta:

#### **- anamnestický rozhovor s rodiči**

Pro zachování anonymity obou chlapců a jejich rodičů neuvádím jejich jména a také jsem podepsala čestné prohlášení o zachování mlčenlivosti všech zjištěných údajů.

Při rozhovoru s rodiči jsem použila polostrukturovaný rozhovor, tzn., že některé otázky jsem měla již předem připravené a některými jsem reagovala na konkrétní odpovědi rodičů.

Rozhovor s rodiči chlapce z kazuistiky č. 1 jsem vedla u nich doma v přátelském prostředí bez přítomnosti samotného chlapce.

Rozhovor s rodiči chlapce z kazuistiky č. 2 probíhal během návštěvy na letním dětském táboře, opět bez přítomnosti samotného chlapce.

Oba rozhovory jsem si zapisovala do svých materiálů formou heslovitých poznámek a bezprostředně poté jsem si poznámky doplnila o to, co jsem si pamatovala z odpovědi rodičů, ale i dojmy z pozorování při rozhovoru.

Rodiče obou chlapců s rozhovory předem souhlasili a rádi mně poskytli i výsledky z pedagogicko-psychologické poradny(zprávy).

Rozhovory probíhaly v přátelském duchu na letním táboře a trvaly zhruba hodinu.

#### **- výsledky psychologického či jiného odborného vyšetření**

Z pedagogicko-psychologické poradny diagnostikovali u obou chlapců ADHD a získala jsem přístup ke zprávám z vyšetření (se souhlasem rodičů).

#### - **obsah toho, co dítě říká o rodičích**

Rozhovory s chlapci probíhaly na letním dětském táboře. Oba rozhovory byly polostrukturované, opět jsem měla předem připravené otázky, které jsem doplnila o otázky reagující na odpovědi obou chlapců.

Samozřejmě jsem s chlapci mluvila odděleně v prostředí, kde nás nikdo nerušil a které bylo příjemné. Odpovědi jsem si zapisovala heslovitě do svých materiálů a poté v soukromí doplnila o údaje, které jsem pochytila z rozhovorů.

S rozhovory předem chlapci i jejich rodiče souhlasili. Velmi příjemně mě překvapil jejich přístup, kdy zodpovědně zodpovídali všechny mnou položené otázky-viz příloha č. 6.

#### **Závěry z rozhovorů:**

Během rozhovoru s chlapcem č. 1 jsem zjistila, že si se svými rodiči moc nerozumí, neuznává své rodiče jako autoritu a přiznal, že má problémy i ve škole a to jak s učivem, tak i s navazováním kontaktů se spolužáky.

Chlapec č. 2 se svěřil, že nemá otce a že roli otce „přebírá“ dědeček. Dále uvedl, že si nerozumí ve škole se svými vrstevníky a mívá problémy i s učivem.

#### - **pozorování zájmu dítěte o vybrané aktivity během tábora**

viz níže : Pozorovací schéma ke kazuistice č. 1

Pozorovací schéma ke kazuistice č. 2

### **6.3 Koncepce pozorování**

Nejprve jsem si stanovila okruhy her, ke kterým se bude ubírat moje pozorování aktivity vybraných dětí a sledování jejich zájmu o tuto činnost. Snažila jsem se do výčtu aktivit zahrnout oblasti sledující různé dovednosti – pohybové, výtvarné, estetické, matematické, paměťové.

#### **Okruhy byly následující:**

- pohybové aktivity
- činnosti zaměřené na estetiku
- činnosti zaměřené na práci s českým jazykem a matematikou
- činnosti zaměřené na výtvarnou činnost
- hry zaměřené na rozvoj paměti



**Podmínky pro vyhodnocení zájmu dítěte pro konkrétní činnost byly následující:**

- zadání úkolu naplní až do konce
- opakované dožadování aktivity ze strany dítěte v průběhu tábora
- dokáže být pohotový při řešení úkolu

Za předpokladu, že tyto body byly naplněny alespoň u třech aktivit **stejného** zaměření (např. u třech pohybových her, u třech činností zaměřených na výtvarnou činnost) – **považuji tuto aktivitu za užitečnou, významnou a příznivou pro další rozvoj dítěte.**

#### **6.4 Objekty kazuistiky a zpracování kazuistiky**

Do kazuistiky jsem zahrнула dva chlapce z mého oddílu našich letních táborů, u nichž jsem věděla, že mají odborným vyšetřením diagnostikovanou poruchu pozornosti. Chlapci jsou přibližně ve stejném věku, oba dva ze čtvrtého oddílu. Tento oddíl byl složen pouze z chlapců ve věku od 9 do 11 let. Měla jsem tedy prostor trávit s chlapci intenzivně čtrnáct dní, každodenně je pozorovat při zadaných činnostech.

