UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008 **Martina Czibulková**

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

DÍTĚ S PORUCHOU POZORNOSTI A HYPERAKTIVITOU – SYNDROM ADHD

Bakalářská práce

Autor práce: Martina Czibulková

Vedoucí práce: PhDr. Mariana Bažantová

2008

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

THE CHILD WITH DISORDED OF ATTENTION AND HYPERACTIVITY – SYNDROM ADHD

Bachelor´s thesis

Author: Martina Czibulková

Supervisor: PhDr. Mariana Bažantová

2008

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové …… ……..

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala všem, kteří se jakýmkoliv způsobem podíleli na vzniku této práce. Nejvíce bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. Marianě Bažantové za poskytnutí cenných rad a za vedení práce.

Dále bych ráda poděkovala panu řediteli Mgr. Janu Jiterskému na ZŠ Bodláka a Pampelišky, o.p.s. Veliš, panu řediteli Procházkovi na 4. ZŠ v Jičíně a paní doktorce Hofmanové z psychologickopedagogické poradny za podporu a pomoc při získávání informací a potřebných materiálů pro empirickou část. Velké díky patří všem zúčastněným rodičů, kteří se podělili o své zkušenosti při vyplňování dotazníků.

OBSAH

I. Úvod 7

II. Teoretická část 10

1. Historické poznámky u zkoumání syndromu ADHD 10

2. Definice a vymezení problému 13

3. Etiologie a patogeneze poruchy pozornosti doprovázené hyperaktivitou 15

3.1 Činitelé prenatální a perinatální 16

3.2 Činitelé postnatální 17

3.3 Činitelé genetičtí 18

3.4 Dietní činitelé 18

4. Klinické příznaky projevující se u ADHD Třesohlavá LMD vDV 21 19

5. Charakteristické projevy ADHD 22

5.1 Vnímání a motorika 22

5.2 Pozornost 23

6. Diagnostická kritéria pro ADHD 25

6.1 Diagnostické okruhy 25

6.1.1 Porucha pozornosti 26

6.1.2 Hyperaktivita ..... Chyba! Záložka není definována.

6.1.3 Impulzivita 27

6.2 Diagnostické manuály pro ADHD 28

6.3 Kritéria závažnosti deficitu pozornosti – hyperaktivity 30

7. Doporučená náprava ADHD 31

7.1 Farmakoterapie 31

7.1.1 Hlavní farmaka 31

7.1.1.1 Psychostimulancia 32

7.1.1.2 Antidepresiva 32

7.1.1.3 Neuroleptika 33

7.1.2 Vedlejší farmaka 34

7.2 Psychoterapie 34

7.2.1 Kognitivní behaviorální intervence dítěte se zaměřením na dětského pacienta s ADHD. 36

7.2.2 Kognitivně behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele. 36

7.2.3 Přímý management jednotlivých případů ADHD s ohledem na individuální potřeby v „reálných situacích“. 36

7.2.4 Komplexní intenzivní behaviorální léčba. Letní terapeutický program pro děti a jejich rodiče. 37
7.2.5 Kombinovaná bahaviorální a farmakologická léčba 37
7.3 Edukace a prevence 37
7.4 EEG biofeedback 38
7.4.1 Indikace metody 40
7.5 Tělesná cvičení 41
7.6 Cvičení převzatá z jógy 41
7.7 Relaxační metody 42
8. Specifické poruchy učení 42
8.1 Specifická porucha čtení – dyslexie 44
8.2 Specifická porucha psaní – dysgrafie 45
8.3 Porucha gramatiky – dysortografie 45
8.4 Porucha matematiky – dyskalkulie 46
9. Hospitalizace dítěte s ADHD 48
III. Empirická část 50
10. Výzkum 50
10.1 Předpoklady pro výzkum 50
10.2 Metodický postup 50
10.3 Výzkumný soubor 51
10.4 Anamnestické údaje 52
10.5 Vyhodnocení dotazníků 52
IV. ZÁVĚR 77
V. ANOTACE 78
VI. LITERATURA A PRAMENY 79
VII. SEZNAMY 81
VIII. PŘÍLOHY 84

I. ÚVOD

V dnešní uspěchané době plné stresu, nejistoty, počítačů a mobilních telefonů je určitě každý z nás rád, když si může odpočinout a úplně vypnout. Někomu stačí chvilka v přeplněné hromadné dopravě, kde zavře oči a snaží se myslet na něco příjemného. Někdo raději odjede daleko od všech lidí, aby měl klid a prostor pro sebe a své myšlenky. Ale jistě se už i Vám stalo, že jste byli z vašeho poklidného rozjímání vytrženi nějakým nezbedným dítkem.

Dnes a s největší pravděpodobností i v dobách dávno minulých bylo prioritou a největším přáním všech rodičů mít doma zdravé a slušně vychované dítě. Jenže poslední dobou je k tomu zapotřebí čím dál tím víc úsilí, práce a nervů, a přeci se někde najde nějaký potomek, který stále zlobí, je neukázněný, všem je nápadná jeho zvýšená pohybová aktivita, nedokáže se soustředit a je velmi neklidný. Nejčastějšími ohlasy bývá to, jak je to dítě nevychované, jak si ho doma nikdo nevšímá, a že roste pro kriminál. A pokud jde o ratolest vaši nebo někoho z vašich blízkých, tak se pouze mávne rukou a všichni se spokojí s tím, že je prostě jen trochu živější než ostatní děti.

Po dlouhou dobu, téměř celé dvě třetiny 20.století se tyto nepřehlédnutelné děti považovaly za nevychované či nezvladatelné. Nikdo nevěděl, že jde o relativně častou psychickou poruchu. Teprve v poslední třetině minulého století se tomuto výrazu LMD – lehká mozková dysfunkce (Minimal brain dysfunktion) nebo dnes spíše užívanějšímu termínu ADHD – poruchy pozornosti provázené hyperaktivitou (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) začalo věnovat více pozornosti a zadostiučinění.

ADHD představuje velkou obtíž v životě dítěte, jeho rodičů a blízkého okolí. Nelze jí považovat za poruchu, kterou je možno vyléčit a nebo si myslet, že z ní dítě časem vyroste samo bez náležité péče, která je v tomto případě zapotřebí. Dnešní uspěchaný způsob života povětšinou zabraňuje rodičům, aby věnovali svému dítěti dostatek času. Především jim brání v dostatečné trpělivosti, snahy o pochopení, vřelého vztahu a vytvoření adekvátního zázemí i podmínek pro jeho zdárný a co možná nejúspěšnější vývoj.

Největší roli v tom, jaký člověk jednou z dítka vyroste a čeho v životě dosáhne, hrají především rodiče. Hlavně oni je můžou vést tou správnou cestou a pomoci jim uspořádat si co nejlépe svůj budoucí život. Pouze oni jsou tou hlavní prioritou, která jim pomůže dokázat se s touto poruchou plnohodnotně vyrovnat a vést normální život bez frustrací, aby své dovednosti a nadání uměly vyzdvihnout nad své slabé stránky.

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla věnovat tomuto tématu, protože se domnívám, že i přes dnešní osvětovou činnost a dostupnost k informacím se stále najdou rodiče a nepřející lidé z okolí, kteří vidí stále jen to zlobivé a neposedné dítě, které potřebuje naši pomoc a samo neví, jak si se sebou samým má poradit.

„Dítě má jen jedno dětství a má právo prožívat je bez potlačování svých přirozených potřeb a zájmů.“

John Deset

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Historické poznámky u zkoumání syndromu ADHD

Už v dávno zapomenutých knihách, na kterých dnes leží jen prach, ale i v dobových kronikách je možné se dočíst o tom, jak některé postavy popisovány v těchto svazcích se nápadně podobají svým chováním, povahou a typem osobnosti dnešním dětem s poruchou ADHD. K lékařskému i vědeckému poznávání a odhalování utajených stránek této poruchy dochází až v mnohem pozdějším období. Vývoj zkoumání je možné z pohledu časové roviny rozdělit do tří etap:

- „prehistorie“ do této etapy se zahrnuje odborné zkoumání v trvání asi 100 let zhruba do konce třicátých let dvacátého století.
- „historie“ což je klasická éra bádání, kam spadá období od počátku let šedesátých.
- „současnost“ kam můžeme zařadit období dvaceti let do minulosti.

(Černá, 1999)

Pro první etapu je typické sbírání střípků a postřehů z různých oborů jako neurologie, pediatrie, psychologie a pedagogiky. Na problém se nahlíželo z pohledu okolností jeho vzniku nebo z hlediska daného příznaku. Postupem času byl kousek po kousku skládán obraz, který poodhaloval pravou tvář tohoto problému.

V roce 1838 belgický psychiatr J. Guislain v pojednání o frenepatiích čili poruchách mysli uvedl ve vztah poruchy chování některých dětí s mozkovým postižením. Německý lékař H. Hoffmann popsal v roce 1845 jako první jev, který dnes nazýváme hyperkinetickým syndromem. Tento termín ve spojení s onemocněním užili poprvé až v roce 1932 němečtí lékaři F. Kamer a H. Pollow.

Dalším z těch, kteří se podílejí na zkoumání byl francouzský psychiatr E. Dupré, který si v roce 1908 povšiml pohybové neobratnosti některých dětí s normálním nadáním, což nazval termínem „motorická debilita“. Tento výraz později pozměnil německý psychiatr A. Hamburger v roce 1926 na „motorický infantilismus“ a v roce 1958 ho Bahwin inovoval na „vývojovou neobratnost“.

Po první světové válce, kdy se lidstvo muselo potýkat s von Economovou encefalitidou se ukázalo, že na některých dětech byly zanechány následky na nervovém systému, což se projevovalo změněným chováním. L. B. Hohman a F. G. Ebsugh v roce 1922 a 1923 popisují tyto „postencefalitické poruchy chování" – Po odeznění akutního stadia nemoci přetrvává u mnohých dětí zvýšený neklid, dráždivost, impulzivita, citová labilita, vrtkavost nálad, neposlušnost a hádavost. V roce 1932 přidává Bond navíc lhavost, lenost, nedbalost, krádeže a návrat k dětským návykům.

Od dvacátých let minulého století vznikají studie, které zkoumají souvislosti mezi prokázaným poškozením mozku a jeho důsledky v dalším chování dítěte. Later a Blau v roce 1937 poukazují na skupinu dvanácti dětí, které se před úrazem chovaly normálně a poté se změnily na nezvladatelné, neklidné, agresivní, asociální, hrubé a neposlušné děti. Podobné změny byly popsány i u dětí, které prodělaly černý kašel nebo se otrávily olovem.

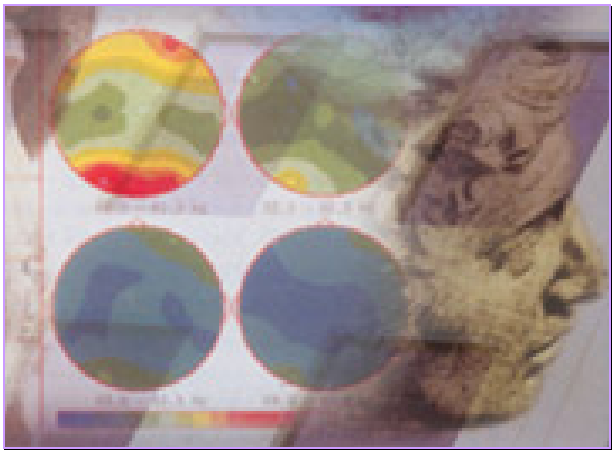
Postupem zkoumání se stále více odborníku přiklánělo i k možnosti, že jsou jisté souvislosti s pozdějším chováním dítěte a průběhem porodu. Již v roce 1908 prohlašoval A. F. Tredgold, že „v mírnějších případech porodních poškození mohou počáteční příznaky rychle pominout a obtíže zaznamenáváme pouze v době, kdy dítě začne chodit do školy" *(Černá, 1999)*. Což poukazuje na vnější, stresující a rozvoj příznaků spouštějící okolnosti.

Nezastupitelnou roli v objevování má i studium čtení a psaní. První zmínky sahají až do minulého století, kde byly sledovány případy afázií u dospělých po traumatech mozku. Objevily se takové případy, kde intelektové a smyslové funkce mozku byly zachovány, ale pacienti nebyli schopni číst nebo dokonce sluchově vnímat při zachování řeči. Německý lékař A. Kussmaul tyto poruchy nazval termínem „slovní slepota" a „slovní hluchota". Lékař O. Berkham pojmenoval některé děti s poruchou psaní jako „Schreibstammler" neboli „v psaní koktavé". Termín dyslexie, který je v dnešní době velmi frekventovaný použil v roce 1896 oční lékař J. Hinshelwood.

Ve čtyřicátých a na počátku padesátých let byla porucha ADHD odhalena i u nás a to bez ovlivňování poznatků z jiných zemí. Hlavní podíl na tom má pražský sociodiagnostický ústav. Pokud jde o ADHD projevující se vývojovými poruchami čtení a psaní, máme v naší historii ojedinělou práci (o půlstoletí předstihující svou dobu) od psychiatra a profesora A. Heverocha, který v roce 1904 uveřejnil v pedagogickém časopise Česká škola jasnozřivý článek „O jednostranné neschopnosti naučit se čísti a psáti při znamenité paměti". *(Černá, 1999)*

I obor jako je neurologie se u nás podílel na objevování poznatků k dané poruše. Když J. Ditrich a I. Lesný si u dětí s lehčí formou mozkové obrny povšimli dětí neobratných, s opožděným vývojem. Jako další obory se do bádání přidávají biochemie, neurofyziologie a sociální psychologie, které se v šedesátých a sedmdesátých letech podílejí na zpřesňování, prohlubování a prověřování dosavadních poznatků. Dalším rysem současnosti je snaha a úsilí o co nejvčasnější diagnostiku poruchy ještě v době, než se projeví navenek, aby bylo možné včas preventivně zasáhnout.

Obrázek 1



2. Definice a vymezení problému

Postupným plynutím času se od prvně položených otázek týkajících se poruch mozku až do šedesátých let nastřádalo tolik informací, zjištění a poznatků, že už bylo na čase je sjednotit a dát všemu ucelené pojmenování. Pro další vývoj a diagnostiku bylo zapotřebí se shodnout na základních termínech a hlediscích. Všechny práce byly odrazem důkladného bádání a pozorování všemožných oborů jako neurologie, pediatrie, psychiatrie a další, čímž vznikaly pestré palety názorů i pojetí. Nejsložitějším krokem bylo tento pojem vymezit a rozlišit od jiných, protože ADHD má velmi různorodou etiologii i patogenezi a tím vytváří mnohotvárnou a rozmanitou klinickou podobu. Proto se tedy nemůžeme divit, že kolem roku 1963 bylo navrženo přes šedesát definic a nepřeberné množství názvů. V té době se tento počet pohyboval kolem padesáti. Některé termíny vidí podstatu zakotvení problému v příznacích a zdůrazňují dominantní obtíže („hyperkinetický syndrom“, „vývojová neobratnost“, „impulzivní poruchy chování“). Jiní se snaží uchopit problém z psychologického hlediska a tím vznikají názvy jako: „percepčně motorická porucha“, „specifická neschopnost pro řeč“, „vývojová dysfázie“, „syndrom dysgnozie-dyspraxie“. Ostatní vidí příčinu v primárních poruchách a vyzdvihují jí v podobě názvu jako například „perinatální“, „vrozené“, „organické“, „postencefalické“ poškození.

Pro širokou škálu názvů a termínů se tedy v roce 1962 konala v Oxfordu mezinárodní konference, která si dala za úkol vyřešit terminologické pojetí problému. Přiklonili se a doporučili dále používat termín „lehká mozková dysfunkce“. O rok později, tedy v roce 1963 byla podniknuta další konference zaměřující se na sjednocení pohledů a nadále potvrzují jejich předešlé stanovisko.

Dále byly ustanoveny pracovní komise skládající se z čelných představitelů různých oborů, které mají za úkol navrhnout pojmové a věcné vymezení problému. Odborná komise skládající se z dvanácti členů pod vedením psychologa S. Clementse v roce 1966 definuje problém takto:

„Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení (impairment) ve vnímání, tvoření pojmů (conceptualization), řeči, paměti a v kontrole pozornosti, popudů

(impulse) nebo motoriky. Podobné příznaky mohou nebo nemusí komplikovat problematiku dětí s mozkovou obrnou, mentální retardací, slepotou nebo hluchotou.

Tyto odchylky mohou vznikat z genetických variací, biochemických nepravidelností, perinatálních poškození mozku či jiných onemocnění nebo poškození prodělaných v průběhu let, jež jsou kritická pro rozvoj a zrání centrálního nervového systému, anebo z neznámých příčin.“. *(Černá, 1999)*

V předešlém odstavci jsem citovala definice LMD, ale určitě se někdo musí zamyslet nad tím, proč se tato porucha označuje jako lehká, když je možné ji zapříčinit tolika způsoby a možné varianty se také nezdají jako zrovna lehké. Slovo „lehká“ v tomto sousloví vyjadřuje to, že dysfunkce není spojena s hrubou nebo těžkou poruchou. Tímto přídavným jménem se pouze vyjadřuje protiklad k poškozením „těžkým“. V žádném případě to není myšleno tak, že by lehké mozkové dysfunkce byly málo závažné. Bohužel i minimální poruchy mohou pro budoucí život dítěte nést maximální následky.

3. Etiologie a patogeneze poruchy pozornosti doprovázené hyperaktivitou

Vyhledávání a následné určení příčiny je velmi významné a nesmírně důležité pro

- Dítě samotné: je důležité si přiznat a brát ohledy na to, že problémy dítěte nemají příčinu v jeho vlastnostech jako je charakter, temperament, povaha. Ale že základním kamenem jeho problémů je biologický faktor. Těžký osud a celý další budoucí život bude mít dítě, která za své druhé jméno bude mít lajdák, zlobivý, nevychovatelný, hloupý. Je možné, že tato nálepka na něj přilne a on se jím opravdu stane. Lehčí život bude mít to dítě, jehož rodiče pochopí, že on za to nemůže. Vždyť trpí poruchou!
- Stanovení správného nápravného postupu: Dítě s ADHD nelze převychovat, přetvořit si jeho chování k obrazu svému a tak, jak by si každý představoval chování svého potomka. Je zapotřebí využít odborného postupu, který vychází z psychoneurofyziologie poruchy.

K příčinám i okolnostem vzniku je za celou dobu zkoumání a objevování zjištěno mnoho užitečných poznatků, i když je určitě ještě mnoho záhad, které v sobě tato porucha stále ukrývá. Svou nenahraditelnou roli zde sehrály různé přístupy jednotlivých odborníků všemožných oborů, zabývajících se tímto tématem. Již v roce 1960 za pomocí výzkumu Pasamanicka a Knoblochové byla potvrzena teorie organické poruchy. Dále v roce 1966 Clements poukazoval na minulost, kde za prvotní považovali psychogenní faktory. A podle Kučery byly hlavními příčinami vzniku poruchy postnatální encefalitida a asfyktický syndrom. Jistě významný podíl na poodhalování zapříčinění má i Šembera a Mydlil, kteří vzali v potaz i možnost hypoxie plodu v perinatálním období. V dnešní době se příčiny a okolnosti vzniku rozdělují do několika skupin.

3.1 Činitelé prenatální a perinatální

Těhotenství a porod se bere jako samozřejmost a fyziologická záležitost v našich životech, ale v poslední době se na narození zdravého potomka shlíží spíše jako na zázrak. Je skoro nepředstavitelné, jak se tak malé stvoření dokáže vyrovnat a přežít v době jeho vývoje, kdy nikdy více není ohroženo než tak, jako v právě v perinatálním období a na jeho úplném vrcholu, kdy je vystaveno nesmírným nárokům. Porod i fyziologický představuje riziko smrti největší v možném budoucím životě. Je to vlastně první zkouška pro odolnost organismu.

Gesell konstatoval, že „I zcela negativní porodní anamnéza a novorozenecké období proběhlé bez rušivých příhod mohou si někdy vyžádat diagnózu lehkého poškození na základě přetrvávajících či jen postupně ubývajících známek v chování. V nejasných a pochybných případech platí toto bezpečné pravidlo: Netvrďme, že zde určitě nedošlo k mozkovému postižení, ale předpokládejme, že každé dítě, které se narodilo živé, bylo vystaveno obecnému nebezpečí takového poškození. Z hlediska vývojové diagnostiky možno předpokládat, že všechny děti, ať už se narodily jako prvorozené či nikoli, skutečně utrpí v nějakém stupni porodní poškození, avšak obrovská většina normálních a šťastných dětí má adaptační mechanismy, jež vedou k rychlému zotavení. Skupina dětí s lehkým mozkovým postižením se skládá z těch, které se zotavují pomalu či se zpožděním, nebo v jejichž chování jsou patrné pozůstatky, o nichž soudíme, že jsou důsledkem poškození.“

(Černá, 1999)

Prozatím nejsou k dispozici dostatečné materiály k tomu, aby bylo možné prokázat eventuální souvislost mezi typem poškození, jeho lokalizací v čase nebo na mozkové tkáni a výslednou lehkou mozkovou dysfunkcí. Byly zkoumány skupiny dětí s poruchou z pohledu vzniku komplikací v době těhotenství, průběhu porodu a těsně po porodu. Ke vzniku poruchy dojde často spojením či kombinací několika různých příčin.

Jedním z mnoha činitelů je matčin zdravotní stav a onemocnění vzniklé v průběhu gravidity. Vznik nežádoucího onemocnění může připravit půdu pro další nežádoucí faktory jako je předčasný porod nebo asfyxie, které připraví svízelnou cestu pro budoucí rozvoj syndromu ADHD. Další okolnost, která se může podílet na vzniku je geneticky podmíněný činitel. Do této skupiny je možné zařadit výšku, tělesnou hmotnost (obezita je méně příznivá) a věk matky (vyšší riziko u matek do 15 a nad 35 let).

Dále je možné ovlivnění z pohledu početí (jestli je dítě chtěné nebo zda bylo početí umělé). Záleží i na předchozích graviditách a průbězích porodů (jestli těhotenství předcházely spontánní či umělé potraty, souvislost může být i s komplikacemi u předešlých porodů). Na vývoj plodu působí i počet předešlých porodů (porody prvorozených dětí bývají obtížnější než porody další).

