

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**Husitská teologická fakulta**

**Diplomová práce**

**Neukázněné dítě v předškolním věku: Komplexní  
přístup k řešení problematiky**

**Behavior Problems in Preschool Children:  
Comprehensive Approach to Solving Problems**

Vedoucí práce:

Autor:

Doc. PaedDr. Olga Zelinková, CSc.

Bc. Pavlína Bezchlebová

## Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací s názvem *Neukázněné dítě v předškolním věku: Komplexní přístup k řešení problematiky* napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze dne 25. dubna 2012

Pavčina Bezchlebová

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mi s vypracováním diplomové práce pomáhali, především všem dotázaným rodičům, kteří byli ochotni vyplnit dotazník. Mé poděkování patří i paní docentce Olze Zelinkové, za skvělé odborné vedení.

V Praze

**Anotace:**

Diplomová práce *Neukázněné dítě v předškolním věku: komplexní přístup k řešení problematiky* pojednává o problematice poruch chování u dětí předškolního věku.

V teoretické části se zabývá definicí problematiky ADHD, diagnostikou obecně a diagnostikou speciálně u dětí předškolního věku, psychoterapií a léčbou. Dále pojednává o rodinách s dětmi trpícími hyperkinetickou poruchou.

V praktické části se zaměřuje na rodiče dětí předškolního věku a jejich povědomí o poruchách chování. Výzkumná část rozebírá znalosti rodičů o hyperkinetické poruše, jejich názor na to, co si představují pod pojmem neukázněné dítě. Dále zjišťuje, na koho se rodiče obracejí pro radu a u koho hledají pomoc při potížích s výchovou svého dítěte.

**Annotation:**

This thesis *Behavior Problems in Preschool Children: Comprehensive Approach to Solving Problems* deals with problems of behavioral disorders in preschool children.

The theoretical part deals with the problem definition ADHD, diagnosis in general and specifically for the diagnosis of preschool children, psychotherapy and medication. Also deals with families with children suffering from hyperkinetic disorder.

The practical part is focused on parents of preschool children and their awareness of behavioral disorders. The research analyzes the knowledge of parents of hyperkinetic disorder, their view of what we understand under the term undisciplined child. In addition, figuring out who to turn to parents who seek advice and help with problems with their child's education.

**Klíčová slova:**

Syndrom ADHD

Hyperaktivita

Poruchy chování

Informovanost rodičů a pedagogů

Diagnostika dětí v předškolním věku

Práce s dětmi s poruchou chování

**Keywords:**

ADHD syndrome

Hyperactivity

Behavioral disorders

Awareness of parents and teachers

Diagnosis of children in preschool

Working with children with behavioral disorders

## Obsah:

<b>1. Úvod.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Charakteristika dětí předškolního věku .....</b>	<b>10</b>
2.1. Vymezení předškolního věku .....	10
2.1.1 Fyzický vývoj .....	11
2.1.2 Psychický vývoj .....	11
2.2. Socializace.....	12
2.2.1 Hra.....	14
2.3. Emoční vývoj .....	14
2.4. Sebepojetí.....	15
2.5. Sociální dovednosti.....	16
<b>3. Uvedení do problematiky ADHD/ADD .....</b>	<b>17</b>
3.1 Terminologie.....	18
3.1.1 ADHD / ADD.....	18
3.1.2 Klasifikační systémy .....	19
<b>4. Projevy ADHD.....</b>	<b>22</b>
4.1 Rozdělení podle vývojových stádií:.....	22
4.1.1 Novorozenec a kojeneček .....	22
4.1.2 Batole.....	23
4.1.3 Předškolní věk.....	23
4.1.4 Školní věk .....	24
4.1.5 Puberta a adolescence .....	24
4.1.6 Dospělí.....	25
<b>5. Příčiny syndromu ADHD .....</b>	<b>27</b>
<b>6. Diagnostika .....</b>	<b>30</b>
6.1 Diagnostické složky .....	31
6.2 Diagnostická kritéria ADHD.....	33
<b>7. Rodina dítěte s ADHD.....</b>	<b>37</b>
7.1 Obecná charakteristika rodiny.....	37
7.2 Z historie.....	38
7.3 Oborová charakteristika rodiny.....	40
7.3.1 Funkce rodiny .....	40

7.3.2 Typy rodin.....	42
7.3.3 Struktura rodiny .....	43
7.3.4 Vliv rodinné výchovy.....	44
7.3.5 Výchovné styly .....	46
7.4 Doporučení pro rodiče dětí s ADHD .....	47
7.4.1 Jak komunikovat s dítětem s ADHD .....	49
7.4.2 Jak ovlivnit vzdělávání dítěte s ADHD.....	50
<b>8. Výzkum.....</b>	<b>52</b>
8.1 Hypotézy výzkumu .....	52
8.2 Cílová skupina .....	53
8.3 Metoda výzkumu .....	53
8.4 Průběh výzkumu .....	56
8.5 Výsledky výzkumu.....	57
8.5.1 Popis sledovaného vzorku .....	57
8.5.2 Výsledky ověřování hypotéz a odpovědí v dotaznících.....	59
<b>9. Závěr.....</b>	<b>69</b>
<b>Seznam použité literatury: .....</b>	<b>71</b>
Ostatní zdroje:.....	72
Seznam příloh .....	73
<b>Přílohy: .....</b>	<b>74</b>
Příloha číslo 1.....	75

## 1. Úvod

I v době studia se věnuji práci s dětmi. Poslední 3 roky vedu zájmové kroužky v mateřských školách v Praze. Semináře s pí. docentkou Zelinkovou mě vedly k zamyšlení nad tím, proč se odborníci zabývají diagnostikou specifických poruch chování a učení až u dětí školního věku, když jich je většina diagnostikovatelná, nebo alespoň rozpoznatelná, mnohem dříve.

Sama se takřka denně setkávám s neukázněnými dětmi, takže vím, jak je práce s nimi náročná. A dítě s poruchou ADHD je zvláště vyčerpávající i pro vychovatele, kteří se pouze omezují na to, že ho napomínají.

Správné identifikování problému je velmi důležité. Alan Train píše ve své publikaci *Specifické poruchy chování a pozornosti* o tom, že někteří odborníci označili „problémové“ dítě za zanedbané, aniž by si uvědomili, že chování některých z nich je obtížné už od narození a může později ve škole i v rodině působit konflikty.<sup>1</sup> Právě na tuhle myšlenku bych chtěla ve své práci navázat. Proč rodiče i děti vystavovat takovému stresu, když lze konkrétní poruchu chování odhalit již v raném věku dítěte a také lze s takovým dítětem pracovat a rozvíjet ho v žádaných oblastech psychického i fyzického vývoje? A Hallowell navíc píše, že pro děti s ADD je naprosto klíčové, aby byla porucha odhalena co nejdříve.<sup>2</sup>

Cílem práce je zjistit informovanost rodičů o možnosti odborné péče o děti s poruchami chování. Zda vůbec vědí, že takové poruchy existují, že se dají odhalit a také do určité míry napravovat. Dále bych se chtěla věnovat tématu léčby a dalších postupů práce s dětmi s poruchou ADHD. Jakým způsobem probíhá terapie dětí

---

<sup>1</sup> TRAIN Alan, *Specifické poruchy chování a pozornosti*, 1997, str. 13-14.

<sup>2</sup> HALLOWELL, Edward, M. a RATEY John, J.; *Poruchy pozornosti v dětství a dospělosti*, 2007, str. 48.



předškolního věku a zda vůbec probíhá. A jakým způsobem pracují odborníci s dětmi této věkové kategorie a zda se jim vůbec věnují.

Komplexní přístup k řešení problematiky spatřuji v zachycení příčiny poruch chování předškolních dětí, tj. absenci optimálních výchovných postupů. Odlišit projevy ADHD/ADD a hyperaktivity, které nespádají do syndromu ADHD, tzn., odlišit dítě zvýšeně aktivní, živé, od dítěte s možnou poruchou. Proto jsem se zaměřila především na rodiče, ačkoliv to z názvu práce není patrné. Jejich výchovné působení a přístup k dítěti může mít v případě nepřesné identifikace problému negativní vliv jak na úspěšnost dítěte v pozdějších letech, tak celkově na rozvoj osobnosti a životní směřování.

## 2. Charakteristika dětí předškolního věku

Jako komparaci k projevům chování dětí s poruchou ADHD bych se chtěla na tomto místě věnovat charakteristice dětí předškolního věku dle vývojové psychologie a projevům chování dětí bez poruchy. Někomu by se mohlo zdát chování všech dětí úplně stejné. Neustále je něco zajímavá, nevydrží delší dobu poslouchat natož sedět na místě. Ve třídě přebíhají z místa na místo, jsou neustále aktivní. Pokud se v jedné skupině sejde více velmi aktivních dětí, může mezi nimi dítě s ADHD být těžko rozpoznatelné. Dobrý odborník však rozdíl pozná, zvláště s ohledem na běžné vývojové zvláštnosti tohoto věku.

### 2.1. Vymezení předškolního věku

Dle *Vývojové psychologie* od M. Vágnerové trvá předškolní věk od 3 do 6-7 let a „je charakteristický stabilizací vlastní pozice ve světě. V jeho poznání dítěti pomáhá představivost, je to fáze fantazijního zpracování informací, intuitivního uvažování, které ještě není regulováno logikou. Dítě svou představu přizpůsobuje vlastním možnostem poznání a potřebám. ... Vývojově podmíněné změny se odrazí ve hře, v předškolním období je novým projevem chování sdílená aktivita, vyžadující jak sebeprosazení, tak prosociální chování.“<sup>3</sup>

Langmeier vymezuje toto období mnohem obšírněji, a to od narození, dokonce od prenatálního vývoje, po vstup dítěte do školy. Ovšem rozlišuje období batolete a vlastní předškolní období, které nijak nenazývá, ale vymezuje ho jako poslední tři roky před vstupem do školy. Klade důraz na toto období, jež považuje za velmi významné z hlediska změn ve vývoji.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*, str. 173-174.

<sup>4</sup> LANGMEIER, Jiří, *Vývojová psychologie*, str. 84.

### 2.1.1 Fyzický vývoj

Období batolete má dítě předškolního věku za sebou. Hrubá motorika je na té úrovni, že dítěti nedělá problém chůze jak po rovině, tak po nerovném terénu. Zvládne chůzi do schodů a ze schodů bez držení. Začíná se učit jízdě na kole, některé děti začínají se sporty jako je lyžování či bruslení. Pohyby jsou celkově koordinovanější, automatizují se. Mění se tělesná konstituce. Baculatost se mění ve štíhlost, vznikají disproporce mezi růstem končetin, trupu a hlavy – období „vytáhlosti“ - prodlužují se dolní a horní končetiny, pokračuje osifikace kostí, dokončuje se prořezávání mléčných zubů, rozvíjí se podélná a příčná klenba nohy. Osifikace kostí se asi ve věku 6 let dovršuje osifikací zápěstních kůstek, což má vliv na jemnou motoriku<sup>5</sup>. Dítě zvládne jednoduché sebeobslužné úkony, jako je oblékání, obouvání, zkouší si zavázat tkaničku u bot, osobní hygienu zvládá téměř bez pomoci, na konci tohoto období zcela bez pomoci. Rozvíjí se manuální zručnost, dítě se učí pracovat s tužkou, nůžkami, jíst příborem, házet a chytat míč. Po čtvrtém roce se začíná vyhraňovat lateralita. Dalo by se říct, že v tomto období pokračuje kompletní vývoj jedince.

### 2.1.2 Psychický vývoj

Kromě rozvoje motoriky pokračuje rozvoj poznávacích procesů. Ty se vyvíjejí velmi intenzivně<sup>6</sup>. V myšlení dochází ke zlomu. Předpojmové myšlení přechází do vyšší formy, a to do myšlení názorného, intuitivního. Vágnerová ho charakterizuje jako málo flexibilní, nepřesné, prelogické. Charakterizuje ho čtyřmi základními pojmy: egocentrismus, fenomenismus, magičnost a absolutismus.<sup>7</sup> Tzn., že myšlení předškolního dítěte ulpívá na subjektivním pohledu a tendenčně zkresluje úsudky dle svých subjektivních preferencí.

---

<sup>5</sup> ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, Jitka, *Přehled vývojové psychologie*, 2003, str. 68.

<sup>6</sup> ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, Jitka, *Přehled vývojové psychologie*, 2003, 69.

<sup>7</sup> VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. 2000, str. 76.

Dítě klade důraz na určitou podobu světa, na obraz reality, který není schopno ve svých úvahách opustit. Poznání předškolních dětí je zkreslené převážně tendencí pomáhat si fantazií při doplňování informací o světě; nerozlišují rozdíl mezi realitou a fantazií – dospělí si občas myslí, že dítě lže, ono však jen nerozezná, co se skutečně stalo a co si vymyslelo (Vágnerová tento jev nazývá jako konfabulace<sup>8</sup>). Z potřeby jistoty vyplývá dětské přesvědčení, že každé poznání musí mít trvalou a jednoznačnou platnost. Nechápu relativitu názorů dospělých. Další nevyzrálostí myšlení je neschopnost komplexnějšího uvažování např. o více než jednom aspektu situace. Myšlení ulpívá na jednom pohledu subjektu a na jednom stavu, eventuálně jedné vlastnosti objektu. To ale neznamená, že by ulpívaly po celou dobu. Např. při třídění objektů se nedokážou držet jedné vlastnosti a nedokážou rozlišit nepodstatné vlastnosti objektu od těch podstatných (např. při třídění korálků podle tvaru je může zmást stejná barva). Egocentričnost v uvažování dětí vede k *předpokladu apriorní správnosti a platnosti*<sup>9</sup>, tzn., že dětem v podstatě chybí zkušenosti s možnou mnohostí názorů, což vede k vytváření subjektivní pravdy. Vytváří si interpretaci reality tak, aby pro ně byla srozumitelná a přijatelná. To se potom může negativně projevovat při socializaci, respektive při vytváření vztahů s vrstevníky nebo při jednotlivých hrách.

## 2.2. Socializace

Spíše než v motorice a kognitivních procesech je vidět rozdíl mezi dětmi s poruchou a dětmi zdravými při socializaci, při hře, při učení a také v sebepojetí.

---

<sup>8</sup> VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. 2000, str. 79.

<sup>9</sup> VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. 2000, str. 79.

Primární socializaci dítěte zajišťuje rodina a nejbližší okolí. Na to navazují instituce předškolní výchovy. Do tří let je dítě velmi fixováno na jednoho z rodiče, nejčastěji na matku. Od tří let se začíná osamostatňovat, přichází období prvního vzdoru, dítě se socializuje s ostatními. Vytváří si první přátelské vztahy, učí se určitým rolím – chlapce, dívky, dítěte. Langmeier uvádí, že sociální vývoj dítěte předpokládá tři vývojové aspekty: *vývoj sociální reaktivity, vývoj sociálních kontrol a osvojení sociálních rolí*.<sup>10</sup> Vyvíjejí se bohatě diferencované vztahy k lidem v okolí jak rodinném, tak společenském. Dítě se učí normám (i když o nich zatím nepřemýšlí a přijímá je od uznávané autority), vyvíjí se hodnotová orientace a osvojuje si sociální role. Poznává rozdíl mezi dobrým a špatným, začíná chápat, co smí a co nesmí. Pro dítě je to veliká změna. Najednou se po něm něco chce, něco od něj lidé v okolí očekávají. Formou odměn a trestů, pochval a pokárání je usměrňováno chování dítěte. Zároveň se samo zajímá o svět. Částečně se odpoutává od rodičů a navazuje nové vztahy - s vrstevníky ale i s jinými dospělými, kterými jsou i mimo jiné učitelky v mateřských školách.

