

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2016

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Hana Vojtěchová

**Vzdělávání žáků mladšího školního věku se syndromem
ADHD v běžné ZŠ a v ZŠ pracující v režimu speciálního
školství**

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Iva Duksová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2013-2016

BACHELOR THESIS

Hana Vojtěchová

**Education of young learners with ADHD in common
primary schools and primary schools with special education
system**

Prague 2016

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Iva Duksová

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Hana Vojtěchová

Poděkování

V úvodu své bakalářské práce bych chtěla poděkovat Mgr. Ivě Duksové za odborně vedené konzultace a přínosné rady.

Anotace

Bakalářská práce s názvem „Vzdělávání žáků mladšího školního věku se syndromem ADHD v běžné ZŠ a v ZŠ pracující v režimu speciálního školství“ je rozdělena na dvě části. První je část teoretická, v níž je rozpracováno vymezení pojmu syndrom ADHD. Zaměřuje se především na informace o ADHD - příčiny, projevy, diagnostiku, doporučení a legislativní vymezení.

V druhé, praktické části, jsou uvedeny dvě případové studie chlapců se syndromem ADHD. Jeden navštěvuje běžnou ZŠ a druhý ZŠ pracující v režimu speciálního školství. Cílem této práce bylo srovnání vzdělávacího postupu a řešení výchovných problémů u žáků se syndromem ADHD na běžné ZŠ a na ZŠ pracující v režimu speciálního školství.

Klíčová slova

ADHD, farmakoterapie, impulzivita, hyperaktivita, legislativa, porucha pozornosti, případová studie, psychoterapie.

Annotation

Bachelor thesis “Education of young learners with ADHD in common primary schools and primary schools with special education system” is divided into two parts. The first theoretical part defines and works with the concept of ADHD syndrome. It focuses mainly on information about ADHD – its causes, symptoms, diagnosis, recommendations and a legislative definition.

The second practical part describes two case studies of two boys with ADHD syndrome. One of them attends the common primary school and the second one attends the school with special education system. The main aim of this thesis was to compare the educational process and solutions of educational problems of learners with ADHD attending common primary schools and primary schools with special education system.

Keywords

ADHD, attention deficit disorder, case study, hyperactivity, impulsiveness, legislation, pharmacotherapy, psychotherapy.

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SYNDROM ADHD	11
1.1 Rozložení výskytu jednotlivých typů ADHD.....	12
1.2 Četnost výskytu ADHD	12
1.3 Příčiny vzniku ADHD	13
1.3.1 Faktory působící na vznik ADHD.....	13
1.4 Projevy ADHD	15
1.4.1 Porucha pozornosti.....	15
1.4.2 Hyperaktivita.....	15
1.4.3 Impulzivita	16
1.4.4 Přidružené poruchy	16
1.5 Stanovení diagnózy ADHD	19
2 LÉČEBNÁ A VÝCHOVNÁ OPATŘENÍ U DĚTÍ S ADHD.....	21
2.1 Zásady výchovného vedení v rodině.....	21
2.1.1 Vytvoření klidného a harmonického rodinného prostředí.....	22
2.1.2 Stanovení řádu	22
2.1.3 Důslednost a jednotnost ve výchově	22
2.1.4 Zpětná vazba	22
2.1.5 Odměny a tresty	23
2.1.6 Účinnější pokyny a příkazy.....	23
2.1.7 Usměrnování aktivity dítěte	24
2.2 Základní pedagogické postupy pro děti s ADHD	24
2.2.1 Osobnost učitele.....	24
2.2.2 Vhodná výuková opatření	25
2.2.3 Uspořádání třídy.....	26
2.3 Farmakoterapie	27
2.4 Psychoterapie.....	28
2.5 Alternativní léčebné postupy	29
3 LEGISLATIVNÍ PODMÍNKY PRO VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S ADHD.....	30
3.1 Individuální vzdělávací plán	31
3.2 Asistent pedagoga.....	32

PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 PRŮBĚH ŠETŘENÍ	33
4.1 Cíl šetření.....	33
4.2 Metodika šetření	33
4.2.1 Kvalitativní výzkum.....	33
4.2.2 Volný rozhovor	34
4.2.3 Případová studie.....	34
4.3 Objekt šetření.....	34
5 PŘÍPADOVÁ STUDIE.....	35
5.1 Případová studie – Zdeněk (10 let)	35
5.2 Případová studie – Miloš (11 let).....	43
5.3 Závěr výzkumné části	53
ZÁVĚR	58
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	60
SEZNAM ZKRATEK	62
SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

Hyperaktivní děti vždy byly, jsou a budou. Dříve byly označovány různými termíny. Často byly považovány za zlobivé, nevychované a někdy i hloupé. Nejedná se tedy pouze o problém současné doby. Vzrůstající počet dětí s diagnostikovaným syndromem ADHD v současné době je způsobený větším zájmem veřejnosti. Současní rodiče i učitelé se více zajímají o problematiku školní úspěšnosti, o problematiku specifických poruch učení a také o chování dnešních dětí.

Syndrom ADHD patří ke specifickým poruchám chování, ale zatím je mu věnována menší pozornost než specifickým poruchám učení. Pro své nestandardní chování, které se projevuje především narušenou schopností sebekontroly, nedostatečným zaměřením a udržením pozornosti, je práce s těmito dětmi a jejich výchova v rodině značně náročná. Existuje však celá řada možností, jak s těmito dětmi pracovat, a to jak v rodině, tak ve škole. Tím se problémy, které tyto děti mají, dají zmírnit nebo jim můžeme předcházet.

Otázkou tedy zůstává, zda je vzdělávání a výchova žáků se syndromem ADHD náročné z důvodu jejich „nezvladatelnosti“ nebo z důvodu nedostatečné odbornosti a praxe učitelů.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zhodnocení připravenosti učitelů ZŠ na práci s žáky se syndromem ADHD. Práce je založena na porovnání vzdělávacích postupů zvolených pro žáky s ADHD na běžné ZŠ a na ZŠ pracující v režimu speciálního školství. Cílem je nejen porovnání vzdělávacích postupů, ale i řešení výchovných problémů a následné zaujetí stanoviska.

Teoretická část mé bakalářské práce je tvořena třemi základními kapitolami. První je zaměřena na rozbor a popis syndromu ADHD – vymezení pojmu, výskyt, příčiny, projevy a diagnostiku. Druhá část se zabývá doporučením výchovných, vzdělávacích a léčebných opatření u dětí s ADHD. Třetí část je zaměřena na legislativní podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Praktická část mé bakalářské práce je zaměřena na kvalitativní výzkum. Zahrnuje případové studie dvou chlapců se syndromem ADHD. Jeden z nich navštěvuje běžnou ZŠ a druhý ZŠ pracující v režimu speciálního školství. Základem této části je hledat společné a rozdílné prvky vzdělávacích a výchovných postupů a jejich následné vyhodnocení z pohledu funkčnosti v praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorders) je zkratka, která byla definována v USA, jedná se o označení pro syndrom neboli poruchu s deficitem pozornosti a hyperaktivity. *„Označuje onemocnění způsobující obtíže se soustředěním, nepřiměřeně zvýšenou aktivitou a impulzivitou dítěte.“* (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 13) Jedná se o vrozenou neurovývojovou poruchu chování, za kterou děti nemohou a kterou svými vlastními silami většinou ani nedokážou ovlivnit. *„Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů.“* (Zelinková, 2003, s. 196)

První projevy jsou patrné již v časném dětství, nejvíce se objevují v období zahájení školní docházky, kde se dítě musí přizpůsobit spoustě pravidel a omezení. Školní období je pak pro děti s ADHD jedním z nejtěžších. Dostávají se do situací, které jsou náročné na udržení pozornosti, kontroly pohybů a tlumení impulzů. Musí vydržet klidně sedět na místě, sledovat výklad, poslouchat, nevyrušovat a spolupracovat s ostatními. Velké obtíže dětem s ADHD činí dodržování pravidel chování a opakované dlouhodobé provádění určitého pracovního výkonu. Tyto děti rovněž těžce nesou různá omezení a příkazy. Hůře se podrobují autoritám a disciplíně. S věkem a dozráváním centrální nervové soustavy se projevy ADHD mění, mohou se zmírňovat, ale u větší části jedinců přetrvávají i do dospělosti. (Paclt, 2007, Goetz, Uhlíková, 2009)

Hyperaktivita u dospělých se projevuje zvýšenou činorodostí, nadprůměrným výkonem a často i výsledky. Může vést k workoholismu. I když jsou tito jedinci úspěšní, nevěří si, podceňují se, pochybují o sobě a to je nutí ke stálému zlepšování výkonu. Často nedokážou vypnout, odpočívat a relaxovat. Hrozí jim vyčerpání organismu, což může vést k psychickému i fyzickému zhroucení. Hyperaktivním lidem většinou nevyhovuje stereotypní sedavá práce, potřebují střídání činností, změnu, „akčnost“. Naopak hypoaktivním dospělým vyhovuje klidná stereotypní práce, kde není překážkou jejich pomalé tempo, naopak je zde výhodou jejich pečlivost a systematickosti. (Paclt, 2007)

„Pro život je prostě důležité vědět a připustit si, jaký jsem, jaké jsou mé přednosti, ale i jaká mám omezení a naučit se s nimi žít tak, aby nevadily nejen mně samému, ale ani mému okolí.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 221)

1.1 ROZLOŽENÍ VÝSKYTU JEDNOSTLIVÝCH TYPŮ ADHD

ADHD se dělí do tří subtypů podle zastoupených příznaků (nepozornost, hyperaktivita a impulzivita) na:

ADHD s převládající poruchou pozornosti. Také se používá označení ADD. Jedná se o syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti impulzivity a hyperaktivity. Tyto děti mají více problémů se zaměřením pozornosti na určitou činnost. Jsou pomalé, nestíhají práci, působí utlumeně a více se u nich objevují poruchy učení. Do tohoto subtypu spadá 25-35% pacientů s ADHD. (Goetz, Uhlíková, 2009, Zelinková, 2003)

ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou. Děti s touto poruchou se dokážou dle potřeby soustředit. Hlavním problémem je neúčelná nadměrná aktivita a snížená schopnost regulovat a tlumit vlastní reakce. Do tohoto subtypu spadá 10-20% pacientů s ADHD. (Goetz, Uhlíková, 2009, Vágnerová, 2005)

ADHD s poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou (smíšený typ). U tohoto typu poruchy se vyskytují jak příznaky nepozornosti, tak hyperaktivity a impulzivity, vyskytuje se asi u 50 % dětí s ADHD. (Goetz, Uhlíková, 2009)

1.2 ČETNOST VÝSKYTU ADHD

Podle různých studií trpí syndromem ADHD 3-7% dětí školního věku. Příznaky hyperaktivity a impulzivity se projevují třikrát až pětkrát častěji u chlapců než u dívek. Tento typ poruchy je většinou snadno rozpoznatelný. Jedná se o děti, které jsou neustále v pohybu, středem pozornosti a jsou všude slyšet, okolí je vnímá jako „uličnické“ a „zlobivé“. (Goetz, Uhlíková, 2009, Paclt, 2007, Vágnerová, 2005)

Dívky postihuje častěji syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti impulzivity a hyperaktivity. Tento typ poruchy není tak nápadný. Tyto děti ve třídě nevyrušují,

nezlobí a ani na sebe neupoutávají pozornost. ADHD se u nich projevuje většinou nepozorností, zapomínáním věcí, upovídáností, emocionální labilitou a sociálními potížemi. Okolí je vnímá spíše jako nenápadné nebo „hloupé“ a problematika ADHD je u nich často přehlížena. „*Velké množství dívek s ADHD (uvádí se 50-70%) tedy nebývá správně diagnostikováno. Mnohdy se o jejich potížích nikdo nedozví a ony zůstávají se svými trápeními samy.*“ (Informatorium 8/2014, s. 20)

1.3 PŘÍČINY VZNIKU ADHD

ADHD je vývojová porucha způsobená biologickými příčinami. Jedná se tedy o poruchu vrozenou, kterou můžeme přirovnat k ostatním dětským nemocem. Je možné ji léčit. Přesné příčiny této poruchy nejsou zcela úplně objasněny. Vznik ADHD je podmíněný působením více faktorů nebo jejich kombinací. Nejedná se o výsledek nevhodné, zanedbávající, nedostačující nebo špatné rodičovské výchovy. Nelze ani hovořit o vlastnostech, které by plynuly z charakteru nebo vůle dítěte. (Munden, Arcelus, 2006, Vágnerová, 2005)

1.3.1 FAKTORY PŮSOBÍCÍ NA VZNIK ADHD

Genetické příčiny

Goetz a Uhlíková (2009) – uvádějí dědičnost jako nejvýznamnější faktor podílející se na vzniku ADHD. Dle výzkumných studií má ADHD až z 80% dědičný základ. Syndrom ADHD se v rodinách vyskytuje opakovaně, přenáší se z jedné generace na další. Nejnovější studie ukazují, že se hyperaktivita a poruchy pozornosti častěji dědí po mužské linii než po ženské. Dědičnost ADHD je velmi složitá, nepodílí se na ní jeden gen, který by byl odpovědný za chování. Na genetických příčinách se podílí více genů. Jejich vliv se společně s vlivem prostředí sčítá. (Munden, Arcelus, 2006)

Neurobiologické příčiny

Jucovičová a Žáčková (2010) – uvádějí jako příčinu vzniku hyperaktivity u dětí drobné difúzní poškození mozku, které může být genetické nebo způsobené negativními

vlivy prostředí. Toto poškození vzniká v období zrání centrální nervové soustavy – tedy v době před narozením, při porodu a také časně po porodu. Způsobuje pak odlišnosti v chování a jednání dítěte.

