

Zvýšené riziko úrazovosti u dětí s ADHD a možnosti primární prevence v podmínkách školy

Lucie Dončevová^{1,2}

¹ Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Lucie.Doncevova@ujep.cz

² Univerzita Jana Evangelisty Purkyně Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ergoterapie

Grant: IG2017-72101-16-0003

Název grantu: Analýza úrazových dat a návrh preventivních opatření u žáků se specifickými vzdělávacími potřebami

Oborové zaměření: AM - Pedagogika a školství

© GRANT Journal, MAGNANIMITAS Assn.

Abstrakt Cílem výzkumu bylo přispět k řešení problematiky úrazovosti dětí s poruchami pozornosti ve školním prostředí. Zahraniční výzkum zaměřený na analýzu úrazů u dětí s různým typem disability potvrdil, výrazně vyšší prevalenci úrazů u dětí s ADD/ADHD ve srovnání s dětmi bez disability. Děti s disability představují rizikovou skupinu ve vztahu k úrazům ve školním prostředí. V České republice se toto téma stává aktuální především z hlediska řešení problematiky prevence úrazů v dětském věku. Do výzkumného šetření bylo zařazeno 100 žáků s ADHD a 100 žáků bez ADHD. Úrazová data byla shromažďována v časovém období od 1. 9. 2016 do 30. 6. 2017. Pro sběr údajů byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, který tvořilo 12 položek. Otázky byly uzavřené a monitorovaly povahu školních úrazů a pohlaví a věk respondentů. Ze 100 položených dotazníků dětí s ADHD utrpělo 49 úrazů (49 %) a u dětí intaktních se jednalo o 26 úrazů (26 %), z čehož vyplývá, že přibližně každé druhé dítě s poruchou pozornosti prodělalo během školní docházky nějaký typ úrazu, zatímco u dětí intaktních se jednalo přibližně o každé čtvrté dítě. Nejčastějším mechanismem vzniku úrazu byl pád a lokalizací na těle byla horní končetina. Primární prevence zahrnuje celkovou přípravu dítěte, zaměření na zvládnutí koncentrace a hyperaktivity a využití senzomotorických cvičení vedených odborníky na danou problematiku.

Klíčová slova Attention Deficit Hyperactivity Disorder, (ADHD), disability, Ergoterapie, prevence, úraz

1. ÚVOD

Výskyt ADHD se v dětské populaci odhaduje v rozmezí 3 – 6 %, někteří autoři uvádí až 10 % jedinců školního věku. U chlapců bývá až třikrát častější předpoklad naplnění kritérií dané diagnózy než u děvčat (nejčastěji udávaný poměr 6 : 2). Přesná čísla k dispozici nejsou, zatím nebyla provedena tak rozsáhlá epidemiologická studie, aby výskyt ADHD v ČR zmapovala. Kritéria pro diagnostikování ADHD poskytuje Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5), v naší odborné literatuře pak Mezinárodní klasifikace nemocí v kapitole Hyperkinetické poruchy. Od konce roku 2013 se rozlišují dle DSM-5 tři základní subtypy ADHD. První z nich je typ nepozorný neboli s porušenou pozorností (dříve ADD), druhý typ je hyperaktivní a impulzivní a třetí typ je kombinovaný. Děti