V navazování vztahů s kamarády hraje významnou roli shoda v oblasti vnějších znaků a projevů. Dítě si pro svou hru vybírá „dvojníka“, aby uspokojilo potřebu sdílení činnosti. „*Kamarád je ten, kdo chce to, co chci já.*“<sup>11</sup> Výběr ovlivňují zjevné znaky a situační projevy. Významným kritériem je pohlaví. Dochází k identifikaci se stejným pohlavím, k preferenci určitého způsobu chování. Dalším faktorem je zevnějšek. Dítě atraktivní v rámci aktuálních normativních kritérií bývá preferováno nejen vrstevníky, ale i dospělými. Neméně významné je chování. Oblíbenost je na dětech vidět na první pohled. Jsou přátelštější, komunikativnější, sociálně zdatnější. Snadno iniciují kontakt, dovedou udržet rozhovor a

<sup>10</sup> LANGMEIER, Jiří, *Vývojová psychologie*, 1998, str. 90.

<sup>11</sup> VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. 2000, str. 97.

respektují dohodnutá pravidla. „*Děti, které se chovají nepříjemně, které ostatní ruší, kterým nelze dobře rozumět, které nedovedou respektovat pravidla hry, tj. které ‚nejsou kamarádi, jaké potřebují‘, bývají odmítány.*“<sup>12</sup> Což je naprosto typické pro děti s poruchou ADHD. Poslední fakt, který zvyšuje sociální atraktivitu, je vlastnictví zajímavého předmětu (hračky, časopisu, apod.).

Co se týká vlastnosti přátelských vztahů, vznikajících v tomto období mezi dětmi, jsou značně povrchní. Děti si vytvářejí párové vztahy a jsou přitom schopny třetí dítě vyloučit. Koncem předškolního věku však dostávají konečně význam i jiné osobní kvality, jež už mají obecnější hodnotu. Je zde zřejmý ústup z egocentrické pozice. I tak je jedním z hlavních úkolů této fáze vývoje sebeprosazení, a to sebeprosazení ve skupině vrstevníků.

### **2.2.1 Hra**

Hra je hlavní činností, při níž probíhá proces socializace. Vágnerová píše, že hra slouží dětem jako nástroj vyrovnávání se s realitou.<sup>13</sup> Ve hře si dítě uspokojuje potřeby, které reálně uspokojit nelze, může se chovat podle svých představ, může si znovu přehrát např. komplikovanou situaci a lépe ji tak pochopit. Oproti tomu *Přehled vývojové psychologie uvádí*, že hra je základní psychickou potřebou dítěte. Je v ní obsažena práce i učení, je významným socializačním i motivačním činitelem. V psychologické klinické praxi je významným léčebným prostředkem.<sup>14</sup>

### **2.3. Emoční vývoj**

City se vyvíjejí v několika rovinách. V rovině sociální se vyvíjejí ve dvou směrech, a to ve vztahu k dospělým a k vrstevníkům. Narůstá

<sup>12</sup> VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. 2000, str. 97.

<sup>13</sup> VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. 2000, str. 81.

<sup>14</sup> ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, Jitka, *Přehled vývojové psychologie*, 2003, str. 72.

především potřeba navazování vrstevnických kontaktů. V rovině intelektuálních citů je kladen důraz na poznávání, radost z nové činnosti. V rovině estetických citů dítě začíná prožívat pocit krásna, který se rozvíjí při vnímání pohádek, hudby, při výtvarných činnostech a z určitých předmětů. Základním zdrojem citových zážitků v tomto věku je konkrétní činnost.

Důležitou součástí emočního vývoje je vývoj sebepojetí, seberegulace a emočního porozumění druhým. Langmeier píše, že už od jednoho roku dítě reguluje své chování podle výrazů emocí druhých. Od dvou - tří let dokáže popsat emoce druhých a na negativní emoce svých blízkých reagují prosociálním chováním. V tomto období dost často hovoří o svých emocích, připisují je i svým hračkám.<sup>15</sup>

## 2.4 Sebepojetí

U dětí bez poruchy a ve zdravě fungujícím prostředí probíhá vývoj sebepojetí naprosto bez problémů. Vytvoření sebepojetí ovlivňuje mnoho faktorů. Vágnerová<sup>16</sup> uvádí rozvoj poznávacích procesů, vnímání tělového schématu a především názor jiných osob, zejména rodičů. Každé dítě o sobě uvažuje, uvědomuje si jedinečnost a odlišnost a to už od dvou let. Děti začínají chápat sebe sama jako subjekt, vytvářejí si vědomí vlastní identity. To je vzhledem k emoční a kognitivní nezralosti velice závislé na názoru jiných osob. Ten dítě přijímá nekriticky. Není divu, že děti s ADHD mají velmi nízké sebevědomí a negativní sebepojetí. Neustálým napomináním, tresty a zákazy si lepší sebepojetí ani vytvořit nelze. Některé dokonce přijmou negativní nebo dokonce vulgární názvy od rodičů a jiných lidí. Při malém napomenutí se dokáže sami označit např. za blbce, debila apod. Slyšela jsem i mnohem horší tituly, které bych zde

---

<sup>15</sup> LANGMEIER, Jiří, *Vývojová psychologie*, 1998, str. 94.

<sup>16</sup> VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. 2000, str. 86.

nerada opakovala. Když o sobě dítě něco takového prohlásí, je to opravdu šokující a smutné.

## **2.5 Sociální dovednosti**

Mezi sociální dovednosti patří především prosociální chování. To jsou takové žádoucí vzorce chování, jenž lze charakterizovat jako pozitivní, respektující ostatní. Dále schopnost empatie, kontrola agresivity a ovládání vlastních aktuálních potřeb. Mezi takové potřeby bezesporu patří potřeba bezpečí a jistoty. Jak uvádí Vágnerová<sup>17</sup>, děti, které se cítí nejisté a ohrožené, snadněji reagují asociálně. Důležitá je pro ně jistota, že jejich vlastní chování má nějaký význam, že bude pozitivně ohodnoceno. Pro děti s ADHD je toto dost často nesplnitelné. Svým chováním vzbuzují takřka neustále negativní reakce dospělých, jsou terčem neustálého napomínání a vzbuzují tím i negativní postoj ostatních dětí.

---

<sup>17</sup> VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. 2000, str. 91.



### 3. Uvedení do problematiky ADHD/ADD

Slovo „neukázněný“ definuje slovník českých synonym jako „nedisciplinovaný“<sup>18</sup> „Neukázněné“ děti by se také daly definovat jako neposlušné, neklidné, prudké, divoké, chvíli nepostojí, neustále napomínané apod. Je spousta výrazů, kterými lze označit děti, jež nám nejsou po vůli. Všechno se jim musí říkat několikrát a stejně dělají úplně něco jiného, než po nich chceme. Neplní zadané úkoly, vymýšlí činnosti, jež se nám nelíbí, narušují práci naši i ostatních dětí v kolektivu. Mohla bych pokračovat do nekonečna. Vychovávat a vzdělávat takového jedince není vůbec snadné. Těžko se jim něco vysvětluje, těžko se s nimi pracuje a být rodičem takového potomka je zvláště náročné.

Důvodů pro neukázněnost dítěte je mnoho. První, co většinu lidí napadne, je nevychovanost a nedisciplinovanost dítěte. Ovšem může to být únava, zruděnost, aktuální zdravotní či psychické potíže, nebo konkrétní diagnostikovatelná porucha chování.

Problematikou poruchy pozornosti se zabývá mnoho autorů českých a ještě více zahraničních. Jejich pozornost se však zaměřuje na děti a mládež školního věku. Je to logické, neboť výrazné problémy se dětem často dostaví až po nástupu do první třídy, když musí podat konkrétní výkon. Avšak už v mateřských školách se může dítě projevovat ne zrovna podle normy a představ pedagogů. Train A. popisuje příznaky ADHD v předškolním věku: *„Znepokojené matky popisují své děti jako neklidné již od raného věku a mnohé dokonce tvrdí, že ještě než se narodily, pohybovaly se v děloze podstatně více než jejich sourozenci. Jako batolata jsou k nezastavení a stále se někam ženou. Když začínají mluvit, žvatlají nepřetržitě jedno přes druhé, zkoušejí všechno, všude se cpou a nedají si pokoj. Rodiče je milují (...) vědí, že dítě nebude spát dlouho, a jakmile se*

---

<sup>18</sup> Slovník českých synonym a antonym; str. 226.

*probudí, bude následovat další den plný starostí.*<sup>19</sup> Ale proč by tohle všechno měli rodiče podstupovat, když existuje úspěšná péče odborníků, kteří dokáží tyto problémy u dětí eliminovat? Nechci rovnou psát o léčbě. Existuje sice medikamentózní léčba dětí s poruchou ADHD, a však ne každému je na první pohled sympatická (bližší informace o možnosti podávaných léků lze najít např. u Munden A., *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*, od str. 75).

### 3.1 Terminologie

Odborná terminologie pojmenovává poruchy pozornosti hned několika výrazy. V ČR je z nedávné minulosti známo více výrazů jako např. lehká mozková encefalopatie (LME)<sup>20</sup>, nebo lehká mozková dysfunkce (LMD)<sup>21</sup>. V současnosti tyto pojmy nahradila světová zkratka ADHD a dle ICD-10<sup>22</sup> se používá termín hyperkinetická porucha<sup>23</sup>.

#### 3.1.1 ADHD / ADD

ADHD = attention deficit hyperaktivity disorder. Do češtiny je tento výraz překládán jako porucha pozornosti s hyperaktivitou. S tím také souvisí ADD = attention deficit disorder = porucha pozornosti. (Tím, že není dítě hyperaktivní, nebývá porucha pozornosti objevena. Rodiče a učitelé si toho nemusí všimnout). U obou to znamená, že dochází k narušení jednoho nebo více základních poznávacích procesů týkajících se orientace, soustředění nebo udržení pozornosti. To vede k výraznému stupni nepozornosti vůči akademickým a sociálním úkolům. Tato porucha se může

---

<sup>19</sup> TRAIN, Alan, *Specifické poruchy chování s pozorností*, 1997, str. 26.

<sup>20</sup> KUČERA, Otakar, akol., *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích*. 1961.

<sup>21</sup> TŘESOHĽAVOVÁ, Zdeňka, akol., *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*, 1986. ČERNÁ; Marie a kol.; *Lehké mozkové dysfunkce*, 2002.

<sup>22</sup> ICD-10 = Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů- 10. revize z r. 2003.

<sup>23</sup> PACLT, Ivo, *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*, 2007.

rovněž projevat verbální nebo motorickou impulzivitou a neredundantní (= ne nadbytečnou) aktivitou (např. nadměrný neklid, tčkavost).<sup>24</sup> Se zkratkou ADHD/ADD operuje DSM-IV<sup>25</sup>.

### 3.1.2 Klasifikační systémy

Výsledkem diagnostiky je diagnóza, která pojmenuje problém. Přesné názvy a symptomy můžeme najít ve dvou hlavních základních klasifikačních systémech: Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD = The International Classification of Diseases) a Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (DSM = The diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder). Dle mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize - se používá pojem hyperkinetická porucha.

#### 3.1.2.1 MKN-10: Hyperkinetická porucha

MKN-10 zařazuje hyperaktivitu do V. části mezi *Poruchy duševní a poruchy chování*. V této části je zařazena do *F 90-98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství*, přesněji do části *F 90 Hyperkinetická porucha*. Dovolím si konkrétní citaci:

„F90 Hyperkinetické poruchy

*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*

---

<sup>24</sup> PACLT, Ivo, *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*, 2007, str. 17.

<sup>25</sup> DSM = IV - Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, americká národní klasifikace mentálních poruch, 4. verze z r. 2000.

*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.*

*Nepatří sem:                   anxiózní poruchy (F41.–)*  
  
*[afektivní] poruchy nálady (F30-F39)*  
  
*pervazivní vývojové poruchy (F84.–)*  
  
*schizofrenie (F20.–)*

*. 0 Porucha aktivity a pozornosti*

*Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou*

*Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou*

*Nepatří sem: hyperkinetická porucha s poruchou chování (F90.1)*

*. 1 Hyperkinetická porucha chování*

*Hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování*

*. 8 Jiné hyperkinetické poruchy*

*. 9 Hyperkinetická porucha NS*

*Hyperkinetická reakce v dětství nebo v dospívání NS*

*Hyperkinetický syndrom NS<sup>26</sup>*

---

<sup>26</sup> URL: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/mkn.pdf>, cit. 2010-07-28, [on-line].

### **3.1.2.2 DSM-IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD)**

Kritéria tohoto klasifikačního systému najdete v kapitole Diagnostika. DSM-IV rozlišuje tři typy ADHD:

*Typ převážně nepozorný: jestliže 6 nebo více příznaků nepozornosti (ale méně než 6 příznaků hyperaktivity-impulzivity) přetrvává nejméně 6 měsíců. Tento typ je rovněž znám jako ADD, resp. porucha pozornosti (attention deficit disorder).*

*Typ převážně hyperaktivní-impulzivní: jestliže 6 nebo více příznaků hyperaktivity-impulzivity (ale méně než 6 příznaků nepozornosti) přetrvává nejméně 6 měsíců.*

*Kombinovaný typ: jestliže 6 nebo více příznaků nepozornosti a 6 nebo více příznaků hyperaktivity-impulzivity přetrvává nejméně 6 měsíců. Tento typ ADHD je nejčastější u dětí a dospívajících.<sup>27</sup>*

---

<sup>27</sup> URL: <http://www.adehade.cz/diagnostika/diagnostika-a-typy-adhd/>, on-line, cit. 2012-02-02, [on-line].

## 4. Projevy ADHD

Téměř všichni autoři zabývající se problematikou ADHD uvádějí tři základní projevy. Je to hyperaktivita, impulzivita a nedostatečná schopnost soustředění.<sup>28</sup> Goetz a Uhlíková píše, že projevy v chování jsou důsledkem kombinace poruchy, přidružených psychických onemocnění a vlivů prostředí u konkrétního dítěte.<sup>29</sup> Z toho lze vyvodit, že u každého dítěte mohou být projevy trochu jiné. I přesto je stanovena určitá škála, podle které lze poruchu rozeznat. Paclt I. také zdůrazňuje, že s postupem věku některé projevy ADHD mizí.

Obecné projevy: kromě již zmíněné hyperaktivity, impulzivity a nedostatečné schopnosti soustředit se je výrazným problémem neoblíbenost v kolektivu, A to již u dětí předškolního věku. Dále selhávání ve škole.

### 4.1 Rozdělení podle vývojových stádií:

#### 4.1.1 Novorozenec a kojeneček

A. Munden uvádí, že děti s ADHD byly velmi aktivní už v prenatálním vývoji, tedy v děloze.<sup>30</sup> Goetz a Uhlíková zase popisují, že zdravé děti si vytvoří určitý denní rytmus - pláč, spánek, krmení apod. - zatímco děti hyperaktivní mívají až nápadně nepravidelný režim (*Někdy prospí celý den, častěji pláče, jakoby bez důvodu...*)<sup>31</sup> A lze u nich vpozorovat určité projevy hyperaktivity, projevuje se u nich zvýšená dráždivost. Chování dítěte matku vyčerpává a vyvolává

---

<sup>28</sup> Např. v MUNDEN, Alison a ARCELUS, Jon; *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*, 2002, str. 21., GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, Petra, 2009 *ADHD; Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, str. 19.; PACLT, Ivo, *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*, 2007, str. 13-14.

<sup>29</sup> GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, *ADHD; Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, 2009, str. 19.

<sup>30</sup> MUNDEN, Alison a ARCELUS, Jon; *Porucha pozornosti a hyperaktivita*, 2002, str. 22.

<sup>31</sup> GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, Petra, *ADHD; Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, 2009, str. 43.

v ní otázku, zda svému dítěti správně rozumí. Někdy tyto projevy vymizí a ADHD se u dětí plně nerozvine.