U dětí s ADHD jsou prokázány změny ve struktuře a fungování mozku. Dle Goetze a Uhlíkové (2009) ADHD úzce souvisí s problémy ve vývoji a s funkcí čelního mozkového laloku a jeho propojením s podkorovými centry. U pacientů s ADHD byla odhalena menší aktivita přední mozkové kůry (prefrontální kůry) a bazálních ganglií. Dále byl zjištěn menší objem mozkové tkáně v pravém čelním laloku. Čelní mozkový lalok a přední mozková kůra jsou částí mozku odpovědné za řízení dovedností jako je schopnost řešit problémy, schopnost cílevědomé aktivity, udržení pozornosti a pracovní paměti. Poruchy se pak projevují roztěkaností, nesoustředěností, impulzivností, náladovostí, poruchou udržení pozornosti, špatnou krátkodobou pamětí a potížemi s plánováním. Bazální ganglia zajišťují v lidském mozku koordinaci neúmyslných pohybových aktivit společně s úmyslnými pohyby. Její hlavní funkcí je potlačení nežádoucí pohybové aktivity. (Goetz, Uhlíková, 2009)

ADHD také souvisí s nedostatečným množstvím dopaminu a noradrenalinu. Přenašeči informací mezi mozkovými buňkami. *„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 nedostatek.“* (Riefová, 1999, s. 20).

Goetz a Uhlíková (2009) dále uvádějí, že u dětí s ADHD dochází k opožděnému a nerovnoměrnému dozrávání mozku, společně s nedostatečným rozvojem sebekontroly. Děti se syndromem ADHD tak působí dojmem, jako by byly mladší, než ve skutečnosti jsou.

Vlivy vnějšího prostředí

Tyto vlivy se podílejí na vzniku ADHD menší mírou než vlivy genetické. Jedná se pak většinou o prenatální a perinatální příčiny. Především pak komplikace v době těhotenství, které způsobují nedostatečný přísun kyslíku k mozkovým buňkám plodu. Příznaky syndromu ADHD se objevují také u dětí předčasně narozených s nízkou porodní hmotností a u dětí matek, které v době těhotenství kouřily, užívaly alkohol nebo drogy. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Munden a Arcelus (2006) uvádějí také jako možnou příčinu ADHD těžkou otravu olovem (např. ze znečištěného životního prostředí), ta pak u dětí může vyvolat vážnou encefalitidu. Po uzdravení děti často trpí nepozorností a hyperaktivitou.

Spojování vzniku ADHD s určitými složkami potravy, jako je například cukr nebo potravinová aditiva, nebylo dosud jednoznačně potvrzeno. (Goetz, Uhlíková, 2009)

1.4 PROJEVY ADHD

Základními projevy syndromu ADHD jsou porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita.

1.4.1 PORUCHA POZORNOSTI

Děti s ADHD jsou nesoustředěné, roztěkané, netrpělivé a mají sníženou schopnost koncentrace pozornosti. Snadno se nechají rozptýlit z činnosti jakýmkoliv podnětem. Mají problémy s udržením pozornosti nebo se zaměřením pozornosti na určitou činnost. Problémy jim také dělá naslouchání a plnění úkolů, často úkol nedokončí nebo ho nesplní vůbec. Nesoustředí se na podrobnosti a dělají chyby z nepozornosti. Přebíhají od jedné činnosti k druhé. Dobře soustředit se umí jen na to, co je hodně zajímavé a baví, např. počítačové hry. Když se mají soustředit na učení, potřebují stálou motivaci, např. až napíšeš úkol, můžeš si hrát na tabletu. Jejich výkon se neustále mění, jednou jsou schopny úkol splnit, podruhé ne, bez ohledu na zvolené vnější motivační podněty. V případě činností vyžadujících soustředění dítěte dochází k rychlému nástupu únavy, čímž brzy jeho soustředění klesá. Příčinou tohoto projevu je nezralost nervového systému. Tuto indispozici není možné změnit výchovou ani překonat či odstranit zvýšenými nároky. (Jucovičová, Žáčková, 2010, Vágnerová, 2005)

1.4.2 HYPERAKTIVITA

Děti s ADHD jsou nadměrně neúčelně pohyblivé, „divoké“, nevydrží chvíli v klidu a projevují se hlučněji než ostatní. Hovoříme u nich o tzv. nadměrné motorické a hlasové aktivitě. Hlasová aktivita se projevuje neustálým povídáním, nepustí druhého ke slovu, vykřikují, vydávají podivné zvuky, pošťuchují spolužáky a ruší je od zadané

práce. Děti s ADHD jsou psychomotoricky neklidné, vypadají, že jsou neustále v pohybu, jsou velmi živé, stále pobíhají a poskakují, nedají se uklidnit. Nenechají v klidu ruce ani nohy, stále si s něčím hrají, jsou neposedné, nevydrží sedět, vrtí se, vstávají ze židle, chodí z místa. (Paclt, 2007)

„*Dítě je většinou v celkovém napětí, nejen fyzickém, ale i psychickém.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 31). To se projevuje pocitem velkého neklidu. Není schopné relaxovat a odpočívat.

1.4.3 IMPULZIVITA

Děti s ADHD mají obtíže se sebeovládáním. Všechno chtějí mít hned. Rozhodují se bezhlavě, jsou zbrklé. Jednají okamžitě, spontánně, na první popud, aniž by si předem rozmyslely postup a domyslely důsledky svého chování. Mohou se tak často dostat do situace nebezpečné nejen pro ně, ale i pro jejich okolí. Co je v daný okamžik napadne, to udělají. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Tyto děti mívají problémy v komunikaci s ostatními. Často příliš mnoho hovoří a dělá jim problémy přestat. Odpovídají na otázku dříve, než je dokončena. Při rozhovoru impulzivně vykřikují, komentují, skáčou druhým do řeči. Pletou se do hovoru, přestože nejsou jeho součástí. Mění bezmyšlenkovitě témata hovoru, začnou najednou mluvit o něčem jiném, co je zrovna napadlo. (Jucovičová, Žáčková, 2010, Vágnerová, 2005)

Nevydrží vyčkat v klidu, až na ně přijde řada, např. při hře nebo ve frontě na oběd. I maličkost v nich může vyvolat afektivní výbuch, který snadno přejde ve slovní nebo fyzickou agresivitu. Za každou cenu je jejich cílem být středem pozornosti, ať to stojí, co to stojí. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

1.4.4 PŘIDRUŽENÉ PORUCHY

Goetz a Uhlíková (2009) uvádějí přítomnost další poruchy u 60-70% dětí s ADHD.

1.4.4.1 Poruchy školních dovedností

Goetz a Uhlíková (2009) uvádějí až u 30 % dětí s ADHD výskyt specifických poruch učení. Nejčastěji pak tyto děti trpí poruchou čtení (dyslexie), poruchou psaní (dysgrafie) nebo méně často poruchou počítání (dyskalkulie).

Jucovičová a Žáčková (2010) uvádějí ještě další přidružené projevy ADHD, které ovlivňují školní dovednosti dětí. Jedná se o poruchy v oblasti zrakového a sluchového vnímání, krátkodobé paměti, poruchy myšlení a řeči.

Zrakové a sluchové vnímání – v oblasti zrakového vnímání obtížně rozlišují podobně vypadající tvary a písmena (čtení b-p, m-n). Je pro ně obtížné vnímat rozlišnosti v detailech – špatně spojují jednotlivé části do celku. Mohou mít poruchy pravolevé orientace, orientace v prostoru a v čase. U sluchového vnímání hůře rozeznávají podobné zvuky a hlásky – projevuje se při psaní diktátů (kostka – koska). Problém mívají v oblasti analýzy a syntézy – projevuje se neschopností rozčlenit výraz na hlásky a zpětně z jednotlivých písmen složit opět slovo. Tyto obtíže souvisí se vznikem vývojových poruch učení. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Paměť – často zapomínají. Častá porucha krátkodobé paměti se projevuje problémy s vybavením konkrétní informace, co si samy nenapíší, neví, zapomínají, co slyšely. Zapomínají nejen své věci (např. pomůcky, části oděvů), ale i pokyny, které dostanou. Nepamatují si, co kam daly a proč. Nepamatují si, co měly udělat. (Jucovičová, Žáčková, 2010, Vágnerová, 2005)

Poruchy myšlení a řeči – výkon dítěte neodpovídá jeho schopnostem. Myšlení dětí s ADHD bývá ulpívavé až stereotypní, nepružné nebo naopak zmatené a chaotické. Některé děti mohou mít problémy i s výslovností a je u nich nutný nácvik řeči u logopeda. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Poruchy porozumění řeči – nerozumí významu některých slov. Mají menší smysl pro humor, nerozumí jemným narážkám, jako by měly „dlouhé vedení“, tyto obtíže mohou vést k neshodám s okolím. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

1.4.4.2 Poruchy ve vývoji motoriky

V oblasti motoriky mohou být některé děti s ADHD nápadně nešikovné a neobratné. Projevuje se u nich špatná koordinace pohybů, zvýšené svalové napětí a křečovitost. Dělá jim problém například zasáhnout cíl míčem, zavázat si tkaničky u bot, jíst příborem, navlékat korálky, úhledně psát nebo kreslit. (Drtílková, Šerý, 2007)

1.4.4.3 Poruchy opozičního vzdoru

Jedná se o nejčastější přidruženou diagnózu k syndromu ADHD. Vyskytuje se dle Goetze a Uhlíkové (2009) u 40 % dětí, Zelinková (2003) uvádí dokonce u 60 % dětí s ADHD.

Toto chování se projevuje oslabenou sebekontrolou, odmítáním spolupráce, vzdorovitostí vůči autoritě, hádkami s dospělými, nesnášenlivostí a záměrným porušováním pravidel. „*V případě konfliktu tyto jedinci (většinou chlapci) nepovažují sami sebe za zdroj obtíží a chybu vidí v jednání druhých.*“ (Zelinková, 2003)

1.4.4.4 Poruchy chování

Vyskytují se méně často než poruchy opozičního vzdoru, ale jsou mnohem závažnější. Děti s ADHD neumí zhodnotit své chování jako nevhodné nebo nebezpečné. I když se naučí uvědomit si své chování a slíbí, že už to neudělají, nedokážou potlačit aktuální emoce i sílu vzruchu. V následující podobné situaci se zachovají stejně. U těchto dětí se často projevuje „*neúcta k právům, majetku a zdraví druhých, zejména slabších. Častěji někoho šikanují nebo zastrašují, vyvolávají rvačky, ničí cizí věci.*“ (Goetz – Uhlíková, 2009, s. 76). Dalšími vyskytujícími se jevy mohou být také krádeže, lhaní, záškoláctví, útěky z domova nebo destruktivní chování. (Drtilková, 2007)

1.4.4.5 Úzkostné poruchy

Goetz a Uhlíková (2009) uvádějí tyto poruchy až u 30 % školních dětí s ADHD. Děti cítí napětí nebo strach v souvislosti s nějakou situací nebo i bez jakékoliv příčiny. Tyto psychické potíže provází i tělesné projevy.

1.4.4.6 Emoční poruchy

Děti s ADHD jsou často emočně nevyrovnané. Jejich citové reakce jsou nepředvídatelné, nálada se rychle střídá (pláč, hned smích a naopak). Mají sklony k mrzuté náladě bez příčiny. U některých dětí se objevují i deprese, které se s dospíváním zhoršují. (Vágnerová, 2005)

Děti trpící poruchou ADHD zažívají oproti běžným dětem mnohem častěji pocit neúspěchu. Vlivem svého chování a jednání jsou více trestány a setkávají se i s výčitkami. Je tedy pravděpodobné, že se u těchto dětí jako reakce na různé

neúspěchy a problémy mohou častěji vyskytovat úzkosti nebo deprese. Stávají se tak přímým důsledkem psychopatologie syndromu ADHD. (Drtílková, Šerý, 2007)

1.4.4.7 Poruchy spánku

Děti s ADHD mají častěji než jiné děti problémy se spánkem. Déle jim trvá, než usnou a často se v noci probouzí. Objevují se u nich noční můry nebo děsy, mluvení ze spánku, náměsícnictví nebo zvýšená pohybová aktivita během spánku. (Paclt, 2007, Goetz, Uhlíková, 2009)

1.5 STANOVENÍ DIAGNÓZY ADHD

„Diagnóza ADHD se určuje velice těžko. Neexistují pro ni žádné absolutně správné diagnostické testy, symptomy se různí podle věku, situace a podmínek.“ (Munden, Arcelus, 2006, s. 59) Jedná se o dlouhý a složitý proces. Diagnózu ADHD stanovuje vždy lékař, většinou dětský psychiatr. Potřebná je ale i spolupráce dalších odborníků: pediatra, neurologa, psychologa, speciálního pedagoga a učitele. Stanovení diagnózy předchází řada vyšetření, pozorování, vyplňování dotazníků a rozhovorů. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Základem pro stanovení diagnózy je pozorování. Dítě je pozorováno při testové situaci, při počítání, psaní, čtení nebo při hraní. Dále pozorování dítěte probíhá i v jeho přirozeném prostředí a to především ve škole, dále pak v družině nebo zájmových kroužcích.