s poruchou pozornosti se nechají snadno rozptýlit vnějšími podněty. Mívají problémy s koncentrací na daný úkol, ale také s jeho dokončením. Jejich studijní dovednosti nejsou dostatečné a neovládají samostatnou práci. Typickými problémy jsou slabá pozornost. Dítě se snadno unaví a nevydrží u jedné činnosti příliš dlouho. Nejzákladnějšími projevy ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) jsou jednoznačně poruchy pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Tato triáda není jediným projevem. Kromě těchto základních projevů syndromu ADHD lze u hyperaktivních dětí pozorovat i přidružené poruchy, které s vlastním syndromem úzce souvisejí. Jedná se o percepčně motorické poruchy – poruchy motoriky, motorické a senzomotorické koordinace a dále i poruchy percepčních funkcí, zejména zrakové a sluchové vnímání. Dále pozorujeme poruchy kognitivních funkcí, zejména paměti (zvláště tzv. provozní paměti), které úzce souvisejí s poruchou koncentrace, pozornosti a rovněž i poruchy v oblasti myšlení a řeči, včetně zvláštností komunikace dětí s ADHD – vše opět souvisí s impulzivitou a percepčně motorickými poruchami (Jucovičová & Žáčková, 2010). Během povinné školní docházky je diagnostikováno ADHD nejvíce jedinců a to konkrétně mezi šestým a devátým rokem. Začátkem povinného vzdělání na základní škole je na dítě vyvíjen větší tlak, dochází ke konfrontaci dovedností mezi spolužáky a jsou již výrazně patrné sociální vztahy žáků. Nelze přehlédnout problémy se soustředěním a koncentrací. Goetz a Uhlíková (2009) uvádí, že po nástupu do základní školy se stupňují projevy ADHD a problémy z nich plynoucí se zvětšují. Pro nesoustředěné děti představuje riziko úrazovosti především nestrukturovaný čas, jako je např. ve školním prostředí přestávka. Své chování o přestávce musí řídit samy bez dozoru a bez pokynů (Goetz & Uhlíková, 2009). Přejít do jiné učebny, do šatny při tělocviku, přestávky, volné hodiny, čekání na autobus a mnoho dalších situací vyžaduje sociální chování, které tyto děti dobře neovládají (Goetz & Uhlíková, 2009; Wolfdieter, 2013). Zahraniční výzkum zaměřený na analýzu úrazů u dětí s různým typem disability potvrdil, výrazně vyšší prevalenci úrazů u dětí s ADD/ADHD ve srovnání s dětmi bez disability (Xiang, Stallones, Chen, Hostetler, Kelleher, 2005). Podobná studie pod názvem Increased risk injury in children with developmental disabilities porovnávala šest skupin dětí ve věku 3 – 5 let. Výsledky studie potvrdily, že děti s ADD/ADHD, autismem a poruchami chování a emocí měly dvakrát až třikrát větší zkušenost s úrazem než kontrolní skupina (Rowe, Maughan, Goodman, 2004). V závěru autoři poukazují na nutnost analýzy charakteristik zranění podle typu postižení, což může odhalit jedinečné rozdíly ve vlastnostech zranění. Výzkum v této oblasti pomůže k vytvoření specifických preventivních

programů (Xiang, Stallones, Chen, Hostetler, Kelleher, 2005; Lee, Harrington, Chan, Connors, 2008).

