

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

VERONIKA BERANOVÁ

V. ročník – prezenční studium

Obor: Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika

**MOŽNOSTI PRÁCE S DÍTĚTEM S ADHD V PODMÍNKÁCH
INSTITUCÍ**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Miluše Hutýrová, Ph.D.

OLOMOUC 2010

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 24. 6. 2010

.....

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Míle Hutyrové, Ph.D. za odborné vedení, konzultace a přínosné obsahové i metodické rady, které mi pomohly při vypracování této diplomové práce. Rovněž děkuji všem jedenácti respondentům za jejich ochotu a poskytnuté rozhovory.

OBSAH

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 Problematika ADHD.....	8
1.1 Vymezení pojmu ADHD	8
1.1.1 Historie pojmu	9
1.1.2 Terminologie	10
1.2 Etiologie.....	12
1.2.1 Vrozené dispozice.....	14
1.2.2 Výskyt ADHD v populaci.....	14
1.3 Symptomy.....	16
1.3.1 Příznaky ADHD.....	16
1.3.2 Symptomy se zřetelem na vzdělávání.....	19
1.4 Dítě s ADHD v osobnostním pojetí.....	21
1.5 Diagnostika	22
1.6 Přidružené obtíže a poruchy	26
1.6.1 Specifické poruchy učení a ADHD	27
1.7 Jiný pohled na problematiku.....	28
2 Výchova a vzdělávání žáků s ADHD	31
2.1 Systém edukace žáků s ADHD.....	31
2.1.1 Legislativa.....	31
2.1.2 Kurikulum.....	33
2.2 Edukace žáka s ADHD v ZŠ.....	34
2.3 Vybrané metody a formy při práci s žákem s ADHD.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST	43
3 Možnosti práce s dítětem ADHD v podmínkách institucí.....	43
3.1 Cíle výzkumného šetření	43
3.2 Výběr metody sběru dat.....	44
3.2.1 Kvalitativní přístup ve výzkumném šetření	44

3.2.2 Polostrukturovaný rozhovor	45
3.3 Výběr výzkumného vzorku.....	45
3.4 Průběh výzkumného šetření.....	46
3.5 Výsledky, jejich analýza a interpretace dat	47
3.6 Okruh – Vlastní pohled respondenta na problematiku ADHD ve škole.....	47
3.6.1 Shrnutí.....	54
3.7 Okruh - Využití forem a metod práce u žáka s ADHD	55
3.7.1 Shrnutí.....	63
3.8 Okruh – Pomůcky a alternativní metody či prostředky	64
3.8.1 Shrnutí.....	69
3.9 Oblast – Pedagogické asistentství u žáka s ADHD	70
3.9.1 Shrnutí.....	72
3.10 Závěr výzkumného šetření.....	73
ZÁVĚR	76
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	77
PŘÍLOHY	81

ÚVOD

„Za sto let nebude záležet na tom, jaké jsem měl bankovní konto, v jakém jsem žil domě nebo jaké jsem řídil auto. Pokud jsem však byl důležitý pro život nějakého dítěte, může to změnit celý svět.“
(neznámý autor)

„Existuje skupina, jejímž členům nebylo dáno životních úspěchů dosáhnout, a to z důvodu toho, že mezi specifickými poruchami chování na straně jedné a neschopností se uplatnit ve společnosti na straně druhé je těsná souvislost. Jsou to jedinci, kteří neměli tolik štěstí, že v nich dospělí v dětství tyto poruchy objevili, zajistili jim odbornou péči a tím předešli pozdějším osobnostním, rodinným, profesním problémům a konfliktům ve vztazích s ostatními lidmi.“ (Vašutová, 2004, s. 3). „Poruchy pozornosti provázené hyperaktivitou nelze považovat za nemoc, kterou je možno „vyléčit“. Dítě se syndromem ADHD z této poruchy nevyroste, i když se jednotlivé projevy jeho chování během dospívání mění. Největší roli v tom, čeho tyto děti dosáhnou, nakolik budou v životě úspěšné a jak budou samy sebe vnímat, sehráváme my, dospělí, kteří významným způsobem vstupujeme do jejich života. Jedině my je můžeme vést k tomu, aby si co nejlépe uspořádaly život.“ (Riefová, 1999, s. 15).

„Děti, které kladly zvýšené nároky na výchovu, byly v každé době a všude. Většina lidí si myslí, že jich dnes přibývá. Můžeme se dohadovat, zda je to pravda.“ (Train, 1997, s. 11). „Odborníci (učitelé, vychovatelé, speciální pedagogové, psychologové, lékaři), ale také rodiče řeší v praxi situace dětí, které dávají „zabrat“. Jsou neklidné, nepozorné, nedokáží si hrát, nedokončují úkoly, bývají impulsivní, náladové, neobratné.“ (Svierkoszová, 2006, s. 7). „Tíživá situace dítěte může být příčinou negativních projevů v chování a může být tak ohrožen zdravý vývoj osobnosti. Tyto děti tvoří rizikovou skupinu, u níž může dojít k výraznému rozvoji negativních projevů v chování. Kladou tedy mimořádné nároky na rodinnou výchovu, tak i na výchovně vzdělávací proces.“ (Vašutová, 2004, s. 2). Proto by dle Riefové (srov. 1999, s. 15) cílem edukace měla být podpora těchto dětí, odstranění překážek na cestě k úspěchu, vybavení dovednostmi a strategiemi, aby byly schopné se s dostatečným sebevědomím rozvíjet a prožívat uspokojení.

Cílem této diplomové práce bylo shromáždit a analyzovat dostupné informace o aktivitách odborníků se zřetelem na edukaci dětí, které navštěvují první stupeň

základní školy. Dále poukázat na vhodné přístupy, různé druhy terapií a intervenční techniky. V popředí zájmu byly děti mladšího školního věku, protože jsou v tomto období velice citlivé a vnímavé ke všem projevům okolního světa. Je třeba vytvoření podporující a nevyčleňující atmosféry, která by vyvíjela dítě takovým směrem, aby mělo šanci na plnohodnotný a spokojený život.

Teoretická část práce je zaměřena na vymezení problematiky ADHD v obecné rovině. První kapitola se zabývá základními údaji o příčinách vzniku, projevech a diagnostice ADHD. Ve druhé kapitole je kladen důraz na systém edukace žáků s ADHD na základní škole, rovněž z pohledu legislativních opatření. Další součástí této kapitoly jsou možnosti pedagogické intervence a doporučení, jak k těmto dětem přistupovat. Poslední podkapitolka popisuje některé vybrané techniky a postupy, které se mohou uplatnit při práci s žáky s ADHD.

V rámci empirické části diplomové práce bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření. Toto šetření proběhlo formou polostrukturovaných rozhovorů, jejichž cílem bylo zjistit veškeré možnosti výchovně-vzdělávací práce u žáka s ADHD na prvním stupni základní školy. Pro realizaci výzkumné části byli vybráni pracovníci základních škol (třídní učitelé, výchovní poradci, vychovatelé atd.) Tito lidé s žáky prvního stupně tráví hodně času, řeší jejich problémy a volí vhodné metody, postupy a formy činností.

Vzhledem k četnosti tohoto syndromu v populaci je hojně dostupná kvalitní česká i zahraniční literatura. Lze nalézt řadu článků v odborných časopisech a internetových serverech. Ovšem málokterý ze zdrojů věnuje patřičnou pozornost nápravě a konkrétním radám pro práci s dětmi s ADHD.

Toto téma jsem si zvolila pro diplomovou práci ze dvou důvodů. Jedním z nich je přání a výzva s těmito dětmi v budoucnu pracovat. Druhým důvodem je osobní zkušenost s mým mladším bratrem, u kterého byla diagnostikována ADHD. Domnívám se, že diagnostika v tomto směru není ještě zcela kvalitně zpracována a syndrom ADHD není v mnoha případech správně rozpoznán od běžných projevů problémového chování. Proto je na prvním místě tolerovat či respektovat tuto specifickou poruchu chování a zvolit vhodný přístup k těmto žákům, aby se dopady narušení ještě více neprohlubovaly. Zcela určitě se s těmito dětmi budu při své pedagogické činnosti setkávat. Je tedy pro mě důležité zmapovat, jaké možnosti skýtá výchovně vzdělávací činnost v oblasti poruch ADHD.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Problematika ADHD

Každý z nás se může ocitnout v situaci, kdy jako dospělý, coby vychovatel či učitel, si určité dětské chování nedokážeme vysvětlit. Přitom je našim největším zájmem vychovávat naše děti správně, rozumět jim, vědět co se v dětských duších odehrává.

1.1 Vymezení pojmu ADHD

„ADHD – Attention deficit/hyperaktivity disorder – je *označení pro skupinu geneticky přenášených neurobiologických dysfunkcí, které u postiženého snižují schopnost zaměřit a udržet pozornost, přizpůsobovat aktivitu a ovládat impulzy.*“ (Swierkoszová, 2006, s. 81)

„ADHD je *vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Tyto obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony.* Potíže nelze vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.“ (Barkley, 1990, in: Zelinková, 2003, s. 196).

Další definice, s níž se můžeme v podání Barkleyho seznámit, je definice psychologická, vycházející především z americké behavioristické tradice. Dle této definice je ADHD, volně řečeno: „*Termín pro specifickou vývojovou poruchu jak u dětí, tak u dospělých, zahrnující nedostatky v oblasti behaviorální inhibice, v oblasti udržení pozornosti zahrnuje dále rezistenci vůči vyrušení a řízení úrovně aktivity vzhledem k probíhající situaci.*“ (srov. Michalová, 2007, s. 29)

ADHD je *poruchou aktivační úrovně, která bývá často kombinovaná s poruchami pozornosti.* (Blahutková, Klenková, Zichová, 2005, s. 12)

1.1.1 Historie pojmu

Terminologie vymezující syndrom ADHD se neustále mění a rozvíjí. Již v roce 1838 objevil belgický psychiatr J. Guislain souvislosti mezi poruchami chování a mozkovým poškozením. Swierkoszová (2006, s. 8) uvádí, že k pojmenování těchto poruch se používaly různé termíny. Vývoj poznání syndromu ADHD je zajímavý historicky. Postup názorů na jeho obsah vystihují měnící se názvy. Profesor Heveroch, neurolog, zmínil již v roce 1904 některé průvodní znaky dyslexie, které odpovídají syndromu hyperaktivity. Původní název *lehká dětská encefalopatie (LDE)*“, byl do naší literatury uveden v padesátých letech O. Kučerou. Později byla v roce 1963 mezinárodně definována *lehká mozková dysfunkce (LMD)* jako náhrada za pojem *minimální mozkové poškození* (angl. minimal brain damage).“ (Kulišťák, 2003, s. 88) V sedmdesátých a osmdesátých letech se pro diagnózu užíval termín *hyperkinetický syndrom*, kde byl kladen důraz na nejrušivější symptom – neklid. V osmdesátých letech byla za důležitější symptom než neklid považována porucha pozornosti, a proto se začalo užívat označení *ADD – attention deficit disorder (SDP – syndrom deficitu pozornosti)* a ve spojení s hyperaktivitou jako *ADHD – attention deficit hyperactivity disorder (SDPH – syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou)* (Malá, 2000, s. 308)

Málokterá diagnostická kategorie prodělala tolik změn názvu od r. 1940. Podle Swierkoszové (2006, s. 8) se v praxi ještě můžeme setkat s termíny: *vývojová neobratnost*, *impulzivní poruchy chování*, *percepčně motorická porucha*, *minimální mozková dysfunkce (MMD)*, *porucha školní přizpůsobivosti*, *specifická porucha chování*, *syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou*. Tyto termíny vyjadřují v podstatě totéž – odchylky ve funkci centrálního nervového systému (CNS), neboli mozku.

V dalších evropských státech se s tímto pojmem také hodně pracovalo. V roce 1902 popsal britský lékař Frederic Still „*abnormální psychický stav*“ a u dětí zavedl pojem „*deficit morální sebekontroly*“.

1.1.2 Terminologie

V současné době se setkáváme s terminologií, která je převzata z:

- Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize, z roku 1992, neboli MKN-10.

Klasifikační schéma Světové zdravotnické organizace (The International Classification of Diseases → ICD -10) uvádí termín **Hyperkinetické poruchy**:

1. Porucha pozornosti a aktivity F 90.0
 - syndrom deficitu pozornosti
 - syndrom s hyperaktivitou a poruchou pozornosti
2. Hyperkinetická porucha chování F 90.1

- Klasifikační schéma Americké psychiatrické asociace, čtvrtá revize, z roku 1994, nebo-li DSM – IV.

Klasifikační schéma Americké psychiatrické asociace (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) uvádí termín **Syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)**

V angličtině: *Attention deficit hyperactivity disorders* – Deficit pozornosti s hyperaktivitou.

„V dnešní době dochází celosvětově k upřednostnění pojmu ADHD, nebo jen ADD před užíváním MBD – u nás LMD. Znamená to tedy, že na rozdíl od české literatury, kde doposud převládá termín lehká mozková dysfunkce, se v západní literatuře prosazují termíny více popisné, symptomatologické. (Pilařová, Kavale-Pazlarová, 1999) (in Kucharská 1999, s. 18) Hyperkinetická porucha a ADHD se částečně překrývají. Americké pojetí je širší, pro depistáž, diagnostiku, reedukaci a terapii užitečnější. Také v odborné literatuře se setkáme spíše s pojmem ADHD.“ (Train, 1997; Serfontein, 1999; Kirbyová, 1999; Riefová, 1999) (in Swierkoszová, 2006, s. 18) Michalová (2007, s. 37) se rovněž domnívá, že pro potřeby speciálně pedagogické praxe se jeví jako lepší a vhodnější použití názvu ADHD či ADD, který je krokem ke změně náhledů na problematiku ve smyslu posunu k popisu chování jako rozhodujícího a dostačujícího předpokladu pro přidělení diagnózy.

Typy ADHD

Kulišťák (srov. 2003) dále mluví o dělení ADHD do několika podtypů. Barkley (1994) našel odlišnosti mezi podtypy ADHD a předpokládá, že podtyp s nepozorností může mít primární deficit v pozornostní dimenzi zaměření – výkon, zatímco u podtypu s hyperaktivitou

představují hlavní potíže deficity v tlumení reakcí a kapacitě selektivní nebo soustředěné pozornosti. Zdá se tedy, že podtypy ADHD mohou být děleny v oblasti kognice i chování. (in Kulišťák, 2003, s. 89)

Podle Americké psychiatrické asociace v DSM-IV můžeme diagnostickou kategorii ADHD rozdělit na:

- *Poruchu pozornosti s hyperaktivitou s převažujícím deficitem pozornosti* – Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type.
- *Poruchu pozornosti s hyperaktivitou s převažující hyperaktivitou a impulzivitou* – Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, Predominantly Hyperactivity, Impulsive Type.
- *Poruchu pozornosti s hyperaktivitou, kombinovaný typ* – Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, Combined. (Pilařová, Kavale -Pazlarová, 1999) (in Kucharská, 1999, s. 18)

Barkeley (in Zelinková, 2003) k tomuto dělení ještě přidává subkategorie ADHD:

- ADHD s agresivitou;
- ADHD bez agresivity;
- ODD (Oppositional defiant disorders) tj. opoziční chování.

Michalová (2007, s. 26) ve své publikaci uvádí další typy ADHD. Podle DSM – IV dále dělí poruchy chování z věkového hlediska na:

- typ se začátkem v dětství (před 10. rokem);
- typ se začátkem v adolescenci (po 10. roce);

Dále rozlišuje poruchu podle stupně závažnosti:

- lehká (velmi málo problémů, jen těsně splňující kritéria diagnózy);
- střední;
- těžká (velmi vážné poškozování práv druhých, dokonale plní kritéria pro udělení poruchy);

1.2 Etiologie

Swierkoszová (1999, s. 20) se domnívá, že příčiny ADHD nejsou v současné době známy. Lékaři a další odborníci získávají stále více znalostí o tom, jak funguje mozek a co ovlivňuje pozornost a učení. Stejně jako u mnoha jiných poruch nelze ani u této vždy určit jednoznačnou příčinu. V současnosti se ADHD obvykle připisuje dědičnosti nebo jiným biologickým faktorům.

Blahutková, Klenková, Zichová (2005, s. 12) uvádějí, že příčiny mohou vzniknout již v *prenatálním* období vlivem škodlivin (nikotinu, alkoholu), které matka dítěte v těhotenství požívá. Dále v období *perinatálním* (při porodu), kdy v důsledku porodního traumatu dojde k hypoxii, tedy nedostatku kyslíku. ADHD může vzniknout i jako následek úrazu či traumatu, např. při dopravních nehodách. Také různé otravy, např. olovo apod., mohou způsobit vážnou encefalitidu s následnou poruchou hyperaktivity a pozornosti, a to i v *postnatálním* období. Nejrizikovější je skupina dětí mezi 12 a 36 měsícem.

Také Černá (2002, s. 28) podporuje hypotézu, že sepětí mezi odchylkami v průběhu těhotenství a porodu se syndromem LMD je statisticky prokázané, třebaže v jednotlivých případech si příčinami a zejména mechanismem jejich působení zdaleka nemusíme být jisti. Lze však říci, že abnormální okolnosti jsou v době před porodem a kolem porodu nejčastěji uváděnými v příčinný vztah s LMD. Mezi prenatální příčiny zahrnuje mnoho odborníků, např. Blažková, Heringová, Třesohlavová, Gutvirth, Machová a další, *asfyxii a nízkou porodní váhu*. Do perinatálních příčin zahrnuje Černá především v období porodu *infekce*, zejména virové (encefalitida, meningitida).

„Vznik hyperkinetické poruchy je ovlivňován jak *genetickými* (viz podrobněji 1.2.1 Vrozené dispozice), tak *negenetickými* faktory. Zevní negenetické faktory se na vzniku hyperkinetických poruch podílejí asi 20-30%. Mezi tyto faktory počítáme *perinatální komplikace a úrazy* – například předčasný protahovaný a jinak komplikovaný porod, úraz hlavy (zvláště v prefrontální oblasti). V poslední době se předpokládají i vlivy *ekologické* – zvýšený spád těžkých kovů a radioaktivity, interferující se změněnou aktivitou neurotransmiterů a sníženým průtokem krve v prefrontálním a motorickém kortexu.“ (Malá, 2000, s. 312)

Vliv *stravy* na ADHD (viz podrobněji 1.7 Jiný pohled na problematiku ADHD) zmiňuje Swirkoszová (1999, s. 20), kdy tento názor nepodporuje ani nevyvrací, protože výzkumy tento způsob interakce jasně neprokázaly.

„Psychologické teorie předpokládají, že hyperaktivita je podmíněná zejména genetickými dispozicemi k tomuto chování, avšak významně ji ovlivňuje i *způsob výchovy*. Pokud rodiče svojí netrpělivostí, nejasnými hranicemi a netolerancí stresují dítě, které má dispozice k nadměrné aktivitě, pohyblivosti a náladovosti, nemohou se utvářet správné vzory chování a komunikace. Dítě v očích rodičů selhává, je káráno a dostává se s nimi do konfliktů. Nevhodné vzory chování se u dítěte stabilizují a problémy z domácího prostředí se ve škole ještě zhoršují. Nevhodný výchovný styl rodičů nelze považovat za samotnou příčinu vzniku ADHD, avšak má podíl na posilování negativního chování a intenzitě nežádoucích projevů.“ (Zelinková, 2003, s. 196)

Řada autorů uvádí mezi příčiny *biologické / fyziologické* příčiny. „Nervový systém v průběhu celého dětství dozrává a na dosažení určitého stupně zralosti závisí rozvoj mnoha psychických funkcí. Pokud do tohoto procesu zasáhne nějaké onemocnění či úraz, dojde nejen k poškození stávajících funkcí, ale i k postižení dalšího vývoje.“ (Vágnerová, 2004, s. 118)

„Mnoho lékařů popisuje ADHD jako *neurologickou poruchu* postihující tu oblast mozku, která řídí zpracování impulzů a podílí se na třídění smyslových vjemů a na schopnosti koncentrace. Odborníci se domnívají, že může být spojena s nerovnováhou nebo nedostatečným množstvím dopaminu, chemické látky, která přenáší nervové signály.“ (Swirkoszová, 1999, s. 20) „Z výzkumu vyplývá, že u dětí s ADHD je narušena funkce přenašečů signálů mezi neurony neurotransmiterů. Látky jako dopamin, norepinefrin a serotonin ovlivňují náš způsob myšlení, cítění a mimo jiné i schopnost koncentrace pozornosti. Jsou-li dysfunkční, jako u dětí s ADHD, mohou být tyto pochody poškozeny a v důsledku toho může být vážně porušeno chování.“ (Train, 1997, s. 43) „Vysvětluje se to tak, že při soustředění náš mozek uvolňuje více přenašečů signálů mezi neurony neurotransmiterů, což nám umožňuje soustředit se na jednu věc a blokovat ostatní podněty. Zdá se, že lidé s ADHD mají těchto přenašečů málo.“ (Swirkoszová, 1999, s. 20)

Matoušek, Kroftová (2003, s. 28) také uvádějí mezi příčiny - poškození mozku, svědčí o tom studie založené na vysoce citlivých zobrazovacích postupech (pozitronová tomografie a magnetická rezonance), jež dokazují sníženou hustotu mozkové tkáně v některých oblastech a zhoršení krevního zásobování mozku. Drobné a různorodé poruchy v elektrické aktivitě mozku jsou u těchto dětí nacházeny mnohem častěji než u dětí nepostižených ADHD.

„Při EEG vyšetření se zjistilo, že funkce mozku u dětí s ADHD odpovídá funkci mozku mladších dětí, což souvisí s méně vyzrálým vzorcem mozkové elektrické aktivity.“ (Blahutková, Klenková, Zichová, 2005, s. 12)

1.2.1 Vrozené dispozice

Train (1997, s. 43) potvrzuje, že ADHD je dědičná záležitost, má tedy svůj původ v genech. Podle studie Mundena (2002) existuje řada důkazů o tom, že ADHD je porucha dědičná. U zkoumaných jedinců bylo zjištěno 25% příbuzných, kteří touto poruchou také trpí. Přitom je zde větší riziko dědičnosti po mužské linii. (in Blahutková, Klenková, Zichová, 2005, s. 12) Také Schwierkoszová (1999, s. 20) se domnívá, že se ADHD v některých rodinách vyskytuje opakovaně. „Mnoho výzkumníků dnes věří, že hyperkinetická porucha je polygenetická, vytvářena mutací více genů. Risk vzniku poruchy aktivity a pozornosti u jednovaječných dvojčat je 11 - 18krát větší než u dvouvaječných.“ (Malá, 2000, s. 312)

Matoušek, Kroftová (2003, s. 28) mluví též o dědičné složce – MZ dvojčata se v hyperaktivitě shodují téměř dvakrát častěji než DZ dvojčata.

Genetické faktory podílející se na vzniku syndromu ADHD jsou záležitostí spleťtí, dokazuje to zmínka docentky Černé (2002, s. 36), která ve své publikaci píše, že není snadné hledat genetické determinanty tak složitě podmíněného jevu, jako je chování a jeho poruchy. Bezpochyby v lidských chromozómech není jeden gen, který by byl přímo zodpovědný za chování, za jeho naprogramování. Vztah mezi geny a konečným chováním je zprostředkován hormony a enzymy, zejména těmi jež jsou účastny při přenosu nervových vzruchů, právě tak jako rozmanitými vlivy *psychickými* a *společenskými*.

Studie sledující genetické souvislosti se zaměřují na dva typy zátěže:

- psychiatrické přítěže; (výskyt hrubších psychopatologických odchylek v rodinách dětí s LMD)
- specifické přítěže (dysfunkce u postižených dětí).

1.2.2 Výskyt ADHD v populaci

Michalová (2007) uvádí, že v České republice během několika let vzrostl výskyt zhruba na 15% dětské populace. „Odhadovaný výskyt ADHD se velmi různí podle toho, jaké studie čtete a jakých se použije přístupů. Odborníci odhadují, že je postiženo 3 až 10 procent dětí školního věku, přičemž odbornou literaturou nejčastěji představené hodnoty jsou 3 až 5 procent. Velmi pravděpodobně se však jedná o podcenění výskytu vzhledem ke skutečnosti, že se u dívek ADHD často nerozpozná. ADHD se mnohem častěji objevuje u chlapců. Toto narušení postihuje jen ve Spojených státech nejméně 2 miliony dětí, v České republice by tomu odpovídalo několik desítek tisíc dětí školního věku. U dívek se častěji objevuje porucha

pozornosti bez hyperaktivity.“ (Schwierkoszová, 1999, s. 19) Malá (2000, s. 308) se shoduje na tom, že výskyt je častější u chlapců než u dívek, nejčastěji se udává poměr 6:2 (rozmezí až 8:1). To, co činí děti hyperaktivními, nepozornými a impulzivními je nedostatek vnitřní kontroly. Počet dětí s tímto problémem v první třídě široce kolísá od 2 do 10 procent. Prevalence je udávána v rozmezí od 2 do 12 procent, u konzervativnějších pedopsychiatrů od 3 do 5 procent dětí školního věku.

Munden-Arcelus (2002, s. 45) upozorňují na to, že studie, které prováděli kliničtí odborníci za pomoci DSM-IV, přinášejí vyšší hodnoty výskytu ADHD (3-5%) než studie postavené na MKN-10 (přibližně 0,5%). Dodnes se vedou polemiky o tom, že diagnostická kritéria DSM-IV jsou příliš benevolentní. Existuje však důkaz, že děti které splňují tyto podmínky, mají značný prospěch z léčby, a proto by se k ní měly také dostat.

Statistika

Ze statistických výkazů z roku 2008, které zjišťovaly počet žáků s vývojovými poruchami chování, vyplývají tyto informace. V 11 927 zařízeních bylo celkem 1460 individuálně integrovaných žáků se specifickou poruchou chování, to je tedy z celkového počtu žáků 12,24%. Z toho 208 bylo dívek a 1252 chlapců. Na prvních stupních se tato porucha týkala až 543 chlapců a 85 dívek. Na druhém stupni se už zjištěné údaje o počtu chlapců a dívek s vývojovými poruchami chování snižují, chlapců bylo 370 a dívek 62.

V roce 2008/09 patřily k nejčastěji se vyskytujícímu druhu zdravotního postižení mezi žáky základních škol zejména vývojové poruchy učení, kdy žáci s tímto druhem postižení představovali 46,2 % všech druhů postižení. Tímto druhem znevýhodnění jsou postižení výrazně častěji chlapci (71,3 %) než dívky (28,7 %). Druhým nejčastějším druhem postižení je mentální, kdy podíl žáků s tímto postižením činí 35 % ze všech druhů postižení. Také tímto mentálním znevýhodněním jsou častěji postiženi chlapci (60,1 %) než dívky (39,9 %). Nezanedbatelná čísla tvoří také *specifické poruchy chování*, které tvoří čtvrté nejčastěji se vyskytující zdravotní postižení. Tuto skupinu dětí lze zahrnout do kategorie žáků se *speciálními vzdělávacími potřebami*.

1.3 Symptomy

1.3.1 Příznaky ADHD

„Každé dítě je jedinečná bytost a příznaky i jejich stupeň tak nejsou u všech dětí s ADHD stejné. Každý vykazuje jinou kombinaci projevů chování, silných a slabých stránek, zájmů, vloh a dovedností. V dětství jsou také některé projevy chování v dané vývojové fázi do jisté míry normální. Pomoc a vhodná opatření vyhledáváme dětem, u kterých se takovéto chování objevuje velmi často, a v období, kdy je z vývojového hlediska nepřiměřené v porovnání s chováním ostatních stejně starých dětí.“ (Riefová, 1999)

Mnoho odborníků hledí na problematiku ADHD ze svého odborného hlediska, proto dochází k mnoha nejasnostem v důsledku různých přístupů. Na příklad psycholožka Zdena Michalová (2007, s. 45) jmenuje tyto příznaky:

- hyperaktivita;
- percepčně-motorická porucha;
- emocionální labilita;
- povšechný nedostatek koordinace;
- poruchy pozornosti;
- impulzivita;
- porucha paměti a myšlení;
- specifické poruchy učení;
- poruchy řeči a sluchu;
- lehké neurologické příznaky s abnormální křivkou EEG.

Jako časté projevy jsou též uváděny:

- změny nálad bez zjevné příčiny;
- zvýšená pohyblivost;
- kolísající schopnost vybavit si látku dříve osvojenou;
- nápadné obtíže v počtech;
- neobratnost v oblasti jemné a hrubé motoriky;
- porucha prostorové orientace;
- percepční vady;
- poruchy myšlení.

Z dalších poruch pak Michalová (2007, s. 46) jmenuje poruchy *senzomotorické koordinace, vnímání řeči, biorytmu a vegetativních funkcí*. Z nejnovějších výzkumů např. vyplynulo, že mezi symptomy zhoršující prognózu SPCH (ADHD) patří např. *problémy se spaním, časté bouřlivé afekty, zhoršená adaptabilita, vývojová opoždění mírného stupně na bázi hyperaktivního chování, inklinace k zvýšené úrazovosti*.

Poruchy pozornosti

Pozornost zesiluje významné podněty, zvyšuje schopnost vnímat, orientuje na ně duševní aktivitu a tlumí vnímání nedůležitých podnětů. Porucha pozornosti je klíčovým symptomem ADHD. Rozděluje se na dvě formy:

- dítě je přecitlivělé na podněty, je neschopné oddělit se do rušivých vlivů okolí;
- dítě je neschopné zaměřit a udržet pozornost, soustředit se;

Většina dětí s diagnózou ADHD trpí oběma typy poruchy pozornosti, může se však vyskytovat i jenom jedna z těchto forem. Neschopnost zaměřit a hlavně udržet pozornost je způsobena zvýšenou unavitelností CNS, která se projevuje právě zvýšenou unavitelností pozornosti. Pozornost se při změně činnosti, do které například učení jako takové *patří, rychle unaví a klesá*. Dalším jevem spojeným s pozorností je její *kolísání*. Děti s SPCH mají díky tomu velké výkyvy ve výkonech. V souvislosti s pozorností existuje také jev *perseverace*, tedy ulpívání. Dítě nedokáže reagovat dostatečně pružně a pohotově na nutnost přesunout pozornost na něco jiného.

(srov. Michalová, 2007, s. 48)

Poruchy aktivity

Dalším typickým příznakem SPCH je špatné fungování procesů podráždění a útlumu v rámci celkové aktivity organismu. U dětí s ADHD je toto zrání útlumových procesů opožděno. Dochází tak k nerovnováze. Rozlišují se dvě formy poruchy aktivity (Michalová, 2007, s. 48):

- hyperaktivní typ, který se projevuje u většiny dětí s ADHD;
- hypoaktivní typ, který znamená snížený stupeň aktivity;

„Hyperaktivita se projevuje přemírou, nadbytkem motorické (pohybové) aktivity, zvýšenou pohyblivostí a živostí, přesahující míru přijatelnou pro věk dítěte a pro jeho pohlaví. V tomto případě se ukazuje neschopnost relaxace, sedavých aktivit. Výkon pohybu je správný, ale jeho

provedení je zbrklé, nepřesné, nekoordinované. Ztráta vnitřní kontroly vede ke zhoršení důležitých mozkových funkcí, které jsou nezbytné pro schopnost soustředit se, udržet pozornost a schopnost odložit okamžitou odměnu.“ (Malá, 2000, s. 312) Na druhou stranu jsou děti s ADHD velmi rychle a snadno unavitelné. I krátkodobé soustředění je totiž stojí velké úsilí a spotřebují na ně mnoho energie. Únava se ale u některých dětí projeví překvapivě ještě vyšší aktivitou, zvýšenou pohyblivostí, vzrušivostí a podrážděností, od které není daleko k afektivnímu výbuchu nebo agresi. Děti působí zdánlivě neunavitelně, přesto je jejich nervová soustava přetížená, protože si nedokážou odpočinout. Dále se u těchto dětí projevují poruchy hrubé a jemné motoriky. Pohyby bývají nepřesné nekoordinované. Ty děti, které mají poruchu v mikromotorice očních pohybů, mívají problémy se čtením. Je-li porušena motorika mluvidel, vzniká tzv. artikulační neobratnost. V souvislosti s poruchami vnímání, paměti a pozornosti se u těchto dětí může vyvinout specifická vývojová porucha učení. (viz podrobněji kapitola 1.6.1 Specifické poruchy učení a ADHD) (srov. Jucovičová-Žáčková, 2003, s. 3)

Impulzivita

Impulzivita je nápadným projevem: celkový neklid, nespokojenost a neustálé komentáře jsou typickým znakem ADHD. Jedná se o změnu aktivační úrovně – hyperaktivitu, která se s impulzivitou těsně pojí. Impulzivita často s sebou nese negativní důsledky. Celkově je patrna neschopnost anticipace (předjímání) nebezpečí.