## 7 Zpracování výzkumného šetření

### 7.1 Kazuistika č. 1

Pohlaví: chlapec

Věk: 10 let

Chlapec má problémy ve škole a doma. Problémy ve vztahu k dospělým- vzpurnost. Neumí prohrávat, pokud prohraje, brečí. Poslední dobou se nesnáší s mladším bratrem. Nechce prohrávat, je zbrklý, ve škole díky tomu dělá chyby. Rodiče by si přáli, aby se jejich synovi podařilo najít cestu, jak ovládat svůj vztek a zvýšit úctu k autoritám.

Z vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně vyplývá, že se u chlapce projevují symptomy ADHD především v náročnějších podmínkách skupinové školní práce.

Chlapec je okolím hodnoceným jako nezodpovědný, bez vytrvalosti, málo pracovitý. Chlapec byl v péči střediska výchovné péče pro poruchy chování – vzdorovitost, agresivita. Zároveň byl chlapec vyšetřen v pedagogicko-psychologické poradně pro zhoršující se prospěch ve škole. Rodiče uvádí dlouhodobě přetrvávající obtíže s udržením pozornosti, již od předškolního věku pozorují problémy ve vztahu k autoritám.

Psychologickým vyšetřením se diagnostikovala ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou. Výrazněji nerovnoměrně se rozvíjejí intelektové předpoklady pro zvládnání učebních nároků standardního vzdělávání, a to v neprospěch prakticko-názorových složek myšlení. Oslabení a obtíže zjištěné v rámci vyšetření nejsou takového rozsahu a stupně, aby vyžadovaly poskytování systematické integrační (včetně reedukační) péče na základní škole.

Dítě bylo plánované, bylo to matčino první těhotenství. V prvním měsíci těhotenství matka krvácela, byla v nemocnici na udržení plodu, zbytek těhotenství bez obtíží.

Porod proběhl v termínu, trval 10 hodin. Váha a míra dítěte v normě - 4,5 kg a 50 cm.

Nástup na základní školu proběhl v 6 letech, bez odkladu. Chlapec měl od počátku problémy s adaptací na školní prostředí. Nedokázal se soustředit, zapomínal si zapisovat úkoly, neposeděl na jednom místě. Ve třídě nemá moc přátel. Chlapec zatím neopakoval žádný ročník a neměl sníženou známku z chování. Do školy prý chodí spíše nerad.

Rodina je úplná, funkční a základní. Ekonomická situace v rodině je dobrá. Podíl na výchově dítěte měla matka, otec, babička s dědou z matčiny strany. Významný vliv má na dítě i starší sourozenec. Ve výchově rodiče uvádějí spíše direktivní styl. Matka

uvádí, že chlapce chválí, ale i zde je podle ní potřeba brát vše s mírou. Rodiče se nevyhýbají fyzickým trestům, když už není zbylí, pomůže jim rákoska. V tomto případě prý vztek často přechází v pláč.

V oblasti volného času se chlapec věnuje již čtvrtým rokem karate a třetím rokem dochází na gymnastiku.

#### **Prvky v chlapcově chování během pobytu na letním táboře:**

- sklony k prosazování svých zájmů na úkor dalších dětí v oddílu
- při vzteku náznaky sebepoškozování - ( např. škrábnul se do obličeje, bouchl hlavou do zdi).
- časté výbuchy vzteku
- chlapec měl problémy při spolupráci ve skupině, pracuje raději sám.
- míval problémy vyčkat, až na něho přijde řada
- často přerušuje ostatní, nepočká až domluví jiné děti
- dokáže se lehce nadchnout, u většiny činností však vydrží spíše krátkodobě
- občas se projevuje nepředvídatelně

#### **Činnosti, které chlapce zaujaly:**

- pohybové aktivity
- činnosti zaměřené na estetiku
- činnosti zaměřené na výtvarné činnosti – u chlapce je zjevný zájem o vystřihování

#### **Činnosti, o které chlapec nejevil zájem:**

- činnosti zaměřené na práci s českým jazykem a matematikou
- hry zaměřené na rozvoj paměti

### Pozorovací schéma ke kazuistice č. 1

Aktivity	Název činnosti, která splňuje kritéria zájmu dítěte o tuto činnost		
Pohybové aktivity	Vybíjená	Fotbal	šipkovaná
Estetika	stavení domečků v přírodě	land art	body art
Český jazyk a matematika	skládání slov	-	-
Výtvarná činnost	výroba karnevalových masek	tvorba obrázků	vystřihování obrazů
Rozvoj paměti	-	-	-

#### Co se v přístupu k chlapci z kazuistiky č. 1 nejvíce osvědčilo:

- oceňování i menších náznaků snahy
- v jednání udržovat klidné a důsledné chování

## 7.2 Kazuistika č. 2

Pohlaví: chlapec

Věk: 11

Oblast problémů matka zasazuje spíš do školního prostředí. Jako hlavní problém ona sama vnímá chlapcovo hrubé chování. Dále uvádí, že má problémy v navazování kontaktů s vrstevníky. Ve škole ani doma příliš kamarádů nemá. Chlapec byl doporučen na vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně pro četné problémy se zvládnutím učiva předepisovaného osnovami prvního ročníku základní školy.