Větším rizikem vzniku jsou zatíženy jak děti s malou porodní hmotností - pod 2000 gramů, tak i děti s hmotností nad 4000 gramů. Dalším faktorem je i nedonošenost, která jde většinou ruku v ruce s nízkou porodní hmotností. Jsou ohroženy ale i ty děti, které byly donošeny a porozeny v řádném termínu, avšak jeví se jako nezralé, především v podobě nedostatečné hmotnosti. Tyto novorozence označujeme jako hypotrofické.

Plod ohrožuje i přenášení přes termín porodu, protože v těchto případech bývají zásoby energie vyčerpány a rychle klesá hladina kyslíku v krvi plodu. Jako jednou z nepříznivých a velmi nežádoucích okolností vzniklých při porodu je asfyxie plodu zapříčiněná nedostatečným nebo přerušeným přívodem kyslíku k mozkovým buňkám.

3.2 Činitelé postnatální

Po narození a zdolání všech útrap, které stály v cestě jeho pouti na svět, je novorozené miminko vystaveno mnoha vlivům, které mohou ovlivnit jeho další život. Po vytržení z jeho klidného a relativně bezpečného prostředí kde doposud trávilo svůj vývoj je nyní ohroženo. Je citlivé a vysoce vnímavé na působící vlivy z vnějšího prostředí. Mezi nejvíce obávané faktory působící na plod po narození jsou infekční onemocnění, zvláště pak, jsou-li spojena s horečkami a podrážděním centrální nervové soustavy.

Dalším velice důležitým a nezanedbatelným faktorem je úraz hlavy. Úraz hlavy spojený s otřesem nebo zhmožděním mozku může mít za následek příznaky zapadající do obrazu syndromu ADHD.

3.3 Činitelé genetičtí

Podíl dědičnosti na vzniku poruchy se v posledních desetiletí rychle rozvíjí v závislosti na tom, jak postupuje výzkum genetiky. Studie prokazují, že v lidských chromozómech není žádný gen, který by byl přímo zodpovědný za chování. I když v roce 1998 byl objeven gen, který přenáší dyslexii. Zvláštností ale je, že je umístěný na chromozomu podílejícím se na řízení imunity. Toto zjištění podporuje fakt, že děti s ADHD jsou náchylnější k infekcím a alergiím. „ Vztah mezi geny a konečným chováním je zprostředkován hormony a enzymy, zejména těmi, jež jsou účastny při přenosu nervových vzruchů, právě tak jako rozmanitými vlivy psychickými a společenskými.“

(Černá, 1999)

Genetický podíl podílející se na rozvoji syndromu je v každém případě velice složitá záležitost. V tomto ohledu je možno mluvit o genetickém polymorfismu nebo o polygenetických abnormalitách. Na zkoumání hereditárního přičinění se zasloužila molekulární genetika, která zkoumala genetické variace a zjistila, že je na místě buď odchylka genu strukturálního. Tato odchylka je rázu kvalitativního nebo kvantitativního. Nebo je možnost změny ve smyslu aktivace či inhibice genu regulačního.

Ke všem získaným genetickým studiím je však nutno dodat, že samotný genetický činitel je těžko vysledovatelný. Velkou měrou k tomu přispívá nejen biologická dědičnost, ale i dědičnost extrabiologická neboli sociální. Je zřejmé, že rodiče alkoholici nebo třeba psychopati nebudou vychovávat svého potomka zrovna nejlépe. Záleží i na stylu výchovy a na hodnotovém žebříčku rodiny.

3.4 Dietní činitelé

Již v roce 1975 se newyorský pediatr B. Feingolg zamyslel nad tím, zda nemá vliv na chování dítěte i potrava, kterou hyperaktivní jedinci přijímají. Vyslovil názor, že chování zapadající do syndromu ADHD je způsobeno nadměrným obsahem umělých potravinářských barviv, různých přísad a příchutí. Všechny tyto látky jsou tělu nepřirozené a nepřírodní, používají se jich statisíce. Jsou obsaženy například ve šťávách, čokoládě, zákuscích, zmrzlině, oříšcích ale i mléce. Některé studie prokázaly změny nálad a chování i při požití těžce stravitelných potravin jako je maso nebo vajíčka.

4. Klinické příznaky projevující se u ADHD

Příznaky spojené se syndromem ADHD jsou velmi rozmanité v závislosti na širokém rozsahu etiologie a patogenezi této poruchy. Na projevech jednotlivých příznaků se vztahuje i důležitost různého stupně vývoje dítěte v jednotlivých časových úsecích. Musíme brát v potaz i prostředí, ve kterém se dítě pohybuje a vyrůstá. Jednotlivé příznaky se nemusí pokaždé vyskytnout všechny, záleží na jejich míře a rozmanitosti.

Nálezy v testech měřících psychické výkony

U dítěte jsou značné výkyvy v rovnoměrnosti zvládání daných výkonů. Jednu záležitost zvládnou excelentně a v jiném případě je jejich výkon velmi nízký až podprůměrný.

Poškození percepce a vytváření pojmů

Jedinec má narušenou rozlišovací schopnost velikosti. Nerozeznává pojem vlevo, vpravo a nahoře, dole. Špatně se orientuje v čase, nebere v potaz co bylo nebo bude, žije pouze přítomností. Orientace v prostoru je také narušená. Není schopné své smyslové vnímání dávat dohromady a spojovat ve smysluplné celky.

Specifické neurologické znaky

Nebývají zjištěny veliké abnormality, ale často se nacházejí hraniční nálezy. Do této skupiny patří například strabismus, asymetrie reflexů, poruchy vidění nebo sluchu.

Poruchy řeči a sluchového vnímání

Porucha slyšení a vnímání podnětů z vnějšího okolí pomocí sluchu je nechtěná zejména v předškolním věku, kdy se rozvíjí řeč. U dětí se poté vyskytují různé druhy vývojové afázie, pomalý vývoj a mírná nepravidelnost řeči.

Poruchy motorických funkcí

Do této skupiny lze zařadit nemotornost, neohrabanost, narušenou jemnou motoriku, hyperaktivitu i hypoaktivitou. Některé motorické poruchy se projevují tremorem, atetózou, rigidními pohyby.

Poruchy učení

Děti mají problémy se čtením, s psaním ve smyslu gramatickém i stylistickém. Potíže se mohou objevit i v kreslení a zejména v obkreslování. Také se často vyskytuje neschopnost efektivní organizace započaté práce a její dokončení.

Poruchy myšlení

Vyskytuje se nízká schopnost myšlení abstraktního i obecně konkrétního. Mají slabou krátkodobou i dlouhodobou paměť. Často myslí pouze artisticky. Výrazně se projevuje ulpívání v myšlení.

Fyzikální charakteristika

Do této skupiny se řadí neurotické rysy jako kousání nehtů, cucání palce, kývání hlavou, nepravidelný příjem stravy, nesnadné přizpůsobení hygienickým návykům a vysoká četnost jedinců s enurézou.

Citová charakteristika

Dítě se projevuje jako vysoce impulzivní a výbušné, má nízký práh vzrušení a popudlivosti, špatně odolává frustračním vlivům, často se chová bez zábran. Je těžko ovlivnitelné.

Charakteristika spánku

Projevuje se nepravidelností spánkového rytmu, výraznou pohyblivostí během spánku. Kvalita spánku jde do obou extrémů, jak lehkosti, tak tvrdosti. Oproti jiným dětem je potřeba spánku snížena.

Schopnost navázání kontaktu s okolím

Navazování kontaktu se jeví jako problémové hlavně s vrstevníky. Při hře se projevuje jejich vzrušivost. Lépe snášejí menší skupinky o dvou až třech dětech než hru ve velkém kolektivu. Nedokáží odhadnout své chování ve skupině a bývají agresivní a vzápětí lítostivé. Často se s oblibou předvádění, vyžadují styk s ostatními. Nezvladatelné situace řeší únikem nebo panikou.

Změny fyzického vývoje

Vývoj bývá nepravidelný, nezralost a fyzický vývoj sám nemusí být nijak poškozen, spíše bývá nevyzrálost ve funkčních oblastech. Někdy je zase na druhou stranu somatický vývoj urychlený.

Charakteristika speciálního chování

Inteligence a společenské chování dítěte si navzájem neodpovídají. Chování se často projevuje navenek jako nevhodné k situaci a jako neslušné. Samo dítě neumí své chování předpokládat a neumí nést následky svého jednání. Tyto děti většinou zaujímají negativistický až agresivní postoj k autoritě, kterou často neuznávají.

Změny osobnosti

Dítě se projevuje velkými výkyvy v náladách. Agresivita, zlost se v zápětí vystřídá s lítostivostí a pláčem. Často je možné pozorovat lehkověrnost a snadnou manipulovatelnost od osob, které považuje za idoly. Některé děti se ale také projevují tím, že chtějí být nápomocni, spolupracovat a touží po pochvale a dobrém hodnocení.

Poruchy koncentrace a pozornosti

U dětí se objevuje nadměrná roztržitost, nerozhodnost a porucha schopnosti se soustředit. Jejich chování je ulpívavé jak po stránce motorické, tak i po stránce verbální.

5. Charakteristické projevy ADHD

5.1 Vnímání a motorika

Už synonymní název pro ADHD percepčně-motorická porucha do jisté míry naznačuje poruchy objevující se v této oblasti. Vývoj vnímání a motorických dovedností se zdokonaluje v průběhu života dítěte a děje se od etap jednodušších ke složitějším. Je projevem mozkové maturace. Dozrávání a zlepšování určitých funkcí není rovnoměrné a je typické pro určitý věk. Vyzrávání je závislé především na zralosti mozku jak po stránce strukturální, biochemické, tak i po stránce neurofyziologické. Nepostradatelná je i potřeba přítomnosti vnějších podnětů, cíleného nacvičování a samozřejmě rozvíjení. Pokud dojde k tomu, že se v určitém období daná funkce nerozvine, mluvíme o jejím opoždění. Tento nedokonalý proces je právě jedním z nejpříznačnějších projevů ADHD. To ovšem neznamená, že každé dítě, které je oproti jinému pozadu ve vývoji musí mít tuto poruchu. Každý jedinec je individuální, neopakovatelný a nenahraditelný. Teprve komplex obtíží a poruch po stránce vývojové značí a opravňuje k vyřčení ortelu, tedy stanovení diagnózy ADHD. „Děti s LMD trpívají poruchami či opožďováním vývoje v oblasti vnímání, diferenciaci podnětů (zrakových, sluchových i hmatových) i v oblasti intersenzorické či senzomotorické integrace a koordinace“. *(Třesohlavá, 1990)* Nedochází tedy ke ztrátě dané funkce nebo schopnosti, ale spíš jde o její retardaci. Některé dysfunkce trvají po celý život a to zejména v činnostech, kde se vyžaduje koordinace více funkcí najednou.

Zraková percepce, prostorová orientace a psychomotorické dovednosti mají svůj základní stavební kámen ve správné funkci pravé mozkové hemisféry. Pokud je tato část mozku nějakým způsobem poškozena, má dítě potíže v činnostech, které tyto názorové funkce vyjadřují. Na zrakovém vnímání je založeno i správné hodnocení a vnímání okolního prostoru. K čemuž patří i určování pravé a levé strany. Závažnou poruchou v oblasti vnímání je neschopnost spojovat jednotlivé detaily do celkového, smysluplného obrazu. Úroveň zrakových schopností, eventuelně míra poškození se sleduje pomocí nejrůznějších kresebných zkoušek. Kresebné testy zjišťují činnost vizuomotorickou.

Dětská kresba zachycuje několik základních oblastí vyvíjející se psychiky.

- Kresba zachycuje úroveň zrakového vnímání, představivosti a paměti.
- Na kvalitě čar se odráží jemná motorika.
- Kresba odráží dosaženou úroveň vývoje rozumových schopností.
- Kresba se používá i jako projektivní metoda, která odhaluje mnohé osobní charakteristiky dítěte.

U sluchového vnímání dochází k tomu, že dítě je daleko více rozptylováno zvukovou kulisou z okolí než ostatní děti. Obtíže byly objeveny i ve vnímání taktilním a haptickém. U dětí se často projevuje porucha vnímání vlastního těla. Například se vyskytují případy, kdy děti nepoznají prsty vlastní ruky. Tento jev se nazývá prstová agnozie. Vnímání po stránce čichové zatím nebylo sledováno.

U dětí s ADHD si každý nejspíše povšimne, že jsou nešikovné a neobratné oproti jiným dětem, tedy že mají změněné motorické projevy. Mluví se o mikroporuchách motorického vývoje, které se třídí do těchto skupin.

- Poruchy pyramidového systému, kam se řadí snížená obratnost a zhoršený grafický projev zapříčiněný nedokonalou opozicí palce.
- Mikropříznaky poškození extrapyramidového systému.

Sem patří poruchy harmoničnosti a koordinace pohybů. Dítě je schopné provést pohyby jednotlivě, ale nedovede je spojit, aby vznikl harmonický celek.

- Snížená schopnost cílených pohybů.

Pohyby jsou nepřirozené a křečovité. Dochází k zvýšenému motorickému napětí a svalovému tonu, který znemožní relaxaci svalstva.

5.2 Pozornost

Úkolem pozornosti je vybírat z množství podnětů, které dopadají z vnějšího okolí na náš organismus pouze ty, které jsou pro nás v danou chvíli potřebné a důležité. Naopak zeslabuje vnímání k podnětům pro nás vedlejších a nepodstatných. Je podstatnou podmínkou naší duševní a psychické činnosti. Chrání nás před vyčerpáním.

Poruchy pozornosti jsou velmi výrazným znakem u dětí s ADHD. U činnosti, na kterou se dítě musí soustředit únava rychle stoupá, což má za následek brzký úpadek soustředěnosti. Vedle zvýšené unavitelnosti se u dětí objevuje další jev a tím je kvalita soustředění. Tato kvalita se nápadně mění a kolísá kolikrát i bez zjevné příčiny. Tyto nedostatky jsou způsobené nezralostí nervového systému a není možné je převychovat nebo zvýšenými nároky překonat či odstranit.

6. Diagnostická kritéria pro ADHD

6.1 Diagnostické okruhy

Pod termínem „porucha spojená s úbytkem pozornosti“ se mohou objevovat poruchy jedné nebo všech mentálních funkcí zodpovídající za základní poznávací procesy jako je:

- Udržení pozornosti
- Orientace
- Soustředění
- Vůle a plánování
- Paměť a učení
- Chování a sebeovládání

Tyto poruchy vedou k výraznému stupni nepozornosti a nedbalosti vůči plnění daných sociálních a akademických úkolů. Zmiňovaná porucha se může také projevovat jako verbální nebo motorická impulzivita a neredundantní (ne nadbytečná) aktivita, jako je třeba nadměrná nervozita, neklid a těkavost. Děti s touto poruchou se často vyznačují velkými a neúměrnými potížemi s plněním úkolů, uposlechnutím instrukcí, řízením se rad a pokynů. Rovněž mají problémy s plánováním a organizováním svých činností.

Podmínkou k diagnostice této poruchy patří i fakt, že porucha musí trvat dlouhé časové období a to nejméně šest měsíců. Pokud je porucha pozorována u dítěte patřící do menšinové etnické skupiny či kultury, musí být jedinec posuzován ve vztahu k ostatním dětem stejného mentálního věku a stejného prostředí.

„Aby se porucha pozornosti mohla kvalifikovat jako ADHD, musí nepříznivě ovlivňovat školní výkon dítěte a musí se zároveň projevovat výrazným rozporem mezi intelektuálními schopnostmi dítěte a jeho učební produktivitou.“ *(Paclt, 1998)*

Základní tři diagnostické okruhy jsou:

- Porucha pozornosti
- Hyperaktivita
- Impulzivita

6.1.1 Porucha pozornosti

Porucha pozornosti a aktivity je problém, který se týká jak okruhu sociálního, psychiatrického, tak i edukativního . Tato porucha je charakterizována:

- Poruchou kognitivních funkcí
- Poruchou emocí
- Poruchou motoricko-percepční
- Impulzivitou
- Sociální maladaptací

Behaviorální exprese poruchy jsou možné sledovat u jedince jako porucha prostorové orientace a představivosti. Mají sníženou schopnost vnímat a hodnotit prostorové a geometrické úkoly. Vyznačují se neschopností vybrat si ze škály informací to podstatné (porucha selekčního výběru), rozdělit si a naplánovat úkoly (porucha sekvencování).

U dítěte je patrné, že se neumí rozhodnout v danou chvíli a nedokáže se sebeinstruovat, není schopné samo určit, co má dělat v určitém okamžiku. Neumí pokyny internalizovat, což znamená nemluvit nahlas, ale „v duchu“. Dítě se buď instrukcemi neřídí vůbec, nebo je nahlas deklamuje v naprosto nevhodném čase a situaci.

Porucha emocí se objevuje na základě trvalé frustrace. Tato odchylka vyplouvá na povrch pod rouškou emoční lability, explozivity, iritabilitou, u adolescentů dysforií a prožíváním pocitů nudy.

Poruchu motoricko-percepční je možné zaznamenat již na první pohled. Dítě se projevuje jako neohrabané, nemotorné a nešikovné. Při chůzi dochází k nesouladu pohybů. Při neurologickém vyšetření jsou patrné tzv. „soft sing“ neboli měkké příznaky, které jsou typické pro vývojové opoždění nebo minimální poškození CNS.

6.1.2 Hyperaktivita

Nadměrná motorická či hlasová aktivita je dalším typickým rysem ADHD. „Hyperkinetický projev je dán desorganizací a diskontinuitou průběhu motorického jednání vázaného na eferentní odpověď. Výkon pohybu je správný, ale jeho provedení je zbrklé, nepřesné, nekoordinované.“

Dítě se musí neustále pohybovat, nevydrží v klidu na jednom místě, je neklidné. Běžným jevem u těchto dětí je nepokojné vrtění se a všeobecně patrné pohyby těla, které jsou zbytečné a nepotřebné. Tyto projevy jsou často bezúčelné k danému úkolu a též k celkové situaci. Neustále si hraje s věcmi, které jsou k výkonu instrukce nepotřebné. Prožívá velký pocit neklidu. Dítě není schopné relaxovat a odpočívat. Obtížně se účastní společenských a kolektivních her pro jejich řád a pravidla. Okolí tato neposedná dítka charakterizuje jako „děti z hadích ocásků“. Při inaktivitě se dostaví dysforie.

V hlasovém projevu se hyperaktivita projevuje hlavně tím, že nejsou schopné vyčkat, až jim je dáno slovo. Jeví se jako upovídané, v jistém ohledu jako nevychované, protože skáčí do řeči, berou si slovo, když na nich není v hovoru řada. Někteří jedinci vydávají atypické zvuky nevhodné pro danou situaci a okolí. Vyjadřují se pomocí nadměrného řečového projevu a komentářem.

6.1.3 Impulzivita

Třetím základním kamenem tvořící základ diagnostiky je impulsivnost. Impulzivita je asi nejvíce rušivým elementem této poruchy. Ta se u dětí s poruchou ADHD projevuje tím, že nejsou schopné vyčkat na správný okamžik, nevyslechnou všechny instrukce, vše řeší bezmyšlenkovitě. Jedná se o zbrklé, unáhlené a nepromyšlené činy. Dítě nedomýšlí následky svého počínání, napřed jedná a pak myslí. Výsledkem tohoto jednání je v mnoha případech neúspěch. Neumějí uvažovat o potenciálně nebezpečných, destruktivních a život ohrožujících jednáních, které nastávají při jejich činnosti. Nebere si ponaučení z neúspěchu, úrazu či trestu. V případě, kdy řešení úlohy vyžaduje dlouhodobější úsilí k dosažení daného cíle s vizí získání větší odměny, raději volí malou odměnu v brzké době, k níž je zapotřebí menšího úsilí. Jsou proslulé tím, že úkonům, které je nudí nebo k nim mají nechuť, věnují minimální množství úsilí a času.

Chaotičnost a nepredikovatelnost sekundárně narušuje gnostické funkce, což má za následek, že dítě svůj úkol nedotáhne do konce, i když má intelektové předpoklady pro jeho správné splnění. Impulzivita je prognosticky nepříznivý symptom, který úzce koreluje se sociální maladaptací.

.

6.2 Diagnostické manuály pro ADHD

Porucha ADHD měla jako jedna z mála tak široký diagnostický rozsah, který se postupem let a získávání dalších poznatků měnil až do dnešní podoby, kdy se „terminologie stává více popisnou a vystihuje zejména syndromologii a behaviorální příznaky poruchy." *(Drtílková, Šerý, 2007)*

Hlavními diagnostickými manuály jsou:

- Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace

(The International Classification of Diseases, 10th edition, neboli ICD-10, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize neboli MKN-10).

- Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace

(The diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, neboli DSM-IV).

(Munden,Arcelus, 2006)

Názor těchto dvou klasifikačních manuálů na poruchu ADHD však není zcela totožný. Hlavním rozlišným faktorem je rozdílný pohled na subtypy této poruchy.