#### 4.1.2 Batole

Hlavními projevy uváděnými v literatuře jsou živost, neklid, usnutí během hry a proti tomu špatný spánek v noci, přebíhání od jedné věci ke druhé, živý zájem o dění kolem.<sup>32</sup> Když začínají mluvit, žvatlají jedno přes druhé. Dalším symptomem může být nepřiměřený nebo překotný motorický vývoj. Dítě začne lézt dříve než sedět apod.<sup>33</sup>

#### 4.1.3 Předškolní věk

Nadměrná aktivita a určitá nepozornost je pro děti tohoto věku naprosto běžná, po několika měsících se symptomy upraví. Až teprve tehdy, když přetrvávají a přidávají se další, jako sklon k podrážděnosti, hněvu a neposlušnosti, lze hovořit o ADHD. V kolektivu jiných dětí se dost často posílí typické projevy problémového chování. Takové děti jsou neustále aktivní, přebíhají od jedné činnosti k druhé, nedokončují činnosti, vymýšlí neustále něco nového, běhají, šplhají všude možně, strkají do ostatních, „pošťuchují“ spolužáky, učitelka je nestíhá napomínat. Vyžadují si pozornost pozitivními i negativními způsoby. Nejproblémovější symptom je náladovost, sklon k podrážděnosti, nekontrolovatelnému hněvu a neposlušnosti. Jsou často napomínané a trestané, přičemž za svůj trest viní spolužáky, kterým třeba ublížili, a mnohdy se i mstí. Doma rodiče tyto děti považují ještě za zvladatelné a dokáží najít vhodné výchovné prostředky. Problém je právě v kolektivu, např. ve školce nebo v zájmových kroužcích. Rodiče se setkávají s neustálými stížnostmi ze strany učitelek i rodičů ostatních dětí.

---

<sup>32</sup> GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, ADHD; *Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, 2009, str. 44. TRAIN, Alan, *Specifické poruchy chování a pozornosti*, 1997, str. 26.

<sup>33</sup> TRAIN, Alan, *Specifické poruchy chování a pozornosti*, 1997, str. 26.

#### 4.1.4 Školní věk

Základní symptomy přetrvávají z předškolního věku. Ve škole se zcela jasně projeví hyperaktivita a impulzivita. Dítě nedokáže v klidu sedět ve třídě a věnovat pozornost výkladu, plnit pokyny učitelky nebo spolupracovat s ostatními. Vytvářejí si odpor k učení. Problémy se objevují také v navazování vztahů s vrstevníky, což mnohdy jen pokračuje z mateřské školy. U dětí jsem pozorovala určitou nedůvěřivost a nepřátelskost jak ze strany dítěte s poruchou, tak ze strany ostatních vůči dítěti s poruchou. Přetrvává náladovost, náchylnost k podráždění, výbuchy hněvu nebo nesouhlasu při pocitu křivdy apod. Takové děti se mnohdy stávají i terčem šikany. *„Mezi 7-10 rokem věku se u 30-50% dětí s ADHD dostávají poruchy chování, jako je časté lhaní, krádeže, agresivita a opozičnictví vůči autoritě. Zároveň se mohou projevovat úzkostné poruchy nebo poruchy nálady.“*<sup>34</sup> Častěji se u nich objevuje noční pomočování, noční děsy a okusování nehtů. U starších školáků je typická nesoustředěnost, hloubavost, sklíčenost a nejistota.

#### 4.1.5 Puberta a adolescence

Mezi zcela běžné projevy tohoto věku patří opoziční chování vůči autoritám, demonstrace neposlušnosti, provokace, dětinské argumentace. Zcela typická je zvýšená citlivost na kritiku, menší stabilita sebehodnocení a výkyvy nálad. K tomu se přidávají první zkušenosti s alkoholem a drogami. Jedinec se výrazně mění psychicky i fyzicky. Snaží se prosadit svůj názor a osamostatnit se. V průběhu dospívání se základní projevy ADHD komplikují přidruženými psychickými poruchami. Školní neúspěšnost se stupňuje natolik, že 58% dospívajících s touto poruchou alespoň jednou opakuje ročník a třikrát častěji než zdraví bývá vyloučeno ze

---

<sup>34</sup> GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, ADHD, Porucha pozornosti s hyperaktivitou, 2009, str. 46.



školy. Sexuální život začínají vést dříve než ostatní a 15 % se potýká s nechtěným těhotenstvím. Častěji jsou léčeni pro přenosné pohlavní choroby. Jako řidiči velmi riskují a často jsou účastníci dopravních nehod.<sup>35</sup> Selhávání ve škole a mezi vrstevníky mohou vést k negativním myšlenkám, pocitům beznaděje až k suicidálním úvahám.

#### 4.1.6 Dospělí

Jsou schopni projevy kontrolovat vůlí a kompenzovat je některými návyky. I přes to mohou mít nemalé problémy. Hallowell a Ratey uvádějí navržená diagnostická kritéria poruchy pozornosti u dospělých. Pro příklad uvedu pár bodů:

*„A. Dlouhodobě přetrvávající stav přesahující hranice průměru. Popis stavu musí odpovídat alespoň patnácti níže uvedeným charakteristikám:*

- 1. Pocit nedostatečného, nekvalitního výkonu, nenaplnování vlastních cílů (bez ohledu na skutečné výsledky).*
- 2. Potíže se strukturou a řádem.*
- 3. Zdlouhavé řešení úkolů, neschopnost přimět se k zahájení práce.*
- 4. Současné řešení několika úkolů, neschopnost práci dokončit.*
- 5. Tendence nahlas sdělovat to, co má dotyčný na mysli, jinak řečeno ‚co na srdci, to na jazyku‘, bez zohlednění případných důsledků.*
- 6. Časté vyhledávání intenzivních podnětů.*
- 7. Neschopnost snášet nudu a nicnedělání.*
- 9. Tvořivost, rozvinutá intuice, vysoká inteligence.*

<sup>35</sup> GOETZ GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, ADHD, Porucha pozornosti s hyperaktivitou, 2009, str. 47.

*11. Netrpělivost, nízký práh frustrace.*

*12. Impulzivita projevující se v řeči a chování, např. nutkavé utrácení peněz, nečekané změny plánů obrát v přístupu k práci, změna profese a podobně.<sup>36</sup>*

---

<sup>36</sup> HALLOWELL, Edward, M. a RATEY John, J.; *Poruchy pozornosti v dětství a dospělosti*, 2007, str. 75. -79.

## 5. Příčiny syndromu ADHD

Dle Iva Paclta je přesná etiologie ADHD prozatím v mnohém neobjasněná. Uvádí, že jednotlivé výzkumné přístupy přináší řadu poznatků. Rozepisuje čtyři základní výzkumné modely: kognitivní, neurobiologický, genetický a biochemický.<sup>37</sup>

Kognitivní model se zaměřuje na přenos informací. Porucha spočívá v problémech s útlumem činnosti. Projevuje se to právě v afektivitě a neschopnosti ovládat se. Neurobiologický model zdůrazňuje vzájemné funkční souvislosti CNS. Porucha tedy ovlivňuje psychické procesy a vzorce jako rozpoznávání, identifikaci, interpretaci, řazení priorit, analýzu, výběr odpovědí a reakcí, ale také motorické pohybové vzorce, paměť, limbický systém... Genetické a biochemické modely jsou podle něj taktéž významné.<sup>38</sup> V článku *Biologické základy hyperkinetické poruchy a možnosti farmakologické léčby* k etiologii ADHD uvádí, že se zdá pravděpodobné, že hrají roli nejen faktory genetické, ale také prenatální a perinatální. Větší význam podle něj pravděpodobně má dlouhodobé působení škodlivin provázené hypoxií (patologie v těhotenství). „Nelze však pominout ani význam dalších etiologických faktorů, jako je například alergie, infekce nebo závažnější úraz hlavy.“ Hyperkinetická porucha je podle Paclta polygenně podmíněná porucha, která je dále ovlivňována výše uvedenými vnějšími faktory. Projevy hyperkinetické poruchy mohou být zesíleny faktory sociálními a výchovnými. Rodinná interakce je tak zpětně zhoršována chováním neléčeného hyperkinetického dítěte.<sup>39</sup>

<sup>37</sup> PACLT, Ivo, *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*, 2007, str. 25.

<sup>38</sup> PACLT, Ivo, *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*, 2007, str. 25.-27

<sup>39</sup> PACLT, Ivo; *Biologické základy hyperkinetické poruchy a možnosti farmakologické léčby*, Časopis Remedia [on-line]; URL: <http://www.remédia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Biologicke-zaklady-hyperkineticke-poruchy-a-moznosti-farmakologicke-lecby/6-L-bh.magarticle.aspx>, cit. 2012-03-26.

Goetz a Uhlíková píší, že porucha ADHD je podmíněna společným působením více příčin, z nichž za nejvýznamnější považují vliv genetiky. Podle nich má vliv až v 80%, ačkoliv je dědičnost velmi složitá a podílí se na ni mnoho genů.<sup>40</sup>

A. Train v publikaci *Specifické poruchy chování a pozornosti* rozepisuje několik možných příčin vzniku syndromu ADHD. Jsou to spíše úvahy nad možnými příčinami. Jako první uvádí mozkovou dysfunkci. K poruše podle něj dochází při narušení funkce přenašečů signálu mezi neurony. Další příčinou může být poškození mozku – během těhotenství, porodu, vlivem infekce, úrazu. Genetika - syndrom má původ v genech, proto ho nelze vyléčit, lze pouze zmírnit projevy. Dědičný je po otci, po matce méně. Na druhou stranu podle něj nelze jednoznačně říct, že by příčinou syndromu ADHD bylo jen poškození mozku. Train píše, že některé studie nepotvrdily spojitost mezi ADHD a obtížemi v těhotenství či během porodu.<sup>41</sup> Ke genetice se přiklání více autorů. Goetz a Uhlíková píší, že má vliv až

Hallowell a Ratey píší, že přesné příčiny nejsou doposud odhaleny. Porucha podle nich není zapříčiněna např. lézí na mozku, ani ji nevyvolává specifický systém transmiterů, ani konkrétní gen.<sup>42</sup>

Train spatřuje další příčinu v alergii na stravu, a to podle vyjádření imunologů. Mnoho rodičů je prý přesvědčeno, že dietou mohou chování dítěte ovlivnit<sup>43</sup>. Já osobně jsem k tomuto také skeptická. Dokážu pochopit, že omezením nápojů s kofeinem, nebo snížením konzumace cukru ovlivní chování dítěte, avšak jinou dietu si nedokážu představit. Spíš to na mě působí jako placebo efekt. I autor píše, že „*dieta představuje společný zájem i námět k rozhovoru*

---

<sup>40</sup> GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, Petra, *ADHD, Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, 2009, str. 69.

<sup>41</sup> TRAIN Alan, *Specifické poruchy chování a pozornosti*, 1997, str. 44.

<sup>42</sup> HALLOWELL, Edward, M. a RATEY John, J.; *Poruchy pozornosti v dětství a dospělosti*, 2007, str. 265.

<sup>43</sup> TRAIN Alan, *Specifické poruchy chování a pozornosti*, 1997, str. 44.

*a díky tomuto pocitu jistoty se začne chování dítěte měnit. Je možné, že projevy náklonnosti jsou pro dítě důležitější než dieta samotná.*<sup>44</sup>  
Goetz a Uhlíková tuto teorii naprosto vyvracejí.<sup>45</sup>

Train dále uvádí, že byla prokázána souvislost mezi hyperaktivitou a zvýšeným obsahem olova v krvi. Zároveň však dodává, že vysoký obsah olova v krvi může způsobit větší fyzická aktivita hyperaktivních dětí a dochází k závěru, že nelze tedy považovat za příčinu ADHD otravu olovem, také proto, že se u většiny postižených dětí zvýšený obsah olova v krvi neprokázal.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> TRAIN, Alan *Specifické poruchy chování a pozornosti*, 1997, str. 45.

<sup>45</sup> GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, Petra, *ADHD, Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, str. 71-72.

<sup>46</sup> TRAIN, Alan, *Specifické poruchy chování a pozornosti*, 1997, str. 45.

## 6. Diagnostika

Diagnostika v případě ADHD je velmi zdlouhavý proces, neboť neexistuje jediný test, ze kterého by bylo hned jasné, o co se jedná. Munden a Arcelus uvádějí, že pro diagnostiku neexistují žádné absolutně správné testy a že se symptomy různí podle věku, situace a podmínek.<sup>47</sup> A je potřeba tuto poruchu jasně odlišit od jiných psychiatrických a psychologických poruch. Stanovení správné diagnózy je prvním krokem, jak píše Hallowell<sup>48</sup>. V jiné kapitole upřesňuje, že: „*Určení pomezí čáry mezi tím, co je takzvaně normální a co již spadá pod diagnózu ADD, není zcela jednoznačné; záleží na tom, jak a na čem se odborníci shodnou.*“<sup>49</sup> Tato věta platí i v případě diagnózy ADHD a dalších poruch.

Mnoho rodičů se navíc problémy svých dětí začnou zabývat až v momentě, kdy mají prospěchové problémy ve škole. U dětí s vyšším inteligenčním kvocientem může být odhalení poruchy přitom oddáleno, neboť mívají slušný prospěch. Hallowell píše, že je zásadní chybou domnívat se, že pokud mají děti dobré známky, je u nich možnost ADD/ADHD nereálná.<sup>50</sup> Goetz a Uhlíková (2009) vytvořili tabulku, podle které rodiče můžou poznat, kdy vyhledat pomoc. Uvádějí sedm skutečností, které by měly rodičům napovědět, že se jejich dítě nechová normálně. Když bych je shrnula, jedná se o následující doporučení: porovnávat chování svého dítěte s chováním jiných stejně starých dětí, dbát na upozornění ostatních rodičů a učitelů, co se týká chování vašeho dítěte, pozorovat, s kým si dítě hraje a jakým způsobem, zvážit, zda můžete s klidným svědomím

---

<sup>47</sup> MUNDEN, Alison a ARCELUS, Jon; *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*; 2002, str. 59.

<sup>48</sup> HALLOWELL, Edward, M. a RATEY John, J.; *Poruchy pozornosti v dětství a dospělosti*, 2007, str. 25.

<sup>49</sup> HALLOWELL, Edward, M. a RATEY John, J.; *Poruchy pozornosti v dětství a dospělosti*, 2007, str. 194.

<sup>50</sup> HALLOWELL, Edward, M. a RATEY John, J.; *Poruchy pozornosti v dětství a dospělosti*, 2007, str. 56.

nechat dítě samotné bez dozoru.<sup>51</sup> Tyto situace lze vyzozorovat už v předškolním věku, zvláště když je porucha u dítěte vážná.

Diagnostiku poruch chování provádí primárně dětský psychiatr za možné spolupráce s dalšími odborníky – psycholog, pedagog, neurolog, pediatr a další. Zabývají se jí především pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. V případě syndromu ADHD je potřeba i lékařské vyšetření.<sup>52</sup> Informace potřebné ke stanovení diagnózy se sbírají hned z několika zdrojů. Jsou jimi rozhovory (s rodiči, učiteli, popř. jinými osobami), lékařské zprávy, klinická pozorování a vyšetření. Alan Train klade důraz i na rozhovor lékaře s dítětem samotným.<sup>53</sup> Paclt I. doporučuje využití diagnostických škál, např. posuzovací škály Connersové pro rodiče a učitele, které umožňují odchylky daného dítěte od vrstevníků téhož pohlaví a věku.<sup>54</sup>

K určení diagnózy lze použít i psychologické testy, např. Wechslerovy inteligenční škály pro děti (WISC). Z výsledků dílčích zkoušek (opakování čísel, počty, kódování) lze usuzovat na výskyt ADD/ADHD. Takové děti mají v těchto dílčích úkonech horší výsledky.<sup>55</sup>

## 6.1 Diagnostické složky

Jak už jsem zmínila výše, k diagnóze ADHD vede poměrně dlouhá cesta. První krok, který musí udělat rodiče dětí, je přiznat si problém a vyhledat odbornou pomoc. (Rodiče bývají na možnost poruchy upozornění už učitelkami v mateřské škole nebo jinými osobami.

<sup>51</sup> GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, Petra, 2009, *ADHD, Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, str. 51.

<sup>52</sup> TRAIN; Alan, *Specifické poruchy chování s pozorností*, 1997, str. 28.

<sup>53</sup> TRAIN; Alan, *Specifické poruchy chování a pozornosti*, 1997, str. 28.

<sup>54</sup> PACLT, Ivo, *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*, 2007, str. 16.