Chlapec vyrůstá v neúplné rodině, má mladší sestru. Ve 3,5 letech dítěte se rodiče rozvedli. Jako důležitý vzor v jeho životě vystupuje dědeček. Dítě bylo chtěné ze strany obou rodičů. Matka rodila v termínu, váha i míra dítěte v normě. Dítě mělo novorozeneckou žloutenku. V raném dětství nebyl chlapec odloučen od matky na delší dobu, dle slov matky to bylo dítě klidné. Matka kojila přibližně půl roku. V dětství měl hodně úrazů. Matka dítě hodnotí spíše jako plačtivé. Vývoj hrubé motoriky v normě, vývoj řeči taktéž.

Chlapec se pomočoval do pěti let. Do mateřské školky nastoupil ve 3,5 letech, v této době měl vážný úraz ucha – propíchnul si bubínek. Chlapec od malička trpí zácpami. V předškolním období se jeho rodiče rozvedli. Od předškolního věku matka pozoruje některé psychosomatické obtíže, které se v době školní docházky mírně stupňují.

Z důvodů špatné motoriky měl chlapec odklad školní docházky. Jeho vztah ke spolužákům matka hodnotí jako problematický. Ve volném čase prý chlapec rád lyžuje a zlobí.

Matku prý vnímá jako osobu, která dává hlavně úkoly. Se sestrou má vztah dobrý. Nejvíce matku rozzlobí svým zkratkovitým chováním. Nejvíce ji naopak udělá radost, když je hodný. Na chodu domácnosti se podílí tím, že si uklízí. V kontaktu s dospělými si dítě drží spíše odstup.

### **Prvky v chlapcově chování během pobytu na letním táboře:**

- požadované úkoly plní ochotně, avšak je zjevná kolísavá pozornost
- při plnění těžšího úkolu je zřetelná únava
- emočně je v chování labilnější, jeho reakce jsou někdy neúměrné
- obtížně navazuje kontakt s ostatními v oddíle
- převládá negativní sebehodnocení
- chlapec měl problémy při spolupráci ve skupině, pracuje raději sám

- dokáže se lehce nadchnout, u většiny činností však vydrží spíše krátkodobě
- výkyvy v chování – výbušnost a negativismus střídá dobrosrdečnost

**Činnosti, které chlapce zaujaly:**

- činnosti zaměřené na estetiku
- činnosti zaměřené na výtvarné činnosti – u chlapce je zjevný zájem o vystřihování

**Činnosti, o které chlapec nejevil zájem:**

- činnosti zaměřené na práci s českým jazykem a matematikou
- hry zaměřené na rozvoj paměti
- pohybové činnosti
- 

**Co se v přístupu nejvíce osvědčilo:**

- vlídné zacházení
- vysvětlování a sebereflexe
- okamžitá reakce na projevení zájmu

**Pozorovací schéma ke kazuistice č. 2**

Aktivity	Název činnosti, která splňuje kritéria zájmu dítěte o tuto činnost		
Pohybové aktivity	šipkovaná	fotbal	-
Estetika	výzdoba domečku	aranžování klubovny	Body art
Český jazyk a matematika	skládání slov	-	-
Výtvarná činnost	výroba masek	vystřihování obrázků	modelování
Rozvoj paměti	limeriky	-	-

### 7.3 Analýza výsledků kazuistik a jejich hodnocení

Volný čas dítěte patří mezi jeden z nejdůležitějších aspektů jeho bytí. Díky aktivitám ve volném čase se dítě může seberealizovat, navazovat přátelské vazby a tím pádem dochází k osobnostnímu růstu dítěte.

#### **Co vyplývá z kazuistik:**

1. U obou chlapců jsem objevila zájem o estetiku a výtvarnou činnost. Toto je dáno nejspíše tím, že mohou pracovat samostatně. A rozvíjet svou osobnost bez omezení.