Tabulka 1 Diagnostické manuály

Diagnostické manuály		
Manuál	MKN-10	DSM-IV
Název	„Hyperkinetická porucha"	„ADHD"
Podtypy	Porucha pozornosti s hyperaktivitou (F90.0) Hyperkinetická porucha chování (F90.1)	inattentive type * hyperactivity/impulsivity type ** combined type ***

* ADHD s převládající poruchou pozornosti (59%)

** ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou (27%)

*** ADHD smíšený typ (7%)

Tabulka 2 Přehled diagnostiky MKN-10 a DSM-IV

	MKN-10	DSM-IV
	Vznik před 7. rokem věku, trvání symptomů nejméně 6. měsíců	Některé symptomy se vyskytují před 7. rokem věku. Některé příznaky se vyskytují na dvou či více místech. Musí být přítomna evidence vztahů sociálních
Porucha pozornosti	Obtížně koncentruje pozornost	Nepozornost při školních úkolech, promíjení detailů, chyby z nepozornosti
	Nedokáže udržet pozornost	Neudrží pozornost při hře
	Neposlouchá	Zdá se, že neposlouchá během rozhovoru
	Nedokončuje úkoly	Neposlouchá instrukce a nedokončuje úkoly
	Vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí	Má organizační problémy
	Nepořádný, dezorganizovaný	Nesnáší úkoly vyžadující mentální úsilí a vyhýbá se jim
	Ztrácí věci	Ztrácí věci
	Roztržitý	Vnější stimuly snadno přeruší jeho soustředění
	Zapomětlivý	Zapomětlivý v denních aktivitách
Kritéria	(Přítomno 6 příznaků z 9)	A I. (6 nebo více symptomů trvajících minimálně 6 měsíců)
Hyperaktivita	Neposedný, vrtí se	Často neúčelně pohybuje rukama nebo se vrtí na židli
	Nevydrží sedět na místě	Často opouští lavici ve třídě
	Pobíhá kolem	Často pobíhá nebo přelézá v nepřiměřených situacích
	Vyrušuje, je hlučný, obtížně zachová klid a ticho	Obtížně při hrách zachovává klid a ticho
	„on the go“ v neustálém pohybu	Stále v pohybu – „jako by měl v sobě motor“
	Mnohomluvný (excesivně)	Nadměrně mnohomluvný
Kritéria	(přítomny 3 příznaky z 5)	A II. (6 nebo více symptomů trvajících minimálně 6 měsíců, nepřiměřených vývojovému stupni)
Impulzivita	Nezdrženlivě mnohomluvný	Často vyhrkne odpověď před dokončením otázky
	Vyhrkne odpověď bez přemýšlení	Dělá mu obtíže čekat v pořadí
	Nedokáže čekat	Často přerušuje ostatní
	Přerušuje ostatní	
Kritéria	(přítomen 1 příznak ze 4)	A II.(6 nebo více symptomů trvajících minimálně 6 měsíců, nepřiměřených vývojovému stupni)

Srovnej-(Drtílková, Šerý, 2007)

Mnohé rozdíly se nacházejí i v řadě příznaků, které jsou důležité pro správné stanovení diagnózy. Spousta odchylek, které se laickému oku nemusejí zdát významné a pro určení poruchy jejich dítěte zbytečné, jsou podle výsledků klinických výzkumů velmi důležité. Je zde vidina nebezpečí, že děti budou ochuzeny o léčbu, která by jim prospěla a napomohla jim v mnohých případech zmírnit dopady na jejich budoucí život s diagnostikovanou poruchou.

6.3 Kritéria závažnosti deficitu pozornosti – hyperaktivity

- Mírný – jen málo symptomů, pokud vůbec nějaké z těch, které jsou potřebné ke stanovení této diagnózy, se projevuje v nadměrné míře. Školní a společenská angažovanost dítěte trpí v tomto stupni choroby jen minimálně anebo vůbec ne.
- Střední – symptomy či míra (společenská) funkční újmy kolísají mezi „mírnou“ a „vážnou“.
- Vážný – ze symptomů potřebných ke stanovení této diagnózy se mnoho projevuje v nadměrné míře. Újma, ať už se týká činností domova, ve škole, nebo přátelství s vrstevníky, je (téměř) vše zachvacující. *(Paclt, Florian, 1998)*

Děti, které mají jiné diferenciálně diagnostikované podmínky jako je například mentální retardace nebo závažné emoční poruchy pod poruchu ADHD nespadají.

Z této diagnostické kategorie jsou rovněž vyloučeny ty děti, jejichž porucha pozornosti je závislá na:

- nedostatku příležitostí ke vzdělání nebo na nedostatečném kontaktu s (úředním) jazykem (té které země), v němž jsou podávány oficiální instrukce
- náhlém akutním návalu potíží, jenž je evidentně reakcí na:
  - stresující události spojené s funkcí rodiny (tj. rozvod rodičů, úmrtí člena rodiny nebo blízkého příbuzného)
  - na narušení prostředí, v němž dítě žije (změna bydliště nebo školy)
  - na zneužití či zneužívání (tělesné týrání, sexuální zneužití, včetně citové deprivace), nebo případně na přírodní či lidmi zaviněné katastrofy (tj. posttraumatické stresové reakce)
  - či bolestné nebo jinak traumatizující onemocnění (například akutní chirurgický výkon nebo chronické onemocnění).

7. Doporučená náprava ADHD

Terapie dětí s hyperkinetickou poruchou musí být komplexní. Do tohoto celku spadá i rodina, škola a v neposlední řadě i společnost. Lehké mozkové dysfunkce neboli ADHD lze často napravit zcela až k obrazu normálu, který si přeje každý zúčastněný rodič a nejen ten. Celkově se mluví o nápravě a ne léčbě, protože některé využívané metody nemají charakter prosté léčby, ale třeba například rehabilitace, učení nebo cvičení.

Náprava je velmi dlouhodobý proces, který má smysl a význam jen tehdy, pokud spolupracují všechny zapojené strany.

Hlavními stavebními pilíři nápravy jsou:

- Farmakoterapie
- Psychoterapie a socioterapie
- Edukace a prevence
- EEG biofeedback

Mezi vedlejší a však důležité a osvědčené metody patří:

- Tělesná cvičení
- Cviční převzatá z jógy
- Relaxační metody

7.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie je nedílnou a nepostradatelnou součástí při léčbě ADHD. Jejím přínosem je ovlivnění nežádoucích projevů chování dítěte a tím se zlepší i odezva okolí.

7.1.1 Hlavní farmaka

Mezi hlavní indikační skupiny farmak podílejících se na nápravě patří

- Psychostimulancia
- Antidepresiva
- Neuroleptika

7.1.1.1 Psychostimulancia

Do roku 2003 byly tyto léky volbou číslo jedna. V současné době je podle FDA schválen pouze atomoxetin (Strattera), což je lék, který má schválenou indikaci pro tuto diagnózu. Je to nestimulační produkt, který byl vyvinut speciálně pro léčbu dětí i dospělých s ADHD. Patří do skupiny selektivních inhibitorů zpětného vstřebávání noradrenalinu, blokuje nebo zpomaluje reabsopci noradrenalinu v mozku. Maximálně dosažitelný efekt účinnosti farmaka je po šesti týdnech pravidelného užívání, což má za následek zlepšení pozornosti, nálady, snížení impulsivnost a agresivního chování jedince.

Od roku 2004 je po uvážení lékaře možné pro léčbu nasadit i stimulancia, která však podléhají speciálnímu režimu pro skupinu omamných a psychotropních látek. Tyto látky zvyšují hladinu dopaminu a noradrenalinu. Mezi krátkodobě působící stimulancia patří metylfenidát (Ritalin), což je preparát, který se doporučuje podávat dětem až po šestém roce života. Je to celosvětově nejčastěji užívaný přípravek k léčbě ADHD.

Další lék ze skupiny metylfenidátu je u nás registrován pod názvem (Concerta). Dlouhodobě působící stimulancia jako je amfetaminil (Aponeuron) a pemolin (Pondrex) nejsou na našem trhu registrovány.

7.1.1.2 Antidepresiva

Tato skupina léčiv se v terapii uplatňuje především tím, že významně působí na noradrenergní, popřípadě spolu s ním i na dopaminergní neurotransmiterový systém. Nejvíce využívanými tricyklickými antidepresivy byly léky ze skupiny imipramin (Melipramin) a nortriptylin (Notrilen). Od těchto přípravků se však v pedopsychiatrii upouští pro četné nežádoucí účinky. Nejzávažnější ze široké škály je například blokáda síňokomorového vedení a zvýšený výskyt epileptických záchvatů.

V dnešní době jsou výše zmiňovaná antidepresiva nahrazena moderními, což jsou inhibitory zpětného vstřebávání serotoninu (SSRI).

7.1.1.3 Neuroleptika

Mechanismus účinku této skupiny léčiv je ten, že stimulují presynaptický autoreceptor, čímž dochází k analogickému účinku jako u stimulancií – aktivují noradrenergní a dopaminergní transmise. Jejich nevýhoda spočívá v psychomotorickém útlumu a možném zhoršení v oblasti pozornosti. Je možnost i výskytu parkinsonských reakcí a dystonií. Do této skupiny patří Risperidon (Risperdal, Rispen), což je atypické neuroleptikum, které je jediné zaregistrované léčivo pro léčbu diagnózy poruchy chování u dětí. Tento preparát je možné podávat dětem už po pátém roku života. Podáváním se časem může vyskytnout vyšší hladina prolaktinu, která se projevuje gynekomastií a amenoreou.

U těchto hlavních preparátů podílejících se na základní léčbě bych se zmínila o otázce, kterou si položili dětští psychiatři na 19. mezinárodním kongresu v Berlíně roku 2004. Jedním z předmětů jejich zasedaní byla teorie „lékových prázdnin“. Jedná se o praxi, kterou často využívají rodiče hyperaktivních dětí. V období volna, víkendu nebo prázdnin nepodávají léky především ze skupiny psychostimulancií.

Položená otázka má dva aspekty.

- První z nich je lingvisticko-psychologický.

Tímto termínem se vyjadřuje to, že děti si pod slovem prázdniny představí dny bez úkolů a povinností a těší se na vidinu volna bez stresu plnou her a zábavy. Tímto se jejich farmakologický pomocník, který jim umožňoval a pomáhal zvládat problémy, dostává do opačné pozice.

- Druhý aspekt je farmakologicko-neurotransmiterový.

Studie odhalily, že pokud jsou děti medikovány vyššími stimulancii přes týden, což znamená 30ti a více miligramy, tak vynechání víkendové dávky se žádným způsobem v dlouhodobém horizontu neprojeví. Odborníci se shodovali v tom, že vzhledem k četnému využívání lékových prázdnin a na podkladě studií je jistě možné doporučit alespoň výrazné snížení medikace na víkend.

7.1.2 Vedlejší farmaka

Mezi další preparáty, které jsou však vedlejší, ale přesto potřebné a mají svůj význam v nápravě, se řadí :

- Nootropika

Tyto preparáty jsou látky, které podporují aktivaci nervové soustavy zlepšenou výživou mozkové tkáně. Jejich prostřednictvím dochází ke zvýšenému přísunu glukózy a kyslíku k nervovým buňkám, což je zapříčiněné zvětšeným průtokem krve mozkovými cévami. Jejich účinek je výživový, tudíž nenesou riziko návyku. Nootropika jsou dobře snášena a nevyvolávají vedlejší účinky.

- Vitamíny

Pro výživu nervové tkáně jsou vhodné především vitamíny skupiny B, především vitamín B6 – Pyridoxin. Pro ADHD je doporučená denní dávka 100mg.

- Minerály

Elektrické potenciály mozku jsou tvořeny pomocí iontu hořčíku, vápníku, draslíku, sodíku a chloru. Jejich dostatečné množství a vzájemná rovnováha je velmi důležitá až nepostradatelná pro správnou funkci nervových buněk. Pro zrání mozku ve smyslu tlumení pomalých frekvencí EEG, čímž dojde ke zklidnění hyperaktivních dětí, se doporučuje magnesium.

- Přírodní preparáty

Pro podávání jsou vhodné účinné extrakty z přírodních látek jako je Gingko biloba.

7.2 Psychoterapie

Tato metoda je velmi důležitá a velikou měrou se podílí na zlepšení kvality života jak dítěte, tak i rodičů. ADHD představuje poruchu, která je chronicko behaviorálního charakteru a vyžaduje dlouhodobou multimodální a multidisciplinární péči. Psychoterapeutický přístup se musí postupem času obměňovat, a to především v závislosti na dospívání jedince, změně jeho prostředí či zázemí. Lečebné postupy jsou vždy individuální a specifické pro dané dítě.

Důležité je mít na paměti, že dítě s hyperkinetickou poruchou prochází pod rukami odborníků pedagogicko-psychologických poraden, kteří se snaží pomocí systematického nácviku, tréninku a učením zmírnit jejich poruchu. Jako další náplň jejich poslání je snaha ovlivňovat nejčastější komorbidní poruchy – specifické vývojové poruchy školních dovedností a ukazovat, jak vhodně používat alternativní nové vzorce učení a chování.

Terapeut by měl mít také za cíl povzbuzovat a zvyšovat sebevědomí dítěte, ucelovat jeho vztahy s rodiči, sourozenci, vrstevníky a ostatními autoritami. Práce psychoterapeuta je zaměřená i na efektivní techniky jako je „pozitivní posilování“. Zde se jedná o to, že žádoucí chování navodí pomocí odměny a výsady. V jiném slova smyslu se jedná o „placení odpovědí“. Terapeut se snaží převést pozornost jinam a co nejvíce zkrátit čas, když se dítě projevuje problematicky.

Další významnou metodou je kombinace pozitivního posilování a placení odpovědí, což je „token ekonomy“. Pomocí této metody může dítě pomocí odměn získat nebo ztratit kontrolu nad svým chováním. Od terapeutů obdrží rodiče domácí úkoly, kde sledují a zaznamenávají jak chování dítěte, tak svoje reakce a postupy při jeho zvládání. Tyto údaje pak vyhodnocují na skupinovém sezení, kde největší přínos má reakce ostatních rodičů
a možné předávání kladných poznatků. Neopomínat by se mělo i chválení a odměňování rodičů i za sebemenší úspěch.

Z hlediska psychoterapie je nejvhodnější kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Tato terapie vyžaduje soubor intervencí, do kterých se řadí těchto pět částí

- Kognitivní behaviorální intervence dítěte
- Kognitivně behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele
- Přímý management jednotlivých případů ADHD
- Komplexní intenzivní behaviorální léčba
- Kombinovaná bahaviorální a farmakologická léčba

7.2.1 Kognitivní behaviorální intervence dítěte se zaměřením na dětského pacienta s ADHD.

V tomto programu se využívá série sezení dítěte v četnosti jednou až dvakrát do týdne, kdy je péče terapeuta zaměřená pouze na dítě a snaží se jej učit adaptabilnímu chování prostřednictvím modelování, hraní rolí a dalšími kognitivními technikami.

Například metodami počkej, podívej se a zamysli se, čímž se podporuje sebeinstrukce u dítěte.

7.2.2 Kognitivně behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele.

Další dobře opodstatněný přístup k léčbě je výcvik rodičů a učitelů v různých situacích zvládání chování problémových dětí. Tyto přístupy v daných případech znamenají změnu uspořádání podmínek okolí za účelem posílení žádoucího a zároveň omezení nežádoucího chování. Do této metody patří trénink rodičů nebo učitelů popřípadě je možnost obě zúčastněné strany zapojit současně. Je tu i eventuální možnost zahrnutí jejich dětí do tohoto programu. Na trénincích se v rámci terapie probírají nejdůležitější problematiky jako je navození možnosti spolupráce s dítětem, domácí a školní karta, možnosti efektivních příkazů a trestů.

Dalšími tématy jsou mimo jiné intervence ve třídě, token systém pro daného žáka, oddechový čas (time out) ve třídě i mimo ní. Za cíl, který si behaviorální terapie ukládá je, že rodiče hyperaktivního dítěte identifikují problémové situace. Analyzují problémové chování, jeho negativní ale i pozitivní stránky. Dále učí rodiče efektivním metodám kontroly dítěte, metodám vhodného a dostatečného kontaktu s dítětem.

Počet konzultací závisí na úspěšnosti léčby, která je vyhodnocována pomocí škál či dotazníku před a po léčbě. Dále bývá hodnocen stres rodičů před a po provedené terapii.

7.2.3 Přímý management jednotlivých případů ADHD s ohledem na individuální potřeby v „reálných situacích“.

Zde se využívají metody kognitivně behaviorální intervence dítěte a metod kognitivně behaviorální terapie rodičů a učitelů s důrazem na specifické prostředí, kde

pomocí modelových situací navodí problematické situace. Tato metoda využívá selektivně postupů kognitivně behaviorální terapie s rodiči i učiteli. Účinnost této verze je nejčastěji vyhodnocován pomocí kasuistik.

7.2.4 Komplexní intenzivní behaviorální léčba. Letní terapeutický program pro děti a jejich rodiče.

Tento způsob nápravy je postaven na terapeutickém systému využívající osmitýdenní formu plného pobytu dětí s rodiči. Děti jsou rozděleny do skupin po dvanácti členech, kde jsou následně hodnoceny a bodovány jejich aktivity. Behaviorální intervence zahrnuje bodový systém, time-out a systém karet. Rodiče ve večerních hodinách dochází na paralelní kognitivně behaviorální sezení.

7.2.5 Kombinovaná bahaviorální a farmakologická léčba.

Jako nejvhodnější se nejčastěji používá kombinace farmakoterapie a behaviorální trénink rodičů. Při kombinované léčbě je větší šance dosažení nápravy než při samostatných terapeutických přístupech.

7.3 Edukace a prevence

Velká pozornost by měla být věnována edukaci či poradenstvím pro rodiče a učitele, neboť podrobný rozhovor lékaře s rodiči je základem každé terapeutické aktivity. V této oblasti je možné projít podstatu, charakter a závažnosti týkající se onemocnění jejich dítěte. Vysvětlení všech základních principů je hlavním předpokladem pro správné plnění léčebných postupů, navázání dobrého kontaktu i spolupráce a odstranění nejistoty ze strany dítěte i rodičů.

Náprava této poruchy vyžaduje maximální zapojení jak ze strany školy, tak i rodiny, aby se dala úspěšně zvládnout. Pokud budou mít rodiče i pedagogové dostatek odborných materiálů včetně knih a podle vzoru Spojených států i videonahrávky daného subjektu, připraví se mnohem lépe na budoucnost, které budou muset čelit s ocelovými nervy a notnou dávkou trpělivosti.

Pokud se rodina smíří a pochopí, že jejich dítě nezlobí a nedělá vše naschvál, ale že má poruchu, na které mohou společnými silami zapracovat, bude léčba mnohem snadnější.

Velmi se doporučuje odkázat rodiče na některé ze svépomocných dobrovolných rodičovských podpůrných organizací pro rodiče dětí s ADHD. V České republice je to například Klub duševního zdraví při pražské psychiatrické klinice.

Dítě s hyperkinetickou poruchou by se mělo pohybovat v prostředí pro něho vhodné a upravené, než v kterém se pohybují jeho vrstevníci. K této příležitosti se začaly objevovat speciální třídy ba dokonce i budovat speciální školy pro děti s poruchou ADHD. Tyto školy mají speciálně vyškolené pedagogy (etopedy) a vyznačují se zvláštním školním řádem. Tento speciální režim se odlišuje například přestávkami, které jsou každých 20minut, možnost výuky v jiné poloze, kupříkladu vleže s příležitostí kdykoliv změnit své místo ve třídě během vyučování. V každé třídě je maximální počet žáků dvanáct. Tento počet umožňuje individuální přístup během výuky. Ministerstvo školství schvaluje i jinou klasifikaci žáčků prostřednictvím písemného hodnocení či nehodnocení z jazyka.

Zapomínat by se nemělo ani na prevenci, která je významná tehdy, pokud se plánují programy tak, aby relapsů bylo co možná nejméně. Terapie se provádí obtížně v případech, kdy do terapeutického procesu zasahují problémy rodičů nebo sociální problémy.
Zpevňovat by se mělo pozitivní chování jak doma tak i ve škole. Tomu jsou nápomocné tzv. „denní karty“. Jejich prostřednictvím dochází k oboustranné komunikaci mezi rodinou a školou. Sledují se tak odměny, pochvaly a umožní se kontrola nad chováním dítěte.

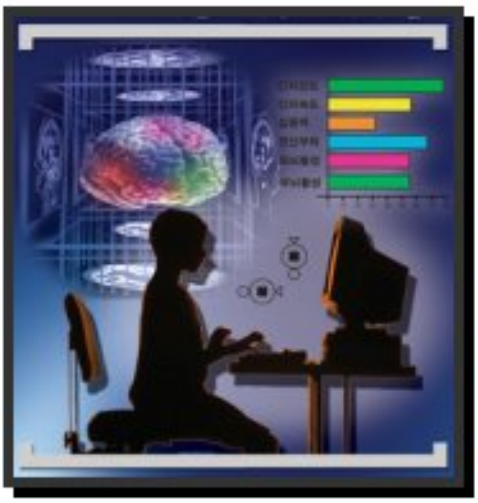
7.4 EEG biofeedback

Tato terapeutická, vysoce specifická metoda využívá podstaty biologické zpětné vazby k autoregulaci mozkové aktivity. Jedná se o sebe-učení mozku pomocí tzv. biologické zpětné vazby. Když mozek dostane okamžitou přesně cílenou informaci o ladění či neladění, (v případě ADHD) mozkových vln, může se naučit, jak je uvést do souladu. Posiluje a stimuluje žádoucí aktivace nervové soustavy a inhibuje nežádoucí. Jedinec je neustále zpětnovazebně informován o svém nynějším stavu a výkonu. Využívá se především pro trénink pozornosti a soustředění, napomáhá sebeovládání a k sebekázni, zlepšuje výkon intelektové stránky mozku. Účinek EEG biofeedbacku se dá ztotožnit a je rovnocenným konkurentem silného účinku psychostimulancií. Na rozdíl od farmak je však účinek biofeedbacku trvalý, protože jde o učení, co se mozek při tréninku naučí, už není

možné odvrátit. Tato metoda je spolehlivě účinná v 60-90% případů užití. Úspěšnost metody spočívá především v kombinaci základních vlastností lidské mysli. Jednou z nich

je neustálá aktivita, činorodost, touha po učení a podnětech, přičemž tou druhou je lenost, pohodlnost a především snaha si ulevit od problémů. Z toho vyplývá, že náš mozek se rád naučí jak si věci usnadnit a zrychlit, když ví jak na to. Délka tréninku je daná závažností psychologického či zdravotního problému. Podle závažnosti se dělí terapie tréninkem od krátkodobé (20 sezení) přes střednědobé (40-60 sezení) po dlouhodobé (více jak 90 sezení). Trénink je nenásilný, hravý a hlavně bezbolestný. Při EEG biofeedbacku je klient monitorován pomocí elektrod, které snímají elektrickou aktivitu jeho mozku. Průběh a činnost svého mozku vidí prostřednictvím počítačové hry na monitoru, kterou ovládá pouze svou vůlí bez použití myši nebo klávesnice. Na obrazovce vidí jak se prochází panáček (nebo letí letadlo, jede auto), kterého musí svými myšlenkami udržet například v pravém pruhu vozovky. Pokud se dostatečně nesoustředí panáček upadne (letadlo se zřítí, auto se vyboural). Mozek tak postupně reaguje na motivaci, kterou mu hra poskytne tím, že ho odmění dobrými výsledky ve hře. Tímto způsobem mozek sám rozvíjí proces učení nových, vhodnějších frekvencí mozkových vln.