1.1 Metodologie

Ke zpracování teoretických východisek práce byla použita literární metoda. Nastudování odborné literatury nám umožnilo získat podrobné odborné informace, které se týkaly úrazovosti dětí s ADHD a jinými typy disabilit. Pro sběr údajů byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, který tvořilo 12 položek. Otázky byly uzavřené a monitorovaly povahu školních úrazů a pohlaví a věk respondentů. Dotazník byl anonymní a byla respektována dobrovolnost vyplnění. Do dotazníku byl zaznamenán každý úraz, který se zapisoval zároveň do knihy úrazů. Výše zmíněné studie zabývající se úrazovostí dětí se zdravotním postižením, potvrdily především nedostatečnou probádanost. I když se toto téma stává aktuálním v zahraničních periodikách, v evropském prostředí, přesněji v prostředí českém, doposud není příliš zkoumáno. Jak vyplynulo z výše uvedených výzkumů dětí s disabilitou představují rizikovou skupinu ve vztahu k úrazům ve školním prostředí. V České republice se toto téma ve stává aktuální především z pohledu inkluzivního vzdělávání. Informace o vzorcích poranění u dětí se zdravotním postižením ve školním prostředí mohou pomoci školám lépe plnit vzdělávací cíle. Jedním z takových cílů je učit děti s disabilitou dovednosti potřebné pro sociální a fyzickou integraci do komunity. Integrovat dítě se speciálními vzdělávacími potřebami znamená pouze umístění dítěte do běžné třídy a zajistit organizační podmínky, ale podstatné je poskytnutí podpory a služeb, které dítě potřebuje a na které má právo jako ostatní spolužáci. Ve škole se stává velké množství úrazů, neboť děti školního věku tráví ve škole převážnou část dne. Úrazy se stávají v hodinách, o přestávkách, ve školní jídelně, ale také při cestě ze školy a do školy. U osob se zdravotním postižením se předpokládá, že jsou vystaveny vyššímu riziku zranění než osoby intaktní, vzhledem ke snížené kontrole chůze a motoriky, poruchám v oblasti duševního zdraví a potencionálním vedlejším účinkům léků užívaných k léčbě jejich stavu (Zhu, Xia, Xiang, Yu, Du, 2010; Ramirez, Fillmore, Chen, Peek-Asa, 2012; Watier, 2016). Role učitelů a terapeutů v prevenci úrazů u dětí s disabilitou spočívá v podpoře správného psychomotorického vývoje a získávání senzomotorických zkušeností. Dále se podílí na vytváření bezpečného školního prostředí a to např. modifikací školních tříd a uzpůsobením školního prostředí (např. zabezpečení ostrých hran nábytkem, přizpůsobení podlahy proti uklouznutí atd.). Pro možnost účinné a cílené prevence je nutné prvotně zanalyzovat aktuální stav dané problematiky. Výzkum přinesl nová data zejména o struktuře úrazů a okolnostech jejich vzniku u žáků s poruchami pozornosti. Informace týkající se struktury školních úrazů mohou pomoci při integraci do školního a mimoškolního prostředí. Vytvořením bezpečného školního prostředí s ohledem na typ a stupeň zdravotního postižení mohou školy lépe plnit své vzdělávací cíle. Pro výzkum jsme si vytyčili cíl, kterým bylo *příspěk k řešení problematiky úrazovosti dětí s poruchami pozornosti ve školním prostředí*. Úkolem byl především sběr úrazových dat ze základních škol hlavního vzdělávacího proudu v Ústeckém kraji formou dotazníkového šetření. Analyzovali jsme školních úrazů podle věku, pohlaví, druhu úrazu, místa, činnosti, mechanismu úrazu, lokalizace poranění, závažnosti a zavinění úrazu. V rámci výzkumu došlo ke komparaci struktury úrazů mezi žáky s poruchami pozornosti a žáky intaktními. Jako vědeckou otázku jsme zvolili: *Jaká je úrazovost dětí s poruchami pozornosti v porovnání se žáky intaktními v prostředí základních škol hlavního*

vzdělávacího proudu? Dále jsme si stanovili pracovní hypotézy, které zní: *H1: Rizika vzniku úrazů ve školním prostředí se budou lišit mezi žáky s poruchami pozornosti a žáky intaktními, H2: Předpokládáme, že nejčastějším mechanismem vzniku školních úrazů u žáků s poruchou pozornosti jsou pády, H3: Předpokládáme, že nejčastější poraněná část na těle žáků s poruchou pozornosti je oblast horní končetiny*. V první etapě výzkumu byli osloveni ředitelé základních škol Ústeckého kraje, kteří byli požádáni o spolupráci při realizaci výzkumu, který byl realizován formou záměrného výběru, dle předchozích kritérií. Sběr dat probíhal prostřednictvím učitelů základních škol. S učiteli, kteří projeví zájem o zodpovědnou spolupráci na výzkumu, jsme navázali spolupráci, která byla spojená s finanční odměnou. Základní soubor tvořili žáci s hlavní diagnózou porucha pozornosti, kteří byli zařazeni do některé ze sledované základní školy. Výběrový soubor tvořili žáci s hlavní diagnózou porucha pozornosti, kteří byli zařazeni do sledované základní školy. Výzkum bude zahrnovat kontrolní skupinu tvořenou žáky intaktními navštěvující základní školu hlavního vzdělávacího proudu. Výzkumný soubor tvořili žáci mužského i ženského pohlaví. Věk dětí zařazených do výzkumu se pohyboval od 10 – 15 let. Vyšší první stupeň základní školy a druhý stupeň základní školy jsme vybrali záměrně, protože v tomto věkovém období je již spolehlivě diagnostikována porucha pozornosti. Stanovili jsme si dvě kategorie, do kterých jsme rozdělili děti s ADHD a děti intaktní. Děti do kategorie s ADHD byly vybrány záměrně a odpovídaly stanoveným kritériím (poruchy pozornosti). Celkově bylo osloveno 100 žáků s ADHD, z toho u 49 dětí se vyskytl úraz. Druhou kategorií byly děti intaktní, které byly opět vybírány záměrně s tím, že bylo vybráno prvních 10 dětí dle abecedního seznamu. Do výzkumu bylo celkově zařazeno 11 základních škol, ze kterých jsme získávali respondenty. Pro účely výzkumu byla využita dotazníková metoda – uzavřené, poloúpravěné a výběrové otázky, obsahová analýza dat získaných z dotazníků „o úrazu žáka“ a statistické metody – vyjádření pomocí deskriptivních statistických metod a procentního vyjádření a pro vyhodnocení výsledků použijeme Chí-kvadrát-test nezávislosti v kontingenčních tabulkách. Zpracováno dle neparametrického Wilcoxonova párového testu, kde rozdíl je statisticky významný.