Skupinová práce oběma příliš nesvědčí, nedovedou se zapojit adekvátním způsobem do skupinového dění. Rádi si dělají věci podle svého uvážení. Myslím si však, že by pro ně bylo užitečné do skupinové práce je pomalu a citlivě vpravovat, protože by to pomohlo lépe se včleňovat i do jiných skupin. Důležité je však přidávat tyto aktivity po malých dávkách, aby nebyli chlapci otráveni. Např. dávat jim nějaký drobný zodpovědný úkol ve skupině, pomáhat někomu. Hodně chválit za úspěchy zde.

2. Zájem o pohybovou aktivitu u hyperaktivního dítěte není vyloučen, což se prokázalo v případě kazuistiky číslo 1. U chlapce z kazuistiky č. 2 jsem nepozorovala tolik energie a chuti k pohyblivým aktivitám. Možná je to dáno tím, že se jednalo především o skupinové aktivity. Celkově však je pohybová aktivita pro děti s ADHD žádoucí i jako aktivita kompenzační, proto bude zapotřebí některé děti ještě lépe motivovat. Myslím, že i zde bude hrát roli dobrá odměna a možnost zažít v aktivitě úspěch. Také vřazení pohybových aktivit do nějakých zajímavých a napínavých aktivit by mohlo být přijato bezprostředněji.

3. Vyskytující se negativní vztah k učivu u obou chlapců se odráží v i do volnočasového spektra – ani u jednoho z chlapců se příliš neosvědčily hry zaměřené na práci s českým jazykem či matematikou. Přitom rozvoj myšlení, vědomostí, paměti a soustředěnosti může být během táborového pobytu nenásilně posouván dopředu. Na táboře však bude vhodnější zařadit aktivity, které sice mají tyto cíle, ale co nejméně svou formou připomínají aktivity ve škole, které jsou u dětí s ADHD všeobecně neoblíbené. Doporučuji proto například tyto hry:

a) Vymyšlení své vlastní pohádky, povídky.

b) Napsat krátký dopis svému kamarádovi o tom, co se mu na něm líbí.

c) Kimova hra- je všeobecně známá a hraje se v různých obměnách. Je hodně oblíbená a dalo by se říci, že i hodně užitečná, protože slouží k posilování zrakové paměti, což je schopnost zapamatovat si to, co vidíme. Uvedu příklad- na stůl položte různé

předměty a nechte dítěti chvíli na to, aby si všechno prohlídlo. Zakryjte je, dítě se otočí zády k vám a vy zatím vytáhněte jeden předmět a schovejte ho. Dítě musí uhádnout, která věc zmizela

d) Matematiku můžeme zařadit do aktivity, kdy děti hledají ukrytý poklad, jejich úkolem je zjistit, za jakou dobu se k němu dostanou a zjistit množství daného poklad, vyčíslit, kolik tam je zlata, atd. Indicie dostanou od svého vedoucího.

Celkově tábor může vhodně doplnit celkové výchovné působení na děti s ADHD, může kompenzovat jednostranné působení školy, děti jiným způsobem motivovat a také jim může měnit pohled na jejich sebe sama a díky úspěchu může zvýšit jejich sebevědomí.



## 7.4 1Shrnutí

Při kvalitativním výzkumu se musíme vyvarovat obecných závěrů, protože dva případy nám rozhodně neukáže, jak to chodí u všech dětí s těmito problémy. Navíc se ukazuje, že i v těchto dvou případech jsou mírné rozdíly.

V kazuistikách se ukazuje, že oba chlapci mají problémy se začleňováním do kolektivu mezi své vrstevníky a neradi s nimi spolupracují.

Kazuistiky naznačují již obecně známe pravidlo, že děti s ADHD to nemají ve svém životě jednoduché. Jejich porucha ovlivňuje i život v jejich rodinách a ne méně je také ovlivňuje ve školním prostředí.

Během mé výchovné praxe s dětmi s ADHD se mi osvědčil individuální přístup ke každému dítěti. Bohužel jsem nepřišla na šablonu, podle které bychom se měli my jako pedagogové volného času řídit. Důležité je pochopit chování každého dítěte s ADHD zvlášť a podle toho k němu i přistupovat. Vždyť pochopení druhých nám pomáhá k našemu osobnímu i profesnímu růstu.

## 8 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat, vysvětlit a specifikovat současné pojetí ADHD a přístup k dětem s těmito poruchami.

Tento cíl byl splněn v mé teoretické části. Z dalších následujících cílů mé práce bylo provedení rozboru programu občanského sdružení Klíč a posuzování aktivit sdružení Klíč z hlediska rozvoje dětí s ADHD. Zabývala jsem se kazuistikami konkrétních chlapců. Tyto kazuistiky byly stěžejní částí mé praktické práce. Dále jsem přiblížila práci v občanském sdružení Klíč a postoj vedoucí k dětem s ADHD.