Problém je opět v tom, že útlumové mechanismy jsou nedostatečné. Navenek se dítě jeví jako neschopné sebekontroly. Impulzivita znamená, že dítě reaguje na přicházející podněty zcela bezprostředně, překotně a zbrkle. (srov. Michalová, 2007, s. 48) Malá (2000, s. 309) píše o impulzivitě jako o činech náhlých, ukvapených. Děti provádějí rychlé a ukvapené závěry k vlastní škodě, nejsou schopné odložit akci, jejich chování je chaotické, nepředvídatelné.

Předškolní věk

„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. Na druhou stranu se mnoho rodičů snaží být k projevům dítěte tolerantní. Domnívají se, že

hyperaktivita je průvodním znakem nadání a zvědavosti. Dělalí maximum, aby vyhověli rostoucím požadavkům dítěte, snaží se zajistit dostatek podnětů, aby rozšířili jeho obzor a využili jeho potenciál.“ (Train, 1997, s. 26)

„Úroveň pohybové aktivity u všech dětí roste do tří let jejich věku. Po tomto roce se pohybová aktivita snižuje. Nebývá to tak u dětí s ADHD. Tyto děti v kojeneckém věku často pláčou, špatně spí a neřídka nemívají rády tělesný kontakt. Největší potíže však nastávají při nástupu dětí s ADHD *do školy*. Bývají to děti, které mají sklon neustále povídat, vykřikovat, pošťuchovat spolužáky a rušit je od zadané práce. Mají tendenci chovat se roztržitě a často také zapomínají nebo ztrácejí základní pomůcky. Dostávají se do konfliktu s učiteli i se spolužáky. (Munden, 2002, in Blahutková, Klenková, Zichová, 2005, s. 13)

1.3.2 Symptomy se zřetelem na vzdělávání

Train (1997, s. 26) charakterizuje situaci, kdy dítě začne chodit do mateřské školy. Typické projevy problémového chování jsou posíleny kontaktem s ostatními dětmi a hyperaktivita, která provází děti s ADHD od narození, se střetává s jejich vrstevníky. Tyto děti se stávají často neoblíbenými a odmítanými. Ostatní děti nedokážou tolerovat jejich *neustálou aktivitu, neschopnost se soustředit a zaujatost jen svými problémy*.

„Problémové chování může mít mnoho příčin a mnoho projevů. Některé problémy jsou specifické situačně a mohou být viditelné nejen doma, ve třídě nebo jen na hřišti. Problémové chování se může objevit hlavně tehdy, když je dítě ve třídě v určité situaci, například sedí s určitými dětmi, během dlouhého vyučování, když se očekává, že bude pracovat na daném předmětu, nebo když dítě stojí před těžkým úkolem. Stejně tak se děti mohou stáhnout a přestat fungovat v situacích, kdy se cítí stresovány a ohroženy ostatními dětmi či požadavky třídy.“ (Koegh, 2007, s. 89)

„Je známo, že všechny děti musí v počátcích své školní docházky překonávat různé obtíže a že některé děti je zvládají hůře než jiné. Mnohým dětem, s ADHD, pro které je typická *nesoustředěnost* a *impulzivita*, připadají školní úkoly příliš obtížné. Jakmile zůstanou trochu pozadu, zhoršuje se jejich chování. Učitelé, kteří nerozpoznají symptomy poruchy, mohou těmto dětem zadávat nepřiměřené úkoly. Ty nejsou schopny je řešit a v důsledku toho jsou považovány za líné či nekooperativní.“ (Train, 1997, s. 77)

Z hlediska pedagogického jsou jako nejčastější symptomy uváděny:

- hyperaktivita;
- poruchy pozornosti;
- poruchy schopnosti soustředit se;
- emocionální labilita;
- percepční motorické oslabení;
- poruchy myšlení a řeči;
- neurologické příznaky.

Poruchy kognitivních funkcí

Vágnerová (2001) definuje myšlení jako proces řešení problémů. To předpokládá pochopení vztahů mezi objekty a schopnost operací s informacemi.

U tohoto syndromu se vyskytuje typická porucha *analýzy a syntézy* informací, *neschopnost selekčního procesu* usměrnit pozornost k podstatným informacím z paralelního zpracování všech podnětů. *Myšlení* dětí s ADHD je často *neobratné a neefektivní, klopýtavé a stereotypní, zabíhající k nepodstatným detailům*. Orientace dítěte v čase a prostoru se rozvíjí opožděně a nedokonale. Narušeno je i vytváření, *sekvencování a realizace plánů*. *Dítě si neumí organizovat práci, nedokončí úkol, nestrukturuje volný čas*. Narušení exekutivních funkcí znamená sníženou schopnost analyzovat své chování, vytvářet nové formy chování a řešit úkoly. Sebeřízení, sebedotazování, sebeovládání a sebemotivování je chaotické, dezorganizované. Důležitým symptomem, kterému by se měla věnovat ve škole pozornost je porucha *slovní či pracovní paměti a porucha motivace, úsilí, vytrvalosti*.

Končecová (1992, s. 64) uvádí tyto symptomy poruchy paměti a myšlení:

- slabá a krátkodobá paměť;
- nízká schopnost abstraktního myšlení;
- myšlení všeobecné, konkrétní;
- těžkosti v tvoření pojmů;
- často ulpívavé myšlení.

„Tyto děti s ADHD mají často schopnost naučit se všem dovednostem. Pokud jim však nepomůžeme udržet pozornost po tak dlouhou dobu, aby mohly určitý úkon udělat a pochopit

jej, nejsou schopné to samy zvládnout.“ (Munden, 2002, in Blahutková, Klenková, Zichová, 2005, s. 13)

Porucha pozornosti a aktivity je charakterizována *neurovývojovým opožděním*. Symptomy spojované s touto poruchou se během vývoje mění, jak porucha zasahuje různé funkční systémy. Oddálený vývoj maturace (komunikace mezi neurony) je spojen se zlepšováním prognózy po třicátém věku života. (srov. Malá, 2000, s. 313)

1.4 Dítě s ADHD v osobnostním pojetí

Helus (2004, s. 86) se dívá na dítě jako na osobnost. Tento pohled musí být nutně a především pohledem **vývojovým**. Hledět na dítě jako na osobnost, znamená zabývat se tím, jak jeho osobnostní kvality vznikají, vyvíjejí se – případně jak jsou ve svém vzniku a vývoji bržděny či deformovány. *Dítě je osobností v dynamice jejího vzniku.*

Každý člověk má celou řadu konkrétních vlastností, rysů vyznačujících se jeho jedinečností. Důležité vlastnosti osobnosti dělíme do tří skupin, které označujeme v souladu s tradicí psychologického bádání jako *schopnosti, charakter a temperament*. Temperamentový typ obtížně vychovatelného dítěte se vyznačuje spíše záporným citovým laděním, nepravidelným rytmem fyziologických funkcí, vysokou intenzitou reakcí na zevní podněty, pomalým přizpůsobováním se změnám, tendencím vyhýbat se novým podnětům. V raném věku takové dítě inklinuje k rozmrzelosti, má nepravidelný spánek, po nepříjemných zážitcích není k utišení, těžko si zvyká na novou stravu.

Podle Cotugna (1995, in Kulišťák, 2003, s. 90), který se zabýval osobnostními charakteristikami 120 dětí ve věku 5 a 6 let s diagnózou ADHD, měly tyto děti značné nedostatky ve zvládnutí zranitelnosti, ve vnímání reality. Problémy se také objevily při zpracování informací, v sebepercepci a interpersonálních vztazích, ve vyjadřování vlastních pocitů (vyhýbání se citovým podnětům) a představitosti. Pokud jsou takové děti nuceny k setkání s informací, s citovou zátěží, zakouší vysokou úroveň stresu, což se odráží v narušeném myšlení. Pokud nemají kontrolu nad situací, vykazuje jejich chování vysoký stupeň zmatenosti, dezorganizace a poruchy myšlení. Zvýšení požadavků ze strany podnětů ústí do narušení pozornosti, distraktibility a impulzivitu s nezralým vyhýbáním se vnější stimulaci. „Sociální a citová nezralost je charakteristickým rysem pro děti se specifickými poruchami chování. Tyto děti často nedokážou předpokládat sociální následky svého jednání. Proto například projevují přílišnou náklonnost vůči neznámým lidem, říkají netaktní

poznámky bez toho, aby si uvědomily případný dopad, nedokážou správně rozpoznat výrazy v obličejích lidí, na veřejnosti mohou vydávat nevhodné zvuky. Jejich dalším typickým rysem je, že nemají dostatečný vhled do toho, jak jsou vnímány. Budí zdání, že nemohou zvládnout dovednosti, jež jsou společně s ostatními od nich požadovány. V důsledku toho může být, že se z nich stávají samotáři, případně při hře vyhledávají společnost mladších nebo starších dětí. Sociální a citová nezralost je charakteristickým rysem pro děti se specifickými poruchami chování.“ (Vašutová, 2004, s. 35-36) Obvykle velmi touží po přátelích a kamarádech, snadno a rychle navazují kamarádské vztahy, ale stejně tak je i rychle pro svou nestálost ztrácejí. Druhé ruší ve hře, nedovedou se podříditi kolektivním pravidlům, chtěly by vždy vést, jejich citové reakce jsou nepředvídatelné, nálada se rychle střídá, smích i pláč v jednom ranečku“. K jejich úplnému povahovému obrazu patří *extraverze*. Jsou to děti toužící po společnosti druhých. (srov. Černá, 2002, s. 80-81).

U těchto dětí není vzácná ani frustrace, neurotizace, komplex méněcennosti, úzkosti a strach, smutek a deprese a nakonec i psychická deprivace. Proto bychom měli věnovat velkou pozornost specifickým problémům, jež se utvářejí u dětí se zvláštnostmi CNS, jako jsou děti s ADHD. Protože právě ony musí za každý drobný pokrok platit daleko větším úsilím a vykoupit jej více neúspěšnými pokusy, než ostatní děti, patřící do intaktní populace.

1.5 Diagnostika

Diagnostika dítěte s ADHD by měla být dlouhodobějším procesem, pro který jsou typické na sebe navazující dílčí projevy dítěte, z nichž se vytvoří celkové komplexní hodnocení. Účelem diagnostiky ADHD je podání objektivní informace a počáteční doporučení rodičům, pedagogickým pracovníkům, případně pracovníkům v pomáhajících profesích. Diagnostika by měla probíhat ve dvou rovinách (srov. Michalová, 2007, s. 53):

- v přirozeném prostředí;
- v poradenském prostředí;

„ADHD patří mezi tzv. *spektrální* poruchy, a to proto, že se u různých lidí vyskytuje v různých stupních závažnosti. Není jednoduché rozlišit lidi s mírnou poruchou ADHD od krajně hyperaktivních lidí. Potíž je v tom, že diagnóza ADHD se určuje velice těžko. Neexistují pro ni žádné naprosto vhodné diagnostické testy. Symptomy se různí podle věku, situace a podmínek. A navíc přítomnost jiných poruch může symptomy ADHD zakrýt, a některé symptomy ADHD se mohou naopak objevit i u jiných poruch.“ (Swierkoszová,

2006, in Malá, 2000, s. 87) Prior (1997, in Kucharská, 1999, s. 19) upozorňuje na nutnost precizní *diferenciální diagnostiky* před jakoukoliv terapeutickou intervencí. V diferenciální diagnostice je důležité ADHD odlišit od generalizované poruchy pozornosti, opozičního chování, poruch chování, emočních problémů, obtíží v chování a kombinovaných poruch. Ovšem podobné příznaky ADHD se mohou objevit i u posttraumatických stresových poruch: ztráta blízké osoby, sexuální zneužívání, týrání, rozvod rodičů, změna školy, přestěhování, dysfunkční rodinné zázemí, předčasná separace od matky, deprese matky v raném věku dítěte, pocity nedostačivosti vůči sourozencům atd. Odborníci by měli brát v úvahu i to, že traumatické zážitky znamenají eventuální zhoršení již existujících příznaků, popřípadě objevení se dalších obtíží. Diagnózy ADHD se jeví jako velmi různorodé nejen pro různý podíl příčinných souvislostí u jednotlivých případů, ale i pro rozsah, v jakém se spojují s různými typy dětské psychopatologie.

Michalová (2002, s. 52) mluví o tradičním přístupu k diagnostice u nás. Přistupuje se zde ke specifickým poruchám chování jako k lehkým mozkovým dysfunkcím ve smyslu vývojového opoždění, k němuž dochází především v oblasti intersenzorické a senzomotorické integrace a koordinace. V tom případě je diagnostika zaměřena i na příznaky v oblasti motoriky a funkcí vnímání, nejen na hodnocení poruch v regulaci a integraci chování. Znamky oslabení nervového systému se mohou projevovat určitými vývojovými opožděními za normou příslušnou danému věku. Protože SPCH jsou nejčastěji vrozené – zděděné, získané při porodu či obojí, lze jejich příznaky pozorovat často už od narození.

K přesné diagnostice je třeba nejprve dítě podrobně psychologicky vyšetřit. Způsob intervence tedy bude záviset na povaze faktorů, které nežádoucí chování udržují. Je důležité věnovat pozornost afektivním, kognitivním a behaviorálním funkcím dítěte, a to jak na obecné úrovni, tak ve vztahu ke konkrétnímu případu odmítání školy. Většina odborníků využívá celou škálu metod, sezení individuální i s celou rodinou, sebehodnotící dotazníky, včetně interview s dítětem. Posouzení dítěte prostřednictvím jiných osob např. rodičů a učitelů, deník zaznamenávající pocity a chování, posuzování chování dítěte v domácím a školním prostředí a hodnocení rodinné dynamiky. (srov. Elliott, 2002, s. 44) Jak uvádí Kent (1997, in Kucharská, 1999, s. 20) existuje velmi málo dětí diagnostikovaných jako ADHD před vstupem do školy. Této poruše v předškolním věku věnují malou pozornost jak odborníci, praktičtí lékaři, tak i pedagogové a rodiče. Kent tvrdí, že ADHD může být diagnostikováno u dětí již ve věku dvou let. Autor jmenuje deset rizikových faktorů (resp.

symptomů), které pokud se jich vyskytne více najednou, mohou signalizovat rodičům i odborníkům, že by dítě mladší šesti let mohlo být diagnostikováno jako ADHD či ADD.

Munden – Arcelus, (2002, s. 19) se řídí diagnostickými kritérii ADHD podle **DSM-IV a MKN-10** (Příloha č. 1, 2). Tito autoři přiznávají, že mezi těmito diagnostickými kritérii existují značné rozdíly v řadě uváděných příznaků, nezbytných pro stanovení diagnózy. Ačkoliv se mohou zdát tyto rozdíly nepatrné a snad ne příliš významné, klinický výzkum a praxe ukázaly, že tomu tak není. Hlavní rozdíl mezi klasifikačními systémy, týkající se Hyperkinetického syndromu (MKN-10) a ADHD (DSM-IV) je z praktického hlediska takový, že větší skupina mladých lidí, která splňuje méně přísná a mnohem širěji definovaná kritéria DSM-IV, trpí symptomy, které znamenají potencionální omezení. Tyto symptomy se však nemusí vejít do měřítek o něco přísněji stanovených kritérii podle MKN-10. Tudíž hrozí nebezpečí, že část dětí s určitým postižením (splňující kritéria DSM-IV, nikoli však kritéria MKN-10) bude ochuzena o účinnou terapii a náležitá opatření.

Vedle kritérii DSM-IV a kritérii MKN-10, která jsou přizpůsobena pro potřeby škol, se používají škálovací metody např. *Huntové, Connersové škála pro rodiče a učitele, Du Paulova škála dětského chování, Goodmanův dotazík předností a slabostí* atd. Tyto testovací škály dávají lékařům širší náhled na funkční úroveň dítěte a může z nich vyplynout potřeba vzít v úvahu další nebo jiné diagnózy. Z anamnestických dat jsou významné údaje o průběhu těhotenství a perinatální hypoxii. Významná jsou zjištění zejména o výskytu hyperkinetického syndromu a komorbidních poruch u příbuzných členů rodiny. (srov. Munden – Arcelus, 2002, s. 66)

Diagnostika dotazníkem

Dotazník poskytuje informace rodičům a učitelům. Upozorní, je-li nutné vyhledat pomoc odborníka. *Dotazník k diagnostice Colina Terrela* zjišťuje charakter interakcí dítěte s jeho vrstevníky, rodiči, příbuznými a učiteli. Respondenti označí křížkem pouze takové chování, které se u dítěte vyskytuje:

- v nadměrné míře;
- častěji než u dětí stejného věku;
- pravidelně v posledních 6 měsících;
- jako přetrvávající způsob chování k rodičům, příbuzným, vychovatelům a učitelům;

Pokud dítě splňuje podmínky dvou kritérii, mělo by být vyšetřeno. První kritérium poukazuje na 1. *Syndrom ADHD s převažující poruchou pozornosti*, 2. *Syndrom ADHD s převažující složkou hyperaktivního, impulzivního chování*, 3. *Syndrom ADHD smíšeného typu*. Alan Train

je autorem *Popisu ADHD*, který nabízí podrobný popis ADHD, podle něhož určíme míru postižení. Rozlišujeme tři hlavní symptomy:

- porucha pozornosti;
- impulzivita;
- hyperaktivita; (srov. Swierkoszová, 2006, s. 39)

Munden (2002, s. 66) nezapomíná ani na **objektivní výkonové testy** – například *Gordonův diagnostický systém*. Ten je vytvořen jako počítačová hra, pomocí které se hodnotí schopnost dítěte ovládat impulzy, těkavost a pohotovost k reakcím.

Michalová (2007, s. 56, 57) zařazuje do diagnostiky i *psychologické testy, EEG a zobrazovací metody vyšetření mozku*.

Psychologické testy

Testů, které poukazují na specifické poruchy chování, je celá řada. Existují specializované testy na pozornost, na výdrž, na krátkodobou paměť. Důležité je vyšetření inteligence. Pro diagnostiku jsou nejvhodnější komplexní testové baterie, především WISC-3. Tento test může naznačit, zda jde o organickou poruchu či nikoli.

EEG a zobrazovací metody vyšetření mozku

Elektroencefalografické (EEG) vyšetření může odhalit přítomnost nežádoucích pomalých frekvencí mozku včetně jejich lokalizace. Evokované potenciály jsou testem funkční pohotovosti mozku reagovat na zrakové, sluchové, ale i kognitivní podněty. Kvantitativní EEG a jeho zobrazení (tzv. brain-mapping) umožňuje porovnat záznam jedince s normativními hodnotami. Kvalitativní, klinický rozbor EEG může odhalit i závažnější abnormity. U určité části dětí s ADHD se vyskytují některé znaky záchvatovité, epileptické aktivity, i když nikdy záchvat neměly.

Z dalších metod vyšetřování mozku jmenujme *SPECT* (Singel Photon Emission Computerized Tomography), která zjišťuje průtok krve v jednotlivých oblastech mozku. *Pozitronová emisní tomografie* (PET) diagnostikuje místní prokysličené jednotlivých partií mozku v klidovém stavu i činnosti.

Munden (2002, s. 64) upozorňuje, že bychom v diagnostice ADHD neměli zapomenout ani na **tělesné vyšetření**. Lékař by se měl zejména zaměřit na známky neurologických abnormalit, například neobratnost či potíže s koordinací, známky motorických tikových poruch nebo Tourettův syndrom, a na příznaky onemocnění srdce, krevního oběhu, ledvin nebo jater, jež by mohly být důležité pro stanovení léčby nebo diagnózy. Mezi významná

šetření patří i **pozorování dítěte**, a to přímo ve třídě jako součást vyšetření školního psychologa.

Diagnostický proces předpokládá spolupráci učitelů a rodičů, pro finální stanovení diagnózy jsou důležitá vyšetření lékařská, psychologická, logopedická a vyšetření dalších specialistů. Léčba samozřejmě záleží na důkladné diagnóze. Je nutné zamyslet se nad každým dítětem individuálně a nedržet se pouze doporučení platných pro všechny děti s ADHD.

1.6 Přidružené obtíže a poruchy

Je běžné, že symptomy jednotlivých poruch se prolínají. U dětí s hyperkinetickou poruchou je v 50 – 80 % charakteristický současný výskyt více přidružených nemocí k základní diagnóze, tzv. komorbidita. Např. u dítěte s emočními problémy se často vyskytují poruchy chování nebo opoziční tendence. Malá ve své kapitole Kombinované poruchy (2000, s. 313) uvádí, že až 40% hyperkinetických dětí má poruchu chování, která v 50% přechází do dospělosti (ADHD-RT, retardovaný typ). Tento typ má diagnostickou „nálepkou“ porucha osobnosti (nejčastěji asociální a emočně nestabilní). Paclt (2007, s. 20) má za to, že až 44 % dětí s ADHD trpí nejméně ještě jednou další psychickou poruchou, 32 % trpí dvěma dalšími poruchami a 11 % dokonce třemi či více.

Poruchy pozornosti a aktivity jsou rizikovým faktorem pro další psychiatrické a psychosomatické poruchy, můžeme do nich zahrnout i zneužívání návykových látek, noční enuréza, tzn. bezděčné noční pomočování u dítěte staršího pěti let, tikové poruchy, narušení plynulosti řeči (balbuties), strabismus, somatické a koordinační pohybové problémy, neobratnost a alergie. Train (1997, s. 39) se dále zmiňuje o souvislosti mezi hyperaktivitou a příliš aktivní štítnou žlázou. Impulzivita může být příznakem tzv. Tourettova syndromu, tzn. neurologická porucha, která se vyznačuje tiky, nechtěnými výkřiky a nutkáním ke klení. Dítě se specifickými poruchami učení mívá zase emoční problémy, které se mohou projevit opozičním chováním či jinými poruchami chování. Ve skutečnosti však existuje mnoho složitých zdravotních stavů, které se navenek projevují nevhodným chováním

Přidružené chronické potíže a častější úrazy zvyšují tlak na dítě, který je už tak velký. Také rodiče a celá rodina jsou pod poměrně velkým a zdlouhavým nátlakem. Toto narušení představuje zátěž nejen pro psychiku všech členů rodiny, ale také obtíže ve finanční, časové a organizační oblasti, které jsou spojené s konzultacemi, vyšetřeními, terapiemi a speciálními pomůckami. Pro budoucí práci s dětmi s ADHD je dobré si uvědomit tuto propojenost

a nesnažit se o umělé zjednodušení problému na jeden typ poruchy. Každé dítě s problematickým chováním by mělo projít lékařským vyšetřením, a to z toho důvodu, že tyto projevy mohou souviset s jeho zdravotním stavem. (srov. Train, 1997, s. 39) Proto tato porucha vyžaduje nejen multidisciplinární přístup v terapii i rehabilitaci, ale také spolupráci všech učitelů, vychovatelů a osob, které s dítětem pracují. Jejich úkolem by mělo být vzájemné předávání si důležitých informací o dítěti a následná dohoda na společném plánu edukace.

1.6.1 Specifické poruchy učení a ADHD

Názory odborníků na spojitost specifických poruch učení (dále jen SPUCH) a ADHD se liší. Většina uvádí, že se jedná o poruchy na sobě nezávislé, přičemž se obě postižení mohou vyskytovat současně. Jedinci u nichž se obě formy poruch objeví zároveň, musí podstoupit reedukaci zaměřenou na úpravu poruchy učení i chování. Dílčí zlepšení v jedné oblasti pozitivně ovlivní oblast druhou. (srov. Všetulová, Wágnerová in SPUCH, 2007, s. 85) Specifická vývojová porucha učení je častým důvodem, proč průměrně i nadprůměrně nadané dítě zaostává ve výuce za svými spolužáky. Barkley (1998, in Michalová, s. 58) upozorňuje na souvislost nedostatečné citlivosti vůči thyroidovému hormonu (RTH). Vyskytuje se téměř u 70% populace s ADHD a u 64% populace s SPU. Domnívá se, že spojitost mezi SPCH a SPU nevzniká na bázi organického poškození, ale na bázi genetické predispozice. „Obtíže ve vnímání, v motorice, poruchy dynamiky základních nervových procesů podráždění – útlum, hyper- či hypoaktivita, poruchy koncentrace pozornosti, nerovnoměrný vývoj rozumových schopností, který se u jedince může pohybovat třeba od slaboduchosti až k vysokému nadprůměru a další pestrá paleta obtíží tvořící syndrom LMD má za následek často i školní selhávání.“ (Černá, 2002, s. 121) Dalo by se říci, že charakteristickým znakem těchto poruch je nápadný nepoměr mezi dílčí schopností a schopnostmi ostatními. Značná část dětí má potíže se čtením a psaním, což je v dnešním systému vzdělávání značně znevýhodňuje. Opakující se neúspěchy bývají příčinou rezignace dítěte na učení, a to i v oblastech, kde by mohlo být úspěšné.

Jak již bylo řečeno, nejčastěji bývá postížena schopnost naučit se číst a psát. Jedná se o tzv. *vývojovou dyslexii*¹, *dysortografii*², *dysgrafii*³. Méně častá je *dyskalkulie*⁴, dále pak

¹ Narušená schopnost číst.

² Problémy v porozumění a aplikaci pravopisu.

³ Narušená schopnost srozumitelně psát,

*dyspinxie*⁵ a *dysmúzie*⁶ atd. Tyto nedostatky však závažněji nebrání člověku v sociálním uplatnění. (srov. Černá, 2002, s. 121)

Spojivosti mezi poruchou chování a dyslexií si povšimnul i prof. Matějček (1993, s. 94). V Kapitole Dyslexie a delikvence uvádí, že čtení má u těchto problémových dětí v průměru znatelně nižší úroveň než v běžné dětské populaci. Vyskytuje se zde nápadně vysoký počet jedinců, které je možno označit za dyslektiky. Jeho vlastní zkušenost z dětské psychiatrické léčebny v Dolních Počernicích je taková, že první pacienti, u nichž byla zjištěna dyslexie, nepřicházeli s touto diagnózou, nýbrž byli přijímáni pro poruchy chování a neurotické obtíže. Většina těchto dětí zapadala do obrazu LDE (Lehké dětské encefalopatie).

Zlepšování prognózy věkem platí i o nejčastějších komorbidních poruchách, které mohou též vyplývat z nezralosti CNS – specifické vývojové poruchy motorické funkce a školních dovedností.

1.7 Jiný pohled na problematiku

Vliv stravy

Spojování příznaků ADHD s určitým složením stravy a s alergiemi na jídlo stále vyvolává v lékařských kruzích spory. Ale příčinné spojení tohoto syndromu se způsobem stravování se jasně neprokázalo. Zmíněná teorie má však řadu zastánců. (srov. Riefová, 2007, s. 20) Každý člověk je individuální, nejen ve své osobitosti, povaze, nýbrž částečně i v látkové výměně a reakcích na různé látky. Jsou lidé, kteří například reagují citlivě na všechny citrusové plody, jiní nesnášejí pomeranč, avšak ostatní citrusové plody mu nezpůsobují obtíže. Proto je enormně obtížné podat přesné vědecké údaje. Dr. Calatinová (in, Sulzeberger, 2008, s. 22) píše o anglickém neurologovi, který zkoumal ve studii příčinné souvislosti mezi potravinami/přídavnými látkami a hyperaktivitou. Výzkum probíhal ve třech fázích, dítě při něm muselo držet takzvanou hypoalergenní dietu⁷. Ukázalo se, že u 80% dětí dieta pozitivně změnila chování. Asi u třetiny dětí se chování zcela znormalizovalo, u ostatních výrazně zlepšilo. Obzvlášť zajímavý je seznam přídavných látek a potravin, které se v testech ukázaly jako spouštěče hyperaktivního chování. Například 79% dětí reagovalo na

⁴ Porucha matematických schopností.

⁵ Dítě není schopné něco nakreslit.

⁶ Narušená schopnost hudebnosti.

⁷ To znamená, že potraviny známé jako alergizující byly vyloučeny.

barviva a konzervační látky, 64% na kravské mléko, 59% na čokoládu, 49% na pšenici, 39% na vajíčka atd. (srov. Sulzberger, 2008, s. 22) Kromě výše zmiňovaných látek a potravin víme už o mnohých dalších látkách, které mohou vyvolat v mozku hyperaktivních dětí reakce, jimiž se vyznačuje tato diagnóza. Všem vévodí cukr a vliv krevního cukru na mozkovou aktivitu – cukr je nejzávažnější a současně se před ním nejhůře ubráníme. Mnohé studie podávají hypotézy o alergiích na určité látky, jako je fenylthylamin nacházející se v čokoládě, tyramin obsažený v sýrech, glutamát sodný používaný jako konzervační přísada do mnoha potravin, umělá barviva přidávaná do limonád. Přesto jsou Matoušek-Kroftová v těchto tvrzeních opatrní, protože dále říkají, že vliv potravy má prokazatelný význam jen u několika málo procent hyperaktivních dětí. (srov. Matoušek-Kroftová, 2003, s. 28)

Pohled do minulosti

Thom Hartmann (1993, in Cagáš-Kocábová, 2005, s. 33) představuje zastánce netradičního pohledu na ADHD. Mluví o tzv. *evoluční adaptaci*. Domnívá se, že jedinci s ADHD jsou potomky pravěkých lovců, kteří velmi dobře prosperovali v původním prostředí. Povahové rysy a projevy, které jsou v současnosti odborníky vnímány jako nevhodné, se v původním prostředí hodily k úspěšnému lovu. Lovci byli flexibilní, schopní měnit strategii podle požadavků prostředí, které neustále prozkoumávali. Zlomovým bodem byla podle Hartmanna zemědělská revoluce – progresivní nový způsob hospodářství vyžadoval zcela jinou osobnost než riskujícího, vzrušení lovu vyhledávajícího jedince s ADHD. Zemědělec musel být uvážlivý, plánovitý, vytrvalý, schopný vykonávat i nezajímavé činnosti. Tyto vlastnosti se začaly šířit, a jedinci s ADHD z populace postupně mizeli, až jejich počet dospěl k současné hodnotě. Mezi stoupence Hartmannovi teorie můžeme zahrnout i Mundena (2002, s. 49), ten se dívá na celou situaci z evoluční perspektivy. Naše současné školní prostředí může být pro lidi s ADHD už jen stěží méně kontraproduktivní. Postupnou změnou školního prostředí je možné významně změnit vzorce chování a projevy dítěte, tedy člověka se „schopností reagovat“. Označíme-li dítě s poruchou ADHD slovy „vyhledávající zkušenost, ostražitě a zvědavé“ a přizpůsobíme-li prostředí jeho schopnostem, mohou je rodiče a odborníci naučit situaci ve škole lépe zvládat.

Hartmannova teorie má řadu odpůrců, mezi které patří Goldstein, Barkley a Matějček, ti se přiklání spíše k názoru, že hlavní příčinou jsou poruchy organického či traumatického původu (hypoxie při porodu, postižení pravého frontálního laloku atd.) ADHD tedy asi není

adaptabilní jako celek, ale jednotlivé geny, které poruchu spolupodmiňují, byly pravděpodobně prospěšné pro přežití.