Pozorování by mělo být doplněno informacemi z několika zdrojů. Důležité informace o chování dítěte a příznacích ADHD získává lékař od rodičů – zjišťuje se průběh těhotenství a porodu. Je třeba zmapovat celkový vývoj dítěte od narození, problémy s řečí, soběstačnost, rozumové schopnosti, citové problémy a vztahy v rodině. Cenné informace poskytují také učitelé, kteří tráví s dítětem mnoho času. Velmi významným zdrojem informací je samo dítě. Lékař sleduje vyjadřování dítěte, jeho chování a vývojové schopnosti. *„Dítě popisuje, jaké aktivity má rádo, co považuje za obtížné, charakterizuje svůj postoj ke spolužákům a způsob jakým vnímá vztah vrstevníků k sobě.“* (Zelinková, 2003, s. 200)

Mimo diagnostiky ADHD lékařem z oboru dětské psychiatrie, je nutná i spolupráce s PPP. Psycholog z PPP je oprávněn posoudit intelekt, pozornost a vyhledat případné poruchy učení. Nemůže předepisovat dítěti medikaci a poskytnout mu komplexní léčbu. V případě podezření na syndrom ADHD psychologem z PPP by mělo následovat doporučení návštěvy pedopsychiatra. Děti se syndromem ADHD mají nárok na IVP na jehož přípravě se může podílet PPP. Psycholog a speciální pedagog doporučí rodičům nejvhodnější postup při výchově dítěte a navrhnou vhodnou terapii. (Goetz, Uhlíková, 2010)

ADHD se může vyskytovat v kombinaci i s jinými poruchami, což může diagnostiku velmi ztížit.

2 LÉČEBNÁ A VÝCHOVNÁ OPATŘENÍ U DĚTÍ S ADHD

Projevy ADHD ve většině případů nelze zcela vyléčit, ale je možné je vhodnými postupy zmírnit. Pro zmírnění příznaků u dítěte s diagnostikovaným ADHD je nutná spolupráce všech, kteří se podílejí na jeho výchově nebo mají s dítětem blízký vztah. „*Tedy nejen odborníci z řad lékařů a psychologů, ale i učitelé, rodiče, sourozenci, prarodiče, trenér a další osoby.*“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 81)

Při léčbě se využívá několika metod, které se mohou používat odděleně nebo se vzájemně doplňovat. Patří mezi ně psychoterapie, farmakoterapie, speciálně pedagogická, výchovná a sociální opatření.

Autoři Goetz, Uhlíková (2009) a Drtílková, Šerý (2007) se shodují, že největší nadějí na úspěch v léčbě ADHD je kombinace všech výše uvedených metod. Pro dosažení maximálního úspěchu a zmírnění typických projevů ADHD je tedy nutná komplexní léčba.

Munden a Arcelus (2006) uvádějí, že u dětí s mírnějšími příznaky ADHD mohou postačit psychologická, speciálně pedagogická a sociální opatření. Pro děti se středně těžkou až těžkou poruchou doporučují připojit farmakologickou léčbu. Užívání léků má kladný vliv na změny chování a myšlení. Napomáhají dítěti dosahovat lepších studijních výsledků ve vzdělávacím procesu a zároveň v sociálních vztazích k ostatním lidem.

Při léčbě příznaků ADHD je nutné posuzovat každé dítě individuálně a hledat pro něj nejvhodnější postup. „*Cílem léčby je pomoci dítěti zvládnout denní režim, využít své inteligence ve škole, zlepšit zařazení do kolektivu a vztahy s blízkými osobami.*“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 82)

2.1 ZÁSADY VÝCHOVNÉHO VEDENÍ V RODINĚ

V odborné literatuře se setkáváme s poměrně rozsáhlým množstvím rad, jak vychovávat dítě s ADHD. K nejčastěji zmiňovaným patří níže uvedené.

2.1.1 VYTVOŘENÍ KLIDNÉHO A HARMONICKÉHO RODINNÉHO PROSTŘEDÍ

Rodiče by měli dávat dítěti najevo svou lásku, poskytnout mu pocit bezpečí, jistoty, opory a pochopení. Dítě by mělo vědět, že ho rodiče mají rádi, i když někdy hodně zlobí. Mělo by být přijímáno takové, jaké je. Rodiče by se měli snažit být klidní, trpěliví a laskaví. Důležité je, aby dítě netrpělo pocitem nedostatku rodičovské pozornosti. V opačném případě na sebe může upozorňovat nevhodným chováním. (Jucovičová, Žáčková, 2010) *„Čím však klidnější domácí atmosféru dítěti připravíme, tím více nežádoucí chování eliminujeme.“* (Pokorná, 2001, s. 146)

2.1.2 STANOVENÍ ŘÁDU

Dítě s ADHD potřebuje pevný pravidelný režim, aby vědělo, co smí a co už ne. *„Každý den by měl být pečlivě naplánovaný, měly by v něm být zahrnuty pravidelné rutinní činnosti a události, které se vyskytují v určité době během týdne, měsíce a roku.“* (Train, 2001, s. 137) Pravidla by měla být jasná, snadno srozumitelná, jednoduchá, konkrétně formulovaná a vyjádřená pozitivně. Je dobré vytvářet pravidla za účasti dítěte. K jejich připomínání je potřeba zvolit viditelné místo. Můžeme použít obrázkové kartičky, fotografie, pro starší děti i písemné instrukce. Pravidla dětem vytváří pocit bezpečí a jistoty. (Carter, 2014, Jucovičová, Žáčková, 2010)

2.1.3 DŮSLEDNOST A JEDNOTNOST VE VÝCHOVĚ

Stanovená pravidla je nutné důsledně dodržovat a kontrolovat. Kontrolu provádíme pravidelně a často, pokud možno nenápadným, nedirektivním a taktickým způsobem. Důležitá je trpělivost, laskavost a sjednocení výchovných postupů v rodině. Nedůsledná a nejednotná výchova uvádí dítě ve zmatek. Výsledkem je, že dítě využívá „slabšího“ z rodičů, případně neposlouchá ani jednoho. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

2.1.4 ZPĚTNÁ VAZBA

Pokud dítě porušuje stanovená pravidla, je nutná okamžitá zpětná vazba, zhodnocení situace. Dítě by mělo být informováno o tom, co udělalo, aby si uvědomilo důsledky svého nevhodného popř. žádoucího chování. Informace by měla být stručná, jasná a pro

dítě srozumitelná. Vždy je dobré nejprve ocenit, co dítě udělalo správně a následně teprve hodnotit chyby. Negativa je nutné sdělit dítěti tak, aby se necítilo jako špatné a odsuzované. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Goetz a Uhlíková (2009) doporučují začínat negativní zpětnou vazbu dítěti například slovy: nelíbí se mi, že... nebo vadí mi, když.... Důležité je dítě neodsuzovat, ale vyjádřit svůj pocit z řešené situace.

2.1.5 ODMĚNY A TRESTY

„Pokud chcete změnit chování svého dítěte, měli byste, kdykoli to bude možné, přemýšlet spíš o tom, jak ocenit dobré chování než jak potrestat špatné.“ (Train, 2001, s. 136). Trest je účinný jen v případě, že ho dítě dostává výjimečně. Měl by být tedy používán 2-3x méně často než odměna. Pokud potřebujeme použít trest, měl by být pouze jeden a měl by odpovídat provinění dítěte. Trestání zabírá většinou jen bezprostředně a krátkodobě. Podstatu trestu nejlépe vystihuje prof. Matějček: *„Trest zastavuje, ale nebuduje“*. Žádoucí chování mnohem účinněji upevňuje pochvala. Dítě by mělo být chváleno za každou maličkost, která se mu povede, ale i za snahu. U dětí s ADHD je tedy vhodné posilovat dobré chování pochvalou nebo odměnou a nežádoucímu chování, pokud je to možné, věnovat minimální nebo žádnou pozornost. Motivovat dítě můžeme vhodně vytvořeným přehledným a stabilním systémem odměn. Dítě dostává body za vhodné chování a splnění určitých povinností, za nevhodné chování body ztrácí. Získané body pak může vyměnit za odměny nebo za běžnou zábavu, jako je sledování televize a hraní na počítači. (Goetz, Uhlíková, 2009, Drtílková, 2007)

2.1.6 ÚČINNĚJŠÍ POKYNY A PŘÍKAZY

U dítěte s ADHD většinou rychle klesá pozornost. Je tedy nutné, abychom zadávali jen stručné a jasné pokyny, které obsahují jen jeden požadavek nebo informaci. Slovní pokyn podáváme klidně, nekřičíme a můžeme ho spojit se stručným zdůvodněním. Důležité je následně trvat na splnění pokynu. (Drtílková, 2007)

2.1.7 USMĚRŇOVÁNÍ AKTIVITY DÍTĚTE

Dítě s ADHD je většinou zvýšeně aktivní, velmi pohyblivé a plné energie. Násilné nucení ke klidu a dlouhodobé omezení aktivity není vhodné a způsobuje u dítěte podrážděnost, stres a zvýšené psychické napětí. Naopak je vhodné dát dítěti při každé volné chvíli možnost volného pohybu – „vyběhat se“. Vhodné je také zvolit dítěti takovou zájmovou činnost, ve které bude mít možnost vybit energii, odreagovat se, ale také být úspěšné. Mnoho dětí s ADHD má výjimečný talent nebo nadání. Je proto důležité podporovat je v oblasti, ve které jsou výjimečné – sport, tvořivost, výtvarné nadání. Děti při řešení problémů často nepoužívají obvyklá řešení, ale nachází své vlastní originální postupy. (Drtílková, 2007, Jucovičová, Žáčková, 2010)

2.2 ZÁKLADNÍ PEDAGOGICKÉ POSTUPY PRO DĚTI S ADHD

Pro děti, které trpí syndromem ADHD, bývá docházka do školy nejtěžším obdobím. Stejně tak jako pro běžné děti je i pro ně důležitá úspěšnost ve škole a školní adaptace, která má vliv na jejich celoživotní rozvoj. Přičemž úspěšnost ve škole je pro děti s ADHD mnohem náročnější než pro běžné. Často ve škole selhávají. Díky projevům ADHD bývají negativně hodnoceny, kritizovány a odmítány. To může vést k jejich negativnímu sebehodnocení, které následně ovlivňuje jejich profesní dráhu a život. S takovýmto přístupem ze stran učitelů dochází k posilování a prohlubování nežádoucích projevů ADHD. (Paclt, 2007, Vágnerová, 2005)

2.2.1 OSOBNOST UČITELE

Významnou roli při výuce dětí s ADHD hraje osobnost učitele. Výuka je náročnější a vyžaduje individuální a dlouhodobou práci. Učitel musí věnovat více času, energie a úsilí na to, aby přizpůsobil svůj způsob výuky potřebám jednotlivých žáků s ADHD. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Vzhledem k častému výskytu této poruchy by měl mít učitel dostatek informací o ADHD a dále se v této oblasti vzdělávat. Pro pedagoga je velmi obtížné s ohledem na vývoj výchovných stylů (zejména liberálního) v současné době rozpoznat dítě s ADHD ve školním prostředí. Zpočátku jsou tyto děti velmi často považovány za nevychované

a drzé. Úspěšnost dítěte ve vzdělávacím procesu je založena na systematickém a otevřeném přístupu. Důležitá je intenzivnější komunikace a spolupráce pedagoga s rodiči, s žákem a se všemi učiteli, kteří žáka učí. Nutná je také spolupráce s lékařem dítěte a dalšími odborníky, kteří o dítě pečují. Správný učitel by měl přistupovat k žákovi citlivě, věřit v něj a v jeho schopnosti, neměl by žádného žáka předem odepisovat. (Goetz, Uhlíková, 2009, Riefová, 1999)

Učitel by si měl u žáka s ADHD vést dokumentaci, do které bude stručně popisovat události a specifické vzorce chování. Vhodné je i shromáždit ukázky žákovy práce. Pečlivá dokumentace může pomoci při spolupráci s lékařem a dalšími odbornými pracovníky, ke stanovení správné diagnózy a odborné pomoci. (Riefová, 1999)

2.2.2 VHODNÁ VÝUKOVÁ OPATŘENÍ

„Základní pedagogické postupy pro práci s dítětem s ADHD vycházejí především z podněcování nových a žádoucích způsobů chování a nikoliv trestání nežádoucích vzorců chování.“ (Paclt, 2007, s. 120) Žáci s ADHD potřebují jasně stanovená jednoduchá pravidla chování a přesné vysvětlení toho, co je ve třídě přijatelné a co ne. Správné chování je nutné podporovat a vhodně odměňovat. Pokud je nutné dítě trestat, tak ihned a být hlavně důsledný.

Nejdůležitějším úkolem pedagoga u dětí s ADHD je minimalizovat vliv nežádoucích projevů poruchy při vyučování. Přehled mnoha doporučení pro praxi uvádí Riefová (1999, s. 31). Její základní doporučení můžeme stručně shrnout do následujících bodů:

- jasně sdělit požadavky na chování a práci žáků,
- věnovat dostatek času vysvětlení toho, co je ve třídě žádoucí a nežádoucí,
- jasná struktura vyučování se stanovenými postupy, které se často opakují,
- předvídatelné a důsledné jednání pedagoga,
- častý nácvik žádoucího chování, názornost předváděného správného postupu při plnění rutinních úkolů a příležitostné opakování pravidel a požadavků,
- jasně a spravedlivě stanovené důsledky nežádoucího chování,
- důslednost, trvání na dokončení zadané práce,
- pedagogovo porozumění, pružnost, trpělivost,
- používání preventivních taktik pro předcházení problémů,

- pomoc pedagoga vycházející z individuálních potřeb.