Domnívám se, že daných cílů bylo dosaženo. Díky kazuistikám, které jsem vypracovala pro svou bakalářskou práci, se mi podařilo hlouběji proniknout do dvou případů. Uvědomila jsem si, jak je důležitý individuální přístup a že je velice obtížné dávat obecné rady, jak se chovat k dětem s ADHD, jak je motivovat a povzbuzovat. Je třeba samozřejmě dodržovat základní pravidla chování k těmto dětem, ale zároveň si ke každému konkrétnímu dítěti pedagog musí najít „klíč“, pomocí kterého se mu podaří odemknout jeho duši a poté teprve může probouzet zájem o činnosti a rozvíjet osobnost mladého člověka.

Při práci s hyperkinetickými dětmi jsem si uvědomila, jak je důležité se stále vzdělávat v této oblasti a sledovat nové výzkumy. Neméně důležitá je také praxe, ve které provádíme pravidelnou sebereflexi a neustále se zdokonalujeme. Jen velice kvalifikovaní a osobnostně vybavení pedagogové mohou pomáhat těmto konkrétním dětem k jejich rozvíjení a usnadnění života s ADHD. Nepomáhají jim izolovaně, ale důležité informovat o svých výchovných výsledcích jejich rodiny, a získat naopak i od nich informace od úspěších a potíží dětí v domácím prostředí. Ve spolupráci s ostatním prostředím dítěte můžeme hledat nové možnosti pro práci s dětmi s ADHD.

## Použitá literatura

### KNIŽNÍ PUBLIKACE

- [1] ADLER, A. *Psychologie dětí. Děti s výchovnými problémy*. 1. vyd. Individuální psychologie 2. Praha : Práh, 1994. ISBN 80-85809-22-2.
- [2] DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. a kol. *Hyperkinetická porucha ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.
- [3] DRTÍLKOVÁ: *Farmakologická léčba hyperkinetické poruchy*. In DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. a kol. *Hyperkinetická porucha ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. S. 131 – 166. ISBN 978-80-7262-419-5.
- [4] DRTÍLKOVÁ, I. *Klasifikace hyperkinetických poruch a terminologie*. In DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. a kol. *Hyperkinetická porucha ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. S. 21 – 27. ISBN 978-80-7262-419-5.
- [5] DRTÍLKOVÁ, I. *Klinický obraz*. In DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. a kol. *Hyperkinetická porucha ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. S. 73 – 78. ISBN 978-80-7262-419-5.
- [6] DRTÍLKOVÁ, I. *Diferenciální diagnostika*. In DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. a kol. *Hyperkinetická porucha ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. S. 91 – 92. ISBN 978-80-7262-419-5.
- [7] HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3.
- [8] MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. 1. Vyd. Praha : Avicem, 1989. 335 s. ISBN 735 21- 08/ 31.
- [9] MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 120 s. ISBN 80-7178-625.
- [10] PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4.
- [11] ŠKVOROVÁ, J., ŠKVOR, D. *Proč zlobím?* 1. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254407-1.
- [12] THEINER, P. *Vyšetření hyperkinetického dítěte*. In DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. a kol. *Hyperkinetická porucha ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. S. 79– 89. ISBN 978-80-7262-419-5.
- [13] TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí. Jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-503-2.
- [14] UHROVÁ, A. *Teorie, modely a přístupy k hyperkinetické poruše*.

In DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. a kol. *Hyperkinetická porucha ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. S. 31– 39. ISBN 978-80-7262-419-5.

- [15] VOJTOVÁ, V. *Kapitoly z etopedie I., Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 2. vyd. Brno : MU, 2008. ISBN 978-80-210-4573-6.

#### ČASOPISECKÉ PUBLIKACE

- [16] CAGAŠ, P., KOCÁBOVÁ, Z. Je ADHD evoluční adaptací? *Psychologie*, 2005, ročník 11, číslo 1, str. 33 – 35. ISSN 1212-9607.
- [17] HUČÍN, J. Co všechno léčí EEG biofeedback. *Psychologie*, 2008, ročník 10, číslo 4, str. 24 – 25. ISSN 1211-5886.
- [18] KOPŘIVOVÁ, T., KOPŘIVA, P. Fyzické tresty narušují sebeúctu dětí. *Psychologie*, 2008, ročník 14, číslo 10, str. 51 – 52. ISSN 1212-9607.
- [19] MATÝS, J. Mohou psychofarmaka ohrozit vývoj dítěte? *Psychologie*, 2009, ročník 15, číslo 5, str. 46. ISSN 1212-9607.
- [20] PÖTHE, P. Léky pro neklidné dítě? *Psychologie*, 2008, ročník 14, číslo 5, str. 38 – 39. ISSN 1212-9607.