<sup>55</sup> HALLOWELL, Edward, M. a RATEY John, J.; *Poruchy pozornosti v dětství a dospělosti*, 2007, str. 46.

Pokud však dítě není výrazně nezvladatelné a až na malé problémy splyne s kolektivem, neřeší jeho situaci ani rodina ani škola).

A. Train popisuje výchovně léčebný postup, který začíná u pediatra. Ten udělá kompletní anamnézu, testy a na základě toho určí další kroky. Následuje spolupráce s výchovným poradcem. U nás většinou pediatr posílá dítě k dětskému psychologovi, popř. k dětskému psychiatrovi a neurologovi.

Nejčastěji je součástí vyšetření: klinické psychiatrické vyšetření (rozhovor s rodiči a dítětem, s učiteli), vyplnění dotazníku o chování dítěte, testování (IQ test a test školních dovedností), popř. laboratorní či neurologické vyšetření.

Každá diagnostika začíná zdravotní a rodinnou anamnézou. Z rodinné anamnézy lze zjistit možné genetické predispozice od rodičů a jiné rizikové faktory. Hallowell a Ratey píší, že anamnéza od rodičů a od dětí samotných je nejspolehlivější diagnostický nástroj a měla by být prováděna i za pomoci pedagoga. V rámci anamnézy odborník zjišťuje pravděpodobný výskyt poruchy u rodičů a prarodičů (podle popsaného chování, zneužívání alkoholu, návykových látek apod.) a průběh těhotenství a porodu (chování matky v průběhu těhotenství, zda nezneužívala alkohol nebo drogy, komplikace při porodu, jako např. asfyxie...)<sup>56</sup>. Další důležitá fakta jsou prodělaná onemocnění a úrazy. Munden A. uvádí, že lékař provádějící diagnózu potřebuje vědět, zda dítě neprodělalo některé onemocnění, které by mohlo souviset s ADHD. Mezi tato onemocnění řadí: syndrom chromozómu X, fetální alkoholový syndrom, nedostatek enzymu G6PD, fenylketonurii a všeobecnou resistenci na

---

<sup>56</sup> „Výskyt ADD bývá oproti běžné populaci vyšší u adoptovaných dětí a dětí vychovávaných v pěstounské péči. Bývá uváděna hypotéza, že pro biologické rodiče těchto dětí je příznačný častý výskyt rizikových faktorů, například užívání drog či duševních poruch.“ - HALLOWELL, Edward, M. a RATEY John, J.; *Poruchy pozornosti v dětství a dospělosti*, 2007, str. 58.



hormony štítné žlázy.<sup>57</sup> Průběh vývoje jedince až po aktuální stav – první slovo, první krůčky atd. (pro děti s poruchou je typický nerovnoměrný vývoj). A. Munden člení diagnostiku na zdravotní, psychologickou, školní, rodinnou, sociální... Pozastavila bych se nad školní anamnézou. U většiny dětí s ADD/ADHD se hlavní problém projeví při školní neúspěšnosti. Proto školní anamnéza souvisí vyloženě se základní školou. Avšak jak jsem již psala v úvodu, ADD/ADHD lze diagnostikovat už po narození, tím pádem ji lze rozpoznat už v předškolním věku a lze s ní pracovat.

## 6.2 Diagnostická kritéria ADHD

Uvedu diagnostická kritéria Americké psychiatrické asociace (DSM-IV), která cituje např. O. Zelinková. Tato kritéria vznikla pro potřebu škol:

***„A. Nejméně šest z následujících symptomů musí u dítěte přetrvávat po dobu nejméně šesti měsíců, a to v takové intenzitě, která je nepřiměřená pro daný stupeň vývoje dítěte.***

- 1. Často nevěnuje bedlivou pozornost detailům nebo dělá chyby z nedbalosti ve školních úkolech a při dalších aktivitách.*
- 2. Často má potíže v koncentraci pozornosti na úkoly nebo hry.*
- 3. Často vypadá, že neposlouchá, co se mu / jí říká.*
- 4. Často nepracuje podle instrukcí, nedokončuje práci, má nepořádek na svém místě, ve svých věcech, přičemž tyto projevy nejsou projevy opozičního chování, vzdoru, nebo nepochopení instrukcí.*
- 5. Často má obtíže v organizování svých úkolů a aktivit.*

---

<sup>57</sup> MUNDEN, Alison a ARCELUS, Jon; *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*, 2002, str. 61.

6. Často oddaluje plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí.
7. Často ztrácí věci nezbytné pro školu a zájmové aktivity.
8. Často se nechá rozptýlit cizími podněty (nepatřící k věci).
9. Často je zapomnětlivý v denních činnostech.

**B. Alespoň čtyři z následujících syndromů hyperaktivity – impulzivity přetrvávají u dítěte alespoň šest měsíců v takovém stupni, který je neslučitelný s vývojovou úrovní dítěte.**

1. Často třepe rukama nebo nohama, vrtí se na židli.
2. Často opouští místo ve třídě nebo v situaci, v níž se očekává, že zůstane sedět.
3. Často běhá kolem v situacích, kde je to nevhodné.
4. Často není schopen klidně si hrát nebo provádět klidnější činnosti ve volném čase.
5. Často vyhrkne odpověď, aniž si poslechne celou otázku.
6. Často má obtíže při stání v řadě, při hrách nebo skupinových činnostech.<sup>58</sup>

Goetz a Uhlíková v tabulce podle DMS-IV ještě uvádějí další body:

„B. Některé příznaky hyperaktivity, impulzivity nebo nepozornosti či narušení funkčnosti byly přítomny již před 7 rokem věku.

C. Některé zhoršení funkce vyplývající z příznaků se projevuje ve dvou nebo více oblastech života (např. škola / zaměstnání – doma).

<sup>58</sup> ZELINKOVÁ, Olga, *Poruchy učení*, 2009, str. 199.

*D. Musí být jasně patrné zhoršení v oblasti společenské, vzdělávací nebo v zaměstnání.*

*E. Příznaky nelze přičíst zároveň přítomné pervazivní vývojové poruše, schizofrenii či poruše nálady nebo je není možné vysvětlit jinou duševní poruchou (poruchou nálady, úzkostnou poruchou, disociativní poruchou, poruchou osobnosti)<sup>59</sup>*

Na základě kritérií v této klasifikaci lze rozdělit ADHD do tří podtypů:

*a) -kombinovaný typ ADHD – kritéria 1A i 1B jsou naplněna minimálně 6 měsíců;*

*b) -ADHD s převahou poruchy pozornosti – splněna jsou po dobu 6 měsíců kritéria 1A;*

*c) -ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity – splněna jsou po dobu 6 měsíců kritéria 1B.<sup>60</sup>*

Ivo Paclt uvádí v článku *Biologické základy hyperkinetické poruchy a možnosti farmakologické léčby* následující kritéria závažnosti deficitu pozornosti - hyperaktivity:

*„Mírný: Jen málo symptomů, pokud vůbec nějaké z těch, které jsou potřebné ke stanovení diagnózy, se projevuje v nadměrné míře. Školní a společenská angažovanost dítěte trpí v tomto stupni choroby jen minimálně anebo vůbec ne.*

*Střední: Symptomy či míra (společenské) funkční újmy kolísají mezi ‚mírnou‘ a ‚vážnou‘.*

---

<sup>59</sup> GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, Petra, *ADHD, Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, 2009, str. 60-61.

<sup>60</sup> PACLT, Ivo; *Biologické základy hyperkinetické poruchy a možnosti farmakologické léčby*, Časopis Remedia [on-line]; URL: <http://www.remédia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Biologicke-zaklady-hyperkineticke-poruchy-a-moznosti-farmakologicke-lecby/6-L-bh.magarticle.aspx>, cit. 2012-03-09.

*Vážný: Ze symptomů potřebných ke stanovení této diagnózy se mnoho projevuje v nadměrné míře. Újma, ať už se týká činností doma, ve škole nebo přátelství s vrstevníky, je (téměř) všezachvacující.*<sup>61</sup>

Při posuzování závažnosti ADHD je kromě splňovaných kritérií podstatná míra odlišnosti jednotlivých projevů od normální populace. K tomu se doporučuje použití výše zmíněných posuzovacích škál, které pomůžou určit míru odchylky daného jedince od jeho vrstevníků téhož pohlaví, mentálního věku, sociální skupiny, či menšiny.

Po dlouhém diagnostickém procesu následuje ještě delší cesta léčby a rozvoje dítěte. Nutná je při tom spolupráce nejen lékaře s rodiči, ale také s učiteli a výchovným poradcem ve škole, popř. v mateřské škole. (A s výchovnými poradci v mateřských školách je to podle informací ředitelky v současné době tak, že jeden poradce dojíždí do několika škol najednou. Jen výjimečně má školka vlastního poradce, který by byl ve školce každý den přítomný. V takovém případě tuto funkci vykonává dost často jedna z učitelky).

---

<sup>61</sup> PACLT, Ivo; *Biologické základy hyperkinetické poruchy a možnosti farmakologické léčby*, Časopis Remedia [on-line]; URL: <http://www.remédia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Biologicke-zaklady-hyperkineticke-poruchy-a-moznosti-farmakologicke-lecby/6-L-bh.magarticle.aspx>, cit. 2012-03-09. Tab. 5.

## 7. Rodina dítěte s ADHD

Mít v rodině jedince s poruchou ADHD je náročné pro všechny členy. Hallowell a Ratey píše, že v takových rodinách se odehrává tzv. „velká bitva“<sup>62</sup>. Dítě trpící touto poruchou neplní požadavky rodičů, s ostatními sourozenci má neustále konflikty, těžko se o takové dítě pečuje. Nedokáže se správně a včas obléknout, takže se opoždjuje při odchodu. Je těžké ho udržet u jídla. Je náročné přimět ho k nějaké spolupráci. Rodiče svízelné situace řeší příkazy, zákazy a tresty. Dítě na to reaguje vzdorovitě, rodiče následně reagují dalším zpřísnováním pravidel a rozjíždí se *začarovaný kruh*.<sup>63</sup> Rodičům dochází síly a trpělivost. Odmítají výmluvy dítěte, reagují na ně podrážděně až vztekle. Dítě je terčem nadávek, výčitek a shazuje se na něj vina za vše, co se v rodině přihodí. Takové situace jsou stresující nejen pro dítě samotné, ale také pro rodiče, sourozence a všechny členy domácnosti. V následující kapitole bych se proto chtěla věnovat ADHD v rodině jako celku.

### 7.1 Obecná charakteristika rodiny

Rodina je to nejdůležitější společenství pro každého jedince, ať už je jakákoliv. Pro lepší vyjádření použiji definici z Velkého sociologického slovníku: „rodina - obecně původní a nejdůležitější spol. skupina a instituce, která je zákl. článkem soc. struktury i zákl. ekon. jednotkou a jejímiž hlavními funkcemi je reprodukce trvání lidského biol. druhu a výchova, resp. socializace potomstva, ale i přenos kult. vzorů a zachování kontinuity kult. vývoje.“<sup>64</sup>

<sup>62</sup> HALLOWELL, Edward, M. a RATEY John, J.; *Poruchy pozornosti v dětství a dospělosti*, 2007, str. 129.

<sup>63</sup> HALLOWELL, Edward, M. a RATEY John, J.; *Poruchy pozornosti v dětství a dospělosti*, 2007, str. 129.

<sup>64</sup> MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M. a VODÁKOVÁ A., *Velký sociologický slovník*, 1996, str. 940.

Další výstižná definice je ze Sociologického slovníku od Jana Jandourka: „rodina - family: Forma dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnující přinejmenším rodiče a děti. Další znaky toho, co je *r.*, jsou sociokulturně podmíněny. Patří k nim společné bydlení, příslušnost ke společné příbuzenské linii, společná produkce a konzumování statků atd. ... *r.* zůstává důležitým prostředím socializace, intimity a soc. podpory.“<sup>65</sup>

Od samého počátku byla rodina důležitou sociální skupinou pro každého jedince. Mívala existenciální význam. Kdo přišel o svou rodinu, přišel většinou o střechu nad hlavou a o životní zajištění. V dnešní době se o takové jedince stará stát prostřednictvím sociální politiky. Proto si mnohdy neuvědomujeme, jak veliký význam rodina měla a doposud i má. I. Možný sice píše, že: „Se zánikem feudalismu a počínající industrializací se mění rodinné a dědické právo: příbuzenská rodina se rozpadá, kdysi silné domácí společenství ztrácí svoje funkce. V novém, civilním právu je věnována hlavní pozornost jedinci. Rodina již není základní sociální ani právní jednotkou. Občanské právo odvozuje právní postavení jedince od jeho vlastních schopností a výkonnosti. Oblast platnosti civilního práva, tak jako sociální vztahy jednotlivce, stále více přesahují rodinu a příbuzenství.“<sup>66</sup> I tak má rodinné prostředí velký vliv na jedince a nelze tento vliv podceňovat. Pokud se v rodině vyskytne jedinec např s poruchou ADHD, je potřeba prostřednictvím odborného působení rodině pomoci.

## 7.2 Z historie

Na rodinu poukazují už nejstarší posvátné židovské knihy (Exodus, Deuteronomium, Žalmy, Přísloví) i indické spisy (Rgvéd). Rodinou se zabývali nejrůznější významné postavy v historii lidstva.

<sup>65</sup> JANDOUREK, Jan, *Sociologický slovník*, 2001, str. 206.

<sup>66</sup> MOŽNÝ, Ivo, *Sociologie rodiny*, 2002, str. 25.

I Konfucius poukazoval na řádný rodinný život. Proto teorií o rodině najdeme opravdu mnoho. Z toho důvodu se zaměřím na ty vzniklé v posledním století, tedy století dvacátém, ačkoliv např. sociologické teorie o rodině vznikaly už na počátku století devatenáctého. K této variantě se uchyluji z toho důvodu, že ve dvacátém století došlo v historii k několika zásadním událostem, jež podobu a vlastnosti rodiny podstatně ovlivnily.

Z devatenáctého století bych uvedla jen fakt, že od druhé poloviny už není rodina chápána jako přírodní či přirozená jednotka, ale jako instituce vzniklá historickým vývojem.

Významným sociologem, který se zabýval rodinou, z přelomu 19. a 20. století je Émile Durkheim. Ten staví proti soudobému typu rodiny, o níž hovoří jako o manželské (*Le famille conjugale*, 1921), tradiční patriarchální rodinu. Ta se podle něj skládá z rodičů, ženatých synů, jejich žen a dětí.<sup>67</sup> Podle E. Durkheima vzniká dnešní manželská rodina vyčleněním se z příbuzenské rodiny. Jejimi základními členy jsou manželé, neboť děti rodinu brzy opouštějí. Dochází k personalizaci vztahu v manželském páru. Nebezpečí tkví v tom, že když se rozpadne manželství, rozpadá se i rodina.<sup>68</sup>

Dalším otřesem pro rodinu bylo období industrializace, urbanizace a vzniku měšťanských rodin. Ty velmi rychle bohatli a naproti tomu rychle chudl městský proletariát. Jeho sociální problémy se zabývali tzv. sociální reformátoři.

Po druhé světové válce dochází k velké změně rodinného stylu života. Nejen že přichází tzv. „poválečný baby-boom“. V padesátých letech dochází k velkému hospodářskému růstu, což zvyšuje životní úroveň rodin. Nejen ve světě, ale i u nás se rozrůstají příměstská sídliště, pro nově založené rodiny je typické založení nové

---

<sup>67</sup> MOŽNÝ, Ivo, *Sociologie rodiny*, 2002, str. 27.

<sup>68</sup> MOŽNÝ, Ivo, *Sociologie rodiny*, 2002, str. 28.

domácnosti. I. Možný tento jev nazývá jako tendenci k neolokalitě a nukleární rodině.<sup>69</sup>

Po tom všem je nutné si uvědomit, že za posledních sto, možná jen padesát let, prošla rodina obrovskými změnami, a to změnami v hierarchii, ve způsobu života, v hodnotách, atp. Jak se dřív mohl každý na rodinu více či méně spolehnout, dnes je otázka podpory ze strany rodiny dost ošemetná.