Žáci s ADHD mají problém udržet pozornost a soustředit se, je pro ně důležité, aby hodina byla zábavná a stimulující. Učitel by měl v průběhu hodiny měnit styl výuky, používat instruktážní pomůcky nebo využívat počítačové programy. Při výuce je vhodné časté střídání jednotlivých činností a případné zařazování přestávek s krátkým pohybovým cvičením. Pokud se u dítěte projevuje pokles pozornosti, je vhodné umožnit mu krátký odpočinek (může se například projít, rozdat sešity, smazat tabuli, napít se). (Goetz, Uhlíková, 2009)

Děti s ADHD většinou nestíhají pracovat stejně rychle jako ostatní, problémy jim dělá především psaní, které je pro ně monotónní a náročné na pozornost. Je proto vhodné u těchto dětí zmírnit požadavky na psaní. Dávat jim méně písemných domácích úkolů. Ve škole volit raději krátké úkoly, delší rozdělit na úseky a zadávat je postupně. Důležité je ověřit si, zda dítě rozumí zadání, a trvat na dokončení úkolu. Na vypracování poskytovat dítěti s ADHD více času, případně zvolit ústní zkoušení. (Riefová, 1999, Goetz, Uhlíková, 2009)

Typickým příznakem ADHD je také zapomínání pomůcek a domácích úkolů. Tyto děti nejsou schopné nezapomínat. Potřebují kontrolu, zda si správně poznamenaly úkol. Zapomenutí úkolu nebo pomůcek by nemělo být zdrojem hlasité kritiky, poznámek a zhoršených známek. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Většina dětí s ADHD má chronický pocit křivdy, je tedy nutné, aby tyto děti dostávaly co nejčastěji pozitivní zpětnou vazbu, a to i za to, že se snaží. Tresty a poznámky by měly být méně časté než pochvaly. (Goetz, Uhlíková, 2009)

2.2.3 USPOŘÁDÁNÍ TŘÍDY

Prostředí třídy, jak uvádí Pokorná (2001), by mělo působit útulným, harmonickým a klidným dojmem. Velké množství rušivých podnětů ve třídě žáky rozptyluje a odvádí od práce. Žák s ADHD by měl mít v zorném poli jen pomůcky, které v danou chvíli potřebuje pro výuku. Žáci s ADHD potřebují třídu s určitou strukturou. Jak uvádí Janett (2013), nejvhodnější je uspořádání lavic směrem k tabuli. Různorodé uspořádání lavic ve třídě, kdy jsou děti otočeny tváří jinam než k učiteli, je zdrojem řady podnětů a interakcí s ostatními dětmi. Děti s ADHD to ruší a odvádí jejich pozornost. Nevhodné je i místo u okna s výhledem ven. Nejvhodnějším místem pro dítě s ADHD je v přední

lavici v blízkosti učitele. Dítě tak může učitele kdykoliv požádat o pomoc, pokud něčemu nerozumí, a učitel má naopak možnost sledovat dítě. Poskytovat mu zpětnou vazbu a usměrňovat jeho pozornost k výuce. Vhodné je, aby dítě s ADHD sedělo samo nebo ve dvojici s dobře soustředěným dítětem, které mu bude vzorem. (Riefová, 1999)

2.3 FARMAKOTERAPIE

Munden a Arcelus (2006) doporučují užívání farmakoterapie u dětí se středně těžkou a těžkou poruchou. Předepisování léků provádí vždy lékař – dětský psychiatr ve spolupráci s rodiči a léčeným jedincem.

Medikace je jednou z nejúčinnějších metod léčby ADHD, která je podložena i řadou klinických studií, jejich přehled uvádí Drtílková a Šerý, 2007, s. 137 až 141. Autoři Paclt (2007), Goetz, Uhlíková (2009) a Drtílková, Šerý (2007) se shodují na 70-80% zlepšení příznaků ADHD u dětí léčených farmaky. Účinnost léčby se projevuje úbytkem nežádoucích projevů v chování. U léčených dětí tedy dochází ke zmírnění nepozornosti, impulzivity a neklidu.

K léčbě ADHD se používají léky, které v mozku upravují hladinu neuropřenašečů noradrenalinu a dopaminu, které jsou spojeny s příznaky ADHD. Nejedná se tedy o útlum dítěte, ale o upravení aktivity mozkových center. (Goetz, Uhlíková, 2009)

V České republice jsou v současné době dostupné dvě skupiny léků pro léčbu této poruchy: stimulancia a látky nestimulační.

Ze stimulancií je u nás dostupný methylfenidát – jako lék Ritalin. Výhodou tohoto léku je, že velmi rychle účinkuje, a to za ½ až 1 hodinu. Nevýhodou je omezená doba trvání efektu – pouze 3 až 4 hodiny. Je tedy nutné podávat lék 2-3x denně, tedy i ve škole. Dalším u nás dostupným lékem z řady stimulancií je lék Concerta – účinnou látkou je retardovaná forma methylfenidátu. Výhodou tohoto léku je prodloužené uvolňování účinné látky po dobu 8 až 12 hodin, což umožňuje podávat lék jen 1x denně, a to ráno. (Goetz, Uhlíková, 2009, Paclt, 2007)

Nestimulačním lékem speciálně určeným pro léčbu ADHD u dětí i dospělých a dostupným v České republice je Strattera – účinnou látkou je atomoxetin. Výhodou tohoto léku je lepší dostupnost, neboť nepatří mezi stimulancia, u kterých je

předepisování sledováno z důvodu rizika zneužívání. Atomoxetin je možné podávat v jedné dávce ráno a pokryje účinkem celý den. Pokud není možné při léčbě použít léky určené pro děti a dospělé s ADHD, lze použít antidepresiva, která působí na dopaminergní a noradrenergní neurotransmitterový systém. (Goetz, Uhlíková, 2009, Drtílková, Šerý, 2007)

Při léčbě ADHD farmaky se mohou vyskytnout i nežádoucí účinky. Mezi nejčastější patří snížená chuť k jídlu, nespavost, sucho v ústech, bolesti břicha a hlavy. Může docházet k mírnému negativnímu účinku na výšku a váhu. Naopak studie ukazují, že léčba pomocí stimulancií snižuje riziko závislosti jedince na návykových látkách. (Paclt, 2007, Drtílková, Šerý, 2007)

2.4 PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je důležitou součástí při léčbě ADHD. Pro posílení vhodných způsobů chování jsou nejčastěji užívány a u dětí s ADHD nejvíce prospěšné metody kognitivně behaviorální psychoterapie. Do této terapie je vhodné zapojit nejen samotné dítě, ale i rodiče a učitele.

Behaviorální terapie se zaměřuje především na zjevné, pozorovatelné, nežádoucí chování. Kognitivní terapie pak na myšlenky a postoje jedince k sobě samému, k druhým a k okolnímu světu. Před začátkem terapie je nutné nežádoucí chování důkladně popsat včetně délky jeho trvání, intenzity a frekvence. Najít spouštěče, které k němu vedou a též uvést, jaké pozitivní nebo negativní následky toto chování má. Cílem terapie je změnit nežádoucí chování, nacvičit jiné přijatelnější a posílit sebehodnocení dítěte s ADHD. Terapeut učí dítě řídit své chování pomocí hraní rolí nebo modelového přehrávání situací. „*Dítě se učí uvědomit si své nežádoucí chování, pojmenovat je a nacvičit žádoucí chování.*“ (Drtílková, Šerý, 2007, s. 179) Důležité u této terapie je, aby za špatné bylo označováno pouze chování dítěte, a ne dítě samotné. Rodiče se učí, jak k dítěti přistupovat, jak na jeho chování reagovat a jak mu pomáhat. V rámci této terapie musí tedy změnit své chování nejen dítě, ale i rodiče a ostatní zúčastnění. (Goetz, Uhlíková, 2009, Drtílková, Šerý, 2007)

2.5 ALTERNATIVNÍ LÉČEBNÉ POSTUPY

V současné době existuje řada tzv. alternativních léčebných postupů ADHD, které ale nejsou vědecky podložené. Účinnost této léčby se většinou projevuje jen u malé skupiny dětí s ADHD. Patří sem například Psychowalkman, EEG biofeedback, diety, potravinové doplňky, vitamíny a minerály, zdravá výživa, léčba pevným objetím, logopedie atd. (Goetz, Uhlíková, 2009)

3 LEGISLATIVNÍ PODMÍNKY PRO VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S ADHD

Základním výchozím dokumentem školské legislativy je mezinárodní dokument *Úmluva o právech dítěte (1989)*. Právo na vzdělávání je deklarováno *Listinou základních lidských práv a svobod*, která je součástí *Ústavy České republiky (1993)*. Organizace a vývoj vzdělávací soustavy ČR je řízen *Národním programem rozvoje vzdělávání v České republice tzv. Bílou knihou*. Výše uvedené dokumenty jsou legislativně podloženy „*Zákonem č. 561/2004 Sb.*“. Vzděláváním a specifikací žáků se speciálními potřebami vzdělávání se zabývá § 16 tohoto zákona.

„*Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb.*“ zaručuje dětem, žákům a studentům se speciálními vzdělávacími potřebami a dětem, žákům a studentům mimořádně nadaným právo na poskytnutí vzdělání takovým způsobem, který odpovídá jejich potřebám. Formy speciálního vzdělávání jsou vymezeny v § 3. Jeho náplní je určení podmínek individuální nebo skupinové integrace žáků, jejich umístění do speciálních škol, případně kombinaci těchto možností. Individuální vzdělávací plán upravuje § 6 této vyhlášky. Vyhláška byla v lednu 2016 novelizována - nově „*Vyhláška č. 27/2016 Sb.*“ nabývá účinnosti od 1. 9. 2016.

Dalším významným dokumentem upravujícím základní vzdělávání je *Rámcový vzdělávací program (2005)* pro základní vzdělávání. V části D tohoto dokumentu je vymezeno vzdělávání dětí se speciálními potřebami. Dle uvedeného dokumentu je žák se syndromem ADHD považován za žáka se zdravotním znevýhodněním a řadí se mezi žáky se speciálními potřebami vzdělávání. Vzdělávání žáků s ADHD je v ČR možné formou integrace v běžných školách. Dále mohou tyto děti navštěvovat třídy pro žáky s poruchami chování a učení, které jsou zřizované při běžných ZŠ nebo mohou navštěvovat ZŠ pro žáky se specifickými poruchami učení. Žáci s ADHD mohou být tedy vzděláváni na běžných nebo speciálních školách. Ve všech organizačních formách vzdělávání je jeden společný cíl. Vytvořit žákům vhodné podmínky k jejich úspěšnému vzdělávání a uspokojení jejich vzdělávacích potřeb.

3.1 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN

Žáci s diagnózou syndromu ADHD mají dle platné legislativy nárok na vzdělávání dle IVP. Jedná se o pravidla studia a vzdělávání pro každého žáka dle jeho potřeb. IVP je definován vyhláškou č. 73/2005 Sb. „*Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením (PPP, SPC), popřípadě doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře nebo dalšího odborníka, a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka. Je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka.*“ (Kendíková, Vosmik, 2013, s. 65) O IVP žáka žádají každý rok jeho zákonní zástupci písemnou formou. Jde o žádost o povolení vzdělávání dle IVP § 18 školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb.). K žádosti musí být vždy doloženo doporučení školského poradenského zařízení – PPP nebo SPC „*[viz § 3 odst. 1 písm. a) a b) vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v znění pozdějších předpisů]*.“ (Kendíková, Vosmik, 2013, s. 64) Posudky vydané školskými poradenskými zařízeními bývají vydávány s delší platností než 1 rok. Žádost o IVP je platná a určena vždy na 1 rok. Ředitel na žádost odpovídá písemně zákonnému zástupci. Pokud jsou splněny všechny náležitosti, IVP povoluje. Následně škola vypracuje dokument. Obsah IVP viz příloha A.

IVP musí být vypracován před nástupem žáka do školy, popřípadě nejpozději jeden měsíc po nástupu do školy nebo po zjištění poruchy po dodání zprávy z PPP. IVP je možné doplňovat a upravovat v průběhu celého daného školního roku dle potřeby. Za zpracování je odpovědný ředitel školy. IVP je tvořen třídním učitelem, nutná je i spolupráce školského poradenského zařízení a zákonných zástupců nezletilého žáka. Ředitel školy následně seznámí s vypracovaným IVP zletilého žáka nebo zákonného zástupce žáka, kteří vše stvrdí svým podpisem. Dále IVP podepisují všichni účastníci, kteří se podíleli na jeho realizaci. Školské poradenské zařízení sleduje a 2x ročně hodnotí, zda jsou dodržovány postupy a opatření uvedená v IVP. (Kendíková – Vosmik, 2013)

3.2 ASISTENT PEDAGOGA

Někteří žáci se syndromem ADHD potřebují pro snazší zvládnutí vzdělávání asistenta pedagoga. Asistenta pedagoga v posudku doporučuje PPP nebo SPC. Škola pak musí zajistit finanční prostředky na plat pedagogického asistenta. Zřizovateli školy musí zaslat žádost o souhlas se zřízením funkce asistenta pedagoga. „*Tato žádost musí obsahovat název a sídlo školy, počet tříd a žáků celkem, počet žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, dosažené vzdělání asistenta pedagoga, předpokládanou výši platu asistenta, zdůvodnění potřeby se zřízením funkce asistenta pedagoga.*“ (Kendíková – Vosmik, 2013, s. 82) Žádost musí také obsahovat formulaci cíle, kterých chce ředitel touto funkcí dosáhnout. Rovněž se přikládá náplň práce asistenta pedagoga.

