

Rodina s dítětem s hyperkinetickým syndromem

Martina Šerá

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina ŠERÁ**
Osobní číslo: **H080298**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Rodina s dítětem s hyperkinetickým syndromem**

Zásady pro vypracování:

Prostudovat odbornou literaturu.

V teoretické části shrnout poznatky o hyperkinetickém syndromu od definice přes etiologii, symptomatologii, diagnostiku a terapii, až po zásady při výchově v rodině a vzdělávání ve škole.

V praktické části analyzovat, zpracovat a vyhodnotit zjištěné poznatky ve vztahu ke každodenní životní realitě rodin s dětmi s hyperkinetickým syndromem.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DRTÍLKOVÁ, I. Hyperaktivní dítě. 2. vydání, Praha: Galén, 2007. 87 s. ISBN 978-80-7262-447-8.

PACLT, I. a kol. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4.

MUNDEN, A., ARCELUS, J. Poruchy pozornosti a hyperaktivita. 1. vydání, Praha: Portál, 2002. 120 s. ISBN 80-7178-625-X.

POKORNÁ, V. Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování. 3., rozšířené vydání, Praha: Portál, 2001. 336 s. ISBN 80-7178-570-9.

ZELINKOVÁ, O. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. 1. Vydání, Praha: Portál, 2001. 208 s. ISBN 80-7178-544-X.

HENDL, J. Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace. 1. vydání. Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1. vydání. Praha : Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Gabriela Šilháková

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odprá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou rodiny s dítětem s hyperkinetickým syndromem. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část obsahuje poznatky o hyperkinetickém syndromu od definice přes etiologii, symptomatologii, diagnostiku, nejčastější přidružené obtíže, až po léčbu. Dále se věnuje výchově dítěte s tímto syndromem v rodině a vzdělávání ve škole. Praktická část vypovídá o každodenní životní realitě rodin s dětmi s hyperkinetickým syndromem. V rámci kvalitativního výzkumu jsou data získaná rozhovory se čtyřmi matkami sestavena do případových studií.

Práce a její závěry mohou být přínosné pro rodiče, pedagogy i laiky, kteří mají zájem o prohloubení znalostí této problematiky.

Klíčová slova: Hyperkinetický syndrom, ADHD – deficit pozornosti spojený s hyperaktivitou, nepozornost, impulzivita, hyperaktivita, případová studie.

ABSTRACT

The thesis focuses on problems of families with children suffering from hyperkinetic syndrome. The thesis is divided into two parts. The theoretical part contains information about hyperkinetic syndrome, the definition, etiology, symptomatology, diagnostics, most common associated difficulties and treatment. Furthermore, it concentrates on education of ADHD children in the family and at school. The practical part shows everyday life of families with children with hyperkinetic syndrome. The qualitative survey includes data provided by four mothers in an interview. This data were used in case studies.

The thesis and its conclusion can be useful for parents, teachers and also the laymen who are interested in the subject.

Keywords: hyperkinetic syndrome, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, lack of concentration, impulsivity, hyperactivity, case studies.

Děkuji vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Gabriele Šilhákové, za konzultace, odborné vedení a cenné rady, které mi pomohly při vypracování této práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HYPERKINETICKÝ SYNDROM	12
1.1 DEFINICE HYPERKINETICKÉHO SYNDROMU	12
1.2 HISTORIE HYPERKINETICKÉHO SYNDROMU	13
1.3 VÝSKYT HYPERKINETICKÉHO SYNDROMU U DĚTÍ.....	14
1.4 PŘÍZNAKY HYPERKINETICKÉHO SYNDROMU	14
1.4.1 Porucha pozornosti	15
1.4.2 Hyperaktivita.....	15
1.4.3 Impulzivita	16
1.5 PODSKUPINY HYPERKINETICKÉHO SYNDROMU	16
1.6 PŘÍČINY HYPERKINETICKÉHO SYNDROMU	17
1.6.1 Vlivy genetické	17
1.6.2 Vlivy negenetické.....	18
1.6.3 Abnormality mozku u hyperkinetického syndromu.....	18
1.7 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA HYPERKINETICKÉHO SYNDROMU	19
1.8 PŘIDRUŽENÉ PORUCHY	21
2 LÉČEBNÁ OPATŘENÍ	23
2.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	23
2.2 PSYCHOTERAPIE V LÉČBĚ HYPERKINETICKÉHO SYNDROMU	25
2.2.1 Analýza ABC	26
2.2.2 Pozitivní podpora	27
2.3 EEG TRÉNINK (BIOFEEDBACK).....	28
3 HYPERKINETICKÉ DÍTĚ V RODINĚ A VE ŠKOLE	29
3.1 FUNKCE A VÝZNAM RODINY Z HLEDISKA DÍTĚTE S HYPERKINETICKÝM SYNDROMEM	29
3.2 VŠEOBECNÉ ZÁSADY PRO VÝCHOVU DĚTÍ S HYPERKINETICKÝM SYNDROMEM	30
3.3 HYPERKINETICKÉ DÍTĚ VE ŠKOLE	32
3.4 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S HYPERKINETICKÝM SYNDROMEM	33
3.4.1 Individuální vzdělávací plán	34
3.5 VŠEOBECNÉ ZÁSADY PRO PŘÍSTUP K HYPERKINETICKÉMU DÍTĚTI VE ŠKOLE	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	38
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	39
4.1 CÍL VÝZKUMU	39
4.2 STRATEGIE VÝZKUMU	39
4.3 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	40
4.3.1 Polostrukturovaný rozhovor.....	40
4.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	40
4.5 REALIZACE VÝZKUMU A SBĚR DAT.....	41
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	42

5.1	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1.....	42
5.2	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2.....	45
5.3	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3.....	48
5.4	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 4.....	51
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	54
	ZÁVĚR	56
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	59
	SEZNAM PŘÍLOH.....	60

ÚVOD

Hyperaktivita, tj. nadměrná a zbytečná aktivita je v dnešní populaci poměrně častým jevem. Děti s hyperkinetickým syndromem se svým chováním odlišují od běžného chování svých vrstevníků. Jsou nepřizpůsobivé a porušují společenské normy. Vykazují znaky vysoké aktivity, neklidu, nedostatečné soustředěnosti a impulzivního jednání. Jejich chování bývá nestálé a nepředvídatelné. Pro děti samotné představuje tato porucha složitou zkoušku. Přináší řadu potíží v rodině, ve škole, mezi vrstevníky a narušuje jejich zařazení do společnosti. Tyto děti jsou mnohdy nespravedlivě hodnoceny a kárány za svoje špatné chování a neúspěchy, ačkoliv pro to sami nemohou nic udělat. Bez pomoci rodičů a učitelů by neměly šanci se s touto poruchou vyrovnat.

Jedním z důvodů, proč jsem se rozhodla tuto problematiku ve své bakalářské práci zpracovávat, je moje osobní zkušenost s hyperkinetickým syndromem. U čtyř z mých šesti osvojených dětí byl dětským psychiatrem tento syndrom diagnostikován. Vím proto, jak rozdílná je výchova a jak probíhá příprava do školy, návštěva u známých nebo třeba třídní schůzka ve škole u dítěte hyperaktivního a u dítěte bez tohoto znevýhodnění. Nebo jak bylo obtížné získat ucelené informace o tomto syndromu.

Cílem bakalářské práce je analyzovat, zpracovat a vyhodnotit zjištěné poznatky o hyperkinetickém syndromu ve vztahu ke každodenní životní realitě rodin s dětmi s tímto syndromem.

V teoretické části jsem se zaměřila na obecné informace o hyperkinetickém syndromu, jeho diagnostice, léčebných a výchovných opatřeních v rodině. Zabývám se také vzděláváním ve škole.

V rámci empirické části práce byl proveden kvalitativní výzkum. Ve čtyřech případových studiích sestavených na základě rozhovoru jsem hledala odpovědi na dílčí výzkumné otázky:

Co rodiny s dětmi s hyperkinetickým syndromem nejvíce postrádají?

Co rodinám s dětmi s hyperkinetickým syndromem v každodenní realitě nejvíce pomáhá?

Věřím, že tato bakalářská práce přináší ucelené informace o hyperkinetickém syndromu a může pomoci rodinám při výchově dětí s tímto znevýhodněním jak v rodině, tak i ve škole.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HYPERKINETICKÝ SYNDROM

V první kapitole jsou popsány obecné informace, definice, historie hyperkinetického syndromu, dále symptomatologie, diagnostika, etiologie a nejčastější přidružené obtíže tohoto syndromu. Pro označení této poruchy se používá nejrůznější terminologie. Vzhledem k literatuře, ze které jsem čerpala, se v práci objeví také termín „ADHD“.

1.1 Definice hyperkinetického syndromu

„Hyperkinetický syndrom je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností“ (Barkley, 1990 in Zelinková, 2003).

„Hyper“ pochází z řečtiny a znamená „nad“, „nadmíru“. Pojem „aktivita“ je odvozen z latinského slovního základu, který vyjadřuje jak pohyb, tak vnější jednání, dostat se do pohybu, být činný. „Kinetický“ je opět z řečtiny a znamená „zakládající se na pohybu“ resp. na pohybové energii. „Hyperaktivita“ tedy značí nadměrné nutkání k činnosti a „hyperkinetický“ znamená nadměrné nutkání k pohybu. Označení „hyperaktivní“ nebo „hyperkinetické“ dítě mluví o jednom symptomu a tím je neklid (Prekopová, Schweizerová, 2008).

Definice podle MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů):

„Skupina poruch charakterizovaná časným začátkem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou,

špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušené a specifické opožďení v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.“

1.2 Historie hyperkinetického syndromu

Hyperkinetický syndrom není nemoc nová. Britský lékař Frederic Still v roce 1902 popsal „abnormální psychický stav“ u dětí a zavedl pojem „deficit morální sebekontroly“. Popsal syndrom charakterizovaný nedostatečnou schopností udržet pozornost, neurologickou abnormalitou včetně choreatických projevů (tance sv. Víta), lehkými vrozenými anomáliemi, neklidností, těkavostí, agresí, porušováním pravidel a ničením. Přisoudil tyto symptomy biologickým a vrozeným příčinám. V roce 1937 popsal Bradley neočekávaný vliv amfetaminu na hyperaktivitu a jiné poruchy chování (Munden, Arcelus, 2002).

Předpoklad organického podkladu poruchy se v letech 1922-1968 dlouhodobě odrážel i v terminologii. LMD (lehká mozková dysfunkce) vznikl jako výsledek potřeby sjednotit terminologii a určit diagnostická kritéria této poruchy. Na tomto termínu se sjednotil v roce 1963 tým odborníků v Chicagu a vypracoval definici tohoto syndromu: „Jsou to děti vyšší, průměrné nebo podprůměrné inteligence s různými poruchami chování nebo učení. Různé formy onemocnění, od velice mírných až po závažné, jsou spojeny s odchylkami funkcí CNS.“ LMD se projevuje poruchami vnímání, tvoření pojmů, paměti, řeči, pozornosti, impulzivity nebo motorických funkcí (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Z dnešního pohledu je užívání pojmu LMD zastaralé a chybné (Drtílková, 2007).

V posledních letech se vedle současného oficiálního názvu „hyperkinetická porucha“ stále častěji používá přejatá zkratka používaná v klasifikačním systému Americké psychiatrické asociace (DSM – IV): ADHD (attention deficit hyperaktivity disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou). Příčinou její vzrůstající oblíbenosti je pravděpodobně její stručnost

a v odborných kruzích hraje roli převaha odborných článků publikovaných ve světové literatuře, které se týkají ADHD (Drtílková, 2007).

Na rozdíl od diagnostických kritérií pro hyperkinetickou poruchu jsou kritéria pro ADHD mírnější. Tuto diagnózu může mít i dítě, které trpí pouze poruchami pozornosti bez hyperaktivity a impulzivity, anebo hyperaktivitou a impulzivitou bez poruchy pozornosti (Drtílková, 2007).

1.3 Výskyt hyperkinetického syndromu u dětí

Je velmi pravděpodobné, že skutečný počet případů hyperkinetické poruchy (nebo ADHD) se v různých zemích světa zásadně neliší, protože v jejím pozadí leží biologická příčina. Čísla, která uvádějí frekvenci výskytu poruchy v mezinárodní odborné literatuře, však velmi kolísají. Příčinou jsou nejen rozdílná diagnostická kritéria klasifikačních systémů MKN-10 a DSM-IV, ale také rozdílná dostupnost lékařské péče umožňující správnou diagnostiku poruchy a její léčbu. Výskyt ADHD je odhadován v populaci dětí do 18 let mezi 3 a 18 %, výskyt hyperkinetické poruchy asi mezi 1 a 3 %. Podle různých údajů se tyto poruchy 3-9 krát častěji vyskytují u chlapců ve srovnání s dívkami (Drtílková, 2007).

Jak uvádí Goetz a Uhlíková (2009), syndromem ADHD u nás trpí téměř 20000 dětí, přestože se všechny k odborníkovi z mnoha důvodů nedostanou.

Obecně se nejvíce diagnóz ADHD stanovuje u dětí ve věku mezi 6. a 9. rokem života (Drtílková, Šerý, 2007).

1.4 Příznaky hyperkinetického syndromu

V mnoha případech jsou tyto děti nápadně neklidné a ukřičené již v kojeneckém věku, případně mají problémy s usínáním. Některé pospávají během dne, v noci jsou naopak čilé, křičí a dožadují se pozornosti (Drtílková, 2007).

Ve školce bývají většinou popisovány jako nadměrně divoké, neukázněné. Bouřlivě nebo agresivně reagují v situacích, když se musí něčemu podřídit proti svému přání nebo si něco odepřít. Rychle střídají hry a zájmy, mohou ostatním kazit společné hry nebo ničit hračky. I v cizím prostředí obvykle rychle ztrácejí zábrany a ostych, pobíhají po místnosti, berou

do ruky různé věci, lezou po nábytku, pokřikují. Jen krátkodobě se dají usměrnit (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Problémy v chování pravidelně vystoupí do popředí, když dítě nastoupí do první třídy a najednou se musí podřídit školnímu režimu, dodržovat určitá pravidla v chování, sledovat výuku a soustředit se při vlastní práci. V tomto období se zřetelně projevují hlavní příznaky, typické pro hyperkinetické poruchy: porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita (Drtílková, 2007).

1.4.1 Porucha pozornosti

Děti trpící hyperkinetickým syndromem mají problémy s udržení pozornosti ve výraznějiší míře než normální děti stejného věku a pohlaví. Porucha pozornosti se projevuje tím, že dítě předčasně přeruší práci na úkolu a zanechá činnost nedokončenou, přechází z jedné činnosti ke druhé, pracuje povrchně, pomíjí okrajové detaily, není schopno soustavně vnímat instrukce. Děti často nejsou schopné činností, které vyžadují vytrvalost, důslednost a trpělivost. Dělaljí mnoho chyb z nepozornosti. Od toho jsou odvozeny i jejich nevyrovnané výsledky ve škole. Někdy dítě dostane výbornou známku a jindy dostatečnou. Celkově známky a výsledky neodpovídají jejich intelektu, bývají horší. Děti nemají pořádek ve svých věcech, stále něco hledají a ztrácejí, jejich činnosti nemají řád. Nejsou schopné vynaložit pozornost na podstatné věci. Postup řešení úkolů a plánování volného času je chaotický. Děti s hyperkinetickou poruchou většinou připomínají děti věkově mladší (Drtílková, Šerý et al., 2007).

1.4.2 Hyperaktivita

Projevuje se jako vnitřní neuvědomělé nutkání k neustálému pohybu, k neúčelné činnosti. Děti mají potíže zůstat v klidu, relaxovat. Vykonávají různé neúčelné pohyby, ty bývají často nepřesné, zbrklé, překotné. Školní děti bývají nápadně pohyblivé, živé, neklidné, hlučné, upovídané. V hodinách vyrušují. Během vyučování mají nutkání vstát ze židle a procházet se po třídě. Jejich nadměrná aktivita není využita na větší množství úkolů a práce, ale je bezúčelná. Je velmi těžké je usměrnit. Nebaví je aktivity, které vyžadují ticho a zvýšenou pozornost. Projevy hyperaktivity jsou nápadné zejména v situacích vyžadujících vysoký stupeň kázně a sebekontroly chování. Děti se snadno nechají vyprovokovat a tím se dostávají do konfliktu s okolím. Mohou jednat i agresivně (Drtílková, Šerý et al., 2007).