#### DOKUMENTY PUBLIKOVANÉ NA INTERNETU

- [21] GOETZ, M. a kol. ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou. [online]. c2009, [cit.2011-07-05]. Dostupné z: <http://www.adhd-galen.cz/>
- [22] KHÝR, M. a kol. Porucha pozornosti a hyperaktivita. [online], [cit.2011-07-20]. Dostupné z: <http://www.pppnj.adslink.cz/data/odborneclanky.html>
- [23] MAJER, M. a kol. Poruchy pozornosti. [online]. c2009, [cit.2011-08-15]. Dostupné z: [http://www.poruchy-uceni.cz/poruchy\\_pozornosti.php](http://www.poruchy-uceni.cz/poruchy_pozornosti.php)

## **Seznam příloh**

- Příloha č. 1 Diagnostická kritéria ADHD dle MKN-10
- Příloha č. 2 Diagnostická kritéria ADHD dle DSM-IV
- Příloha č. 3 Pořadí aktivit při každé skupině mladších adolescentů dle Paclta
- Příloha č. 4 Přehled dávek jednotlivých psychofarmak užívaných v dětském a dorostovém věku v léčbě různých psychiatrických poruch.
- Příloha č. 5 Dotazník pro děti s ADHD, konkrétní ukázka jednoho dotazníku.
- Příloha č. 6 Připravené otázky k rozhovoru pro chlapce z kazuistik
- Příloha č. 7 Fotogalerie

## **Seznam tabulek**

- Tabulka č. 1 Přehled o účasti dětí s ADHD na letním táboře OS Klíč v letech 2008-2011
- Tabulka č. 2 Zastoupení dětí s ADHD, které se zúčastnily dětského tábora opakovaně (v procentech).
- Tabulka č. 3 Pozorovací schéma ke kazuistice č. 1
- Tabulka č. 4 Pozorovací schéma ke kazuistice č. 2

# Přílohy

## Příloha č. 1

### Diagnostická kritéria hyperkinetické poruchy dle MKN-10

Vznik před 7. rokem věku, trvání symptomů nejméně šest měsíců.

#### 1. Porucha pozornosti (přítomno šest příznaků z devíti):

- obtížně koncentruje pozornost
- nedokáže udržet pozornost
- neposlouchá
- nedokončuje úkoly
- vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí
- nepořádný, dezorganizovaný
- ztrácí věci
- roztržitý
- zapomětlivý

#### 2. Hyperaktivita (přítomny tři znaky z pěti):

- neposedný, vrtí se
- nevydrží sedět na místě
- pobíhá kolem
- vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho
- „on the go“ (v neustálém pohybu)
- mnohomluvný (excesivně)

#### 3. Impulzivita (přítomen jeden příznak ze čtyř):

- nezdrženlivě mnohomluvný
- vyhrkne odpověď bez přemýšlení
- nedokáže čekat
- přerušuje ostatní

## **Příloha č. 2**

### **Diagnostická kritéria pro ADHD dle DSM-IV**

Pracuje se třemi subtypy:

- a) ADHD, inattentive type (s převládající poruchou pozornosti) – kritéria A I alespoň šest měsíců
- b) ADHD, hyperaktivity/impulzivity type (s převládající hyperaktivitou a impulzivitou) – kritéria A II alespoň šest měsíců
- c) ADHD, combined type (smíšený typ) – kritéria A I a A II alespoň šest měsíců

Dále jsou uvedeny doplňující kategorie:

- d) ADHD typ nespecifický – prominentní symptomy nepozornosti, hyperaktivity-impulzivity, které však nesplňují kritéria ADHD
- e) ADHD v částečné remisi – současné symptomy již nesplňují všechna kritéria

Některé ze symptomů se vyskytují již před 7 rokem věku. Některé z příznaků se objevují na dvou či více místech (doma, ve škole ...). Musí být přítomna evidence vztahů sociálních.

**Kritéria A I:** Šest nebo více symptomů trvajících minimálně šest měsíců.

#### **- Porucha pozornosti:**

- a) nepozornost při školních úkolech, pomíjení detailů, chyby z nepozornosti
- b) neudrží pozornost při hře
- c) zdá se, že neposlouchá během rozhovoru
- d) neposlouchá instrukce a nedokončuje úkoly
- e) má organizační problémy
- f) nesnáší úkoly vyžadující mentální úsilí a vyhýbá se jim
- g) ztrácí věci (hračky, školní potřeby ...)
- h) vnější stimuly snadno přerušují jeho soustředění
- i) zapomětlivý v denních aktivitách

**Kritéria A II:** Šest nebo více symptomů hyperaktivity-impulzivity trvajících minimálně šest měsíců, nepřiměřených vývojovému stupni.