Práce pedagogického asistenta není dobře finančně ohodnocena, proto je jeho hledání velmi náročné. Asistent pedagoga je podle § 2 zákona č. 563/2004 Sb. zaměstnancem školy. Měl by mít středoškolské vzdělání nejlépe pedagogického směru, případně absolvován vzdělávací program pro asistenty pedagoga. (Kendíková, Vosmik, 2013)

Někteří žáci potřebují dopomoc asistenta pedagoga po celou dobu vzdělávání. Hlavním cílem a úkolem asistenta je postupně snižovat svou pomoc a zvyšovat integraci žáka do kolektivu. Náplň jeho práce určuje ředitel školy na základě konkrétních specifických vzdělávacích potřeb žáka. Výchozím materiálem pro stanovení náplně je doporučení z PPP nebo SPC. Učitel může přítomnost pedagogického asistenta využít i směrem k jiným žákům. Hlavními činnostmi asistenta pedagoga viz příloha B.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 PRŮBĚH ŠETŘENÍ

4.1 CÍL ŠETŘENÍ

Hlavním cílem bakalářské práce je porovnání vzdělávacího postupu u žáků mladšího školního věku se syndromem ADHD na běžné ZŠ a na ZŠ pracující v režimu speciálního školství. Šetření je zaměřeno na hledání rozdílů v řešení výchovných problémů, ve vzdělávacích postupech a v přístupu k těmto žákům ze strany pedagogů. Práce zkoumá, jaký vliv má přístup a nastavení školního prostředí a pedagogů na rodinu a osobní život žáků. Na co musí brát pedagog u dětí se syndromem ADHD ohled, jak moc musí být tolerantní, trpělivý a do jaké míry musí přizpůsobovat vzdělávací postupy a vytvářet podmínky pro život dítěte ve školním kolektivu.

4.2 METODIKA ŠETŘENÍ

Při šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumu případová studie neboli kazuistika. Sběr dat probíhal pomocí pozorování, volného rozhovoru s rodiči, učiteli a samotnými účastníky, studia pedagogické a lékařské dokumentace.

4.2.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Kvalitativní výzkum je založen na širokém sběru dat. Na počátku nejsou stanoveny žádné základní proměnné a hypotézy. Hlavním úkolem výzkumníka je vyhledání a analýza dat. Sběr dat a analýza probíhá v delším časovém intervalu. „*Výzkumný proces má longitudinální charakter.*“ (Hendl, 2005, s. 50)

4.2.2 VOLNÝ ROZHOVOR

Nejčastěji používaná metoda pro sběr dat v kvalitativním výzkumu je volný rozhovor. V něm jsou respondentům kladeny otázky vztahující se k jejich názorům, pocitům, znalostem, vnímání nebo vztahující se ke zkušenostem či chování. Otázky jsou zaměřené na vztahy ve škole, chování dítěte k vrstevníkům a autoritám.

4.2.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE

V bakalářské práci jsou zpracovány případové studie neboli kazuistiky dvou chlapců mladšího školního věku, kterým byl diagnostikován syndrom ADHD. „*V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zatímco ve statistickém šetření shromažďujeme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů), v případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. V případové studii jde o zachycení složitosti případu a popis vztahů v jejich celistvosti.*“ (Hendl, 2005, s. 104). Základním předpokladem je pomocí detailního prozkoumání jednoho případu lépe porozumět jiným podobným případům. Data pro případovou studii mohou poskytovat rozhovory, dokumenty nebo pozorování. Není nutné využít všechny tři výše jmenované možnosti. Výzkumník může dítě určitou dobu pozorovat. Zdrojem dalších důležitých informací jsou dokumenty – lékařské zprávy, zprávy z PPP, zápisky učitele, apod. Dále je možné do případové studie zahrnout rozhovory s dítětem, s rodiči i s učiteli. Získaná data se kategorizují, třídí a interpretují. (Hendl, 2005)

4.3 OBJEKT ŠETŘENÍ

Objekty šetření byly zvoleny na základě důkladného zvážení všech aspektů případové studie. Z důvodu ochrany osobních údajů nejsou v této práci uvedena skutečná jména chlapců, ale jména smyšlená. Chlapec navštěvujícího běžnou ZŠ je pojmenován Zdeněk. Druhý chlapec, navštěvující ZŠ pracující v režimu speciálního školství, je pojmenován Miloš. Oba hochy zná autorka práce od jejich raného dětství.

5 PŘÍPADOVÁ STUDIE

5.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE – ZDENĚK (10 LET)

OSOBNÍ ÚDAJE

Zdeněk se narodil v červenci roku 2005. Je žákem 4. ročníku běžné ZŠ.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Chlapec žije v harmonické rodině s oběma rodiči a o rok a půl mladším bratrem (9 let). Rodina žije v třípokojovém bytě první kategorie. Rodiče se oběma chlapcům velmi věnují. Chlapci jsou vedeni ke sportovním a rodinným aktivitám.

Matka se narodila roku 1980, vystudovala střední ekonomickou školu, pracuje jako učitelka v MŠ. V současné době si dokončuje potřebnou kvalifikaci pro tuto pracovní pozici. Matka ve škole neměla žádné prospěchové a kázeňské problémy. V rozhovoru uvádí potíže s udržením pozornosti a soustředěním po dobu výuky.

Otec se narodil roku 1979, vystudoval střední průmyslovou školu, pracuje jako logistický pracovník. Má diagnostikovanou dysgrafii. V době školní docházky měl na ZŠ problémy s chováním důtky třídního učitele a ředitele. Na střední škole se kázeňské problémy ještě zhoršily. Chování bylo hodnocené sníženou známkou dvě, jednou dokonce i tři. U většiny učitelů nebyl oblíben, prospěchově patřil mezi nejhorší žáky ve třídě.

Mladší bratr navštěvuje v současné době 3. ročník stejné ZŠ jako Zdeněk. Ve škole patří k bezproblémovým žákům, prospěchově mezi lepší.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Zdeněk se narodil jako chtěné dítě. Již v době těhotenství matka uvádí projevy nadměrné aktivity dítěte. Porod proběhl v termínu hlavičkou, porodní hmotnost 3680 g, délka 50 cm, poporodní adaptace v normě. V lékařské zprávě je porod klasifikován jako protrahovaný. Chlapec kojen do osmi měsíců. Psychomotorický vývoj v normě, od mala byl tělesně zdatný, většinu věcí dělal dříve než ostatní děti v jeho věku. Chodit začal ve dvanácti a půl měsících. Chlapec byl aktivní, u žádné aktivity nevydržel delší dobu, byl

neustále v pohybu. Neměl žádný pud sebezáchovy. Vyžadoval neustálou pozornost. Měl problémy s usínáním po obědě i večer a často se v noci budil. Od tří let odmítal spánek po obědě.

Zdeněk neprodělal žádná vážná onemocnění ani neutrpěl žádné úrazy. Od června 2013 se léčí růstovým hormonem z důvodu růstové nedostatečnosti. Od června 2014 má diagnostikovaným syndrom ADHD, lehkou formu dyslexie, dysgrafie a dysortografie.

ŠKOLNÍ ANAMNÉZA

Mateřská škola

Ve třech a půl letech začal Zdeněk chodit do MŠ na dopolední činnost. Na prostředí se adaptoval dobře a poměrně rychle si našel kamarády. Při dopoledních návštěvách MŠ neměl kázeňské problémy. Odpoledne se ale chlapec projevoval velmi hyperaktivně, obtížně reagoval na pokyny rodičů. Od pěti let musel zůstat Zdeněk v MŠ i na odpolední činnost. Tuto situaci snášel velmi těžce. Největším problémem pro něj byl odpolední odpočinek na lehátkách. MŠ neumožňovala dětem neodpočívat. Paní učitelky si často stěžovaly na chlapcovu nekázeň. Rodiče Zdeňkovi vysvětlovali možné důsledky jeho chování.

Od tří let byl Zdeněk v péči logopeda. K úplné nápravě řeči došlo až téměř v sedmi letech.

Na základě testů školní zralosti nebyl Zdeňkovi doporučen nástup do první třídy z důvodu sociální nezralosti, hravosti a nesoustředěnosti.

Přípravný ročník

Od září 2011 začal Zdeněk navštěvovat přípravný ročník spádové ZŠ. Vzdělávání v přípravné třídě bylo zaměřeno na rozvoj smyslového vnímání, rozumovou výchovu (poznávací schopnosti, prostorová orientace, orientace v čase, logické myšlení, matematické představy, apod.), jazykovou výchovu, jemnou motoriku a grafomotoriku, vizuomotorickou koordinaci a cvičení pozornosti. Ze záznamu výsledků práce vyplývalo, že byl Zdeněk fyzicky přiměřeně vyspělý svému věku, samostatný při každodenních činnostech, uměl si poradit s běžnými problémy. Činilo mu obtížné udržet si pořádek ve svých věcech. Přijímal zadaný úkol či povinnost, ale bylo potřeba jej více

vést ke koncentraci, která mnohdy nebyla dostačující k dosažení cíle. Nebyl schopen delší dobu sedět na židli.

Řešení: učitelka pro zklidnění využívala relaxaci na koberci.

Základní škola

ZŠ, kterou Zdeněk navštěvuje, patří k velkým školám. Počet žáků prudce roste, v současné době školu navštěvuje celkem 908 žáků. Jedná se o úplnou školu, která poskytuje základní vzdělání v 1. až 9. postupném ročníku. Všechny ročníky mají dvě až šest paralelních tříd. Součástí školy je také přípravná třída, ve které se až patnáct dětí připravuje na zahájení školní docházky. Od školního roku 2015/2016 je ve škole nově zřízeno Školní poradenské pracoviště. Tým tohoto pracoviště tvoří speciální pedagog a terapeut, školní psycholog, výchovná poradkyně a metodička prevence.

Zdeněk je žákem 4. D. Ve třídě je celkem 26 žáků (13 děvčat a 13 chlapců), z nichž jeden žák studuje v zahraničí. Jeden žák se vzdělává na základě IVP a další tři žáci mají specifické vzdělávací potřeby. Dle popisu třídní paní učitelky se jedná o živou třídu s průměrným prospěchem.

První ročník

U zápisu Zdeněk spolupracoval, se splněním zadaných úkolů neměl problémy.

U chlapce se vyskytly problémy v anglickém jazyce. Měl potíže s učením a zapamatováním si slovíček. V českém jazyce se těžko učil a pamatoval si básničky. Tyto potíže přetrvávají i v současné době. Chlapec má problémy s udržením pozornosti.

Řešení: Učitelka Zdeňka zaměstnávala pohybovými aktivitami pro zmírnění jeho neklidu. Zdeněk podával průměrné až lepší výkony.

Druhý ročník

Objevily se problémy při čtení a psaní di, ti, ni – dy, ty, ny, bě, pě, mě, vě, což se projevovalo při psaní diktátů a přepisů. Přetrvávaly potíže s udržením pozornosti a dokončováním zadaných úkolů. Zapomínal si zapisovat domácí úkoly.

Ve druhém pololetí došlo ke změně třídní učitelky. Pod vedením této učitelky narostly chlapcovy kázeňské problémy. Kázeňské problémy se objevily i u ostatních spolužáků. U Zdeňka se výrazně zhoršil prospěch. Vzdělávací metody a postupy

učitelky neodpovídaly jeho potřebám. Narostly problémy s nepozorností – ztrácel se v textu, nevěděl, na jaké straně se pracuje, které cvičení měl vypracovat, zadání domácích úkolů.

Řešení: Třídní učitelka doporučila na konci prvního pololetí návštěvu PPP. Dokončování úkolů doma, jejich zadání zasílala učitelka emailem.

Ve druhém pololetí umístění chlapce do první lavice prostřední řady. Emailová komunikace mezi učitelkou a rodiči. Domluvené postupy nebyly následně ze strany učitelky dodrženy.

Třetí ročník

Došlo ke změně třídní učitelky, která zavedla systém odměn a trestů, aby potlačila velké kázeňské problémy celé třídy. Každý žák z počátku sbíral samolepky za slušné chování. Žáci s nejvyšším počtem samolepek byli na konci školního roku odměněni.

U Zdeňka přetrvávaly kázeňské problémy. Narušoval vyučování svými poznámkami a vykřikováním. Bylo pro něj velmi obtížné dodržovat pravidla třídy. Nerozlišoval rozdíly v komunikaci s dospělým a s dítětem.