1.4.3 Impulzivita

Impulzivní chování je uskutečnění okamžitého nápadu, bez zábrán, provedeném značnou energií. Tyto děti rychle odpovídají v různých situacích, aniž by čekaly, až budou dokončeny instrukce, či aniž by adekvátně zhodnotily, co se od nich v dané situaci vůbec vyžaduje. Výsledkem bývají často omyly vzniklé z nepozornosti. S impulzivitou souvisí i zvýšené riziko úrazu. Pro tyto děti je totiž rovněž problematické čekat, až na ně přijde řada ve hře, či postávat ve skupině za postranní čarou, než se zapojí do nějaké (sportovní) činnosti mající určitý řád. Je o nich všeobecně známo, že potřebují krátké pracovní úseky a že věnují jen minimální množství úsilí i času úkolům, které je nudí, nebo ke kterým mají dokonce odpor (Paclt, 2007).

„V důsledku všech uvedených potíží získá hyperaktivní dítě roli nežádoucího a obtížného jedince, který je za všech okolností negativně hodnocen a většinou lidí odmítán“ (Vágnerová, 2002, s. 85).

1.5 Podskupiny hyperkinetického syndromu

Intenzita neklidu není u všech dětí stejná. Existují těžké případy hyperkinetické poruchy, kdy se matka od dítěte „nemůže hnout“, protože by si bouřlivou aktivitou způsobilo úraz nebo poškodilo věci ve svém okolí. Tyto děti obvykle nejsou schopny běžné školní docházky. Svým neklidem znemožňují učitelům normální vyučování. Jejich pobyt v rodině střídají hospitalizace v psychiatrických léčebnách. Péče o tyto děti je velmi vyčerpávající, omezuje běžný život rodiny. Naštěstí případy takto extrémního neklidu jsou dosti vzácné.

Naopak v jiných případech nemusí být hyperaktivita vedoucím příznakem. Hlavní problém působí porucha pozornosti, neschopnost soustředění, roztržitost, roztěkanost. Děti mohou působit zasněně, netečně. Pohybová aktivita může být dokonce snížena. Ve škole mají slabé a nevyrovnané výkony, bývá jim vytýkána lenost a nedbalost. Příležitostně se však také mohou vyskytovat prudké výkyvy nálady, impulzivní projevy nebo záchvaty vzteku. Tento typ poruchy může snadněji uniknout pozornosti, protože je pro okolí méně nápadný. V americké klasifikaci nemocí je tento typ označován v kategorii ADHD jako deficit pozornosti bez hyperaktivity (Drtílková, 2007).

Podle Traina (2001) existují tři podskupiny ADHD:

1. *Kombinovaná*: u dítěte se projevují jak příznaky nesoustředěnosti, tak příznaky hyperaktivity.
2. *S převahou nepozornosti*: u dítěte se projevuje více příznaků souvisejících s nepozorností než s hyperaktivitou a impulzivitou.
3. *S převahou hyperaktivity a impulzivity*: více příznaků svědčí o hyperaktivitě a impulzivitě než o pozornosti.

1.6 Příčiny hyperkinetického syndromu

Rozhodující poznatky o příčinách hyperkinetického syndromu byly získány teprve v průběhu posledních 15 let. Je stále více zřejmé, že na vzniku onemocnění se podílí více faktorů, mezi nimiž převažují genetické příčiny.

1.6.1 Vlivy genetické

Genetické studie ukázaly, že u mužů s hyperkinetickou poruchou je pětikrát vyšší pravděpodobnost, že jejich děti budou trpět touto poruchou, ve srovnání s normálními kontrolními osobami. Jak ukazují výsledky studií dvojčat, významnější shoda ve výskytu hyperkinetické poruchy existuje u jednovaječných párů než u dvojvaječných párů. Také adopční studie potvrdily genetickou složku hyperkinetické poruchy – biologičtí rodiče dětí s hyperkinetickou poruchou trpí sami touto poruchou ve vyšším procentu ve srovnání s adoptivními rodiči. V současné době probíhají na celém světě molekulárně genetické studie cílené na odkrytí odchylek u tzv. kandidátních genů, které by mohly být zodpovědné za vznik hyperkinetické poruchy. Značný význam je přikládán vrozenému genetickému defektu, který ovlivňuje metabolismus a funkce dopaminu a noradrenalinu, což jsou látky, které umožňují přenos signálu v různých částech mozku (Paclt a kolektiv, 2007).

Dnes vycházíme z toho, že děti přicházejí na svět s různě velkou náchylností ke vzniku hyperkinetického syndromu (nebo ADHD), která je »naprogramovaná« geneticky. Tato náchylnost rozhodující měrou přispívá k tomu, zda se u dítěte porucha vytvoří. Ke vzniku hyperkinetické poruchy mohou také přispět některé jiné, negenetické faktory, které negativně zasáhnou v časném stádiu vývoje dítěte (Drtílková, 2007).

1.6.2 Vlivy negenetické

K rizikovým negenetickým faktorům je řazena konzumace alkoholu a kouření matky v graviditě, nízká porodní váha, nebo předčasné a komplikované porody spojené s nedostatkem kyslíku. Dosud 24 klinických studií potvrdilo zvýšené riziko vzniku hyperkinetického syndromu u dětí, jejichž matky kouřily během gravidity. Příznaky poruchy může posilovat nebo naopak zmírňovat rodinné prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Negativně působí disharmonické, nestabilní a nespolehlivé vztahy uvnitř rodiny, zanedbávání, nepřiměřené tresty, neuspořádaný režim dne a další chaotické a nepřehledné podmínky okolí (Drtílková, 2007).

1.6.3 Abnormality mozku u hyperkinetického syndromu

Některé studie zobrazující moderními metodami struktury mozku ukázaly u pacientů s hyperkinetickou poruchou menší celkový objem mozku, drobné odchylky v přirozené asymetrii některých struktur a snížený metabolismus některých částí mozku ve srovnání s kontrolními soubory, což může souviset s problémy, které mají tyto děti při řešení úkolů, jako je organizování, plánování, řešení problémů a také schopnost potlačit náhlé impulsy a nápady. Část kůry čelního laloku je propojena s určitými strukturami v hloubce mozku nazývanými bazální ganglia. Správná a vyzrálá funkce tohoto okruhu umožňuje dostatečné sebeovládání a sebekontrolu. Menší objem mozku u těchto dětí však neznamená automaticky sníženou inteligenci, podobně jako jeho nadprůměrná velikost neznamená vysoký intelekt. U hyperkinetické poruchy dochází k chybnému fungování některých neuronálních okruhů v mozku, které souvisejí s nerovnováhou tzv. neuropřenašečů (neurotransmitterů). Neuropřenašeče jsou látky schopné přenášet impulsy a signály mezi různými oblastmi mozku a zajišťovat tak jeho správné a harmonické fungování. U hyperkinetické poruchy byly zjištěny odchylky u dvou významných neurotransmitterů, kterými jsou dopamin a noradrenalin. Dopamin je odpovědný především za kontrolu pohybové aktivity a její koordinaci, aktivaci organismu, reakci na nové podněty, ale podílí se také na ovlivňování pozornosti a chování, které souvisí s pocitem odměny. Noradrenalin hraje důležitou roli v procesech spánku a bdění, v udržování a koncentraci pozornosti, učení a paměti. Úlohu dopaminu a noradrenalinu u ADHD také potvrzuje dlouho známý léčebný účinek psychostimulancií, což jsou látky, které stimulují právě tyto dva neurotransmitterové systémy (Drtílková, 2007).

1.7 Diagnostická kritéria hyperkinetického syndromu

Diagnostika hyperkinetického syndromu není snadnou záležitostí. V jejím procesu hledání a identifikování poruchy je třeba zvážit řadu faktorů, které mohou symptomy ADHD vyvolávat, či zdánlivě připomínat (Drtílková, 2007).

Určení diagnózy hyperkinetického syndromu je předmětem práce mnoha odborníků. Náleží speciálním pedagogům a také psychologům v pedagogicko-psychologických poradnách, či speciálně pedagogických centrech, ale i psychiatrům a neurologům. Významným a velmi cenným diagnostikem je učitel dítěte ať už v mateřské či základní škole, který tráví s dítětem hodně času. Nejdůležitějším zdrojem informací jsou však rodiče, především matka dítěte, která může zhodnotit jeho celkový vývoj (Drtílková, Šerý et al, 2007).

Diagnostická kritéria, která lékaři odborníci používají, se aktualizují a zlepšují v závislosti na zkvalitňování našich znalostí v oblasti nemocí a poruch. V současné době existují a používají se dva hlavní klasifikační systémy:

1. Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize neboli MKN – 10).
2. Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (DMS – IV).

U nás odborníci pracují s diagnostickými kritérii podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, proto jsou zde uvedena vybraná kritéria tohoto klasifikačního systému (Train, 2000).

Diagnostická kritéria systému MKN – 10 pro hyperkinetickou poruchu:

Nepozornost

Alespoň šest z následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:

1. Často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti, nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách.
2. Často neudrží pozornost při plnění úkolů nebo při hraní.
3. Často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká.

4. Často nedokáže postupovat podle pokynů nebo dokončit školní práce, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti.
5. Často není schopno uspořádat si úkoly a činnosti.
6. Často se vyhýbá úkolům, například domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí.
7. Často ztrácí věci potřebné pro vykonávání určitých úkolů nebo činností, například školní pomůcky, pera, knížky nebo hračky.
8. Často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty.
9. Často je při běžných denních činnostech zapomnětlivý.

Hyperaktivita

Alespoň tři z následujících příznaků hyperaktivity přetrvávají po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu:

1. Často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli.
2. Při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle.
3. Často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné.
4. Často je nadměrně hlučné při hraní nebo má potíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech.
5. Trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou není schopno zásadně podřízovat společenským podmínkám nebo požadavkům.

Impulzivita

Alespoň jeden z následujících příznaků impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:

1. Často vyhrkne odpověď dříve, než byla dokončena otázka.
2. Často nevydrží stát v řadě, nebo nedokáže počkat, až na ně přijde řada při hře nebo v kolektivu.
3. Často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru.
4. Bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví (Munden, Arcelus, 2002).

Diagnostika hyperkinetického syndromu u dětí představuje rozsáhlý a složitý diagnostický úkol. Nevhodně zvolený postup může vést k nevalidním výsledkům, které v důsledku mohou být zavádějící, a v některých případech dítě i poškodit. Vždy je tedy třeba postupovat s jasnými hypotézami, plánem a především vyšetření vést tak, aby se minimalizovala nežádoucí zkreslení. A to v pozitivním i negativním smyslu (Paclt a kolektiv, 2007).

1.8 Přidružené poruchy

Podle Drtílkové (2007) se u části dětí s hyperkinetickou poruchou mohou vyskytovat další problémy, které byly dříve zařazovány společně s hyperkinetickou poruchou do syndromu lehké mozkové dysfunkce. Jedná se o vrozené nedostatky, které dětem s normální inteligencí ztěžují úspěšně zvládnout výuku některých školních předmětů, např. čtení (dyslexie), psaní (dysgrafie) anebo počítání (dyskalkulie), a které se souhrnně nazývají specifické vývojové poruchy školních dovedností.

Některé děti mohou mít problémy s vyjadřováním, zejména s výslovností a potřebují odborný nácvik řeči u logopeda. Kombinace hyperkinetické poruchy s poruchami učení zvyšuje u dítěte riziko školního selhání, psychickou zátěž a stres.

U některých dětí se může vyskytovat specifická vývojová porucha motorické funkce, která se projevuje jako nápadná neobratnost a nešikovnost, dělá jim problém např. zasáhnout míčem cíl, zavázat tkaničky u bot, navlékat korálky, úhledně psát nebo kreslit. Poměrně často se mezi nimi vyskytují leváci.

U dětí s hyperkinetickou poruchou se často vyskytují různé typy poruch chování, úzkostné poruchy, deprese a tiky. Zejména u starších dětí se mohou hyperkinetickým projevům připojit úzkostné a depresivní příznaky. Přibližně u poloviny dětí s tikovými poruchami se současně vyskytují hyperkinetické příznaky. Tiky jsou opakované, bezděčné a nepravidelné svalové záškuby, které nejčastěji postihují svalstvo mimické, ale mohou postihnout i jiné svalové skupiny. Existují také tiky zvukové a hlasové, při kterých dítě vydává různé rušivé zvuky, vyrazí některá slova nebo útržky vět.

Poruchy chování se mohou projevovat jako časté výbuchy zlosti, porušování pravidel, rvačky, šikanování, ničení majetku, krutost ke zvířatům, krádeže nebo záškoláctví.

Děti s hyperkinetickou poruchou mají také vyšší pravděpodobnost vzniku problému se spánkem než zdravé děti. Epidemiologické údaje ukazují, že u hyperkinetických dětí bývá častěji přítomna enuréza (pomočování), zvláště noční.

Dětem s přidruženými poruchami je třeba věnovat zvýšenou pozornost. Jejich léčba je poměrně složitá, a výběr vhodných léků musí ordinovat dětský psychiatr.

2 LÉČEBNÁ OPATŘENÍ

„Úplný léčebný přístup, který má největší naděje na úspěch, se skládá z několika vzájemně se podporujících metod a zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii a režimová a výchovná opatření. Cílem léčby je pomoci dítěti zvládnout denní režim, využít své inteligence ve škole, zlepšit zařazení do kolektivu a vztahy s blízkými osobami. K tomu je nezbytné zaměřit se nejen na příznaky ADHD, ale také na prevenci nebo terapii již přidružených psychických poruch, především poruch chování a nálady“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 82).

Ve většině případů se začíná pedagogicko-psychologickými opatřeními a terapií. Nejsou-li příliš účinné a dostačující, přechází se na farmakologickou léčbu. Každý případ je zcela individuální.

2.1 Farmakologická léčba

„Úspěšná farmakologická léčba hyperkinetických dětí má příznivý vliv na celkovou atmosféru v rodině, zlepšuje vztahy dítěte s rodiči, sourozenci a omezuje nutnost používání výčitek, napomínání a trestů. Většinou si také učitelé všimnou zmírnění neklidu u dítěte a lepšího soustředění při školní práci“ (Drtílková, 2007, s. 71).

K léčbě hyperkinetického syndromu se používají medikamenty, které v mozku ovlivňují systémy neuropřenašečů dopaminu a noradrenalinu. V současné době existují pro léčbu této poruchy dvě skupiny léků: stimulancia, která ovlivňují dopaminový systém a látky nestimulační, jenž působí na metabolismus noradrenalinu (Goetz, Uhlíková, 2009).

Skutečnost, že hyperkinetické poruchy reagují na stimulancia, je známá od roku 1937 (Munden, Arcelus, 2002).

Psychostimulancia jsou léky, které pomáhají zvýšit množství dopaminu v čelních lalocích, jehož nedostatek způsobuje většinu příznaků hyperkinetické poruchy. Příznivě ovlivňují základní příznaky této poruchy, kterými jsou poruchy pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Schopnost stimulancií tlumit neklid a hyperaktivitu u dětí je někdy označován jako „paradoxní reakce“, protože u zdravých jedinců působí právě opačně – způsobují vzrušení, aktivizují, snižují potřebu spánku a mohou vyvolat návyk. Proto jsou tyto látky někdy zneužívány jako povzbuzující prostředky. Aby se zabránilo jejich zneužívání, spadají pod zákon o omamných látkách a mohou být vydávány pouze na lékařský předpis. Podle

dosavadních zkušeností však u dětí s hyperkinetickou poruchou nejsou návykové. Podle výsledků některých studií dokonce včasná léčba hyperkinetické poruchy těmito preparáty snižuje riziko zneužívání drog v budoucnosti (Drtílková, 2007).

K léčbě hyperkinetické poruchy je v České republice již řadu let schválen lék **Ritalin**, jehož účinnou látkou je methylfenidát. Je doporučen od 6 let, ale v některých případech jej lze podávat i v mladším věku. Léčba začíná dávkou 5 mg (1/2 tablety) ráno a postupně se zvyšuje o 5-10 mg za týden podle váhy dítěte a účinku. Výhodou Ritalinu je rychlý nástup účinku (1/2-1 hodina), nevýhodou je krátká doba trvání efektu (3-4 hodiny). U některých dětí je proto doporučována další dávka v odpoledních hodinách (Goetz, Uhlíková, 2009).