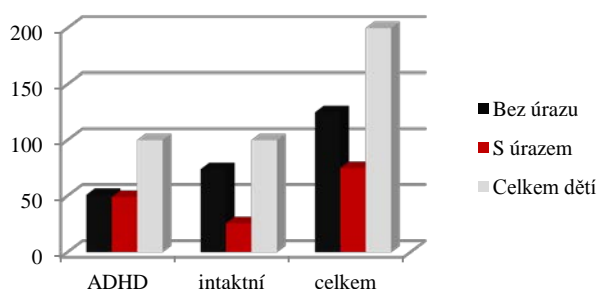
1.2 Výsledky

Pro interpretaci výsledků hypotézy č. 1, jsme využili komparace, kde uvádíme počet úrazů u dětí s ADHD a u dětí intaktních. Úrazová data byla shromažďována v časovém období od 1. 9. 2016 do 30. 6. 2017. Ze 100 položených dotazníků dětí s ADHD utrpělo 49 úraz (49 %) a u dětí intaktních se jednalo o 26 úrazů (26 %), z čehož vyplývá, že přibližně každé druhé dítě s poruchou pozornosti prodělalo během školní docházky nějaký typ úrazu, zatímco u dětí intaktních se jednalo přibližně o každé čtvrté dítě. Zde prezentované výsledky jsou vyobrazeny v tabulce č. 1, kterou doplňuje graf č. 1.

Tab. 1 – Komparace úrazů mezi dětmi s ADHD a dětmi intaktními (P -hodnota = 0,00078122)

Kontingenční tabulka empirických četností			
Kategorie	ADHD	bez ADHD	celkem
bez úrazu	51	74	125
s úrazem	49	26	75
celkem	100	100	200

Graf 1 – Grafické znázornění komparace výsledků úrazovosti u dětí s ADHD a u dětí intaktních (zdroj: vlastní)

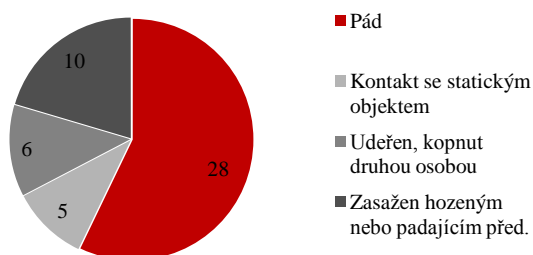


Pro interpretaci výsledků hypotézy č. 4 jsme využili deskriptivní analýzy, pomocí níž se nám potvrdila zvolená hypotéza, kde nejčastějším mechanismem vzniku úrazu ve školním prostředí byl pád. V tabulce č. 4 uvádíme přehled nejčastějších mechanismů úrazů, kde po pádu následuje zasažení hozeným nebo padajícím předmětem, úder, kopnutí druhou osobou a kontakt se statickým objektem. Tuto skutečnost nám vyobrazuje graf č. 4.

Tab. 2 – Deskriptivní analýza nejčastějších mechanismů vzniku úrazů

Nejčastější mechanismus vzniku úrazů	
Typ mechanismu	Počet
Pád	28
Kontakt se statickým objektem	5
Udeřen, kopnut druhou osobou	6
Zasažen hozeným nebo padajícím před.	10