Pohled do budoucnosti

Název-děti nového věku- je odvozen od indigové životní barvy. Tato barva je jen jedním z charakteristických znaků nových dětí, o kterých se nyní hovoří v souvislosti s barvou aury, jako životní barvy. Autorka Carolina Hehencamp (2001, s. 18) popisuje novou generaci dětí, které vykazují velmi podobné symptomy jako hyperaktivní děti. Indigové děti se vyznačují nejen nekomformností, ale i neustálou potřebou vědění, orientované jsou zejména technicky. Často ve třech letech chápou fungování počítače, mluví jako dospělí a nenávidí, když s nimi někdo jedná z pozice nadřazeného. Indigové děti mohou být vysoce inteligentní, a přesto mají špatné školní výsledky, když je pro ně výuka nezajímavá a nepodnětná. Zdá se, že indigové děti vyžadují na rodičích úplně jinou techniku vedení než doposud.

2 Výchova a vzdělávání žáků s ADHD

Děti s ADHD ve škole často selhávají, a tím se mohou ještě upevňovat a posilovat nežádoucí vzorce chování a adaptace, které následně vedou nejen k nižší školní úspěšnosti, ale i k výše zmíněným celoživotním obtížím. Škola a školní prostředí tak z hlediska dítěte s ADHD hraje jistým způsobem citlivější roli než u dítěte bez ADHD. Počátek školní docházky z hlediska dítěte i jeho rodiny je zásadním životním mezníkem. Škola, školní adaptace a úspěšnost pak představuje z hlediska celoživotní úspěšnosti naprosto zásadní a v naší společnosti nenahraditelný prvek. Selhání v této oblasti může ovlivnit nejen rozvoj dětské osobnosti a prožití celého zbývajících dětství, ale způsobit i závažná životní selhání, a to ve smyslu nižší schopnosti sociální adaptace, nebo dokonce trestné činnosti a delikvence. (Barkley, Murphy, 1998, in Paclt, 2007, s. 119)

2.1 Systém edukace žáků s ADHD

Edukaci dětí s ADHD u nás zajišťují běžné základní školy, specializované třídy při běžných základních školách nebo speciální školy. Těmto institucím a rodičům pomáhají a poradenství zajišťují různá zdravotnická a školní pracoviště jako např. pediatrie, oddělení dětské neurologie, dětské psychiatrické ambulance, logopedické ambulance, dále odborníci v pedagogicko-psychologické poradně, ve speciálně pedagogickém centru, středisku výchovné péče (jestliže jsou přidružené závažnější výchovné, emoční a sociální problémy) nebo poradny pro rodinu, manželství, mezilidské vztahy a řada neziskových organizací a sdružení.

2.1.1 Legislativa

Děti s ADHD/ADD patří do kategorie vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, které se plní v souladu s příslušnými ustanoveními *zákona č. 561/2004 Sb. (Školský zákon), vyhláškami č. 73/2005 Sb., č. 72/2005 Sb., č. 48/2005 Sb. a metodickým pokynem MŠMT ke vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování*. Dítětem, žákem a studentem se **speciálními vzdělávacími potřebami** je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. ADHD/ADD patří do skupiny specifických poruch chování, které děti začleňuje mezi osoby

se zdravotním znevýhodněním. Tito žáci mají právo na vzdělávání, jehož *obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem*, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. (Školský zákon č. 561/2004 Sb. § 16).

Podle *Metodického pokynu MŠMT ke vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování č. j. 13 711/2001-24* se za žáka se specifickými poruchami učení nebo chování považuje žák, u kterého se specifická porucha projevuje v oblasti učení motorických dovedností, nebo matematických dovedností, nebo jazykových dovedností včetně písemného projevu nebo žák se specifickými poruchami v oblasti sociálních dovedností, tj. chování. Tento metodický pokyn dále udává výčet podrobností organizačního zajištění a postupů při vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování v ZŠ, specializovaných třídách ZŠ, ve speciálních školách, ve SŠ a vyšších odborných školách. Jsou zde údaje o vedení dokumentace, hodnocení a známkování žáka a vytyčuje cíle a úkoly poradenského zařízení. Diagnostiku specifických poruch chování provádí PPP nebo SVP.

Pro žáky a studenty se zdravotním postižením a znevýhodněním, tedy i žáky s ADHD, se při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování vyvodí a doporučí vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení či klasifikaci žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze znevýhodnění či postižení. Ředitel MŠ, ZŠ, ZŠ speciální a praktické, SŠ a VOŠ může se souhlasem krajského úřadu ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami, zřídit funkci *asistenta pedagoga*. V případě žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení (Školský zákon č. 561/2004 Sb. § 16). Asistenta pedagoga je pro žáky se zdravotním postižením a pro žáky se sociálním znevýhodněním. To popisují *Informace MŠMT k zabezpečení vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami s podporou asistence č. j. 14 453/2005-24*. Asistent pedagoga znamená podpůrnou službu, umožňující kvalitnější vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Individuální zařazování dětí a žáků do běžných typů škol a podmínky pro práci v integrované třídě jsou uvedeny ve *vyhlášce č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky*. Oblast zabývající se speciálními školami a specializovanými třídami je obsažena ve *vyhlášce č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*. Přípravu podmínek pro začleňování žáků se specifickými poruchami chování,

koordinace služeb jim určených, poradenství a preventivní práci s třídou řeší *vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*.

2.1.2 Kurikulum

Kurikulum, neboli obsah, metodika a cíl vzdělávání je na základních školách vymezen studijními plány a učebními osnovami. V momentální situaci se uskutečňuje kurikulární reforma v podobě *Rámcově vzdělávacího programu*, který představuje státem stanovené minimum, podle něhož si každá škola připravuje svůj školní vzdělávací program. Ten bude jedinečný a bude škole nejlépe vyhovovat. Cílem je, oproti pasivnímu přijímání informací, klást důraz na aktivitu při studiu a vyhledávání informací.

Pokud je diagnóza ADHD potvrzena psychiatrem, psychologem apod., může být u dítěte doporučena integrace. V důsledku toho obdrží škola tzv. zvýšený finanční normativ na integrované dítě, ze kterého je financována speciální péče o žáka. Předpokladem je vypracování individuálního vzdělávacího plánu. (srov. Munden-Arcelus, 2002, s. 99) Za pomoci individuálního vzdělávacího plánu je škola schopna pro dítě se speciálními vzdělávacími potřebami diferencovat kurikulum přizpůsobené jeho možnostem a potřebám. *Individuální vzdělávací program* (dále jen IVP) se řídí dle §18 školského zákona č. **561/2004 Sb.** a dle §6 vyhlášky č. **73/2005**. IVP je součástí dokumentace žáka a stává se podkladem pro uplatňování požadavku ředitele školy na navýšení finančních prostředků. Můžeme tedy mluvit o *zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka*. IVP vypracovává třídní učitel nebo učitel vyučovacího předmětu. Pro něj upravuje organizaci a obsah vzdělávání žáka ve spolupráci s poradenským zařízením, tj. speciálně pedagogickým centrem či pedagogicko-psychologickou poradnou nebo střediskem výchovné péče. Případně ve spolupráci s výchovným poradcem, školním speciálním pedagogem, školním psychologem a zákonným zástupcem žáka a se spoluúčastí žáka, pokud nabyl zletilosti. Dále je kopie zpracovaného IVP zaslána příslušnému poradenskému zařízení. Jmenovaný dokument je utvořen ze závěrů speciálně pedagogického a psychologického vyšetření, z učebních dokumentů a doporučení odborného lékaře žáka, s ohledem na názor zákonného zástupce žáka, příp. zletilého studenta.

Vedení školy by mělo reagovat kladně na žádosti učitelů o pomoc. Vhodná opatření mohou pomoci dětem setrvat ve škole, a proto by je vedení mělo zajistit všemi možnými prostředky. Dítěti s ADHD bude možná nutné zajistit pouze dočasné vyučování, kdy ve škole

stráví pouze poloviční počet hodin nebo odloučení do jiných prostor ve škole i mimo ni. V některých případech, pokud škola nemá k dispozici podpůrný personál (výchovného poradce, speciálního pedagoga nebo školního psychologa), bude muset s rodiči jednat přímo ředitel školy nebo třídní učitel. Oni by pak měli doporučit psychologická, školní a lékařská vyšetření, aby dítěti zajistili vhodnou terapii (srov. Riefová, 1999, s. 29).

2.2 Edukace žáka s ADHD v ZŠ

Škola a školní prostředí představuje z hlediska dalšího životního vývoje dítěte zcela zásadní mezník. Proto by měla být věnována maximální pozornost dítěti s ADHD, aby se dokázalo do školního procesu úspěšně začlenit. (srov. Paclt, 2007, s. 121) Problematika výchovného působení v rámci vyučovací hodiny je poměrně specifická a klade vyšší nároky na pedagoga i na dítě. Ačkoliv je řada rizikových faktorů prakticky neovlivnitelná, existují preventivní opatření, která vzniku ADHD mohou předcházet, nebo alespoň následně zmírňovat jeho projevy. V této souvislosti nalezneme v odborné literatuře celou řadu informací a postupů, které se prevence problémového chování dětí s ADHD ve třídě týkají. Určité návrhy a doporučení můžeme nalézt například u Riefové (1999, s. 31-39), která apeluje na učitele slovy: „Děti se specifickými poruchami chování a učení potřebují zvláště takovou třídu, která je strukturovaná, a nikoliv chaotická. V prostředí své třídy se potřebují cítit bezpečně a zároveň musí přesně vědět, co se od nich očekává z hlediska učení a chování.“

Mezi nejdůležitější zásady při práci s dítětem s ADHD řadí:

- vytvořit třídní řád;
 - pravidla by měla být jasná, jednotná a nemělo by jich být příliš mnoho
 - stanovená pravidla žákům odůvodnit, předvést, vyvěsit na viditelném místě
- asertivní kázeň
 - jasná dohoda o následcích dodržování nebo nedodržování pravidel
např. barevné karty, označené karty, barevné řetězy, smajlíci atd.;
- pozitivní posilování (zpevňování)
 - pochvala, uznání, odměny (jednoduché, drobné);
 - odměny ve formě: určitých výsad, her, poslechu hudby, práce s neobvyklými pomůckami, vymazání špatné známky, vymazání domácího úkolu atd.;
 - vyhledávat specifické případy, kdy se žák chová podle žádoucích pravidel chování;

- vytvořit pobídky při vyučování
 - za dobrou práci v hodině motivovat zvláštními podněty (body, lístky, žetony,...)
- preventivní signály správného chování
 - krátké vzkazy, barvy na semaforu, domluvené signály žáka s učitelem;
- sepsat s žákem smlouvu o správném chování
 - podpora výchovného poradce, speciálního pedagoga či školního psychologa;

Další způsoby reedukace uvádí např. Zelinková (2003, s. 24). Spolužákům a kamarádům je třeba přiměřenou formou vysvětlit podstatu obtíží. Nelze dopustit, aby dítě bylo pro své obtíže izolováno od ostatních. Musíme hledat příležitosti, aby se cítilo součástí kolektivu a zapojovalo se do aktivit ve třídě.

Výchozím předpokladem pro práci s dětmi s ADHD jak uvádí (Blahutková-Klenková-Zichová, 2005, s. 21) je *individuální přístup*. Každé dítě je jiné a má své specifické potíže, na které je nutno různým způsobem reagovat. Při školní práci je třeba děti *neustále povzbuzovat a využívat fyzického kontaktu k tomu, aby cítily náš zájem a oporu*, kterou v nás mají. Na druhou stranu, jak píše Zelinková (2003, s. 24) musí dospělý jednoznačně stanovit mantinely, které je třeba dodržovat. *Jednoznačně vytyčená pravidla* přispívají k pocitu bezpečí, který je důležitý pro další vývoj. Dítě musí mít pocit, že mu dospělí chtějí pomoci, že mu rozumějí. Pokud ho káráme, musí vědět, že náš vztah k němu se nemění, pouze se nám nelíbí, co právě provedl. Nezbytnou součástí je i dohoda s rodiči, že zajistí pravidelný denní režim, dostatek spánku, zdravou stravu, pravidelnou přípravu na vyučování v klidném prostředí a účast v zájmové činnosti.

Munden (2002, s. 98) doporučuje další opatření, která mohou pomoci. Jedním z nich je *mírně dítěti ulevit, třeba tím, že ho pošleme něco zařídit*, když při výuce ztrácí energii, nadšení. Nebo poskytnout častější přestávky a příležitosti k pohybu. Učitel také může velmi pomoci, pokud dítě *podpoří v aktivitách, které mu pomohou zvednout sebevědomí a zlepšit sociální dovednosti*. Co se týče zadávání úkolů a práce s nimi, je důležité vést žáky k dokončení započaté práce a *důslednému dokončení úkolu*. Učitel může upozornit žáky, že se blíží konec hodiny nebo že vypršel čas, blikáním baterky, spuštěním časového spínače, připevněním značky na tabuli či zapnutím nahrávky s klidnou hudbou. Dalším doporučením je *rozdělit obsáhlé úkoly na dílčí kroky*, to umožní žákovi lépe si rozvrhnout čas a program své činnosti. Je doporučeno zavést sešit, kam si bude žák zapisovat zadané domácí úkoly a učitel by měl zápis pravidelně kontrolovat. (srov. Swierkoszová, 2006, s. 54; Munden, 2002,

in Blahutková, Kleková, Zichová, 2005 s. 14). Respektování způsobu učení představuje další zásadní prvek. Pro většinu dětí s ADHD je charakteristický tzv. *globální styl učení*. Informace a úkoly by se měly podávat jako celek. Učitel by měl také dbát na to, aby jeho styl učení nevykazoval stereotypní prvky, měl by do výuky zahrnovat *praktické a názorné ukázky*, modely, fotografie atd. Instrukce, které přicházejí od učitele, by měly být stručné, srozumitelné a hlavně splnitelné. Musejí obsahovat pouze několik kroků, při kterých by měl dospělý udržovat oční kontakt. Dítě zadání úkolu zopakuje, aby bylo zřejmé, že ví, co má dělat. Po jejich zadání se musejí vytvořit podmínky, ve kterých dítě nebude rušeno dalšími podněty.

Dalším faktorem, který hraje důležitou roli ve výchově žáků s ADHD je *změna prostředí*. Dítě s ADHD může být inteligentní, ale má problémy s vnímáním a zapamatováním informací. Ve velké a hlučné třídě je pro ně mnohem obtížnější rozumět, co učitel říká. Potřebného stupně péče lze dosáhnout vhodnou organizací ve třídě a příznivým poměrem počtu žáků na učitele. Riefová (1999, s. 216) doporučuje poskytnout žákovi více pracovního prostoru, omezit vizuální rozptylující podmínky, uspořádat třídu s ohledem na různé styly učení, zhasínat světla, k uklidnění a odpočinku žáků využívat během určitých období dne hudbu, pro práci v lavicích využívat studijní kouty nebo studijní kabinky, lavice s přepaženým prostorem. Swierkoszová (2006, s. 54) dodává k tomuto ještě *úpravu lavice*, aby vznikl větší prostor pro nohy a větší pracovní plocha (pracovní deska). Dále doporučuje polštářky na sezení nebo volba jiné židle. Někteří žáci se cítí na tvrdé židli nepohodlně. Nezbytnou součástí třídy by měl být studijní koutek pro žáka, který se nechá snadno rozptýlit. Abychom předešli rozptýlenosti žáka, dbáme na to, aby udržoval pořádek na lavici (tzn. i pořádek v hlavě) a poskytneme mu žmoulátko, aby měl ruce zaměstnané a přitom ještě cvičil jemnou motoriku ruky.

Prvním předpokladem úspěšné intervence je *aktivní přístup*, který zaměřuje pozornost na konkrétní problémy v chování žáka a hledá jejich souvislosti. Aby se podařilo identifikovat nejvíce zatěžující projevy a podmínky, které s nimi souvisí, doporučuje Vojtová (2007, s. 163), aby si učitelé popř. i rodiče zaznamenávali své postřehy a mohli se k nim vracet a vyhodnocovat je. Díky tomu mohou vidět i nepatrné pokroky ve vývoji. Pokud již máme zmapované problémové chování dítěte, můžeme přikročit k *nastolení změn*. Opatření ke změně musí směřovat k posilování identity žáka. O změnách musí učitel žáka jednoznačně informovat, aby zabránil nejistotám a dodal mu motivaci pro změnu chování. Dítě musí od učitele dostat signál o důvěře, že změna je možná. Změny musí probíhat *kontrolovaně*

a řízeně, aby učitelé, rodiče i žák mohli být informováni o efektivitě používaných strategií. Tato zpětná vazba posiluje účinek intervence a modeluje chování žáka žádoucím směrem (srov. Vojtová, 2007, s. 163).

Dítě s ADHD se při edukaci potýká s řadou problémů, a proto je třeba mu systém výuky co nejvíce zjednodušit. Základním opatřením může být změna *rozvrhu*, kdy se naukové předměty vyučují dříve než výchovné a dítě je tak na nejnáročnější předměty odpočinuté. *Hodiny* by měly být pokud možno stejně *strukturované*, aby dítě bylo připravené na to, co se bude dít. Malá (2000, s. 89) doporučuje pro třídy s dětmi s ADHD *speciální režim* např. přestávky každých dvacet minut, časté střídání činností, učení se vleže na zemi, možnost měnit polohu i místo během výuky.

Ve třídě by mělo být co nejméně rušivých vlivů, které by mohly odvést dítěti s ADHD pozornost. Pokud je ve třídě více instabilních dětí, připadá v úvahu *snížení počtu žáků* ve třídě s přihlédnutím k závažnosti jednotlivých případů. Zejména v těžších případech, když by pedagog nezvládal výuku a současně řešení problémového chování dítěte s ADHD, je vhodné přidělit do třídy *asistenta pedagoga*. Asistent má za úkol pomoci žákům přizpůsobit se školnímu prostředí, ale i pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti nebo pomoc při spolupráci se zákonnými zástupci žáků⁸. Dítěti s ADHD asistent pomáhá usměrňovat jeho pozornost, motivuje ho, dává mu okamžitou zpětnou vazbu, případně ho odvede mimo třídu a pracuje s ním individuálně. Učitel se pak může více soustředit na samotnou výuku a asistent pedagoga tak umožňuje integraci žáků, kteří by do třídy s jedním pedagogem nemohli být zařazeni.

Použití speciálně pedagogických metod a forem práce, nižší počet žáků ve třídě, respektování osobního tempa každého žáka, přesně stanovená a dodržovaná pravidla, pravidelný režim, důsledné, ale laskavé jednání s dětmi, vybavení třídy, které umožňuje změnu uspořádání lavic pro skupinové a projektové vyučování, odpočinkový kout, ale i nadstandardní vybavení pro sport a volný čas, to vše může pomoci žákům s ADHD při vzdělávání v běžných školách.

2.3 Vybrané metody a formy při práci s žákem s ADHD

Dle Barkleyho (in Michalová, 2004, s. 103) jsou veškeré terapeutické zásahy při práci s jedinci s ADHD určitou formou podpory než léčby. Tato podpora spočívá ve snaze naučit

⁸ Vyhláška č. 73/2005 Sb. § 7.

žáka s ADHD žít s co nejmenšími problémy v jejich sociálním prostředí. Jak Michalová (2004, s. 104) uvádí je v naší republice poskytována pomoc především formou péče *psychologické* (psychoterapeutická oblast), *poradenské* (pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče, školní psycholog, výchovný poradce, metodik prevence), *školní* (speciální pedagog – speciálně-pedagogický přístup v rámci vyučování, individuální přístup), *rodinné* (po intervenci na odborném pracovišti – PPP, SVP se rodina stává poskytovatelem vhodné péče).

Problémy, které jednotlivé děti s ADHD mají, jsou jedinečné, a tak i náprava je složitá a může trvat nějaký čas, než se najde nejlepší kombinace technik, aby se dostavil úspěch. Zpravidla je třeba zkombinovat více metod, proto je při volbě terapií zvlášť důležitá *multidisciplinární spolupráce*. V každém případě bude potřeba úzké kooperace s rodiči.

Mezi nejvíce užívané techniky v prostředí naší republiky je řazena:

- kognitivně-behaviorální terapie;
- rodinná terapie;
- multimodální přístup, obsahující nejméně dva psychoterapeutické přístupy;
- psychoanalytická terapie;
- pracovní terapie;
- komunitně orientovaná psychoterapie.

Podpůrnou pomocí jedincům s ADHD je farmakologická léčba pod vedením psychiatra, která však v naší republice není tak propagována jako např. v americkém kulturním rámci. (srov. Michalová, 2004, s. 104)

Train (1997, s. 45) dělí terapie pro děti s ADHD dle přístupu na medicínské a psychologické. Součástí medicínského pojetí je farmakoterapie neboli užívání léků zlepšujících funkci neurotransmiterů. Psychoterapeutický přístup je zase založen na různých technikách napomáhajících ke zvýšení sebedůvěry a větší vyrovnanosti. Oba přístupy se snaží dítě posílit, zlepšit jeho výkonnost a celkově mu usnadnit život.

Popis vybraných metod a terapií

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

KBT je založena na nácviku sociálních dovedností, včetně paralelního nácviku ve skupině rodičů. Cílem je minimalizovat u dítěte pocit nejistoty a vybudovat schopnost vnitřního ovládnutí myšlenek i činů. KBT nejdříve vymezuje konkrétní, jasně definované problémové chování včetně frekvence, intenzity, trvání a následně stanovuje jednoznačný dosažitelný cíl. Jako špatné musí být označeno chování, které chceme změnit, nikoli dítě samotné. Nové chování definované v cíli musí dítěti přinášet nějaké výhody, jinak by se vrátilo k předchozímu chování. Nejdříve dítě dostává odměnu za žádoucí chování, postupně odměny ubývají, až se dítě naučí odměňovat za vhodné chování samo. Pro hyperkinetické děti může být někdy trest paradoxně odměnou, protože se svým chováním snaží získat pozornost rodičů či učitelů. Dítě se spolu s terapeutem učí zastavit a myslet dřív, než začne jednat (např. metodou sebeinstrukce: „počkej“ – „podívej se“ – „zamysli se“). Terapeut se na sezení pokouší naučit dítě adaptivnímu chování prostřednictvím modelování (přehrávání žádoucího chování a jeho systematické nacvičování), hraní rolí a dalšími kognitivními technikami. Pro zmírnění nežádoucích projevů se osvědčily zejména dvě techniky – Analýza ABC a pozitivní podpora. (srov. Paclt, 2007, Munden-Arcelus, 2002, s. 89-91)

Rodinná terapie

Rodinní terapeuti většinou považují problém ADHD za záležitost celé rodiny. Nehledají obvykle příčiny, ale soustřeďují se na zlepšení komunikace a porozumění mezi členy rodiny. Zaměřuje se především na patologickou komunikaci a interakci mezi členy rodiny. Terapeut si dále všímá postavení jednotlivých členů v rodině a způsobu řešení potíží. Hledá konkrétní problémy způsobené vnitřními i vnějšími vlivy. Společně pak vytvoří seznam cílů podle důležitosti a zformulují dohody. (srov. Munden-Arcelus, 2002, s. 93)

Videotréning interakcí

Další účinnou intervenční technikou při práci s dětmi s poruchou chování, s rodiči či učiteli k posílení jejich vzájemného vztahu a komunikace je ***videotréning interakcí***. Jde o krátkodobou intenzivní formu pomoci v rodinném (příp. ve školním) prostředí. Tato metoda vznikla jako pomoc rodinám, které mají problém při výchově a kontaktu se svými dětmi. Terapie se skládá ze tří částí. Nejdříve se nahrává rodinná interakce, poté se tato interakce analyzuje, k tomu slouží přetáčení vybrané sekvence, kdy dítě vyvíjí iniciativu a rodič vysílaný signál od dítěte přijímá a na závěr se interakce rozebírá s rodiči. Terapeut ukazuje sekvence rodičům, pojmenovává vše, co dělají správně a zdůrazňuje jejich úspěšný kontakt s dítětem. (Michalová, 2004, s. 105)

Farmakoterapie

„Na první pohled se zdá nesmyslné dávat hyperaktivnímu dítěti stimulancium. Předpokládá se však, že tento přípravek posiluje účinnost neurotransmiterů v mozku. Při užití stimulancia je dítě schopno se lépe soustředit a jeho impulzivní a hyperaktivní chování se utlumí. Nejpoužívanějším preparátem pro léčbu ADHD je stimulancium *metylfenidát*. Přípravek se používá od padesátých let a je znám pod komerčním názvem Ritalin. Ten působí stimulačně na buňky CNS a tím zpětně tlumí neklid a zlepšuje koncentraci pozornosti. Podávání přípravku dětem vyvolalo zpočátku kontroverzi, ale po důkladném výzkumu bylo zjištěno, že je bezpečný a že má pro některé děti blahodárné účinky.“ (Train, 1997, s. 47) Z dalších předepisovaných léků uveďme Nootropica – Nootropil, Kalicor, Oicamid, Piracetam, Stratela. Clonidin (Catapress), Tricyklická antidepresiva. Pokud lékař předepíše léky, musí si s dítětem nezbytně pohovořit a vysvětlit mu důvod, proč by mělo začít léky brát. Některé děti mohou mít pocit, že dostaly léky, protože zlobí a léčbu pak mohou pokládat za trest. Názor dítěte a rodičů je při zvažování léčby třeba vyslechnout. (srov. Munden-Arcelus, 2002, s. 75)

Relaxační techniky

Jedná se o takové techniky, které vedou k dosažení fyzického, svalového a dokonce i psychického uvolnění. Navozují pocit psychické vyrovnanosti a příjemného duševního rozpoložení. Děti s ADHD jsou díky své poruše procesu vzruchu a útlumu ve stálém napětí. Relaxace tak u nich navodí duševní klid, který harmonizuje činnost vnitřních orgánů, což následně ovlivňuje i jejich psychický stav. Na bázi relaxace jsou u nás známé terapie v bazénu, prováděné Bubeníčkovou. Ta vychází z principů akreditovaných cvičení Heyrovské, známých pod názvem *Plavání pro děti s LMD*. (srov. Michalová, 2007, s. 167) Z dalších technik jmenujme např. *autogenní trénink pro děti*, *jógová cvičení*, *meditace při chůzi* atd.

EEG-biofeedback

„EEG-biofeedback je vysoce specifická metoda pro posílení žádoucí aktivace nervové soustavy, především pro trénink pozornosti a soustředění, sebeovládání a sebekázně (zklidnění impulzivity a hyperaktivity). Umožňuje regulaci frekvencí elektrické aktivity mozku. Jedná se o sebeučení mozku pomocí tzv. biologické zpětné vazby. Elektrody přilepené na hlavě snímají mozkové vlny, které program třídí do frekvenčních pásem a převádí do digitální podoby. Průběh mozkových vln před sebou vidí klient na obrazovce „přeložený“ do podoby video hry, kterou hraje pouze silou své myšlenky – ryzí vůlí, bez

klávesnice nebo myši. Když narůstá aktivita mozku v žádoucím pásmu mozkových vln, je hráč odměňován úspěšnými výsledky.“ (Michalová, 2007, s. 169)

KUMOT (KU-Kuncová, MOT-motorika)

Program je určen k rozvoji motoriky dětí ve věku 5-8 let. Je zaměřen na zlepšení adaptace dětí ve školním prostředí. Probíhá formou skupinové práce v deseti jednohodinových lekcích. Činnosti rozvíjí hrubou a jemnou motoriku včetně motoriky mluvidel. Děti střídají napětí s uvolněním (relaxací). Kromě toho se dítě učí i sociálním dovednostem.

KUPOZ

Tento program také vytvořila dr. Kuncová. Je vymezen především dětem mladšího školního věku s horní hranicí 12 let. Těžiště programu je v domácí práci s jedním z rodičů po dobu patnácti týdnů, kdy společně pracují na zadaných úkolech pod vedením poradenského nebo pedagogického pracovníka. Při této činnosti se rozvíjejí poznávací schopnosti dítěte. (srov. Michalová, 2007, s. 166)

Metoda dobrého startu

Syndrom ADHD se mnohdy pojí se specifickými poruchami učení. Žáci s ADHD mají často problém se čtením a psaním. Polská modifikace této metody se u nás používá jak na základních školách, tak i v předškolním zařízení. Jedná se o metodu stimulační a relaxační. Podstatou je však metoda akusticko-motorická. Rozvojem zrakové, akustické a pohybové stránky zdokonalujeme souhrn všech tří analyzátorů.

- Cílem této metody je:
- posílení jazykových a komunikačních dovedností;
 - zdokonalení pravolevé a prostorové orientace;
 - prohloubení schopnosti koncentrace, pozornosti a paměti;
 - procvičení zrakově pohybové koncentrace;
 - zdokonalení úchopu psací potřeby a uvolnění svalstva ruky;
 - vyvíjet pozitivní vliv na emoční a motivační poruchy;

Použití této metody se doporučuje v kombinaci ještě s jinými metodami a technikami.

Program instrumentálního obohacení Reuvena Feuersteina

Děti, které nejsou schopny se učit ze zkušeností nebo při školní výuce, mezi ně můžeme zahrnout i děti s ADHD, trpí podle Feuersteina deficitem v kognitivní oblasti. Jejich základní charakteristikou je impulzivnost v jednání a myšlení a to, že přijímají jen jednotlivé informace. Při práci s Feuersteinovou metodou je kladen důraz na rozvíjení řeči. Zdůrazňuje se úloha zprostředkování hodnocení během učení. Cílem je naučit chápat význam podnětů,

které na nás působí. Důležité je naučit se je hodnotit a třídit na příjemné, nepříjemné, důležité, správné, špatné, smutné, veselé atd. Takové podněty působí emocionálně, a proto vyvolávají zájem dítěte. To samozřejmě předpokládá angažovanost učitele. (srov. Pokorná, 2001, s. 287)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Možnosti práce s dítětem ADHD v podmínkách institucí

Jak už sám název diplomové práce napovídá, praktickou část jsme zaměřili na práci pedagogů a dalších pracovníků základní školy a základní školy pro žáky se specifickými poruchami chování, kteří přicházejí denně do kontaktu s dětmi s ADHD. V této kapitole zaznamenáváme průběh šetření na prvním stupni základní školy a vymezujeme cíl výzkumného šetření včetně techniky sběru dat a způsobu výběru respondentů.

3.1 Cíle výzkumného šetření

Výzkumné cíle společně s výzkumnými otázkami představují pomyslný kompas, podle něž bychom se měli v průběhu celého výzkumného procesu orientovat. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Cílem tohoto výzkumného šetření byla snaha zmapovat situaci v oblasti přístupu a použití metod ve výchově a vzdělávání žáků s ADHD ze strany pedagogů, speciálních pedagogů, výchovných poradců, atd. To znamená, využívají-li všechny dostupné metody, prostředky a formy výchovně-vzdělávací práce, zda tyto pracovníci spolupracují mezi sebou a kolektivně plánují činnosti a jestli dovedou v případě výskytu problému najít společné řešení. Dále jsme si dali za úkol zjistit, které formy práce tyto lidé ve své aktivitě upřednostňují, jaký postoj k žákům s ADHD zaujímají a zda je tato práce efektivní, zejména v oblasti školních úspěchů a sociálních dovedností.

V návaznosti na prostudovanou literaturu a vlastní zkušenosti jsme vymezili tyto čtyři tematické okruhy:

- Vlastní pohled respondenta na problematiku ADHD
- Využití metod a forem práce u žáka s ADHD
- Pomůcky a alternativní prostředky či metody ve výchovně-vzdělávacím procesu
- Pedagogické asistentství u žáka s ADHD

V rámci jednotlivých okruhů, jsme stanovili hlavní výzkumné otázky:

- Je respondentův přístup k žákům s syndromem ADHD stejný nebo jiný než k ostatním žákům základní školy?
- Jsou naplňovány potřeby žáka s ADHD za pomoci různých metod a forem práce?
- Existují podmínky, ze kterých lze čerpat inspiraci pro výchovně-vzdělávací činnost, popřípadě lze tyto subjekty v praxi použít?
- Je v zájmu žáka s ADHD mít svého asistenta?
- Je v možnostech respondenta žákovi s ADHD pomoci a pozitivně ho rozvíjet v podmínkách institucí?

3.2 Výběr metody sběru dat

K dosažení požadovaného cíle jsme použili kvalitativní výzkumné šetření. Hlavní metodou pak byl polostrukturovaný rozhovor. Tato osnova otázek byla doplňována dalšími dotazy, dle situace a možnosti respondenta odpovědět.