V zahraničí již existuje několik léků na bázi methylfenidátu, které mají prodloužený účinek díky pomalému uvolňování účinné látky. Z nich je v České republice dostupný lék **Concerta**. Na tento lék lze přejít z léčby krátkodobě působícím methylfenidátem; není doporučen jako lék první volby, má však řadu výhod. Působí 8-12 hodin, což umožňuje podávání jediné dávky ráno. Nedochází k výkyvům pozornosti, které jsou časté při doznívání krátkodobě působící formy léku a děti se lépe zapojují i do odpoledních mimoškolních aktivit (Goetz, Uhlíková, 2009).

Mezi **nestimulační preparáty** k léčbě hyperkinetické poruchy patří **Atomoxetin (Strattera)**. Od svého uvedení na trh v roce 2002 je používán v řadě zemí světa a je spolu s Ritalinem doporučen jako lék první volby. Působí prostřednictvím změny aktivity noradrenalinového systému. Opět tedy děti netlumí, ale jinou cestou než stimulancia upravuje aktivitu mozkových center. Stejně jako u většiny léků začínáme léčbu malou dávkou, která se postupně zvyšuje přiměřeně k hmotnosti dítěte. Jeho účinek se v plné míře projeví po několika týdnech pravidelného užívání (Goetz, Uhlíková, 2009).

Mezi méně časté farmakologické postupy patří podávání **antidepresiv**. V případě, že nelze použít léky první volby buď proto, že nejsou účinné, nebo je dítě nemůže užívat z jiných závažných důvodů, lze použít některá antidepresiva, která mají také schopnost zvyšovat koncentraci noradrenalinu (Munden, Arcelus, 2002).

Zejména na počátku léčby je nutné častější sledování dítěte a zhodnocení očekávaných pozitivních i možných nežádoucích účinků (Goetz, Uhlíková, 2009).

Prospěch ze specifického účinku léků schválených pro léčbu hyperkinetické poruchy u dětí reagujících příznivě na léčbu lze shrnout následovně: (Drtílková, 2007)

Ovlivnění motoriky:

- snižují hyperaktivitu na úroveň, která je běžná u zdravých dětí,
- tlumí mnohomluvnost, vykřikování a vyrušování ve třídě,
- zlepšují písmo,
- zlepšují kontrolu jemné motoriky (pohybovou přesnost a obratnost);

Ovlivnění sociální oblasti:

- tlumí afekty vzteky,
- tlumí verbální a fyzickou agresi vůči vrstevníkům,
- tlumí impulzivní krádeže a ničení věcí,
- tlumí vzdor a opoziční chování vůči dospělým,
- zlepšují sociální postavení mez vrstevníky,
- zlepšují schopnost dítěte samostatně pracovat a hrát si,
- zlepšují vztahy v rodině, zejména mezi matkou a dítětem;

Ovlivnění kognitivních oblastí (psychické výkonnosti):

- zlepšují schopnost koncentrace pozornosti,
- zlepšují krátkodobou paměť,
- zmírňují roztěkanost,
- zmírňují impulzivitu,
- zlepšují schopnost dokončit úkoly,
- zlepšují přesnost při školní práci.

2.2 Psychoterapie v léčbě hyperkinetického syndromu

„Většina postupů, které se ukázaly jako terapeuticky účinné u hyperkinetické poruchy, vychází z aplikace kognitivně-behaviorální terapie“ (Paclt a kolektiv, 2007, s. 112).

Učí rozpoznávat zažitá a opakující se schémata myšlení (cognitive) a jednání (behaviour) a na základě racionálního rozboru nalézt a nacvičit výhodnější či emočně přijatelnější postup. Dítě se zde učí řídit své chování a rodiče se dozvídají, jak k dítěti přistupovat a pomoci mu zvládnout běžné denní situace (Goetz, Uhlíková, 2009).

Behaviorální terapie je založena na využívání principu učení k získání žádoucích vzorců chování výměnou za nežádoucí. Terapeut používá konkrétní příklady ze života dítěte a snaží se, aby je dítě pochopilo a dokázalo jich využít při řešení potíží, které se vyskytují v každodenním životě (Munden, Arcelus, 2002).

Pro zmírnění projevů nežádoucího chování dětí s hyperkinetickým syndromem se osvědčily zejména dvě techniky – Analýza ABC a pozitivní podpora (Munden, Arcelus, 2002).

2.2.1 Analýza ABC

Pro porozumění zkratce ABC je třeba si uvést anglické termíny: A – antecedent events (předcházející události); B – behaviour (chování); C – consequent response (následná odpověď).

Analýza ABC spočívá v tom, že projevy většiny vzorců chování jsou ovlivněny *antecedencí* – předcházejícími událostmi (co se událo před daným projevem chování) a *konsekvencí* – následujícími událostmi (co se událo vzápětí po daném projevu chování). Změnou antecedence nebo konsekvence nežádoucího chování lze dosáhnout změny v četnosti výskytu projevů chování.

Terapeut požádá rodiče, aby zaznamenávali události, které předcházely nežádoucímu chování dítěte. Pak se spolu s nimi pokusí sestavit schéma, které ukazuje, jak se dítě za určitých okolností nevhodně projevuje. Nežádoucí chování se může projevovat na konkrétních místech (v nákupních centrech, na oslavách...), v určitém čase (po návratu ze školy, po neklidné noci...) a podobně. Jasný popis toho, co dítě dělá a říká, pomůže terapeutovi pochopit to, co rodiče i dítě prožívají.

Terapeut také požádá rodiče, aby zaznamenávali události, které po nevhodném chování dítěte následovaly. Povede je k tomu, aby si uvědomovali své vlastní reakce na chování dítěte a co může dítě v důsledku svého chování získat. Někdy se ve snaze zamezit nechtěnému chování rodičům podaří četnost výskytu těchto projevů naopak zvýšit.

Například dítě, které si rádo hraje v dětském pokoji na počítači a nechce klidně sedět a povídat si s hosty, se může chovat tak, že ho rodiče „za trest“ pošlou do dětského pokoje.

Zareagovali na nežádoucí chování dítěte tím, že ho poslali do pokoje, aby se „uklidnilo“, a zjišťují, že se stejným způsobem chová dál.

Na tomto příkladě je vidět, že trest je vlastně odměnou, po které dítě touží. Tím, že dítě musí za trest do svého pokoje, rodiče nevhodné chování naopak posílili. Je velmi pravděpodobné, že při další návštěvě se dítě bude zase chovat špatně, protože si bude chtít jít do svého pokoje hrát počítačové hry.

Terapeut se bude spolu s rodiči snažit změnit některé události, k nimž dochází před nežádoucími chováními i po něm. Tyto změny mohou nežádoucí chování dítěte významně omezit.

2.2.2 Pozitivní podpora

Reakce na podněty nebo určité chování jsou častější nebo silnější, pokud následuje ocenění. Tento postup využívají behaviorální terapeuti v technice zvané „pozitivní podpora“.

Rodiče potřebují:

- *Popsat* dítěti co nejpodrobněji chování, které od něho čekají. Měly by se snažit zjistit, zda dítě pochopilo, jaké chování je přijatelné, a jaké ne.
- *Vysvětlit* dítěti důsledky každého žádoucího chování, aby si uvědomilo, co a za jakých podmínek dostane, bude-li hodné.
- *Odměnit* správné chování, aby dítě uvěřilo, že se mu to může podařit. Začít chválit či odměňovat správné chování je důležité.
- *Nereagovat* (do rozumné míry) na nežádoucí chování. Pokud se děti ocitají neustále v problémech, ztrácejí odvahu, a mohou své snažení dokonce úplně vzdát. Bude-li dítě o sobě slyšet, že je „hodné“, a ne „zlobivé“, začne se možná snažit ještě víc, jen aby bylo ještě více pochválené.
- *Pomoci* dítěti dosáhnout správného chování plánováním situací, které dítě prožije. Rodiče by se měly snažit nevystavovat dítě situacím, ve kterých pravděpodobně neuspěje.

Každé dítě je jiné. Některé odměny pro jedny děti platí, pro druhé ne. Rodiče musí vymyslet takovou odměnu, která dítě bude motivovat. Odměnu musí dítě dostat co nejdříve po tom, co se pěkně zachovalo.

2.3 EEG trénink (biofeedback)

Dalším možným prostředkem k ovlivnění hyperkinetického syndromu je EEG trénink, tzv. biofeedback.

Mozek vykazuje určitou elektrickou aktivitu, kterou lze měřit pomocí přístroje - elektroencefalografu a graficky ji znázornit jako EEG záznam. V průběhu dětství a dospívání se EEG záznam postupně mění a má typický charakter pro určitá věková období. Mimo to EEG záznam odráží změny mozkové aktivity při stavech bdělosti, psychické aktivity, útlumu nebo spánku. Hlavní rozdíl spočívá ve změněném výskytu pomalých a rychlých vln. Také některé choroby provázejí typické změny na EEG (Goetz, Uhlíková, 2009).

EEG biofeedback je založen na principu zpětné vazby. Snímaná EEG aktivita je během sezení převáděna na obrazovce do podoby jednoduché videohry, jejíž průběh je možno ovládat změnami psychického stavu, spojené s výskytem „žádoucí“ nebo „nežádoucí“ mozkové aktivity. Výskyt žádoucí aktivity je odměňován úspěchem ve hře nebo jiným signálem. Opakovaným tréninkem se mozek teoreticky učí fungovat v požadovaném frekvenčním pásmu, které je spojováno se zlepšením psychického výkonu v určitých oblastech (Drtílková, 2007).

3 HYPERKINETICKÉ DÍTĚ V RODINĚ A VE ŠKOLE

3.1 Funkce a význam rodiny z hlediska dítěte s hyperkinetickým syndromem

Rodina plní v lidské společnosti řadu biologických, ekonomických, sociálních i psychologických funkcí. Lze ji považovat za nejdůležitější sociální skupinu, v níž jedinec žije. Poskytuje mu potřebné zázemí, uspokojuje jeho potřeby a zprostředkovává zkušenost, kterou nelze získat jinde. Každý člen rodiny získává role, které se stávají součástí jeho identity. Rodina dítěti poskytuje jistotu a bezpečí (Vágnerová, 2002).

Postoje k dítěti nevznikají na straně rodičů nijak náhle. Jsou obvykle výsledkem celého předchozího života. Odrážejí se v nich zkušenosti a prožitky z jejich vlastního dětství, vztah k jejich rodičům, zkušenosti z pozdějšího věku, z doby zamilování i z manželského života, včetně vztahu k druhému členu manželské dvojice, atd. Proto jsou tak mnohotvárné a individuální – a proto také každé dítě přicházející na svět má od počátku zcela osobité, individuální životní a vývojové podmínky. O dětech s postižením platí přitom totéž, co o dětech zdravých. Také ony přicházejí do prostředí připraveného hmotně i psychologicky. První poznání, že s dítětem není něco v pořádku, znamená proto nevyhnutelně jistý otřes v postojích a představách rodičů. Tento první pocit zklamání je obvykle úměrný tomu, jak zjevný je defekt dítěte a jak dalece si rodiče mohou uvědomit jeho dosah pro budoucnost. Těmito okamžiky nepříjemného poznání začíná však pro dítě a rodinu nové období vzájemných vztahů a rodinného soužití. Dítě jim už nadále nesmí představovat životní nezdár a zklamání, ale naopak životní úkol. Mnohdy je tento úkol náročný, ale v podstatě vždy zvládnutelný (Matějček, 2001).

Hyperkinetická porucha v dětství dokáže zkomplikovat život nejen samotnému dítěti, ale často celé rodině. Rodiče bývají opakovaně voláni do školy kvůli kázeňským přestupkům dítěte. Musejí reagovat na poznámky typického obsahu („vyrušuje, běhá po třídě, zapomíná úkoly, ztrácí své věci...“), může v nich vzniknout přesvědčení o vlastní výchovné neschopnosti. Jsou zklamáni špatným prospěchem dítěte, o kterém se domnívali, že je nadané a inteligentní (Drtílková, 2007).

Děti s hyperkinetickou poruchou mají inteligenci srovnatelnou s ostatními vrstevníky, bývají vnímavé a citlivé, a přitom zažívají méně často pocit úspěchu než ostatní. Bývají také

více trestány a zahrnovány výčitkami. Obtížně hledají přátele mezi vrstevníky nebo je snadno ztrácejí. S určitou nadsázkou lze říct, že větší „štěstí“ mají tyto děti v rodinách, které nejsou nadměrně zaměřeny na prestiž a úspěch a kde se chování dětí nevěnuje přehnaná pozornost. Tolerance však nesmí znamenat přehlížení a nevšímavost nebo podceňování odborné pomoci a léčby. Na druhé straně ambiciózní rodiče, kteří kladou na dítě přehnané a pro ně nesplnitelné požadavky, riskují, že u citlivého dítěte vzniknou pocity méněcennosti, sebeobviňování a úzkosti. U dětí s jiným povahovým založením se zase mohou objevit protestní postoje, odmítavost a poruchy chování (Drtílková, 2007).

Diagnóza hyperkinetického syndromu postihuje kromě samotného dítěte a jeho rodičů v podstatě všechny členy rodiny (Vágnerová, 2002).

Specifickým příkladem je vztah dítěte s hyperkinetickým syndromem a jeho zdravých sourozenců, neboť pro ty je přijetí svého „odlišného“ bratra nebo sestry obtížné. Vzhledem k odlišnostem nelze děti srovnávat a měřit „stejným metrem“. Dítě s hyperkinetickým syndromem tak může mít z pohledu zdravého sourozence neoprávněné výhody. Navíc ani starší dítě, trpící tímto syndromem, nemůže být pro zdravého sourozence soupeřem ani vzorem, se kterým by se ztotožnil. V přístupu rodičů k oběma (nebo i více) dětem, může dojít ke dvěma zásadním chybám. Koncentrace zájmu pouze na zdravého sourozence, nebo naopak odsunutí zdravého sourozence do pozadí (zvyšování nároků na něj, očekávání zralejšího chování, než odpovídá jeho vývojové úrovni). Oba přístupy mohou na zdravé sourozence klást požadavky, které nebudou schopni zvládnout, aniž by tím byli sami nějak znevýhodněni. Na druhé straně větší požadavky rodičů na zdravé dítě podporují jeho sociální rozvoj a urychlují dosažení schopnosti převzít zodpovědnost, podporují větší toleranci a samozřejmě i ochotu pomáhat. Záleží především na rodičích, jakým způsobem takovou zátěž zvládnou, aby žádné z jejich dětí nebylo nepřiměřeně zatíženo a vystaveno nesplnitelným nárokům (Vágnerová, 2002).

3.2 Všeobecné zásady pro výchovu dětí s hyperkinetickým syndromem

Výchova dítěte s hyperkinetickým syndromem není snadná. Mnohé publikace nabízejí mnohostránková pojednání o výchovných zásadách, které jsou pro život s takovým dítětem velmi užitečné. Těmito přístupy však není možné syndrom „vyléčit“, ale zmírnit některé z jeho projevů.

Dítě s hyperkinetickým syndromem potřebuje vyrůstat v bezpečném prostředí. Důslednost a jednotnost jako výchovné zásady umožňují dítěti lépe se ve svém životě orientovat, neboť nedochází k rozporům mezi rodiči a jejich sdělení jsou jednoznačná a srozumitelná (Train, 1997).

Autorka Pokorná potřebu jednotnosti ve výchově vyvrací, neboť: „*Dítě potřebuje vidět, že si dospělí přes různé postoje, někdy i rozdílné názory, projevují vzájemnou úctu*“ (Pokorná, 2001, s. 144). Důslednost naopak autorka podtrhuje. Díky ní vzniká pevná struktura, která pomáhá dítěti předjímat, co bude následovat.

Pokorná (2001) uvádí několik všeobecných zásad pro výchovu dětí s hyperkinetickým syndromem.