Graf 2 – grafické znázornění počtu nejčastějších mechanismů vzniku úrazů

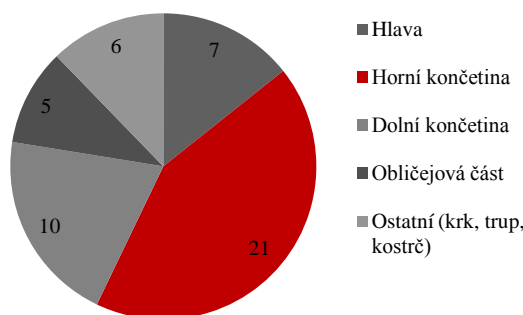


Dále jsme se věnovali analýze vzniklých úrazů. Z hlediska pohlaví byl úraz zaznamenán u 35 chlapců a 14 dívek. V 31 případech si úraz způsobil sám žák a v 18 případech úraz způsobila druhá osoba. Pro interpretaci výsledků hypotézy č. 2 jsme využili deskriptivní analýzy, pomocí níž se nám potvrdila zvolená hypotéza. Nejčastěji poraněným orgánem v případě školních úrazů byla oblast horní končetiny. V tabulce č. 2 uvádíme přehled nejčastější lokalizace úrazů na těle, kde po horní končetině, druhým nejčastěji poraněným orgánem je dolní končetina, dále pak hlava následuje skupina ostatní, která zahrnuje úrazy krku, trupu a kostrče. Nejméně úrazů je pak v obličejové části. Tuto skutečnost nám znázorňuje graf č. 2.

Tab. 3 – Deskriptivní analýza počtu úrazů dle lokalizace na těle

Deskriptivní analýza počtu úrazů dle lokalizace	
Lokalizace	Počet úrazů
Hlava	7
Horní končetina	21
Dolní končetina	10
Obličejová část	5
Ostatní (krk, trup, kostrč)	6

Graf 3 – grafické znázornění počtu úrazů na těle, dle lokalizace



2. DISKUZE

V okamžiku, kdy ponese zodpovědnost za dítě s ADHD, potřebujeme se dozvědět více o dané diagnóze. Nutné je získat specifické informace. Nejdůležitějším zdrojem těchto informací je rodič. Cenné rady nám poskytnou školská poradenská zařízení či školský odbor městské části nebo OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dětí) v místě bydliště žáka, ale velkým přínosem informací nám mohou být právě i terapeuti kteří dítě připravují na zvládnutí běžných denních aktivit. Děti s poruchami pozornosti se chovají velmi často expanzivně a šíří kolem sebe chaos. Dětem s ADHD se dennodenně stávají menší či větší „nehody“. Jak uvádí Wolfdieter (2013), do primární prevence z hlediska chování dítěte s ADHD spojené se vznikem úrazu radíme tzv. celkovou přípravu zahrnující edukaci personálu a to nejen učitelů, ale i např. školníka nebo uklízečky o specifikách chování dítěte s ADHD. Informování by měli být i spolužáci, ale taktně, tak abychom dítě s ADHD nestavěli do zvláštní pozice. Dalším bodem celkové přípravy je vytvoření školní kultury. Děti s vrozeným či sociálním znevýhodněním mají speciální potřeby, které je nutné mít na paměti. Dále se jedná o zařazení třídy. Pro děti s ADHD je běžná třída s barevnou výzdobou a neformálním uspořádáním židlí často problematická. Role ergoterapeuta spočívá v návrhu opatření, které mohou dítěti s ADHD pomoci. Dále do této oblasti radíme uspořádání pracovního místa dítěte a nutné je zajištění spolupráce všech členů pedagogického týmu. Druhou oblastí je řešení problematiky koncentrace dítěte, kde poskytujeme možné postupy k zajištění vnímání, zlepšení emocionálních podmínek, aktivujeme krátkodobou paměť, udržujeme krátkodobou paměť bdělou, informujeme o pravidlech, kdy je dítě bez dozoru jako např. o přestávce. V třetí oblasti se věnujeme zvládnutí hyperaktivity, jako je nutkání k pohybu (motorický neklid, nepozornost, neposedné prsty), zvýšená citlivost na hluk a jiné zvuky. V poslední oblasti se