Při výuce přetrvávaly potíže způsobené poruchou pozornosti a syndromem ADHD: pomalé pracovní tempo, problém se soustředěním a dokončením zadaných cvičení. Byla nutná neustálá kontrola. V pracovních sešitech měl mnoho nedokončených cvičení. Četl plynule, ale pomalu. Písmo měl kostrbaté, hůře čitelné. V pravopisných cvičeních převažovaly především chyby z nepozornosti. Na zadanou práci potřeboval více času. Byl rychle unavitelný a ztrácel pozornost. Domů přicházel a nevěděl, co se ve škole učil. Přetrvávali problémy se zapisováním domácích úkolů a přinesením potřebných pomůcek k jejich vypracování domů. Často ztrácel své věci. Měl velké potíže s udržením koncentrace v průběhu páté hodiny.

Řešení: Učitelka na základě domluvy s rodiči posílala jednou týdně email s informacemi o chlapcově chování. Rodiče zavedli systém odměn a trestů. Omezení času sledování televize, hraní počítačových her. Z počátku došlo ke zlepšení chování. Ke konci školního roku došlo k návratu do výchozího stavu.

Nedokončená cvičení z vyučování chlapec vypracovával doma. Termín odevzdání byl určen učitelkou a odvíjel se od množství nevypracovaných cvičení. Zadání

domácích úkolů bylo zveřejňováno na internetových stránkách třídy. Probírané učivo bylo vysvětlováno doma rodiči.

Od října 2014 začal Zdeněk docházet 1x týdně místo hodiny českého jazyka na individuální péči, kterou přímo v ZŠ zajišťovala speciální pedagožka. Tato péče měla vést k nápravě vývojových poruch učení v českém jazyce. Zdeňkovi se tyto hodiny líbily, byl motivován a odměňován, z každé hodiny si domů nosil úkol, který vypracovával s rodiči. Třídní učitelka u Zdeňka v době docházky ke speciální pedagožce sledovala zlepšení v českém jazyce především v diktátech a prepisech.

Čtvrtý ročník

Zdeňkovy výroky často neodpovídají jeho věku, při jejich prezentaci očekává pobavení svých spolužáků. Při diktování několika domácích úkolů třídní učitelkou celou situaci komentoval slovy „*To jste se snad zbláznila, ne?*“

Často rád o všem diskutuje, rozebírá situace do detailů a snaží se mít poslední slovo. V konfliktních situacích, do kterých se dostává, se cítí ukřivděný a nevinný. Vždy v těchto situacích vidí viníky v druhých. Přetrvávají problémy s chováním v průběhu hodiny. Ve výuce stále přetrvávají stejné problémy jako v předchozích ročnících.

Řešení: Zavedení „výchovního notýsku“. Hodnocení chování v průběhu jednotlivých dnů pomocí tzv. „smajlíků“. Dle dosaženého hodnocení Zdeněk získává nebo dává rodičům drobné finanční prostředky (max. 10 Kč). Tento systém je pro chlapce motivací a má vliv na zlepšení chování. Dále jsou rodiče s učitelkou v telefonickém a emailovém kontaktu.

Zdeňkův neklid v hodinách řeší učitelka zadáváním speciálních úkolů pro jeho odreagování – vybírání sešitů, mazání tabule, příprava pomůcek.

Ve výuce učitelka toleruje Zdeňkovo pomalejší tempo. Zadává mu menší celky a má delší čas na vypracování testů a cvičení (případně cvičení, která nejsou na známky, dodělává doma za domácí úkol). Možnost opravy nezdařených písemných prací ústním zkoušením.

Výuka v reedukační skupině pod vedením speciální pedagožky a školní psycholožky. Zaměřená na nápravu SPU. Zdeněk na základě projevů chování v průběhu hodin v prvním pololetí ze skupiny vyřazen.

VÝSLEDKY PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ

První vyšetření červen 2014 – klinický psycholog (druhý ročník)

Průběh: Zdeněk navázal kontakt bez problémů, v komunikaci byl spontánní a aktivně se zapojoval do hovoru. Od počátku vyšetření byla patrná nízká koncentrace pozornosti a vázanost na vedlejší podněty. V úkolových situacích bylo efektivnější přímé vedení, na dálkové vedení reagoval nestabilně. V průběhu vyšetření dával přednost hravým aktivitám před úkolovými. S délkou zátěže u něj klesal zájem o úkolové situace, ale také pracovní tempo a kvalita výkonu. Řadu činností nedokončil a bylo nutné se k nim vracet, s přibývajícím časem vyšetření narůstal motorický neklid. Dominantu vytvářel za pomoci řady mimovolných pohybů (stálá hra s tužkami, předměty na stole,...). Spontánní verbální projev odpovídal věku, vyjadřoval se místy méně přesně a obratně. Úroveň rozumových předpokladů odpovídala pásmu průměru, o něco vyšší jsou výkony verbální, nižší jsou neverbální výkony. Jednotlivé výkony byly lehce nerovnoměrné, oslabení bylo v oblasti koncentrace pozornosti a sociální zralosti. Ve čtení výkon odpovídal pásmu podprůměru, technika čtení byla správná – slabikování. Chybovost při čtení byla nízká, zpravidla šlo o domýšlení textu. Vlastní reprodukce čteného byla dobrá. V psaní měl horší kvalitu grafického projevu, nestabilní tvar jednotlivých hlásek, který se chlapec snažil opravovat. Při vyšetření se projevil specifické dysortografické chyby: záměny typu ny-ni, vynechávání písmen, záměny písmen r-z, m-n. Největší chybovost byla u opisu.

Spolupráce chlapce a psychologky trvala cca hodinu a půl. Po vyšetření byl Zdeněk zcela vyčerpán a dožadoval se okamžitého odchodu domů.

Závěr: diagnostika syndromu ADHD, limitujícího výkony chlapce, základem nižší sociální zralosti a urgovaných výchovných obtíží ve škole. Úroveň rozumových předpokladů aktuálně v globálu v pásmu průměru. Lehká dyslexie, dysgrafie a dysortografie dosud kompenzovaná z vlastních zdrojů chlapce.

Doporučení: zařazení chlapce mezi žáky integrované s IVP ve spolupráci s SPC. Ve škole pracovat v kratších časových intervalech. Užívání nových aktivit při zadávání a procvičování nových pracovních aktivit. Více přímého vedení. DŮ rodině sdělovat emailem, poskytovat pomoc při kontrole školních pomůcek při odchodu ze školy. Tolerance grafického projevu, krácení časově limitovaných výkonů. Nevhodné je doplňování textu a opis.

Druhé vyšetření září 2014 – PPP (třetí ročník)

Průběh: odborný posudek chování chlapce v průběhu vyšetření nepopisuje. Konstatována věkově přiměřená úroveň rozumových schopností, drobné problémy ve sluchové analýze a syntéze, čtení pod věkovou normou, nejisté, pomalé, vážné porozumění, diktát píše pomalu, se specifickými i gramatickými chybami.

Závěr: znevýhodnění z hlediska speciální péče, vývojová porucha učení – dyslexie, dysortografie mírného stupně.

Doporučení: tolerance v oblastech a předmětech – český jazyk, cizí jazyk, diktáty v jazycích, oblast samostatné práce, písemný projev, slovní úlohy v matematice, naukové předměty

Kompenzační pomůcky: učebnice, pracovní sešity a listy pro děti s vývojovými poruchami učení, gramatické tabulky – vyjmenovaná slova, podstatná a přídavná jména, shoda podnětu s přísudkem, výukové počítačové programy na český jazyk, cizí jazyky a naukové předměty.

Doporučený rozsah speciálně pedagogické péče 1-2 hodiny týdně. Metody speciálně pedagogické péče: procvičování sluchové analýzy a syntézy, sluchového rozlišování a sluchové paměti. Procvičování zrakové analýzy a syntézy, zrakového rozlišování a zrakové paměti. Čtení po slovech, párové čtení, nácvik čtení s porozuměním. Nácvik autodiktátu, nácvik kontroly diktátu, upevňování gramatických pravidel.

Metody péče během vyučování: prodloužený výklad, prodloužená procvičování, ústní procvičování. Diktování zkráceného textu, doplňování gramatických jevů místo diktátu, delší čas na kontrolu diktátu. Preferování ústního zkoušení před písemným, možnost opravy u nezdařených písemných prací.

Doporučení pro domácí přípravu: pravidelná domácí příprava z hodiny na hodinu. Pravidelné hlasité čtení s následnou reprodukcí přečteného. Procvičování diktátů, doplňování, zdůvodňování.

Třetí vyšetření březen 2015 – pedopsychiatr

Průběh: bez adaptačních problémů, spolupracuje, postupně více neklidný, zbrklý, mělká pozornost, lehce vyrušitelný zevními podněty, chvílemi působí jako by nevnímal instrukce. Pracovní tempo pomalé, jednoduchá kresba, neurovanané písmo, specifické chyby, anamnesticky SPU – dyslexie, dysgrafie, dysortografie. Odpovědi v kategorii,

dostatečná slovní zásoba, chraplavý hlas. Intelekt orientačně v normě. Jinak klidný bez známek auto či heteroagrese.

Závěr: diagnostika ADHD F90.0, SPU – dyslexie, dysortografie, dysgrafie

Doporučení: bez medikace, režimová opatření, do péče PPP, vést jako ADHD, respektování pracovního tempa dítěte, dodržování zásad doporučovaných pro děti s ADHD.

Čtvrté vyšetření červen 2015 – PPP

Vyšetření nebylo provedeno s ohledem na připravovanou změnu zákona. Prodloužena platnost zprávy ze září 2014. Doporučeno zařazení do reedukační skupiny.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Chlapec je po tělesné (sportovní) stránce aktivní. Od tří let jezdí na kole bez pomocných koleček. Od třech a půl let lyžuje a v současné době je jeho styl lyžování na velice dobré úrovni. V MŠ navštěvoval kroužky: hra na flétnu, zpívání, plavání a tanečky.

Od pěti let se věnoval fotbalu. Patřil mezi průměrné hráče. Velké problémy měl s chováním během tréninku. Nebyl schopen se soustředit na zadanou herní činnost. První dva roky měl trenéra, který ho uměl motivovat a zároveň vhodně pokárat. Poté došlo k výměně trenérů. S novým trenérem se Zdeněk dostával často do konfliktů. Trenér jeho chování řešil vulgárními nadávkami a nadměrným fyzickým zatěžováním chlapce. V osmi letech Zdeněk s fotbalem z výše uvedených důvodů skončil.

Zdeněk se dále v době školní docházky věnoval florbalu a navštěvoval různé kreativní kroužky. Při kreativních aktivitách se dokáže soustředit a být v klidu.

Od sedmi let se věnuje gymnastice a judu. V obou sportovních odvětvích podává nadprůměrné výkony. Získal již řadu ocenění a rovněž se mu dostává obdivu, který je pro něj velmi důležitý.

Zdeněk je kamarádský a v kolektivu dětí oblíben.

ZÁVĚR A PROGNOZA DALŠÍHO VÝVOJE

Na Zdeňka pozitivně působí laskavé, pevné a důsledné vedení. Nejdůležitější pro Zdeňkovo okolí je nenechat se vyprovokovat jeho nevhodným chováním, ale reagovat na něj klidně a pevně. Zároveň je potřeba chválit jeho vhodné chování a posilovat ho. Zdeňkova rodina mu dodává pocit bezpečí a jistoty. Rodiče ho přijímají takového, jaký je, vědomě pracují na posilování Zdeňkova sebevědomí s ohledem na jeho budoucí uplatnění v pracovním a společenském životě. Díky tomu se jeho rodičům podařilo odhalit jeho talent a nadání v gymnastice a judu. Chlapec v těchto sportech v současné době zažívá mnoho úspěchů. Proto by bylo vhodné ho v těchto aktivitách podporovat i do budoucna.

Ve vzdělávacím procesu se ukázalo, že dodržování doporučení z PPP přináší pozitivní výsledky. Chlapec díky tomu zažívá méně neúspěchů.

V případě Zdeňka velmi dobře funguje spolupráce třídní učitelky a rodičů. Obě strany se průběžně informují a volí společně v případě potřeby nové postupy, což má velký vliv na zmírňování dopadů projevů syndromu ADHD. U chlapce plně funguje „výchovní notýsek“, a proto je dobré u tohoto systému zpětné vazby o chování setrvat.

5.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE – MILOŠ (11 LET)

OSOBNÍ ÚDAJE

Miloš se narodil v květnu roku 2004. V současné době je žákem 5. ročníku ZŠ pracující v režimu speciálního školství.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Chlapec žije v úplné rodině na malé vesnici v novém rodinném domě. Je jedináček. Rodiče se chlapci velmi věnují a vedou ho k hudebním, sportovním i rodinným aktivitám. Miloš má blízký vztah k přírodě a zvířatům.

Matka se narodila roku 1981, vystudovala Vyšší školu sociálně-právní a Vysokou školu báňskou. Pracuje jako daňový specialista ve velké společnosti. Matka ve škole neměla žádné prospěchové ani kázeňské problémy. Z rozhovoru o její školní docházce

vyplývá, že patřila mezi pilné, samostatné žáky, neměla problémy se soustředěním a udržení pozornosti během vyučování.