3.2.1 Kvalitativní přístup ve výzkumném šetření

Po předběžné představě o tom jakým způsobem budeme získaná data analyzovat, rozhodli jsme se, že zvolené téma diplomové práce bude zpracováno na základě kvalitativního výzkumného šetření.

Výběr výzkumné strategie zahrnuje dva základní a zároveň naprosto odlišné přístupy ke zkoumání skutečnosti, a to kvalitativní a kvantitativní. Přístup kvantitativní se snaží zkoumat předměty, které jsou svým způsobem nějak měřitelné a tříditelné. Kvalitativní výzkum je naturalistický. Nabízí řadu rozdílných a rozmanitých postupů, snažící se najít porozumění zkoumanému problému. Lépe řečeno kvalitativní výzkum se snaží o porozumění jevům, které zkoumá. Tento typ výzkumu se do značné míry odehrává v prostředí, v němž se zkoumané fenomény reálně vyskytují. Zároveň vždy platí, že míra důvěry a otevřenosti zkoumaných aktérů vůči výzkumníkovi velmi silně ovlivňuje kvalitu získaných dat. (in Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 76)

Na začátku výzkumu se vybírá téma a určí se základní výzkumné otázky. Tyto otázky se mohou během práce nadále modifikovat nebo doplňovat. Kvalitativní výzkum je z tohoto důvodu považován za emergentní či pružný typ výzkumu. Výzkumník pracuje přímo v terénu,

během šetření se seznamuje a poznává nové lidi. Sběr dat s jejich analýzou probíhá současně a děje se tomu v delším časovém intervalu. (in Hendl, 2005, s. 50)

3.2.2 Polostrukturovaný rozhovor

V diplomové práci byla jako hlavní výzkumná metoda uplatněna metoda rozhovoru (interview), tedy polostrukturovaného rozhovoru (též řízený, strukturovaný s otevřenými otázkami). Rozhovor patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získání kvalitativních dat. Je moderovaný a prováděný s určitým cílem za účelem výzkumné studie. Rozhovor je výzkumnou metodou, která umožňuje zachytit nejen fakta, ale i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů. U rozhovoru můžeme také sledovat i některé vnější reakce respondenta a podle nich potom pohotově usměrňovat další průběh kladení otázek.

Polostrukturovaný rozhovor je nejrozšířenější podobou interview. Tazatel si vytváří určité schéma, které je pro něj závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se bude tazatel účastníků ptát. Zpravidla je možné podle potřeby a možností měnit pořadí otázek. U polostrukturovaného rozhovoru máme definované tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Na toto jádro se pak nabaluje množství upřesňujících otázek. Můžeme pokládat různé doplňující otázky, vyžadovat další podrobnosti či vysvětlení odpovědí dotazovaného, abychom správně pochopili, co svou odpovědí přesně myslí. Téma tak můžeme rozpracovat do hloubky. (Miovský, 2006, s. 79) Jak Hendl (2005, s. 49) správně uvádí, rozhovor vyžaduje citlivost, dovednost, koncentraci, disciplínu i interpersonální porozumění. Zvláštní pozornost je nezbytné věnovat začátku a neméně konci rozhovoru. Na počátku je nutno získat důvěru, prolomit případné bariéry a zajistit si souhlas se záznamem. Taktéž samotné zakončení je významné, lze ještě získat důležité informace. V souvislosti se složitostí a délkou rozhovoru používáme různé pomůcky pro zaznamenávání jednotlivých odpovědí. Využívali jsme především diktafon a takto získané informace jsme od každého respondenta vyhodnotili.

3.3 Výběr výzkumného vzorku

Kritériem pro výběr vhodných respondentů byla samozřejmě participace na výchově a vzdělávání žáka s ADHD.

Samotné rozhovory probíhaly po vzájemné dohodě v určený den, čas a na domluveném místě. Délka rozhovoru trvala vždy kolem jedné hodiny. Rozhovoru předcházelo krátké představení a byla vysvětlena podstata šetření.

Pro vyhledávání respondentů jsme stanovili tato **kritéria**:

- zaměstnanec školského zařízení (ZŠ pro žáky s SPCH v Praze, ZŠ v Lanškrouně);
- pedagogická či poradenská praxe;
- pracovní zařazení (třídní učitel, vychovatel, speciální pedagog, školní psycholog, etoped, zástupce ředitele, výchovný poradce);
- souvislá práce s žákem s ADHD;

V konečném výběru respondentů byly 2 pedagožky a 2 vychovatelky, které jsou v interakci s žákem s ADHD téměř denně. Také 2 oslovené zástupkyně ředitele tyto žáky velice dobře znají, jak z jejich osobní dokumentace, tak z vlastní pedagogické práce. Tato situace však neplatí u 2 speciálních pedagogů, z nichž jeden je ve funkci etopeda. Ti sice s žákem nejsou v kontaktu v takové míře, ale pravidelně s ním v určitých časových intervalech pracují. Dále se nám podařilo navázat kontakt s jednou výchovnou poradkyní, školní psycholožkou a osobní asistentkou.

3.4 Průběh výzkumného šetření

Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo na Základní škole pro žáky se specifickými poruchami učení a chování v Praze, Na Zlíchově. Dále pak ve Speciálně pedagogickém centru, které je součástí této školy. Další šetření bylo realizováno na Základní škole Aloise Jiráska v Lanškrouně.

Na základě stanovených kritérií jsme vybrali pracovníky těchto zařízení, kteří měli odpovídat na připravené otázky. Kontakt s potencionálními respondenty jsme navazovali za pomoci mobilního telefonu, elektronické pošty a osobního setkání. Během těchto krátkých spojení, jsme vysvětlili účel a cíl našeho setkání. Název práce byl sdělen hned na počátku domluvy.

Téma diplomové práce bylo zpracováno na základě kvalitativního výzkumného šetření. Rozhovor se nám zdál jako nejvhodnější zvolená metoda, konkrétně **polostrukturovaný rozhovor**. Umožňuje vyslechnout názory, vlastní poznatky a zkušenosti dotazovaných. Rozhovory jsme realizovali vždy individuálně. Délka rozhovoru byla

přizpůsobena výřečnosti či otevřenosti respondenta. Otázky jsme rozdělili do čtyř tematických okruhů. Tyto větší tematické oblasti zůstali pro všechny neměnné. U některých respondentů se však znění určitých otázek lišilo, z důvodu odlišných pracovních funkcí dotazovaných. Tyto otázky byly doplňovány dalšími podotázkami nebo byly trochu přizpůsobeny dané situaci, což pokaždé vyplynulo z kontextu a atmosféry rozhovoru.

Výpovědi všech účastníků rozhovoru jsme si nahrávali na diktafon. Následně jsme tato fakta přepsali (Příloha č. 5) a vznikl základní materiál. Ten se dále upravoval tak, aby bylo možné provést analýzu. Následovala transkripce textu a výběr jeho podstatných částí. Poté proběhlo tzv. kódování textu, což umožnilo s těmito informacemi dále pracovat. Tzv. barvení textu jsme použili v této fázi zpracování materiálu. Jedná se o barevné vyznačení pasáží, které odpovídali jednotlivým výzkumným otázkám. Každý, z jednotlivého okruhu otázek, byl označen jinou barvou a při následném pročítání textu byla barvami označena všechna místa, která se jednotlivých okruhů otázek týkala. To usnadnilo orientaci v textu a jeho následnou analýzu. Tato forma zpracování je časově náročná, nicméně pro podrobné vyhodnocení nezbytná. V praktické části diplomové práce, kde rozebíráme jednotlivá data, jsou výpovědi vyhodnoceny, vybrány odpovědi nejzajímavější, nejčtetnější či ojedinělé.

3.5 Výsledky, jejich analýza a interpretace dat

Před vlastní analýzou nasbíraných dat, je třeba uvést, že se všichni dotazovaní se syndromem ADHD ve své praxi již setkali a v současnosti s dětmi, u kterých je ADHD diagnostikována, pracují.

3.6 Okruh – Vlastní pohled respondenta na problematiku ADHD ve škole

Syndrom ADHD mohou diagnostikovat odborníci v pedagogicko psychologické poradně nebo speciálně pedagogické centrum na žádost samotných žáků, jejich zákonných zástupců, škol a školských zařízení. V těchto školských poradenských zařízeních vypracují zprávu, která je doručena rodičům a ty ji mohou předat učiteli žáka. Pokud má učitel dostatečné informace, může se rozhodnout, zda bude tuto diagnózu tolerovat a přizpůsobí ji styl a metody své práce. V opačném případě může dojít k přehlížení symptomů ADHD a přibývání školních problémů.

Na otázku, zda u respondentů **hraje úlohu v přístupu k žákům určená diagnóza ADHD**, odpověděli všichni dotazovaní: „Ano, určitě hraje.“. Tito lidé ADHD jako diagnózu

respektují, a té se snaží přizpůsobit svoji práci. „*U nás máme pouze tři diagnostikované děti s ADHD, ale tuto diagnózu respektujeme. Povinností každého učitele je s touto diagnózou se seznámit.*“ (Respondent 11) Diagnostiku do své odpovědi zahrnul i respondent 2, ten má však, na rozdíl od respondenta 11, trochu jiný pohled na problematiku diagnostikování těchto dětí, „*Ted' jsme v období, kdy se řeší oblast diagnostiky ADHD. Důkladná diagnostika ADHD není k dispozici. Takže někdy není nutné ulpívat k diagnóze. Tady je ten člověk se svýma možnostma, schopnostma a ted' pojďme hledat cesty pomoci. Já si myslím, že vzhledem k četnosti poruchy je nutný, aby ji dobře diagnostikovali. Tam je důležitý, aby to bylo srozumitelný pro pedagogy a rodiče, aby věděli jak s tím dítětem pracovat.*“.

Za stěžejní bod své práce s žákem s ADHD považuje respondent 1 individuální přístup. „*Člověk musí přistupovat k těm dětem individuálně. Každý dítě to má jiný. Jiné příznaky. Musí brát zřetel na to jak na tom prostě dítě je. Najít si k němu nějakou cestu, aby mu pomohl.*“ Téhož názoru je respondent 3: „*...samozřejmě musíme metody a techniky takovému dítěti přizpůsobit.*“ Že je diagnóza ADHD pro respondenty důležitá, dokazuje 100% kladných odpovědí.

Po zjištění, že se respondenti snaží k dětem přistupovat s ohledem na diagnózu ADHD, následoval dotaz: „**Máte vlastní postup jak pracovat s žákem s ADHD, můžete ho blíže specifikovat?**“ Na tuto otázku odpovědělo všech jedenáct respondentů. Dva z nich, respondent 3 a 7 se rozhodli přistupovat k dětem s ADHD pomocí individuálního rozhovoru. Respondent 7 říká: „*Na každého se musí trochu jinak. Musí se na ně mluvit v klidu, v pohodě a s pozitivním přístupem, musíme na ně spíš po dobrým. Individuální rozhovor a dohoda s dítětem na určitých věcech.*“ Podobný typ komunikace zvolil respondent 3, který považuje za velkou pomoc nadhled a humor. „*Já vždycky vycházím z potřeb dítěte. S každým tím dítětem je potřeba dělat něco jiného. Já třeba uplatňuji takový smysl pro humor, kdy si doopravdy myslím, že s humorem a takovou radostí jde leccos překonat.*“

Zato respondent 5 udává, jak se v konkrétním případě chová a na co si dává pozor. Pokud celá skupina vyrazí na výlet na kolech, domluví se pořadí, které žáci musí dodržovat, aby se na silnici nepředjížděli. Pokud by někdo neposlechl, příště by na výlet nejel. „*Vše je založené na dohodě, pokud někdo neposlechne, příště nejede.*“ Tento respondent je k dodržování stanovených pravidel striktní. „*Mám na ně takový postup, když někdo hodně zlobí, tak ho napomenu jednou, pak podruhé, ale když ani potřetí neposlechne, už to dám hodně najevo, jsem přísnější, aby poznali, že překročili danou hranici. A zase jsem ten člověk, že když něco slíbím, tak to vždy dodržím. Neslibuju to, co jim nemůžu splnit.*“ Respondent 4

má také ve svém postoji k žákům s ADHD jasno, dokazuje to výčtem bodů: „*Přesná diagnostika, individuální přístup, demokratický výchovný styl s danými hranicemi za podpory kognitivně-behaviorální terapie.*“

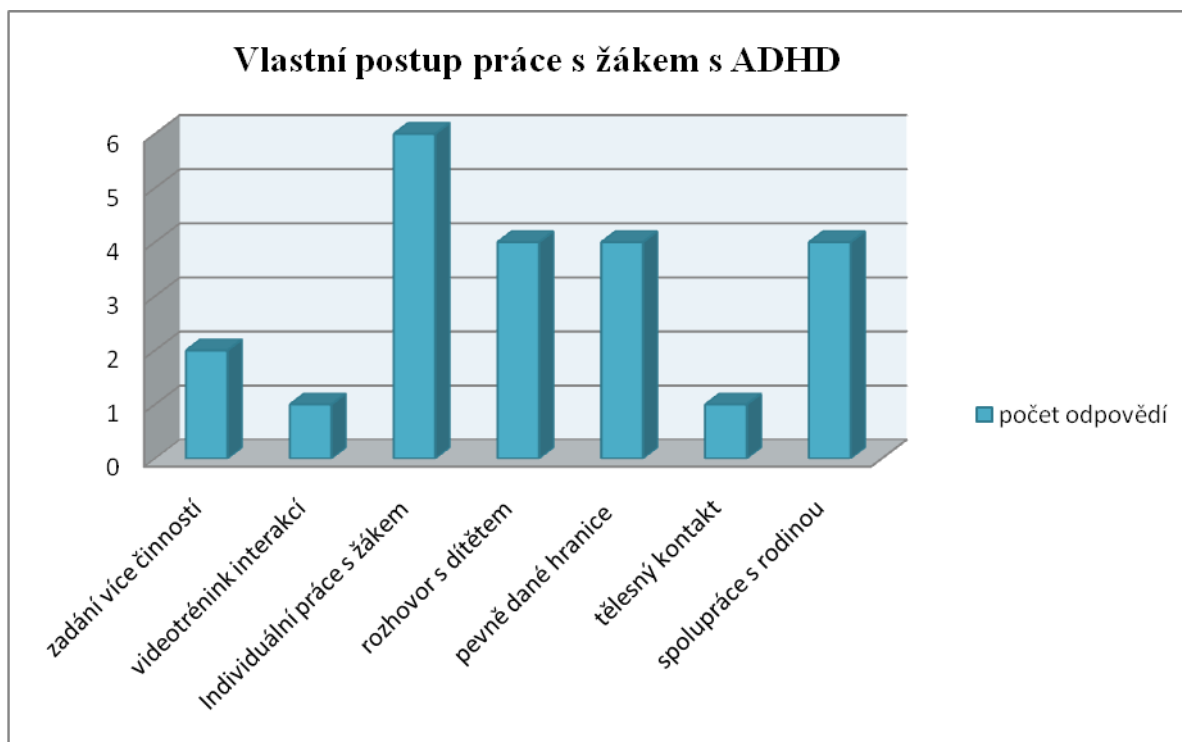
Čtyři z jedenácti respondentů (4, 5, 6, 10) se shodli na tom, že se jim osvědčilo pevně stanovit pravidla. Pokud dítě s ADHD pozná, že překročilo jistou mez, může si své chybné jednání uvědomit třeba jen ze zamračeného pohledu učitele nebo změny intonace hlasu. Pokud učitel sepíše s žáky třídní smlouvu, pravidla třídy, dítě by samo mělo poznat, kde končí zábava a musí se začít chovat podle dohodnutých norem. Ze strany spolužáků přichází také zpětná vazba, pomocí této společné úmluvy dokážou děti danou situaci nebo problém popsat a rozeznat. Často je pro žáky těžké vysvětlit slovy vlastní projevy chování, vyznat se ve vlastních pocitech. Žák pozná díky nastaveným hranicím, kam až může zajít a to pro něj představuje určitý pocit jistoty a bezpečí, který je důležitý především u dětí se syndromem ADHD a mnoha žáků mladšího školního věku. Pro učitele z toho vyplývá, že by měl všechny své činy umět objasnit, protože tyto děti jsou velice citlivé k projevům nespravedlnosti. Pokud je jejich důvěra k učiteli nabourána, je poškozen i vztah k ostatním dětem a učitelům. Této oblasti se ve své odpovědi dotkl i respondent 11, který si všiml jednoho neduhu u učitelů. Uvádí, že „*Je důležité dítě před třídou neztrapňovat.*“

Za další vhodný postup zvolili respondenti (2, 4, 5, 7, 8, 11) individuální přístup. „*Důležitý je zkoušet a hledat jiný přístup k dětem.*“ (Respondent 5) „*Je potřeba s každým žákem pracovat individuálně.*“ (Respondent 2) To znamená, přizpůsobit podmínky edukace s ohledem na osobnost dítěte. Respondent 5 u dětí úzkostných, vystrašených uplatňuje tělesný kontakt. „*Tyto děti nejsou na tělesný kontakt zvyklé, bojí se ho. Když chci těmto dětem něco závažnějšího říci, na něčem se domluvit, tak si je posadím na klín a pohladím je, aby si zvykly na ten kontakt, že nemusí být vždy nepříjemný.*“

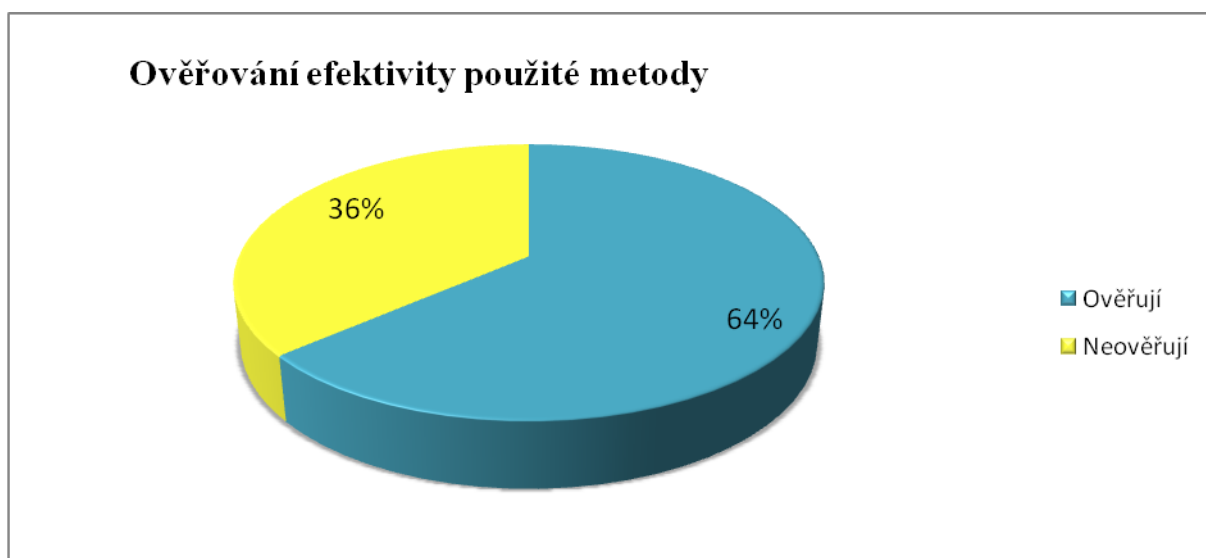
Využití pohybových aktivit a střídání činnosti v oblasti výchovy dětí s ADHD bývá časté, sice ji uvedli pouze dva respondenti 7 a 9, ale určitě stojí za zmínku. „*Dáme jim možnost vybit energii pomocí pohybové aktivity. Také jim dávám hodně práce, kterou přerušuju jinými činnostmi.*“ (Respondent 9)

Nezbytné je zmínit také spolupráci s rodiči, o té se vyjádřili respondenti (1, 2, 3, 10). Tato složka výchovně-vzdělávacího procesu tvoří jednu z nejdůležitějších, často však přehlížených a opomíjených. Pokud tato komunikace učitel-rodič neprobíhá vůbec nebo je narušena špatnými vztahy, doplatí na to v důsledku opět žák, na kterého může být vyvíjen tlak z obou stran. Pravidla, která jsou nastavena ve škole, nejsou uznávána a dodržována doma.

Dítě je zmatené, rozvoj sociálních dovedností a systém hodnot je nabourán. Žák s ADHD se pak vrací ke starým stereotypům. V mnohých případech se však jedná o to, že si rodiče tzv. „neví rady“ a o svých chybách netuší. Péči této oblasti věnuje respondent 2. „Jedna z metod, kterou jsme zvolili, je systém zaměřený na komunitní práci. Do té zapojujeme, jak rodiče, tak i sourozence těch dětí. Děláme společné aktivity. Program je připravený tak, aby rodiče viděli, jak funguje jejich dítě, když je se svými vrstevníky. Tento program je řízen dospělou osobou, učitelem, speciálním pedagogem. Na druhou stranu je to koncipovaný tak, aby i učitel viděl, kterak si počíná rodina. Dál rodiče mezi sebou reflektují, co se ten den dělo, které situace zažili. Vzhledem k tomu, že mi tam využíváme videotrénink interakcí, takže máme hodně věcí nahraných, můžeme se k nim vracet a analyzovat je. To umožňuje rodičům vysvětlit co ta diagnóza ADHD zahrnuje. Proto je pro mě spolupráce s rodinou klíčová. Můj akcent je vstoupit do raného věku, včas doprovázet toho rodiče a pomáhat mu, tak, aby si na té dlouhé cestě, která je před ním, rozvrh síly. Důležitý je, aby uměl své dítě přijímat. Chci ukázat, že strávený chvíle se svým dítětem jsou pozitivní, radostný.“ (Respondent 2) Dá se říci, že vstřícný přístup k rodičům zvolil i respondent 1. S rodiči se snaží spolupracovat, kdykoliv je to zapotřebí. „Kdykoliv rodiče potřebují, tak mi volají. Tohoto využívají asi nejvíce. Pokud nastane s dítětem ve třídě problém, tak to řeším hned a nečekám na to, až bude třídní schůzka. Tady je opravdu potřeba cokoli řešit okamžitě.“ Respondent 3 přizpůsobuje metody práce potřebám dítěte, a tyto metody postupně rozšiřuje na práci s rodinou.



V dalším okruhu otázek jsme se zajímali o to, **zda respondenti posuzují výsledný efekt aplikovaných metod a jakým způsobem**. Čtyři dotazovaní (respondenti 4, 7, 8, 9) na tuto otázku odpověděli, že efektivitu nijak neověřují, buď neví jak, nebo to není pro ně při jejich práci důležité. Respondenti 8 a 9 nijak neověřují, zda jsou jejich postupy efektivní. „*Nemám na tuto otázku hotový názor.*“ (Respondent 8) Může se stát, že si je někdo jistý svým počínáním natolik, že si nepotřebuje výsledky ověřovat. Stejně jako respondent 9, který odpověděl, že o tom nikdy nepřemýšlel. „*Až teprve teď, s vaší otázkou, mě napadlo, že bych to nějakým způsobem mohla vysledovat. Před tím mě to nenapadlo.*“

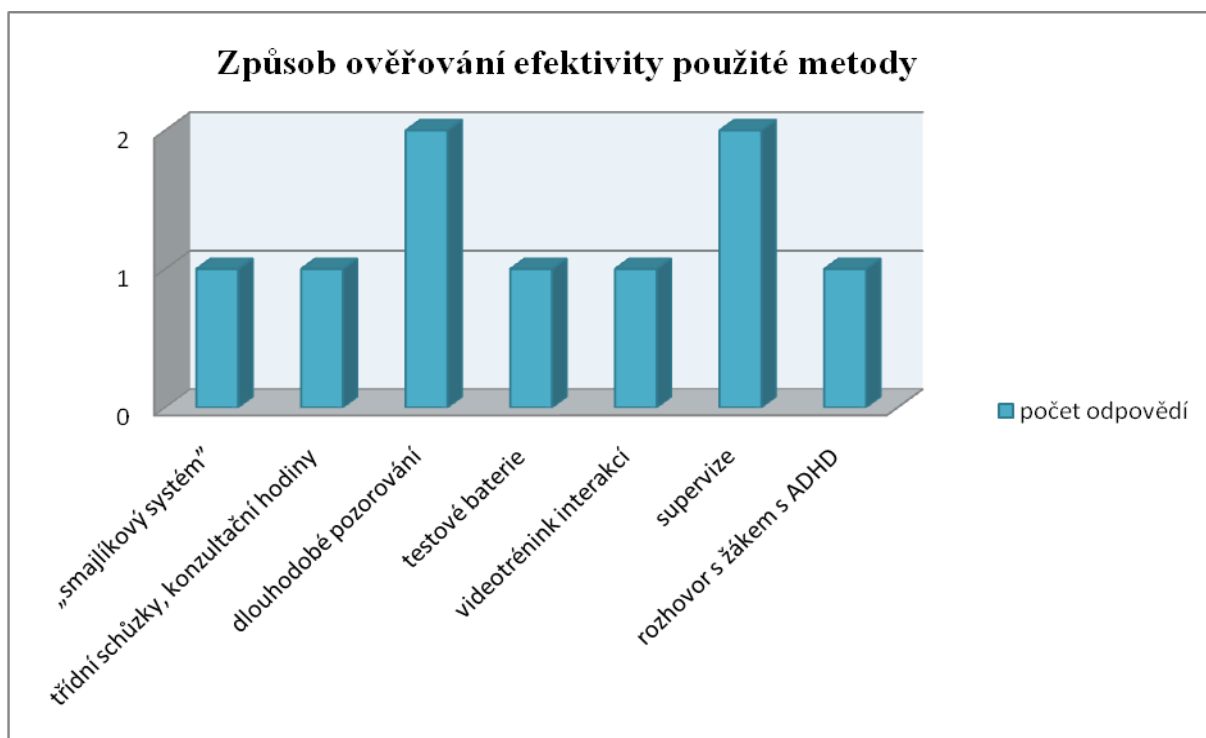


Naopak respondent 1 podle „*smajlíkového*“ systému, který je tvořen obrázky obličejů (zamračených, spokojených, veselých), posuzuje úspěšnost svého působení. Celý měsíc jsou žáci za své chování a aktivitu hodnoceni na konci každé vyučovací hodiny smajlíkem. Žák se pokusí sám zhodnotit současnou hodinu. Ostatní, včetně učitele, s žákovou verzí souhlasí nebo souhlasit nemusí, ale poté musí své tvrzení rozumně zdůvodnit. „*Člověk se snaží pořád hledat, co by na ně platilo nebo to obměňovat. Prostě, aby to bylo pro ně motivující. Pokud byl chaos, tak jsme zavedli i hodnocení přestávek.*“ Respondent 1 svou činnost a její efektivitu dále ověřuje z informací od rodičů, z konzultačních hodin a třídních schůzek. Respondent 2 vidí ověřování účinku ve videotréninku interakcí (viz podrobněji 2.3 Vybrané metody a formy při práci s dítětem s ADHD) a supervizi. Respondent 5 využívá též ke zpětné vazbě supervizi. „*Efektivitu naší práce posuzuju. Mám pod sebou tři kolegyně a konzultujeme problémy v jejich skupině. Dokonce se chodíme dívat do té druhé skupiny, abychom*

objektivně posoudily, proč to tam nefunguje. Já můžu vidět, co oni nevidí a pak to konzultujeme.“

Prostředky k vysledování efektivity, jako dlouhodobá spolupráce, rozhovor a pozorování, uvedl ve své odpovědi respondent 3: „Já s dětmi pracuju dlouhodobě, tzn., že s některými dětmi pracuju víc jak čtyři roky, ten postup a vývoj dítěte samozřejmě zaznamenávám. Ale takové to měření efektivity je vždy hodně složitý, protože do toho vstupuje řada dalších faktorů. To dítě nějakým způsobem dozrává, dospíváním se to chování nějakým způsobem zhoršuje, zlepšuje. Těch faktorů je více co ovlivňují celou tu úspěšnost procesu. Samozřejmě subjektivně tu efektivitu lze měřit. Já doufám, že u některých dětí ta efektivita je. To procento je vyšší než 70%. Pozorováním, testovou baterií, testovou škálou, rozhovorem lze vysledovat, zda je dítě lepší nebo horší.“

Respondent 1 při rozhovoru dále doplnil, že je důležité na svou práci nerezignovat, což by se dalo chápat ve smyslu neustálého pozorování a rozvíjení dítěte během celé školní docházky. Sledování projevů dítěte zahrnul do své práce i respondent 10, „Já pozoruju, jak se to dítě zapojuje do aktivity, podle toho jak se učí. Sleduju jeho kázeň o přestávkách, v hodinách. To je moje zpětná vazba. Místo toho respondent 11, dává přednost rozhovoru s dítětem, „Rozumně si popovídám s tím dítětem. Proberu s ním všechny možnosti. Každopádně trpělivost a důslednost se vyplatí.“



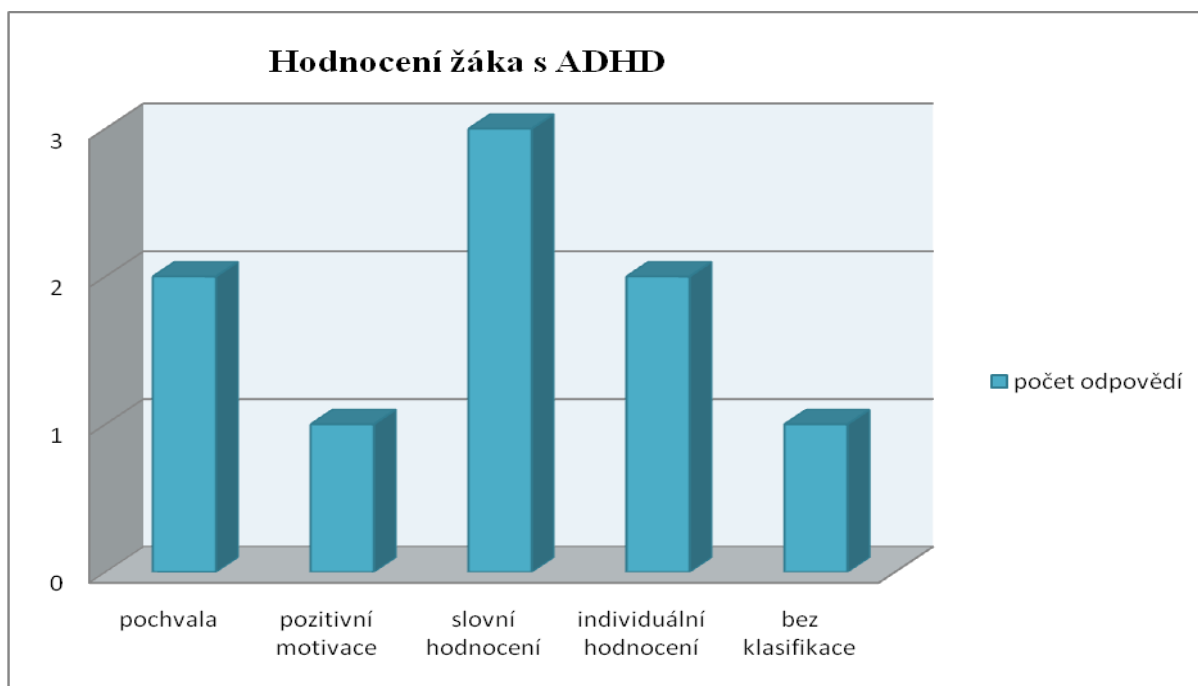
U dotazu na **hodnocení žáka s ADHD** se odpovědi opět trochu lišily. To nás utvrzuje v myšlence, že záleží opravdu na každém z nás, jakou zvolíme strategii v přístupu k těmto dětem. Žák s ADHD bývá často napomínán, kárán a není vzácným případem, pokud nosí domů každý den poznámky a další záznamy o nekázní. Také v oblasti školní úspěšnosti často tyto děti trpí. Přitom mnoho učitelů uvádí, že kdyby žák s ADHD nevyrušoval a více se soustředil, jeho výsledky by se zlepšily. Učitelovo hodnocení se může pro dítě stát demotivující, a tak se přestane snažit. Žáci s ADHD jsou často v mysli pedagogů zakotveni jako ti neposlušní, vyrušující. Vznikají předsudky a tzv. nálepkování vůči těmto dětem. Pokud si toto učitel uvědomí, může zvolit z plejády možností, jak své hodnocení přizpůsobit konkrétnímu dítěti a v důsledku mu ulehčit a pomoci. Například respondent 1, dítě s ADHD neklasifikuje, pokud vidí, že by ho špatné známky nemotivovaly nebo má s probíranou látkou problémy. *„Rodičům třeba napíšu „neklasifikováno“, aby věděli, že to udělal, ale že to nebylo dobrý, abychom to dítě nějak neodradili.“* Podobně k tomuto problému přistupuje i respondent 6, *„Jak u kterých dětí, je to třeba individuálně nastavit.“*

Dá se říci, že velkou pílí v hledání nových možností jak klasifikovat žáka s ADHD má respondent 3. *„Přijdou některé děti, na které neplatí nic, a já musím najít jinou cestu, jak na ně jít. Snažila jsem se třeba přejít od materiálních odměn k odměnám nemateriálním, jako je pochvala, potlesk apod.“* Také respondent 10 vidí situaci v individuálním pojetí hodnocení, avšak hodně přihlíží k názorům rodičů. *„Je to na individuálním přístupu učitele, někteří rodiče si vyžadují slovní a někteří číselné hodnocení. Je to na učiteli, jak se rozhodne.“*

Rozhodnutí o způsobu klasifikace je složité, musíme přihlížet k osobnosti dítěte a jeho celkovému osobnostnímu ladění. Dítě by mělo mít vytvořený žebříček hodnot, které by mělo chtít naplňovat. Pokud ale chybí motivace, je velice těžké přivést dítě s ADHD k úspěchu. *„Pracuji s plejádou sankcí, ale že ty děti jsou už tím unavení, už na to nereagují. A taky si myslím, jak říkal prof. Matějček: „Trest nerozvíjí, ten jenom zastavuje.“ Pozitivní motivace nás někam posunuje ke změně.“* (Respondent 2)

Zda je dobré použít trest či pochvalu, nad tím se zamýšleli dva respondenti 2 a 3. *„Ve své práci terapeuta hodně pracuju s pochvalou a jdu po linii, kde se to tomu dítěti daří, kde je úspěšný, posiluju jeho silný stránky.“* (Respondent 2) *„Mezi trestem a pochvalou jsou jemné nuance, které tady využíváme. Tyto děti spíše směřujeme k pochvalě, což je v rámci sociálních dovedností. Učíme děti se chválit a chválit i ostatní. S pochvalou jako takovou hodně pracujeme. K nám přicházejí děti, které byly trvale hodnoceny špatně a tam je vidět, že to hodnocení přestává být funkční.“* (Respondent 3)

Slovní hodnocení upřednostňují tři z jedenácti respondentů 4, 5 a 7. „Hodnotím slovně. To je hodnocení v rámci sociálních dovedností, jedná se o přílohu k vysvědčení. Za ten půl rok shrnu jak na tom dítě je.“ (Respondent 7) Respondent 4 dodal ke své odpovědi že, „Musíme hodnotit děti sami za sebe, nesrovnávat je s ostatními dětmi.“



3.6.1 Shrnutí

Samotné respektování diagnózy ADHD hraje na prvním stupni základní školy velkou roli. Díky určení tohoto syndromu, má učitel nebo pracovník zařízení, možnost zvolit jinou strategii působení, než byl doposud zvyklý. Hlavně však může žákovi s ADHD pobyt ve škole a povinnosti s tím spojené ulehčit a zpříjemnit. Takový žák se dostává do situací, které se zdají být, jak pro něj, tak i pro učitele a rodiče neřešitelné. Právě v této chvíli je na pedagogovi, jak se k tomuto problému postaví.