soustředíme na zvládnutí rušivého chování jako je zdržování a oddalování, jelikož děti ADHD mají špatný smysl pro čas. Slovo „hned“ pro ně může znamenat „několik hodin“. Problémy se týkají také s naplánováním si svého jednání krok za krokem, vše nové v nich vzbuzuje strach. Dále sem můžeme zařadit odmouvání a opoziční chování, přílišnou sociální horlivost a neposlušnost. Ergoterapeut je jedním z členů multidisciplinárního týmu při práci s dítětem s poruchou pozornosti. V předškolním období ergoterapeut připravuje dítě na nástup do školského zařízení a v průběhu plnění povinné školní docházky by měl žákovi i rodině pomoci zvládnout mnohé překážky, které brání plnému začlenění dítěte do školního prostředí a zvládnutí běžných denních aktivit. Ergoterapeut ve své praxi využívá různé postupy, metody a koncepty, kterými může pomoci dítěti s ADHD zmírnit projevy související s touto diagnózou a tím předejít riziku vzniku úrazů. Jednou ze stěžejních metod, která se zaměřuje na děti s nerovnoměrným psychomotorickým vývojem, u dětí s hyperaktivitou a poruchou pozornosti, u dětí „neobratných“ nebo „nešikovných“, u dětí, kde se nedaří dosahovat výkonů běžných pro jejich spolužáky v oblasti motorických dovedností, kognitivních funkcí nebo sebeobslužných činností, u dětí které se obtížně zapojují do kolektivu svých vrstevníků, zdají se být příliš uzavřeni, bojácní, nebo naopak příliš agresivní, u dětí reagující neadekvátně na běžně tolerované situace, jako je např. mytí vlasů, stříhání nehtů nebo nákup v supermarketu a dále pak u dětí s Downovým syndromem, autismem a s poškozením centrálního nervového systému (CNS) je teorie senzorycké integrace dle A. J. Ayres. Terapie senzorycké integrace poskytuje a kontroluje smyslové vstupy, zejména vstupy pro taktilní, proprioceptivní a vestibulární systém (ale i ostatní smysly), takovým způsobem, že si dítě bude spontánně formovat adaptivní odpovědi a integrovat přicházející smyslové informace. SI se vyvíjí na základě pohybových příležitostí a zkušeností. Senzorycká integrace je přístup užívaný v ergoterapii u dětí, které obtížně zpracovávají smyslové stimuly. SI je teorie, hodnotící metoda, která používá vyšetřovací nástroje, jako jsou dotazníky, standardizované i nestandardizované testy a pozorování dítěte. Senzorycká integrace, ale i jiná psychomotorická cvičení by se měly stát součástí výuky vedené ergoterapeutem ve školním prostředí. Obecně psychomotorika ideálním způsobem vyhovuje potřebám nesoustředěných dětí.

3. ZÁVĚR

Během povinné školní docházky je diagnostikováno ADHD nejvíce jedinců a to konkrétně mezi šestým a devátým rokem. Goetz a Uhlíková (2010) uvádí, že po nástupu do základní školy se stupňují projevy ADHD a problémy z nich plynoucí se zvětšují. Pro nesoustředěné děti představuje riziko úrazovosti především nestrukturovaný čas, jako je např. ve školním prostředí přestávka. Své chování o přestávce musí řídit samy bez dozoru a bez pokynů. Přechod do jiné učebny, do šatny při tělocviku, přestávky, volné hodiny, čekání na autobus a mnoho dalších situací vyžaduje sociální chování, které tyto děti dobře neovládají (Magnus, Bergman, Zieger, Coleman, 2004) základě zahraničních výzkumů, které potvrdily, výrazně vyšší prevalenci úrazů u dětí s ADD/ADHD ve srovnání s dětmi bez ADHD jsme si jako vědeckou otázku stanovili: *Jaká je úrazovost dětí s poruchami pozornosti v porovnání se žáky intaktními v prostředí základních škol hlavního vzdělávacího proudu?* Dále jsme si stanovili pracovní hypotézu, která zní: *Rizika vzniku úrazů ve školním prostředí se budou lišit mezi žáky s poruchami pozornosti a žáky intaktními.* Výsledky výzkumného šetření potvrdily, že děti s ADHD mají zvýšené riziko neúmyslných úrazů ve školním prostředí. Výzkum probíhal od září 2016 do června 2017, tedy jeden školní rok. Během tohoto období celkem ze 100 dětí s ADHD utrpělo úraz 49 % a ze 100 dětí bez ADHD utrpělo úraz 26 %. Z analýzy zjištěných údajů vyplynulo, že je potřeba, aby všichni zúčastnění v péči a vzdělávání dětí s ADHD byli informováni a o riziku vzniku úrazů ve školním prostředí a

podporovat prevenci úrazů a programy prevence, cíleně na děti s poruchami pozornosti.