Obrázek 2 EEG trénink



7.4.1 Indikace metody

Metoda EEG biofeedbacku se užívá ke zlepšení všech dysfunkcí mozku, které se vyznačují bazální disharmonií ať už ve formě nadměrného útlumu či iritace, nebo spojením obou forem dohromady. V důsledku těchto dysbalancí je oslabena tzv. kortikální regulace chování a v důsledku toho je sníženo či narušeno soustředění, pozornost, vůle, schopnost plánovat a odhadnout důsledky svého chování a celková schopnost sebekontroly. Pro některé poruchy je tato verze nápravy prakticky jedinou možnou metodou, protože pro ně neexistuje efektivní farmakoterapie či psychoterapie.

Možnost využití se dělí do úrovní

- Kondiční
  - Psycho-fitness pro duševně pracující profesionály
  - Špičkové výkony (peak performance)
  - Vrcholné zážitky (peak experiences)

- Profesní
  - Piloti
  - Řidiči
  - Bezpečností složky a další jako sportovci, manažeři, operátoři, dispečeři.

- Klinické
  - Porucha pozornosti + hyperaktivní syndrom
  - Specifické poruchy učení (dyslexie, dysgrafie)
  - Poruchy spánku a to zejména (problémy s usínáním, noční děsy, nespavost, enuresis nocturna, spánková apnoe, somnambulismus)
  - Vady řeči
  - Epilepsie
  - Dětská mozková obrna
  - Poruchy chování

Mezi další diagnostické okruhy pro EEG patří také náprava syndromu chronické únavy, poruchy metabolismu cukrů, non-alzheimerovská demence, skleroza multiplex, alergie, poruchy příjmu potravy, artismus, tiky, tinnitus, imunodeficit, chronické bolesti hlavy, deprese, tréma, úzkostné poruchy a mnoho jiných.

Metoda EEG biofeedback byla původně využívaná jako specifická terapeutická metoda, v dnešní době je její využití mnohem širší. Stává se nácvikovou, tréninkovou metodou pro jedince, kteří žádnou psychickou ani jinou poruchou netrpí a potřebují jen zlepšit výkon svého mozku a celkovou psychickou výkonnost.

7.5 Tělesná cvičení

Pro žáky trpící poruchou pozornosti a aktivity jsou vhodné tělesné aktivity, které nekladou velké nároky na senzomotorickou koordinaci pohybů, zejména ne na koordinaci pohybů rukou a nohou. Ve školním prostředí je vhodné zařazovat některé jednodušší, ale účinné cviky přímo do jednotlivých vyučovacích hodin za účelem uvolnění a aktivizace. Obecně platí zásada, že cviky vyžadující záklonové pohyby mají sympatikotonický účinek (tj. podněcují, působí stimulačně), na druhou stranu předklonové cviky působí tišivě, parasympatikotonicky. Vyváženě působí úklony na strany a otáčení.

7.6 Cvičení převzatá z jógy

Dětem s ADHD jsou velice prospěšná některá speciální cvičení převzatá z jógy. Postupy a metody jógy ovlivňují psychické funkce a stavy pomocí úpravy tělesných funkcí cvičením, dýcháním, soustřeďováním pozornosti a setrváním v dané pozici. Jóga je souborem praktik, jejichž cílem je dosažení vyrovnanosti tělesných i duševních funkcí. Od běžného cvičení se nezaměřuje pouze na kosterní svalstvo, ale je více zaměřena na stimulaci vnitřních orgánů. Při práci s dětmi je nejvíce využívána hathajóga, což je soubor cviků a tělesných poloh.

7.7 Relaxační metody

Tento termín dříve znamenal protiklad napětí svalových vláken. V nynější době se mu dostává významu, který vysvětluje souhrnný název pro všechny metody sloužící k celkovému tělesnému a psychickému uvolnění, pro redukci tělesného i duševního napětí. Při relaxaci se využívá poznatku, že tělo člověka a jeho psychika spolu souvisí a tvoří jednotný systém, v němž změna jedné funkce má za následek rozvrat všech funkcí zbývajících. U hyperaktivních dětí se možnost relaxace snižuje, v některých případech je i nemožná. Jejich neschopnost si odpočinout a relaxovat podmiňuje vznik ještě většího stresu, než ve kterém jsou. Na základě chronického předráždění pak dominuje v řízení organismu sympatikus, aktivizující část vegetativního nervového systému. Důsledkem toho pak vzniká podrážděnost, nervozita, neklid, poruchy koncentrace a zvýšená náchylnost k nemocem. Tímto vzniká začarovaný kruh, který pomocí pravidelného uplatňování relaxačních technik může negativním dopadům stresu předcházet a udržovat stav organismu v rovnováze mezi napětím a uvolněním. Prostřednictvím relaxačních cvičení se lze naučit nejen regulovat tento rovnovážný stav, ale řídit i koncentraci.

8. Specifické poruchy učení

Definování specifických poruch učení

„Specifické poruchy učení mohou být definovány jako: neočekávaný a nevysvětlitelný stav, který může postihnout dítě s průměrnou nebo nadprůměrnou inteligencí, charakterizovaný významným opožděním v jedné nebo více oblastech učení.“

(Selikowitz, 2000)

Oblasti učení, které jsou postiženy se dělí do dvou skupin.

- Do první skupiny patří základní školní vědomosti jako je čtení, psaní, pravopis, matematika a jazyk ve smyslu porozumění i vyjádření.
- Obsahem druhé skupiny jsou oblasti v učení, které zahrnují osvojování si schopnosti vytrvalosti, organizace, sebekontroly, sociální způsobilosti a koordinaci pohybů.

Poruchy učení se častěji vyskytují u chlapců než –li u dívek a mohou být u daného dítěte izolované nebo kombinované v různém stupni intenzity.

Zda má dítě s ADHD specifickou poruchu učení je možné zjistit následujícími kritérii a to statistickými a klinickými.

- Statistická kritéria:

V této metodě se využívá standardizovaný test, který byl použit u mnoha dětí za stejných podmínek, aby byly získané určité normy nebo-li standardy k dětem v různých věkových kategoriích. „Tímto způsobem může být testováno určité dítě a získaný výsledek bude srovnávat jeho výkony s výkony dětí jemu rovných. Rozsah výsledků je obvykle označován jako průměr takového testu. Výsledek pod tímto rozsahem bude brán jako ukazatel určitého opoždění.“ *(Selikowitz, 2000)*

- Klinická kritéria:

V těchto kritériích hrají důležitou roli zkušení odborníci, kteří na základě chování a schopnostech dítěte v různých situacích stanovují obtíže daného dítěte.

Než dojde k myšlence diagnostikování specifické poruchy učení je nejprve třeba vyloučit všechny další příčiny, které sem podílejí na chabém školním prospěchu.
Tato skupina zahrnuje

- Smyslové poruchy (porucha zraku a sluchu)
- Motorické poruchy (mozková obrna, svalová dystrofie)
- Poškození mozku (poranění, mengitida)
- Intelektová nedostatečnost
- Emociální a sociální poruchy (nedostatek rodinné podpory a motivace, léky, drogy)
- Nevhodné prostředí a přístup (nevhodný přístup učitelů, dlouhodobé absence při výuce)
- Kulturní faktory

Správné a včasné diagnostikování specifické vývojové poruchy školních dovedností je velmi důležité a má ohromný přínos pro další život dítěte. Rodiče dítěte nehledají chybu ve své výchově nebo sami v sobě a jsou seznámení se skutečností, co je příčinou toho, že jejich potomek není zrovna premiant třídy.

Nutno podotknout, že i dítě s poruchou učení je v některých oblastech velmi schopné. Toto zjištění je hlavně důležité pro dítě samotné, pro jeho sebevědomí a psychický stav. „U hyperkinetických dětí se specifickými poruchami učení se zvyšuje riziko školního selhávání, pocity neúspěšnosti se mohou stát zdrojem sekundárních úzkostných a depresivních reakcí, zejména když je ze strany rodičů vyvíjen nepřiměřený tlak na dobrý školní výkon.**“** *(Drtílková, 2007).* Rodiče nehledají chybu v jejich ratolesti a nevyžadují po něm výsledky, které není schopno splnit dle jejich očekávání.

8.1 Specifická porucha čtení – dyslexie

Aby se čtení stalo uceleným procesem musí mít čtenář následující vlastnosti:

- Dostatečnou motivaci
- Schopnost zaměřit pozornost na text
- Dobrý zrak pro správné rozlišení tvaru písmen
- Schopnost mozku vnímat a umět rozpoznat přenesená písmena (určitý obrázek např. pejsek nebo strom je stále totéž i když je otočený nebo obrácený vzhůru, ale změněná poloha písmene p nebo b už totéž neznamená. *Srovnej-(Selikowitz, 2000)*

V raných stádiích se u dítěte objevují poruchy ve čtenářském výkonu, které se skládají z:

- Rychlosti – projev dítěte ve čteném textu je pomalý z důsledku luštění písmen a hláskování. Neúměrně dlouho slabikuje, vyskytuje se převracení slov a domýšlení obsahu čteného slova. „Může se však stát, že i dítě čtoucí přiměřeně rychle má diagnózu dyslexie, pokud pouze převádí tvar slova na zvukovou podobu a není schopno chápat obsah.“

(Zelinková, 2003)

- Správnosti – nejčastější chybovost ve čteném projevu je záměna písmen, která si jsou tvarově podobná např. m-n, p-q, b-d, (ale také zvukově podobná jako t-d.
- Techniky – správné osvojování se schopnosti číst není v metodě tzv. dvojitého čtení, kdy si dítě nejprve přečte slovo potichu pro sebe a poté ho zopakuje nahlas.
- Porozumění – správné porozumění se odvíjí od všech výše zmíněných složek

8.2 Specifická porucha psaní – dysgrafie

Jedinci s touto odlišností se vyznačují narušenou schopností psaní slov. U dětí s dysgrafií je možný výskyt narušení motorické složky psaní. Dochází ke změnám v písemném projevu ve smyslu čitelnosti a úpravy psaného textu.

Projevuje se v následujících oblastech:

- Dítě si obtížně pamatuje tvary písmen, obtížně je napodobuje.
- Písmo je příliš velké, malé, často obtížně čitelné.
- Obtíže při napodobování písmen a pomalé vybavování tvarů písmen přetrvávají i ve vyšších ročnících.
- Žák často škrtá, přepisuje písmena
- Písemný projev je neupravený.
- Neúměrně pomalé tempo psaní.
- Písařský výkon vyžaduje neúměrně mnoho energie, vytrvalosti a času.

(Zelinková, 2003)

8.3 Porucha gramatiky – dysortografie

„V tomto případě jde o poruchu pravopisu. Specifická porucha pravopisu může být definována jako nevysvětlitelná, závažná porucha pravopisu. Závažná porucha je obvykle definována jako více než dvě standardní odchylky v pravopisu pod úrovní věku dítěte.“

(Selokowitz, 2000)

„(Obvykle se podprůměrný definuje jako „*více jak dvě standardní odchylky pod průměr*“. To je přibližně ekvivalentní, jako kdybychom řekli, že schopnosti dítěte musí být přibližně pod 97,5% schopností dítěte stejného věku.

Jiná definice „významného opoždění“ je, že prospěch dítěte v postižené oblasti učení *je dva nebo tři roky za jeho skutečným věkem*. To není dobrá definice, protože dva roky jsou relativně větším opožděním u mladšího dítěte než u staršího.)“

(Selokowitz, 2000)

Tato porucha se často vyskytuje ruku v ruce se specifickou poruchou čtení avšak v ojedinělých případech se vyskytuje izolovaně.

Porucha se projevuje ve dvou specifických složkách a to

- Zvýšený počet dysortografických chyb
- Problémy s osvojením si gramatiky a následného použití

Specifické dysortografické chyby

- Rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek.
- Rozlišování slabik *dy-di, ty-ti, ny-ni.*
- Rozlišování sykavek.
- Vynechaná, přidaná, přesmyknutá písmena nebo slabiky.
- Hranice slov v písmu.

(Zelinková, 2003)

V dřívějších dobách se této poruše nedávala dostatečná váha, protože se předpokládalo, že si dítě dostatečnou pílí pravidla gramatiky osvojí. Postupem času se ukázalo, že se na vzniku dysortografie podílí porucha vývoje řečové a jazykové stránky dítěte. (Zná pádové otázky, ale neumí se zeptat správně na otázku, zná vyjmenovaná slova, ale neumí poznat slova příbuzná).

8.4 Porucha matematiky – dyskalkulie

Dítě s touto poruchou má obtíže se naučit matematické postupy, neumí manipulovat s čísli, realizovat a pochopit matematické operace.

Dělení dyskalkulie podle Košce Zelinková 44

- Praktognostická dyskalkulie -
- Verbální dyskalkulie – problém s označením a množstvím předmětů, neschopnost vyjmenovat řady čísel popořadě.
- Lexická dyskalkulie – dítě není schopné se naučit přečíst matematické symboly, zaměňuje tvarově podobná čísla.
- Grafická dyskalkulie – dítě si neosvojí psaní matematických znaků, nenapíše matematický diktát, neumí psát čísla pod sebe, u vícemístných čísel vynechává nuly, přehazuje jejich sled.

- Operační dyskalkulie – zde se vyskytuje narušená schopnost naučit se matematické Operace. Objevují se i problémy v osvojení násobilky. Snadné úlohy neřeší zpaměti, ale písemně. U složitých úloh neudrží čísla v paměti.

Tato porucha je specifická u vyšších ročníků.

- Ideognostická dyskalkulie – nejtěžší forma se projevuje neschopností vyjmenovat řadu čísel z hlavy. Lehčí stupeň se vyznačuje nepochopením čísla jako pojmu (chápe číslo 9 ale ne to, že to je i 10-1 nebo 3x3).
- Grafomotorická dyskalkulie – dítě není schopné naučit se rýsovat v geometrii.

Specifické poruchy učení jsou velkým břemenem jak pro dítě samotné, tak i pro jeho rodiče. Ovlivňují dítě z mnoha hledisek, ale především po stránce psychické a utváření budoucí osobnosti. Čtení, psaní a počítání neukazuje chytrost a kvalitu vědomostí dítěte, ale je to pouze nástroj pro získávání informací. To, že dítě nečte excelentně nebo nepíše krasopisně neznamená, že je hloupé nebo méněcenné. Bohužel se tento rys stává dominantním a zapříčiňuje vznik začarovaného kruhu, kdy netolerance a pochopení ze strany učitele vede k nedůvěře a zvyšování nároků na dítě ze strany rodičů.

„Ve škole mi nevadilo, že neumím číst. Hrozný byl stálý pocit neúspěchu, nemohoucnosti a někdy také posměchu ze strany učitele a spolužáků.“

(Z vystoupení úspěšného grafika na konferenci Britské dyslektické asociace v Yorku, 2001). *(Zelinková, 2003)*

9. Hospitalizace dítěte s ADHD

Hospitalizace je pro každého zatěžující situací. Dokáže i vyrovnaného a sebejistého člověka dovést do situace, kdy je ve stresu, v nejistotě a plný obav z nastávajících situacích. A co pak teprve musí prožívat dítě, které si je nejisté samo sebou i v domácím, sobě blízkém prostředí? Strach z odloučení od rodiny, z pohledů cizích lidí, z různých neznámých zvuků, které na dítě doléhají ze všech stran. Pláč ostatních dětí, které se bojí těch divných paní v tom bílém oblečení, které když přijdou, tak jim skoro pokaždé působí bolest. Co teprve myšlenky a fantazie malého dítěte. Jak ta musí pracovat, když to ustrašené malé stvoření vidí, jak si odvádějí další děcko z pokoje za ruku, odvedou ho za ty velké nepěkné dveře a odtamtud se linou ošklivé zvuky a nářky kamaráda. Takové situace působí nepředstavitelně na vývoj budoucí osobnosti dítěte. Z vlastní zkušenosti vím, že hospitalizace v jakémkoliv dětském věku se do paměti vryje tak hluboko, že je s vámi po celý váš dosavadní život. Jaké asi pocity musí prožívat dítě, které je samo ze sebe zmatené, reaguje nepřiměřeně v normálních, neohrožujících situacích? Pro nás už je tato část mysli uzavřená. Nedokážeme se nikdo vžít do role dítěte, které je vystavené tomu všemu nátlaku, který je spojený s pobytem v nemocnici. Ale zase už víme, jaké to je být nemocný, co to obnáší, jak se s tím vnitřně poprat a vyrovnat. Proto bychom tomu malému človíčkovi měli pomoci co nejvíce, být jeho oporou, umět ho vyslechnout a nebagatelizovat jeho obavy. I z toho vyplývá charta práv dětských pacientů, která zní takto:

- „Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
- Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
- Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
- Děti a/nebo jejich rodiče mají právo poučené se podílet na veškerém rozhodování

ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.

- S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
- Dětem se musí dostávat náležitě školeného personálu, který se je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
- Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
- O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
- Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
- Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.“ (http://vnl.xf.cz/ose/ose-prava_deti.php)

Každý člen zdravotnického týmu by měl být schopen tyto pravidla ctít a vždy se jimi řídit. Ovšem jen to nestačí. Vždy je nutná dávka úsměvu, pochopení, empatie. A nejen pro to nemocné dítko, ale i pro jeho rodiče, kteří často svůj strach a stres přenesou na nic netušícího potomka. Důležitou roli ve zvládání hospitalizace hraje komunikace. Komunikativní znalosti a dovednosti setry mohou pobyt v nemocnici z velké míry ovlivnit. Sestra má velikou moc nad tím, jak bude probíhat hospitalizace a jen na ní záleží, jakým postojem k tomu přistoupí. Zda se bude snažit to neposedné dítě uklidnit, pochlácholit, vezme ho za ruku nebo mu večer před spaním přečte pohádku. I takové drobnosti mohou dítěti pomoci se vyrovnat s tou zátěží, která je na něj kladena. Ta nejistá dušička uvnitř najednou uvidí hodnou paní, která je třeba jako kouzelná víla z pohádky a už se tolik nebude bát injekce ani té zlé tmy, která zahalí celé oddělení do svých spárů spojená s obavy, co za hrůzy přijde další den.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

10. Výzkum

10.1 Předpoklady pro výzkum

- Zjistit, zda se dle smýšlení rodičů na vzniku poruchy ADHD podílí dědičnost.
- Zjistit, zda se u dětí s poruchou ADHD vyskytly komplikace v průběhu těhotenství.
- Zjistit, zda se u dětí s poruchou ADHD vyskytly komplikace v průběhu porodu.
- Zjistit, zda děti s ADHD mají častější výskyt specifických poruch učení.
- Zjistit, zda poruchou ADHD jsou častěji postiženi chlapci nežli dívky.
- Zjistit, zda děti s poruchou ADHD trpí pomočováním i ve vyšším věku, nežli děti bez poruchy ADHD.

10.2 Metodický postup

Pro získání výsledků a potřebných údajů pro empirickou část mé práce jsem využila dotazníkové metody. Dotazníky, jsem sestavovala na základě zjištěných údajů o dané poruše z literatury a na svých vlastních zkušenostech s dětmi, které disponují touto problematikou. Hlavní podstatou bylo co největší možnost získání a objasnění informací k výše uvedeným předpokladům výzkumu. Po vytvoření finálové (konečné) podoby dotazníku jsem provedla pilotní výzkum, na kterém se podílelo pět dotazovaných rodičů, s kterými jsem vedle dotazníku vedla i řízený rozhovor pro případné doplnění otázek a pozmění podoby dotazníku. Dotazníkové šetření jsem rozdělila do dvou části, a to pro rodiče dětí s ADHD a pro „kontrolní skupinu“ rodiče dětí bez poruchy ADHD.

Dotazníky byly rozdány 50 ti rodičům jak dětem s ADHD tak i 50 ti rodičům dětem bez ADHD v podobě, která se nachází v přílohách.

10.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily děti s poruchou ADHD a děti bez poruchy ADHD, předložené dotazníky však vyplňovali jejich rodiče.

Výzkumné materiály pro „základní skupinu“ jsem rozdala na speciální Základní škole Bodláka a Pampelišky ve Veliši, na pedagogickopsychologickou poradnu paní MUDr. Hofmanové. Návratnost dotazníků byla stoprocentní.

Dotazníky pro „kontrolní skupinu“ byly rozdány na 4. Základní škole v Jičíně, kde návratnost byla 6O%. Další volbou byly internetové stránky www.mojedite.cz, po vyvěšení dotazníku na výše uvedené stránky mi přicházely ohlasy ihned. Zde jsem během tří dnů získala 41 respondentů. Všechny vyplněné dotazníky však nešly použít pro nízký věk daných dětí. Sesbírání veškerých vyplněných dotazníků trvalo čtyři měsíce.

10.4. Anamnestické údaje

V úvodu dotazníku jsem se zajímala o nejvyšší dosažené vzdělání vyplňujícího rodiče a zda je dotazník vyplňován matkou či otcem dítěte. Z výzkumného souboru jsem zjistila, že v 89 ti případech z celkových 100 odpovídaly matky a pouze v 11 ti případech vyplnili dotazníky otcové dětí. Dále vyplynulo, že nejvyšší dosažené vzdělání rodiče je v pozorované a kontrolní skupině velmi rozdílné a to hlavně v zastoupení základního či učňovského vzdělání. Jako další položená anamnestická otázka byla pohlaví a věk dítěte. Častěji se v dotaznících objevovali chlapci a to s celkovým počtem 71 respondentů. Dívky doplňují zbývajících 29. Věk byl různorodě zastoupen a to od 5 ti do 15 ti let.

Získané údaje jsem pro přehlednost uvedla do následujících tabulek a grafů.