Potěšilo nás zjištění, že všichni dotazovaní diagnózu ADHD tolerují a hledají cesty, jak se s tímto syndromem vyrovnat. Mnoho z nich přistupuje k těmto dětem kladně a snaží se jim pomoci. Každý respondent volí trochu jiný postup. Avšak čtyři respondenti z jedenácti se shodli, že je potřeba přistupovat ke každému individuálně a i po neúspěšných pokusech hledat další způsoby, jak pomoci žákovi s ADHD vyrovnat se s tímto „znevýhodněním“.

Zda je toto úsilí efektivní, zjišťují dotazovaní různým způsobem, každý dle svých možností. Důležité je však při své práci „neusnout na vavřínech“ a stále ověřovat, zda mají naše snahy pozitivní účinek, zda mají smysl a nebrání žákovi s ADHD v jeho rozvoji.

Zpětnou vazbou můžou být i školní úspěchy či neúspěchy dětí. Ovšem důležité je znát vnitřní hierarchii třídy, její atmosféru, vztahy mezi žáky. To a mnohé další nám může napovědět, jak problémům s prospěchem a chováním žáka s ADHD předejít nebo je dál neprohlubovat. Je třeba děti dlouhodobě sledovat, pozorovat. Následný citlivý zásah s ohledem na všechny členy třídy je na místě.

Z otázky na hodnocení žáka s ADHD vyplývá pozitivní zjištění. Respondenti se neuchylují pouze k číselné klasifikaci, jak tomu bylo dříve, ale hledají i jiné hodnotící škály. Dá se tvrdit, že upřednostňují kladné hodnocení. Uchylují se spíše k dobře načasované a mířené chvále než k trestu, protože po nějaké době přestává být tato sankce účinná. Žák s ADHD nemá motivaci k tomu, aby se snažil zlepšit svůj prospěch nebo chování. Nejčastější odpovědí proto bylo slovní hodnocení. Tímto nejlépe vystihneme povahové a osobnostní rysy žáka, nabyté dovednosti a rozvíjené schopnosti, které mají na výchovně-vzdělávací proces vliv. Díky slovnímu hodnocení dokážeme vyjádřit a odůvodnit i jemné rozdíly, které mezi žáky existují. Pozitivní motivace a slovní hodnocení je to, co u respondentů tvoří základ v klasifikaci žáka s ADHD.

3.7 Okruh - Využití forem a metod práce u žáka s ADHD

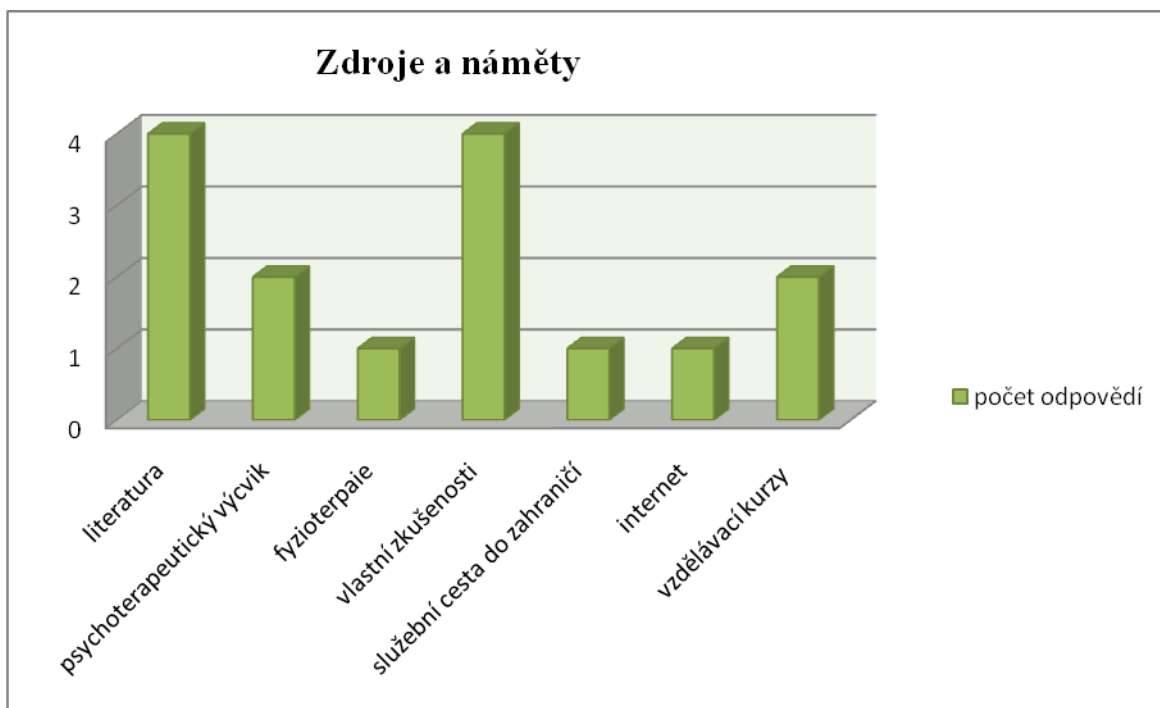
Mnohdy se zdá, že problematiku ADHD ve výchovně-vzdělávacím procesu je těžké správně uchopit. Existuje řada titulů, které se tímto syndromem zabývají, ovšem už jen málokterý z nich podává konkrétní návod, kterak neúspěchům ve škole a vyrušování v hodině žáka s ADHD zamezit. Je na vůli a pílí učitelů, vychovatelů a dalších členů kolektivu, starajících se o žáky, zda vyhledají pomoc nebo zůstanou vůči projevům ADHD laxní. Existují lidé, kteří po řadě neúspěchů nepřestávají hledat nová řešení, jak pomoci dítěti z obtížné situace. Jejich cílem je zmírnit trápení a ulehčit podmínky jak žákovi s ADHD, tak jeho spolužákům. Jde vlastně o to, aby zásobník učitele byl co nejširší.

Proto nás zajímalo, **ve kterých zdrojích a pramenech čerpají dotazovaní inspiraci a náměty pro práci s žákem s ADHD?** Čtyři, z jedenácti dotazovaných, respondenti 1,6, 7 a 11, odpověděli, že jejich hlavní inspirací je literatura. Tři z nich dokonce uvedli konkrétní titul a autora. „*My tady čteme jednu knížku, jmenuje se to **Kouzelná zvířátka dětem**. Napsala*

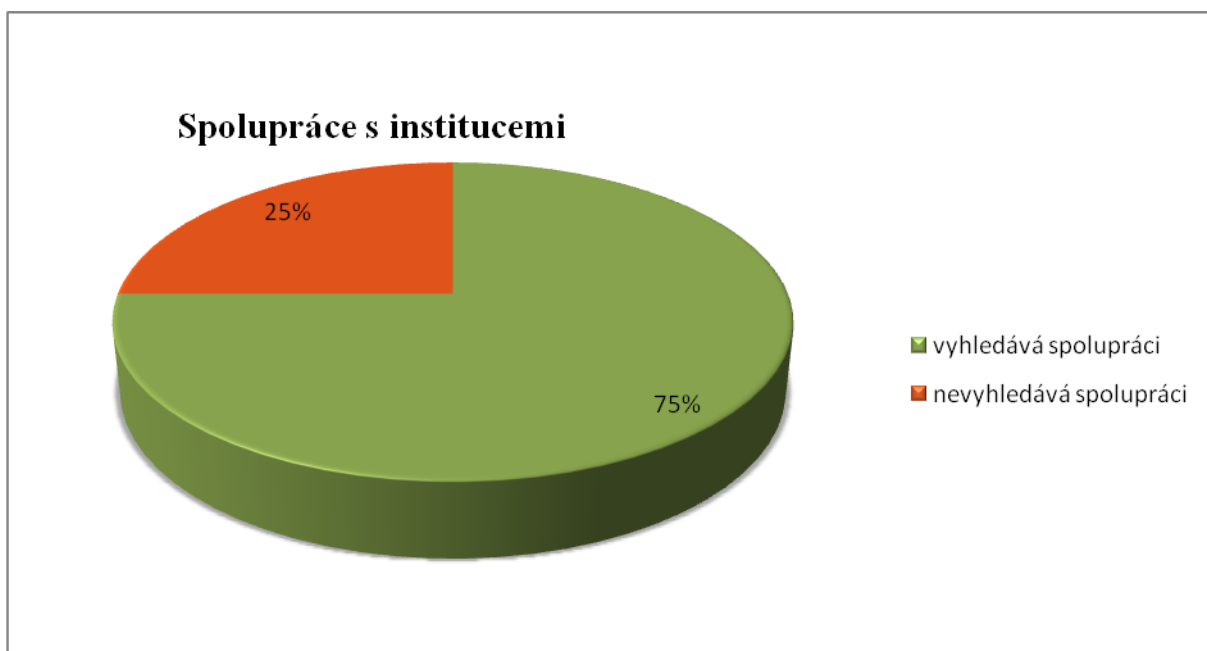
ji psycholožka Tamara Cinková. Někdy se může stát, že se náš žák, může vidět v některém z příběhů, jež prožívají hrdinové knížky.“ (Respondent 1) Respondent 7 uvedl dvě knihy: „Určitě bych jmenovala **Sondy do problematiky specifických poruch chování** od paní doktorky Michalové. Potom od profesorky Pokorné **Teorie a náprava poruch učení a chování**. Od Šimonovského čerpám různé hry. Docela dobře se dají využít různé metodiky na rozvoj kreativity a pozornosti. Dále bych pak doporučila literaturu na rozvoj emoční inteligence a nácvik sociálních dovedností, což spolu úzce souvisí.“ Respondentovi 11 se velice líbí kniha od paní Nováčkové **Respektovat a být respektován**, která není vyloženě zaměřená na poruchy ADHD, ale věnuje se celé oblasti výchovy a vzdělávání problémového žáka, jako takového.

Dalším nejvíce uváděním zdrojem námětů byly vlastní zkušenosti. Tento fakt uvedli čtyři respondenti (1, 4, 6, 9). „Když si nevím rady, řídím se podle svých zkušeností.“ (Respondent 1) Respondent 4 věří ve vlastní schopnosti a zažitá léta praxe. „Náměty hodně čerpám ze své praxe a výzkumu, který jsem dělala.“ Dotazovaný dále uvádí, že si nové zdroje informací přiváží ze služebních cest do zahraničí. Pokud máme na mysli, že se doba rychle mění a poznatků v oblasti edukace žáků s ADHD přibývá, můžeme se přihlásit na různé vzdělávací kurzy, jež by mohly ještě více prohloubit naše poznatky a rozvíjet nás směrem do budoucna. Respondent 10 se vzdělává v rámci vlastního zaměstnání. „Většinou chodíme na vzdělávací akce pořádané pedagogicko-psychologickou poradnou.“ Kdežto respondent 5, si individuálně volí kurz, dle svých zájmů. „Ted' jsem si našla kurz na hyperaktivitu, kurz malování pomocí Tai-či.“ Dále však podotkl, že inspiraci nemusíme hledat jen v uvedených oblastech. Existuje další velice dobře dostupný zdroj, ve kterém můžeme najít odpovědi na naše otázky, a to internet. „Já nejvíc čerpám z internetu.“

Pouze dva z jedenácti respondentů, 2 a 3, se inspirovali terapií. Respondent 2 říká, že: „Pokud chce jít někdo linií terapeutickou, je nezbytné, aby měl psychoterapeutický výcvik.“ Do této oblasti by se dala zahrnout i fyzioterapie, kterou uvedl respondent 3. „Já čerpám svoje základní znalosti a metody i z té fyzioterapie, která mi pomáhá pracovat s pohybem a zvládáním motorického neklidu. Také je velkou pomocí v nácviku relaxace. Tento vědní obor je pro mě důležitý.“



Nezbytnou součástí každé profese, kde se pracuje s lidmi, je **spolupráce s dalšími odborníky a institucemi**. K této otázce se vyjádřili všichni dotazovaní, ovšem tři z jedenácti respondentů (4, 7 a 9) uvedli, že zatím žádného kontaktu s jinou institucí nebo odborníkem nevyužili.



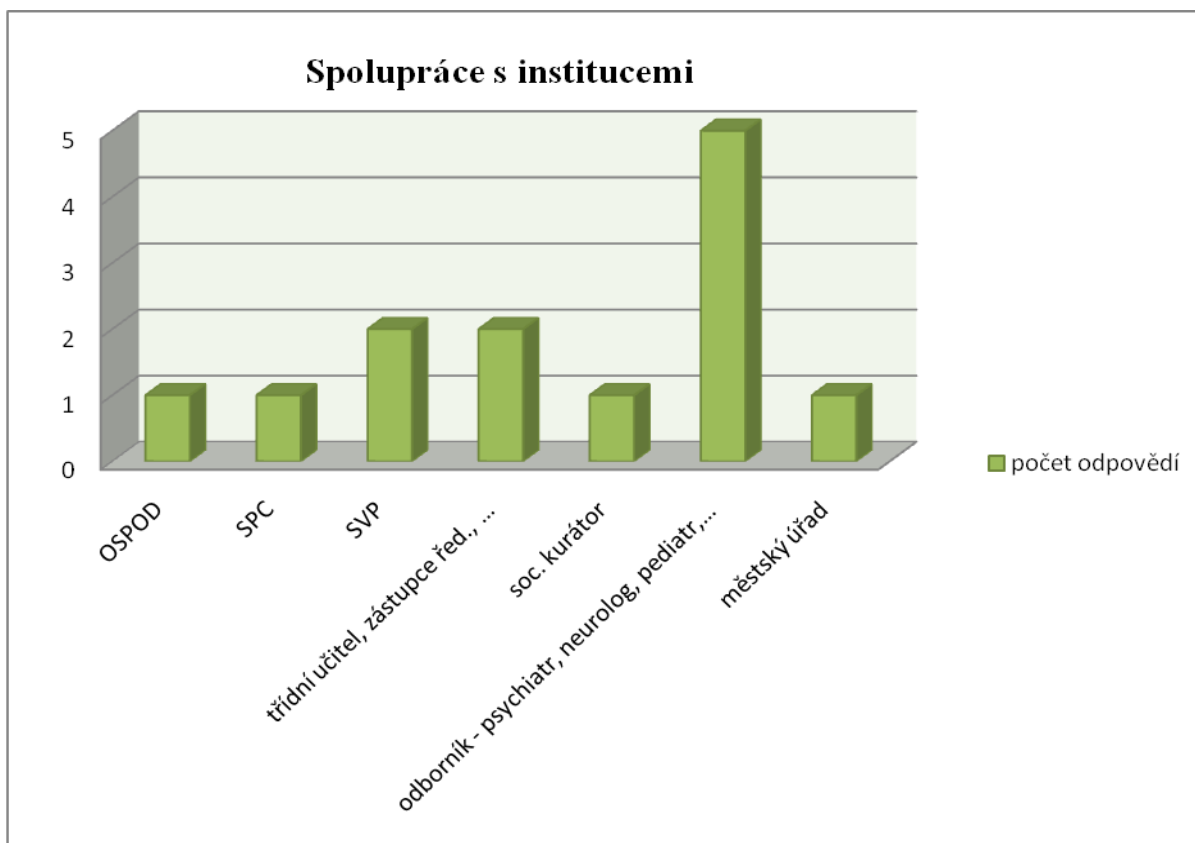
Zbýlých devět respondentů se vzájemné komunikaci s dalšími institucemi nebrání. A většina z nich se neostýchá požádat o radu kolegu z jiného oboru. Například respondent 11 uvádí, že úzce spolupracuje s paní z městské a státní policie, dále pak se sociální kurátorkou a

městským úřadem. Také se tento respondent shoduje s dotazovaným 10 na tom, že nejvýznamnější je jejich spolupráce se střediskem výchovné péče MIMÓZA v Ústí nad Orlicí, které pro jejich školu pořádá různé programy.

Pro radu k vedení zařízení nebo kolegovi, se nebojí jít respondent 6. *„Když něco nevím, jdu se poradit za doktorkama do SPC.“* Respondent 8 stručně odpověděl, že spolupracuje s třídní učitelkou. Zato dotazovaný 5 se chodí s důvěrou svěřit a konzultovat konkrétní případ ke školní psycholožce a zástupkyni ředitele. Respondent 1 nachází důvěru a pomoc také u zástupkyně ředitele. K tomu však ještě prozrazuje, že, co se týče problémů s pozorností u žáka s ADHD, vyhledá kolegy ze speciálně pedagogického centra. S těmi se pokusí najít společné řešení, protože si o žákovi s ADHD vedou dokumentaci, testují ho na percepci, pozornost apod. Z těchto výsledků pak vytvoří společný návrh řešení.

Za důležitou považuje respondent 2 spolupráci s Orgánem sociálně právní ochrany dětí, v případě, že na žádném stupni nefunguje komunikace s rodiči.

Jak je patrné z grafu, nejčastější odpovědi respondentů je spolupráce s ostatními odborníky. Mezi ně můžeme zahrnout specialisty z lékařských, psychologických, speciálně-pedagogických, sociologických a dalších oborů. Za všechny jmenujme konkrétní pozice, např. dětský psychiatr, neurolog, pediatr, fyzioterapeut, školní psycholog, psycholog, speciální pedagog, výchovný poradce, sociolog, sociální kurátor a dále pak např. zástupce orgánu české policie. Tuto dimenzi trefně vymezuje respondent 2. *„Každý by si měl uvědomit možnosti a limity, které má on sám. Pokud za mnou někdo přijde a je tam viditelný problém, který vyžaduje jiného odborníka, nebráním se toho žáka s ADHD k němu poslat. Oblast ADHD je oblast multidisciplinární a měli bychom všichni spolupracovat.“* Podobného názoru je i respondent 3: *„Samozřejmě hodně spolupracujeme s terénem. To znamená, když nám někdo pošle dítě, snažíme se mít zpětnou vazbu i na člověka, který nám ho posílá. Spolupracujeme i s dětským psychiatrem.“*



Na otázku „*Které formy a metody práce s žákem s ADHD znáte, popřípadě používáte?*“ Druhou nejčastější odpovědí respondentů je, že je v jejich činnosti nejvýznamnější spolupráce s rodinou. Tuto odpověď zvolili respondenti 1, 3, 4 a 10, např. respondent 4 má takovýto názor: „...*potom aby nějaký úspěch byl, tak je práce hodně propojena nejen s těma dětma, ale i práce s rodiči jako takovými. Když nepochodíte u rodiče, tak ty výsledky bohužel nevidíte.*“. Také respondent 3, má téměř shodný úsudek. „*V momentě, kdy rodina nespolupracuje, tak je samozřejmě ta práce s dítětem horší, než když spolupracuje.*“ Někdy se však stává, že se kontakt s rodiči nepodaří navázat. Ať je to z důvodu nepochopení se obou stran, nevybudování vzájemné důvěry či strach a nechuť rodičů řešit další komplikované situace, způsobené jejich dítětem. Nerezignovat na takovou situaci není jednoduché, ale naštěstí mnoho respondentů mělo v zásobě další možnosti, jakým způsobem se vyrovnat se syndromem ADHD ve škole.

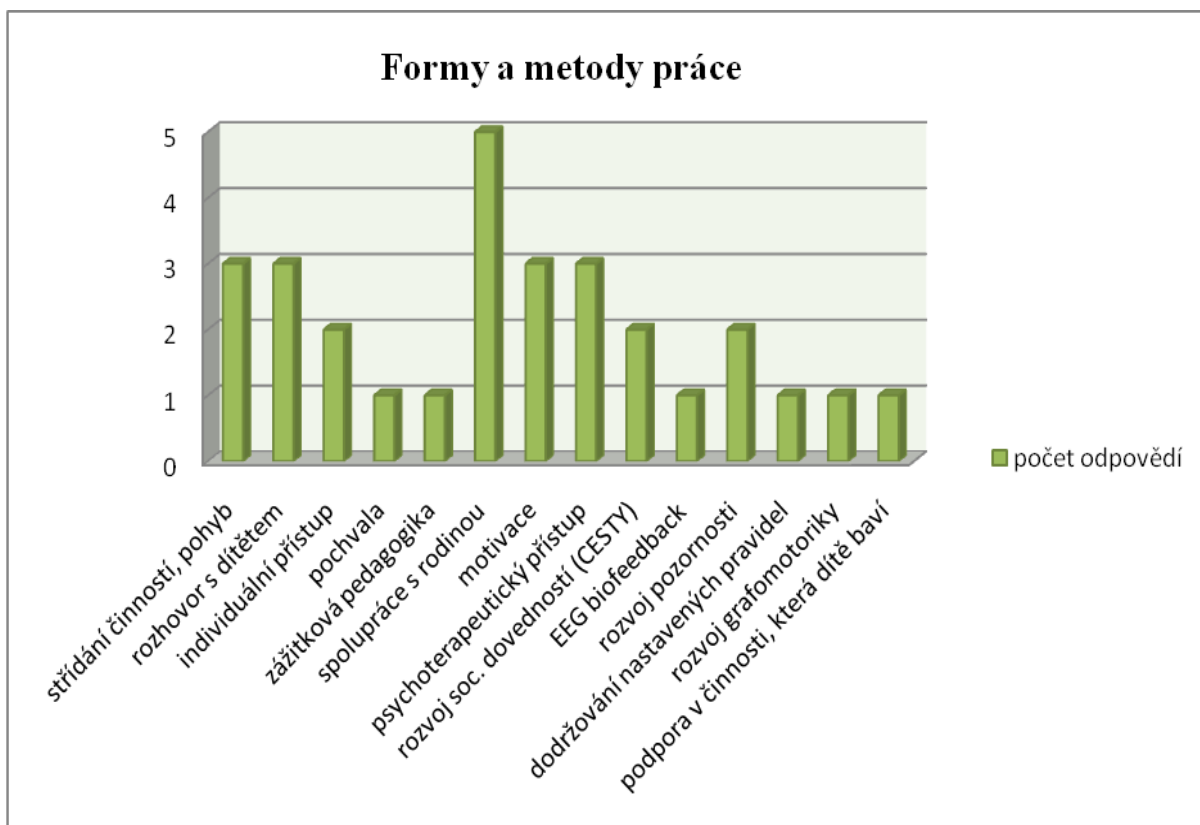
Respondent 2 je zastáncem zážitkové pedagogiky a osobního rozhovoru s dítětem. „*Spontánně odebírám fyzickou energii, využívám tělesnou námahu v horolezeckém kroužku. Jakési sebepoznávání se za pomoci právě těchto spontánních aktivit, umožňuje náhled skupiny na danou situaci. Povídáme si o tom, jakým situacím se vyhýbáme, abychom tomu uměli čelit. Jednak si potřebují zažít úspěch, naučit se spolehnout sám na sebe i na skupinu. Rozhovor*

s ohledem na věk má taky své místo.“ Rozhovor mezi čtyřma očima volí také respondenti 6 a 11. Vybití energie pohybem podporuje respondent 5. „*Rozhodně doporučuju těmto dětem více sportu, třeba míčové hry. Ted' se nám podařilo nakoupit dvě trampolíny na zahradu, kola a různé průlezký. Zkoušíme s dětmi jezdit na kole. Pro děti, co mají špatnou motoriku, máme dvě kola, kde se dají odšroubovat šlapky i řetěz, takže se můžou odrážet nohama.*“ Dále se snaží rozvíjet u žáků s ADHD grafomotoriku. „*K rozhybání končetin používáme netvrdnoucí modelínu a mačkáací polštářky a balónky.*

Zaměření na pozitivní rozvoj vztahu žáka s ADHD ke spolužákům, k rodinným příslušníkům či k pedagogům zvolili respondenti 3 a 7. Zásadní je v jejich práci podpora sociálních dovedností. „*Metodika na rozvoj sociálních dovedností. Ten program se jmenuje Cesty.*“ (Respondent 7) O této metodě hovoří též respondent 3: „*Je to takový cílený nácvik sociálních dovedností, kde si ty děti postupně osvojují dovednosti, které potom využívají prakticky v sociálních situacích. Začíná se od nějaké metody, kdy se dítě učí zklidnit, uvědomovat si to co potřebuje, pojmenovat svůj problém a potom následně s tím problémem pracovat.*“ Materiál na rozvoj pozornosti používá respondent 4, „*V rámci posilování pozornosti hodně pracuju se svými materiály - Shody a rozdíly na vizuální percepci.*“. Tento respondent se nebrání zajít pro pomoc i do jiných sfér terapie: „*Nedám dopustit u jistých typů dětí na terapii pomocí EEGbiofeedbacku. Potom také, když je potřeba, děláme relaxace.*“. Také navrhuje dítě zbytečně nestresovat a dát mu trochu prostoru. Doslova doporučuje: „*Měli bychom nechat více času na práci, zkrátit rozsah a počet cvičení, cyklicky opakovat. Což opravdu v normální škole ten učitel nemůže zajistit. Oni opravdu potřebují tolerovat, že mají výkyvy v práci. Můžeme upřednostňovat ústní zkoušení. Některé děti nejsou schopné ani ústního zkoušení před třídou. Nesmíme známkovat jejich pozornost, ale hodnotit to co skutečně umí. Velké privilegium by bylo, kdyby mohl učitel vzít žáka někam bokem, třeba do kabinetu a popovídat si s ním.*“

Respondent 8 uvedl mezi metody a formy skupinovou práci. „*Práce ve skupině a následné zhodnocení jak dětmi, tak i mnou. Dítě potřebuje být úspěšné, potřebujeme se naučit chválit a vidět věci i ty dobré. Každé dítě potřebuje být úspěšné.*“

Tři respondenti z jedenácti řekli, že využívají poznatků z psychoterapie a některé postupy z této oblasti i využívají při práci s žáky s ADHD. Např. respondent 2 upřednostňuje psychoterapeutický přístup, střednědobý.



Medikace bylo další téma, kterého se bylo třeba dotknout. Pokud vidíme projevy žáka každý den, máme možnost posoudit, zda je léčba léky nezbytná a účinná. Proto jsme se zeptali respondentů na jejich názor.

Naprosto jasný názor na medikaci má respondent 3, pokud je medikace zvolena tak, aby neměla vedlejší účinky a významně nezasahovala do života dítěte, pouze mu pomohla ke zmírnění stresu, souhlasí s ní. „*Ta medikace musí tomu dítěti sednout. Pokud je medikace dobře zvolena, tak tomu dítěti může neobyčejně pomoci, a to nejen ve školní práci, ale k celkovému náhledu na sebe. Dítě, které bylo nevládnutelné, agresivní dojde ke zklidnění. To dítě se může nějak aktivně začlenit do školního prostředí. Do toho kolektivu vrstevníků se začleňuje daleko lépe.*“.