### **7.3 Oborová charakteristika rodiny**

Odborně lze na rodinu nahlížet hned z několika hledisek. Základní obory, které se jí zabývají, jsou sociologie, psychologie, pedagogika a ekonomie. Odborníci z těchto oblastí definovali základní kategorie, které rodinu blíže charakterizují a diferencují rozdíly mezi různými rodinami. Do těchto kategorií patří: funkce rodiny, druhy, typy, výchovné styly apod. V následujících podkapitolách se jim budu věnovat.

#### **7.3.1 Funkce rodiny**

Odborná literatura a studijní materiály uvádějí čtyři základní funkce rodiny. (Funkcemi rodiny se zabývá řada autorů, např. Jiří Dunovský<sup>70</sup>). Následující funkce rodiny jsou charakteristikou L. Lovasové:<sup>71</sup>

- biologická (reprodukční): má význam nejen pro společnost, lidstvo, ale také pro rodiny a jednotlivce.
- výchovná (socializační): v rodině probíhá první socializace a rozvoj osobnosti jedince. Dítě se od rodičů učí převážně nápodobou a identifikací.

---

<sup>69</sup> MOŽNÝ, Ivo, *Sociologie rodiny*, 2002, str. 43.

<sup>70</sup> DUNOVSKÝ, Jiří, *akol. Sociální pediatrie, Vybrané kapitoly*; 1999, str. 92.

<sup>71</sup> LOVASOVÁ, Lenka, *Rodinné vztahy*, 2006, str. 5.



Tyto dvě funkce potvrzuje i zákon o rodině, ve kterém je stanoveno, že hlavním účelem manželství je založení rodiny a řádná výchova dětí.<sup>72</sup>

- ekonomická: materiální zajištění rodiny
- emocionální: velmi zásadní a nezastupitelná funkce, rodina poskytuje uspokojení základních pocitů bezpečí, důvěry a lásky

Jako další funkce bychom mohli uvést funkci ochranou (zaopatřovatelská, pečovatelská), nebo rekreační (relaxační, zábavná) atp.

Podle funkcí, které rodina plní, či ne, se stanovuje funkčnost rodiny: *funkční* (plní všechny požadované funkce), *problémová* (vyskytují se v ní určité závady a poruchy základních rodinných funkcí, avšak ještě vážně nenarušují rodinný systém a zdravý vývoj dětí), *afunkční* (= nefunkční; neplní žádnou ze svých základních funkcí a ohrožuje výživu, zdraví a dokonce někdy i život dětí) a *dysfunkční* (neplní řádně a náležitě některé své základní funkce).

E. Durkheim uvádí funkce náboženské, ekonomické, politické a vojenské. Píše o nich však v souvislosti s vývojem rodiny. Jeho představa spočívá v tom, že z někdejšího difuzního klanu nejprve vzniká příbuzenská rodina, která s postupující dělbou práce a postupnou diferenciací tyto funkce pozbývá.<sup>73</sup>

Je třeba podotknout, že i když některé funkce přebírá stát (prostřednictvím sociálních dávek zajišťuje hmotné zabezpečení, prostřednictvím školních institucí zajišťuje výchovu, socializaci a v některých případech i rekreaci), i tak je význam rodiny nezanedbatelný a neopomenutelný.

---

<sup>72</sup> Zákon č. 94/1963 Sb., zákoně o rodině §1 odst. (2)

<sup>73</sup> MOŽNÝ, Ivo, *Sociologie rodiny*, 2002, str. 27.

### 7.3.2 Typy rodin

Významný sociolog rodiny Frédéric Le Play rozlišil na základě svých monografií tři typy rodiny: patriarchální velkorodinu, nestabilní rodinu a kmenovou rodinu. *Patriarchální* rodina se vyznačuje tím, že všichni její členové pracují bez nároku na odměnu ve prospěch rodiny. Ta se skládá z několika generací s více nukleárními rodinami. Stabilita takové rodiny je velmi vysoká. Řídí se tradicí a poskytuje podporu slabším členům. Brání však rozvoji těm schopnějším. Tento typ Le Play našel u nomádů v Orientu a asijských stepích. *Nestabilní* rodina vznikla jako následek industrialismu a individualismu. Žijí v ní pouze rodiče a svobodní potomci. Ty jí po sňatku co nejdříve opouštějí bez pocitu závazku vůči rodičům nebo sourozencům. Tato rodina nemá dostatečnou stabilitu a neposkytuje podporu slabším jedincům. Vychází z ní jedinci, kteří nectí tradice, morálku ani sociální autority. *Rozvětvená* rodina představuje vzor pro sociální reformu. Základem pro ni je dům, v němž zůstává nejstarší syn se svou nukleární rodinou. Ta se stává jádrem rozvětvené rodiny a přebírá odpovědnost za udržení kontinuity rodinného života a rodinných tradic.<sup>74</sup>

Voilandová a Buell vytvořili pro potřeby sociálních pracovníků klasifikaci rodin, která se opírá o fungování rodiny. Podle této klasifikace rozlišujeme rodiny *perfekcionistické* (represivní, úzkostně neurotické, utážené rodiny), *nepřiměřené* (nezralé, neadekvátní, dětinské, externě závislé rodiny), *egoistické* (prestížní, chladné, rozštěpené rodiny) a *asociální* (impulzivní, agresivní, deviantní, delikventní rodiny)<sup>75</sup>. Každá rodina se chová podle této klasifikace charakteristickým způsobem, podle čehož lze s rodinou pracovat.

<sup>74</sup> MOŽNÝ, Ivo, *Sociologie rodiny*, 2002, str. 32.

<sup>75</sup> MATOUŠEK, Oldřich, *Metody a řízení sociální práce*, 2008, str. 195.

J. Jandourek v Sociologickém slovníku rozlišuje rodinu měšťanskou, atomární, neúplnou, nevlastní, orientační, prokreační a rozšířenou<sup>76</sup>.

*Měšťanská* rodina vznikla v době rozmachu měšťanstva. Byla výrazně patriarchální, autorita otce byla založena na jeho roli podnikatele. V dnešní době se tento typ rodiny nevyskytuje.

*Atomární* rodina je podle něj individualistická, dezintegrovaná a především městská. Vznikla jako důsledek upadajícího vlivu tradiční patriarchální rodiny založené na příbuzenství. Je tvořena rodiči a dětmi. Tato charakteristika je v podstatě stejná s Durkheimovým typem rodiny manželské, nebo také nukleární.

*Neúplná* rodina vzniká rozpadem manželství z důvodu rozvodu nebo smrti rodiče/rodičů, či ji tvoří svobodná matka s dítětem.

*Nevlastní* rodinu tvoří rodič s dítětem, který žije s novým partnerem v jedné domácnosti.

*Orientační* rodina je ta, ve které jedinec vyrůstá, *prokreační* rodinu zakládá v dospělém věku.

Rodina *rozšířená* zahrnuje několik generací příbuzenstva, žijících v jedné domácnosti nebo blízko sebe. Od tradiční patriarchální rodiny se liší svou hierarchií a celkovým způsobem soužití.

### 7.3.3 Struktura rodiny

Každé společenství má určité uspořádání. Z. Matějček (1992) používá v této souvislosti pojem systém. Rodina jako systém. Vysvětluje, že systém je víc než součet jeho prvků. Rodinný systém se skládá ze vztahů a interakcí mezi členy, což je víc, než jednotlivci. Systém má zpravidla své subsystémy, které jsou podle Matějčka

---

<sup>76</sup> JANDOUREK, Jan, *Sociologický slovník*, 2001, str. 206-207.

dány generační příslušností, pohlavím, postavením v hierarchii, povahovými vlastnostmi apod.<sup>77</sup> Pojem subsystém používá i O. Matoušek (2008). Ten píše, že struktura rodiny se skládá z několika subsystémů. Ty tvoří jedinec, dyády (např. manželský pár) a větší skupiny (např. sourozenci). Vznikají jako spojenectví buď generační, nebo mezi osobami stejného pohlaví, nebo jako založené na přitažlivosti osob opačného pohlaví. Jednotlivé subsystémy mají mezi sebou hranice, které mají optimální, nízkou nebo vysokou propustnost. Hranice existují i mezi rodinou a jejím okolím. Jejich povaha je patrná z toho, jak se rodina chová ve svém teritoriu (domě, bytě).<sup>78</sup>

#### 7.3.4 Vliv rodinné výchovy

Dle Matějčka je charakteristickým znakem rodinné výchovy utváření trvalých a hlubokých vztahů mezi dítětem a jeho vychovatelem. V emočních vztazích se uspokojuje základní psychická potřeba životní jistoty.<sup>79</sup> K něčemu takovému by v případě dítěte s ADHD nemuselo dojít. Rodiče k dítěti ani dítě k rodičům si nemusí na základě neustálého napomínání, kárání a výčitek vytvořit ten správný a hluboký vztah.

Za další klíčový rys pokládá Matějček uspokojení psychické potřeby otevřené budoucnosti. Tzn., že vychovatel je schopný plánovat, předvídat a formovat budoucnost dítěte i svou vlastní. Neodděluje svůj osobní čas od času dítěte.<sup>80</sup> To může být v případě nediodagnostikovaného dítěte s ADHD neuspokojitelné. Může to znamenat neustálý stres a nejistotu pro obě strany. To samé platí při účasti na soukromí členů rodiny. Dítě má účast na soukromí rodičů, avšak nesmí ho zabrat celé. U starších dětí, např. v pubertě,

---

<sup>77</sup> MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství.*, 1992, str. 34.

<sup>78</sup> MATOUŠEK, Oldřich, *Metody a řízení sociální práce*, 2008, str. 187.

<sup>79</sup> MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství.*, 1992, str. 29.

<sup>80</sup> MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství.*, 1992, str. 30.

které se orientují spíš na partu a osamostatňují se, to není problém. Nedosažitelné to může být v případě předškolních dětí, které vyžadují neustálou pozornost rodičů a to i v noci.

Neméně podstatným faktem ve výchově je výchovná interakce. Ta předpokládá, že nejen vychovatel působí na dítě, ale i dítě na vychovatele. Ten nemůže být jen pozorovatelem. Citové podněty se navíc týkají i ostatních členů rodiny, neboť společné soužití a sdílení neumožní nic jiného. Rodič si nedokáže zachovat odstup a nadhled jako profesionální vychovatel. Má to i pozitivní stránky. Výchova není postavena jen na odměně a trestu. V rodině se odpouští i bez odčinění a odměňuje i bez zásluhy. Lidé, kteří spolu žijí, mají tendenci si dělat radost navzájem. Děti mnohdy obdarovávají maminky jen tak. Zároveň však rodiče občas trestají neuváženě a nezaslouženě. Dítě s ADHD pocítí nejvíc nespravedlivé potrestání, zvláště ve stádiu, kdy jsou rodiče chováním dítěte extrémně podráždění, jednají bez rozvahy a s určitým vytvořeným stereotypem.

O. Matoušek ještě dodává, že mezi interakcemi lze najít určité stereotypy neboli vzorce. Členění řetězců interakcí může být různé, nejčastěji bývá rodina popisována pomocí cirkulární kauzality, která klade důraz na to, že *v opakujících se komunikačních sekvencích není možné a priori někoho pokládat za původce a jiného za oběť*<sup>81</sup>. Podle vzorců chování se odehrává komunikace rodiny. *„Komunikování ve funkční rodině je jasné, jednoznačné, většina sdělení má zřetelné téma, které je účastníky komunikace sdíleno, lze při něm vyjadřovat souhlas i nesouhlas, emoční doprovod komunikace není extrémně intenzivní, na druhé straně jsou emoce v komunikaci dobré patrné.“*<sup>82</sup>

Dále Matějček popisuje jev, který nazývá jako „školu života“. Děti se od rodičů učí nápodobou, identifikací, vzory, společnou činností

<sup>81</sup> MATOUŠEK, Oldřich, *Metody a řízení sociální práce*, 2008, str. 188.

<sup>82</sup> MATOUŠEK, Oldřich, *Metody a řízení sociální práce*, 2008, str. 188.

apod.<sup>83</sup> Učí se společným soužitím. Negativní projevy vůči jednomu dítěti může mít vliv i na sourozence a naopak. Dítě, které je neustále napomínáno, pod palbou zákazů a trestů může být velmi frustrováno výrazně pozitivním vztahem rodiče a sourozence.

Soužití s dětmi může znamenat uspokojení psychických potřeb dospělého člověka. Dítě se stává citovou hodnotou, přináší dospělému smysl života, naplnění, seberealizaci. To neplatí samozřejmě bezpodmínečně a na každé dítě. Záleží na ekonomickém zajištění rodiny, na vlastnostech členů a na výskytu případné patologie nebo poruch.

### 7.3.5 Výchovní styly

Ve výchovném stylu hraje důležitou roli osobnost vychovatele, tedy rodiče. Samotné výchovní postoje se tvoří v dlouhém vývojovém procesu, který souvisí s rozvojem osobnosti vychovatele. I tak se dají výchovní styly členit. Matějček je dělí z hlediska poradenské činnosti a zaměřuje se na postoje nesprávné nebo alespoň problematické. Dělí je do dvou skupin - krajně negativní a krajně pozitivní.<sup>84</sup> Ty dále dělí na výchovu zavrhuující, zanedbávající, rozmazluující, příliš úzkostnou a příliš protektivní, výchovu s přepjatou snahou o dokonalost dítěte (perfekcionismus) a výchovu protekční.<sup>85</sup> Blíže charakterizují jen ty méně srozumitelné.

*Výchova zavrhuující:* charakteristická negativním postojem rodiče vůči dítěti. To je častěji trestáno, omezováno, utlačováno. Důvodem může být připomínka na životní nezdár, nesplnění požadavků a ideálů apod.

---

<sup>83</sup> MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství.*, 1992, str. 31.

<sup>84</sup> MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství.*, 1992, str. 60.

<sup>85</sup> MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství.*, 1992, str. 60-64.

*Výchova rozmazlující:* spočívá v přehnaném citovém lpění na dítěti, rodiče ho přehnaně zbožňují, přizpůsobují se jeho požadavkům, chrání ho před světem, nekladou na něj žádné nároky.

*Výchova příliš úzkostná a příliš protektivní:* je charakteristická přehnanou péčí a starostlivostí o děti. Rodiče dítě přehnaně chrání, zakazují mu potenciálně nebezpečné činnosti, zbavují je vlastní iniciativy.

*Výchova protekční:* rodiče se pro děti snaží dosáhnout hodnot, které považují za pro život za důležité a za vhodné na úkor způsobu, kterým jich dosahují. Dítěti ve všem pomáhají, chtějí ho dostat tam, kde ho chtějí mít.

## **7.4 Doporučení pro rodiče dětí s ADHD**

Základem pro pochopení situace je porozumění poruchy a důvěra v léčbu. Lékař dítěte by měl rodičům vysvětlit, v čem nemoc a léčba spočívá. Také je může odkázat na literaturu a jiné zdroje, odkud lze čerpat informace. V České Republice existuje hned několik svépomocných skupin pro rodiče dětí s ADHD, informace lze najít např. na webových stránkách [www.adehde.cz](http://www.adehde.cz).

Rodiče si musí uvědomit, že ADHD je primárně problém zdravotní, nikoliv výchovný nebo výukový. Úpravou režimu výchovy problém nezmizí ani ho nenapraví škola sama.<sup>86</sup> A škola také nemůže za problémy dítěte.

A. Train v publikaci *Specifické poruchy chování a pozornosti* (1997) doporučuje rodičům určitá opatření, která by měla předcházet farmakologii a která by měla doplňovat terapii<sup>87</sup>. Na první místo klade *bezpečné prostředí*, a to ve smyslu pocitu bezpečí, péče,

---

<sup>86</sup> GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, Petra, *ADHD, Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, 2009, str. 143.