1. Rodiče by si měli uvědomit, že dítě je jen nositelem problému, není problémovým dítětem. Jen tehdy, když oddělíme způsoby chování od dítěte samotného, můžeme o nich spolu s ním mluvit. Pak se neptáme: „Jak to, že jsi to udělal?“ nebo „Proč jsi to udělal?“ Dítě obvykle na takové otázky ani nezná odpověď. Ale ptáme se: „Co tomu předcházelo?“, „Jak jsi celou situaci viděl/a?“, „Co ti v tom bránilo?“ a podobně. Pak taky můžeme dítěti poradit, na co si dát pozor, jak má sledovat své pocity.
2. Netrestat dítě za to, co nedokáže nebo neudělalo vědomě špatně. Dítě může vnímat určitou sociální situaci jinak než my. Proto je nutné ptát se dítěte při každém nezdaru, co si myslelo, jak situaci vidělo. Jen z jeho percepčních chyb a jejich důsledků můžeme hodnotit chování a výsledky jeho činnosti. Naučíme tak dítě, aby i ono sledovalo své pocity, přání, své vnitřní prožívání. Jedině tak, když bude rozumět samo sobě, může své chování ovlivnit a může tak porozumět i druhým.
3. Hyperkinetická porucha je poruchou vývojovou. Nejčastěji v pubertě, pod vlivem hormonů se dítě začne zklidňovat a snižuje se jeho impulzivita. Předpokladem jsou ovšem předcházející vstřícné postoje rodičů. Pokud je naopak dítě stále trestáno, nedostává se mu pozitivního přijetí, může se snadno situace zhoršovat. Vzдор a negativismus se prohlubují. Je to ovšem vlivem výchovného vedení, ne samotnou poruchou.

4. Nebojme se „nejednotného přístupu“. Dítě s hyperkinetickou poruchou potřebuje důslednou výchovu. To však neznamená, že se všichni vychovatelé dohodnou na stejném postupu. Důležité je, že se budou vzájemně respektovat. Každý z vychovatelů má svou specifickou roli. Matka se nebude chovat jako otec či učitel nebo babička dítěte. Důležité je, aby hráli svou roli důsledně a přesvědčivě a respektovali, že se druzí chovají jinak. To je podstata tolerance, kterou můžeme dítěti předat zcela přirozeně.
5. Pokud stále očekáváme nevhodné chování dítěte, pak se dítě musí našemu očekávání přizpůsobit. Proto je výhodné relativizovat chyby dítěte, dodávat mu návody a odvalu k tomu, aby příště situaci řešilo jinak. Ocenit každý pokus o lepší řešení a každé předsevzetí i snahu.
6. Výchova dítěte s hyperkinetickou poruchou je velmi náročná. Čím však klidnější domácí atmosféru dítěti připravíme, tím více nežádoucího chování eliminujeme. Život s dítětem s hyperkinetickou poruchou nás i o mnohém poučí. Naučí nás, abychom projevovali radost z každého sebemenšího úspěchu dítěte, ať ve vztahu k učení, ve zvládnání sociálních situací i ve vztahu k nám samým. Vždyť dítě vyžaduje ke svému dobrému rozvoji pocit, že za ním někdo vždycky stojí, i v jeho špatných a neúspěšných dnech. Tehdy nás rodiče totiž dítě nejvíc potřebuje.

3.3 Hyperkinetické dítě ve škole

Děti s hyperkinetickým syndromem mívají pro svou nepozornost, hyperaktivitu, impulzivitu a její důsledky často potíže ve škole. Mohou se u nich vyvinout i přidružená onemocnění, například deprese nebo poruchy chování. Také ony ovlivní chování dítěte a jeho schopnost učit se. Příčinou některých problémů souvisejících s hyperkinetickým syndromem je nedostatečná motivace a nízké sebevědomí, což může být důsledek toho, že učitelé a rodiče s dětmi špatně pracují. Děti jsou často dále omezovány specifickými poruchami učení, zejména dyslexií a dysgrafií. Vzhledem k tomu, že náš vzdělávací systém, a to jak získávání znalostí, tak jejich uplatňování a prověřování, je založen velmi významně právě na čtení a psaní, mnoho dětí si ze školy neodnáší to, co by mělo (Munden, Arcelus, 2002).

Protože vzdělávací systém nemá dostatek zdrojů, dostává se dodatečné pomoci pouze dětem, které jsou na tom velmi špatně. Nedávný průzkum ukázal, že 40% dětí ze základních

škol, které byly vyřazeny z normální výuky, splňovalo klinická kritéria hyperaktivity, z čehož plyne, že tyto děti trpěly hyperkinetickým syndromem (ADHD). Ačkoli byly docela jistě dětmi „problémovými“, příčina, která leží v pozadí jejich problémů, zůstala bez povšimnutí a dětem se v první řadě nedostalo pomoci, která by bývala krizi zabránila. Částečně je to důsledek nevědomosti a nedostatečného odborného vzdělání. Mnozí učitelé problémy vidí, dokáží je popsat, ne vždy jsou však schopni si uvědomit, že jsou to projevy léčitelné poruchy (Munden, Arcelus, 2002).

3.4 Vzdělávání dětí s hyperkinetickým syndromem

Děti s hyperkinetickým syndromem (ADHD) zařazujeme dle školského zákona (561/2004 Sb.) do skupiny jedinců se zdravotním postižením. Jako takovým jim náleží naplňování speciálních vzdělávacích potřeb. *„Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možností, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Pro žáky a studenty se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se při přijímání ke vzdělání a při jeho ukončování stanoví vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění“* (Školský zákon č. 561/2004 Sb. § 16).

Vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se uskutečňuje:

- ve školách samostatně určených pro tyto žáky
- v samostatných třídách, odděleních nebo skupinách s upravenými vzdělávacími programy
- formou individuální integrace do běžných tříd

Při vzdělávání těchto žáků poskytují se souhlasem rodičů nebo zákonných zástupců pomoc střediska výchovné péče, školská poradenská zařízení zařazena do rejstříku škol a školských zařízení (pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra aj.) a odborníci školního poradenského pracoviště (zejména speciální pedagog nebo psycholog).

Ředitel školy může se souhlasem krajského úřadu ve třídě nebo studijní skupině, ve které se takový žák vzdělává, zřídit funkci **asistenta pedagoga**. V případě žáků se zdravotním

postižením a zdravotním znevýhodněním je nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení (Školský zákon č. 561/2004 Sb. § 16).

„Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci a komunitou, ze které žák pochází“ (vyhláška č.73/2005 Sb.).

Pokud je diagnóza hyperkinetického syndromu (ADHD) potvrzena psychiatrem nebo psychologem, může být u dítěte navržena integrace. V rámci tohoto opatření, po vyhovění všem podmínkám ve smyslu Metodického pokynu MŠMT ČR k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení, dostává škola tzv. zvýšený finanční normativ na integrované dítě, ze kterého je financována speciální péče ve škole. Podmínkou je vypracování individuálního vzdělávacího plánu (Munden, Arcelus, 2002).

3.4.1 Individuální vzdělávací plán

„Individuální vzdělávací plán je závazný pracovní materiál sloužící všem, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání integrovaného žáka. Vzniká na základě spolupráce mezi učitelem, pracovníkem provádějící reedukaci, vedením školy, žákem a jeho rodiči (zákonnými zástupci), pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálního centra“ (Zelinková, 2001, s. 172).

„Individuální vzdělávací plán musí sledovat dvě základní roviny. První rovinou je obsah vzdělávání, určení metod a postupů. Ve druhé rovině sledujeme specifické obtíže, snažíme se omezit příznaky, eliminovat problémy a vyzdvihnout pozitivní oblasti vývoje dítěte. IVP je výsledkem spolupráce všech zúčastněných, je platformou pro spolupráci“ (Zelinková, 2001, s. 173,174).

Přínos individuálního vzdělávacího plánu spočívá v následujících oblastech:

1. Umožňuje žákovi pracovat podle jeho schopností, individuálním tempem, bez ohledu na učební osnovy, bez stresujícího porovnávání se spolužáky. Není překážkou k dalšímu vzdělávání, ale pomůckou k lepšímu využití předpokladů. Má též hodnotu

motivační. Cílem není hledat úlevy, ale najít optimální úroveň, na níž může integrovaný žák pracovat.

2. Umožňuje učiteli pracovat s dítětem na úrovni, kterou ono dosahuje, bez obavy z neplnění učebních osnov. Je vodítkem pro individuální vyučování a hodnocení. Nové údaje získávané v průběhu vyučování slouží jako zpětná vazba a vedou k úpravě plánu dosažených výsledků.
3. Do přípravy se zapojují rodiče, kteří se tak stávají spoluodpovědnými za výsledky práce svého dítěte. Jsou seznámeni se stávající situací a perspektivou dítěte. Využívají tak svého práva ve vztahu k dítěti, ale též na sebe přebírají odpovědnost.
4. Aktivní účast žáka mění jeho roli. Není pasivním objektem působení učitele a rodičů, ale přebírá odpovědnost za výsledky reedukace.

3.5 Všeobecné zásady pro přístup k hyperkinetickému dítěti ve škole

Pokorná (2001) uvádí také několik všeobecných zásad pro přístup k dětem s hyperkinetickým syndromem ve škole.

1. Prostředí třídy by mělo působit útulným, harmonickým a klidným dojmem.
2. Dítě s hyperkinetickou poruchou by mělo mít v zorném poli pouze pomůcky, které potřebuje pro splnění svého úkolu.
3. Dítě by mělo být pozitivně hodnoceno, pokud prokáže určitou schopnost. Když dítěti řekneme, že se dobře naučilo počítání přes 10, nebo že dobře zvládlo určitou sociální situaci, dáváme mu lepší a přesnější informaci, než když ho pochválíme, že je šikovné.
4. Terapeuticky nejsou pro dítě vhodné činnosti, které jsou spojeny s rychlostí a závoděním. Soutěžením podporujeme impulzivní chování dítěte a jeho zbrkllost.
5. Doporučuje se, aby děti s hyperkinetickými poruchami dostávaly úkoly přiměřeně věku, ale relativně kratší. Ty by však měly zpracovat obsahově i formálně co nejlépe.
6. Aby dítě mohlo pracovat co nejlépe, musí rozumět zadání úkolu. Děti s hyperkinetickou poruchou mohou přeslechnout část instrukce nebo si neuvědomí, co je v za-

dání úkolu nejpodstatnější. Zpočátku je nutné se přesvědčit, zda dítě instrukci rozumí.

7. I když máme přechodně na dítě menší nároky než na ostatní děti, měli bychom důsledně trvat na splnění úkolu. Dítě si lehce zvykne, že někdy musí, jindy ne. Je to pro učitele a vychovatele náročná výzva. Má však své oprávnění a je předpokladem zlepšení.
8. S tím souvisí i řád a určité rituály při sestavování průběhu hodiny. Dítě je klidnější, když ví, jaká činnost ho čeká. Někteří učitelé se domnívají, že děti, které mají problémy s pozorností, musí šokovat stále novými a novými aktivitami. Musí je překvapovat, zvyšovat napětí, aby udrželi pozornost dětí. To jde samozřejmě vyjímečně, ale ne pravidelně. Zvláště když si uvědomíme, že nejde jen o výkony ve škole jako takové, ale že učíme děti proto, aby se uměly lépe orientovat v životě.
9. Děti ve školním věku potřebují mít dobré vztahy se svými vrstevníky. Děti s hyperkinetickou poruchou nebývají oblíbené u svých vrstevníků, často jim nestačí při hře, svou zbrklostí mohou společnou činnost pokazit, neumí počkat, až na ně přijde řada, jsou netrpělivé. Řešením není, že takové dítě vyloučíme ze hry nebo je stále napomínáme. Naopak takové dítě potřebuje porozumění a podporu dospělého, aby se zklidnilo a bylo přijímáno ostatními dětmi. Mnoho záleží na tom, jaký má k dítěti postoj učitel. Jeho chování a přístup k takovému žákovi je modelem pro chování všech dětí ve třídě. Důležité je také, zda o potížích dítěte dovede s jeho spolužáky věrohodně, otevřeně a s porozuměním hovořit.

Ve škole dostávají děti nejčastěji odměny, protože se tu většinou jedná o to, aby podaly výkon. Dárek je na rozdíl od odměny projevem přízně. To by měl mít učitel na mysli a podněcovat rodiče neklidných a neúspěšných dětí, aby ukazovali a projevovali svým dětem přízeň, i když někdy nebudou souhlasit s jejich chováním. Pokud je dítě stále trestáno a nedostane se mu projevu přízně, protože se zdá, že není proč a za co by bylo pochváleno, pak mu nezbývá nic jiného, než aby unikalo buď do izolace, nebo do agrese (Pokorná, 2001).

Zlaté pedagogické pravidlo, které platí i pro výchovu v rodině zní:

„Zařídit věci tak, aby je dítě udělalo dobře a my je za to mohli pochválit, nepřipustit však, aby udělalo něco špatně a my je měli za to trestat. Trest pouze zastavuje - odměna buduje!“ (Matějček, 2001, s. 57).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V teoretické části své práce jsem se zabývala vymezením pojmu, hlavními symptomy, diagnostikou a přidruženými poruchami hyperkinetického syndromu. Uvedla jsem možnosti léčebného ovlivnění. V poslední kapitole teoretické části jsem se zabývala vzděláváním a výchovou dětí s hyperkinetickým syndromem v rodině i ve škole. Teoretická část je východiskem pro výzkumné šetření.

Další kapitoly jsou věnovány objasnění hlavního cíle výzkumu, zdůvodnění zvolené strategie zkoumání, výběru výzkumné jednotky a volbou vhodných metod pro sběr dat. Závěrečnou kapitolu tvoří popis organizace výzkumu.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je analyzovat, zpracovat a vyhodnotit zjištěné poznatky o hyperkinetickém syndromu ve vztahu ke každodenní životní realitě rodin s dětmi s tímto syndromem.

V souvislosti s cílem práce jsem hledala odpověď na dílčí výzkumné otázky:

Co rodiny s dětmi s hyperkinetickým syndromem nejvíce postrádají?

Co rodinám s dětmi s hyperkinetickým syndromem v každodenním životě nejvíce pomáhá?

4.2 Strategie výzkumu

Vzhledem k povaze výzkumných problémů jsem se rozhodla pro kvalitativní výzkum s využitím případové studie (kazuistiky).

Výhodou kvalitativního výzkumu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy. Citlivě zohledňujeme působení kontextu, lokální situaci a podmínky. Nejčastěji probíhá v přirozených podmínkách sociálního prostředí. Plán výzkumu má pružný charakter. To znamená, že plán výzkumu se z daného základu rozvíjí, proměňuje a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných výsledků (Hendl, 2005).

Případová studie je základním a jedním z nejrozšířenějších typů výzkumu v rámci kvalitativního výzkumu. V centru pozornosti tohoto typu výzkumu je případ. Případem rozumíme

objekt našeho výzkumného zájmu, kterým může být osoba, skupina, organizace atd. Analýza jednotlivých případů nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu může dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům (Mioviský, 2006).

4.3 Metody získávání dat

Síla kvalitativních dat spočívá v tom, že jsou přirozeně uspořádaná a popisují každodenní život. Výběr metody pro získání dat se odvíjí od typu informace, od koho a za jakých okolností je získávána (Hendl, 2005).

Pro sběr dat jsem zvolila rozhovor, což je jedna z nejpoužívanějších metod v kvalitativním výzkumu.

4.3.1 Polostrukturovaný rozhovor

Rozhovor patří mezi nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat.

Polostrukturovaný rozhovor je nejrozšířenější podobou metody rozhovoru, protože dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného rozhovoru. Tazatel sice stanoví závazný seznam či znění otázek, ale jejich pořadí a formulace nemusí nezbytně dodržovat. Dotazovaný může odpovědi upřesňovat a dovysvětlovat. Výhodou je vyšší přesnost a snadnější srovnávání informací (Mioviský, 2006).

Využití tohoto typu rozhovoru jsem pro tuto práci považovala za nejvhodnější.

4.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Výběr zkoumaných osob byl záměrný. Jako respondenti výzkumu byli vybráni rodiče dětí s hyperkinetickým syndromem, protože právě oni jsou schopni podrobně informovat o celé řadě faktorů souvisejících s tímto syndromem. Podmínkou bylo, aby jejich děti právě procházely povinnou školní docházkou. Věk zkoumaných dětí se pohyboval mezi devíti a jedenácti lety. Všechny rozhovory poskytovaly matky, které velmi ochotně zprostředkovaly své zkušenosti a poskytly mi údaje potřebné pro vyhotovení praktické části bakalářské práce.