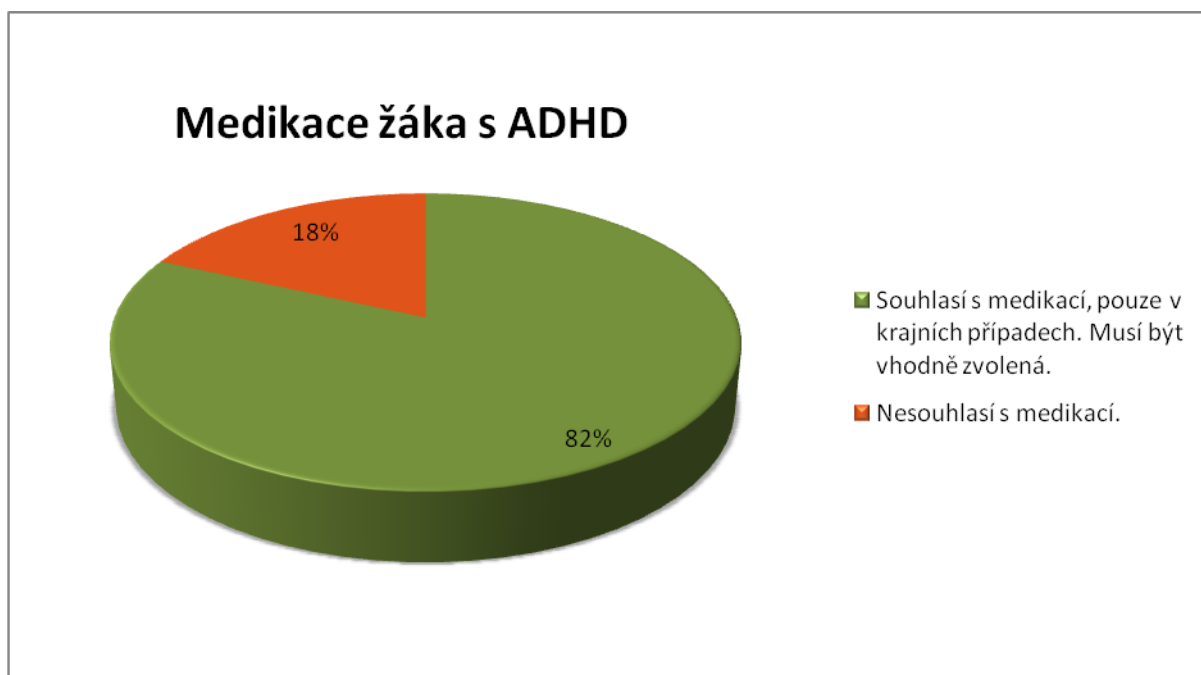
Zdá se, že někdy mohou vést k medikaci agresivní projevy dítěte a krajní situace jím vyvolané. „*Někdy je to opravdu nutný, protože to dítě může ohrožovat ostatní a někdy ohrožuje i sám sebe. Zvláště na prvním stupni je to dost nebezpečné. Já to беру jako krajní případ, rozhodně nemedikovat za každou cenu, ale když jsou případy, že to jinak nejde...*“ (Respondent 10) Zastáncem medikace není respondent 11, ale „*...někdy je to nezbytný, když je to pod lékařským dohledem. V krajním případě.*“. Respondent 9 vychází spíše z vlastní zkušenosti. „*Mám tady dítě, který je medikován. Ovšem toto se časem odbouralo. Pan*

doktor od medikace upustil, protože se ve škole s tímto žákem pracuje. Zároveň si ale myslím, že se medikace trochu zneužívá. Já bych ji předepisovala opravdu v ojedinělých případech.“

Srovnání se zahraničním způsobem léčby využil respondent 4. *„První postřehy jsem měla od norských kolegů, kteří tady byli na stáži a kde to bylo nastaveno tak „že se zavrtíš na židli a dáme ti prášek“, tak takhle ne. Já se domnívám, že těžších poruch přibývá, tak ta medikace je nezbytná. Medikace není všespasná, dítě by nemělo být medikováno za každou cenu.*“ V závěru však připouští: *„Ale třeba ta Stratela je dobrá.*“.

Respondenti 1, 2 a 4 se shodli, že je při medikaci žáka s ADHD, důležitá spolupráce školy a psychiatra. *„Psychiatr by se měl obracet na pedagogy. Ve chvíli, kdy tam je navržena medikace, konzultují spolu jak to dítě funguje ve škole. Jestli tam může probíhat vzdělávání. To znamená, já se neuzavírám medikaci, pokud je na místě.*“ (Respondent 2) Respondent 1 má možnost v rámci školy spolupracovat s psychiatrem. *„Medikace je v některých případech na místě. My tu máme v rámci školy psychiatricku, ta se přijede podívat na dítě, když je potřeba. Pozoruje dítě ve třídě, poté se poradíme a dohodneme se s rodičema.*“ Také respondent 6 vyhledal pomoc odborníka, a to homeopata.

Respondent 7 dává, v rozhodnutí o léčbě, hlavní slovo rodičům. *„Já si myslím, že je to legitimní nástroj. Záleží na rodičích, co pro to dítě chtějí. Záleží i na doktorovi. Pokud ta medikace není vhodně zvolená a pokud to dítě hodinu prospí, tak to je k ničemu.*



Jak vyplývá z grafu, 82% respondentů, tzn. devět z jedenácti dotazovaných, souhlasí s medikací. Téměř všichni se shodli, že by k medikaci přistoupili jen v krajních případech a jen pokud je léčba vhodně zvolená.

3.7.1 Shrnutí

Lidé setkávající se s dětmi trpícími syndromem ADHD by se měli celý život snažit získávat nové informace a poznatky ze svého oboru. Zjišťovat co je nového na poli vědy a výzkumu. Sledovat, zda se na trhu neobjeví nějaká účinná a finančně dostupná pomůcka, kterou by mohli aplikovat při působení na žáka s ADHD. Zkrátka by měli být pokrokový, ale ne samozřejmě za každou cenu. Stále si můžeme vzájemně předávat známé metody a formy práce, které se mohou osvědčit. Proto jsme se v této kapitole nejprve zajímali, odkud čerpají respondenti inspiraci. Zda je v jejich práci spolupráce s dalšími odborníky významná. Dozvěděli jsme se, že respondenti čerpají informace nejen z vlastních zkušeností, ale i z literatury, psychoterapeutického výcviku, vzdělávacích kurzů, atd. Zároveň je pozitivní zjištění, že převažují respondenti, kteří spolupracují i s jinými institucemi a nebojí se oslovit své kolegy.

Zajímavé je, že nikdo z dotazovaných neuvedl v otázce o kooperaci s dalšími institucemi, spolupráci s rodiči. Přitom čtyři respondenti uvedli (viz podrobněji 3.6 Oblast – vlastní pohled na problematiku ADHD), že kladou akcent právě na tuto složku výchovně-vzdělávacího procesu. Rodina v životě žáka základní školy hraje jednu z nejdůležitějších rolí. Rodiče své dítě znají z úplně jiného pohledu, tráví s ním nejvíce času. Jejich postřehy a poznámky mohou učiteli pomoci objasnit některé osobnostní stránky dítěte. Rozhovor se zákonnými zástupci může také ozřejmit vztahy v rodině, režim dne dítěte či nastavená pravidla, která všichni dodržují. Učitel si má možnost vytvořit jakousi rodinnou anamnézu, což může o žakově chování hodně vypovídat. Spíše ale, tyto respondenti rodinu jako instituci nevnímají.

Zásobník činností respondentů je pestrý a jejich škála metod a forem práce je rozsáhlá. Jednou z nejčastějších odpovědí byla psychoterapie. Mnoho respondentů z ní čerpá. V oblasti forem a metod práce jsme zjistili, že je jedna z nejdůležitějších pro respondenty spolupráce s rodinou. Uvědomují si, že nelze na žáka s ADHD působit, aniž by byli v kontaktu s rodiči nebo dalšími příbuznými. Dohoda mezi učitelem a už zmiňovanými zákonnými zástupci dítěte o dalším výchovném a vzdělávacím postupu je precedentní. Například, pokud je žák ve

škole veden k dodržování určitých pravidel a doma tomu tak není, může vzniknout jakýsi vnitřní konflikt a dítě je o to více zmatené, nevyzná se samo v sobě, natož v okolních vztazích.

Pozitivní motivace, rozhovor s dítětem, psychoterapeutický přístup a střídání činností ukazuje, že tyto metody volí dotazovaní při své práci velmi často. Také pojem individuální přístup stojí za zmínku, protože ho zvolili dva respondenti. Ovšem nabízí se otázka: „*Stačí zvolit k dítěti, např. individuální přístup?*“. I když nikdo z dotazovaných přímo necharakterizoval konkrétní případ, kdy a jakým způsobem tento individuální přístup zvolil, už jen samotný pokus zjistit v čem je chyba a poté ji napravit, je významným krokem vpřed. Pokud si dá učitel práci a snaží se najít si cestu k problémovému žákovi, je pravděpodobné, že se jeho vztah ke škole změní a poté i postoj k učení. Na rozdíl od kolektivního přístupu, kde na každého platí stejná měřítko. Jsme rádi, že zazněl názor, abychom podporovali dítě v činnostech, které ho baví. Protože často se sklouzává k tendenci podhodnocovat dítě za četné neúspěchy v mnoha školních předmětech. Samozřejmě pochvala k této podpoře patří.

Nicméně pro individuální přístup musí být vytvořeny podmínky, například menší počet dětí ve třídách, asistent pedagoga, atd. Což zůstává na našich základních školách neuskutečnitelné, a to z mnoha důvodů. Jedním z nich je finanční stránka školství. V důsledku nedostatku prostředků dochází k tomu, že některé děti, ač by nemusely, jsou medikované. Tohoto jevu se bojí i respondenti, proto by chtěli doporučit rodičům, aby vyhledali pomoc odborníka. Nejlépe dětského psychiatra., se kterým by mohly spolupracovat.

3.8 Okruh – Pomůcky a alternativní metody či prostředky

Při integraci žáka s ADHD na běžnou základní školu nevystačíme s běžným zařízením třídy na základní škole, potřeby žáka s ADHD jsou natolik znatelné, že vyžadují přizpůsobení podmínek školního prostředí. Mohli bychom začít snížením počtu žáků ve třídě, aby se učitel mohl tomuto žákovi více individuálně věnovat. Pokud má učitel možnost navštívit vzdělávací kurz nebo se inspirovat v jiných zařízeních, může využít své poznatky přímo v praxi. Součástí práce s dítětem se syndromem ADHD jsou různé pomůcky, ať to jsou antistresové míčky, relaxační hudba, samolepky, počítačové programy, pracovní listy zaměřené na projevy ADHD atd. Tyto drobné věci mohou žákovi velice pomoci. Případně lze nedostatky materiálního vybavení vykompenzovat jinými alternativami. Pokud se zaměříme na oblast terapie, učitel má možnost čerpat z psychoterapie, z arteterapie atd. Z expresivních

terapií, jmenujme například dramaterapii, muzikoterapii, arteterapii či zooterapii (canisterapii, hypoterapii, ...). Možností existuje mnoho, stačí vynaložit trochu úsilí k vyhledání nových či neotřelých podmětů.

Naší snahou bylo zjistit, kteří respondenti **využívají ke své práci pomůcky či jiné alternativní prostředky**. Devět respondentů z jedenácti mělo v zásobě řadu pomůcek, které využívají ke své práci. Pouze dva respondenti k této otázce neměli co říci. Respondent 11 tvrdí: „*Zatím tu nic takového nemáme.*“ Respondent 10 zas říká, že realizace nějakých zvláštních podmínek a pomůcek je u něj na škole nerealizovatelná, ale plány a výzvy do budoucna má. Čeká však na finanční příležitost. „*U nás ve škole to není možné, protože narážíme na finanční a prostorové důvody. Ale děti by měly mít prostor pro fyzické „vyřádění“, kde by si mohly vybit tu přebytečnou energii. Ted' máme projekt, že bychom ve sklepeních pod naší školou vytvořili klubovnu, kde by si děti mohly o přestávkách být a třeba si zahrát „pinec“ a co by si přály, ale nejsou peníze.*“

Zato četnou řadou pomůcek se může pochlubit respondent 3 a 4. „*Pomůcek mi využíváme strašně velkou škálu. Ať to jsou počítačové programy, kde jsou modifikace na ovlivnění pozornosti, tak také alternativní materiály na nácvik pozornosti, které čerpáme z převzatých materiálů nebo si je i sami vytváříme.*“ (Respondent 3) U respondenta 4 mají rodiče dokonce možnost koupit materiál na rozvoj jednotlivých psychických funkcí. „*Hodně pracuju s pracovníma listma, se svýma věcmi. Klienti si můžou kupovat u nás materiál, např. Shody a rozdíly na vizuální perцепci.*“ Respondent 4 nezapomíná ani na fakt, že velká část dětí s ADHD má ke svému znevýhodnění přidružené ještě specifické poruchy učení (dále jen SPU). Proto přidává ke svému seznamu ještě pomůcky k SPU, jako jsou: „*bzučák, pomůcka k poznávání hodin, čtenářské okénko nebo násadka na tužku, pomůcky pro dyspraxii.*“. Jmenoval i konkrétní firmu: „*Ted' mě nadchla firma FITEDU*“.

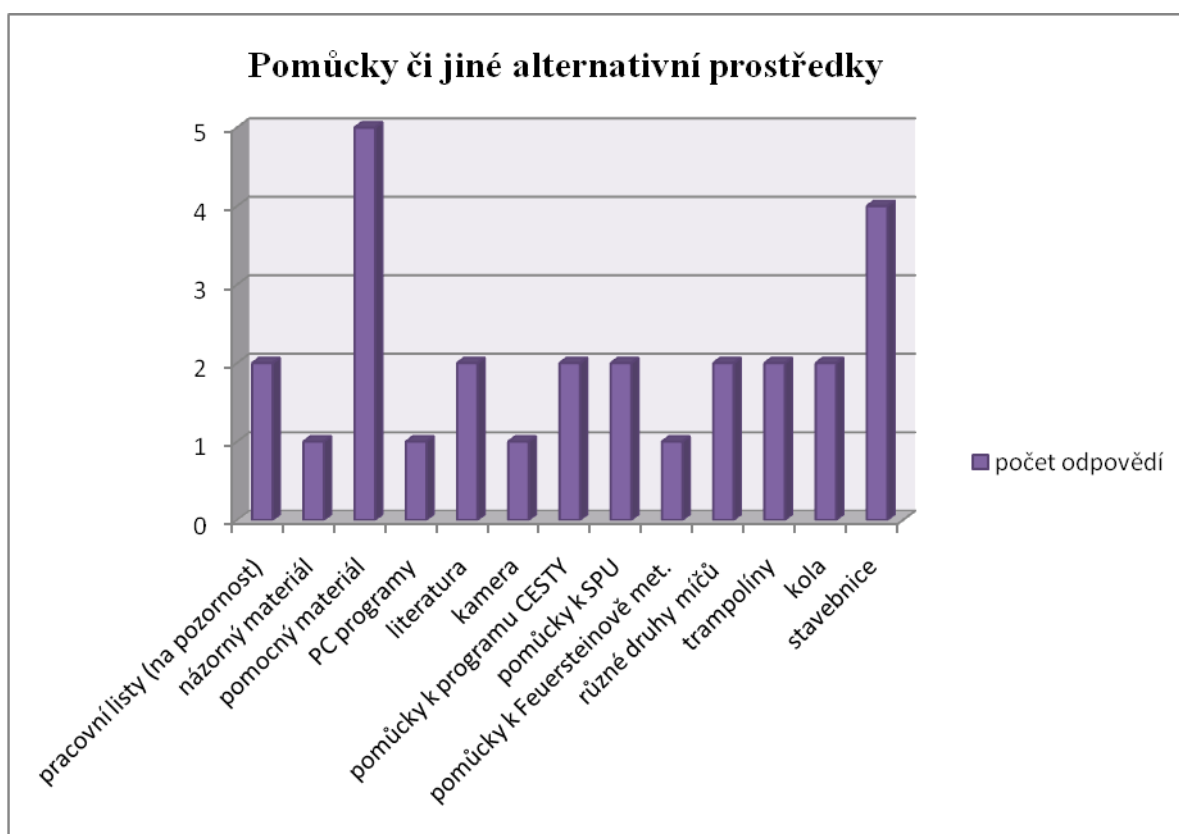
Feuersteinovou metodou instrumentálního obohacování se inspiroval respondent 7, který k realizaci této metody využívá potřebné pomůcky. Součástí jsou drobné předměty, např. dřevěná stavebnice.

Stavebnice, druhá nejčastěji jmenovaná pomůcka, jíž jmenovali čtyři respondenti (2, 3, 4 a 7), je zajímavým prostředkem, který nabízí široké možnosti. Pokud je respondent nápaditý, dá se využít v mnoha oblastech, ať už to jsou matematické představy, prostorová orientace či jako pomůcka na nácvik koncentrace a pozornosti. „*Tady se ukázalo, že je to výborná pomůcka právě pro děti s poruchou pozornosti. Je to velmi zajímavý prostředek, který je využíván ke zklidnění, přeladění.*“ (Respondent 2) Další pomůcku, kterou může

respondent 2 jmenovat, je kamera. Za její pomoci dělá metodu videotréninku. Dodává však, že je třeba tuto záležitost eticky ošetřit. A poslední pomůckou nebo spíš prostředkem, který jmenuje, je jeho vlastní osoba. „Ale nejpodstatnější pomůckou jsem já sám. Prostředek, kterej vždycky máme, jsme my a ten lidský kontakt.“

Respondent 1 se domnívá, že se situace vybavenosti ve školství zlepšila. Zároveň jmenuje několik pomůcek ze svého zásobníku. „Na základní škole je vybavenost pomůckami lepší. Je fakt, co jsme si ze začátku nevyrobili, to jsme neměli. Různý písmenka a pracovní listy, obrázky, které si můžou vybarvit. Jim vyhovuje to, že si o přestávce můžou hrát s míčkem. Využívám „Bingo“, hlavolamy, mačkáací míčky. Můj výrobek, hodnotící „Smajlíci“. To jsem si sama vymyslela s tím, že to používá víc lidí. Taky tady čteme jednu knížku, jmenuje se to **Kouzelná zvířátka dětem**. Napsala ji psychologka Tamara Cinková. To dítě se v některých z těch příběhů může najít a tomu dítěti pomáhá v knížce nějaké zvířátko.“

Pomocný či sportovní materiál se v odpovědích respondentů vyskytoval nejčastěji. Pět dotazovaných z jedenácti, respondent 1, 4, 5, 6 a 7, jmenovalo pomůcky potřebné k výuce a k plnění volného času. Respondent 5 odpovídal výčtem prvků: „Násadky na pera, netvrdnoucí modelína, klíče, videokazety, molitanové polštáře, podložky na relaxaci, relaxační hudba, lávová lampa, koberec apod.“.



Dále jsme se ptali respondentů na **alternativní formy a metody práce**. Do této otázky by se dalo zahrnout vše, co je jiné, „neokoukané“ či něco, čím nahrazujeme každodenní stereotyp. V této oblasti se naskytuje výběr nepřeberných možností, které by mohly pomoci dítěti zvládat školní výuku, aniž by tyto alternativní metody narušili proces vyučování.

Zajímalo nás, zda dotazovaní takovéto alternativní metody práce vyhledávají, jestli je vůbec možné v jejich zařízení takovouto formu působení vykonávat.

Mnoho odpovědí respondentů se ubíralo směrem k terapiím a jejím modifikacím. Expresivní terapie a její různé podoby (arte-, drama-, teatro-, poeto-, muzikoterapie, taneční terapie atd.), dále psychoterapie se stala pro respondenty další možností a cestou, kterou se vydat, když jsou jiné metody neúčinné. Nejvíce dotazovaných (1, 5, 6, 7) uvedlo muzikoterapii. Dramaterapii využívají respondenti 3, 7 a 9. Respondent 1 vypovídá *„Kolegyně teď dělá terapie. Člověk to musí ovládat tak, aby to zvládnul. Kolegyně dělá muzikoterapii. Dělá to s žákama v rámci hudební výchovy nebo ve školní družině.“*. Také respondent 6 odpovídá, že využívá muzikoterapii, k tomu však ještě doplňuje relaxační hudbu.

Respondent 3 zas nedá dopustit na dramaterapii, *„Já jsem třeba hodně ovlivněna dramatickou výchovou, dramaterapií. Takže i takový tvořivý prvek dramaterapie je v té práci vidět.“* Respondent 5 se alternativním metodám nebrání, naopak: *Někteří mají tu alternativu rádi, někteří kantoři ne. Je tady muzikoterapie. Já jsem ten typ člověka, který alternativu podporuje. Některý věci praktikuju i na své dceři doma. Já se špatně dýchá, proto jsem si našla v Dyscentru to Tai-či.“*. Respondent 2 má vypozerované, že *„...u těch introvertních jedinců se mi ukazuje pozitivní arteterapie, kdy vlastně může ten jedinec své prožitky tak jako ztvárňovat.“*. Další z mnoha směrů expresivní terapie jmenuje respondent 4: *„Canisterapii, hypoterapii a prvky ergoterapie.“*.

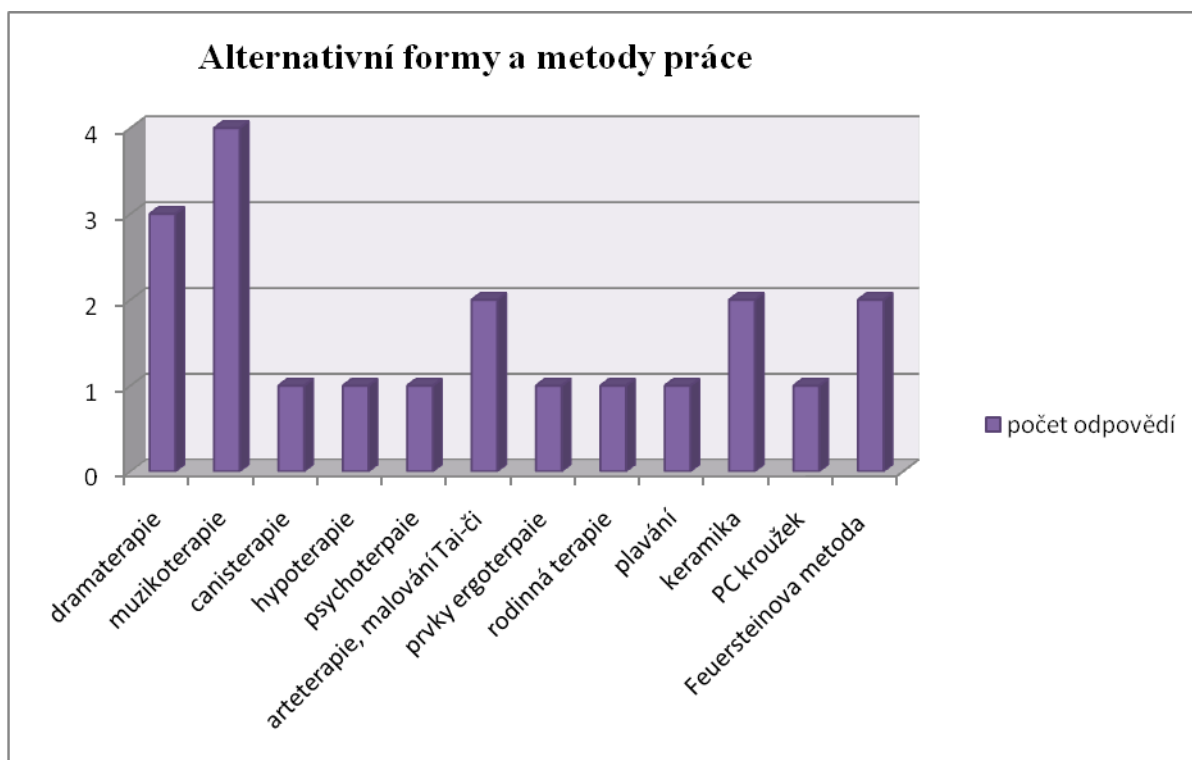
Feuersteinovým programem instrumentálního obohacování (viz podrobněji 2.3 Vybrané metody a formy při práci s žákem s ADHD) a jeho uplatněním se můžou pochlubit dva respondenti (3, 7) z jedenácti, což se nám zdá i přesto příznivé číslo, protože tato metoda není ještě tolik rozšířená. *„Momentálně používáme poměrně úspěšně Feuersteinovu metodu instrumentálního obohacování.“*

Vlastní nezvyklé metody popsal respondent 3 a 8. *„Já mám takový styl práce, že děti „můžou a nemusí“ tu činnost dělat. Mám tady teď hyperaktivního chlapečka, jeho zabavujeme různými výtvarnými činnostmi a pracovními činnostmi.“* (Respondent 8) Blíže nám specifikoval své metody respondent 3: *„Opravdu konkrétní metodou jsou naše schody na*

nácvik počítání. Takže když se s dětma učíme počítat, tak tato metoda je baví. S nácvikem matematických dovedností používáme různý lepítka. To dítě si je lepí po těle a tím vyvozujeme početní řadu. Taky pracujeme s takovýma dřevíčkama, který zase určujou pocitově, co je menší, co je větší. To dítě se rychle v těchto pojmech orientuje. Teďka nově budeme mít ve škole, což jsem teda ráda, trampolíny. Takže samozřejmě pro ty děti, které mají problém s hyperaktivitou, ale na druhou stranu i s tou relaxací je ten trampolínový velmi vhodný. Od toho si třeba hodně slibuju. Protože to ovlivnění ve spojení s tou zábavou může doopravdy být poměrně úspěšný. U toho pohybu bych individuálně volila, co to dítě potřebuje.“. Pokud zůstaneme u pohybu, k tomu dodává respondent 4, že „Plavání je dobrý, takový to relaxační. Postup vymyslela p. doktorka Heyrovská. Relaxační uvolňovací plavání spojené se spoustou pomůcek, spojené s prostorovou orientací. V teplé vodě, pokud má 30 °C, je to ideální,“.

Neměli bychom zapomenout zmínit keramický kroužek, který není neobvyklý na základních školách. Tato forma práce je pro žáky s ADHD velmi vhodná, proto jsme uvítali, že ho nezapomněli poznamenat ani respondenti 7 a 11.

Dva respondenti (10,11) z jedenácti dotazovaných odpověděli, že žádné alternativní metody či techniky nevyužívají. „Zatím tady nic takového nemáme.“ (Respondent 10) Spíše si ale myslíme, že si v danou chvíli na nic nevzpomněli, protože mnoho věcí lze pokládat za alternativní, často jde ale o úhel pohledu respondenta.



3.8.1 Shrnutí

K tomuto okruhu se respondenti vyjadřovali s jakýmsi rozporuplným postojem. Někteří automaticky jmenovali pomůcky i alternativní prostředky a metody bez větších prodlev a u dalších respondentů byly znát pochyby o smyslu této otázky. Dlouho přemýšleli nad tím, co si pod pojmem „alternativní“ mají představit. Nakonec, kromě dvou respondentů z jedenácti, našel odpověď téměř každý dotazovaný.

Velká část respondentů zaměřila svoji činnost na terapie jako takové, především na expresivní terapie. Zřejmě je to z důvodu finančních a také snazší dostupnosti informací o těchto způsobech léčby. Mezi nejčastěji jmenovanými byly muziko- a dramaterapie. Ostatní druhy terapie včetně psychoterapie měli po jednom hlase. Učitelé a ostatní pracovníci mají možnost navštěvovat kurzy zaměřené právě na tuto oblast. U dětí s ADHD se vyplatí opravdu vyzkoušet různé metody, protože jakákoliv forma pomoci může pro žáka znamenat krok směrem dopředu. Cílem alternativních způsobů práce je, aby dítě nebylo frustrované z každodenních poznámek či ze školních nezdarů. Aby bylo motivované k úsilí dosáhnout alespoň malého úspěchu, po kterém touží každý z nás.

V oblasti pomůcek a alternativních prostředků jsme byli mile překvapeni, kolik podmětů se nalézá v zásobnících respondentů. Mnoho z nich, opět až na dva, kteří žádné propriety nejmenovali, používá řadu pomůcek k výchově a vzdělávání žáka s ADHD. Ať to jsou nejčastěji jmenované předměty sloužící při výuce jako pomocný materiál, tak i pomůcky, které potřebujeme k pohybovým cvičením a hrám. Dva respondenti nedají dopustit na trampolíning. Tato myšlenka se nám velice líbila. Nejen žák s ADHD, ale i jeho spolužáci, potřebují vybit přebytečnou energii pohybem. Obzvláště na prvním stupni, protože schopnost koncentrace a pozornosti s věkem stoupá. Dozvěděli jsme se zajímavou informací, že se dá využít k edukaci žáků také dřevěná stavebnice, která má několik variant složení. Žák se opět hravou formou učí soustředit na určitý objekt a způsob práce. Tento postup se dá převést i do vyučovacích hodin, kdy tato pomůcka může být součástí vyučování či sloužit jako odměna a motivace za snahu a dobrý výkon ve vyučování.

Slova „alternativní metody a prostředky“ nemusí nutně znamenat nějakou novinku či úplně neznámý pojem. Do této oblasti můžeme zahrnout i třeba nám notoricky známé předměty a činnosti, pouze si je musíme upravit nebo přizpůsobit na danou situaci. Záleží na zkušenostech, rozhledu a fantazii respondenta.

3.9 Oblast – Pedagogické asistentství u žáka s ADHD

V metodickém pokynu č. j. 14 453/2005-24 je konkrétně uvedeno, že podpůrná služba asistenta pedagoga se doporučuje upřednostnit v 1. třídách školy, ve vyšších ročnících se předpokládá postupné omezování asistenční služby v souladu s věkovým i sociálním osamostatňováním žáků. Rozhodující je však aktuální stav žáků se zdravotním postižením, jejich individuální potřeby a z nich vyplývající potřeba podpory asistenční služby. Asistence nemusí znamenat jenom úlevu pro dítě, ale i pro jeho spolužáky. Z pokynu vyplývá, že nejlépe je začít s asistencí co nejdříve.

Respondent 6 a 7 na otázku **jaký máte názor na to, zda má smysl přiřazovat asistenta pedagoga k dítěti s ADHD**, odpověděli, že je pro ně asistence důležitá a má význam. *„Myslím, že je důležitá a má smysl, protože nemusí pomoci jen jednomu, ale všem. Ta péče musí být taková, že nechá dítě volně pracovat, učí ho samostatnosti, musí tomu dítěti dát prostor.“* (Respondent 6) V podstatě se dá říci, že by měl asistent dítě připravovat takovým způsobem, že bude dítě ve své práci samostatné. Ač je to paradox, díky asistentovi pedagoga by se žák s ADHD měl stávat čím dál tím více nezávislejším na cizí pomoci. *„Já si myslím, že asistent má vždycky smysl. Pomůže to třídě i kantorovi. Pomáhá to i jiným dětem. Učitel nemusí být jenom u toho dítěte. Jeden asistent ve třídě není na škodu. Připravuje dítě na samostatnost.“* Respondent 11 nezapomíná na finanční stránku, která je podstatná, co se týče umožnění existence této profese. V asistenci vidí přínos, hlavně z hlediska časové náročnosti, kdy může tato činnost znamenat pro učitele velkou úlevu. *„Tady bych tu cestu viděla, kdyby se na tu funkci našly peníze. Tyhle děti by to potřebovaly. Člověk si s dítětem promluví, ale nemá čas to s ním rozebírat o přestávce.“*

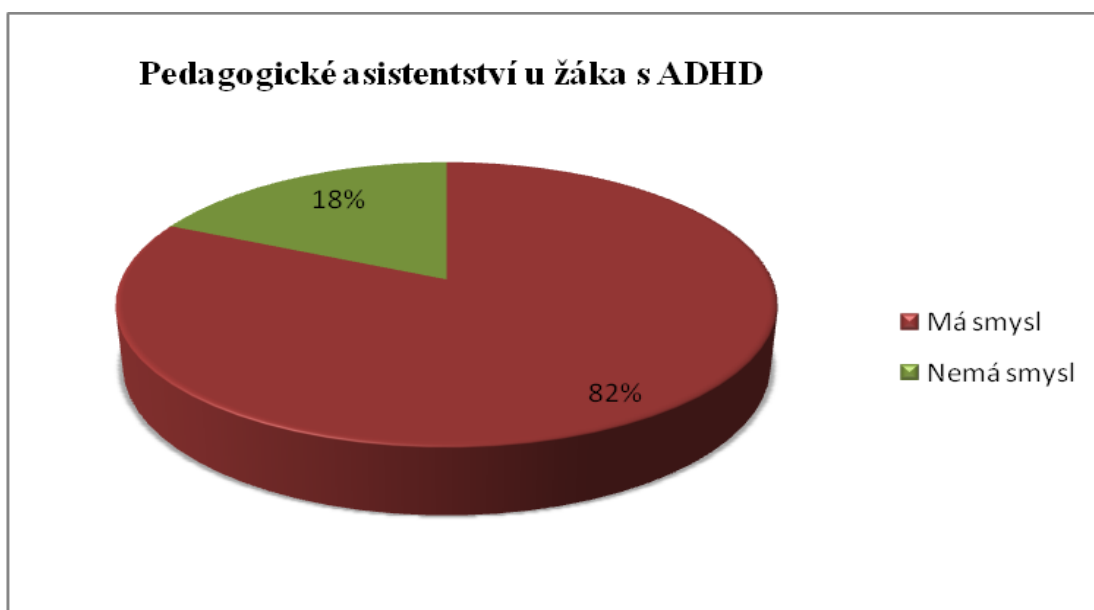
Že je potřeba, aby měl asistent patřičné vzdělání, si myslí více respondentů, tři z jedenácti. Konkrétně respondent 1, 2, a 3. *„Z mého pohledu je potřeba začít pracovat od samého počátku. Zamyslet se nad tím, jaký typ lidí by měli být asistenti. Jejich typologie. Mělo by se pracovat s tím, co tato profese přináší. Druhá věc je, jak si asistent rozumí s učitelem. U dětí se specifickou poruchou chování má asistentství určité svoje místo, protože může svojí přítomností dítě zklidňovat. Dotekem, blízkostí, klidným kontaktem, modulací hlasu. Tzn., že se soustřeďuje na to dítě, který vyžaduje mimořádnou pozornost. Může se naladit jenom na dítě, není vázaný na celou třídu. To mu samozřejmě může umožnit, aby tam mohlo probíhat vzdělávání s potencialitou toho dítěte a zároveň nebylo narušeno vzdělávání třídy, kde jsou ostatní žáci. Je to úkol s organizačně-technickými stránkami, tzn., jak bude probíhat organizace. Také má stránku psychologickou, tzn. je to otázka působené dvou*

dospělých osob, aby si nepřekáželi apod. Tento člověk by měl být i profesionálně připravený. Měl by mít nějaké pedagogické minimum. Měl by znát věci, který se týkají problematiky ADHD. Nejlépe by bylo, kdyby pedagog a asistent pracovali pod supervizí.“ (Respondent 2)

Respondent 4 uznává, že asistence u žáka s poruchou pozornosti a hyperaktivitou má smysl. Asistenta pedagoga by přiřadil k žákům s agresivními projevy. „*Význam má určitě. Ve srovnání s jinými typy postižení bych řekla, že je hodně důležité, jak si dítě s tím asistentem sedne. Role je nesporná, ale atipická ve srovnání s jinými postiženími. Smyslem té asistence by mělo být, že se to dítě osamostatňuje. U těch agresivních typů je asistence na místě.“*

S odmítavým názorem jsme se setkali u třech respondentů z jedenácti. Respondent 8 tvrdí: „*U nás na škole nikoho takového nemáme.“* Respondent 9 nemá s touto funkcí zkušenosti, „*Já jsem se s tím osobně nesetkala. Co se týče této poruchy, nedokážu si teda představit, v čem by tato asistence spočívala.“* A respondent 10 sice tuto pozici vyloženě nezamítá, ale „*Já bych spíš dala ke každému učiteli, jak je to ve Francii, asistenta. Ten by měl třeba skupinu dětí, pracoval by s nimi, a tomu učiteli by byl k ruce. Ten by se pak mohl individuálně věnovat dětem, které vyžadují zvláštní péči. Ale konkrétně k dítěti s ADHD bych asistenta nedávala, protože získá sám pro sebe nálepku „já jsem jinej“ někomu to může dělat dobře, ale většinou to nedělá dobře.“*

Opět se dle grafu ukazuje, že respondentů s odmítavým názorem na pedagogické asistentství u žáka s ADHD je méně, pouze 18%. Zbytek 82% vidí v asistenci pozitiva.