Otec se narodil roku 1980, vystudoval střední odborné učiliště. V současné době je zaměstnán jako předák směny zámečníků v hornické společnosti. Otec nikdy neabsolvoval pedopsychiatrické vyšetření. V době plnění základní školní docházky se u něj objevily problémy s chováním, které však nikdy nevedly ke sníženému stupni z chování. Je introvert, svým vzezřením a chováním učitele vždy „uchlácholil“. Od 5. ročníku se u něj projevilo velké zhoršení prospěchu, na konci páté třídy propadl z českého jazyka, ale úspěšně složil opravnou zkoušku. Na odborném učilišti se jeho studijní i výchovné problémy zhoršily. Prospěchově byl podprůměrný a rodiče museli často konzultovat jeho chování s třídním učitelem. V tomto období začal kouřit. U většiny učitelů nebyl oblíben z důvodu drzé chování a neuznávání autority. Při rozhovoru o své školní docházce a vzdělávání uvádí, že ho učení nebavilo, považoval ho za zbytečné. Výchovné problémy si uvědomuje až nyní s odstupem času. Při studiu se domníval, že mu učitelé i rodiče křivdí.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Miloš se narodil jako chtěné dítě. Těhotenství bylo rizikové. Porod proběhl 2 týdny po termínu sekci. Byl klasifikován jako protrahovaný, ze strany lékařů byla snaha medikací vyvolat přirozený. Porodní hmotnost 3350 g, délka 50 cm, poporodní adaptace v normě. U matky po porodu vážné zdravotní komplikace, které vedly ke kompletní hysterektomii. Matka byla v kritickém stavu. Miloš po dobu rekonvalescence matky v péči babičky – celkem tři týdny. Obtížně si zvykal na umělou kojeneckou výživu. Otec toto období velmi špatně psychicky snášel, upnul se na uzdravení matky a dítě navštěvoval u babičky jen odpoledne cca na jednu hodinu.

Miloš byl od mala velmi živý, měl urychlený psychomotorický vývoj. Seděl sám bez opory v šesti měsících, přeskočil fázi lezení. V devíti měsících začal sám chodit. Špatně a málo spal. Už jako malý měl rád kolektiv dětí, ale měl problémy s chováním k nim. Vynucoval si pozornost tím, že jim často ubližoval. Měl velmi silný pud sebezáchovy, bál se tmy, měl panickou hrůzu z výšek. Během dne vyžadoval neustálou pozornost a časté střídání aktivit. Miloš již od 18. měsíce nespál po obědě, ve

výjimečných případech usnul na cca 20 minut. Usínal sám, ale v noci se velmi často budil a vyžadoval fyzický kontakt.

Miloš neprodělal žádná vážná onemocnění. Ve třech letech utrpěl úraz elektrickým proudem. Následně byl dva dny hospitalizován. Během této doby byl vystresovaný, neklidný a hodně plakal, nedokázal pochopit, že musí ležet v posteli. V šesti letech u něj byl na základě pedopsychiatrického vyšetření diagnostikován syndrom ADHD a tendence k poruchám chování s opozičními projevy. Na základě výsledků vyšetření byla chlapci nasazena medikace – Strattera. V deseti letech byla chlapcova diagnóza rozšířena o lehkou dyslexii.

ŠKOLNÍ ANAMNÉZA

Jesle a mateřská škola

Od dvou a půl let Miloš navštěvoval jesle. Na prostředí jeslí se adaptoval dobře. Ráno při nástupu do jeslí byl plačtivý. Od tří let v běžné MŠ. V době docházky do jeslí a MŠ se projevoval neklid, u ničeho nevydržel. První známky opozičního chování, neuznával autoritu. Byl negativistický, špatná adaptace na změny, zlostný, úzkostný a impulsivní.

Řešení: ze strany učitelek snaha o usměrňování chování. V tomto období nebylo doporučeno žádné odborné vyšetření. V posledním ročníku MŠ doporučen učitelkami nástup do ZŠ.

Základní škola

První ročník, přípravná třída

U zápisu byl Miloš zdrženlivý, odmítal spolupráci. Jeho rozumové dovednosti byly na vysoké úrovni a odpovídaly požadované úrovni dítěte. Měl potíže s úkoly v oblasti sociálního vývoje. Zařazen do prvního ročníku.

Po nástupu do prvního ročníku v září první stížnosti ze strany učitelky. Miloš nedokázal v klidu sedět, nesoustředil se na výuku, vykřikoval a třídní učitelku několikrát slovně napadl. Při rozhovoru s matkou Miloš na své chování odpověděl, že se chová jako ostatní a učitelka je „nějaká divná“.

Řešení: vyšetření v PPP, přestup do přípravného ročníku na jiné ZŠ. Původní ZŠ přípravný ročník neumožňovala.

Miloš vzniklou situaci snášel špatně. Vzdělávání v přípravném ročníku bylo zaměřeno na rozvoj smyslového vnímání, rozumovou výchovu (rozvoj poznávacích schopností, prostorové orientace, orientace v čase, rozvoj logického myšlení, matematických představ, apod.), jazykovou výchovu, rozvoj jemné motoriky a grafomotoriky, rozvoj vizuomotorické koordinace a cvičení pozornosti. Výchovné problémy přetrvávaly. Neklid při vyučování. Výsledky jeho práce byly na vysoké úrovni. Vyhodnocen jako žák s nejlepším prospěchem, za odměnu výlet do IQ parku. Na výletě se Miloš choval nekontrolovaně. Celá situace vygradovala, když chlapec zmáčkl tlačítko, na které se nesmělo sahat, a uzavřel atrakce IQ parku. Děti z navštíveného IQ parku osvobodil až výjezd hasičů. Miloš celou situaci i dnes vysvětluje, že chtěl vyzkoušet, co to udělá.

Řešení: Možnost relaxace na koberci. Opakování zadávaných úkolů. Na konci přípravného ročníku doporučeno vyšetření pedopsychiatrem, na základě výsledku nasazena medikace – Strattera. Odmítnutí účasti Miloše na školním výletě v závěru školního roku. Chlapec měl o výlet zájem, matka se domluvila s učitelkou na svém doprovodu syna. Milošovi se řešení nelíbilo, přestože by jinak nejel. Nedokázal si vysvětlit, proč on musí na výlet s matkou, která mu „dělá ostudu“.

První ročník

V září nastoupil Miloš do první třídy na stejné ZŠ, kde navštěvoval přípravný ročník. Ve třídě bylo celkem 23 dětí. Třídní učitelka byla seznámena s jeho diagnózou. První pololetí bylo téměř bez problémů. Chlapec vyhlášen na základě svých studijních výsledků nejlepším žákem ve třídě. Přetrvává neklid, nepozornost a porucha soustředění. Ve druhém pololetí první třídy, nárůst výchovných problémů. Přestal uznávat autoritu učitelky. Stal se velmi negativním žákem. Vykríkával v hodině, nespolupracoval. Domácí úkolu si úmyslně nezapisoval.

Řešení: zadávání vedlejších aktivit – zalévání květin, mazání tabule a rozdávání sešitů. Vyžadování vypracovaného domácího úkolu, což vyvolávalo u Miloše silné afektované stavy a vzdor. Domácí úkoly vypracovával doma s rodiči. Vypracování trvalo dvě až tři hodiny a bylo provázáno projevy vzteku a vzdoru. V důsledku Milošova chování odmítla učitelka jet s celou třídou na školu v přírodě. Odmítnutí chlapce třídním kolektivem.

Medikace Straterra. Došlo ke zmírnění projevů syndromu ADHD. Tento stav trval pouze prvních šest měsíců. Následně pedopsychiatrem doporučena změna medikace – Ritalin. Rodiči lék odmítnut s ohledem na jeho vedlejší účinky. Po dohodě s pedopsychiatrem Straterra vysazena. Bez medikace Miloš pracoval cca na 20%. Současně vzrostly stížnosti ve škole, nedokázal se kontrolovat. Návrat k užívání Stratterry.

Od začátku školního roku matka v pravidelném kontaktu s třídní učitelkou. Využíváno telefonické a emailové spojení. Zaveden „výchovný notýsek“ pro hodnocení chování.

Druhý ročník

Druhý ročník vypadal stejně jako druhé pololetí první třídy. Pokud si Miloš nebyl jistý, odmítal pracovat, hledal výmluvy, nebyl přístupný učitelce, byl negativistický. K dětem a někdy i k dospělým se choval nadřazeně a arogantně, odmítal poslechnout některé pokyny vyučujících. Vzhledem k náročnosti učiva a chlapcově inteligenci se prospěch nezhoršil.

Řešení: po celý školní rok 1x týdně individuální speciálně pedagogická péče vedená výchovnou poradkyní školy. Konzultační hodina vedená formou diskuze, zaměřená na rozbor výchovných problémů Miloše. Cílem péče byla náprava chování a přístupu k dospělým, zejména pak členům pedagogického sboru. Chlapec hodiny odmítal, v případě kritiky svého chování přestával komunikovat a po zbytek hodiny mlčel. Chování se nepodařilo přes uvedená opatření a spolupráci rodičů se školou usměrnit.

Matka docházela jednou týdně na pravidelné konzultace s třídní učitelkou. Využíváno telefonické spojení. Chování hodnoceno ve „výchovném notýsku“.

Medikace Stratterou.

Třetí ročník

Přetrvává Milošův negativní postoj k třídní učitelce a vzdělávacímu procesu. Došlo k výraznému zhoršení prospěchu a to i v předmětech, ve kterých dříve vynikal. Odmítal ve výuce pracovat. Při zadávání školních i domácích úkolů dostával silné záchvaty vzteku, které vedly i k sebepoškozování (trhání vlasů). Prohlubuje se ztráta sociální pozice v třídním kolektivu. Byl dětmi zcela odmítán.

Řešení: vzdělávání Miloše probíhalo na základě IVP s dopomocí asistenta. Spolupráce s asistentem z důvodu chlapcova nepřijetí po třech měsících skončila.

Po dohodě třídní učitelky s rodiči zůstával v případě potřeby Miloš po výuce ve škole a plnil pracovní úkoly nad rámec výuky, které byly trestem za nevhodné chování.

Ve dnech kdy Miloš ve škole odmítal pracovat, trvala třídní učitelka na vypracování nesplněných úkolů doma do druhého dne. Doma vypracované úkoly byly hodnoceny známkou tři z důvodu nevypracování ve škole.

V pololetí třídní učitelkou doporučeno opětovné vyšetření Miloše v PPP a přearazení na menší školu s menším kolektivem žáků ve třídě.

Od začátku druhé pololetí docházel chlapec na léčbu pomocí EEG Biofeedback. Terapie trvala 20 týdnů, celkem 40 sezení. Minimální vliv na zlepšení chování chlapce. Zlepšení nastalo v oblasti čtení, psaní, zklidnění při práci – menší vyrušitelnost okolními podněty. Účinnost terapie vyprchala po uplynutí šesti měsíců. Chlapec další terapii odmítl.

Matka stále dochází jednou týdně na pravidelné konzultace s třídní učitelkou. Využíváno telefonické spojení. Chování nadále hodnoceno ve „výchovném notýsku“.

Medikace Stratterou.

Čtvrtý ročník

Od čtvrtého ročníku navštěvuje Miloš ZŠ pracující v režimu speciálního školství. Jedná se o malou školu zaměřenou na děti s poruchami učení a chování. Škola poskytuje základní vzdělání v 1. až 9. postupném ročníku. Většina ročníků, s výjimkou 3. a 6. ročníku, mají jednu třídu. Součástí školy je psychologická poradna, poskytující služby žákům a rodičům. Výuka zajištěna sborem speciálních pedagogů. V Milošově třídě je celkem 11 žáků (3 děvčata a 8 chlapců). Pět žáků včetně Miloše trpí poruchami chování. Všichni žáci mají specifické vzdělávací potřeby a jejich vzdělávání probíhá na základě IVP. Třída se slabším prospěchem, mimo dvou žáků. Ti jsou prospěchově nadprůměrní. Jedním z nich je právě Miloš.

Chlapcovy výchovné problémy přetrvávají. Neustále je nepozorný, vykřikuje, odchází z místa a je drzý k učitelce. Jeho pracovní tempo je vysoké, často pracuje nad rámec stanovených úkolů. Pracovní sešity má úhledné, úkoly dokončené. Na úpravu dokonce používá i barevné zvýrazňovače.

Řešení: Od začátku čtvrtého ročníku po dobu jednoho a půl roku Miloš docházel do SVP. Návštěvy probíhaly 1x za šest měsíců. Cílem péče byl záznam hodnocení chování Milošem. Do připravené tabulky hodnotil své chování ve škole, k učitelům a spolužákům, k rodičům, studijní výsledky, domácí přípravu na výuku a plnění domácích povinností. V případě negativního hodnocení uváděl příčinu svého chování. S rodiči vyhodnocoval jednou týdně pomocí systémů odměn a trestů. V SVP uplynulé období hodnotily obě strany. Pracovníci SVP Miloš vysvětloval negativní chování.

V rámci výuky zařazena jedna hodina týdně celé třídy se školní psycholožkou. Formou her a různých procvičování posilovali vztahy v kolektivu a vystupování na veřejnosti. Hodiny měl Miloš i jeho spolužáci rádi. Komunikovali s ní bez problémů a patřila k nejoblíbenějším učitelkám.

Třída je přizpůsobena potřebám žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a je vybavena: kobercem (polovina třídy), žebřinami, míči, žíněnkou, relaxačními vaky, hudebními nástroji a knihami. Každé dítě má svůj polštářek a deku. Nejsou stanovené pevné přestávky. Čas na přestávku určuje speciální pedagog dle potřeb svých žáků. V případě velkého nárůstu neklidu u žáků využívá ke zklidnění relaxační hudbu. Hudba začne hrát, když si každý lehne na polštářek a přikryje se dekou.

Rodiče jsou ve spojení s třídní učitelkou a průběžně se informují. Dalším zdrojem informací o Milošově chování je „výchovní notýsek“.