<sup>87</sup> TRAIN, Alan, *Specifické poruchy chování a pozornosti*, 1997, str. 95-102.



blízkosti, ale také přítomnosti autority a jednoznačného vedení. Vytyčuje základní zásady, kterými by se rodiči měli řídit. Jsou to: jednoznačnost a důslednost, aktivity a každodenní rituál (pro dítě s ADHD je přímo vhodné vytvořit stereotypy, na které by se mohlo dítě spolehnout), neustálá stimulace, dát mu pocítit důsledky jeho chování, reagovat klidně a okamžitě, nevyjednávat, promyslet si vhodné odměny a lákadla, nezapomínat na práva dítěte (vyvarovat se přestupkům zákona, kterými jsou tělesné tresty, omezení osobní svobody, zákaz jídla, styku s jinými lidmi, apod.). Jako sankce doporučuje: odepření zábavné činnosti, přidat práci navíc, dát dítě brzy spát, poslat ho do jeho pokoje, pozastavit výhody. V potaz je nutno brát věk dítěte a jeho schopnosti. Těžko můžete uložit čtyřletému dítěti mytí nádobí nebo ho třeba poslat samotné na ulici s odpadky.

Neméně důležitá je kázeň. Mohlo by se zdát, že vytvořit kázeň u dětí s poruchou chování je nemožné. Problém však většinou spočívá v samotných rodičích, ne v dětech. A. Train píše, že rodiče často nevěnují dětem dostatečnou pozornost, nemají přehled, kde děti jsou a co dělají. Ty pak vyrůstají bez kontroly, bez vytyčení hranic, rodiče jim nedokážou říct, jak se mají chovat. Zkázňují je křikem a výhružkami, na což dítě reaguje odmítavě. Train (1997) píše, že *udržovat kázeň znamená hledat řešení problémů*<sup>88</sup>. Najít správnou míru přísnosti, rozhodnosti a důslednosti není snadné. Musíme stanovit jasná pravidla a zároveň k dítěti zaujmout vlídný vztah pro posílení pocitu bezpečí a vlastní zodpovědnosti. Uvědomit si, že tresty a zákazy se udělují snadněji, než pochvala a odměna.

Neméně podstatným a zanedbatelným faktem je přijetí dítěte. Matějček píše, že: *„Obecně panuje laická představa o všeobšáhle, neomylné mateřské lásce, která přijímá dítě jakékoli a za jakýchkoli*

<sup>88</sup> TRAIN, Alan, *Specifické poruchy chování a pozornosti*, 1997, str. 103.



*podmínek - bez výhrad, bezpodmínečně.*<sup>89</sup> Při tom ze studií o nechtěných dětech víme, že tomu tak nemusí být vždy. To samé platí u dětí s handicapem nebo poruchou chování, či učení.

#### **7.4.1 Jak komunikovat s dítětem s ADHD**

Ve třech situacích děti s hyperkinetickou poruchou reagují zásadně negativně, a to když: nemohou dosáhnout svého, jsou kritizovány a když pocítují nespravedlnost. Příčinou tomu bývá nedostatečná komunikace. Je třeba si každý den vyhradit čas a s dítětem mluvit. Goetz a Uhlíková (2009) uvádějí v kapitole: *„Jak vidí dítě s ADHD jeho okolí“*<sup>90</sup>, že dítě ode všech vyžaduje aktivní spolupráci na rozhovoru. Je třeba stanovit jasná pravidla a vymezit mu činnosti, vytvořit denní režim.

Nejčastější věty, které rodiče slychají, jsou „Já jsem nechtěl, neudělal jsem to schválně...“ Někdy je opravdu těžké jim uvěřit. Jak už jsem psala v úvodu této kapitoly, rodiče ztrácejí trpělivost a reagují zlostně nebo až vztekle. To samé dělá dítě. I na mírnou kritiku reaguje přehnaně, což je důsledkem snížené sebedůvěry. Je nutné s ním komunikovat opatrně. Train (1997) doporučuje následující postup při vyjádření svého postoje:

- „1. Důležité věci diskutujte vždy mezi čtyřma očima.*
- 2. Než s dítětem začnete mluvit, mělo by se uklidnit.*
- 3. Mluvte s ním klidně a současně pevně a sebejistě.*
- 4. Nikdy nevyhrožujte.*
- 5. Zopakujte svůj postoj několikrát a v různých obměnách.“*<sup>91</sup>

---

<sup>89</sup> MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství.*, 1992, str. 37.

<sup>90</sup> GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, Petra, *ADHD, Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, 2009, str. 35.

<sup>91</sup> TRAIN, Alan, *Specifické poruchy chování a pozornosti*, 1997, str. 105.

Samozřejmě je důležité umožnit dítěti vyjádřit jeho postoj a názor. K tomu dospějeme jednoduše nasloucháním. A nepotřebujeme k tomu perfektně ovládat zásady aktivního naslouchání. Stačí dítě vyslechnout bez posměšků, kritiky a hodnotících soudů. Budovat mu sebevědomí a sebehodnocení, posilovat pocit vlastní identity, posilovat vztah k důležitým osobám, oblíbeným místům a činnostem, apod.

#### **7.4.2 Jak ovlivnit vzdělávání dítěte s ADHD**

V případě stanovení diagnózy již v předškolním věku je třeba se včas informovat o možnostech vzdělávání dítěte s ADHD.

Goetz a Uhlíková doporučují optat se ředitele školy na přístup učitelského sboru k nemoci ADHD<sup>92</sup>. Jako problematické vidím důvěryhodnost ředitelovi odpovědi.

Zároveň je důležité zjistit možnosti asistenta pedagoga, ochotu školy dohlédnout na případnou medikaci, způsob řešení šikany apod.

Plynulá a bezproblémová komunikace mezi školou a rodiči je velmi důležitá. Nestačí škole říct, že dítě dochází na terapii. Také nestačí poslat místo rodičů prostředníka (např. prarodiče), protože rodič nemá čas.

Mnohdy trvá i několik let, než si rodiče uvědomí, že by měli se svým potomkem vyhledat odbornou pomoc. V případě diagnostiky dochází k vyjasnění celé situace. Na druhé straně Goetz a Uhlíková (2009) uvádějí, že každý na diagnózu ADHD reaguje jinak. Často se rodiče brání myšlence, že jejich dítě má neuro-vývojovou poruchu. Snaží se najít subjektivně snáze přijatelnou příčinu obtíží – hledají chyby ve výchově, obviňují partnera, kamarády dítěte, učitele.

---

<sup>92</sup> GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, Petra, *ADHD, Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, 2009, str. 140.

Obávají se přijetí diagnózy a psychiatrické terapie okolím.<sup>93</sup> Je pro ně těžké přiznat si, že právě jejich potomek má hyperkinetickou poruchu.

Train A. klade důraz na to, že je důležitá podpora širší rodiny pro rodiče dítěte s hyperkinetickou poruchou.

---

<sup>93</sup> GOETZ, M. a UHLÍKOVÁ, P., 2009, *ADHD, Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, str. 63.

## 8. Výzkum

V teoretické části jsem se věnovala problému ADHD u předškolních dětí. V posledních 20 letech se tímto tématem v ČR zabývá mnoho odborníků z řad lékařů, psychologů, pedagogů atp.<sup>94</sup> Vyšlo mnoho publikací, jak medicínsky zaměřených, tak určených pro běžné pedagogy nebo pro rodiče. Cílem výzkumného projektu bylo ověření hypotéz týkajících se znalostí rodičů o poruchách chování, jejich názoru na neukázněné děti a na způsob řešení výchovných obtíží (z jakých zdrojů získávají informace a kde vyhledávají pomoc).

### 8.1 Hypotézy výzkumu

- 1) Rodiče považují všechny negativní projevy v chování dětí za nevychovanost.
- 2) Informovanost rodičů o ADHD a o dalších poruchách chování je nedostačující.
- 3) Při výchovných problémech rodiče nevědí, kde vyhledat informace nebo pomoc.
- 4) Pohlaví, věk, počet dětí a dosažené vzdělání má vliv na informovanost rodičů a jejich názor na ADHD a další poruchy chování.

K daným hypotézám jsem došla na základě teorie a vlastních zkušeností s rodiči získaných tříletou praxí vedení zájmových kroužků v mateřských školách.

---

<sup>94</sup> Problematiku impulzivitu, hyperaktivity a poruchy pozornosti řeší lékaři, pedagogové apod. již od počátku 20. stol. Podrobnou historii lze nalézt např. v: ČERNÁ; Marie a kol.; *Lehké mozkové dysfunkce*; Karolinum; Praha; 2002; 224 str.; ISBN: 80-7184-880-8.

## 8.2 Cílová skupina

Za cílovou skupinu jsem zvolila rodiče dětí předškolního věku (3 - 6 let), a to rodiče dětí z pěti mateřských škol, ve kterých jsem v Praze vedla zájmové kroužky (MŠ Zelenečská - Praha 9, MŠ Markušova, MŠ Ke Březině - Praha 4 a MŠ Benešovská - Praha 10). Později jsem tuto skupinu rozšířila i na oblasti mimo Prahu (MŠ Prosetín, rodiče z okolí Chrudimě). Záměrně jsem se soustředila pouze na rodiče, prarodiče a ostatní příbuzné jsem z cílové skupiny vyloučila.

Zaměřila jsem se na oblasti, ve kterých se pohybuji. Ve zmíněných mateřských školách jsem oslovovala především rodiče dětí navštěvujících zájmové kroužky, jež jsem vedla a ty, se kterými jsem se setkávala. Cíleně jsem se soustředila na menší skupinu. Tu jsem sestavila z osob z nejrůznějšího prostředí. V Praze jsem dávala dotazníky jak v oblasti, kde žijí lidé bohatí, dobře zaopatření, s vysokou životní úrovní, tak v oblastech, kde žijí lidé sociálně slabší. Část dotazníků jsem záměrně dávala lidem z menších měst a obcí, s různou životní úrovní a různým životním stylem. V dotazníku se na to neptám, předpokládám, že bych nezískala pravdivé informace. Smyslem oslovení lidí z nejrůznějšího prostředí bylo postihnout názory co nejrozmanitější skupiny.

Pokud mezi respondenty byli rodiče dětí s diagnostikovanou ADHD nebo jinou poruchou chování, byli osloveni zcela náhodně. Nezaměřovala jsem se pouze na rodiče dětí s problémovým chováním, ale na všechny, kteří byli ochotni dotazník vyplnit.

## 8.3 Metoda výzkumu

Jako metodu výzkumu jsem zvolila dotazník s polootevřenými otázkami (Příloha 1). Obsahuje volené odpovědi i odpovědi otevřené, aby rodiče mohli zvolit tu, která vypovídá o jejich povědomí a názoru, nebo připsat vlastní myšlenku. Otázky jsem koncipovala

tak, aby byly zcela jasné. Varianty odpovědí jsem formulovala převážně podle odborné literatury, kromě odborné terminologie jsem využila i laický popis získaný z rozhovorů s rodiči a učitelkami.

V dotazníku je sedm otázek - zvolila jsem kratší verzi pro získání jen těch nejdůležitějších informací, aby rozsáhlost dotazníku neodradila ochotu rodičů vyplnit ho, a aby jim vyplňování zabralo málo času a pokud možno mi ho hned vrátili.

V úvodu dotazníku jsem uvedla instrukce pro vyplňování: *u každé otázky můžete zaškrtnout více variant, ke každé otázce můžete připsat, cokoli vás napadne*. Nechtěla jsem názor dotazovaných omezit pouze na jednu nabízenou odpověď, proto jsem nabídla zaškrtnout více možností a hlavně připsat cokoli, co by je k otázce napadlo.

Následují základní informace o sledované skupině: pohlaví, věk, počet dětí a dosažené vzdělání. Věk jsem vymezila třemi skupinami - 15-25 let, 26-35 let, 36 a více. Počet dětí: 1, 2, 3, 4, více. Dosažené vzdělání - Vyučen/a, SŠ s maturitou, VŠ.

První otázka je koncipovaná obecně - *Kterými slovy byste definovali „neukázněné“ dítě*. Vymezit pojem neukázněné dítě je složité. Každý si pod ním představuje trochu něco jiného, většinou konkrétního jedince s konkrétním chováním. Kdokoliv se s neukázněností někdy setkal nebo setká. Otázka zkoumá názor rodiče. Formulovala jsem ji spíše podle laických výpovědí. Má za úkol jednak přiblížit téma rodičům a jednak zjistit, zda rodiče dokáží rozlišit chování dítěte neukázněného a s ADHD. Jako možnosti dávám na výběr odpovědi typu: neposlouchá, když mu něco říkám; odmlouvá. Dotazovaní mohou připsat i svou verzi odpovědi.

Druhá otázka je zaměřená odborně - *Hyperaktivní dítě je podle vás, když*. Možné odpovědi jsem sestavila jak z přesné definice<sup>95</sup>, tak z názorů rodičů, které mi sdělili již dříve. Zajímalo mě, zda opravdu znají pravý význam pojmu, který je dnes běžně užíván právě i k označení aktivních, avšak zdravých, dětí.

Třetí otázka je zaměřena na názor rodiče - *Své dítě považují za:*. Ptám se, co si myslí o svém dítěti, do které skupiny by jej zařadili. Zda je podle nich hodné, velmi zlobivé, hyperaktivní, velmi živé, klidné nebo středně zlobivé. Ke každé variantě dávám stručné vysvětlení, co si pod pojmem představuji. Inspirací při sestavování možností mi opět byla odborná literatura. Předpokládám, že většina rodičů své dítě označí za středně zlobivé nebo hyperaktivní. Variantou středně zlobivé jsem chtěla vyjádřit chování normálních dětí bez problémů. Neočekávám, že by většina rodičů označila své dítě za hodné a klidné.

Čtvrtá otázka je odborný název - *Znáte pojem ADD/ADHD – porucha pozornosti/s hyperaktivitou?* Zjišťuje, jaké znalosti mají rodiče o tomto pojmu. Mimo varianty odpovědí *ano* a *ne* jsem ještě dala možnosti: *už jsem to slyšel/a, ale nic mi to neříká* a *ano, mám hyperaktivní dítě*. Předpokládám, že se rodiče s termínem mohli již setkat, ale přesně si pod ním nedokáží nic představit. Proto jsem možnosti takto rozšířila.

Poslední tři otázky jsou zaměřené na to, zda si rodiče dokáží přiznat problém a kde by hledali pomoc.

Pátá otázka je zaměřená na to, zda rodiče o chování dítěte přemýšlejí: *5. Napadlo vás, že by vaše dítě mohlo mít poruchu chování?* Předpokládám, že většina odpoví *ne*. Odpovědi na tuto otázku budou zajímavé v porovnání s otázkou číslo 3 a 4. Zajímá

---

<sup>95</sup> GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, Petra; *ADHD, Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, 2009, str. 19. nebo RIEFOVÁ; Sandra, F.; *Nesoustředěné a neklidné dítě*, 1999, str. 18.

mě, zda rodiče, kteří označí své dítě za hyperaktivní nebo velmi živé, přemýšlí nad tím, jestli chování jejich dítěte je v normě. V porovnání s otázkou číslo 4 by se mohlo ukázat, zda rodiče, které napadlo, že by dítě mohlo mít poruchu chování, znají pojem ADHD.

Šestou otázkou zjišťuji, kde rodiče vyhledávají rady a pomoc: 6. *Kam byste šli pro radu, kdybyste si nevěděli rady s výchovou svého dítěte?* U této otázky dávám mnoho variant odpovědí: k dětskému lékaři, k učitelce ve školce, k nikomu, k dětskému psychologovi, do pedagogicko – psychologické poradny, jiné. Zajímalo mě, na koho se rodiče nejčastěji obracejí, když už se k něčemu takovému rozhodnou.

Sedmá otázka se týká vyhledávání informací: 7. *Kde vyhledáváte/získáváte informace vztahující se k různým problémům s dětmi?* U této otázky jsem zvolila klasické možnosti odpovědí: na internetu, v odborné literatuře, u odborníka (lékař, pedagog, psycholog...) a jiné. Zajímalo mě, jaké zdroje rodiče nejčastěji používají.