4.5 Realizace výzkumu a sběr dat

Jednorázový výzkum proběhl na přelomu března a dubna 2011 v prostředí, které si matky samy vybraly. Všechny navrhly, aby rozhovor byl veden v domácím prostředí. Tam byl také předán podklad pro informovaný souhlas (viz příloha P I), ve kterém byl vysvětlen účel a průběh výzkumu. S matkami jsem vedla polostrukturovaný rozhovor. Pořadí a formulaci otázek jsem volila podle odpovědí na předchozí otázky a podle již získaných informací. Jednotlivé rozhovory trvaly přibližně 40 až 60 minut. Získaná data jsem zapisovala na záznamový arch. Z důvodu větší anonymity byla v následujících případových studiích jména dětí i rodičů pozměněna a informace týkající se místa bydliště a názvy škol vynechány. Přepisy rozhovorů jsou uvedeny v příloze P III.

V úvodu rozhovoru jsem požádala o uvedení údajů pro rodinnou a osobní anamnézu. Tyto údaje byly zpracovány do případových studií.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V této části bakalářské práce jsou uvedena data, která jsem získala na základě kvalitativního výzkumu. Získané poznatky budou základem pro formulaci dílčích výzkumných závěrů.

5.1 Případová studie č. 1

- **Osobní a rodinná anamnéza**

Dvojčata Petr a Pavel (9 let), žijí v úplné rodině na menší vesnici. Matka (34 let) má středoškolské vzdělání, momentálně je na rodičovské dovolené. Mladší sestra (14 měsíců) je bez zjevných obtíží. Otec (36 let) má vysokoškolské vzdělání, pracuje jako ekonom nedaaleko místa bydliště. Rodinné vztahy s prarodiči jsou z obou stran výborné.

Těhotenství s dvojčaty bylo rizikové, celý poslední měsíc byla matka hospitalizována s přísným klidem na lůžku. Porod proběhl ve 36. týdnu císařským řezem. Od malička byli oba chlapci velmi živí. Všude vylezli, na všechno šahali. Ve čtyřech letech začali chodit do mateřské školy. Tam se začaly objevovat stížnosti na chování. Učitelky si stěžovaly, že jsou divocí, křičí, u ničeho nevydrží. Matka měla už delší dobu podezření, že by chlapci mohli trpět hyperkinetickým syndromem. Začala se o tuto problematiku sama více zajímat. Ptala se na názor paní ředitelky v mateřské škole, ale ta chlapce označila pouze jako „divočejší“. Před nástupem do školy doporučily učitelky z mateřské školy vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně (dále jen PPP) z důvodu odkladu školní docházky u jednoho z dvojčat. Matka je tam vzala oba dva, protože byla přesvědčena, že jsou na tom tak stejně. Tam potvrdili diagnózu hyperkinetického syndromu jenom Petrovi. Na odkladu školní docházky v poradně netrvali. Rodiče se pro odklad nerozhodli. V PPP dostali dva letáčky, kde byly rady pro výchovu v rodině a přístup k dítěti s hyperkinetickým syndromem ve školce. Více informací si rodiče sháněli na internetu, v časopisech a v knihách.

- **Školní anamnéza**

Výraznější problémy začaly s nástupem do první třídy. Rodiče byli opakovaně voláni do školy, kde řešili problémové chování dětí. Velmi často měli chlapci poznámky, že vyrušují, odchází ze svého místa, sedí pod stolem, běhají po třídě a podobně. V pololetí dostali oba dva napomenutí třídního učitele za nevhodné chování. Matka se snažila ve škole prosadit individuální vzdělávací plán s ohledem na specifické potřeby ve vzdělávání pro oba chlapce. Informace o této možnosti si našla v odborné literatuře. Ze začátku se však v základní škole, kterou dvojčata navštěvovala nesešla s pochopením. Pedagogičtí pracovníci této školy neměli s integrací a s individuálním vzdělávacím plánem dostatečné zkušenosti. Doporučili proto nové vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně. Po vyšetření obou chlapců navrhli integraci s individuálním vzdělávacím plánem pouze Petrovi.

- **Zdravotní anamnéza**

Rodiče si také našli možnost ovlivnění chování pomocí „biofeedku“. Sami si zaplatili 10 lekcí. „Biofeedek“ však podle nich zklidnil děti jenom na ten den, ve kterém sezení proběhlo. Žádný výraznější efekt v tom neviděli. Na radu dětské lékařky, která oba chlapce zná, se objednali na vyšetření k dětskému psychiatrovi. Ten diagnostikoval hyperkinetický syndrom u obou chlapců. Napsal podrobnou zprávu do školy, ve které doporučil individuální vzdělávací plán s tolerováním neklidu a také zavedení deníčku, do kterého bude paní učitelka zapisovat jedno, dvě nebo tři sluníčka podle chování za každou vyučovací hodinu i přestávku zvlášť. Na další návštěvy si dětský psychiatr zval vždy 1x jenom rodiče a 1x rodiče s dětmi. Když byli rodiče bez dětí, řešili konkrétní problémové chování dětí. Po zavedení deníčků se chování mírně upravilo, ale přesto dostali na konci první třídy oba chlapci opět napomenutí třídní učitelky. Od začátku druhé třídy navrhl dětský psychiatr farmakologickou léčbu -1/2 tablety Ritalinu 2x denně. Ráno v 7. hodin dávala Ritalin matka doma a v 11. hodin paní učitelka ve škole. Přes víkend dává matka Ritalin jenom vyjímčně, při výrazném neklidu. Hned od začátku léčby Ritalinem se výrazně zlepšilo chování chlapců ve škole. Nenosí poznámky, nejsou na ně žádné stížnosti. Matka se chodí informovat na chování do školy každý měsíc. Do zavedených deníčků zapisuje paní učitelka sluníčka už jenom 1x za celé vyučování. Pokud děti sluníčka nedostanou, je u toho zdůvodnění. Chování doma se také podstatně zlepšilo. Od začátku třetí třídy mají naordinován Ritalin 3x denně půl tablety.

- **Závěr a zhodnocení**

Jako nejvýraznější příznak hyperkinetického syndromu uvádí matka hyperaktivitu. Ještě v první třídě je nemohla nechat ani chvíli bez dozoru. Měla strach, že si ublíží, nebo něco zničí.

Oba chlapci chodí od předškolního věku 2x týdně na gymnastiku. Jsou tam spokojení. V gymnastice nemají sebemenší potíže.

Vztahy v rodině jsou i přes hyperaktivní projevy dětí dobré a pevné. Petr a Pavel jsou spolu ve třídě, chodí do stejných kroužků, takže jsou na sebe hodně zvyklí. Někdy spolu vychází výborně, rozumí si. Jindy se hádají a žalují na sebe. Svou malou sestru mají moc rádi.

Diagnostikování hyperkinetického syndromu u dvojčat přineslo rodičům spíše úlevu. Zbavili se pocitu výchovného selhání.

Za největší problém v každodenní realitě považuje matka to, že okolí vnímá děti jako nevychované a zlobivé. Zpočátku byla nespokojena s přístupem učitelky, s její nedostatečnou informovaností o problematice hyperkinetického syndromu. Nelíbilo se jí řešení všech problémů ve škole poznámkami do žákovské knížky.

Jako pozitivní hodnotila matka přístup dětského psychiatra, jeho rady i léčbu. Momentálně pozitivně hodnotí přístup současné třídní učitelky, která se snaží respektovat všechna doporučení z pedagogicko-psychologické poradny i od dětského psychiatra.

Matka je smířená s poruchou chování, kterou dvojčata mají a snaží se jim co nejvíce pomáhat. Sama sleduje nejnovější informace o přístupu k dětem s tímto syndromem, čte odbornou literaturu.

5.2 Případová studie č. 2

- **Osobní a rodinná anamnéza**

Tomáš (10 let) žije v adoptivní rodině na malé vesnici od svých deseti měsíců. Chodí do třetí třídy základní školy. Matka (38let) má středoškolské vzdělání a pracuje jako kuchařka v místě bydliště. Otec (40 let) má také středoškolské vzdělání a pracuje jako úředník. Když měl Tomáš 4 roky, vzali si rodiče do pěstounské péče o rok mladší Janu. Ta momentálně navštěvuje druhou třídu základní školy. Je bez zjevných zdravotních potíží. Důležitou roli v životě Tomáše hraje také babička z matčiny strany, která s nimi bydlí v jednom domě.

Tomáš se narodil z prvního nesledovaného těhotenství ve 36. týdnu. Jeho biologická matka byla tehdy velmi mladá. O Tomáše se nikdy nestarala. Do deseti měsíců věku byl v kojeneckém ústavu.

Tomáš byl od malička hodně „živý“, neposeděl chvilku na místě. Byl pořád v pohybu. Běhal, často padal, zakopával, každou chvilku měl odřené koleno, ruku nebo bradu. Matka se bála, že se mu něco stane. Navíc nereagoval na volání, nedal se zastavit, neposlouchal. Matka to neřešila, považovala to za normální. Neměla ho s kým srovnat. Až s příchodem Jany do rodiny si oba rodiče všimli, že má úplně jiné projevy. Byla klidná, dokázala sedět a prohlížet si knížku nebo si kreslit. To Tomáš nikdy nedělal. Nebavilo ho ani kreslení ani knížky. Ale o hyperkinetickém syndromu slyšela matka poprvé až v pedagogicko-psychologické poradně. V pěti letech nastoupil do mateřské školy. Tam narušoval kolektivní aktivity, nevydržel chvíli v klidu, utíkal na vycházkách, schovával se, bral dětem hračky.

Paní učitelka doporučila rodičům vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně, ale především pro odklad školní docházky. V poradně řekli rodičům, že je nesoustředěný, neklidný, a že se s největší pravděpodobností bude jednat o hyperkinetický syndrom. Doporučili odklad školní docházky o jeden rok a vyšetření dětským neurologem. Ten domluvil vyšetření mozku – EEG. Výsledek byl negativní.

- **Školní anamnéza**

Výraznější problémy začaly s nástupem do první třídy. Paní učitelka si všimla, že Tomáš nestíhá, nesoustředí se, stále se na něco ptá. Vynechával písmenka, čárky a háčky. V ma-

tematice měl problémy s odečítáním. Dlouho to nemohl pochopit. Nosil poznámky za vyrušování, za pošťuchování spolužáků, za to, že nepracuje, že si neustále s něčím hraje. To byl důvod pro další vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně, kde vzhledem k výrazným projevům typickým pro poruchu pozornosti s hyperaktivitou doporučili i vyšetření dětským psychiatrem.

Od návštěvy pedagogicko-psychologické poradny a doručení zprávy do školy má Tomáš ve škole individuální přístup. Rodiče si spoluprací se školou a hlavně s třídní učitelkou v poslední době pochvalují. Více mu tolerují neklid a neschopnost se delší dobu soustředit. Dostává méně příkladů, paní učitelka mu příklady předepíše. Při diktátu mu třeba udělá tečku za větou, ve které chyboval a on má ještě možnost opravy.

- **Zdravotní anamnéza**

Na doporučení dětského psychiatra Tomáš užívá léky potřebné ke zmírnění jeho hyperkinetických projevů. V současné době užívá Ritalin 1 tabletu ráno. Podle třídní učitelky se chování ve škole podstatně zlepšilo. Tomáš je daleko víc ovladatelný, dodržuje pravidla. Odpoledne už Ritalin nebere, takže při jeho krátkodobé schopnosti udržet pozornost se občas domácí úkoly protáhnout na celé odpoledne. Nezbyvá jim pak čas na odpočinek a zájmové činnosti.

- **Závěr a zhodnocení**

Hned při první návštěvě PPP dostali rodiče informace a rady jak vychovávat hyperaktivní dítě a čemu je naopak dobré se vyvarovat. Informace považovali za dostačující.

Po diagnostikování hyperkinetického syndromu rodiče změnili přístup k Tomášovi. Daleko víc věcí mu tolerovali. Uvědomovali si, že to nejsou z jeho strany žádné naschvály, a že za své kolikrát nevhodné chování nemůže. Z příznaků, které se u chlapce nejvíce projevují, uvádí matka jeho divokost, neschopnost vydržet v klidu a neposlušnost. Často vůbec nevnímá, co mu říkají.

Vztahy v rodině jsou poměrně dobré a pevné, ačkoli jsou narušované Tomášovými hyperaktivními projevy. Také babička, která s nimi bydlí v jednom domě, si pořád nemůže zvyknout na jeho některé projevy a hlavně na to, že často neposlouchá. Mladší sestra se už trošku naučila brát bratra takového, jaký je. Některé svoje hračky si však před ním schová-

vá, aby je nezničil. Když je Tomáš moc divoký a začne sestru pošťuchovat nebo i štípat, Jana žaluje.

Za největší problém v každodenní životní realitě považuje matka únavu a vyčerpání z každodenní přípravy na školu a také z výchovy dětí. Tomáš svými projevy často provokuje sestru a ta na něj žaluje.

Pozitivně hodnotí matka přístup dětského psychiatra a od diagnostikování hyperkinetického syndromu i přístup pedagogů ve škole. Vhodnými metodami Tomáše motivují ke zvládnutí školních povinností.

5.3 Případová studie č. 3

- **Osobní a rodinná anamnéza**

David má 10 let, žije v úplné rodině na malé vesnici. Chodí do 4. třídy základní školy. Starší sestře Adéle je 13 let a Veronice 11 let. Obě jsou bez větších zdravotních obtíží. Matce je 39 let a má středoškolské vzdělání, otci je 41 let a má také středoškolské vzdělání.

Těhotenství s Davidem bylo bezproblémové. Narodil se o dva týdny dřív přirozenou cestou, ale měl omotanou pupeční šňůru kolem krku. Po porodu byl promodralý a lékaři jej hned odvezli na jednotku intenzivní péče, kde byl čtrnáct dní v inkubátoru.

Kolem třetího roku věku se David začal odlišovat od svých vrstevníků. Nebyl chvilku v klidu. Bral sestrám hračky, házel s nimi, všude vylezl, otvíral skříně, vytahoval z nich věci, běhal po bytě. Rodiče jej museli hlídat na každém kroku, aby si neublížil. Doma si na to zvykli, ale horší to bylo mimo domov. Davidovo chování v obchodě, na poště, v autobuse nebo třeba na návštěvě začalo být nepříjemné. Na všechno šahal a neposlouchal. Rodiče na něj začali být přísnější, dostával víc trestů, ale to nepomáhalo. David stejně neposlouchal a ještě k tomu se vztekal.

Už v tomto věku si rodiče mysleli, že by mohlo jít o hyperkinetický syndrom. Mluvili o tom s dětskou lékařkou, která jim řekla, že se s tím stejně nedá nic dělat, a že se s tím musí naučit žít.

V pěti letech začal chodit do mateřské školy, kde se už začaly objevovat první stížnosti na Davidovo chování. Jevil se tam jako dítě, které neumí poslechnout pokyny, nevydrží u jedné činnosti, vykřikuje, bere ostatním dětem hračky. Učitelky dávaly rodičům najevo, že je špatně vychováván.

Do pedagogicko-psychologické poradny šli rodiče poprvé kvůli odkladu školní docházky. Sami poznali, že David ještě není na školu zralý. Tam doporučili odklad školní docházky o jeden rok.

- **Školní anamnéza**

S nástupem do první třídy začaly výraznější problémy. Třídní učitelka si stěžovala, že si pořád s něčím hraje. Nesměl mít v pouzdře ořezávátko na tužky, gumu a po tom, co si roz-

stříhl kalhoty, ani nůžky. Přesto si vždycky něco na hraní našel. Často nosil poznámky za nevhodné chování a na konci první třídy dostal za své chování napomenutí třídního učitele.

V první třídě měl David pouze výchovné problémy. Problémy s učením začaly až ve druhé třídě, kdy si paní učitelka všimla, že David nestíhá, nesoustředí se a stále se na něco ptá. V té době se rodiče náhodně dozvěděli o možném farmakologickém ovlivnění hyperkinetických projevů a sami vyhledali pomoc dětského psychiatra. Ten diagnostikoval hyperkinetický syndrom a hned při první návštěvě kromě farmakologické léčby doporučil i vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně pro podezření na dyslexii. Psychologicko-pedagogickým vyšetřením se prokázala poruchovost dyslekticko-dysortografického typu. Protože se jednalo o kombinované poruchy učení (hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti, dyslexii a dysortografii), byla navržena individuální integrace a tím snížení nároků doma i ve škole. Od poloviny druhé třídy má David individuální integraci a od začátku třetí třídy pracuje na popud vedení školy a se souhlasem PPP s asistentem pedagoga.