Tabulka 3 Anamnestické údaje rodičů

Nejvyšší dosažené vzdělání rodiče	ADHD	KS
Středoškolské	27	39
Základní	10	0
Učňovské	7	0
Vysokoškolské	6	11
Vyplňující rodič	**ADHD**	**KS**
Matka	41	48
Otec	9	2

Tabulka 4 Anamnestické údaje dětí

Pohlaví dítěte	ADHD	KS
Syn	41	30
Dcera	9	20

10.5 Vyhodnocení dotazníků

Zjištěné údaje od jednotlivých otázek jsem vyhodnotila pomocí tabulek a procentuelně vyjádřila v podobě grafů. Každá otázka je doplněna krátkým komentářem.

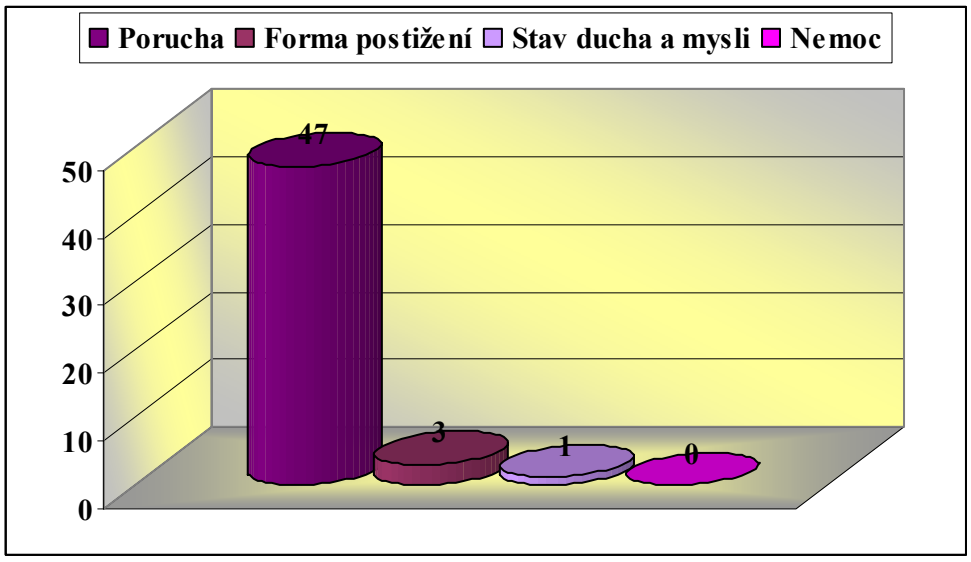
Otázka číslo 1) Co podle rodičů pojem ADHD znamená?

(Zde byla možnost zvolit více odpovědí – pouze v jednom případě bylo zvoleno dvou možností a to forma postižení a porucha.)

Tabulka 5 Co podle rodičů znamená pojem ADHD

Zvolená možnost	Počet
Porucha	**47**
Forma postižení	**3**
Volná odpověď – stav ducha a mysli	**1**
Nemoc	**0**

Graf 1 Co podle rodičů znamená pojem ADHD



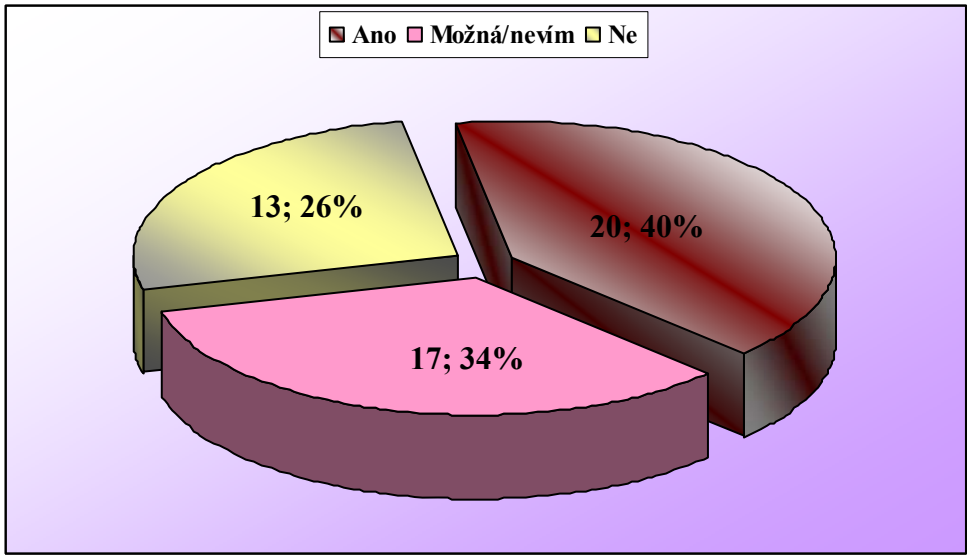
Z těchto hodnot je patrné, že rodiče jsou vzhledem k tématu dobře informováni a seznámeni. Vědí, že ADHD je porucha a to v celých 47 případech. Zajímavý je názor u volné odpovědi, kde na ADHD pohlížejí spíše ze spirituálního hlediska.

Otázka číslo 2) Myslíte, že se na vzniku ADHD podílí dědičnost?

Tabulka 6 Podílí se dědičnost na vzniku ADHD

Podílí se dědičnost	Počet
Ano	**20**
Možná/nevím	**17**
Ne	**13**

Graf 2 Myslíte, že na vzniku ADHD se podílí dědičnost



Pokud si rodič myslí, že ANO, měli možnost u otázky číslo 3) ***Pokud si myslíte, že se dědičnost podílí, tak proč?*** zdůvodnit proč si to myslí, kde mohli zvolit více možností.

Tabulka 7 Proč si rodiče myslí, že se na ADHD podílí dědičnost

Důvod dědičnosti	Počet
Jsem si vědom/a toho, že v rodině tuto poruchu někdo měl	**9**
Všiml/a jsem si, že se někdo v rodině nebo okolí s touto poruchou takto chová	**8**
Dozvěděl/a jsem se to z knih	**5**
Řekli mi to lékaři	**3**
Volná odpověď	**0**

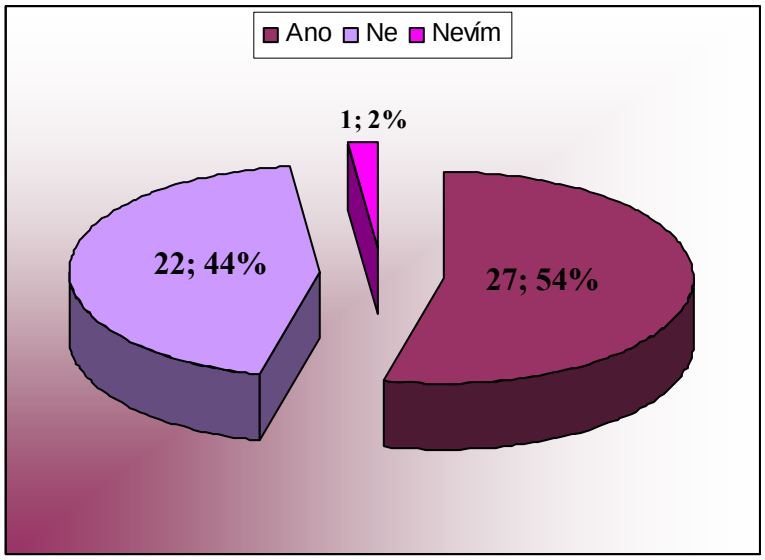
Ze zjištěných údajů nejsou patrné velké rozdíly ve smýšlení rodičů, zda se na vzniku ADHD podílí dědičnost nebo ne. Zajímavý mi však přijde fakt, že pouze ve třech případech se tuto možnost rodiče dětí dozvěděli od lékařů. Je to zvláštní jev oproti předešlé otázce, kde se ukazuje, že rodiče jsou plně informováni.

Otázka číslo 4) Vyskytly se během těhotenství nějaké komplikace?

Tabulka 8 Výskyt komplikací v průběhu těhotenství

Výskyt komplikací	ADHD	KS
Ano	**27**	**6**
Ne	**22**	**44**
Nevím	**1**	**0**

Graf 3 Výskyt komplikací v průběhu těhotenství



Z otázky číslo čtyři vyplývá předpokládaný jev, který ukazuje, že děti s ADHD byly v prenatálním období vystaveny mnohokrát častěji vlivům komplikací, než děti bez ADHD. Pozoruhodný jev je i rozdíl mezi sledovanou a kontrolní skupinou v počtu výskytu komplikací a v počtu negativních komplikací. U ADHD je tento rozdíl pouze v 5ti případech, ale v kontrolní skupině tento rozdíl činí 38. Stojí za zmínku i fakt, že porovnáme-li údaje pouze uvnitř samotné ADHD skupiny, tak rozdíl mezi komplikacemi a ne-komplikacemi v průběhu těhotenství není výrazný. Teprve při porovnání ADHD skupiny s kontrolní skupinou je patrné, že u kontrolní skupiny je komplikací méně, a tudíž, že komplikace mohou být pozoruhodným jevem ve skupině ADHD.

Otázka číslo 5) Pokud se komplikace vyskytly, uveďte prosím jaké.

Tabulka 9 Projevy komplikací v průběhu těhotenství

Projev komplikace	ADHD	KS
Tvrdnutí břicha	**11**	**0**
Předčasné narození od 32-39týdne těhotenství	**9**	**0**
Krvácení v průběhu těhotenství	**6**	**4**
Otoky DK	**4**	**0**
Udržované těhotenství – otevírání	**3**	**1**
Rizikové těhotenství	**3**	**0**
Eklampsie	**3**	**1**
Psychika	**2**	**0**
Úraz v těhotenství	**2**	**0**
Nechtěné otěhotnění	**2**	**0**
Užívání ATB v těhotenství	**1**	**0**
Viróza 1. trimestru	**1**	**0**
Amniocentéza	**1**	**0**
Výskyt boreliózy v 1. trimestru	**1**	**0**
Tachykardie plodu	**0**	**1**
Trombofilie	**0**	**1**

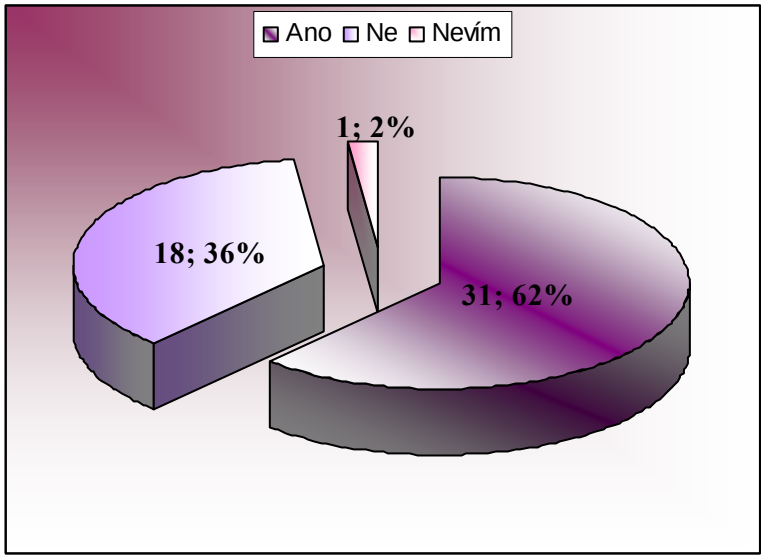
Z výše uvedené tabulky, kde jsou seřazené komplikace dle četností výskytu, je zřejmé, že nejčastější komplikací bylo tvrdnutí břicha. Dalším poznatkem je předčasné narození dítěte. Ovšem doba, o kterou bylo těhotenství kratší o proti fyziologickému těhotenství, není tak významná, aby bylo zřejmé, že se podílí na vzniku ADHD. Krvácení v době těhotenství z pohledu výsledků zkoumání je nejspíš minimální, protože ve sledované skupině k tomuto jevu došlo 6x a v kontrolní skupině 4x. Zajímavý je poznatek, že ovlivnění budoucího vzniku ADHD je možný i psychickým stavem matky v době těhotenství, což se objevilo ve 4 případech.

Otázka číslo 6) Vyskytly se komplikace v průběhu porodu?

Tabulka 10 Výskyt komplikací v průběhu porodu

Výskyt komplikací	ADHD	KS
Ano	**31**	**12**
Ne	**18**	**38**
Nevím	**1**	**0**

Graf 4 Výskyt komplikací v průběhu porodu



Již v tabulce č.8 je jasně viditelný vysoký počet výskytu komplikací v průběhu porodu oproti kontrolní skupině. Komplikace v průběhu porodu se u skupiny ADHD vyskytují v celých 31 případech, přičemž v kontrolní skupině pouze ve 12 ti případech z padesáti. Veliký rozdíl je viditelný i v případě nevyskytnutí se komplikací, kde u skupiny ADHD proběhl porod bez komplikací v 18 ti případech a v kontrolní skupině se tento počet navýšil na celkových 38 případů z padesáti. Tímto se potvrzuje další předpoklad, že komplikace v průběhu porodu se významně podílejí na možném vzniku ADHD.

Otázka číslo 7) Pokud se komplikace v průběhu porodu vyskytly, uveďte prosím jaké.

Tabulka 11 Komplikace v průběhu porodu

Projev komplikace	ADHD	KS
Přidušen, omotána pupeční šňůra	**13**	**2**
Provokačky	**8**	**0**
Císařský řez	**8**	**3**
Protrahovaný porod	**8**	**3**
Přenášení 5-14 dní	**5**	**0**
Zvýšená hmotnost dítěte	**4**	**0**
Křišen	**3**	**0**
Rychlý porod	**2**	**1**
Klešťový porod	**2**	**2**
Zkalená plodová voda	**0**	**2**

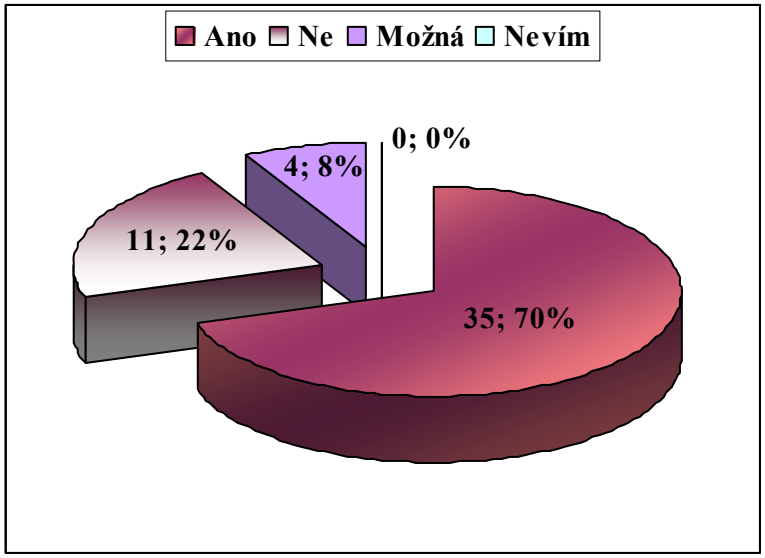
Nejčastěji zmiňovaná komplikace byla přidušení plodu či omotaná pupeční šňůra. Z 31 případů vzniku komplikací se tato možnost vyskytuje 13x. Zatímco v kontrolní skupině pouze 2x. Tím se potvrzuje skutečnost, že asfyxie v průběhu porodu vysoce ovlivňuje budoucí vznik ADHD. Je ale zajímavé se pozastavit nad tím, zda se této možné komplikaci nelze vyhnout snížením počtu protrahovaných porodů. Klešťové porody jsou jistě rizikem traumatu hlavičky dítěte, ale menším rizikem než vystavit dítě hrozící asfyxii při nepostupujícím porodu.

Otázka číslo 8) Myslíte, že je možné po diagnostikování ADHD ovlivnit její další vývoj?

Tabulka 12 Myslíte, že lze ovlivnit další vývoj ADHD

Ovlivnění ADHD	Počet
Ano	**35**
Ne	**11**
Možná	**4**
Nevím	**0**

Graf 5 Myslíte, že lze ovlivnit další vývoj ADHD



Z otázky číslo 8 vyplynulo, že si rodiče dětí s ADHD v 70% věří v ovlivnitelnosti této poruchy. Zarážející, ale je i to, že 22% procent dotazovaných uvedlo odpověď ne. Zajímavé je se zamyslet nad tím, proč si myslí, že tuto poruchu nelze ovlivnit. Z důvodu nedostatečné informovanosti, z neúspěchu svého snažení a nebo pouze z pohodlnosti a spokojením se s tím, že jejich dítě tuto poruchu má.

Otázka číslo 9) Co myslíte, že ADHD nejvíce ovlivňuje?

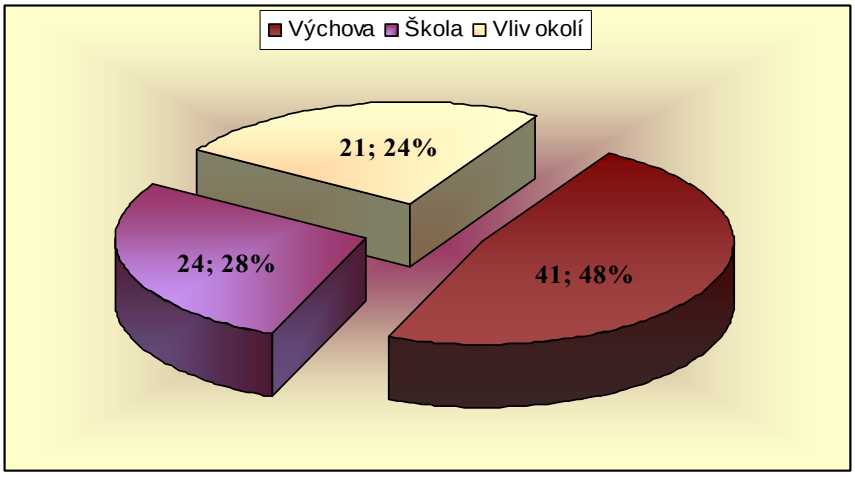
Tabulka 13 Co myslí rodiče, že nejvíce ovlivňuje ADHD

	Počet
Výchova	**41**
Škola	**24**
Vliv okolí	**21**
Neví *	**4**
Volná odpověď **	**2**

* Nebyla zaškrtnuta žádná možnost i přes to, že v předešlé otázce „ Myslíte, že je možné po diagnostikování ADHD ovlivnit jeho další vývoj“ byla zvolena možnost ANO.

** Zázemí a komunikace; léky.

Graf 6 Co myslí rodiče, že nejvíce ovlivňuje ADHD



U této otázky je podle odpovědí rodičů zřejmé, že na průběh ADHD se nejvíce podílí výchova dítěte. Tato možnost byla zvolena od padesáti rodičů celkem 41x. Menší, ale však podstatné zastoupení hraje dle mínění rodičů škola a vliv okolí.

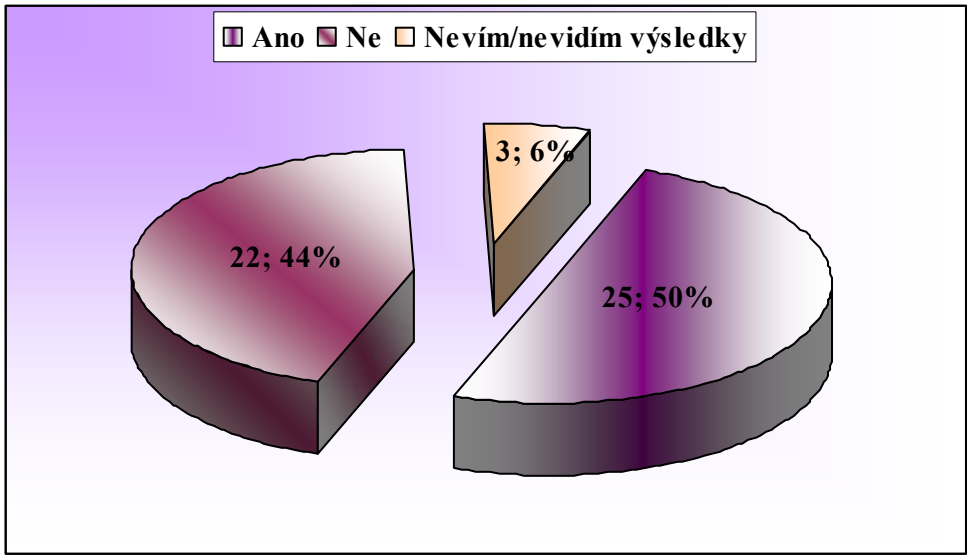
Výchova je dle mého názoru nejdůležitější, ale není to jen o strohé výchově a zákazech co dítě s mí s co ne. Velkou roli hraje přístup rodiče, jeho charakter a chování samotného rodiče. Škola a okolí dítě jistě do značné míry ovlivňují, ale základ si dítě nese z domácího prostředí.

Otázka číslo 10) Daří se Vám zvládat chování Vašeho dítěte bez odborné pomoci?