**Hyperaktivita:**

- a) často neúčelně pohybuje rukama nebo se vrtí na židli
- b) často opouští lavici ve třídě
- c) často pobíhá nebo přelézá v nepřiměřených situacích
- d) obtížně při hrách zachovává klid a ticho
- e) stále v pohybu
- f) nadměrně mnohomluvný

**Impulzivita:**

- a) často vyhrkne odpověď před dokončením otázky
- b) dělá mu obtíže čekat v pořadí
- c) často přerušuje ostatní



### **Příloha č. 3**

Obecné pořadí aktivit při každé skupině zaměřené na trénink sociálních dovedností.

Kognitivně-behaviorální techniky v léčbě poruch chování u mladších adolescentů (12 – 15 let) dle Paclta (2007, s. 148).

1. Shrnutí skupinových pravidel a systému řízení skupiny.
2. Úvod, význak skupinové diskuse v sociálních dovednostech.
3. Verbální instrukce k nácviku dovedností: jednotlivých komponentů příslušné dovednosti a diskuse a modelování, eventuálně formou hry (u mladších dětí).
4. Modelování terapeutem, ostatní pozorují terapeutovo chování a jednání a zúčastní se diskuse.
5. Modelování (hra) mezi terapeutem a jedním účastníkem. Později je účastník nahrazen malou skupinou.
6. Trénink a feedback (koučování). Terapeut provádí verbální zpětnou vazbu a instrukce pro další modelování dovedností.
7. Dětská (adolescentní) dvojice trénuje (hrou) praktické dovednosti a terapeut včetně ostatních členů skupiny slouží jako zpětná vazba.
8. Provedení videozáznamu poslední aktivity vzájemné komunikace dvou dětí nebo adolescentů.
9. Zadání domácího úkolu. Komentář uvedení do souvislostí.