- **Zdravotní anamnéza**

Dětský psychiatr doporučil hned při první návštěvě užívání Ritalinu (léku na snížení hyperkinetických projevů). Ze začátku užíval 1/2 tablety ráno a 1/2 tablety po příchodu ze školy. Změna v chování byla minimální. Domluvili se proto na zvýšení dávky na celou tabletu 2x denně. Rodiče se ze začátku užívání léků obávali, ale v současnosti uznávají jejich efektivitu. David užívá 1 tabletu ráno a 1 tabletu po příchodu ze školy.

Díky farmakologickému ovlivnění hyperkinetického syndromu se chování zlepšilo a stížností ze školy ubylo.

- **Závěr a zhodnocení**

Od vyšetření u dětského psychiatra mají rodiče dostatek informací o hyperkinetickém syndromu. Před tím, kdy měli podezření na tento syndrom a ptali se u pediatra, žádné informace nezískali. Byli nuceni si sami vyhledávat odbornou literaturu a zjišťovat možnosti nápravy.

Po diagnostikování hyperkinetického syndromu rodiče změnili přístup k Davidovi. Uvědomili si, že své chování nedokáže ovlivnit. Snaží se Davida spíše motivovat odměnami než trestat.

Vztahy mezi jednotlivými členy rodiny jsou dobré, i když některé důsledky Davidova chování např. zničené věci, vedou někdy k hádkám. Sourozenci spolu někdy vychází dobře, jindy se hádají a žalují na sebe. Podle matky mu v poslední době obě sestry spíše ustupují. Dřív jim vadilo, když David dostal odměnu třeba za to, že se rychle převlekl, nebo že neodešel ani jedenkrát při obědě od stolu. Teď už to chápou a neřeší to.

Rodina se občas navštěvuje s jinou rodinou, která má syna s hyperkinetickým syndromem. Matka uvedla, že je to jedna z mála návštěv, kde nemusí omlouvat Davidovo chování. Jejich syn má totiž velmi podobné projevy.

Matce nejvíc vadí, že hodně lidí z jejich okolí vnímá Davida jako nevychovaného a neposlušného. Často zažívá dost nepříjemné situace třeba v obchodě, kde David pobíhá, na všechno šahá a třeba dává do nákupního košíku věci, které ona koupit nechce. Potom cítí, jak ji okolí pozoruje a čeká, jak se zachová.

Myslí si, že učitelé jsou málo informovaní o problematice hyperkinetického syndromu. Vadí jí některé nevhodné metody při zkoušení Davida. Třeba taková samostatná práce, kdy David nemá při své poruše pozornosti šanci na úspěch. Matka si myslí, že David má lepší znalosti než výsledky ve škole.

Pozitivně hodnotí přístup vedení školy, do které David chodí. Sami navrhli a zařídili pro Davida asistentku pedagoga. Ta usměrňuje jeho výkyvy v koncentraci, motorický neklid, pomáhá mu se zápisem úkolů, motivuje jej, chválí a vede k dokončování práce.

Celkově matka pozoruje zlepšení, což připisuje medikaci, asistenci a také individuální integraci se snížením nároků ve škole.

5.4 Případová studie č. 4

- **Osobní a rodinná anamnéza**

Dominik žije v úplné rodině v menším městě. Matka (37 let) má středoškolské vzdělání a momentálně je na rodičovské dovolené. Otec (41 let) má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako technik. Mladší sestře Terezce jsou dva roky a je zdravá, bez potíží.

Těhotenství s Dominikem bylo bezproblémové, ale narodil se o jeden měsíc dřív a byl čtyři dny v inkubátoru. Od malička byl dost „živý“, nevladatelný, neposlušný, běžel, kam chtěl, nechtěl se držet za ruku, vyžadoval neustálou pozornost.

Ve čtyřech letech začal chodit do mateřské školy. Tam zlobil, pošťuchoval ostatní děti, neposlouchal, rušil společné hry, křičel. V předškolním věku navštívili pedagogicko-psychologickou poradnu, kde požadovali především vyšetření pro posouzení školní zralosti. Po rozumové stránce byl Dominik v nadprůměru a do základní školy nastoupil bez odkladu školní docházky.

- **Školní anamnéza**

První třídu zvládl Dominik díky paní učitelce, která akceptovala jeho chování a problémy s pošťuchováním a zlobením dětí uměla řešit sama, bez větších problémů. Ve druhé třídě u jiné paní učitelky se objevily výraznější obtíže. Neustále se opakovaly poznámky za vyrušování, nepozornost, neposlušnost a za konflikty se spolužáky. Na doporučení třídní učitelky navštívili znovu pedagogicko-psychologickou poradnu a Dominikovi byl diagnostikován hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti. Paní učitelka neměla s tímto syndromem žádné zkušenosti a ani nebyla ochotná změnit přístup.

Během čtvrté třídy se potíže i poznámky za nevhodné chování stupňovaly. Dominikovi se výrazně zhoršil prospěch, protože dostávali často samostatné práce a diktáty, u kterých neudržel pozornost. Učitelé hodnotili chování a ne vědomosti, což vyvrcholilo dvojkou z chování na konci čtvrté třídy. To byl důvod pro vyhledání odborné pomoci.

- **Zdravotní anamnéza**

Dětský psychiatr doporučil po vyšetření užívání Ritalinu. Matka se medikací bránila, ale po vysvětlení důležitosti a také po uklidnění, že nejde o lék návykový, souhlasila.

Dominik začal užívat ½ tablety 2x denně. Po měsíci zvýšil dětský psychiatr dávky na jednu tabletu ráno a jednu tabletu v 11. hodin, a protože byl problém s odpolední přípravou na vyučování, užívá ještě půl tablety odpoledne.

- **Závěr a zhodnocení**

Po nasazení léčby Ritalinem se podle sdělení učitelky Dominikovo chování ve škole zlepšilo.

Jako nejvýraznější příznak hyperkinetického syndromu v současné době uvádí matka nepozornost. Psychomotoricky neklidný už není. Doma není schopen samostatného učení, matka nad vším dohlíží a tak nedochází ani k častému zapomínání.

Ve škole dostává stejné množství úkolů jako ostatní děti. Nemá žádné úlevy ani individuální vzdělávací plán, protože nemá žádné přidružené poruchy učení. Spolupráce s třídní učitelkou je dobrá. Má přečteny zprávy z pedagogicko-psychologické poradny i od dětského psychiatra a snaží se informovat o jeho poruše i ostatní pedagogy. V předmětech, ve kterých Dominika učí, se mu individuálně věnuje. Chodí mu říkat znovu instrukce, nebo mu zapíše úkol, když vidí, že nezvládá. Je vstřícná s kopírováním zápisů, které Dominik nestihne zapsat. Sedí sám vzadu, kde má víc místa a nikomu nevadí, když se třeba projde.

Vztahy v rodině jsou dobré, i když jsou občas narušovány některými Dominikovými projevy. Někdy zareaguje impulzivně i k matce. Je schopný jí v afektu říct i „mamino blbá“, ale pak se vždycky omluví. Mladší sestru má moc rád a hraje si s ní.

Diagnostikování hyperkinetického syndromu přineslo rodičům spíše úlevu. Uvědomili si, že své nevhodné chování nedokáže ovlivnit. Jsou si vědomi, že by měli být ve výchově trpěliví a důslední.

Za největší problém v každodenní realitě považuje matka časovou i psychickou náročnost při přípravě do školy. Dominik není ani v páté třídě schopný si sám vypracovat domácí úkoly a připravit si potřebné pomůcky na další den.

Také s přístupem některých učitelů není matka spokojena. Myslí si, že jsou nedostatečně informovaní o této poruše a někteří ani nejsou ochotni změnit přístup a řídit se doporučeními z pedagogicko-psychologické poradny.

Pozitivně hodnotí matka přístup a hlavně rady, které dostává v pedagogicko-psychologické poradně. Je spokojena s přístupem současné třídní učitelky, která se Dominikovi individuálně věnuje a pomáhá mu.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Během měsíce dubna jsem informace získané rozhovorem s matkami dětí, u kterých byl diagnostikován hyperkinetický syndrom, zpracovala do případových studií.

Všechny čtyři rodiny byly úplné a ve všech čtyřech případech se objevil krizový moment během těhotenství nebo porodu. Jednalo se o vícečetné těhotenství, předčasný porod, porodní komplikace s asfyxií a nesledované těhotenství s následným pobytem v kojeneckém ústavu.

Dvě matky uvedly, že z odlišného chování dětí samy poznaly, že by mohlo jít o hyperkinetický syndrom. Odborné vyšetření jejich domněnku jen potvrdilo. Další dvě matky o existenci tohoto syndromu nevěděly, dokud nebyl diagnostikován jejich dítěti.

Vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně (dále jen PPP) doporučily až na jeden případ učitelky v mateřské škole kvůli odkladu školní docházky. K dětskému psychiatrovi poslala rodiče s dítětem v jednom případě dětská lékařka, ve druhém případě pracovníci PPP. Ostatní rodiče vyhledali pomoc psychiatra sami. Diagnózu hyperkinetického syndromu stanovil dětský psychiatr nebo psycholog v pedagogicko-psychologické poradně.

Kromě jedné matky, která považovala informace od pracovníků v PPP o tomto syndromu za dostačující, si ostatní rodiče obstarávali sami odbornou literaturu, časopisy a také na internetu hledali různé možnosti nápravy.

Diagnostikování hyperkinetického syndromu přineslo rodičům spíše úlevu. Zbavili se tak pocitu výchovného selhání. Uvědomili se, že jejich děti své kolikrát nevhodné chování nedovedou ovlivnit a že k jejich výchově je potřeba velká trpělivost. V jedné rodině zavedli deníčky, do kterých matka denně zapisovala jedno, dvě nebo tři sluníčka, podle chování dětí. Za určitý počet sluníček dostávali menší odměnu.

U všech zkoumaných dětí byla jako hlavní příznak syndromu uvedena hyperaktivita a neklid. Pouze u posledního chlapce šlo v jeho jedenácti letech už jen o poruchu pozornosti.

Vztahy ve zkoumaných rodinách vlivem projevů hyperkinetických dětí nijak výrazně neutrpěly. Vždy šlo jen o běžné hádky.

Jako možnosti nápravy, se kterými se rodiče těchto dětí setkali, měly dvě rodiny zkušenost s EEG biofeedbackem. Ani v jednom případě však nepřinesla zlepšení. S farmakologickým ovlivněním hyperkinetických projevů se setkaly všechny čtyři rodiny. Vždy se jednalo o Ritalin. Výhodou Ritalinu je rychlý nástup účinku (1/2-1 hodina), nevýhodou je krátká

doba trvání efektu (3-4 hodiny). Děti ve zkoumaných rodinách užívají ½ nebo 1 tabletu 1 krát až 3 krát denně. Dvě matky se medikací bránily, ale po vysvětlení důležitosti a také po uklidnění, že nejde o lék návykový, souhlasily. Ve všech případech se po nasazení farmak výrazně zlepšilo chování především ve škole. U dětí, které jsou odpoledne bez medicace, byly problémy s chováním doma a hlavně s domácí přípravou na vyučování.

S individuálním přístupem ve škole měla většina rodičů problémy. Ty byly způsobeny spíše nedostatkem zkušeností s individuální integrací než s neochotou. Tři ze zkoumaných dětí mají ve škole individuální vzdělávací plán se snížením nároků. Jeden z nich pracuje s asistentkou pedagoga. Ta usměrňuje jeho výkyvy v koncentraci, motorický neklid, pomáhá mu se zápisem úkolů, motivuje jej, chválí a vede k dokončování práce. Poslední ze zkoumaných dětí dostává ve škole stejné množství úkolů jako ostatní děti. Nemá žádné úlevy ani individuální vzdělávací plán, protože nemá žádné přidružené poruchy učení. Spolupráce s jeho třídní učitelkou je dobrá. Snaží se mu pomáhat se zapisováním úkolů nebo mu kopíruje zápisy, které ve vyučování nestihne.

Výzkumné šetření ukázalo, že za největší problém v každodenní realitě považují rodiče potíže ve škole a také časovou i psychickou náročnost při domácí přípravě na vyučování. Tyto děti jsou nesamostatné při vypracovávání domácích úkolů i při přípravě pomůcek na následující den. Všechny matky poukazovaly na nedostatečnou informovanost učitelů o hyperkinetickém syndromu a dvě z nich i na neochotu změnit přístup k dítěti a řídit se doporučeními z pedagogicko-psychologické poradny. Dvěma matkám vadily některé nevhodné metody při zkoušení, při kterých dítě s poruchou pozornosti nemá šanci na úspěch. Jednalo se o samostatné práce a diktáty.

Tři matky vyjádřily znepokojení nad tím, že okolí vnímá jejich děti jako nevychované a zlobivé.

Pozitivně hodnotily všechny matky přístup a hlavně rady, které dostávají v pedagogicko-psychologické poradně a u dětského psychiatra. Velkou pomocí pro všechny zkoumané rodiny je užívání Ritalinu, který zmírňuje hyperkinetické projevy dětí.

Zkoumané rodiny jsou smířené s poruchou chování, kterou jejich děti mají a snaží se jim co nejvíce pomáhat.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo shrnout poznatky o hyperkinetickém syndromu a zároveň vyhodnotit zjištěné poznatky ve vztahu ke každodenní životní realitě rodin s dětmi s tímto syndromem.

V teoretické části se podařilo shromáždit, analyzovat a utřídit dostupné informace o hyperkinetickém syndromu včetně výchovy v rodině a vzdělávání ve škole. V praktické části byl proveden kvalitativní výzkum. Stanovila jsem výzkumné otázky, jejichž prostřednictvím jsem byla schopna určit každodenní životní realitu rodin s dětmi s tímto syndromem. Na základě rozhovorů se čtyřmi matkami dětí s hyperkinetickým syndromem jsem sestavila případové studie.

Děti s hyperkinetickým syndromem spadají do skupiny žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Pro tuto skupinu existuje v České republice poměrně bohatý legislativní rámec, který poskytuje školám zázemí a další možnosti pro práci s těmito dětmi.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že výše uvedený bohatý legislativní rámec se v praxi často nevyužívá. Rodiče těchto dětí postrádají větší informovanost učitelů na běžných základních školách o tomto syndromu, a někteří i ochotu věnovat dítěti více pozornosti a změnit zavedené postupy. Malá informovanost společnosti způsobuje, že okolí vnímá děti s hyperkinetickým syndromem jako zlobivé a nevychované.

Velkou pomocí pro všechny zkoumané rodiny jsou rady, které dostávají v pedagogicko-psychologické poradně a u dětského psychiatra, a především medikace Ritalinem.

Potíže se ve všech případech zmírnily po farmakologickém ovlivnění hyperkinetických projevů a také změnou přístupu ze strany školy. Rodiče považovali za důležité zavedení individuální integrace se snížením nároků a dodržování doporučení z pedagogicko-psychologické poradny.

Vychovávat dítě s hyperkinetickým syndromem není jednoduché. Tolerantním, laskavým a hlavně důsledným přístupem k dítěti spolu s efektivní volbou vzdělávání mohou být projevy této poruchy minimalizované.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě*. 1. vydání, Praha: Galén, 2007. 88 s. ISBN 978-80-7262-447-8.

DRTÍLKOVÁ, I; ŠERÝ, O., et al. *Hyperkinetická porucha/ADHD*. 1. vydání, Praha: Galén, 2007. 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5.

FERRERO, B. *Šťastní rodiče*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 152 s. ISBN 80-7178-937-2.

GOETZ, M; UHLÍKOVÁ, P. *Adhd-porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vydání, Praha: Galén, 2009. 160 s. ISBN 978-80-7262-630-4.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 4. vydání. Praha: Portál, 2007. 143 s. ISBN 978-80-7367-325-3.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vydání, Praha: nakladatelství H&H, 2001. 203 s. ISBN 80-86022-92-7.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. 2. verze, 1. vydání. Praha: Bomton agency, 2008. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada publishing a.s., 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MUNDEN, A; ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 120 s. ISBN 80-7178-625-X.