Tabulka 14 Daří se rodičům zvládat chování dítěte bez odborné pomoci

Zvládání chování	Počet
Ano	**25**
Ne	**22**
Nevím/nevidím výsledky	**3**

Graf 7 Daří se rodičům zvládat chování dítěte bez odborné pomoci



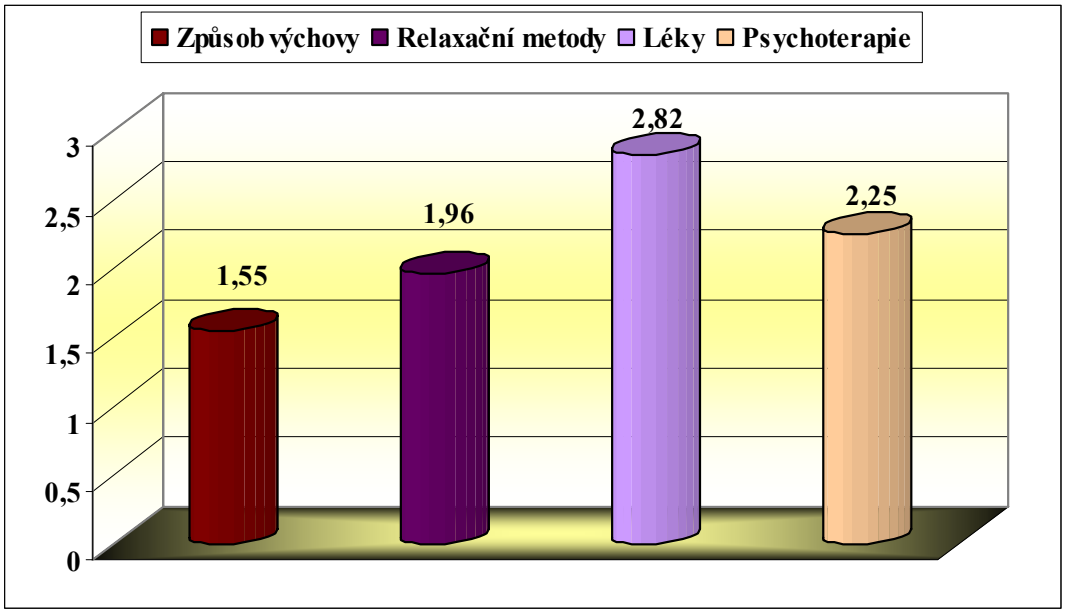
Ze zjištěných údajů z této otázky vyplývá, že polovina rodičů zvládá chování svého dítěte a druhá polovina ne, nebo nevidí úspěchy ve svém snažení. Je zajímavé, proč jedné polovině se to daří a druhá polovina nevidí výsledky. Je to v jejich nárocích na dítě? Nebo nejsou dostatečně informováni o způsobech výchovy a přístupu k chování jejich dítěte? Nebo se nesnaží dítě pochopit a jakýkoliv nežádoucí projev chování hodnotí jako odpor nebo vzdor?

Otázka číslo 11) Jaký je podle Vás nejúčinnější způsob nápravy ADHD?

Tabulka 15 Nejúčinnější způsob nápravy ADHD

Způsob nápravy	Ø známka
Způsob výchovy	**1,55**
Relaxační metody	**1,96**
Léky	**2,82**
Psychoterapie	**2,25**

Graf 8 Nejúčinnější způsob nápravy ADHD



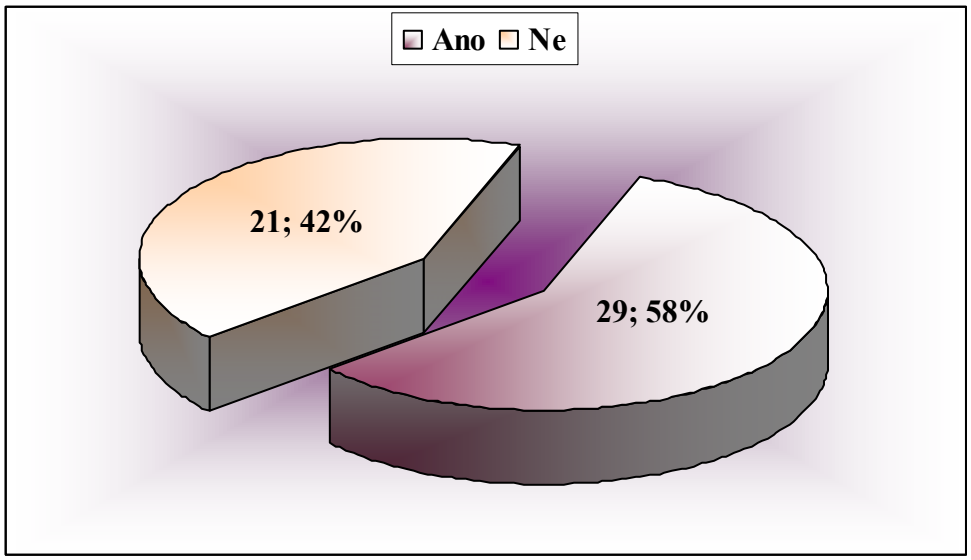
U této otázky měli dotazovaní rodiče u všech možností udělit, dle svého mínění, známku jednotlivému druhu nápravy. Jako nejlepší a dle rodičů nejvhodnější se s celkovou známkou 1,55 shledává metoda způsobu výchovy. S výslednou známkou 2,82 se tedy jako nejméně oblíbenou metodou nápravy jeví farmakoterapie.

Otázka číslo 12) Používáte vlastní metody ke zvládnutí chování Vašeho dítěte?

Tabulka 16 Používají rodiče vlastní metody ke zvládnutí chování dítěte

Používají vlastní metody	Počet
Ano	**29**
Ne	**21**

Graf 9 Používají rodiče vlastní metody ke zvládnutí chování dítěte



Z otázky číslo 12 vyplývá, že většina rodičů, která ale není tak výrazná oproti druhé části skupiny, používá vlastní metody pro zvládání chování svého potomka. Ovšem za povšimnutí stojí i fakt, že 21 rodičů žádné jiné metody nepoužívá. Otázkou je, zda základní léčebné metody jsou dostačující nebo do této skupiny patří rodiče, kteří chování svého dítěte nezvládají.

Otázka číslo 13) Pokud používáte vlastní metody nebo způsoby, napište prosím jaké.

Tabulka 17 Vlastní metody rodičů pro zvládání chování dítěte

Vlastní metody	Počet
Důsledné vyžadování plnění úkolů, pevná pravidla	**15**
Trpělivost, komunikace formou dohody	**9**
Pochvaly, odměny, motivace	**6**
Větší péče a věnování se dítěti	**3**
Řešit vše v klidu, hodně si povídat	**3**
Cvičení soustředění, trénování relaxace	**2**
Vše řešit formou hry	**2**
Stálý program, zaměstnání dítěte	**1**
Jít příkladem	**1**

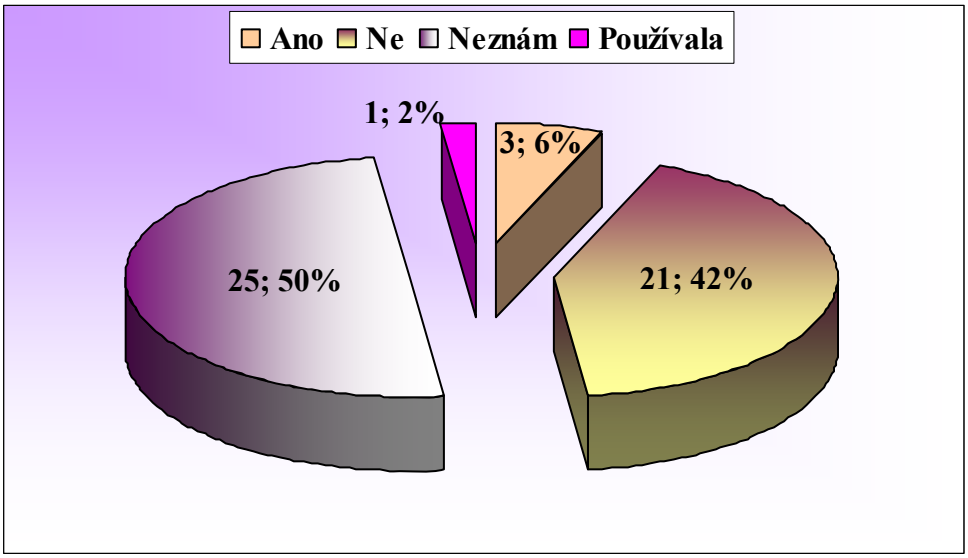
V předešlé tabulce se ukázalo, že většina rodičů dává důraz na výchovu, na stanovená pravidla a důsledné vyžadování plnění úkolů. Otázkou však je, zda děti pak raději neokusí tzv. zakázané ovoce, které tak láká porušit daná pravidla. Když se tak stane jsou středem pozornosti a cítí se, že něco dokázaly. Trpělivost, dohody a výchova formou odměn a motivací, které jsou zastoupeny v tabulce na druhém a třetím místě, jsou jistě efektivnější. Aby dítěte dostalo slibovanou odměnu snaží se úkol splnit co nejlépe a není tu riziko odporu a vzdorovitého chování.

Otázka číslo 14) Používáte systém karet?

Tabulka 18 Používají rodiče systém karet

Systém karet	Počet
Ano	**3**
Ne	**21**
Neznám	**25**
Používala	**1**

Graf 10 Používají rodiče systém karet



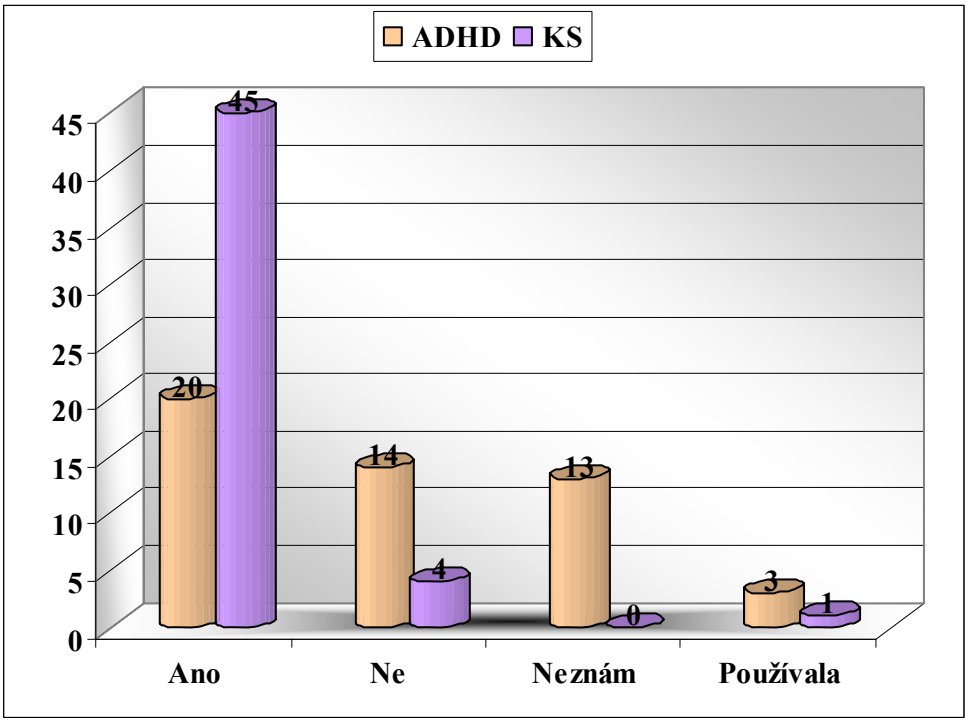
Používání systému karet je dle výsledků málo časté ba až zanedbatelné, pouze 4 rodiče tuto metodu znají. Polovina dotazovaných uvedla, že tuto metodu nezná, tím pádem jí nepoužívá. Otázkou však je, zda rodiče, kteří zvolily odpověď ne, metodu znají, ale z nějakých důvodů nepoužívají nebo jí neznají, ale zvolili odpověď ne místo neznám. V některých případech byly zaškrtnuty obě možnosti, což mě přivedlo na tuto myšlenku.

Otázka číslo 15) Používáte metody pozitivního posilování?

Tabulka 19 Používají rodiče dětí metody pozitivního posilování

	ADHD	KS
Ano	2O	45
Ne	14	4
Neznám	13	0
Používala	3	1

Graf 11 Používají rodiče dětí metody pozitivního posilování



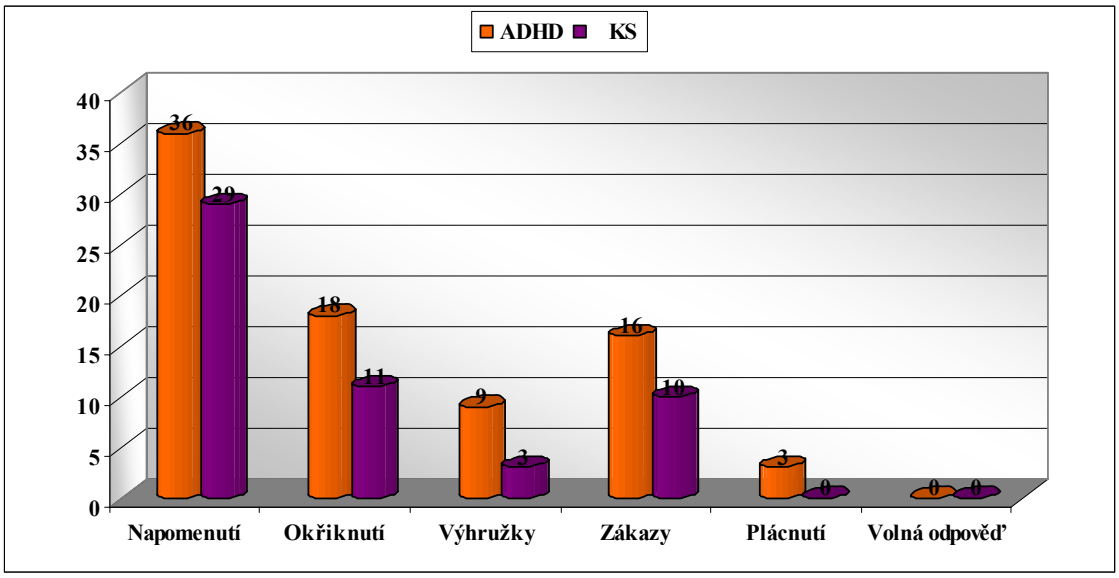
U této otázky je zajímavé porovnání zkoumané a kontrolní skupiny. Veliké rozdíly, které poukazují na nedostatečnou informovanost ve skupině ADHD. Pouhých 20 dotazovaných rodičů používá tuto metodu, ale více překvapující je, že 13 dotazovaných ani neví, že existuje.

Otázka číslo 16) Reagujete nějakým způsobem na „zlobení“ Vašeho dítěte?

Tabulka 20 Reakce rodiče na chování dítěte

Reakce	ADHD	KS
Napomenutí	36	29
Okřiknutí	18	11
Výhružky	9	3
Zákazy	16	10
Plácnutí	3	0
Volná odpověď	0	0

Graf 12 Reakce rodiče na chování dítěte



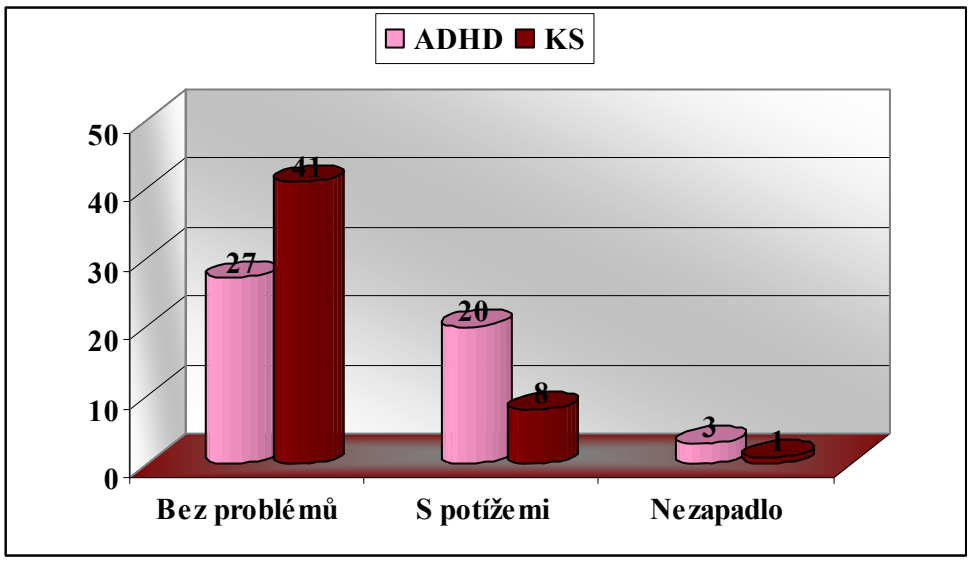
Reakce rodičů na nežádoucí chování jejich dítěte jsou v obou skupinách vyrovnané. Nejvíce zastoupeným projevem rodičů je napomenutí dítěte, které se vyskytuje v 65 případech ze sta. Okřiknutím reaguje 29 dotazovaných rodičů a zákazy používá 26 rodičů. Případ fyzických trestů je zastoupen pouze třikrát a to u dětí a ADHD. Jiná možnost reakce nebyla od žádného rodiče uvedena.

Otázka číslo 17) Jak vidíte zařazení Vašeho dítěte do kolektivu?

Tabulka 21 Zařazení dítěte do kolektivu

Zařazení do kolektivu	ADHD	KS
Bez problémů	27	41
S potížemi	20	8
Nezapadlo	3	1

Graf 13 Zařazení dítěte do kolektivu



Zařazení dětí s ADHD do kolektivu se jeví jako problémovější, než dětem bez ADHD. Tento jev se dá předpokládat pro jejich neposednost, pro jejich aktivitu, neschopnost se soustředit a hrát si v kolektivu. Uvnitř skupiny ADHD se moc výrazné rozdíly nevyskytují, ale při porovnání s kontrolní skupinou je možné pozorovat větší zastoupení jedinců jak v kategorii zapadnutí do kolektivu bez problémů, tak v kategorii zapadnutí do kolektivu s potížemi.

Otázka číslo 18) Do kolika let se Vaše dítě pomočovalo?

Tabulka 22 Do kolika let se dítě pomočovalo

Věk dítěte/ rok	ADHD	KS
1,5	**3**	**5**
2	**18**	**23**
2,5	**5**	**7**
3	**8**	**9**
3,5	**0**	**0**
4	**3**	**2**
4,5	**0**	**1**
5	**4**	**3**
6	**3**	**0**
7	**2**	**0**
8	**2**	**0**
9	**1**	**0**
12	**1**	**0**

V této otázce jsem porovnala zkoumanou skupinu dětí s ADHD a kontrolní skupinu bez ADHD, abych zjistila, zda děti s ADHD opravdu trpí na pomočování i v pozdějším věku.

Získané údaje vypovídají o tom, že i děti s ADHD se mohou naučit ovládat močení velmi brzo a to v 1,5 roce života. Celkem vyrovnaným počtem 18 se to i děti s ADHD naučí do dvou let. V kontrolní skupině je tento počet 23 dětí. V této době je pomočování normálním jevem a není výjimkou ani do 3,5 let dítěte. V obou skupinách je tato věková kategorie vyrovnaná. Zatímco v pěti letech už pomočování je zarážející, nejeví se z výsledků jako specifický jev pro děti s ADHD, protože se objevuje i u dětí v kontrolní skupině. Naopak od 6ti let se v kontrolní skupině nevyskytlo ani jedno dítě, které by trpělo na pomočování, u skupiny ADHD ve věku 6ti až 12ti let se objevilo 9 dětí, které i v tomto věku trpí pomočováním. Závisí tento jev na psychickém stavu dítěte? Určitě už to samo dítě považuje za ostudu. Cítí se méněcenné a obává se posměchu ostatních.

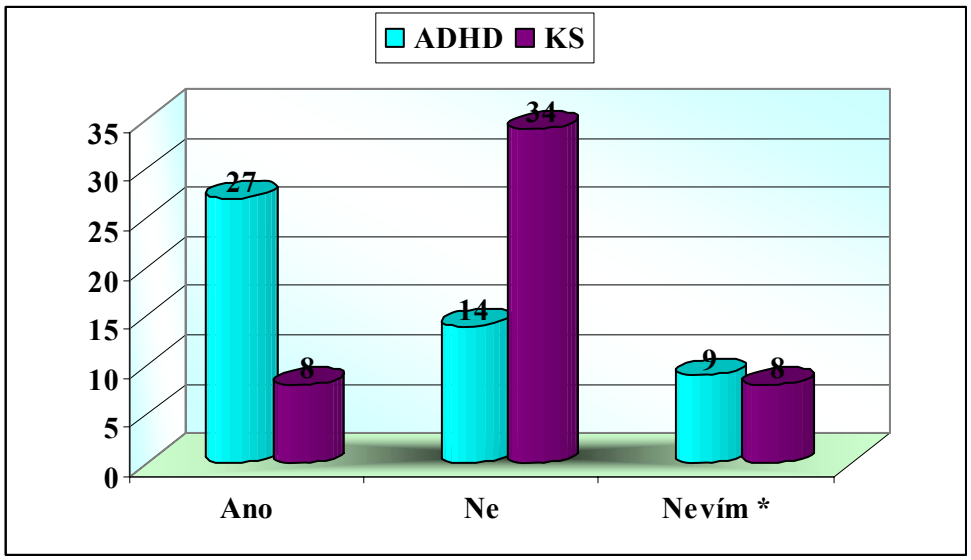
Otázka číslo 19) Trpí Vaše dítě specifickými poruchami učení?

Tabulka 23 Specifické poruchy učení

	ADHD	KS
Ano	**27**	**8**
Ne	**14**	**34**
Nevím *	**9**	**8**

* nelze určit vzhledem k věku dítěte

Graf 14 Specifické poruchy učení



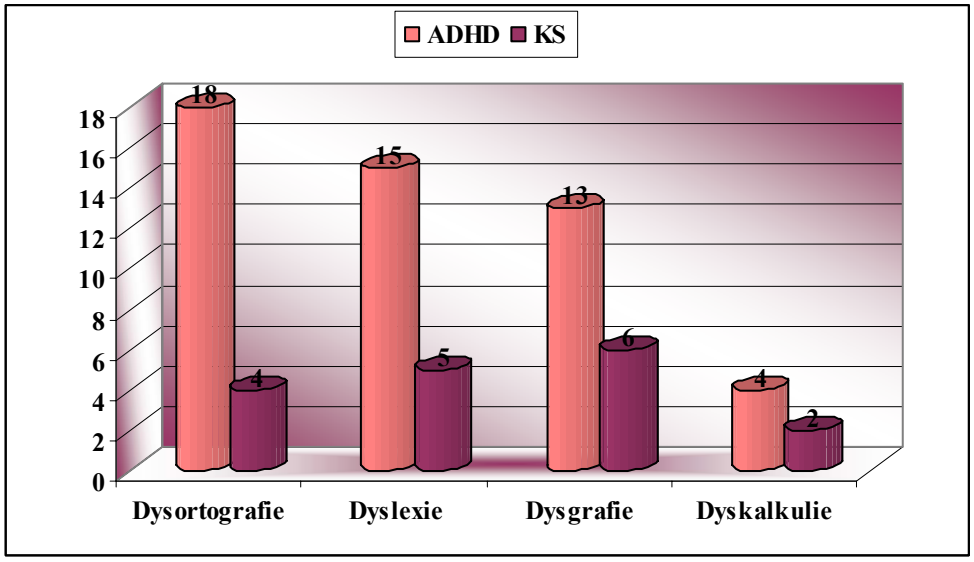
Tabulka a graf k otázce číslo21 vypovídá o tom, že děti s ADHD mají častější výskyt specifických poruch učení než děti bez ADHD. Svědčí tento fakt pro jejich postoj k učení a k povinnostem, nebo jsou tyto poruchy učení způsobené například asfyxií při porodu?