Zdroje

- BONANDER, C. et al. 2016. Injury Risks in Schoolchildren With Attention-deficit/Hyperactivity or Autism Spectrum Disorder: Results from Two School-Based Health Surveys of 6- to 17-year-old Children in Sweden. In *Journal of Safety Research*. ISSN 0022-4375, 2016, roč. 58, s. 49–56.
- COSTER, W. et al. 2012. School Participation, Supports and Barriers of Students with and without Disabilities. In *Child: care, health and development*. ISSN: 1365-2214, 2012, roč. 39 č. 4, s. 535–543.
- GOETZ, M. – UHLÍKOVÁ, P. 2009. *ADHD – Porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4.
- CHIEN, W. CH. et al. 2017. The risk of injury in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: A nationwide, matched-cohort, population-based study in Taiwan. In *Research in Developmental Disabilities*, ISSN 0891-4222, 2017, roč. 65, s. 57-73.
- JUCOVIČOVÁ, D. – ŽÁČKOVÁ, H. 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2697-7.
- LEE, L. CH. et al. 2008. Increased Risk of Injury in Children With Developmental Disabilities. In *Research in developmental disabilities*. ISSN 0891-4222, 2008, roč. 29, č. 4, s. 247–255.
- MAGNUS, R.S. et al. 2004. Burn Injuries in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders. In *Burns*. ISSN 0305-4179, roč. 30, č. 2, 148–150.
- PETRIDOU, E. et al 2003. Injuries Among Disabled Children: a Study From Greece. In *Injury of Prevention*. ISSN 1475-5785, 2003, roč. 9, č. 3, s. 226–230.
- PRASAD, V. – SAYAL, K. – KENDRICK, D. 2016. 355 The risk of injuries in children with Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) in England. In *BMJ Open*. ISSN 1475-5785, roč. 22, č. 2, s. A130.
- RAMIREZ, M. et al. 2010. Comparison of School Injuries between Children With and Without Disabilities. In *Academic Pediatric*. ISSN: 1876-2859, 2010, roč. 10, č. 5, s. 317–322.
- RAMIREZ, M. – PEEK-ASA, C. – KRAUS, J. F. 2004. Disability and Risk of School Related Injury. In *Injury Prevention*. ISSN 1475-5785, 2004, roč. 10, č. 1, s. 21–26.
- ROWE, R. – MAUGHAN, B. – GOODMAN, R. 2004. Childhood psychiatric disorder and unintentional injury: findings from a national cohort study. In *Journal of Pediatric Psychology*. ISSN 0146-8693, roč. 29, č. 2, s. 119–130.
- RUIZ-GOIKOETXEA, M. et al. 2017. Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: protokol for a systematic review and meta-analysis. In *BMJ Open*. ISSN 1475-5785, 2017, roč. 7, č. 9, s. 1 – 11.
- BIENERTOVÁ, J., RÜCKER, P 2015. Sociální rehabilitace - inkluze osob s disabilitou – iluze nebo realita? In *Rehabilitácia*. ISSN 0375–0922 2015, roč. 52, č. 1, s. 57 – 64.
- SINCLAIR, S. A. – XIANG, H. 2008. *Injuries Among US Children With Different Types of Disabilities*. In *American Journal of Public Health*. ISSN 1541-0048, 2008, roč. 98, č. 8, s. 1510 – 1516.
- WATIER, L. 2016. Ubylo žáků se zdravotním postižením. In *Statistika&My*. ISSN 1804-7149, roč. 6, č. 5, s. 28 – 29.
- WOLFDIETER, J. 2013. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele*. Brno: Edika, ISBN 978-80-266-0158-6.
- XIANG, H. et al. 2005. Nonfatal Injuries Among US Children with Disabling Conditions. In *American Journal of Public Health*. ISSN 1541-0048, 2005, roč. 95, č. 11.

19. ZHU, H. P. et al. 2012. Disability, home physical environment and non-fatal injuries among young children in China. In *Plos One*. ISSN 932-6203, 2012, roč. 7, č. 5.