PACLT, I. A KOLEKTIV. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vydání. Praha: Grada publishing a.s, 2007. 240 s. ISBN 978-80-274-1426-4.

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. vydání. Praha: Portál, 2001. 336 s. ISBN 80-7178-570-9.

PREKOPOVÁ, J; SCHWEIZEROVÁ, Ch. *Neklidné dítě*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 160 s. ISBN 978-80-7367-351-2.

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-503-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 208 s. ISBN 80-7118-544-X.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Přepřacované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2003. 264 s. ISBN 80-7178-800-7.

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADHD	Attention Deficit Hyperaktivity Disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou
CNS	Centrální nervový systém
DSM	Diagnostic and Statiscital Manual of mental Disorder – diagnostický a statistický manuál duševních poruch
EEG	Elektroencefalograf
IVP	Individuální vzdělávací plán
LMD	Lehká mozková dysfunkce
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna

SEZNAM PŘÍLOH

- P I INFORMOVANÝ SOUHLAS RESPONDENTŮ**
- P II OTÁZKY K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU**
- P III PŘEPISANÉ ROZHOVORY**

PŘÍLOHA I: INFORMOVANÝ SOUHLAS RESPONDENTŮ**Informovaný souhlas respondentů**

Já, (jméno a příjmení respondentky) dobrovolně souhlasím s provedením rozhovoru s paní Martinou Šerou (tazatelkou), který bude sloužit jako podklad ke zpracovávané bakalářské práci na téma „Rodina s dítětem s hyperkinetickým syndromem“. Tazatelka mě informovala o účelu a průběhu výzkumu a následném zpracování získaných dat, která budou pro účely bakalářské práce zpracována anonymně.

Byla jsem seznámena s tím, že od výzkumu mohu v jeho průběhu kdykoliv odstoupit.

Před zahájením výzkumu jsem dostala možnost položit jakoukoliv otázku a položené otázky mně byly srozumitelně zodpovězeny.

Tímto uděluji souhlas s realizací výzkumu

Ve Zlíně, dne..... Podpis.....

PŘÍLOHA II: OTÁZKY K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU

1. Mohla byste mi říct něco o Vaší rodině, jaké máte vzdělání?
2. Kolik dětí máte?
3. Byl u všech Vašich dětí diagnostikován hyperkinetický syndrom?
4. Ve kterém věku dítěte jste začali mít podezření, že může trpět hyperkinetickým syndromem?
5. Kdo Vám doporučil odborné vyšetření dítěte?
6. Kdo hyperkinetický syndrom diagnostikoval?
7. Měli jste od počátku po sdělení diagnózy dostatek informací o hyperkinetickém syndromu?
8. Vyhledali jste sami odbornou pomoc?
9. Co se změnilo ve Vaší rodině po diagnostikování hyperkinetického syndromu?
10. Které příznaky hyperkinetického syndromu se u Vašeho dítěte nejvíce projevují?
11. Ovlivnily projevy syndromu Vašeho dítěte nějak vztahy ve Vaší rodině?
12. Jaké jsou vztahy mezi Vašimi dětmi (zdravé dítě x dítě s hyperkinetickým syndromem)?
13. Má Vaše dítě s hyperkinetickým syndromem ve škole individuální přístup?
14. S jakou formou pomoci jste se setkali?
15. Setkáváte se s rodinami, u jejichž dětí byl také diagnostikován hyperkinetický syndrom (svépomocné skupiny)?

16. Co nejvíce v každodenní realitě postrádáte – co Vás nejvíce trápí z pohledu způsobu léčby, přístupu školy, okolí, vlastní rodiny?

17. Co hodnotíte naopak pozitivně v přístupu pracovníků vzdělávacích a zdravotnických institucí či Vašeho širšího sociálního okolí?

PŘÍLOHA III: PŘEPSANÉ ROZHOVORY

Rozhovor č. 1

Mohla byste mi říct něco o Vaší rodině, jaké máte vzdělání?

Bydlíme na menší vesnici. Já mám středoškolské vzdělání, pracovala jsem jako zdravotní sestra. Momentálně jsem na rodičovské dovolené. Manžel má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako úředník.

Kolik máte dětí?

Kromě devítiletých dvojčat máme 14 měsíční dceru Elišku.

Byl u všech Vašich dětí diagnostikován hyperkinetický syndrom?

U dvojčat ano, ale ne zároveň. Eliška je zatím bez zdravotních problémů.

Jak probíhalo těhotenství s dvojčaty a v kolikátém týdnu se narodily?

Těhotenství bylo rizikové. Celý poslední měsíc jsem ležela v nemocnici. Porod byl ve 36. týdnu císařským řezem.

Ve kterém věku dětí jste začali mít podezření, že mohou trpět hyperkinetickým syndromem?

Od malička byli oba dva velice živí. Všude vylezli, na všechno šahali, nic nenechali na pokoji. V obchodě se rozutekli každý jinam, brali věci z regálů. Ve čtyřech letech začali chodit do školky. Učitelky si často stěžovaly na jejich chování, že jsou divocí, křičí, u ničeho nevydrží. Už v tomto věku jsem si myslela, že by to mohl být ten hyperkinetický syndrom. Začala jsem se o to víc zajímat. Pořádila jsem si nějaké knížky. Ve školce jsem se ptala paní ředitelky, jestli si nemyslí, že to bude ta hyperaktivita, ale řekla, že ne. Že jsou prostě takoví divocí.

Kdo Vám doporučil odborné vyšetření dětí?

Vyšetření nám doporučila učitelka ze školky kvůli odkladu nástupu do školy, ale jenom u jednoho z dvojčat. Já jsem je tam vzala oba dva, protože podle mě na tom byli tak stejně. Šli jsme do pedagogicko-psychologické poradny. Tam napsali, že hyperkinetický syndrom má jenom Petr. Tvrdili, že Pavel to nemá. Na odkladu školní docházky nijak netrvali. V podstatě nám řekli, ať se rozhodneme sami. Dostali jsme tam dva letáčky. Na jednom byly rady k výchově dětí s hyperkinetickým syndromem doma a na druhém doporučení pro školku.

Kdo hyperkinetický syndrom diagnostikoval?

Dětský psychiatr. Šli jsme tam na doporučení naší dětské doktorky.

Měli jste od počátku po sdělení diagnózy dostatek informací o hyperkinetickém syndromu?

Neměli. V psychologické poradně jsme dostali nějaké dva letáčky, něco málo nám řekla dětská lékařka. S manželem jsme si informace sháněli na internetu, v časopisech. Objednala jsem nějaké knížky.

Vyhledali jste sami odbornou pomoc?

To jsme museli, protože už během prvních měsíců ve škole byly veliké problémy. Pořád měli poznámky, že vyrušují, odchází z místa, sedí pod lavicí, běhají po třídě a to bylo pořád dokola. V pololetí dostali napomenutí třídního učitele. Chtěla jsem, aby měli ve škole individuální vzdělávací plán. To jsem si našla na internetu, že je to u těchto dětí běžné. Učitelka s tím neměla žádné zkušenosti a neměla ani snahu dělat jim nějaké úlevy. Proto jsme museli jít znovu do pedagogicko-psychologické poradny. Tam ten individuální vzdělávací plán doporučili zase jenom Petrovi. Přitom ve škole měli problémy oba dva. Ptala jsem se na to naší dětské lékařky a ta nás poslala na vyšetření k dětskému psychiatrovi. Ten po vyšetření řekl, že hyperkinetický syndrom mají obě dvojčata. Napsal zprávu do školy i do pedagogicko-psychologické poradny. Doporučil ten individuální plán u obou kluků a napsal do zprávy pro školku, aby zavedli deníčky, do kterých jim bude učitelka zapisovat každý den jedno, dvě nebo tři sluníčka podle toho, jak se ten den ve škole chovali.

V individuálním vzdělávacím plánu byl rozepsán jiný přístup, tolerování neklidu a také 1 vyučovací hodina za týden navíc. Tam měli dělat nějaké uvolňovací cviky ruky.

Co se změnilo ve Vaší rodině po diagnostikování hyperkinetického syndromu?

Byla to tak trochu úleva, že ty problémy s chováním nedělá naše špatná výchova. Doma jsme také zavedli deníčky a tam jsem dětem zapisovala každý den buď jedno, dvě nebo tři sluníčka. Nebo také žádné. Za určitý počet sluníček dostávali odměnu. Třeba sladkost nebo nějakou malou hračku. A to docela dobře fungovalo.

Které příznaky hyperkinetického syndromu se u Vašeho dítěte nejvíce projevují?

Asi ta hyperaktivita. Nemohli jsme je nechat vůbec bez dozoru. Měla jsem strach, že si nějak ublíží, nebo něco zničí.

Ovlivnily projevy syndromu Vašich dětí nějak vztahy v rodině?

Ani ne.

Jaké jsou vztahy mezi Vašimi dětmi?

Řekla bych, že u dvojčat je to stejné, jak u jiných sourozenců. Někdy spolu vychází výborně, rozumí si, hrají si spolu. Jindy se hádají a žalují na sebe. Oni jsou spolu ve třídě, chodí do stejných kroužků, takže jsou na sebe opravdu hodně zvyklí. Elišku mají oba moc rádi.

Mají Vaše děti ve škole individuální přístup?

Teď už ano. Ale ta první třída byla strašná. Když jsem pro ně chtěla individuální vzdělávací plán, považovali to za něco navíc. Myslím si, že o tom individuálním vzdělávacím plánu toho moc nevěděli. Dokonce jsme s manželem uvažovali o změně školy. Potom jsme ale donesli zprávu od psychiatra a přístup se zlepšil.

S jakou formou pomoci jste se setkali?

Byli jsme na 10 lekcích „biofeedku“. To jsme vyčetli někde v časopise a také jsme si to platili. To ale sklidnilo děcka jenom na ten jeden den, ve kterém to sezení proběhlo. Žádné větší zlepšení jsem v tom neviděla. Daleko víc pomohly návštěvy u dětského psychiatra. Chodili jsme tam 1x s dětma a pak zas 1x bez nich. Tam jsme řešily konkrétní problémy. Hlavně chování ve škole. To byl ten největší problém. Pan doktor nám napsal Ritalin. Ve druhé třídě brali ½ tablety ráno a ½ tablety v 11. hodin. To jim dávala učitelka. Od začátku třetí třídy mají ½ tablety 3x denně. Dává se to jenom v pracovní dny. O víkendu jenom vyjímečně, podle chování. To já už poznám, jestli jim ho mám dát nebo není potřeba.

Změnilo se po léčbě chování Vašich dětí?

Změnilo a pořádně. Ve vyučování nemají žádné problémy, někdy je problém o přestávce, ale podle učitelky nic hrozného. Ze školy nenesí poznámky ani napomenutí. Mají pořád deníček se sluníčkama. Když nedostanou razítko, učitelka napíše, proč tam není. Já chodím do školy každý měsíc. Učitelka to tak vyžaduje. Chování doma je už také podstatně lepší. Už je můžeme nechat nějakou dobu i bez dozoru.

Setkáváte se s rodinami, u jejichž dětí byl také diagnostikován hyperkinetický syndrom?

Ne.

Co nejvíce v každodenní realitě postrádáte – co Vás nejvíce trápí z pohledu způsobu léčby, přístupu školy, okolí, vlastní rodiny?

Trápí mě kritika okolí a rady některých příbuzných, že máme nevychované děcka a že to chce být na ně přísnější, něčím je zaměstnat a že oni by takto zlobit svoje dítě nenechali.

Ze začátku mě vadil přístup učitelky ve škole, neochota něco měnit a také malá informovanost o tomto syndromu. Vadilo mně to, že se všechny problémy ve škole řešily poznámkami do žákovské knížky. Změnilo se to až po tom, co jsme přinesli zprávu od dětského psychiatra.

Co hodnotíte naopak pozitivně v přístupu pracovníků vzdělávacích a zdravotnických institucí či Vašeho širšího okolí?

Jsem spokojená s přístupem a hlavně s radami, které nám dává dětský psychiatr. Teď už pozitivně hodnotím i přístup ve škole a dodržování těch doporučení z pedagogicko-psychologické poradny a od dětského psychiatra.

Rozhovor č. 2

Mohla byste mi říct něco o Vaší rodině, jaké máte vzdělání?

Já pracuju jako kuchařka, mám středoškolské vzdělání. Manžel pracuje jako úředník a má také středoškolské vzdělání. Bydlíme v rodinném domku na malé vesnici.

Kolik máte dětí?

Kromě Tomáše, kterého jsme si osvojili v jeho deseti měsících, máme v pěstounské péči o rok mladší Janičku. Ta teď chodí do druhé třídy. Je u nás od Tomášových čtyř let.

Byl u obou Vašich dětí diagnostikován hyperkinetický syndrom?

Ne, jenom u Tomáše. Jana nemá žádné zdravotní potíže a ve srovnání s Tomášem je úplně klidná.

Víte něco o průběhu těhotenství a o porodu Tomáše?

Tomáš se narodil ve 36. týdnu. Jeho biologická matka měla tehdy 18. roků.

V těhotenství nechodila na žádné kontroly. Nikdy se o Tomáše nestarala. Do deseti měsíců byl v kojeneckém ústavu.

Ve kterém věku dítěte jste začali mít podezření, že může trpět hyperkinetickým syndromem?

Od malička byl hodně živý, neposeděl chvíli na místě. Byl pořád v pohybu. Běhal, často padal, zakopával, každou chvíli měl odřené koleno, ruku nebo bradu. Pořád jsem se bála,

že se mu něco stane. Navíc nereagoval na volání, nedal se zastavit, neposlouchal. Já jsem to neřešila, považovala jsem to za normální. Neměla jsem to s kým srovnat. Když měl Tomáš 4 roky, vzali jsme si do pěstounské péče o rok mladší Janičku. Ta měla úplně jiné projevy. Byla klidná, dokázala sedět a prohlížet si knížku. To Tomáš nikdy nedělal. Nebavilo ho ani kreslení ani knížky. Ale o hyperkinetickém syndromu jsem slyšela poprvé až v pedagogicko-psychologické poradně.

Kdo Vám doporučil odborné vyšetření dítěte?

Učitelka ze školky nám doporučila vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně kvůli odkladu školní docházky. Tam nám řekli, že je nesoustředěný, neklidný a že se asi bude jednat o hyperkinetický syndrom. Doporučili odklad školní docházky o jeden rok a poslali nás na vyšetření k dětskému neurologovi. Ten byl docela nepříjemný a divil se, proč nás psycholožka posílá k němu. Domluvil nám vyšetření mozku – EEG. To bylo negativní.

Kdo hyperkinetický syndrom diagnostikoval?

Dětský psychiatr. Tam nás poslali z pedagogicko-psychologické poradny. Tomáš měl totiž už od první třídy ve škole problémy. Učitelka si stěžovala na to, že Tomáš nestíhá, nesoustředí se, pořád se na něco ptá. Vynechával písmenka, čárky a háčky. V matematice měl problém s odečítáním. Dlouho to nemohl pochopit. Byl nepozorný. Nosil poznámky za vyrušování, za pošťuchování spolužáků, za to že nepracuje, že si s něčím hraje a to bylo pořád dokola.

Měli jste od počátku po sdělení diagnózy dostatek informací o hyperkinetickém syndromu?

Docela jo. Hned při první návštěvě pedagogicko-psychologické poradny nám o tom řekli dost a hlavně nás upozornili na to, že to s Tomášem bude opravdu těžké.

Co se změnilo ve Vaší rodině po diagnostikování hyperkinetického syndromu?

Změnil se přístup k němu. Daleko víc věcí mu tolerujeme. Prostě víme, že to nedělá naschvál, že za své chování nemůže.

Které příznaky hyperkinetického syndromu se u Vašeho dítěte nejvíce projevují?

Je divoký, nevydrží sedět v klidu, často pošťuchuje nebo štípe Janu. Je nepozorný, kolikrát vůbec nevnímá, co mu říkám.

Ovlivnily projevy syndromu Vašeho dítěte nějak vztahy ve Vaší rodině?