Poslední naše otázka, která ukončovala rozhovor, zněla: **Je něco, co byste chtěl(a) dodat k tomuto rozhovoru?** Chtěli jsme respondentům dát prostor pro vlastní vyjádření

myšlenek a doplnění chybějících informací, na které jsme se nezeptali. Z celkového počtu, jedenácti se odpovědi zdrželo pět respondentů 5, 7, 8, 9 a 11. „*Myslím, že jsem řekla vše.*“ (Respondent 7)

Respondenta 3 napadlo přispět k tématu svojí myšlenkou o problému, který se týká smysluplného trávení času mimo školu. „*Já třeba přemýšlím, že jsou velkým problémem volnočasové aktivity dětí. Tady si myslím, že je ještě velká možnost hodně toho udělat. Tady chybí jakýsi článek, kde by ty děti mohly být po té škole. Setkávání dětí s ADHD s dětmi z jiné skupiny vrstevníků tady chybí. Zpětná vazba z jiné vrstevnické skupiny není, protože tyto děti jsou v nestandardním prostředí.*“

Respondent 4 se zmínil o potřebě, aby se učitel či jiná osoba pracující s dítětem s ADHD, celou dobu snažila vzdělávat. „*Pořádáme tady kurzy pro učitele, jsou důležité, ale neočekávejme, že to změní situaci. Nevím, je to široké téma.*“

Respondent 2 se vyjádřil, že je nezbytná mezioborová spolupráce a spolupráce mezi institucemi. „*Je potřeba věci konzultovat v širším poli. Je potřeba otevřené diskuse, konzultace s rodiči, v týmu. Klíčové je zapojení rodičů do systému školy.*“

3.9.1 Shrnutí

V tomto okruhu, který se věnuje pedagogickému asistentsví, jsme se ptali respondentů, zda si myslí, že má asistent na žáka s ADHD pozitivní vliv a jestli se domnívají, že je tato práce efektivní. Opět se většina respondentů, devět z jedenácti, shodla na tom, že funkce pedagogického asistenta má v edukaci žáka s ADHD svoje místo. Hlavně pokud si asistent se svým svěřencem, jak se říká „sedne“. To znamená, že se žák s asistentem ve školním režimu cítí a orientuje lépe, než v předešlých situacích. Za pomoci asistenta se žák s ADHD učí být samostatnějším. Ukazuje mu, jakým způsobem se dá zadaný úkol zvládnout, pokud má dítě nějaký problém, asistent ho pouze navede správnou cestou, ale nechá ho úkol vyřešit vlastními silami. Takže se nejedná o zastoupení žákových povinností, ale pouze o posílení jeho schopností a dovedností.

Jedinou podmínkou této interakce, žák-asistent, kterou se respondenti zaobírali, bylo patřičné vzdělání a zásoba vědomostí o této poruše pozornosti spojené s hyperaktivitou. Asistent pedagoga by měl buď navštěvovat nějaký vzdělávací kurz, zaměřený na danou problematiku, nebo dosáhnout určitého vzdělání v oblasti speciální pedagogiky. Tento

požadavek se nám zdá rozumný, ovšem za dnešních podmínek financování této funkce, téměř nerealizovatelný.

Asistent se může stát pomocnou silou i pro respondenta, který výchovně-vzdělávací systém zaručuje. Může mu pomoci ušetřit čas, který by mohl být věnován žákovi s ADHD. Ten pak má prostor individuálně na tohoto žáka působit.

Většině respondentů stačil výčet otázek na tolik, že k rozhovoru nechtěli nic dodat. Pouze padla zmínka nebo spíše otázka, co s volným časem dětí s ADHD. Dále byla respondenty vyzdvihnuta úloha spolupráce s rodiči a dalšími odborníky.

3.10 Závěr výzkumného šetření

Na počátku výzkumného šetření jsme si stanovili cíl práce, který jsme naplňovali pomocí výzkumných otázek. Nyní v závěru našeho výzkumu, na ně můžeme odpovědět.

Je respondentův přístup k žákům se syndromem ADHD stejný nebo jiný než k ostatním žákům základní školy?

Domníváme se, že potřeby žáků s ADHD jsou dost viditelné a znatelné. Proto bylo příjemné zjištění, že jsou tyto nároky, vzniklé žakovým znevýhodněním, respektovány a naplňovány. Tato diagnóza bývá vnímána se vším všudy, co k ní patří. A proto se snaží, někteří respondenti obzvlášť, svoji práci těmto žákům přizpůsobit. Žák s ADHD vyžaduje především individuální přístup, je třeba respektovat jeho krátkodobou a nestálou pozornost, pracovní tempo či osobnost dítěte jako takovou. Pokud jsou respondenti v kontaktu a ve spolupráci s rodinou, mohou se stát aplikované metody ještě účinnější. Dítě je vedeno stejným směrem či řekněme režimem po celý čas dne a nemusí řešit myšlenku dvojího chování, ve škole a doma. Některé metody se mohou prolínat i do volného času žáka, ovšem to je už na učiteli nebo rodičích dítěte a na jejich dohodě. Výjimkou není ani společná domluva a rozhovor s dítětem. Díky šetření můžeme potvrdit, že se dotazování na diagnózu ADHD při své práci zaměřují.

Jsou naplňovány potřeby žáka s ADHD za pomoci různých metod a forem práce?

Ti, co žáka s poruchou pozornosti hyperaktivity tolerují v jeho projevech a snaží se porozumět jeho chování, mají v zásobě různé techniky či postupy. Respondenti, ač byli někteří ze stejného zařízení, podali pestrý výčet metod a téměř se v odpovědích neshodovali. Za všechny uvedené jmenujme např. videotrénink interakcí, rozvoj sociálních dovedností,

vybytí přebytečné energie pohybem či střídání činností. Nejvíce respondentů však vyzdvihlo spolupráci s rodinou. Nesmíme zapomenout ani na alternativní metody práce, kde oslovené nejvíce ovlivňuje psychoterapie a různé podoby expresivní terapie. Mimo uvedené, používají respondenti i vlastní metody a k nim určené pomůcky. Jejich snahou je uplatnit tyto formy práce, tak, aby byly efektivní. Mezi metody ověřování zahrnují respondenti supervizi či dlouhodobé pozorování. Je potřeba udržovat s žákem pravidelný kontakt, abyste mohli dítě dlouhodobě sledovat, pohovořit si s ním, poradit mu apod. Rozhovor je dostupná metoda, která se dá použít v mnoha situacích přímo v danou chvíli. Je lépe řešit problém hned, než se k němu vracet po nějakém čase, kdy je spor neaktuální. U žáků s ADHD nejsou vzácné konflikty s učiteli a spolužáky, proto je pro respondenty důležité rozvíjet sociální dovednosti žáků. V našem výzkumném šetření vyšlo najevo, že program Cesty je pro práci s žákem s ADHD vhodný a je na tuto oblast zaměřen. Takto bychom mohli pokračovat dále. Záleží na učiteli či vychovateli, zda bude škálu svých metod obohacovat. Jestliže se některá z nich v praxi osvědčí, dá se říci, že potřeby žáka s ADHD jsou naplňovány.

Existují podmínky, ze kterých lze čerpat inspiraci pro výchovně-vzdělávací činnost, popřípadě lze tyto subjekty v praxi použít?

Především díky literatuře, psychoterapeutickému výcviku nebo vzdělávacím kurzům mohou respondenti své nabyté dovednosti aplikovat ve výchovně-vzdělávacím procesu. Někteří využívají své aktivity více a jiní méně. Záleží na účinnosti, i když v praxi se často efektivita metod mění. V odpovědích dotazovaných jsme našli názory, že každé dítě je individualita sama za sebe, proto jsou metody často rozdílné a tzv. „šité na míru“. To znamená vyhledávání poznatků i v jiných oblastech než které nám jsou známé a lehce dostupné. Ne však každý respondent se inspirovuje v jiných sférách a okruzích. Dotazovaní čerpají rovněž ze svých zkušeností, někdy se vlastní praxe stane zdrojem návodů a technik. Dlouhodobé zkušenosti s žáky s ADHD jsou jistě výhodou, to však neznámá, že není třeba spolupracovat v rámci mezioborových vztahů. Právě kooperace mezi institucemi a odborníky nese pro respondenty největší význam. Poradit se s kolegou nemusí znamenat nutně prohru, pouze tato rada otevře další směry náhledu, dokáže objektivně posoudit vzniklé situace. Respondent si samozřejmě může vybrat, zda bude názory a pokyny respektovat. Vlastnosti takového člověka ukazují na otevřenost vnímat nové informace a ochotu věnovat svůj volný čas této problematice. Odezva na tuto otázku však dokazuje, že existují zdroje, ze kterých lze čerpat nápady.

Je v zájmu žáka mít svého asistenta?

Začátek asistence by měl, dle odpovědí respondentů, spočívat v získání pedagogického vzdělání, nejlépe speciálního, či jiného souvisejícího s problematikou dané školy. Dále se představy respondentů ubírají k navázání partnerství asistenta s žákem a učitelem. Pokud si členové této skupiny tzv. „padnou do oka“ je asistence ideální. Jeden druhému nesmí v interakci překážet, ale zároveň se musí stát oporou pro toho druhého. Asistent připravuje dítě s ADHD na samostatnost, zvyšuje jeho potenciál k lepším úspěchům a snaží se o úpravu prostředí. Žádat o asistenta k žákovi s ADHD není lehké, často rodiče i učitelé naráží na odmítnutí či finanční překážky. Pokud by ta možnost byla, většina respondentů (osm z jedenácti) by asistenci přivítala, protože si myslí, že má smysl a je v dobrém zájmu žáka s ADHD. Problémem zůstává malá informovanost a neznalost legislativy některých respondentů o této formě pomoci, proto možná ani neuvažují, že by k žákovi s ADHD asistenta přidělili.

Je v možnostech respondenta, žákovi s ADHD, pomoci a pozitivně ho rozvíjet v podmínkách institucí?

Z výzkumného šetření vyplývá, že existují lidé, kteří mají chuť a vůli pracovat na zlepšení podmínek pro žáka s ADHD. Vyhledávají nové formy a metody práce, aby poskytli žákovi pevnou půdu pod nohama, nastavují mantinely, aby žák pociťoval jistotu ve svém jednání. Důkazem je Základní škola pro žáky se specifickou poruchou učení a chování, kde vyzdvihují metodiku na rozvoj sociálních dovedností, Cesty. Respondenti tento program vyhledali, upravili pro své podmínky a věnovali mu patřičnou pozornost, aby mohl fungovat po celé škole. Podstatou odpovědi na tuto otázku je, že možnosti existují. Ty jsou obsáhlé a rozmanité, ovšem záleží na respondentech, zda tyto potenciály využijí.

Doporučení

Do budoucna bychom doporučili věnovat pozornost problematice trávení volného času dítěte s ADHD a pedagogické asistenci. Tato oblast zůstává stále neprobádaná a myslíme si, že si zaslouží patřičnou pozornost. Otázky věnované financování, smyslu asistenta či volnočasovým aktivitám, kroužkům, nízkoprahovým zařízením apod. zůstávají pro nás výzvou, a pokud bude příležitost, vrátíme se k nim.

ZÁVĚR

V teoretické části práce se podařilo nashromáždit a utřídit dostupné informace o poruše pozornosti a hyperaktivity, tedy ADHD. Využili jsme množství dostupných informačních zdrojů, převážně české literatury. Zvláštní důraz jsme kladli na edukaci dětí na prvním stupni základní školy, což je nosné téma této práce. Rovněž jsme poukázali na vhodné intervenční techniky, terapeutické postupy či strategie zvládání konfliktních situací.

V praktické části diplomové práce bylo provedeno výzkumné šetření, v němž se podařilo sesbírat a analyzovat odezvy respondentů. Díky jejich ochotnému přístupu byl naplněn cíl za pomoci výzkumných otázek a odpovědí. V průběhu výzkumného šetření jsme dospěli ke stanoviskům, že je v zájmu žáka, aby bylo k němu přistupováno v rámci individuální práce, zvýšené tolerance vůči odlišným projevům, střídání činností atd. Nejen rozvoj a posílení žáka po stránce sociálních dovedností, ale také spolupráce s rodiči je považována respondenty za prioritní. Důležitou roli hrají i odborné znalosti respondenta, které je nutné průběžným a celoživotním studiem doplňovat. Pedagog, výchovný poradce, speciální pedagog, etoped, vychovatel, ani zástupce ředitele či školní psycholog a vychovatel by neměl nikdy ustrnout, neboť stále může získávat nové poznatky, rozšiřovat svůj obzor vědomostí a následným využíváním těchto poznatků zkvalitňovat svou pedagogickou práci.

Na počátku našeho šetření jsme si kladli za cíl, zmapovat situaci ve výchovně-vzdělávacích aktivitách žáka s ADHD. Následné výzkumné šetření nám umožnilo sběr dat, názorů a odpovědí pracovníků základních škol a přesvědčilo nás, že existují široké možnosti v edukaci dětí s ADHD. Také jsme však přišli na to, že bohatou škálu metod nevyužívá každý dotazovaný. U některých respondentů byl zásobník námětů a postupů strohý, ale to neznamená, že práce s žákem není kvalitní. Tento fakt už ale necháme na posouzení rodičů žáka, učitele a dalších odborníků.

Závěrem bych chtěla říci, že jsem ráda za příležitost věnovat svůj čas této problematice. Díky praxi na Základní škole pro žáky s SPU a SPCH v Praze, jsem zjistila, že se učitel nemusí držet striktně starých ověřených metod, ale může neustále vyhledávat nové možnosti a cesty, jak s žákem s ADHD pracovat. Bohužel z vlastní zkušenosti vím, že takováto situace nepanuje na všech školách, proto bych chtěla „vyslat“ malé poselství všem, co s dětmi s ADHD pracují. „Buďte trpělivý, staňte se pro dítě partnerem a pomozte mu během školních let najít správný směr, kterým se má vydat.“

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

BLAHUTKOVÁ, M. – KLENKOVÁ, J. – ZICHOVÁ, D. *Psychomotorické hry pro děti s poruchami pozornosti a pro hyperaktivní děti*. Brno: Pedagogická fakulta, MU v Brně, 2005. 55 s. ISBN 80-210-3627-3.

CAGÁŠ, P. – KOCÁBOVÁ, Z. Je ADHD evoluční adaptací? *Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2005, č. 1, s. 33-35. ISSN 1212-9607.

ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 224 s. ISBN 80-7184-880-8.

ELLIOT, J. – MAURICE, P. *Dítě v nesnázích (prevence, příčiny, terapie)*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.

HEHENCAMP, C. *Fenomén indigové barvy*. Olomouc: Fontána, 2001. 182 s. ISBN 80-7336-174-4.

HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí (Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele a rodiče)*. Praha: Portál, 2004. 228 s. ISBN 80-7178-888-0.

HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2005. 243 s. ISBN 80-7184-549-3.

HOLOUŠOVÁ, D. – KROBOTOVÁ, M. *Diplomové a závěrečné práce*. 2. vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2005. 117 s. ISBN 80-244-1237-3.

HORT, V. – MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 492 s. ISBN 80-7178-472-9.

JUCOVIČOVÁ, D. – ŽÁČKOVÁ, H. *Metody práce s dětmi s LMD především pro učitele a vychovatele*. 6 vyd. Praha: H & D, 2003. 24 s. ISBN 80-239-4468-1.

KOEGH, B. *Temperament ve třídě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 171 s. [z angl. originálu *Temperament in the Classroom* přeložila Lenka Prokopcová] ISBN 978-80-247-1504-9.

KONČEKOVÁ, Ľ. *Poruchy psychického vývinu*. Košice: Rektorát P.J. Šafárika v Košiciach, 1992. ISBN 80-7097-197-5.

KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení a chování*. Sborník, 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 141 s. ISBN 80-7178-294-7.

KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7.

MATĚJČEK, Z. *Dyslexie: Specifické poruchy čtení*. 2. upr. a rozšířené vyd. Jinočany : H & H, 1993. 270 s. ISBN 80-85467-56-9.

MATOUŠEK, O. – KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. 2. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2003. 344 s. ISBN 80-7178-771-X.

MICHALOVÁ, Z. *Analýza dílčích aspektů specifických poruch*. Praha: UK v Praze – Pedagogická fakulta, 2004. 216 s. ISBN 80-7290-205-9.

MICHALOVÁ, Z. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. 207 s. ISBN 80-7311-075-X.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístupy a metody v psychologickém výzkumu*. 3 vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MUNDEN, A. – ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivity*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 119 s. [z angl. originálu *The ADHD handbook* přeložila Dagmar Tomková] ISBN 80-7178-625-X.

PACLT, I. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 234 s. ISBN 978-80-247-1426-4.

PILAŘOVÁ, M., KAVALE-PAZLAROVÁ, M. *ADHD a ADD – reflexe z odborné literatury 90. let*. In: KUCHARSKÁ, A., ed. *Specifické poruchy učení a chování : sborník 1999*. Praha : Portál, 1999. 24 s. ISBN 80-7178-294-7, ISSN 1211-670X.

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

RIEFOVÁ, S. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 1999. 251 s.[z angl. originálu *How to reach & teach ADD/ADHD children* přeložila Lenka Staňková] ISBN 80-7178-287-4.

Sborník prací studentů filozofické fakulty OU - Specifické vývojové poruchy učení a chování SPUCH. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě – Filozofická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-320-7.

SULZBERGER, M. *Vaříme hyperaktivnímu dítěti: Příznaky, jednání dětí a 100 receptů pro celou rodinu*. 1 vyd. Praha: Grada, 2008. 132 s. ISBN 978-80-247-2311-2.

SWIERKOSZOVÁ, J. *Specifické poruchy chování*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě – Pedagogická fakulta, 2006. 85 s. ISBN 80-7368-238-9.

ŠEĐOVÁ, K., ŠVAŘÍČEK, R. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, s.r.o., 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál, 1997. 162 s. ISBN 80-7178-131-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VAŠUTOVÁ, M. *Diagnostické využití percepce barev u dětí se specifickými poruchami učení a chování*. Ostrava: OU, Filozofická fakulta, 2004. 190 s. ISBN 80-7042-650-0.

VOJTOVÁ, V. *Intervence jako sebepodpora u žáků s dispozicí k poruchám chování*. In

VÍTKOVÁ, M. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami I*. Brno: Paido, 2007. 161 – 172 s. ISBN 978-80-7315-163-8.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. 10., zcela přepracované a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003, 264 s. ISBN 80-7178-800-7.

Související zákony a vyhlášky

Informace MŠMT k zabezpečení vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami s podporou asistence č. j. 14 453/2005-24

Metodický pokyn MŠMT ke vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování č. j. 13 711/2001-24

VYHLÁŠKA č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky

VYHLÁŠKA č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

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

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

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Diagnostická kritéria DSM-IV

Příloha č. 2: Diagnostická kritéria MKN-10

Příloha č. 3: Seznam respondentů

Příloha č. 4: Otázky k rozhovoru

Příloha č. 5: Přepis rozhovorů

Příloha č. 1 – Diagnostická kritéria DSM-IV

Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace neboli DSM-IV

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

Bud' 1., nebo 2.:

1. Šest nebo více následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:

Nepozornost

- a) často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;
- b) často má potíže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;
- c) často se zdá, že neposlouchá, když se na ně přímo hovoří;
- d) často nepostupuje podle pokynů a nedaří se mu dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice nebo nepochopilo zadání);
- e) často mívá problémy zorganizovat si úkoly a činnost;
- f) často se vyhýbá vykonávání úkolů, nedělá je rádo, zdráhá se například dělat domácí práce, které vyžadují soustředěné duševní úsilí (například školní nebo domácí úkoly);
- g) často ztrácí věci potřebné pro vykonávání úkolů nebo činností (například hračky, školní pomůcky, pera, knížky nebo nástroje);
- h) často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;
- i) často zapomíná na každodenní povinnosti.

2. Šest (nebo více) následujících příznaků hyperaktivity či impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:

Hyperaktivita

- a) často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;
- b) často při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;

- c) často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo u dospělých se takové chování může omezit na subjektivní pocity neklidu);
- d) často mívá potíže tiše si hrát nebo v klidu něco jiného dělat;
- e) bývá často „na pochodu“ nebo se chová, jako by „jelo na motor“;
- f) často bývá nepřiměřeně upovídané.

Impulzivita

- g) často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;
- h) mívá problém vyčkat, až na ně přijde řada;
- i) často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře) (Munden, 2002, s. 16-18).

Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize neboli MKN-10.

MKN-10: Hyperkinetická porucha

Nepozornost

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

1. často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;
2. často neudrží pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;
3. často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká;
4. často nedokáže postupovat podle pokynů nebo dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice či nepochopilo zadání);
5. často není s to uspořádat si úkoly nebo činnosti;
6. často se vyhýbá úkolům, například domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí;
7. často ztrácí věci potřebné pro vykonávání určitých úkolů nebo činností, například školní pomůcky, pera, knížky, hračky nebo nástroje;
8. často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;
9. často je při běžných denních činnostech zapomnětlivý;

Hyperaktivita

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

1. často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;
2. při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;
3. často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo u dospělých se mohou vyskytovat pouze pocity neklidu);
4. často je nadměrně hlučné při hraní nebo má potíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech;

5. trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou není schopno zásadně podřizovat společenským podmínkám nebo požadavkům.

Impulzivita

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

1. často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;
2. často nevydrží stát v řadě nebo nedokáže počkat, až na ně přijde řada při hře nebo v kolektivu;
3. často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře);
4. bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví.

Příloha č. 3 – Seznam respondentů

Respondenti	Funkce	Pohlaví	Délka praxe
Respondent 1	třídní učitel	žena	13 let
Respondent 2	etoped	muž	15 let
Respondent 3	spec. pedagog	žena	8 let
Respondent 4	školní psycholog	žena	13 let
Respondent 5	vychovatel	žena	11 let
Respondent 6	asistent pedagoga	žena	7 let
Respondent 7	zástupce ředitele	žena	6 let
Respondent 8	vychovatel	žena	19 let
Respondent 9	třídní učitel	žena	28 let
Respondent 10	výchovný por.	žena	36 let
Respondent 11	zástupce ředitele	žena	23 let

• **Vlastní pohled respondenta na problematiku ADHD ve škole**

Otázka č. 1: Hraje úlohu ve Vašem přístupu k žákům určená diagnóza ADHD?

Otázka č. 2: Máte vlastní postup jak pracovat s žákem s ADHD, mohl(a) byste ho blíže specifikovat?

Otázka č. 3: Máte způsob, jak posuzujete výsledný efekt aplikovaných metod?

Otázka č. 4: Přistupujete k hodnocení žáka s ADHD s ohledem na diagnózu? Blíže specifikujte.

• **Využití forem a metod práce u žáka s ADHD**

Otázka č. 5: Uveďte zdroje, popřípadě vědní obory, z kterých čerpáte inspiraci a náměty pro práci s těmito dětmi.

Otázka č. 6: Spolupracujete s dalšími odborníky či institucemi?

Otázka č. 7: Které formy a metody práce s dítětem s ADHD znáte a popřípadě používáte?

Otázka č. 8: Jaký máte názor na medikaci dětí s ADHD?

• **Pomůcky a alternativní prostředky či metody ve výchovně-vzdělávacím procesu**

Otázka č. 9: Využíváte pomůcky, prostředky či jiné alternativní předměty?

Otázka č. 10: Aplikujete při svém působení na žáka s ADHD alternativní formy a metody práce?

• **Pedagogické asistentství u žáka s ADHD**

Otázka č. 11: Přináší pedagogická asistence u žáka s ADHD spíše výhody či nevýhody? Které?

Má tato funkce ve výchovně-vzdělávacím procesu svůj smysl?

Doplňující otázka: Chtěl/a byste ještě k tomuto tématu něco dodat?

• Okruh – Vlastní pohled na problematiku

Hraje úlohu ve vašem přístupu určená diagnóza ADHD?

Respondent 1: „Určitě ano, člověk musí přistupovat k těm dětem individuálně. Každý dítě to má jiné příznaky. Musí brát zřetel na to, jak na tom prostě dítě je. Najít si k němu nějakou cestu, aby mu pomohl.“

Respondent 2: „Teď jsme v období, kdy se řeší oblast diagnostiky ADHD. Důkladná diagnostika ADHD není k dispozici, takže někdy není nutné příliš se neulpívat k diagnóze. Supervizorka Beáta Elisabeth Albricht, která je nositelka přístupu: Tady je ten člověk se svými možnostmi a schopnostmi a teď pojďme hledat cesty pomoci. Já si myslím, že vzhledem k četnosti poruchy je nutný, aby ji dobře diagnostikovali. Tam je důležitý, aby to bylo srozumitelné pro pedagogy a rodiče, aby věděli, jak s tím dítětem pracovat.“

Respondent 3: „Hraje úlohu určitě velikou. Jiná práce je s dítětem a jinak se pracuje s dítětem s ADHD bez ADD. Metody a techniky se samozřejmě musí takovému dítěti přizpůsobit.“

Respondent 4: „Ano samozřejmě.“

Respondent 5: „Ano, určitě hraje. Protože ty dětičky jsou hrozně rozdílné. Některý jsou hyperaktivní a někteří jsou „autisti a aspergři“. I ty k nám chodí. Takže podle přečtené zprávy se k nim přistupuje po konzultaci s učitelem, který mi poradí.“

Respondent 6: „Ano, ale všechny děti jsou stejné.“

Respondent 7: „Samozřejmě, že hraje a na základě diagnózy musíme volit metody a prostředky.“

Respondent 8: „Ano.“

Respondent 9: „Ano, určitě.“

Respondent 10: „Určitě, vždycky se snažíme s typem ADHD pracovat.“

Respondent 11: „Ano, ale u nás máme pouze tři diagnostikované děti s ADHD, ale tuto diagnózu respektujeme. Povinností každého učitele je se s touto diagnózou seznámit.“

Máte vlastní postup, jak pracovat s žákem s ADHD a mohl (a) byste ho blíže specifikovat?

Respondent 1: „U každého je to individuální, samozřejmě se s rodičema snažíme komunikovat, tohoto využívají asi nejvíc. Pokud nastane s dítětem ve třídě problém, tak to řeším hned a nečekám na to, až bude třídní schůzka, tady je opravdu potřeba cokoliv řešit okamžitě.“

Respondent 2: „Je potřeba s každým pracovat individuálně. Včasná detekce problému. Tohle pokládám za klíčový. Jedna z metod, kterou jsme zvolil je systém zaměřený na komunitní práci. Do té zapojujeme jak rodiče, tak i sourozence těch dětí. Děláme společné aktivity. Program je připravený tak, aby rodiče viděli, jak funguje jejich dítě, když je se svými vrstevníky. Tento program je řízen dospělou osobou, učitelem, speciálním pedagogem. Na druhou stranu je to koncipovaný tak, aby i učitel viděl, která si počíná rodina. Dále rodiče mezi sebou reflektují, co se ten den dělo, které situace zažili. Vzhledem k tomu, že mi tam využíváme videotrénink interakcí, takže máme hodně věcí nahraných, můžeme se k nim vracet a analyzovat je. To umožňuje rodičům vysvětlit, co ta diagnóza ADHD zahrnuje. Proto je pro mě spolupráce s rodinou klíčová. Můj akcent je vstoupit do raného věku, včas doprovázet toho rodiče a pomáhat mu tak, aby si na té dlouhé cestě, která je před ním rozvrhl síly. Důležitý je, aby uměl svoje dítě přijímat. Chci ukázat, že strávený chvíle se svým dítětem, jsou pozitivní a radostný.“

Respondent 3: „Někdy je důležitý dítě udržet na úrovni, s kterou pracuji. Já vždycky vycházím z potřeb dítěte. Podle toho přizpůsobuji práci s ním. Metody, které postupně rozšiřuju na práci s rodinou a na to, aby měl víc kamarádů, když se neorientuje v nějaké sociální vrstevnické skupině. S každým tím dítětem je potřeba dělat něco jiného, alespoň z mého

pohledu. Já třeba uplatňuju takový smysl pro humor, kdy doopravdy si myslím, že s humorem a takovou radostí jde leccos překonat.“

Respondent 4: *„Přesná diagnostika, individuální přístup, demokratický výchovný styl se striktně danými hranicemi za podpory kognitivně-behaviorální terapie.“*

Respondent 5: *„Mám na ně takový postup, když někdo hodně zlobí, tak ho napomenu jednou, podruhé, ale když ani potřetí neposlechne, už to dám hodně najevo. Jsem přísnější, aby poznali, že překročili danou hranici. A zase jsem ten člověk, že když něco slíbím, tak to dodržím. Neslibuju to, co nemůžu splnit. U dětí, které sou takový vystrašený, nejsou zvyklý na tělesný kontakt, bojí se. U těch, když chci něco říct, tak si je posadím na klín a pohladím, aby si zvyk na ten kontakt, že nemusí být vždy nepříjemný. Oni si hrozně pamatují, pak vlastně to vyžadují, potom, když jsme na kole, máme domluvené pořadí, takže se nepředjíždějí. Je to vše založené na dohodě, pokud někdo neposlechne, příště nejede.“*

Respondent 6: *„Důležité je stanovit hranice.“*

Respondent 7: *„Musíme plánovat činnosti, tak aby jich bylo víc. Aby byli variabilní během hodiny. Jde o to, aby ten zásobník učitele byl co nejširší. Může si dělat přípravu, jakou chce na hodinu. Ale stejně potom musí upravovat situace, které vzniknout na každého platí něco jiného.“*

Respondent 7: *„Na každého se musí trochu jinak. Musí se na ně mluvit v klidu, v pohodě a s pozitivním přístupem. Musíme na ně spíš po dobrých. Individuální rozhovor a dohoda s dítětem na určitých věcech.“*

Respondent 8: *„Na každého se musí trochu jinak. A musí se mluvit v klidu, v pohodě, s pozitivním přístupem. Musí se na ně po dobrých, přirozená autorita.“*

Respondent 9: *„Dáme jim možnost vybit energii pomocí pohybové aktivity. Také jim dávám hodně práce, kterou přerušuju jinými činnostmi. Dále je důležité nastavit v chování mantinely. Hodně se řídím vlastní intuicí.“*

Respondent 10: „Důslednost spolupráce s rodinou, individuální rozhovor s dítětem, ten je pro mě nejdůležitější. Jiný způsob učení, jiné metody učení. Dohoda s dítětem na určitých věcech.“

Respondent 11: „Je to těžký s těmito dětmi, každý to dítě je jin a musíte si najít k němu cestičku. Neexistuje univerzální přístup. Platí individuální přístup, takový klidný, neztrapňovat to dítě před třídou.“

Jakým způsobem posuzujete výsledný efekt aplikovaných metod?