## 8.4 Průběh výzkumu

Dotazníky jsem rozdávala v mateřských školách osobně, prostřednictvím učitelek, nebo mimo škol prostřednictvím e-mailu. Původně jsem jich chtěla co nejvíc vybrat na ukázkových hodinách kroužků, které jsem vedla. Na ty se však dostavila jen čtvrtina rodičů. Získala jsem tak 12 dotazníků. (Ocenila jsem snahu rodičů vietnamské národnosti, kteří moc nerozuměli česky a i přesto se pokusili dotazník vyplnit). Dále jsem oslovovala jiné rodiče v mateřských školách. Žádala jsem je o vyplnění dotazníku na místě, většina rodičů se však nad ním chtěla zamyslet a brala si dotazník domů. Následně jsem požádala paní učitelky, zda by dotazníky od rodičů nevybraly. Celkem jsem tak oslovila 120 rodičů, kteří byli ochotni dotazník vyplnit a vzali si ho domů. Návratnost byla 30 %.



Vrátilo se pouze 39 vyplněných dotazníků. Procentuálně vyšší návratnost (98 %) jsem měla při dotazování rodičů v MŠ v Prosetíně a v okolí Chrudimě. Takto jsem rozdala a zpět získala celkem 47 dotazníků. Pro dotazování rodičů jsem zvolila i elektronickou komunikaci. Oslovila jsem své známé s prosbou o rozeslání dotazníků dalším rodičům. Touto cestou jsem získala 19 dotazníků.

## 8.5 Výsledky výzkumu

První část dotazníku byla zaměřena na základní informace o dotázaných. Dotazovala jsem se na pohlaví, věk, počet dětí a dosažené vzdělání. Počty jsou v tabulkách 1 - 4. Odpovědi na otázky znázorňují tabulky 5-11.

### 8.5.1 Popis sledovaného vzorku

Počet žen a mužů, kteří vyplnili dotazník, znázorňuje Tabulka 1.

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet osob	% z dotázaných
Ženy	71	82,5
Muži	9	10,5
Pohlaví nevedlo	6	7
Celkem	86	100

Návratnost dotazníků byla 40 %.

Výzkumu se zúčastnilo více žen. Vysvětluju si to tím, že děti do školky častěji vodí matky a také si je matky častěji vyzvedávají. Nedokážu si však vysvětlit, proč šest dotázaných své pohlaví nevedlo. Nabízí se mi jedině zdůvodnění, že to přehlédli.

Věk dotázaných udává Tabulka 2. Nabídla jsem tři možnosti věkového rozmezí. 15-25, 26-35 a 36 a více let.

**Tabulka 2: Věk respondentů**

Věková skupina	Počet osob
15 - 25	2
26 - 35	48
36 a více	36
Celkem	86

Předpokládám, že všem dotázaným bylo víc jak 18 let a méně než 50. Na přesný údaj jsem se nedotazovala. Překvapilo mě, že ve skupině 15-25 let byly jen dvě dotázané z celkového počtu 86. Očekávala jsem mnohem větší zastoupení v této věkové skupině oproti skupině 36 a více.

V Tabulce 3 je uveden počet dotázaných osob podle počtu dětí, pro detailnější popis jsem respondenty rozčlenila také podle věku.

**Tabulka 3 Počet dětí u respondentů**

Počet dětí	15-25 let	26-35 let	36 a více let	Celkem
1	1	14	7	22
2	1	25	18	44
3	0	1	7	8
4	0	0	1	1
Více	0	0	0	0
Neuvedlo	0	7	4	11

Tabulka 4 udává počet osob podle dosaženého vzdělání, opět jsem to rozšířila o rozdělení podle věku.

**Tabulka 4: Dosažené vzdělání respondentů**

Dosažené vzdělání	Věk 15-25	Věk 26-35	Věk 36 a více	Celkem
Vyučen/a	1	8	7	16
SŠ	0	16	13	29
VŠ	0	18	15	33
Neuvedlo	1	6	1	8
Celkem	2	48	36	86

Na dosažené základní vzdělání jsem se nedotazovala, proto předpokládám, že 8 osob, které tento údaj neuvedlo, spadá do této kategorie. Odpovídalo by tomu i procentuální zastoupení lidí se základním vzděláním v populaci.

### **8.5.2 Výsledky ověřování hypotéz a odpovědí v dotaznících**

Stanovené hypotézy jsem vyhodnocovala na základě odpovědí získaných v dotaznících.

Pro vyhodnocení dotazníků jsem zvolila metodu, kdy jsem sečetla u každé otázky zvolené varianty jednotlivě. To proto, že dotazovaní mohli zvolit jako odpověď více variant, nebo mohli napsat odpověď vlastními slovy.

#### ***Hypotéza č. 1: Rodiče považují všechny negativní projevy v chování dětí za nevychovanost.***

Tuto hypotézu jsem vyhodnocovala primárně na základě první otázky, ačkoliv se k ní vztahují i otázky další.

Otázka č. 1.: *Kterými slovy byste definovali „neukázněné“ dítě.*

Možnosti odpovědí: (a) neposlouchá, když mu něco říkám, (b) nevydrží chvíli v klidu, (c) vynucuje si odmítnuté věci pláčem/vztekem, (d) odmlouvá, (e) nevydrží potichu, (f) jiné.

Počer zvolení jednotlivých variant udává Tabulka 5.

**Tabulka 5: Odpovědi na otázku č. 1.**

Varianta	Samostatně	V kombinaci	Celkem
(a)	13 x	30 x	43 x
(b)	1 x	13 x	14 x
(c)	13 x	33 x	46 x
(d)	3 x	23 x	26 x
(e)	0 x	11 x	11 x
(f)	0 x	13 x	13 x

K možnosti (f) doplnilo třináct rodičů svůj názor. Objevovaly se odpovědi typu „je drzé, vysmívá se autoritě“, „neposlechne pokyny“, „není schopné respektovat autoritu“, „nechová se jak má v situacích zvláštního významu“, „nerespektuje“, „nedokáže se chovat přiměřeně v situacích, které ostatní děti už zvládají“, „odsekává, vyhrožuje vlastním rodičům, že něco udělá, když nebude po jeho vůli“, „drzé, nevychované“. Další názory byly: „Neukázněné dítě pro mě znamená ‚nevychované‘, tedy nesouvisí to, podle mě, nijak s jeho temperamentem, tj. jak je živé či klidné.“ „Dítě, které se v normální situaci neumí nebo není schopno chovat podle obecného očekávání (např. na hřišti, při přecházení ulice, při oblékání,...) musí se jednat o dlouhodobý stav.“

Z odpovědí je patrné, hlavně z volby (c) a (d), že většina rodičů si pod neukázněným dítětem opravdu představí dítě nevychované. Vyplývá z toho, že dokáží rozpoznat rozdíl mezi dítětem nevychovaným a dítětem např. s hyperkinetickou poruchou. Ovšem dopsané odpovědi v možnosti (f) potvrzují také to, že jsou stále rodiče, kteří nemají dostatečné znalosti o ADHD nebo poruchách chování. Jak jinak si vysvětlit odpověď, že neukázněné dítě je takové, *kteřé se v normální situaci neumí nebo není schopno chovat podle obecného očekávání*. Tato odpověď ukazuje na pomýlenost

## Neukázněné dítě v předškolním věku: Komplexní přístup k problematice

Pavčina Bezchlebová

rodiče, který toto napsal. Dítě neukázněné většinou moc dobře ví, jak se má chovat, dokonce to i umí, ono prostě jen nechce.

Otázka č. 2.: *Hyperaktivní dítě je podle vás, když:*

Možnosti odpovědi: (a) chvíli neposedí (třepe rukama, vrtí se), (b) je hyperaktivní, impulsivní, (c) neposlouchá, když mu něco říkám, (d) je drzé (e) vzteká se, když mu odmítnu něco koupit/když mu něco nedovolím, (f) nedokáže se soustředit, (g) jiné.

**Tabulka 6: Odpovědi na otázku č. 2.**

Varianta	Samostatně	V kombinaci	Celkem
(a)	13x	39 x	52 x
(b)	7 x	40 x	47 x
(c)	0 x	4 x	4 x
(d)	4 x	0 x	4x
(e)	2 x	0 x	2 x
(f)	4 x	45 x	49 x
(g)	0 x	3 x	3 x

Tři osoby připsaly: „Nedokáže vydržet u nějaké práce, skáče od jedné věci/činnosti k jiné.“ „Mívá potíže se spánkem.“ Třetí označil jako odpověď variantu (d) u třetí otázky: *velmi živé (neustále musí něco dělat, hýbat se).*

U této otázky jsem očekávala, že většina dotázaných zaškrtně možnost (b), která se nabízela. Překvapilo mě, že tak učinila zhruba jen polovina. Jedna dotázaná dokonce u této varianty slovo *hyperaktivní* přeškrtnla a nechala jen impulsivní. Z odpovědi je patrné, že celkové znalosti o hyperaktivitě jsou dobré. Potvrzuje to převaha zvolených odpovědí (a) a (f).

Otázka č. 3.: *Své dítě považují za:*

Možnosti odpovědí: (a) velmi zlobivé (nikdy neposlechne, neustále něco provádí), (b) hyperaktivní (nevydrží chvíli v klidu, odchází od nedokončené činnosti, je vyčerpávající), (c) klidné (hraje si samo, vydrží dlouho sedět nehnutě), (d) velmi živé (neustále musí něco dělat, hýbat se), (e) hodné (vždy poslechne), (f) středně zlobivé (občas zlobí, jinak je hodné), (g) jiné.

**Tabulka 7: Odpovědi na otázku č. 3.**

Varianta	Samostatně	V Kombinaci	Celkem
(a)	0 x	0 x	0 x
(b)	3 x	3 x	6 x
(c)	0 x	4 x	4 x
(d)	16 x	11 x	27 x
(e)	0 x	1 x	1 x
(f)	39 x	3 x	42 x
(g)	0 x	3 x	3 x

U možnosti (g) dopisovali: „pohodové“, „živé, ale dokáže si v klidu hrát“, „někdy klidné, někdy živé“, „samo se zabaví, nevyžaduje neustálou pozornost“. Jedna maminka popsala své děti takto: „*Obě mé děti jsou relativně živé, tj. žádní peciválové typu ‚kam je posadím, ta je najdu‘, potřebují hodně pohybu ve smyslu ‚zdravě se vybit a příjemně unavit‘, občas hned napoprvé neposlechnou, ale jinak jsou poměrně hodné a ukázněné, vydrží dlouho sedět a například malovat nebo číst, naproti tomu vydrží i dlouho skotačit a řídit.*“ Z odpovědí plyne, že mezi dotazovanými byla převážná většina rodičů dětí bez problémů.

U této otázky jsem předpokládala, že většina rodičů označí odpověď (f). Tuto možnost jsem zformulovala tak, aby označovala zdravé normální dítě. Na druhou stranu mě překvapilo, že tak málo rodičů považuje své dítě za hodné nebo klidné. A potěšilo mě, že žádný z respondentů nepovažuje své dítě za velmi zlobivé.

Hypotéza číslo 1 byla částečně vyvrácena, ale zároveň i potvrzena. Ze srovnání označení variant 1(a) a 2(c), které jsou shodné u dvou naprosto odlišných otázek, vyplývá, že rodiče identifikují hyperaktivní dítě, ale je otázkou, zda si dávají takové chování do souvislosti s poruchou. Mimo to některé projevy mohou být zavádějící, jako např. v těchto dvou otázkách. Dítě, které neposlouchá, když mu něco říkám, může být nevychované, ale také hyperaktivní.

**Hypotéza č. 2: Informovanost rodičů o ADHD a o dalších poruchách chování je nedostačující.**

Otázka č. 4.: *Znáte pojem ADD/ADHD – porucha pozornosti/s hyperaktivitou?*

Možnosti odpovědí: a) ano, b) ne, c) už jsem to slyšel/a, ale nic mi to neříká, d) ano, mám hyperaktivní dítě, e) jiné.

**Tabulka 8: Odpovědi na otázku č. 4.**

Varianta	Počet odpovědí
Ano	49 x
Ne	15 x
Už jsem to slyšel/a...	19 x
Ano, mám...	1 x
Jiné:	1 x („Něco málo o tom vím.“)

To, že víc jak polovina dotázaných odpoví, že pojem znají, mě mile překvapilo. Očekávala jsem, že většina označí spíše možnost (c), tedy že už pojem slyšeli, ale nic jim neříká. Z vybrané odpovědi ovšem nelze říct, jak dobré ty znalosti jsou. U této otázky bylo možno poznat, zda se jedná o rodiče mající dítě s diagnostikovanou ADHD. Označila to pouze jedna žena.

Otázka č. 5.: *Napadlo vás, že by vaše dítě mohlo mít poruchu chování?*

Možnosti odpovědí a) ano, b) ne, c) upozornili mě známí, d) jiné:

**Tabulka 9: Odpovědi na otázku č. 5.**

Varianta	Počet odpovědí
Ano	9 x
Ne	71 x
Upozornili...	1 x
Jiné:	5 x

Odpovědi na tuto otázku jsem nevyhodnocovala jen samostatně, ale také ve vztahu k otázce předchozí. Zajímalo mě, zda rodiče, kteří znají pojem ADHD, napadne, že by jejich dítě mohlo poruchu mít a obráceně. Zda se nad tím zamýšlí rodiče, kteří tento pojem neznají. 7 rodičů z těch, kteří pojem znají, napadlo, že by jejich dítě mohlo poruchou trpět. A 40 rodičů ze všech dotázaných odpovědělo, že pojem ADHD znají, ale do souvislosti se svým dítětem ho nedávají.

Podstatné bylo také porovnání odpovědí otázek číslo 3 a 5. Z celkového počtu 6 rodičů, kteří považují své dítě za hyperaktivní, jen 2 napadlo, že by jejich dítě mohlo mít poruchu chování. 3 to nenapadlo a jedna žena uvedla, že má hyperaktivní dítě. Obdobnou odpověď - že považují své dítě za velmi živé (neustále musí něco dělat, hýbat se) - uvedlo 27 osob. Z toho 19 osob nenapadlo, že by dítě mohlo trpět poruchou chování, 5 rodičů to napadlo a jedna žena uvedla, že ji upozornili známí. Dvě ženy připsaly svou odpověď: „Zamýšlela jsem se nad tím, ale po prostudování odborné literatury a setkání s hyperaktivním dítětem jsem to vyloučila.“ „Občas mě to napadne v situaci, kdy fakt zlobí a mně dojde trpělivost. Ale hned to zavrhuju, neb naše dítě je prostě jen velmi temperamentní a má spoustu energie, která potřebuje ven.“ Dvě ženy, které své dítě



považují za středně zlobivé, připsali k otázce, zda je napadlo, že by jejich dítě mělo poruchu chování toto: „Občas ano, ale vždy jsme to vyloučili.“ „Ano, ale nemá.“ Možnost (d) u třetí otázky jsem formulovala záměrně tak, že jí lze označit jak dítě zdravé, tak hyperaktivní. Rodiče tuto možnost chápali ve smyslu zdravé živosti. Na tomto případu je patrné, že identifikovat poruchu z jednoho projevu není možné.

Z odpovědí na otázky 2 - 5 vyplynulo vyhodnocení druhé hypotézy. Nepotvrdila se. Informovanost rodičů o hyperaktivitě a ADHD je dobrá. Rodiče chování svých dětí pozorují a zamýšlí se nad ním, 9 respondentů připouští, že by jejich dítě mohlo trpět poruchou, což odpovídá 10% výskytu dětí s problémy chování v populaci. Otázkou je, zda jsou schopni dané informace zpracovat a aplikovat na konkrétní případ. V praxi problémové chování dětí zapříčiněné poruchou neodlišují od nevychovanosti. Tím se potvrzuje, že někteří nepoznají abnormalitu v chování svého potomka. Také srovnání odpovědí na otázky 3 a 5 ukázalo, že ačkoliv rodiče své děti považují za živější, nebo hyperaktivní, nenapadne je, že by toto chování nemuselo být v normě. Výsledkem je opět potvrzena hypotéza číslo 1.