Otázka číslo 20) Pokud dítě trpí specifickými poruchami učení, označte prosím jakými.

Tabulka 24 Druhy specifických poruch učení - zastoupení

Porucha	ADHD	KS
Dysortografie	18	4
Dyslexie	15	5
Dysgrafie	13	6
Dyskalkulie	4	2

Graf 15 Druhy specifických poruch učení - zastoupení



Tabulka 25 Kombinace poruch učení

Kombinace poruch	ADHD	KS
Pravopis + čtení + psaní	9	3
Pravopis + čtení + počítání	4	0
Pravopis + čtení	4	0
Pravopis + psaní	3	0
Pravopis + počítání	2	1
Čtení + psaní + počítání	2	0
Čtení	2	0
Psaní	1	1
Pravopis	0	1
Psaní + čtení	0	2

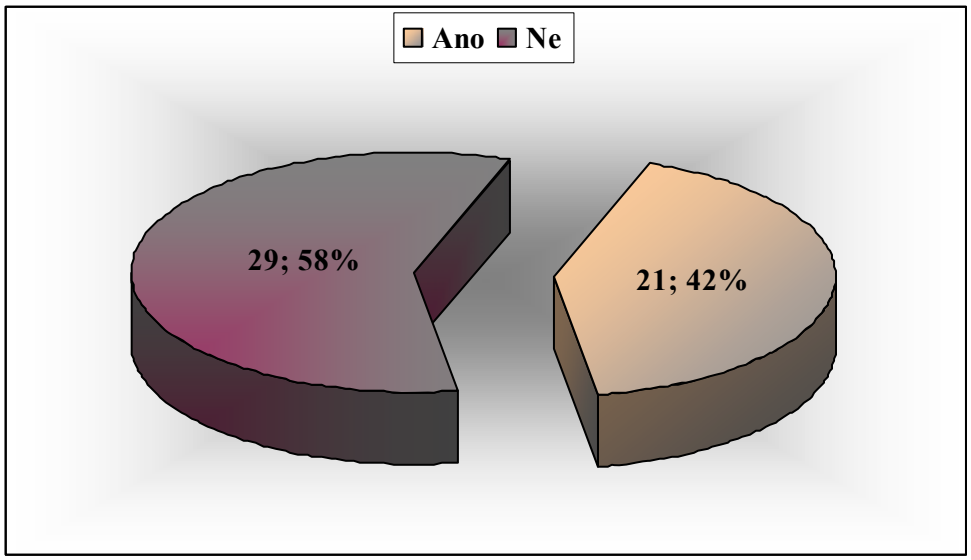
Nejčastěji jsou zastoupeny poruchy pravopisu a to v celkových 22 případech. Poruchy čtení jsou zastoupeny 20x, poruchy psaní 19x a poruchy počítání pouze ve dvou případech. Tabulka 22 shrnuje zastoupené kombinace poruch, které se u dětí obou skupin se vyskytují.

Otázka číslo 21) Znáte pojem EEG biofeedback?

Tabulka 26 Znají rodiče pojem EEG biofeedback

	Počet
Ano	**21**
Ne	**29**

Graf 16 Znají rodiče pojem EEG biofeedback



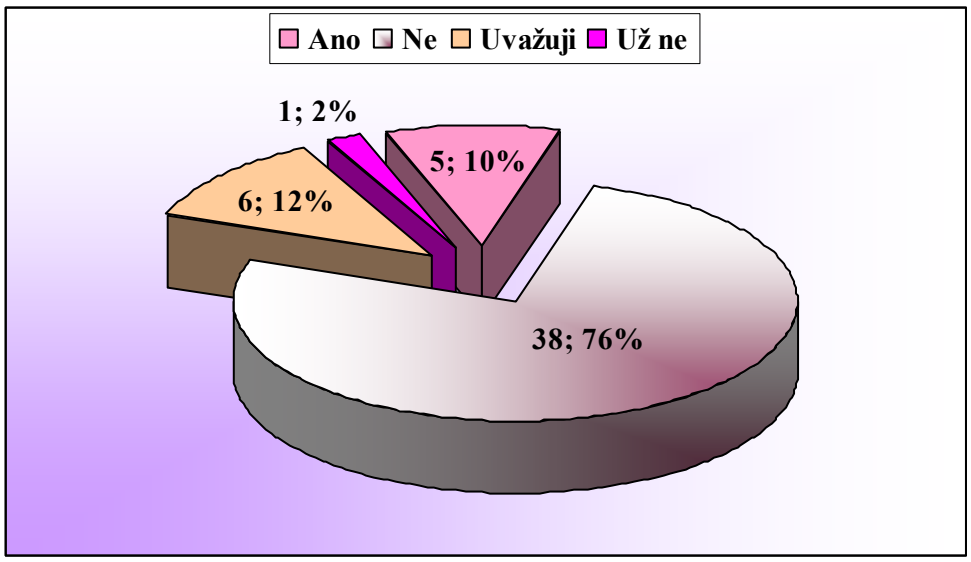
Úroveň informovanosti o problematice EEG je celkem nízká vzhledem k výsledkům ze sebraných dat. Pojem EEG biofeedback zná 21 rodičů a zbylých 29 rodičů s tímto termínem seznámena není.

Otázka číslo 22) Využíváte metody EEG biofeedback k nápravě ADHD Vašeho dítěte?

Tabulka 27 Využíváte metody EEG k nápravě ADHD

	Počet
Ano	**5**
Ne	**38**
Uvažuji	**6**
Už ne	**1**

Graf 17 Využívají rodiče EEG k nápravě ADHD



Metoda EEG Biofeedback není dle výše uvedených hodnot moc rozšířenou a využívanou metodou pro nápravu ADHD. I přesto, že z dotazovaných rodičů ji zná 21 (viz otázka číslo 21) využívá ji pouze 5 rodičů. Jeden rodič uvedl, že tuto metodu využíval a 6 rodičů uvedlo, že o této metodě uvažuje. Zbývajících 38 odpovídajících rodičů tuto metodu nevyužívá ani o tom neuvažuje.

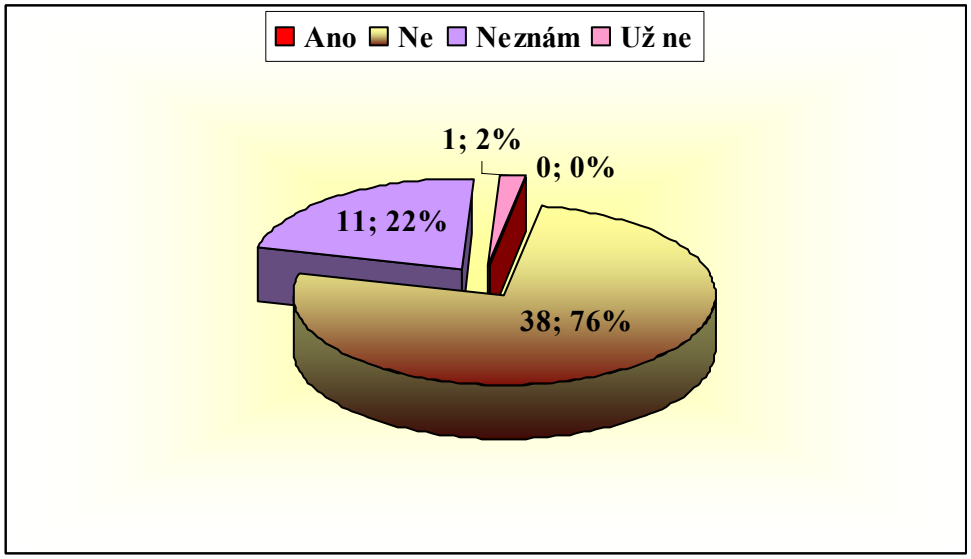
Všech pět rodičů, kteří zodpověděli, že EEG využívají vidí efekt této metody ve zlepšení soustředění dítěte a ve zlepšení školních činností. (Tímto byla zodpovězena otázka číslo 23) *Pokud EEG biofeedback využíváte, myslíte, že má efekt?* a otázka číslo 24) *Pokud myslíte, že má efekt, napište prosím jaký*.)

Otázka číslo 25) Docházíte na skupinová sezení rodičů dětí s ADHD?

Tabulka 28 Dochází rodiče na skupinová sezení

	Počet
Ano	**0**
Ne	**38**
Neznám	**11**
Už ne	**1**

Graf 18 Docházejí rodiče na skupinová sezení



Skupinová sezení rodičů není forma, která by byla využívána nebo vyhledávána. Žádný z dotazovaných rodičů na tato sezení nedochází. Pouze jeden rodič tuto metodu využíval, 11 rodičů ji nezná a zbylých 38 rodičů tuto možnost zná, ale nevyužívá.

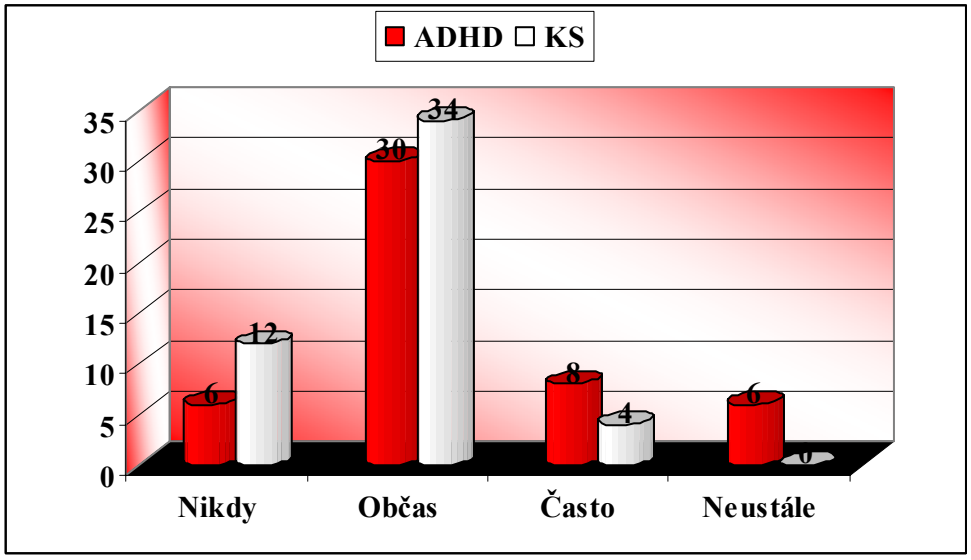
Zajímavé by bylo zjistit, proč tuto metodu tolik rodičů nevyužívá i přesto, že o téhle možnosti ví. Jednou možností může být, že není žádný program, který by tato sezení podporoval. Další možností může být nezájem a časová vytíženost rodičů.

Otázka číslo 26) Prožíváte pocity beznaděje z chování Vašeho dítěte?

Tabulka 29 Prožívání pocitů z chování dítěte

	ADHD	KS
Nikdy	6	12
Občas	30	34
Často	8	4
Neustále	6	0

Graf 19 Prožívání pocitů z chování dítěte



Z názorného grafu této otázky vyplývá, že pocity beznaděje a bezmoci rodiče obou skupin prožívají občas ve vyrovnaném počtu. Tuto možnost zvolilo 66 rodičů z celkového počtu dotazovaných. Beznaděj neprožívají ve 12-ti případech rodiče z kontrolní skupiny a 6 rodičů ze zkoumané skupiny ADHD. Často jsou těmito pocity zasaženi rodiče dětí s ADHD a to v 8 případech, u kontrolní skupiny to je pouze o dva méně. Neustále tyto pocity prožívá 6 dotazovaných rodičů dětí s ADHD, zatímco u kontrolní skupiny ani jeden rodič. Porovnání skupin není nijak výrazné, z čehož je možné usuzovat, že rodiče dětí s ADHD jsou s jejich chováním smířeni, nebo mají větší „tolerovací mantinely“, než rodiče z kontrolní skupiny. Proč je tedy v takovém počtu zastoupena možnost „občas“ v kontrolní skupině? Jaká odlišnost se vyskytuje v chování u dětí bez ADHD? Jsou to takové projevy, které se u dětí s ADHD vyskytují tak často, že už si toho rodiče nevšímají a nevěnují dostatečnou pozornost oproti rodičů dětí bez ADHD?

Otázka číslo 27) Jak se Vaše dítě projevovalo v chování, než bylo diagnostikováno ADHD?

Tabulka 30 Projevy chování dítěte s ADHD

Snadno se nechá vyrušit vnějšími podněty.	**38**
Vyhýbá se, nebo nemá rádo, nebo odkládá úkoly, které vyžadují nepřetržité duševní úsilí (školní úkoly, domácí práce).	**37**
Má problémy s udržením pozornosti při domácích úkolech nebo při hře.	**34**
Nedává pozor na detaily; v pracích - do školy i jiných - dělá chyby z nepozornosti.	**33**
Pohrává si s rukama či nohama; kroutí se na židli.	**33**
Dělá mu potíže organizovat si úkoly a činnosti, vyhýbá se úkolům vyžadujícím soustředěné volní úsilí.	**29**
Vypadá, že neposlouchá, i když se mluví přímo na něj.	**28**
Přerušuje ostatní (skáče do řeči, vpadá do rozhovorů nebo her ostatních).	**25**
Přehnaně mluví.	**23**
Nedodrží, co se mu zadá, a není samo schopno dokončit úkol do školy nebo domácí povinnosti.	**20**
Je jakoby "na pochodu" nebo se chová jako "poháněné motorem".	**20**
Ztrácí věci nezbytné pro úkoly a činnosti (hračky, zadání úkolů, školní potřeby).	**18**
Vyznačuje se zapomnětlivostí v běžném životě.	**18**
Vyskakuje ze židle ve škole nebo v jiných situacích, kde se má sedět.	**18**
Má potíže si hrát nebo jinak trávit volný čas potichu.	**16**
Vypleskne odpověď, ještě než byla dopovězena otázka.	**14**
Je pro něj těžké čekat (např. na přechodu na ulici, při čekání na přestávku apod.).	**13**
Neustále pobíhá či leze po předmětech.	**12**

V Této otázce jsem pomocí otevřeného kódování vyobrazila projevy chování dětí s ADHD dle četností výskytu, jak je uvedli rodiče v dotaznících.

IV. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se snažila poukázat na čím dál víc frekventovanější výskyt syndromu ADHD u dětí i v dnešní přemodernizované době, kdy je na dosah vše možné i nemožné. Ale to nejjednodušší, udělat si čas na své vlastní dítě je v poslední době nejmíň reálné. Přitom je to to nejmenší, co pro své dítě můžete udělat.

V empirické části byly porovnány dvě skupiny rodičů. Rodiče dětí se syndromem ADHD a skupina rodičů dětí bez ADHD. Ukázalo se, že informovanost rodičů po stránce diagnostické je na dobré úrovni, ale co se týče metod nápravy, jsou hranice vědění rodičů velmi omezené. Výsledky výzkumu potvrzují i fakt, že děti s ADHD byly častěji vystaveny negativním vlivům v průběhu těhotenství a porodu než-li děti bez této poruchy. Projevy spojené s tímto nežádoucím syndromem, jako je pomočování v pozdějším věku dítěte a specifické poruchy učení, které omezují a ztěžují život dítěti jsou u této problematiky zastoupeny v hojném počtu, ale s porovnáním kontrolní skupiny nejsou výsledky nijak upřesňujíce ba dokonce dokazující, že tyto projevy doprovázejí pouze děti s ADHD.

Věřím, že život a výchova dítěte s hyperaktivitou a poruchou pozornosti nemůže být nijak snadný. Je to běh na velmi dlouhou trať, ale na jejím konci je životní uspokojení rodičů. Pocit, že obstáli v obtížném úkolu a hlavně pomohli své ratolesti zdolat nástrahy této poruchy a pomoci se mu začlenit do společnosti s vědomím, že udělali vše, co bylo v jejich silách.

V. ANOTACE

Autor: Martina Czibulková

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetřovatelství

Název práce: Dítě s poruchou pozornosti a hyperaktivitou – syndrom ADHD

Vedoucí práce: PhDr. Mariana Bažantová

Počet stran: 97

Počet příloh: 4

Rok obhajoby: 2008

Klíčová slova: ADHD, hyperaktivita, impulzivita, porucha pozornosti, EEG biofeedback.

Bakalářská práce se zabývá problematikou hyperaktivity v dětském věku. Pojednává o poruše pozornosti spojené s hyperaktivitou, vyzdvihuje příčiny a projevy provázející syndrom ADHD a nastiňuje historii tohoto problému. Rovněž vysvětluje specifické poruchy učení a jejich souvztažnost v komorbiditě s ADHD a poukazuje na možná nápravná řešení včetně metody EEG biofeedback.

Podstatou bakalářské práce je kvantitativní průzkumné šetření, které zjišťuje názor rodičů na potíže svého dítěte a pohled na problematiku ADHD ve smyslu informovanosti o příčinách potíží a možnostech nápravy. Zkoumaný vzorek tvoří rodiče dětí s ADHD a rodiče dětí bez ADHD.

The bachelor work deals with the problems of the hyperactivity in the childhood it discusses the disorder of attention connected with the hyperactivity. It nighlights the causes and tde display accompaning the syndrom ADHD and outlines the history of this problem. It explains the specific disorders with the learning at the same time and their mutual connection with ADHD and shows possible corrective solutions inclusive the method of EEG Biofeedback. The substance of the bachelor work is qvantitative research inqviry, that finds out the parents` opinion on the complaints of their childern and the view at the theme of ADHD in the sence of information about causes of these problems and possibilities of the remedy. The investigated sample is made with patente of childern with ADHD and parents of children without ADHD.

VI. LITERATURA A PRAMENY

Černá, M., a kolektiv: *Lehké mozkové dysfunkce.* Karolinum, Praha 1999, 224s., ISBN 382-88-99

Drtílková, I.: *Hyperaktivní dítě. Vše co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Galén, Praha 2007, 87s., ISBN 978-80-7262-447-8

Drtílková, I., Šerý, O., et al.: *Hyperkinetická porucha,* Galén, Praha 2007, 268 s., ISBN 978-80-7262-419-5

Hort, Vl., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kolektiv: *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Portál, Praha 2000, 492 s., ISBN 80-7178-472-9

Hyperkinetické a tikové poruchy u dětí z hlediska biologické psychiatrie 1997 ročník 93. Česká a Slovenská psychiatrie časopis psychiatrické společnosti, Supplementum3, ISSN-0069-2336

Kubálková, D.: *Slovo za slovem o vývoji a poruchách dětské řeči*. KPK Praha 1992, 132 s., ISBN 80-85267-34-9

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, Duševní poruchy a poruchy chování, MKN-10, popis klinických příznaků a diagnostická vodítka, World Health Organization, Psychiatrické centrum Praha 2005 – 3.vydání ISBN 80-85121-11-5 251s.