Ovlivnily. Já s Tomášem trávím podstatně víc času než manžel. Kolikrát jsem z něho tak unavená a podrážděná, že se pak s manželem hádám kvůli naprostým maličkostem. A babička, která s námi bydlí, si pořád nemůže zvyknout na ty jeho projevy a na to, že ji Tomáš často neposlechne.

Jaké jsou vztahy mezi Vašimi dětmi?

Jana se už trošku naučila brát bratra takového, jaký je. Některé svoje hračky si ale před ním schovává. Má strach, že by je zničil. Když je Tomáš moc divoký a začne ji postrkovat a štípat, Jana žaluje.

Má Vaše dítě ve škole individuální přístup?

Od návštěvy pedagogicko-psychologické poradny ano. Dostává míň příkladů, učitelka mu příklady předepíše. Při diktátu mu třeba udělá tečku za větou, kde udělal chybu a on má ještě možnost si to opravit. Spolupráce se školou nebo spíš s třídní učitelkou je výborná.

S jakou formou pomoci jste se už setkali?

Tomáš užívá Ritalin. Ten mu napsal dětský psychiatr hned při první návštěvě. Dávám mu 1 tabletu ráno.

Změnilo se chování Vašeho dítěte po léčbě?

Ritalin působí asi jenom 4 hodiny. Podle třídní učitelky je chování Tomáše ve škole bez větších problémů. Je daleko víc ovladatelný, víc dodržuje pravidla. Odpoledne už Ritalin nedáváme, takže doma je to horší. Od úkolů pořád někde odbíhá, musí se vyčurat, potom

napít, vysmrkat, takže někdy se nám to protáhne na celé odpoledne. Ale hlavně, že je hodný ve škole.

Setkáváte se s rodinami, u jejichž dětí byl také diagnostikován hyperkinetický syndrom?

Ne. Nikoho takového v okolí neznám.

Co nejvíce v každodenní realitě postrádáte – co Vás trápí z pohledu způsobu léčby, přístupu školy, okolí, vlastní rodiny?

Asi to, že jsem s dětmi často sama. Manžel je hodně pracovně vytížený. A je to někdy opravdu vyčerpávající. Domácí úkoly píšeme někdy s malými přestávkami skoro celé odpoledne. Tomáš je hodně divoký a Jana žaluje každé pošťouchnutí nebo štípnutí. Občas také slyšíme z našeho okolí to, že máme být na Tomáše přísnější, že bude potom poslušnější.

Co hodnotíte naopak pozitivně v přístupu pracovníků ve vzdělávacích a zdravotnických institucích či Vašeho širšího sociálního okolí?

Přístup pana doktora z psychiatrie je úžasný, snaží se nám opravdu pomoci. A stejné je to ve škole. Od diagnostikování hyperkinetického syndromu se přístup učitelů změnil. Řekla bych, že mu věnují víc pozornosti, ve škole má míň příkladů, takže také lepší výsledky a proto ho to víc baví a víc se snaží.

Rozhovor č. 3

Mohla byste mi říct něco o Vaší rodině, jaké máte vzdělání?

Já i manžel máme středoškolské vzdělání. Bydlíme na malé vesnici.

Kolik máte dětí?

David má dvě starší sestry.

Byl u všech Vašich dětí diagnostikován hyperkinetický syndrom?

Ne, jenom u Davida.

Mohla byste mi říct, jak probíhalo těhotenství s Davidem a porod?

Těhotenství bylo bezproblémové. David se narodil o dva týdny dřív přirozenou cestou, ale měl omotanou pupeční šňůru kolem krku. Byl promodralý a lékaři ho hned odvezli na jednotku intenzivní péče. Byl čtrnáct dní v inkubátoru.

Ve kterém věku dítěte jste začali mít podezření, že může trpět hyperkinetickým syndromem?

Řekla bych, že tak kolem třetího roku. Nebyl chvilku v klidu. Bral sestřám hračky, házel s nimi, všude vylezl, otvíral skříně, vytahoval z nich věci, běhal po bytě. Museli jsme ho hlídat na každém kroku. Doma jsme na to byli zvyklí, ale horší to bylo na návštěvách, v obchodě, na poště, prostě všude. Na všechno šahal, neposlouchal. A přitom nebylo možné ho nechat ani na chvilku, aby třeba počkal se sestrami v autě. To by troubil, otevíral okno. Začali jsme ho víc trestat, ale to vůbec nepomohlo, ještě se víc vztekal. Když začal chodit do školky, učitelky si stěžovaly, že neposlouchá, u ničeho nevydrží, vykřikuje, bere ostatním hračky, běhá. Naznačovaly nám, že ho špatně vychováváme.

Kdo Vám doporučil odborné vyšetření?

Poprvé jsme šli do pedagogicko-psychologické poradny sami, kvůli odkladu povinné školní docházky. David je naše třetí dítě a sami jsme poznali, že zatím není zralý na školu.

Kdo hyperkinetický syndrom diagnostikoval?

Hyperkinetický syndrom diagnostikoval dětský psychiatr, a také nám doporučil vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně pro podezření na dyslexii.

Měli jste od počátku po sdělení diagnózy dostatek informací o hyperkinetickém syndromu?

Po návštěvě dětské psychiatrie už ano. Ale před tím, kdy jsme si mysleli, že David hyperkinetický syndrom má, nám řekla dětská lékařka, že se s tím stejně nedá nic dělat a že se

s tím musíme naučit žít. David začal být tak nevladatelný, že jsme si sami vyhledávali odbornou literaturu a četli jsme různé články na internetu.

Vyhledali jste sami odbornou pomoc?

Ano. Když jsem zjistila, že kamarádka mojí sestry má syna s tímto syndromem a užívá nějaké léky, sami jsme si našli dětského psychiatra a objednali jsme se na vyšetření. Ten hyperkinetický syndrom potvrdil a hned při první návštěvě doporučil užívání Ritalinu.

Co se změnilo ve Vaší rodině po diagnostikování hyperkinetického syndromu?

Změnil se přístup k němu. Uvědomujeme si, že za své chování nemůže. Snažíme se ho víc motivovat odměnami než trestat. Ale je to někdy moc těžké a strašně unavující.

Které příznaky hyperkinetického syndromu se u Vašeho dítěte nejvíce projevují?

Řekla bych, že je hyperaktivní a nesoustředěný. V první třídě měl problémy hlavně s chováním. Pořád nosil poznámky, že vyrušuje, hraje si, bere spolužákům věci. Nesměl nosit do školy ořezávátko ani gumu. Když si rozstříhl kalhoty nůžkami z pouzdra, měl je také zakázané. Na konci první třídy dostal napomenutí třídního učitele.

Ovlivnily projevy syndromu Vašeho dítěte nějak vztahy ve Vaší rodině?

Vztahy v rodině máme dobré. I když to, co je David schopný vyvést vede někdy k hádkám. Třeba když byl manžel v práci, David nalil do nádrže na naftu benzín.

Jaké jsou vztahy mezi Vašimi dětmi?

Tak to je různé. Někdy spolu vychází dobře, jindy se hádají a žalují na sebe. Řekla bych, že v poslední době mu obě sestry spíše ustupují. Dřív jim vadilo, když David dostal odměnu třeba za to, že se rychle převlekl, nebo že neodešel ani jedenkrát při obědě od stolu. Teď už to chápou a neřeší to.

Má Vaše dítě ve škole individuální přístup?

Od poloviny druhé třídy má individuální integraci a od třetí třídy má ve škole asistentku. Ale ta první třída a začátek druhé třídy, to bylo strašné. Ve škole nestíhal, protože se pořád s něčím hrál a doma kromě úkolů dopisoval to, co ve škole nestihl. To někdy trvalo až do večera.

S jakou formou pomoci jste se setkali?

David užívá Ritalin, je to lék na zmírnění hyperkinetických projevů.

Změnilo se chování Vašeho dítěte po zahájení léčby?

Ze začátku užíval 1/2 tablety ráno a 1/2 tablety po příchodu ze školy. To byla změna v chování opravdu malá. Psychiatr navrhl zvýšení dávky na celou tabletu 2x denně. Měli jsme z toho užívání léků obavy, ale teď vidíme, že je opravdu potřebuje. Chování se podstatně zlepšilo a stížností ze školy ubylo.

Setkáváte se s rodinami, u jejichž dětí byl také diagnostikován hyperkinetický syndrom?

Mám jednu kamarádku, která má o rok mladšího syna s hyperkinetickým syndromem. S její rodinou se občas navštívíme a musím říct, že je to jedna z mála návštěv, na které nemusím omlouvat Davidovo chování. Jejich syn má totiž dost podobné projevy.

Co nejvíce v každodenní realitě postrádáte – co Vás nejvíce trápí z pohledu způsobu léčby, přístupu školy, okolí, vlastní rodiny?

Vadí mně, že hodně lidí z našeho okolí vnímá Davida jako nevychovaného a neposlušného. Často zažívám dost nepříjemné situace třeba v obchodě, kde David pobíhá, na všechno šahá a třeba dává do nákupního košíku věci, které já koupit nechci. Potom cítím, jak mně okolí pozoruje a čeká, jak se zachovám.

Myslím si, že učitelé jsou málo informovaní o problematice hyperkinetického syndromu. Vadí mně některé nevhodné metody při zkoušení. Třeba taková samostatná práce, kdy David po pěti minutách přestane dělat, dívá se z okna nebo si s něčím hraje. Úkol nestihne a dostane za pět. Učitelka argumentuje tím, že měl oproti spolužákům čas navíc. Myslím si, že má daleko lepší znalosti než známky.

Co hodnotíte naopak pozitivně v přístupu pracovníků vzdělávacích a zdravotnických institucí či Vašeho širšího okolí?

Pozitivně hodnotím přístup vedení školy, do které David chodí. Sami navrhli a zařídili pro Davida asistentku pedagoga. Ta usměrňuje jeho chování, dohlíží nad zapisováním úkolů a v předmětech jako je vlastivěda a přírodověda mu pomáhá zapisovat do sešitu učivo.

Rozhovor č. 4

Mohla byste mi říct něco o Vaší rodině, jaké máte vzdělání?

Já mám 37 let, mám středoškolské vzdělání a momentálně jsem na rodičovské dovolené. Manžel má 41 let, má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako technik.

Kolik máte dětí?

Dvě. Dominik má 11 let a Tereška 2 roky.

Jak probíhalo těhotenství s Dominikem, a v kolikátém týdnu se narodil?

Těhotenství bylo bez větších problémů. Dominik se narodil o měsíc dřív a byl čtyři dny v inkubátoru.

Byl u obou Vašich dětí diagnostikován hyperkinetický syndrom?

Ne, jenom u Dominika.

Ve kterém věku dítěte jste začali mít podezření, že jde o hyperkinetický syndrom?

Od malička byl dost živý, neposlušný, běžel kam chtěl, nechodil za ruku, pořád vyžadoval pozornost. Ve čtyřech letech začal chodit do školky, a tam zlobil, pošťuchoval ostatní děti, odbíhal od každého úkolu. V předškolním věku jsme šli do pedagogicko-psychologické poradny, jestli je schopný nastoupit do školy. Z vyšetření vyšel po rozumové stránce nad-

průměrně, takže odklad školní docházky neměl. O hyperkinetickém syndromu jsme v té době vůbec nic nevěděli.

Kdo Vám doporučil odborné vyšetření dítěte?

Třídní učitelka ze základní školy ve druhé třídě. V první třídě měl Dominik výbornou učitelku. Objevily se nějaké problémy s poslušností a zlobením dětí, ale paní učitelka si uměla vše vyřešit sama. Učení zvládal Dominik dobře. Horší to bylo ve druhé třídě. To byly pořád poznámky za vyrušování, neposlouchání, za to, že si s něčím hraje a nepracuje.

Kdo diagnostikoval hyperkinetický syndrom?

Psycholog v psychologicko-pedagogické poradně. Ale když jsem donesla do školy zprávu s diagnózou hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti, učitelka mě řekla, že s tím nemá žádné zkušenosti. A ani se moc neřídila doporučeními z té zprávy.

Měli jste od počátku po sdělení diagnózy dostatek informací o hyperkinetickém syndromu?

Neměli. Něco nám řekli v pedagogicko-psychologické poradně, a když jsme viděli, že ve škole s touto poruchou nemají zkušenosti, začali jsme si sami shánět odbornou literaturu, abychom byli schopni Dominikovi co nejvíce pomoci.

Vyhledali jste sami odbornou pomoc?

Vyhledali jsme pomoc psychiatra. Bylo to ve čtvrté třídě. Potíže s chováním se zhoršovaly tak, že měl navrženou dvojku z chování a také prospěch byl daleko horší. Věčně měli samostatné práce a diktáty. Dominik po pěti minutách přestal dělat, díval se z okna, nebo si s něčím hrál. Práci nedokončil a dostal pětku. Přitom ve zprávě z pedagogicko-psychologické poradny měl rozumové schopnosti nadprůměrné. Psychiatr doporučoval užívání léků. Já jsem se tomu bránila. Měla jsem strach, že by na ně mohl být závislý. Tento psychiatr mě vysvětlil situaci, jak je to s návykem, takže jsem na léčbu přistoupila. Ze začátku bral Dominik Ritalin ½ tablety ráno a ½ v 11. hodin. Po měsíci měl dávku zvýšenou na 1 tabletu ráno a 11. hodin.

A protože jsme měli velké problémy s odpolední přípravou, domluvili jsme se ještě na 1/2tablety odpoledne.

Co se změnilo ve Vaší rodině po diagnostikování hyperkinetického syndromu?

Pro nás to byla spíš úleva. Ve škole nám totiž dávali najevo, že Dominik je neposlušný a nevychovaný. My jsme si uvědomili, že za své chování nemůže a snažili jsme se víc brát ho takového, jaký je.

Které příznaky hyperkinetického syndromu se u Vašeho dítěte nejvíce projevují?

Dřív to byl ten neklid, vyrušování, neposlušnost. Ale teď v těch jedenácti letech je to hlavně ta porucha pozornosti.

Ovlivnily projevy syndromu Vašeho dítěte nějak vztahy v rodině?

Občas nějaké hádky s manželem kvůli chování Dominika byli, ale vztahy v rodině se nijak nezhoršily. V afektu mě klidně řekne „mamino blbá“, ale hned jak se uklidní a uvědomí si to, omluví se.

Jaké jsou vztahy mezi Vašimi dětmi?

Terezka je ještě malá, Dominik ji má moc rád a hraje si s ní.

Má Vaše dítě s hyperkinetickým syndromem ve škole individuální přístup?

Ve škole dostává stejné úkoly jako ostatní děti a nemá žádné úlevy. Třídní učitelka se mu ale dost věnuje. Znovu mu chodí říkat instrukce, nebo mu zapíše úkol, když vidí, že nezvládá. Také mu kopíruje zápisy, které Dominik nestihne zapsat.

S jakou formou pomoci jste se setkali?

Někdy ve druhé třídě jsme chodili na EEG biofeedback, ale žádné větší zlepšení v pozornosti ani v chování tam nebylo. Daleko víc se zlepšilo chování po užívání Ritalinu.

Setkáváte se s rodinami, u jejichž dětí byl také diagnostikován hyperkinetický syndrom?

Ne. Nikoho takového v okolí neznám.

Co nejvíce v každodenní realitě postrádáte – co Vás nejvíce trápí z pohledu způsobu léčby, přístupu školy, okolí, vlastní rodiny?

Nejvíce mě trápí stížnosti ze školy a psaní domácích úkolů. Dominik není ani v páté třídě schopný si sám dělat úkoly a ta příprava do školy je náročná na čas i psychiku, protože od úkolů pořád odchází a rozptýlí ho každá maličkost. Kdybych mu nezkontrolovala věci do školy, tak má další poznámky za zapomínání.

Vadí mně, že učitelé jsou málo informovaní o tomto syndromu a někteří nejsou ani ochotní změnit přístup a řídit se tím co doporučí pedagogicko-psychologická poradna.

.

Co hodnotíte naopak pozitivně v přístupu pracovníků vzdělávacích a zdravotnických institucí či Vašeho širšího okolí?

Pozitivně hodnotím přístup a hlavně rady, které dostáváme v pedagogicko-psychologické poradně i u dětského psychiatra. Jsem vděčná současné třídní učitelce, která se Dominikovi dost věnuje a pomáhá mu.