**Hypotéza 3: Při výchovných problémech rodiče nevědí, kde vyhledat informace nebo pomoc.**

Otázka č. 6.: *Kam byste šli pro radu, kdybyste si nevěděli rady s výchovou svého dítěte?*

Možnosti odpovědí: (a) k dětskému lékaři (b) k učitelce ve školce (c) k nikomu (d) k dětskému psychologovi (e) do pedagogicko – psychologické poradny (f) jiné.

**Tabulka 10: Odpovědi na otázku č. 6.**

Varianta	Samostatně	V kombinaci	Celkem
(a) k lékaři	11 x	16 x	27 x
(b) k učitelce	2 x	7 x	9 x
(c) k nikomu	0 x	1 x	1 x
(d) k psychologovi	19 x	18 x	37 x
(e) do PPP	21 x	24 x	45 x
(f) jiné:	0 x	4 x	4 x

Odpovědi na tuto otázku mě více méně nepřekvapili. Polovina dotázaných by pro radu šla do pedagogicko psychologické poradny. Trochu mě udivilo, že mnoho rodičů by hledalo výchovnou radu u dětského lékaře. Co se týká varianty (f), jedna maminka uvedla, že by se ptala na radu své matky, další psali, že by hledali pomoc u jiných rodičů.

Považuji za pozitivní, že jen jeden respondent uvedl, že by radu u nikoho nehledal a to v kombinaci s jinou odpovědí.

Jako nejméně vyhledávaní poradci při výchovných problémech vyšly učitelky mateřských škol. Za nimi by šlo pro radu jen 8 % dotázaných. Považuji to za zvláštní, když jsou pedagogicky vzdělané a měly by být odborníky na výchovu. Zároveň mají srovnání s ostatními dětmi, a proto mohou lépe odhalit odchylky u dětí a upozornit na ně.

Otázka č. 7.: *Kde vyhledáváte/získáváte informace vztahující se k různým problémům s dětmi?*

Možnosti odpovědí: a) na internetu, b) v odborné literatuře, c) u odborníka (lékař, pedagog, psycholog...), d) jiné.

**Tabulka 11: Odpovědi na otázku č. 7.**

Varianta	Samostatně	V kombinaci	Celkem
(a)	24 x	30 x	54 x
(b)	2 x	20 x	22 x
(c)	11 x	25 x	36 x
(d)	0 x	8 x	8 x

Překvapivě třicet sedm dotázaných zvolilo jen jednu oblast pro získávání informací. Ostatní zvolili více variant (viz Tabulka 12). Možnosti, které připsali, byla „praxe, ostatní rodiče nebo i jiné zdroje“. Jedna napsala, že problémy nemají, proto informace nikde nevyhledává.

**Tabulka 12: Varianty odpovědí na otázku č. 7.**

Varianty	Počet označení
a + c	13 x
b + c	4 x
a + b + c	8 x
a + b + c + d	2 x

Hypotéza číslo 3 nebyla potvrzena. Výsledky odpovědí na otázku č. 6 jasně ukázaly, že by rodiče nejčastěji vyhledali pomoc v PPP, u dětského psychologa, u lékaře a u dalších odborníků. Rodiče tedy vědí, kde pomoc vyhledat. Jediné, kde nevyhledávají rady, je u učitelek mateřských škol. Za podstatné pokládám to, že

**Hypotéza č. 4: Pohlaví, věk, počet dětí a dosažené vzdělání má vliv na informovanost rodičů a jejich názor na ADHD a další poruchy chování.**

## Neukázněné dítě v předškolním věku: Komplexní přístup k problematice

Pavčina Bezchlebová

Tato hypotéza byla vyhodnocena na základě informací získaných o respondentech a podle odpovědí v dotaznících.

Pro porovnání vlivu věku, počtu dětí a dosaženého vzdělání na odpovědi jsem skupinu respondentů rozčlenila na menší podskupiny podle těchto kategorií. Shrnutí údajů obsahuje Tabulka 13.

**Tabulka 13 Rozdělení respondentů do skupin**

Skupina	Věk	Počet respondentů	Žen	Mužů	Počet osob s počtem dětí	Dosažené vzdělání
1.	15-25	2	2	0	1 a 2	1xV, 1xN
2.	26-35	49	43	6	8 x 1 až 2, 36 x 1 až 2, 1 x 3	8 x V, 18 x SŠ, 19 x VŠ
3.	36 a více	34	31	3	33 x 1 až 2, 1 x 3	7 x V, 12 x SŠ, 13 x VŠ, 2 x N

Tato hypotéza nebyla potvrzena. Odpovědi byly v jednotlivých skupinách rozdělených podle pohlaví, věku a vzdělání rozmanité. Výsledky na vzorové skupině ukázaly, že na vzdělání rodičů příliš nezáleží, ani počet dětí nebo věk neměl na odpovědi vliv.

## 9. Závěr

Práce je rozdělená do několika celků. V první části se zaměřuje na poznatky o dětech předškolního věku v souvislosti s hyperkinetickou poruchou. Předkládá rozdílnosti ve vývoji dětí zdravých a dětí trpících syndromem ADHD v jednotlivých vývojových etapách a částech.

V další části je rozebrána problematika ADD/ADHD. Tato část obecně vysvětluje terminologii a její zakotvení v klasifikačních a diagnostických systémech. Sleduje projevy hyperkinetické poruchy v jednotlivých vývojových stádiích člověka se zaměřením jak na fyzickou stránku, tak na psychickou. Dále přináší pohled současných lékařů a dětských psychologů zabývajících se touto problematikou na příčiny poruchy.

Následující část obsahuje podrobnosti o diagnostice ADHD. Z jakých částí se skládá, kdo ji provádí a k čemu vede. Právě v této části se zamýšlím nad tím, proč se diagnostika provádí až u dětí školních, když lze syndrom odhalit už mnohem dříve. Základním problémem je také fakt, že většina používaných testů je v psané podobě a předpokládá, že děti umí číst.

Do teoretické části spadá také kapitola o rodině. Přináší charakteristiku rodiny a její vliv na vytváření osobnosti dítěte. Tuto kapitolu uzavírají obecná doporučení pro rodiče a doporučení, jak komunikovat s dítětem s ADHD a jak ovlivnit jeho vzdělávání.

V praktické části práce se zabývám znalostmi rodičů o ADHD a jejich názory na děti trpícími touto poruchou, což je cíl práce. Dotazníkovou metodou jsem ověřila stanovené hypotézy.

Hypotéza číslo 1: *rodiče považují všechny negativní projevy v chování dětí s ADHD za nevychovanost* byla potvrzena odpověďmi na

první otázku i otázky následující. Hypotéza číslo 2: *informovanost rodičů o ADHD a o dalších poruchách chování je nedostačující* nebyla potvrzena. Respondenti prokázali dobré znalosti o hyperaktivitě a většina jich uvedla, že pojem ADHD znají. Třetí hypotéza: *Při výchovných problémech rodiče nevědí, kde vyhledat informace nebo pomoc* také nebyla potvrzena. Rodiče nejčastěji vyhledávají odbornou pomoc u psychologa, v PPP a u dětského lékaře. Hypotéza číslo 4: *pohlaví, věk, počet dětí a dosažené vzdělání má vliv na informovanost rodičů a jejich názor na ADHD a další poruchy chování rovněž* nebyla potvrzena. Vliv uvedených kategorií na odpovědi se neprokázal.

## Seznam použité literatury:

ČERNÁ, Marie a kol.; *Lehké mozkové dysfunkce*; Praha: Karolinum; 2002; 224 str.; ISBN: 80-7184-880-8.

DUNOVSKÝ, Jiří, akol. *Sociální pediatrie, Vybrané kapitoly*; Praha: Grada, 1999. 279 str., ISBN: 80-7169-254-9.

GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, Petra, *ADHD, Porucha pozornosti s hyperaktivitou*, Praha: Galén, 2009, 1. vyd., 160 str., ISBN: 978-80-7262-630-4.

HALLOWELL, Edward, M. a RATEY John, J.; *Poruchy pozornosti v dětství a dospělosti*, Praha: Návrat domů, edice TRENDY; 2007, v orig. *Driven to Distraction (Recognized and Coping with Attention Deficit Disorder from Childhood through Adulthood)*; přel. Břejlová Dagmar; ISBN: 978-80-7255-154-5.

JANDOUREK, Jan, *Sociologický slovník*, 1. vyd. Praha: Portál; 2001, 285 s. ISBN 80-7178-535-0.

KUČERA, Otakar, a kol. *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích*. Praha: SZN, 1961, 259 str.

LANGMEIER, Jiří, *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998, 344 str., ISBN: 80-7169-195.

*Slovník českých synonym a antonym*; Brno: Lingea; 2007; 1. vydání; 573 str. ISBN: 978-87062-09-8.

MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M. a VODÁKOVÁ A., *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. 1627 str. ISBN 80-7184-311-3.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. 223 s. ISBN 80-04-25236-2.

MATOUŠEK, Oldřich, *Metody a řízení sociální práce*, Praha: Portál, 2008. 384 str. ISBN: 978-80-7367-502-8.

MOŽNÝ, Ivo, *Sociologie rodiny*, 2. vydání, Praha: SLON. 2002, 250 str. ISBN: 80-86429-05-9.

MUNDEN, Alison a ARCELUS, Jon; *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*; Portál; Praha; 2002; z angl. orig. *The ADHD handbook* přeložila Tomková D.; 119 str.; ISBN: 80-7178-625-X.

NAKONEČNÝ, Milan, *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozšířené vyd., v Akademii 1. Praha: Academia, 1997. 437 str. ISBN 80-200-062-7.

PACLT, Ivo, *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*, Praha: Grada, 2007, 1. vyd., 240 str., ISBN: 978-80-247-1426-4.

RIEFOVÁ; Sandra, F.; *Nesoustředěné a neklidné dítě*; Portál; Praha; 1999; Z ang. orig. *How to reach & teach ADD/ADHD children* přel. Staňková L.; 251 str.; ISBN: 80-7178-287.

ŠIMÍČKOVÁ Čížková, Jitka, akol., *Přehled vývojové psychologie*; Olomouc, Univerzita Palackého, 2003; ISBN: 0-244-0629-2.

TRAIN, Alan, *Specifické poruchy chování a pozornosti*, Portál, Praha, 1997, přel. Šárová, M., 164 str., ISBN:80-7178-131-2.

TŘESOHLAVOVÁ, Zdeňka, akol., *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*, Druhé přepracované a doplněné vydání, Praha: Avicenum, 1986. 228 str. ISN: 08-047-86.

VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 stran. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*, Praha: Karolinum, 2005, 467 str., ISBN: 80-24-0956-8.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2009, 264 str., ISBN: 978-7367-514-1.

### **Ostatní zdroje:**

*Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*; Výzkumný ústav pedagogický; Praha 2004; *Vedoucí týmu*: PhDr. Kateřina Smolíková (VÚP Praha)



Zákon č. 94/1963 Sb., zákoně o rodině

ČADILOVÁ, Olga, *Rodina*, "Tento výukový materiál vznikl za přispění Evropské unie, státního rozpočtu ČR a Středočeského kraje", 2010, dostupné z: [http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/Rodina.pdf](http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Rodina.pdf), cit. 2012-02-29.

LOVASOVÁ, Lenka, *Rodinné vztahy*, Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2006. 32 str. ISBN 80-86991-66-0. Dostupné z: <http://www.google.cz/search?q=funkce+rodiny+v+literatu%C5%99e&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:cs:official&client=firefox-a>, cit. 2012-02-28.

PACLT, Ivo; *Biologické základy hyperkinetické poruchy a možnosti farmakologické léčby*, Časopis Remedia online; dostupné z: <http://www.remédia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Biologicke-zaklady-hyperkineticke-poruchy-a-moznosti-farmakologicke-lechy/6-L-bh.magarticle.aspx>, cit. 2012-03-09.

<http://www.adehade.cz/o-adhd/>; Asociace dospělých pro hyperaktivní děti

## **Seznam příloh**

Příloha číslo 1: Dotazník

str. 75

## **Přílohy:**

## Příloha číslo 1

**Dotazník** k diplomové práci na téma: **Neukázněné dítě v předškolním věku**

Vypracovala: **Pavλίna Bezchlebová**

Vedoucí práce: **doc. PaedDr. Olga Zelinková, CSc.**

**Instrukce pro vyplnění:** u každé otázky můžete zaškrtnout více variant, ke každé otázce můžete připsat, cokoliv vás napadne. Předem děkuji za vyplnění.

### Orientační údaje:

Pohlaví: žena / muž      Věk: 15 – 25 / 26 – 35 / 36 a více

Mám počet dětí: 1 / 2 / 3 / 4 / více      Vzdělání: vyučen/a / SŠ s maturitou / VŠ

### 1. Kterými slovy byste definovali „neukázněné“ dítě.

- a) neposlouchá, když mu něco říkám      b) nevydrží chvíli v klidu  
c) vynucuje si odmítnuté věci pláčem/vztekem      d) odmlouvá  
e) nevydrží potichu      f) jiné:

### 2. Hyperaktivní dítě je podle vás, když:

- a) chvíli neposedí (třepe rukama, vrtí se)      b) je hyperaktivní, impulsivní  
c) neposlouchá, když mu něco říkám      d) je drzé      f) nedokáže se soustředit  
e) vzteká se, když mu odmítnu něco koupit/když mu něco nedovolím      g) jiné:

### 3. Svě dítě považují za:

- a) velmi zlobivé (nikdy neposlechnou, neustále něco provádí)  
b) hyperaktivní (nevydrží chvíli v klidu, odchází od nedokončené činnosti, je vyčerpávající)  
c) klidné (hraje si samo, vydrží dlouho sedět nehnutě)  
d) velmi živé (neustále musí něco dělat, hýbat se)      e) hodné (vždy poslechnou)  
f) středně zlobivé (občas zlobí, jinak je hodné)  
g) jiné:

### 4. Znáte pojem ADD/ADHD – porucha pozornosti/s hyperaktivitou?

- a) ano      b) ne      c) už jsem to slyšel/a, ale nic mi to neříká  
d) ano, mám hyperaktivní dítě      e) jiné:

### 5. Napadlo vás, že by vaše dítě mohlo mít poruchu chování?

- a) ano      b) ne  
c) upozornili mě známí      d) jiné:

### 6. Kam byste šli pro radu, kdybyste si nevěděli rady s výchovou svého dítěte?

- a) k dětskému lékaři      b) k učitelce ve školce      c) k nikomu  
d) k dětskému psychologovi      e) do pedagogicko – psychologické poradny  
f) jiné:

### 7. Kde vyhledáváte/získáváte informace vztahující se k různým problémům s dětmi?

- a) na internetu      b) v odborné literatuře  
c) u odborníka (lékař, pedagog, psycholog...)      d) jiné:

**Summary:**

Neukázněné dítě v předškolním věku: Komplexní přístup k řešení problematiky

Behavior Problems in Preschool Children: Comprehensive Approach to Solving Problems

Pavčina Bezchlebová

Diplomová práce předkládá téma poruch chování u dětí předškolního věku se zaměřením na syndrom ADHD. V teoretické části se zabývá definicí problematiky, diagnostikou obecně a diagnostikou speciálně u dětí předškolního věku, psychoterapií a léčbou. Zabývá se rodinami s dětmi trpícími hyperkinetickou poruchou. V praktické části se zaměřuje na rodiče dětí předškolního věku a jejich znalosti o poruchách chování, konkrétně syndromu ADHD. Výzkumná část rozebírá znalosti rodičů o hyperkinetické poruše, jejich názor na to, co si představují pod pojmem neukázněné dítě. Dále zjišťuje, na koho se rodiče obracejí pro radu a u koho hledají pomoc při potížích s výchovou svého dítěte.

This thesis presents topic of behavioral disorders in preschool children with syndrome ADHD to focus. The theoretical part deals with the problem definition, diagnosis and general diagnostics specifically at preschool children, psychotherapy and medication. It deals with families with children suffering from hyperkinetic disorder. The practical part is focused on parents of preschool children and their knowledge of behavioral disorders, specifically ADHD syndrome. The research analyzes the knowledge of parents of hyperkinetic disorder, their view of what we understand under the term undisciplined child. In addition, figuring out who to turn to parents who seek advice and help with problems with their child's education.