Respondent 1: „Člověk se snaží pořád něco hledat, co by na ně platilo. Nebo obměňovat, prostě, aby to pro mě bylo motivující. Pokud byl chaos, tak jsme zavedli i hodnocení přestávek. Každý měsíc máme třídní schůzky, každý týden máme konzultační hodiny.“

Respondent 2: „Je důležité na svou práci nerezignovat. Supervize, videotrénink interakcí.“

Respondent 3: „Já s dětmi pracuji dlouhodobě tzn., že se některými dětmi pracuji víc jak čtyři roky. Ten postup a vývoj dítěte samozřejmě zaznamenávám, ale takovéto měření efektivity, je vždy hodně složitý. Protože do toho vstupuje řada dalších faktorů. To dítě nějakým způsobem dozrává, dospíváním se to chování nějakým způsobem zhoršuje, zlepšuje. Těch faktorů je více co ovlivňují celou tu úspěšnost procesu. Samozřejmě subjektivně tu efektivitu lze měřit. Já doufám, že u některých dětí ta efektivita je. To procento je vyšší než sedmdesát procent. Pozorováním, testovou baterií, testovou škálou, rozhovorem, lze vysledovat, zda je dítě lepší nebo horší.“

.

Respondent 5: „Efektivitu naší práce posuzuji. Mám pod sebou tři kolegyně a konzultujeme problémy v jejich skupině. Dokonce se chodíme dívat do té druhé skupiny, abychom objektivně posoudili, proč to tam nefunguje. Já můžu vidět, co oni nevidí a pak to konzultujeme.“

Respondent 6: „Určitě posuzuji efektivitu.“

Respondent 10: „Já pozoruju, jak se to dítě zapojuje do aktivity, podle toho jak se učí. Sleduju jeho kázeň o přestávkách, v hodinách. To jest moje zpětná vazba.“

Respondent 11: „Rozumně si popovídám s tím dítětem, proberu s ním všechny možnosti.“

Hodnocení žáka s ADHD

Respondent 1: „Když vidím, že má dítě problémy a že by ho to nemotivoval, o tak mu prostě tu práci neoznámkuju. Rodičům třeba napíšu, neklasifikováno aby věděli, že to udělal, ale že to nebylo dobrý, abychom to dítě nějak neodradili.“

Respondent 2: „Pracuji s plejádou sankcí, ale že ty děti jsou už tím unavený, už nato nereagují. A taky si myslím, jak říkal prof. Matějček: „Trest nerozvíjí, ten jenom zastavuje“. Pozitivní motivace nás nějak posunuje ke změně. Ve své práci terapeuta hodně pracuji s pochvalou. Jdu po té linii, kde se to tomu dítěti daří, kde je úspěšný. Posiluju jeho silný stránky.“

Respondent 3: „Mezi trestem a pochvalou jsou jemné niance, které tady využíváme. Tyto děti směřujeme spíše k pochvale, což je i v rámci sociálních dovedností, učíme děti se chválit, chválit ostatní. S pochvalou jako takovou hodně pracujeme. K nám přicházejí děti, které byli trvale hodnoceni špatně a tak je vidět, že to hodnocení přestává být funkční. Přijdou některé děti na které neplatí nic a já musím najít jinou cestu, jak na ně jít. My jsme se třeba snažili přejít od materiálních odměn k naplnění hodnot. Upřednostňuji výchovný styl, demokratický s danými pravidly.“

Respondent 4: „Slovní hodnocení. Někde kombinace. Musíme hodnotit děti sami za sebe, nesrovnávat s ostatními.“

Respondent 5: „Upřednostňuji slovní hodnocení.“

Respondent 6: „Jak u kterých dětí, je to třeba individuálně nastavit“

Respondent 7: „Chování hodnotíme na vysvědčení známkou a ještě hodnotíme slovně. To je hodnocení v rámci sociálních dovedností, jedná se o přílohu k vysvědčení. Za ten půl rok shrnu jak na tom dítě je (vztah k vrstevníkům, učitelům).“

Respondent 8: „Slovní hodnocení.“

Respondent 9: „*Důležité jsou v mé práci pochvaly.*“

Respondent 10: „*Je to individuálním přístupem učitele. Někteří rodiče si vyžadují slovní a někteří číselné hodnocení. Je to na učiteli, jak se rozhodne.*“

Respondent11: „*Motivace, chválit, pozitivní přístup.*“

• **Okruh - Využití metod a forem práce s dítětem s ADHD.**

Ve kterých zdrojích čerpáte inspiraci a náměty pro práci s žáky s ADHD?

Respondent 1: „*Určitě se tady radíme se zástupkyní, s SPC, když člověk si neví rady. Řídím se podle svých zkušeností. Člověk si někdy přečte literaturu, ale nedá se použít v praxi. V praxi je to jiný než v té teorii. Každý potřebuje něco jiného a člověk si musí sám systém najít. (Kouzelná knížka dětem od Tamary Cinkové).*“

Respondent 2: „*Pokud chce jít někdo linií terapeutickou, je nezbytné, aby mě psychoterapeutický výcvik. Důležitá spolupráce s OSPOD pokud nefunguje komunikace s rodiči... Každý by si měl uvědomovat možnosti a limity, který má on sám.*“

Respondent 3: „*Já určitě čerpám svoje základní znalosti z fyzioterapie, které mi pomáhají pracovat s pohybem a zvládáním takového motorického neklidu. Tak je její velkou pomocí nácviku relaxace, takže tenhle vědní obor je pro mě důležitý. Potom čerpám psychoterapeutického výcviku, čtyřletého. Samozřejmě hodně spolupracujeme s terénem. To znamená, když nám někdo pošle dítě, snažíme se mít zpětnou vazbu i od člověka, který ho posílá. Když jste zmínila tu medikaci, s dětským psychiatrem, s kterým konzultujeme poznatky o tom dítěti.*“

Respondent 4: „*Náměty jsem čerpala, když jsem byla, na služebních cestách v zahraničí. Já jsem hodně ze své praxe a výzkumů, který jsem dělala. Já sem jinak vždycky vycházela z Barkeleyho z toho jsem vlastně čerpala ve své knížce.*“

Respondent 5: „Já nejvíce čerpám na internetu. Jinak literaturu scházím od paní zástupkyně a školní psycholožky. Teď jsem si našla kurz na hyperaktivitu, kurz malování pomocí Tai-či rozhybání ručiček.“

Respondent 6: „Když něco nevím jdu se poradit za doktorama do SPC. Řídím se vlastníma zkušenostma. Dále čerpám z literatury o autismu.“

Respondent 7: „Určitě bych jmenovala Sondy do problematiky specifických poruch chování od paní doktorky Michalové, potom od docentky Pokorné „Teorii a nápravu poruch chování“. Potom od Šimonovského čerpám různé hry, docela dobře se dají využít různé metodiky, na rozvoj kreativity a pozornosti. Dále bych pak doporučila literaturu na rozvoj na emoční inteligence a nácvik sociálních dovedností, což spolu úzce souvisí.“

Respondent 8: „Já spolupracuju s třídní učitelkou.“

Respondent 9: „Využívám čerpání z vlastních zkušeností.“

Respondent 10: „Většinou chodíme na vzdělávací akce pořádané pedagogicko-psychologickou poradnou. Kromě poraden spolupracujeme se střediskem výchovné péče s MIMÓZOU v Ústí nad Orlicí.“

Respondent11: „Takže kniha od paní Nováčkové „Respektovat a být respektován“, tato kniha se mi líbila. Pořady v televizi, ale moc jich není. Čas od času sem přijedou, aby nám udělali stahovou analýzu klimatu, spolupracujeme s MIMÓZOU. Spolupracujeme s kurátorkou s paní městské a státní policie, spolupracujeme i s městským úřadem.“

Využití metod a forem práce, které znáte a které tvoří významnou část ve vaší práci?

Respondent 1: „Využívám individuální přístup, spolupráci s rodinou. Musíme brát na to dítě ohledy v rámci možností. Záleží na vyučovacím předmětu. Je to tady takový složitější. Motivace hraje velkou roli. Děti jsou rádi za každou blbůstku, to co dostanou ve škole je jiný, i když toho doma mají dost.“

Respondent 2: „Já znám a užívám, psychoterapeutické (střednědobí), videotrénink interakcí, supervize, terapeutická práce ve skupinách, zážitková pedagogika. Spontánně odebírám fyzickou námahu, v horolezeckém kroužku. Jakési sebe poznávání se za pomoci těchto spontánních aktivit, umožňuje náhled skupiny na danou situaci. Povídáme si o tom, jakým situacím se vyhýbáme, abychom tomu uměli čelit. Jednak se potřebují zažít úspěch, naučit se spolehnout, sami na sebe i na skupinu. Rozhovor s ohledem na věk má taky své místo.“

Respondent 3: „Já budu asi mluvit o metodě, kterou využívá naše škola. A je to metoda sociálních dovedností. Je to takový cílený nácvik sociálních dovedností, kde ty děti si postupně osvojují dovednosti, které potom využívají prakticky v sociálních situacích. Začíná se od nejjednodušší metody, kdy se dítě učí zklidnit, uvědomovat si, co potřebujeme, pojmenovat svůj problém a potom následně s tím problémem pracovat. Nebo s dětmi ADHD cíleně nacvičujeme a zvyšujeme jejich koncentraci. Druhou polaritou je zvyšovat jejich relaxovanost. Učíme je cíleně odpočítat. Spolupráci s rodinou v momentě, kdy ta rodina nespolupracuje. Tak samozřejmě ta práce s dítětem je daleko horší, než když spolupracuje.“

Respondent 4: „Jako základ je opravdu individuální přístup. V této diagnóze to platí víc, než jinde. Potom aby nějaký úspěch trochu byl, tak jako hodně to propojuju s těma dětma, ale práce s těma rodičema nebo zákonnými zástupci. Posilování pozornosti, hodně pracuju se svými materiály. Shody a rozdíly na vizuální percepci. Jako osobně nedám dopustit u jistých typů dětí na terapii pomocí EEG biofeedbacku. Pozorování při práci může také pomoci při integraci ve škole, pak navázat ten kontakt s učitelem, protože spoustu věcí v návalu práce si v tom procesu nevšimne, toho si mohou všimnout další oči. Měli bychom nechat více času na práci, zkrátit rozsah a počet cvičení, nedávat jim tolik cvičení cyklicky opakovat. Což opravdu normální škola, ten učitel nemůže zajistit. Oni opravdu potřebují tolerovat, že mají výkyvy v práci. Můžeme upřednostňovat ústní zkoušení. Některé děti nejsou schopné ani ústního zkoušení před třídou. Nesmíme známkovat jejich pozornost, ale hodnotit to co skutečně umí. Velké privilegium by bylo, kdyby mohl učitel vzít žáka někam bokem, třeba do kabinetu a popovídat si s ním.“

Respondent 5: „Používáme cvičení na grafomotoriku. K rozhýbání těch končetin používáme netvrdnoucí modelínu a promáčkávací balónky. Rozhodně doporučuju těmto dětem více

sportu, třeba míčové hry. Ted' se nám podařilo nakoupit dvě trampolíny na zahradu, kola a různé průlezk. Zkoušíme s dětmi jezdit na kolech. Pro děti, co mají špatnou motoriku, máme dvě kola, kde se dají odšroubovat šlapky a řetěz. Takže se můžou odrážet nohama. Motivace je pro mě hodně dobrá, musí být pokaždé jiná.“

Respondent 6: *„Rozhovor, klidný přístup, improvizace, důležité motivace.“*

Respondent 7: *„Určitě kterékoliv terapeutické metody a arteterapeutické činnosti s dětmi. Metodika, která je pro mě stěžejní, je metodika na rozvoj sociálních dovedností. Ten program se jmenuje Cesty.“*

Respondent 8: *„Práce ve skupině a následné zhodnocení, hodiny jak dětmi, tak i mnou. Dítě potřebuje být úspěšné, potřebujeme se naučit chválit a vidět i ty věci dobré. Podpora činnosti, která ho baví a je v ní úspěšné.“*

Respondent 9: *„Střídám hodně činnosti, snažím se, aby děti byli co nejvíce samostatné.“*

Respondent 10: *„Pro mě je nejdůležitější spolupráce s rodinou, dále tolerujeme odlišné projevy dítěte. Nejdůležitější však je práce s tou rodinou. No a pak si myslím, že děcka potřebují řád, stanovit jim mantinely, co jsem ochotni tolerovat. Snažíme se střídat práce, aby se to dítě odreagovalo.“*

Respondent 11: *„Osvědčil se mi rozhovor, mezi čtyřma očima, nastavení pravidel, důslednost, trpělivost.“*

Jaký názor máte na medikaci?

Respondent 1: *„Medikace jako takovou moc neuznávám. Nerada se zmiňuji rodičům, že by to dítě mělo mít, ale jsou případy kdy opravdu i těm rodičům radím, ať se poradí s psychiatrem a tu medikaci nějak nasadí. Myslím si, že je lepší, když ji nasadí dítěti jako malému, protože to dítě se srovná, uvede do klidu a potom se to dá časem odbourat. A to dítě už má nějaký návyky, svoje jistoty, a když se to dodrží, tak se prostě dají ty prášky odbourat. Ale čím později se začne, tím je to horší. Já vím, že to není dobrý pro ten organismus, ale jemu to třeba pomůže, protože nejde jen o to dítě, ale i o to okolí. Děti mohou být nebezpečné sobě i tomu*

okolí. Medikace je v některých případech na místě. My tu máme v rámci školy psychiatricku doktorku Janotovou. Ta se přijde podívat, jednou za měsíc, když je potřeba. Přijde se podívat na dítě do třídy, poradíme se s ní nebo se dohodneme s rodičema.“

Respondent 2: „Do toho multidisciplinárního týmu ten dětský psychiatr patří. Já si myslím, že tady jde jen o to, abychom vhodným způsobem s psychiatrem pracovali. Psychiatr by se měl obracet na pedagogy. Ve chvíli, kdy tak je navržena medikace. Konzultuji to, jak to dítě funguje ve škole. Jestli tam může probíhat vzdělávání, to znamená, já se neuzavírám medikaci, pokud je na místě. „

Respondent 3: „Ta medikace musí tomu dítěti sednout. Pokud je medikace dobře zvolena, tak tomu dítěti může neobyčejně pomoci, a to nejen ve školní práci, ale k celému náhledu na sebe. Dítě, které bylo nezvladatelné, agresivní dojde ke zklidnění. To dítě se může nějak aktivně začlenit do školního prostředí. Do toho školního kolektivu vrstevníků se začleňuje daleko lépe.“

Respondent 4: „První postřehy jsem měla od norských kolegů, který tady byli na stáži, a kde to bylo nastaveno tak, že „Zavrtíš se na židli a dáme ti prášek.“, tak takhle ne. Já se domnívám, že ale těžších poruch přibývá, tak ta medikace je nezbytná. Medikace není všespasná, dítě by nemělo být medikováno za každou cenu. Důležitý je kontakt psychiatra se školou. Třeba ta Stratela je dobrá.“

Respondent 5: „Na medikaci mám špatný názor. Po práškách by se mělo šáhnout, až když už není zbytlí. Nejdřív bych zjistila všechny varianty, jiné než medikační.“

Respondent 6: „Je to nutné. Akorát jsem konzultovala s homeopatkou Matějův autismus. A to má výborný výsledky s autismem.“

Respondent 7: „Já si myslím, že je to legitimní nástroj. Záleží na rodičích, určitě to má vedlejší účinky. Další věc je ta, co proto dítě chci. Záleží i na doktorovi. Pokud ta medikace není vhodně zvolená a pokud to dítě hodinu prospí, tak to je k ničemu. Hodně záleží na spolupráci s rodičema.“

Respondent 8: „Nemáme s tím žádnou zkušenost. Já osobně si to nedovedu představit.“

Respondent 9: „Mám tady dítě, které je medikováno. Ovšem toho se časem odbouralo. Pan doktor od medikace upustil, protože se ve škole s tím žákem pracuje. Zároveň si ale myslím, že se medikace trochu zneužívá. Já bych jí předepisovala v ojedinělých případech.“

Respondent 10: „Někdy je to opravdu nutný, protože to dítě může ohrožovat ostatní. A někdy ohrožuje sám sebe. Zvláště na prvním stupni je to dost nebezpečné. Já to беру jako krajní případ, rozhodně nemedikovat za každou cenu, ale když jsou případy, že to jinak nejde...“

Respondent 11: „Já nejsem zastánkyně, ale někdy je to nezbytný, když je to pod lékařským dohledem. Jenom v krajním případě.“

•Okruh-Pomůcky a alternativní metody či prostředky

Využíváte ke své práci pomůcky či jiné alternativní prostředky

Respondent 1: „Myslím si, že na základní škole je vybavenost pomůckami lepší. Je fakt, co jsme si ze začátku nevyrobili, to jsme neměli. Různý písmenka a pracovní listy, obrázky, které se můžou vybarvit. Jim vyhovuje to, že si o přestávce můžou hrát s míčkem. Využívám Bingo, hlavolamy, mačkáací míčky. Můj výrobek, hodnotící „Smajlíci“. To jsem si sama vymyslela s tím, že to používá víc lidí, taky tady čteme jednu knížku, jmenuje se to „Kouzelná zvířátka dětem“. Napsala ji psycholožka Tamara Cinková. To dítě se v některých těch příbězích může najít a tomu dítěti pomáhá nějaké zvířátko.“

Respondent 2: „Ano, jednak takovouto věcí je stavebnice dřevěná. Tady se ukázalo, že je to výborná pomůcka a právě pro děti poruchou pozornosti. Je to velmi zajímavý prostředek, který já využívám i k takovému zklidnění, přeladění. V té oblasti jako etopedický toho moc není, druhá věc je moje kamera, protože vlastně dělám tu metodu videotréninku. Je ale potřeba to ošetřit eticky. Nejpodstatnější pomůckou sem já sám. Prostředek, kterej vždycky máme, jsme my a ten lidský kontakt.“

Respondent 3: „Pomůcek my využíváme strašně velkou škálu. Ať to jsou počítačové programy, kde jsou modifikace na ovlivnění pozornosti, tak také alternativní materiál na

nácvik pozornosti, které čerpáme z převzatých materiálů nebo si je i sami vytváříme. Pracujeme hodně s příběhem, to znamená i s literaturou, která je dětem blízká a dostupná. Já pracuju s knihou jako s literárním dílem. Já mám oblíbené pomůcky, takže i v té škále si vybírám ty, které sedí mojí povaze a naturelu. Trampolíny, program Cesty, barevné kamínky.“

Respondent 4: *„Hodně pracuju s pracovníma listama, se svýma věcmi. Klienti si můžou kupovat u nás materiál. Například „Shody a rozdíly na vizuální percepci“. Potom děláme všechno, co si představíte, co se týče specifických poruch učení, všechny ty pomůcky. Stavebnice, věci pro dyspraxii. Ted' mě nadchla firma Fitedu.“*

Respondent 5: *„Malování pomoci Ta-či, kola, míče, trampolíny, netvrdnoucí modelína.“*

Respondent 6: *„Pomůcka k poznávání hodin, speciální upravené rozvrhy.“*

Respondent 7: *„Pomůcky k Feuresteinově metodě instrumentálního obohacování. „*

Respondent 8: *„Dřevěná stavebnice.“*

Respondent 9: *„Násadka na pero, čtenářské okénko, koberec.“*

Respondent 10: *„U nás ve škole to není možné, protože narážíme na finanční a prostorové důvody. Ale děti by měli mít prostor pro fyzické vyřádkení, kde by si mohl vybit tu přebytečnou energii. Ted' máme projekt, že bychom ve sklepeních pod naší školou vytvořili klubovnu, kde by si děti mohly o přestávkách být a třeba si zahrát i pinec, a co by si přáli. Ale nejsou peníze.“*

Respondent 11: *„Zatím tu nic takového nemáme.“*

Aplikujete při své práci alternativní metody a techniky?

Respondent 1: *„Kolegyně ted' dělá ty terapie. Člověk to musí ovládat tak, aby to zvládnul. Kolegyně dělá muzikoterapii. Dělá to s žákama v rámci hudební výchovy nebo ve školní družině.“*

Respondent 2: „U těch introvertních jedinců se mi ukazuje jako pozitivní arteterapie. Kdy vlastně může ten jedinec své prožitky tak jako ztvárňovat. Upřednostňuji dialog, zaměření na zájem dětí.“

Respondent 3: „Alternativních metod já používám vždycky hodně. Momentálně používáme poměrně úspěšně Feursteinovu metodu instrumentálního obohacování. Já jsem třeba hodně ovlivněná dramatickou výchovou, dramaterapií. Takže i takový tvořivý prvek drama terapie je v té práci vidět a samozřejmě všechny ty psychoterapeutické metody, které jsem schopna tam vložit, tak je ve své práci využívám. Ale opravdu konkrétní metodou jsou naše schody. Schody na nácvik počítání. Takže když se s dětma učíme počítat, tak tato metoda je baví. S nácvikem matematických dovedností používáme různé lepítka. To dítě si je lepí po těle a tím vyvozuje početní řadu. Taky pracujeme s takovými dřevíčkama, který zase určují pocitově co je menší, co je větší. To dítě se rychle v těchto pojmech orientuje. Teďka nově budeme mít ve škole, což jsem teda ráda, trampolíny. Takže samozřejmě pro ty děti, které mají problém s hyperaktivitou, ale na druhou stranu i s tou relaxací je ten trampolínung velmi vhodný. Od toho si třeba hodně slibuju. Protože to ovlivnění ve spojení s tou zábavou může doopravdy být poměrně úspěšný. U toho pohybu bych individuálně volila, co to dítě potřebuje.“

Respondent 4: „Plavání je dobrý, takový to relaxační. Postup vymyslela paní doktorka Heyrovská. Relaxační uvolňující plavání spojené se spoustou pomůcek a spojené s prostorovou informací. V teplé vodě, pokud má třicet stupňů je to ideální. Hypoterapie, sporty Tai-či, canisterapie, ergoterapeutický prvky.“

Respondent 5: „Někteří mají tu alternativu rádi, někteří kantoři ne. Je tady muzikoterapie. Já jsem ten typ člověka, který alternativu podporuje. Některý věci praktikuju i na své dceři doma. Já se špatně dýchá, proto jsem si našla v Dyscentru to Tai-či.“

Respondent 6: „Muzikoterapie v rámci družiny - zpívá se. Relaxační hudba – pocity.“

Respondent 7: „To je ta metodika sociálních dovedností Cesty. Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování od druhé do páté třídy. Dítě může chodit, je puštěno z třídy, na individuální reedukaci nebo individuální terapii. V rámci diagnostického pobytu. Dále mohou

spolu s rodiči navštěvovat rodinnou terapii. Muzikoterapie pro děti, které navštěvují školní družinu. Jinak kroužky máme celkem standartní. Keramiku, počítačový kroužek, dramatařák. “

Respondent 8: *„Já mám takový styl práce, že děti „Můžou a nemusí“. Děti, které nechtějí, nemusí tu činnost dělat. Mám teď tady hyperaktivního chlapečka a jeho zabavujeme různými výtvarnými činnostmi, pracovními činnostmi. “*

Respondent 9: *„Dramaterapie. “*

Respondent 10: *„Zatím tady nic takového nemáme!.*

Respondent 11: *„Zatím tady toho moc nemáme, ale můžu třeba jmenovat keramiku. “*

• Okruh – Pedagogické asistentsví u žáka s ADHD

Má smysl asistent pedagoga u žáka s ADHD?

Respondent 1: *„Měla jsem jiný přístup k dítěti než kolegyně, tak jsme ho stáhli, že to dítě potom asistenta nepotřebovalo. Tady jsou asistenti spíše k dětem, které mají Aspergerův syndrom. Ale já si myslím, že asistent má vždy nějaký smysl. Pomůže to tý třídě i kantorovi. Pomáhá i jiným dětem, nemusí být jen u toho dítěte. Jeden asistent ve třídě není na škodu. Chce to mít k tomu nějaké vlohky. Asistent připravuje dítě na samostatnost. “*

Respondent 2: *„Z mého pohledu je potřeba začít pracovat od samého začátku. Zamyslet se nad tím, jaký typ lidí by měli být asistenti. Jejich typologie. Mělo by se pracovat s tím, co tato profese přináší. Druhá věc je, jak se asistent rozumí s učitelem. U dětí se specifickou poruchou chování, má asistent své místo, protože může svoji přítomností dítě zklidňovat. Dotykem, blízkostí, klidným kontaktem, modulací hlasu. To znamená, že se soustřeďuje na to dítě, který vyžaduje mimořádnou pozornost. Může se naladit jenom na dítě, není vázaný na celou třídu. Tomu může samozřejmě umožnit, aby tam mohl probíhat vzdělávání potencialitou toho dítěte a zároveň nebylo narušeno vzdělávání třídy, kde jsou ostatní žáci. Je to úkol s organizačně-technickými stránkami. To znamená, jak bude probíhat organizace. Také má stránku psychologickou, to znamená je to otázka působení dvou dospělých osob, aby si nepřekáželi a podobně. Tento člověk by měl být i profesionálně připravený. Měl by mít i*

nějaké pedagogické minimum. Měl by znát věci, který se týkají problematiky ADHD. Nejlépe by bylo, kdyby pedagog a asistent pracovali pod supervizí. “

Respondent 3: *„Tak já si myslím, že ten efekt asistentství je veliký. Hlavně si ten asistent musí sednout s tím dítětem. Je důležité, aby ten asistent měl takové vlastnosti, aby nebyli kontraproduktivní k té poruše. Určitě musí mít aspoň minimální odpovídající vzdělání. Samozřejmě trpělivost a empatie, tam musí být vždycky. “*

Respondent 4: *„Význam má určitě. Ve srovnání s jinými typy postižení, bych řekla, že je hodně důležité, jak si dítě s tím asistentem sedne. Role je nesporná, ale atypická, ve srovnání s jinými postiženími. Smyslem té asistence by mělo být, že se to dítě osamostatňuje. U těch agresivních typů je asistence na místě. “*

Respondent 5: *„Jak u kterých dětí. Musí se dobře vybrat, né aby ho měl každý, kdo ho nepotřebuje. Ten výběr by tam měl být hodně pečlivý. “*

Respondent 6: *„Myslím, že je důležitá a má smysl, protože může pomoci ne jenom jednomu, ale všem. Ta péče musí být taková, že nechá dítě volně pracovat, učí ho samostatnosti, musí se mu dát prostor. “*

Respondent 7: *„Jsem si jistá, že je velmi důležitá. “*

Respondent 8: *„U nás na škole nikoho takového nemáme. “*

Respondent 9: *„Já jsem se s tím osobně nesetkala. Co se týče této poruchy, tak si teda nedokážu představit v čem by asistence spočívala. “*

Respondent 10: *„Já bych spíš dala ke každému učiteli, jak je to ve Francii, asistenta. Ten by měl třeba skupinu dětí, pracoval by s nimi, a tomu učiteli by byl k ruce. Ten by se pak mohl individuálně věnovat dětem, které vyžadují zvláštní péči. Ale konkrétně k dítěti s ADHD bych asistenta nedávala, protože získá sám pro sebe nálepku „já jsem jinej“ někomu to může dělat dobře, ale většinou to nedělá dobře. “*

Respondent 11: „Určitě je potřeba pedagogický asistent i školní psycholog. Tady bych tu cestu viděla, kdyby se na tu funkci našly peníze. Tyhle děti by to potřebovaly. Člověk si s dítětem promluví, ale nemá čas to s ním rozebírat o přestávce. Oni by se potřebovaly sebrat a na půl hodiny odejít, rozebrat ty jejich problémy.“

Je ještě něco, co byste chtěl(a) dodat?

Respondent 1: „Nic mě nenapadá, asi jsem řekla vše.“

Respondent 2: „Je potřeba věci konzultovat v širším poli. Je potřeba otevřené diskuse, konzultace s rodiči, v týmu. Klíčové je zapojení rodičů do systému školy.“

Respondent 3: „Já třeba přemýšlím, že jsou velkým problémem volnočasové aktivity dětí. Tady si myslím, že je ještě velká možnost hodně toho udělat. Tady chybí jakýsi článek, kde by ty děti mohly být po té škole. Setkávání dětí s ADHD s dětmi z jiné skupiny vrstevníků tady chybí. Zpětná vazba z jiné vrstevnické skupiny není, protože tyto děti jsou v nestandardním prostředí.“

Respondent 4: „Pořádáme tady kurzy pro učitele, jsou důležité, ale neočekávejme, že to změni situaci. Nevím, je to široké téma.“

Respondent 5: „Já si myslím, že ne.“

Respondent 6: „Já nevím, všechno je spíše pedagoga věc, měl by vhodně střídat ty činnosti.“

Respondent 7: „Myslím, že jsem řekla vše.“

Respondent 10: „Ono je to všechno způsobeno tím, že ta doba je rychlá, nedůsledná, učitelé nemají čas a chuť individuálně hledat jinou cestu k tomu žákovi, zvolit jiný postup práce. Já si myslím, že něco není vrozené, tou ranou výchovou se deformují. Pak přijde škola, to dítě se dostane do kontrastu, režim tady musí být. To co má a co škola po dítěti vyžaduje.“

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Veronika Beranová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Miluše Hutýrová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Možnosti práce s dítětem s ADHD v podmínkách institucí
Název v angličtině:	Options for working with children with ADHD in terms of institutions.
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřena na možnosti výchovně-vzdělávacího procesu, kterého se účastní žáci s ADHD, na prvním stupni základní školy. Snaží se popsat problematiku poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou. Dále prezentuje zkušenosti a názory pedagogů, speciálních pedagogů, etopeda, školního psychologa či výchovného poradce atd., kteří s dítětem s ADHD pracují. Za pomoci výzkumného šetření předkládá výčet metod, postupů a prostředků, které uplatňují respondenti při edukaci žáka s ADHD.
Klíčová slova:	Syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou, ADHD, symptomy, diagnostika, edukace žáka s ADHD, programy, postupy, metody a formy práce respondentů, rozhovory.
Anotace v angličtině:	The thesis is focused on the possibilities of educational process, attended by pupils with ADHD in primary school. It tries to describe the problem of disorders of attention associated with hyperactivity. It further presents the experiences and views of teachers, special educators, etopeds, school psychologists and educational consultants, etc., who educate a child with ADHD. To help the research it presents a list of methods, procedures and means to apply the respondents in the education of the student with ADHD.
Klíčová slova v angličtině:	Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, symptoms, diagnosis, education of a child with ADHD, programs, procedures, methods and forms of work of respondents, interviews.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Diagnostická kritéria DSM-IV Příloha č. 2: Diagnostická kritéria MKN-10 Příloha č. 3: Seznam respondentů Příloha č. 4: Otázky k rozhovoru Příloha č. 5: Rozhovory s respondenty
Rozsah práce:	81 stran
Jazyk práce:	český