Munden, A., Arcelus, J.: *Poruchy pozornosti a hyperaktivita.* Portál, Praha 2006, 119 s., ISBN 80- 7367-188-3

Nevšímalová, S., Růžička, E., Tichý, J., a kolektiv: *Neurologie.* Karolinum, Praha 2002, 351s., ISBN 80-246-0502-3

Paclt, I., Florian, J.: *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku.* Grada, Praha 1998, 400 s., ISBN 80-7169-506-8

Práva dětí: [staženo 2008-03-18] Dostupné na WWW: http://vnl.xf.cz/ose/ose-prava_deti.php

Selikowitz, M.: *Dyslexie a jiné poruchy učení.* Grada, Praha 2000, 136s., ISBN 80-7169-773-7

Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M.: *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Portál, Praha 2001, 791 s., ISBN 80-7178-545-8

Škvorová, J., Škvor, D.: *Proč zlobím? Lehká mozková dysfunkce LMD/ADHD.* TRITON s.r.o., Praha 2003, 176 s., ISBN 80-7254-407-1

Třesohlavá, Z., Černá, M., Kňourková, M.: *Lehká mozková dysfunkce v předškolním věku*. Avicenum, Praha 1990, 128 s., ISBN 08-016-90

Třesohlavá, Z., a kolektiv: *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku.* Avicenum, Praha 1986, 228s., ISBN 08-047-86

Pokorná, V.: *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Portál, Praha 2001, 333 s., ISBN 80-7178-570-9

Zelinková, O.: *Poruchy učení.* Portál, Praha 2003, 263 s., ISBN 80-7178-800-7

Žáčková, H., Jucovičová, D.: *Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro rodiče a vychovatele.* D+H Praha 2005, 76 s., ISBN 80-903579-1-1

VII. SEZNAMY

1) Seznam tabulek

Tabulka 1 Diagnostické manuály 28
Tabulka 2 Přehled diagnostiky MKN-10 a DSM-IV 29
Tabulka 3 Anamnestické údaje rodičů 52
Tabulka 4 Anamnestické údaje dětí 52
Tabulka 5 Co podle rodičů znamená pojem ADHD 53
Tabulka 6 Podílí se dědičnost na vzniku ADHD 54
Tabulka 7 Proč si rodiče myslí, že se na ADHD podílí dědičnost 54
Tabulka 8 Výskyt komplikací v průběhu těhotenství 55
Tabulka 9 Projevy komplikací v průběhu těhotenství 56
Tabulka 10 Výskyt komplikací v průběhu porodu 57
Tabulka 11 Komplikace v průběhu porodu 58
Tabulka 12 Myslíte, že lze ovlivnit další vývoj ADHD 59
Tabulka 13 Co myslí rodiče, že nejvíce ovlivňuje ADHD 60
Tabulka 14 Daří se rodičům zvládat chování dítěte bez odborné pomoci 61
Tabulka 15 Nejúčinnější způsob nápravy ADHD 62
Tabulka 16 Používají rodiče vlastní metody ke zvládnutí chování dítěte 63
Tabulka 17 Vlastní metody rodičů pro zvládání chování dítěte 64
Tabulka 18 Používají rodiče systém karet 65
Tabulka 19 Používají rodiče dětí metody pozitivního posilování 66
Tabulka 20 Reakce rodiče na chování dítěte 67
Tabulka 21 Zařazení dítěte do kolektivu 68
Tabulka 22 Do kolika let se dítě pomočovalo 69
Tabulka 23 Specifické poruchy učení 70
Tabulka 24 Druhy specifických poruch učení - zastoupení 71
Tabulka 25 Kombinace poruch učení 71
Tabulka 26 Znají rodiče pojem EEG biofeedback 72
Tabulka 27 Využíváte metody EEG k nápravě ADHD 73
Tabulka 28 Dochází rodiče na skupinová sezení 74
Tabulka 29 Prožívání pocitů z chování dítěte 75
Tabulka 30 Projevy chování dítěte s ADHD 76

2) Seznam grafů

Graf 1 Co podle rodičů znamená pojem ADHD 53
Graf 2 Myslíte, že na vzniku ADHD se podílí dědičnost 54
Graf 3 Výskyt komplikací v průběhu těhotenství 55
Graf 4 Výskyt komplikací v průběhu porodu 57
Graf 5 Myslíte, že lze ovlivnit další vývoj ADHD 59
Graf 6 Co myslí rodiče, že nejvíce ovlivňuje ADHD 60
Graf 7 Daří se rodičům zvládat chování dítěte bez odborné pomoci 61
Graf 8 Nejúčinnější způsob nápravy ADHD 62
Graf 9 Používají rodiče vlastní metody ke zvládnutí chování dítěte 63
Graf 10 Používají rodiče systém karet 65
Graf 11 Používají rodiče dětí metody pozitivního posilování 66
Graf 12 Reakce rodiče na chování dítěte 67
Graf 13 Zařazení dítěte do kolektivu 68
Graf 14 Specifické poruchy učení 70
Graf 15 Druhy specifických poruch učení - zastoupení 71
Graf 16 Znají rodiče pojem EEG biofeedback 72
Graf 17 Využívají rodiče EEG k nápravě ADHD 73
Graf 18 Docházejí rodiče na skupinová sezení 74
Graf 19 Prožívání pocitů z chování dítěte 75

3) Seznam obrázků

Obrázek 1 12
Obrázek 2 EEG trénink 39
Obrázek 3 Motiv na EEG biofeedback 95
Obrázek 4 Motiv na EEG biofeedback 95
Obrázek 5 Motiv na EEG biofeedback 96

VIII. PŘÍLOHY

Příloha č.1 Dotazník pro rodiče dětí s ADHD

Příloha č.2 Dotazník pro rodiče dětí bez ADHD

Příloha č.3 Slovník

Příloha č.4 Obrázky

1) Dotazník pro rodiče dětí s ADHD – zkoumaná skupina

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
Ústav sociálního lékařství
Odd. ošetřovatelství
Šimkova 870, 500 01 Hradec Králové

Anonymní dotazník

Porucha pozornosti provázená hyperaktivitou
(Attention Deficit/Hyperaktivity Disorder) – ADHD u dětí

Jmenuji se Martina Czibulková a jsem studentkou třetího ročníku na Lékařské fakultě v Hradci Králové, kde studuji bakalářský obor ošetřovatelství – všeobecná sestra.
Pomocí tohoto dotazníku bych Vás chtěla požádat o spolupráci a pomoc. Chtěla bych poodhalit další stinné stránky týkající se této poruchy a zjistit i Váš názor a pohled na tuto poruchu, která je čím dál tím častějším problémem dnešní doby.

Dotazník se skládá z 27 odpovědí, orientační doba vyplnění trvá 10 minut. Vámi zvolenou odpověď prosím zakřížkujte. Vaše odpovědi a tímto získané výsledky výzkumu budou použity pouze do mé bakalářské práce.
Mnohokrát děkuji za pravdivé odpovědi, za Váš čas a spolupráci.

Martina Czibulková

- **Nejvyšší dosažené vzdělání rodiče** ❒ ZŠ ❒ SŠ ❒ vyučen/a ❒ VŠ
- **Pohlaví rodiče** ❒ matka ❒ otec
- **Pohlaví dítěte** ❒ dcera ❒ syn
- **Věk dítěte** …… let

1) Co podle Vás pojem ADHD znamená? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí.)

❒ nemoc ❒ forma postižení ❒ porucha ❒ **……...**

2) Myslíte, že se na vzniku ADHD podílí dědičnost?

❒ ANO ❒ NE – přejděte k otázce číslo 4 ❒ možná/nevím

3) Pokud si myslíte, že se dědičnost podílí, tak proč?

❒ Jsem si vědom/a toho, že v rodině tuto poruchu někdo měl.

❒ Řekli mi to lékaři.

❒ Dozvěděl/a jsem se to z knih.

❒ Všiml/a jsem si, že se někdo v rodině nebo okolí s touto poruchou takto chová.

❒ ……..

4) Vyskytly se během těhotenství nějaké komplikace?

❒ ANO ❒ NE – přejděte k otázce číslo 6 ❒ nevím

5) Pokud se komplikace vyskytly, uveďte prosím jaké.

…….....

6) Vyskytly se komplikace v průběhu porodu?

❒ ANO ❒ NE – přejděte k otázce číslo 8 ❒ nevím

7) Pokud se komplikace vyskytly, uveďte prosím jaké.

…….....

8) Myslíte, že je možné po diagnostikování ADHD ovlivnit jeho další vývoj?

❒ ANO ❒ NE ❒ možná ❒ nevím

9) Pokud ano, co myslíte, že ADHD nejvíce ovlivňuje?

❒ výchova ❒ škola ❒ vliv okolí ❒ ……

10) Daří se Vám zvládat chování dítěte bez odborné pomoci?

❒ ANO ❒ NE ❒ nevím (nevidím výsledky)

11) Jaký je podle Vás nejúčinnější způsob nápravy ADHD? (Oznámkujte jako ve škole.)

❒ způsob výchovy 1 – 2 – 3 – 4 – 5

❒ relaxační metody 1 – 2 – 3 – 4 – 5

❒ léky 1 – 2 – 3 – 4 – 5

❒ psychoterapie 1 – 2 – 3 – 4 – 5

❒ …… 1 – 2 – 3 – 4 – 5

12) Používáte vlastní metody ke zvládnutí chování Vašeho dítěte?

❒ ANO ❒ NE – přejděte k otázce číslo 14

13) Pokud ano, napište prosím jaké metody nebo způsoby používáte.

(Můžete využít i zadní stranu tohoto dotazníku.)

❒……

14) Používáte systém karet?

❒ ANO ❒ NE ❒ neznám ❒ používal/a

15) Používáte metody pozitivního posilování?

❒ ANO ❒ NE ❒ neznám ❒ používal/a

16) Reagujete nějakým způsobem na „zlobení“ Vašeho dítěte?

❒ napomenutím

❒ okřiknutím

❒ výhružkami

❒ zákazy

❒ plácnutím

❒ ……

17) Jak vidíte zařazení Vašeho dítěte do kolektivu?

❒ bez problémů ❒ s potížemi ❒ nezapadlo

18) Do kolika let se Vaše dítě pomočovalo?

❒……

19) Trpí Vaše dítě specifickými poruchami učení?

❒ ANO ❒ NE – přejděte k otázce číslo 21 ❒ nevím

20) Pokud ano, zakřížkujte prosím jakými.

❒ dysgrafie (porucha psaní)

❒ dyskalkulie (porucha počítání)

❒ dysortografie (porucha psaní – pravopis)

❒ dyslexie (porucha čtení)

21) Znáte pojem EEG biofeedbek?

❒ ANO ❒ NE

22) Využíváte metody EEG biofeedbacku k nápravě ADHD Vašeho dítěte?

❒ ANO ❒ NE ❒ uvažuji o tom ❒ už ne

23) Pokud EEG biofeedback využíváte, myslíte, že má efekt?

❒ ANO ❒ NE – přejděte k otázce číslo 25 ❒ nevím

24) Pokud myslíte, že ano, napište prosím jaký.

❒ ……

25) Docházíte na skupinová sezení rodičů dětí s ADHD?

❒ ANO ❒ NE ❒ neznám tuto možnost ❒ chodíval/a

26) Prožíváte pocity beznaděje, bezmocnosti z chování Vašeho dítěte?

❒ nikdy

❒ občas

❒ často

❒ neustále

27) Jak se Vaše dítě projevovalo v chování, než bylo diagnostikováno ADHD?

Zaškrtněte, co se dítěte týká:

❒ Nedává pozor na detaily; v pracích - do školy i jiných - dělá chyby z nepozornosti.
❒ Má problémy s udržením pozornosti při domácích úkolech nebo při hře.
❒ Vypadá, že neposlouchá, i když se mluví přímo na ně.
❒ Dělá mu potíže organizovat si úkoly a činnosti, vyhýbá se úkolům vyžadujícím soustředěné volní úsilí.
❒ Nedodrží, co se mu zadá, a není samo schopno dokončit úkol do školy nebo domácí povinnosti.
❒ Vyhýbá se, nebo nemá rádo, nebo odkládá úkoly, které vyžadují nepřetržité duševní úsilí (školní úkoly, domácí práce).
❒ Ztrácí věci nezbytné pro úkoly a činnosti (hračky, zadání úkolů, školní potřeby).
❒ Snadno se nechá vyrušit vnějšími podněty.
❒ Vyznačuje se zapomnětlivostí v běžném životě.
❒ Pohrává si s rukama či nohama; kroutí se na židli.
❒ Vyskakuje ze židle ve škole nebo v jiných situacích, kde se má sedět.
❒ Neustále pobíhá či leze po předmětech
❒ Má potíže si hrát nebo jinak trávit volný čas potichu.
❒ Je jakoby “na pochodu” nebo se chová jako “poháněné motorem”.
❒ Přehnaně mluví
❒ Vypleskne odpověď, ještě než byla dopovězena otázka
❒ Je pro něj těžké čekat (např. na přechodu na ulici, při čekání na přestávku apod.).
❒ Přerušuje ostatní (skáče do řeči, vpadá do rozhovorů nebo her ostatních).

2) Dotazník pro rodiče dětí bez ADHD – kontrolní skupina

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
Ústav sociálního lékařství
Odd. ošetřovatelství
Šimkova 870, 500 01 Hradec Králové

Anonymní dotazník

Porucha pozornosti provázená hyperaktivitou
(Attention Deficit/Hyperaktivity Disorder) – ADHD u dětí

Kontrolní skupina

Jmenuji se Martina Czibulková a jsem studentkou třetího ročníku na Lékařské fakultě v Hradci Králové, kde studuji bakalářský obor ošetřovatelství – všeobecná sestra.
Pomocí tohoto dotazníku bych Vás chtěla požádat o spolupráci a pomoc. Chtěla bych poodhalit další stinné stránky týkající se poruchy ADHD a proto potřebuji získat odpovědi na níže uvedené otázky od rodičů dětí bez této poruchy.

Dotazník se skládá z 11ti odpovědí, orientační doba vyplnění trvá 5 minut. Vámi zvolenou odpověď prosím zakřížkujte. Vaše odpovědi a tímto získané výsledky výzkumu budou použity pouze do mé bakalářské práce.
Mnohokrát děkuji za pravdivé odpovědi, za Váš čas a spolupráci.

Martina Czibulková

- **Nejvyšší dosažené vzdělání rodiče** ❒ ZŠ ❒ SŠ ❒vyučen/a ❒ VŠ
- **Pohlaví rodiče** ❒ matka ❒ otec
- **Pohlaví dítěte** ❒ dcera ❒ syn
- **Věk dítěte** …… let

1) Vyskytly se během těhotenství nějaké komplikace?

❒ ANO ❒ NE – přejděte k otázce číslo 3 ❒ nevím

2) Pokud se komplikace vyskytly, uveďte prosím jaké.

…….....

3) Vyskytly se komplikace v průběhu porodu?

❒ ANO ❒ NE – přejděte k otázce číslo 5 ❒ nevím

4) Pokud se komplikace vyskytly, uveďte prosím jaké.

…….....

5) Používáte metody pozitivního posilování? (Odměny, pochvaly.)

❒ ANO ❒ NE ❒ používal/a

6) Reagujete nějakým způsobem na „zlobení“ Vašeho dítěte?

❒ napomenutím

❒ okřiknutím

❒ výhružkami

❒ zákazy

❒ plácnutím

❒ ……

7) Jak vidíte zařazení Vašeho dítěte do kolektivu?

❒ bez problémů ❒ s potížemi ❒ nezapadlo

8) Do kolika let se Vaše dítě pomočovalo?

❒……

9) Trpí Vaše dítě specifickými poruchami učení?

❒ ANO ❒ NE ❒ nevím

10) Pokud ano, zakřížkujte prosím jakými.

- ❒ dysgrafie (porucha psaní)
- ❒ dyskalkulie (porucha počítání)
- ❒ dysortografie (porucha psaní – pravopis)
- ❒ dyslexie (porucha čtení)

11) Prožíváte pocity beznaděje, bezmocnosti z chování Vašeho dítěte?

- ❒ nikdy
- ❒ občas
- ❒ často
- ❒ neustále

3) Slovník

AFÁZIE Přechodná nebo trvalá porucha činnosti určitých mozkových center projevující se neschopností rozumět mluvené nebo psané řeči /sensorická afázie/ nebo neschopností hovořit a psát /motorická afázie (viz fatická dysfunkce).

AMENOREA (Amenorrhoea) Vynechání menstruačního krvácení u ženy v období pohlavní zralosti a plodnosti (mimo těhotenství).

ASFYXIE Dušení se z nedostatku vzduchu (např. asfyxie perinatální - v průběhu protrahovaného porodu).

ATETÓZA Nervová porucha hybnosti spočívající v neschopnosti udržet svaly v jedné pozici. Projevuje se mimovolními, pomalými nepřetržitými pohyby (červovitými). Vzniká při poškození mozku např. při asfyxii.

BEHAVIORÁLNÍ Týkající se chování; behaviorální vědy-vědy, zabývající se studiem lidského chování ve společnosti, hl. sociologie, antropologie, psychologie; behaviorální terapie-terapie, založená na psychologických teoriích učení, zejm. na podmiňování; behaviorální teratologie-součást teratologie, zabývající se vrozenými defekty chování.

DOPAMIN Látka hrající důležitou roli v nervovém systému, neurotransmiter.

DYSFUNKCE Narušená nebo odchylná funkce orgánů.

DYSFORIE Stav úzkosti.

DYSTONIE Porucha svalového napětí.

EFERENTNÍ Odstředivý, vedoucí vzruch od centra na periferii.

ENURÉZA Pomočování, neschopnost udržet moč s etiologií orgánové či funkční poruchy nebo na neurotické bázi(en.nocturna - noční, en.diurna denní).

ETIOLOGIE Nauka o vnitřních a zevních příčinách nemocí.

FRENEPATIE Duševní choroba.

FRUSTRACE Zklamání, zmaření touhy; stav při závažném neuspokojení lidských potřeb.

GEN Dědičný činitel, vloha, jednotka dědičnosti.

GEN STRUKTURÁLNÍ Pojem se týká tvaru, hmotného uspořádání jednotky dědičnosti.

GNOSTICKÉ FCE Poznávací funkce, schopnost poznat viděné předmět, rozeznat a pochopit slyšené zvuky, poznat hmatem předměty, rozeznat části svého těla.

GYNEKOMASTIE Zvětšení prsních žláz u mužů.

HAPTICKÝ Hmatový, týkající se hmatu.

Hathajóga Jóga, jejíž metody vycházejí z roviny tělesné, jóga těla; metoda k dosažení duchovní dokonalosti.

Hereditární Dědičný.

Hormon Vysoce účinná látka vytvářená organizmem v endokrinních žlázách, regulující funkci jednotlivých orgánů a ovlivňující důležité životní procesy.

Hypotrofie Nedostatečná výživa; omezení růstu orgánu nebo tkáně.

Chromozom Pentlicovitý útvar v buněčném jádru tvořený deoxyribonukleovou kyselinou a bílkovinami.

Imunita Odolnost; vynětí z působnosti právních předpisů, zvláštní ochrana.

Inaktivita Nečinnost, neaktivita.

Infantilizmus, infantilismus Zaostalost ve vývoji, stav, kdy znaky tělesné a někdy duševní, které jsou charakteristické pro některé období dětského věku, zůstávají i v dospělosti.

Iritace Dráždění, podráždění, rozčilení.

Modální Způsobový, účelový.

Nepredikovatelnost Predikční – předpovědní, hlásat, zvěstovat, ukazovat.

Noradrenalin Hormon dřeně nadledvinek, norepinefrin.

Patogeneze, patogenese Vznik a vývoj chorobných změn v těle.

Percepce Vjem, vnímání.

Polymorfizmus Mnohotvárnost, různorodost.

Prolaktin Hormon předního laloku hypofýzy. Řídí tvorbu mléka v době kojení, tlumí vyzrávání vajíčka ve vaječníku. Jeho vylučování je inhibováno dopaminem.

Retardace Opožďování, zvolňování, zpomalování; zaostávání, opožděný vývoj.

Rigidita Nepružnost, ztuhlost, nehybnost, tvrdost, nekompromisnost, nepřizpůsobivost.

Selektivní inhibitor Výběrová, vybraná látka, která je schopná tlumit určitý děj.

Strabismus Šilhání.

Sympatikus Sympatický nervový systém, součást autonomního nervového systému, který se podílí na řízení činnosti vnitřních orgánů a cév.

Syndrom Skupina, současný výskyt několika typických příznaků.

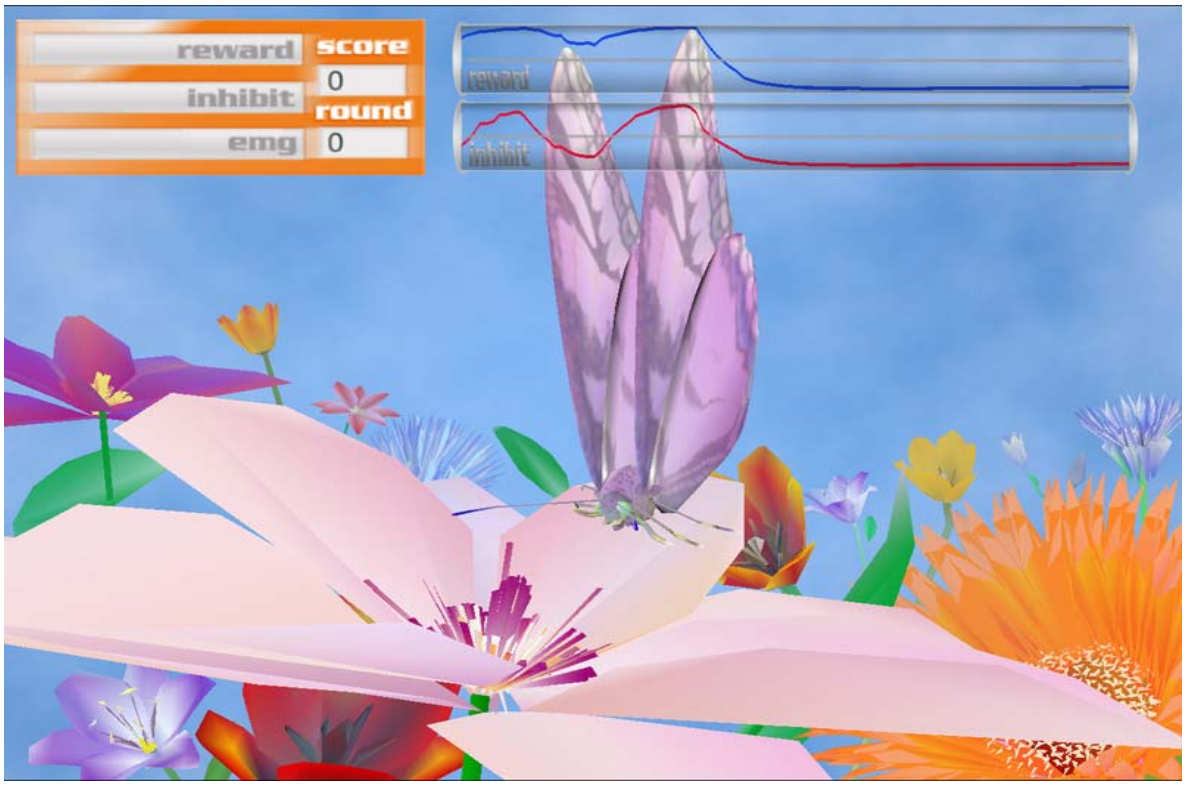
Taktilní Dotykový, hmatový.

Tremor Třes.

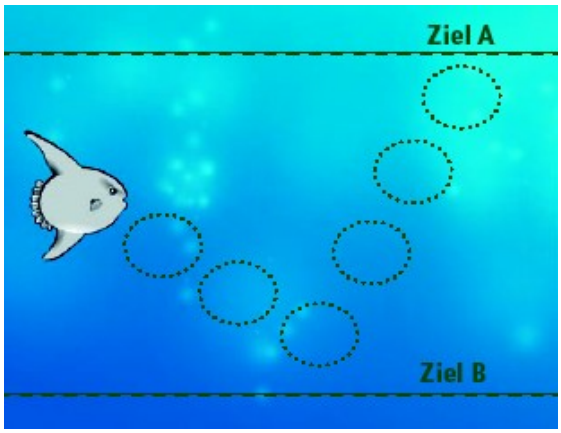
Vegetativní nervový systém Soustava útrobního nervstva řídící vegetativní funkce. Skládá se z nervů sympatických a parasympatických. VNS nepodléhá naší vůli.

4) EEG biofeedback

Obrázek 3 Motiv na EEG biofeedback



Obrázek 4 Motiv na EEG biofeedback



Obrázek 5 Motiv na EEG biofeedback

http://www.mp.uni-tuebingen.de/mp/fileadmin/bilder/Biofeedback.jpg