**Příloha č. 4**

**Orientační dávkovací rozmezí v dětském a dorostovém věku dle Ruttera 2004**

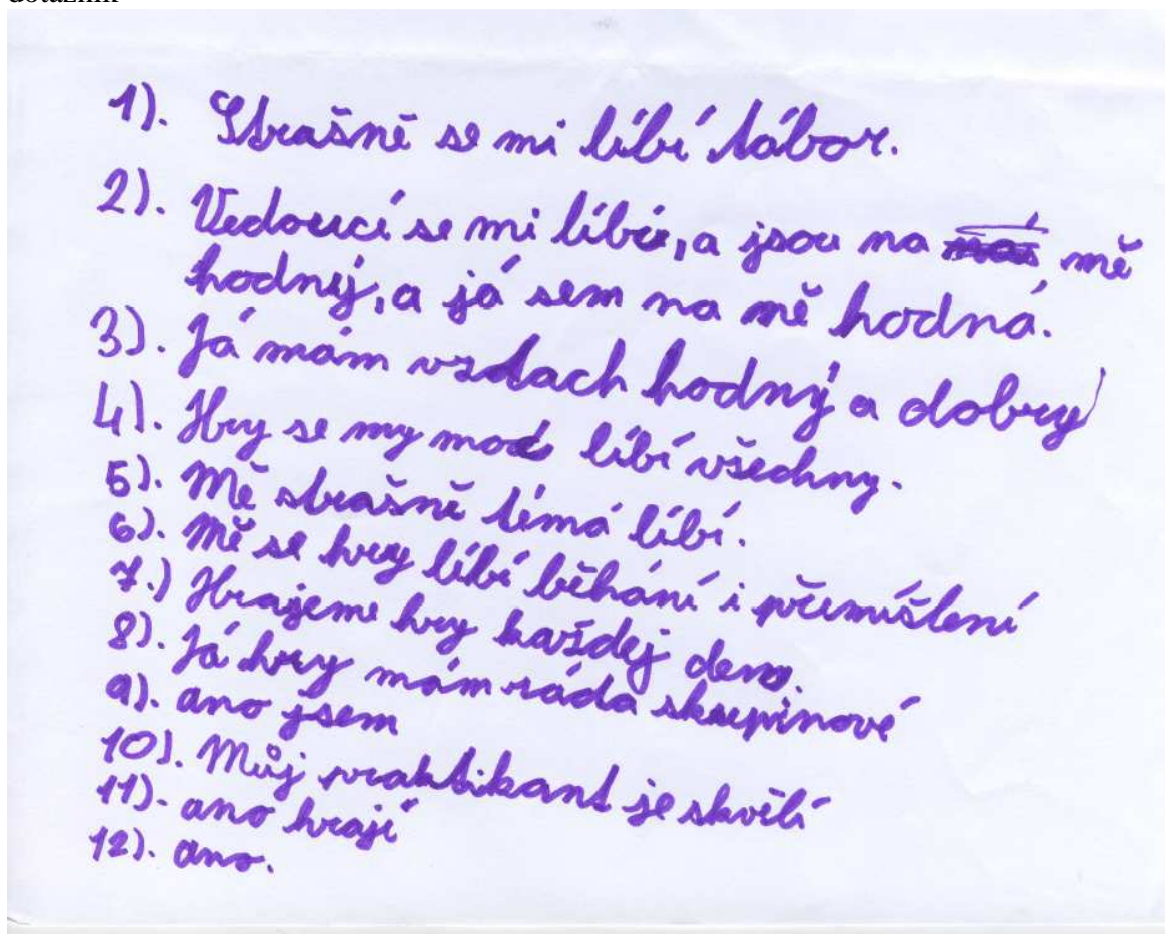
<b>Lék</b>	<b>Dávkovací rozmezí</b>
<b>Stimulancia</b>	
Ritalin	10 - 60 mg/den
<b>Antidepresiva (tgricyklická)</b>	
dosulepin, imipramin, klomipramin	10 - 20 mg/den do 6 let
	10 - 75 mg/den do 12 let
(Protahiaden, Melipramin, Anafranil)	50 - 150 mg/den po 12 letech
<b>SSRI</b>	
setralin (Zoloft, Asentra, Serlift)	20 - 150 mg/den
fluvoxamin (Fevarin)	500 - 300 mg/den
fluoxetin (Deprex, Prozac, Deprenon, Floxet, Portal)	10 - 60 mg/den
<b>Antipsychotika (neuroleptika)</b>	
haloperidol (Haloperidol)	0,5 - 8 mg/den do puberty
	1 - 16 mg/den v postpuber.období
sulpirid (Dogmatil, Sulpirol, Prosulpin)	25 - 500 mg/den
klozapin (Leponex, Clozapin, Desitin)	50 - 600 mg/den
olanzapin (Zyprexa)	2,5 - 20 mg/den
risperidon (Risperdal, Risperin)	0,25 - 6 mg/den
amisulprid (Solian, Deniban)	25 - 1000 mg/den
ziprazidon (Zeldox)	40 - 120 mg/den
<b>Thymoprofylaktika</b>	
lithium carbonikum (Lithium carbonikum)	0,6 - 1 mmol/litr (sériová hladina)
karbamazepin (Biston, Neurotop a Timonil)	5 - 10 mg/litr (sériová hladina)
klonazepam (Rivotril, Antelepsin)	0,5 - 4 mg/den
<b>Ostatní</b>	
buspiron (Buspiron-Egis, Buspar, Anxiron)	10 - 45 mg/den

## Příloha č. 5

Dotazník pro děti s ADHD, ukázka jednoho dotazníku.

1. Jak se Ti líbí tábor?
2. Jak se Ti líbí vedoucí? (Jaký je jeho přístup k Vám/ k Tobě?)
3. Jaký k němu máš vztah?
4. Jak se Ti líbí hry, které hraje?
5. Vyhovuje Ti téma k táboru?
6. Máš raději hry na přemýšlení nebo na běhání?
7. Hrajete dostatek her?
8. Máš raději hry individuální nebo skupinové?
9. Jsi tvořivý při hraní her?
10. Jaký je Tvůj praktikant?
11. Hrají s Tebou hry i vedoucí?
12. Využíváte při hraní her různá místa( antuka, les, hřiště)?

dotazník



## **Příloha č. 6**

### Dotazník pro chlapce z kazuistik

1. *Jaký máš vztah s rodiči?*
2. *Jak Ti to jde ve škole?*
3. *Jaký máš vztah se spolužáky?*
4. *Jaké máš záliby?*
5. *Jaký máš vztah se sourozenci?*

## Příloha č. 7

### Fotogalerie

Foto č.1: celotáborová hra



Foto č. 2: výroba korálků



Foto č. 3: oddílové foto



Foto č. 4: sportovní aktivita



Foto č. 5: celotáborová hra



Foto č. 6: společenský večer-diskotéka





Foto č. 7: kluci ze 4. oddílu



Foto č. 8: celodenní výlet

Foto č. 9: nástup vedoucích



Foto č. 11: skupinové foto

Foto č. 10: vyhlášení celotáborové hry



Foto č. 12: tým Madagaskaru



Foto č. 13: relaxační cvičení



Foto č. 14: pohádkové bytosti





Foto č. 17: táborák



Foto č. 18: šermířské vystoupení