Medikace Stratterou.

Pátý ročník

V páté třídě došlo u Miloše ke zhoršení chování. Milošovy výroky často neodpovídají jeho věku. Domnívá se, že si může s každým mluvit, jak chce. Často rád o všem diskutuje, rozebírá situace do detailů a snaží se mít poslední slovo. Je přesvědčen o své pravdě. V konfliktních situacích, do kterých se dostává, se cítí ukřivděný a neviný. Vždy v těchto situacích vidí viníky v druhých.

Řešení: v září dostal napomenutí třídního učitele za nevhodné chování při vyučování, v říjnu třídní důtku za vykřikování při vyučování, v listopadu ředitelskou důtku za nepřiměřené chování k paní učitelce. Výchovní komise s rodiči, Milošem a vedením školy. V prosinci snížený stupeň z chování, popral se se spolužákem, rozbil školní lavici.

Pokračuje jedna hodina týdně se školní psycholožkou, tak jako v předchozím ročníku.

V lednu 2016 ukončena spolupráce s SVP. Miloš je schopen vysvětlit a odůvodnit sám své nevhodné chování.

Nadále pokračuje spolupráce rodiny se školou. „Výchovný notýsek“ využíván pro informace o chlapcově chování.

Medikace Stratterou.

VÝSLEDKY PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ

První vyšetření listopad 2010 – PPP

Průběh: Miloš navazoval kontakt postupně - zpočátku pokleslá nálada, negativní, odmítal spolupráci, zadání úkolů muselo být opakováno. Následně úkoly plnil správně.

Závěr: sociální nezralost

Doporučení: přestup do přípravného ročníku

Druhé vyšetření květen 2011 – pedopsychiatr (přípravný ročník)

Průběh: Miloš navazoval kontakt postupně. Respektoval pokyny, postupně patrný motorický neklid, pozornost mírně oscilovala, občas působil roztěkaně, lehká vyrušitelnost zevními podněty. Osobnost nezralá. Impulzivní chování, nízká frustrační tolerance, úzkostné afektivní projevy. Egocentrický, tendence ke konfliktům, které i sám vyvolával, sklon k afektivním reakcím, nízká saturace v oblasti vrstevnických vztahů, nízké sebepojetí i sebevědomí, pocity nedostatečnosti, uzavřenost, nižší důvěra v okolí, tendence k nadřazenému a arogantnímu chování. Citlivě reagoval na případnou kritiku. Pracovní tempo průměrné. Intelekt orientačně v pásmu mírného nadprůměru.

Závěr: ADHD, tendence k poruchám chování s opozičními projevy, osobnost nezralá, impulzivní a nevyvážená.

Doporučení: nasazena medikace Strattera.

Třetí vyšetření květen 2013 – PPP (druhý ročník)

Průběh: během vyšetření byly u Miloše patrné odklony pozornosti, roztěkanost, ale také šikovnost, pohotovost a dobré pracovní tempo. Souborem specifických zkoušek byla u Miloše zjištěna výborná úroveň percepčních schopností. V oblasti zrakového

rozlišování výborně zvládl rozlišení detailně odlišných i zrcadlově obrácených tvarů, v oblasti sluchového vnímání zcela bez obtíží zvládl rozklad i skladbu slova, rozlišoval podobné i měkké a tvrdé slabiky, dokonce pohotově určoval kritické hlásky. Výkon ve čtení se pohyboval mimo pásma defektu, dobrá byla i úroveň porozumění. Chybovost jen ojedinělá, respektive opravená. V oblasti motorické obratnosti bylo patrné mírné oslabení, drobné nepřesnosti v pohybu. Ze strany pedagoga byla signalizována nižší manuální zručnost, nižší motivace k pracovním a výtvarným činnostem, ale hrubá motorika byla rozvinuta dobře.

Závěr: ADHD, tendence k poruchám chování s opozičními projevy. Specifické poruchy učení neprokázány.

Doporučení: vzdělávat v běžné ZŠ na základě IVP nebo zařadit do vzdělávání ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotní postižením v souladu s § 16, odst. 2 a 8 Zákona 561/2004 v platném znění a § 5, odst. g) Vyhlášky č. 73/2005 Sb.

Nadále nutná pravidelná péče pedopsychiatra, který doporučí edukaci vhodnou pro děti s ADHD a seznámí rodiče s vhodnými výchovnými opatřeními.

Zařazení Miloše do méně početné třídy, z důvodu možnosti většího uplatnění individuálního přístupu během výuky.

Rodiče si stanoví pevnou dobu v denním režimu na přípravu školy. Vytvoří pevný řád denních činností, aby věděl, co po čem bude následovat. Zajistí dítěti klidné ničím nerušené prostředí. Rozdělí učení na kratší úseky s možností odpočinku. Dohlíží na docházku do školy, včas dítě omlouvají, vedou ho k tomu, aby si doplnil a doučil se zameškané učivo, domácí úkoly. Zajistí pravidelný odpočinek a sport. Nutná spolupráce rodičů a školy.

Čtvrté vyšetření duben 2015 – PPP (třetí ročník)

Průběh: Miloš byl ochotný ke spolupráci. Pracoval vcelku samostatně, ale byl velmi pomalý, nepozorný, dobře reagoval na pochvalu a povzbuzení.

Pro vyšetření byla použita testová baterie T 239 Novák Diagnostika VPU, T 202 Zkouška čtení Matějček, Zkouška jazykového citu: Žlab, rozhovor a pozorování. Dílčí specifické zkoušky signalizovaly dobrou úroveň rozvoje sluchové syntézy a analýzy, fonemické rozlišování, lehce vážla artikulační obratnost (slova se souhláskovými shluky – jak na motorickém, tak auditivním podkladě). Výbornou úroveň měla

i zrková percepce a diferenciacie tvarů a jejich postavení. Písmo upravené, tempo psaní pomalé, křečovitě držení psacího nástroje. Jak v diktátu, tak v přepisu pouze ojedinělá specifická chybovost. Rozlišovací znaménka psal dodatečně, ne vždy stíhal. Četl po slovech a tempo čtení bylo nerovnoměrné i v důsledku artikulační neobratnosti (zpomaluje slova textu při větší náročnosti), chyby sám opravoval. Reprodukovanou izolovanou slova textu s pomocí návodných otázek. Podstata čteného textu mu unikala. Jazykový cit přiměřený, PLO ujasněná, motorický vývoj bez nápadností.

Závěr: potvrzení diagnózy syndromu ADHD, poruchy opozičního vzoru, dyslektické potíže a pomalé tempo psaní.

Doporučení: skupinová integrace na ZŠ pracující v režimu speciálního školství s využitím těchto podpůrných opatření: respektování pomalejšího tempa, zvláště při psaní. Ověření pochopení zadání úkolu na základě přečteného, na čtení ponechat delší prostor. Preferování kvality před kvantitou. Ověření, zda se na neúspěchu nepodílí nepozornost. Odlišení chyb z nepozornosti od chyb z neznalosti. Preferování multisenzorického přístupu při výuce, zaměření se na čtení slov z hlediska náročnosti hláskové skladby. Učit se číst s porozuměním a reprodukce kratších dějových celků.

Vedení dle metodiky pro práci s dětmi s LMD (ADHD, ADD), zorganizování denní činnosti tak, aby ty, které vyžadují delší soustředění, předcházely volnějším a živějším aktivitám. Zlepšení pozornosti lze docílit v prostředí, které nerozptyluje, rozdělením práce do krátkých úseků, změnou metod a forem práce. Častěji kontrolovat soustředění, pracovní místo je vhodné poblíž učitele.

Rodiče přípravu rozdělí do více bloků, které prokládají přestávkami, tak aby bylo učení efektivní, oceňují snahu, povzbuzují. Pokud nedojde ke zmírnění obtíží kontaktovat SVP.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Miloš je extrovert. Z důvodu svého chování má pouze několik kamarádů, kteří jsou pro něj důležití, a přátelství udržuje „jak se dá“.

Ve škole má, jak uvádí, dva velké kamarády. Ani jeden z nich nemá poruchu chování jako on. Naopak se spolužáky, kteří mají poruchu chování, se nekamarádí, dle jeho slov jsou „divní“.

Má mnoho koníčků. Již od útlého věku má rád přírodu, zvířata a pobyt venku. Je fixovaný na svého psa a kočku. Pečlivě se o ně stará. Rád jezdí na koni. Je pohybově nadaný. Jezdí na kole, na lyžích, na bruslích a waveboardu. Od šesti let chodil na sportovní potápění a od sedmi let hrál házenou. V devíti letech hrál floorbal. Ve všech sportech vynikal, byl šikovný, trenéry chválený, ale rychle ho jednotlivé sporty přestaly bavit a nefungovala žádná motivace.

S rodiči si rád povídá, hraje stolní hry a je pro něj důležitý fyzický kontakt s nimi.

ZÁVĚR A PROGNÓZA DALŠÍHO VÝVOJE

Na základě sdělení pedopsychiatricky, bude nejspíše třeba u Miloše celoživotní medikace. Prozatím u chlapce nedochází k žádnému zmírnění projevu ADHD vlivem dozrávání CNS, tak jak to bývá běžné a je i popisováno v odborné literatuře.

Chlapci plně vyhovuje vzdělávací režim současné ZŠ, kterou navštěvuje. Složení žáků ve třídě neposkytuje dobré příklady chování, které jsou pro Miloše velmi potřebné. Milošovi rodiče z uvedených důvodů zvažují možnost změny ZŠ. Snaží se najít běžnou ZŠ s menším počtem žáků a možností individuálního přístupu.

Oba rodiče chlapce věří, že se vše postupně v budoucnu zmírní. Jsou odhodláni zkoušet neustále nové přístupy a postupy, které by mohly jejich synovi pomoci.

Při volbě následného studia a povolání po ukončení povinné školní docházky bude nutné brát ohledy na Milošovy vzdělávací potřeby a povahové vlastnosti.

5.3 ZÁVĚR VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Výzkumná část bakalářské práce byla zaměřena na dva chlapce mladšího školního věku se syndromem ADHD. Jeden z nich je žákem běžné ZŠ a druhý ZŠ pracující v režimu speciálního školství.

Cílem šetření byl dosavadní život obou chlapců, možné příčiny ADHD a změny v jejich chování ovlivněné syndromem ADHD. Provedené šetření ukázalo u obou chlapců pouze jeden krizový moment v jejich životě, který by mohl mít na vznik ADHD vliv. Tímto okamžikem bylo jejich narození. Porod v obou případech klasifikován jako protrahovaný, u druhého chlapce ukončen sekci. U obou dobrá poporodní adaptace.

Druhým možným faktorem ovlivňujícím vznik ADHD je dědičná dispozice ze strany otců, i když v jejich případě nebylo ADHD nikdy diagnostikováno. V dřívějších letech bylo takové chování považováno za projev nevychovanosti, neposlušnosti a zlobivosti. Nikdo se příliš nezabýval řešením příčin projevů chování. Postupem času se odborníci nevhodnými projevy chování začali zabývat a došlo k popsání a rozpoznání syndromu ADHD, jeho vlivu na chování od běžné zlobivosti. V současné době jsou popsány vhodné způsoby výchovného vedení v rodině i ve vzdělávacích zařízeních.

U obou chlapců se shodně vyskytují od narození zvýšená pohybová aktivita, problémy s usínáním, časté buzení. Brzy přestali potřebovat odpočinek po obědě.

Chlapci navštěvovali přípravný ročník při ZŠ z důvodu nedostatečné sociální zralosti. U obou se v přípravném ročníku objevují první vážnější projevy syndromu ADHD, především porucha pozornosti. Mají problém vydržet sedět v lavici a soustředit se na práci. Učitelky tento problém řeší stejně: speciálními úkoly, při kterých se mohli pohybovat po třídě, možností relaxace na koberci, který byl součástí vybavení třídy.

Po nástupu do první třídy měl Miloš stálou třídní učitelku až do třetího ročníku. Třídní učitelka byla při jeho nástupu seznámena s diagnózou ADHD. Byla přesvědčena, že práci s ním zvládne. Snažila se měnit postupy práce, systémy pochval a odměn. Bohužel v případě Miloše volila také postupy a nápravné prostředky, které nebyly zcela vhodné. Prvním chybným opatřením bylo zůstávání chlapce po ukončení výuky ve škole, kdy musel dokončit rozpracované úkoly. Poté, co tento systém nefungoval, byl nucen všechny úkoly, které nevypracoval ve škole, dokončit doma včetně domácích úkolů. Uvedená opatření vedla k vybudování odporu ke škole. Vše vyústilo absolutní rezignací, stavy vzteku a afektivního chování. Další kroky, které volila třídní učitelka, snižovaly sociální pozici chlapce ve třídě a vedly k úplné ztrátě kamarádů. Třídní učitelka za nevhodné Milošovo chování trestala celý kolektiv třídy. Odmítala se účastnit jakékoliv akce pořádané mimo budovu školy se třídou, protože byl Miloš nezvladatelný. Tuto skutečnost také celé třídě sdělila a vždy před každou možnou akcí třídy připomněla. Svůj postoj vůči třídě nebyla ochotna změnit ani přes zájem chlapcových rodičů. Byli ochotni ho na akce doprovázet nebo nechat doma. V případě Miloše je k syndromu ADHD přidružená porucha chování s opozičními projevy. Z tohoto důvodu je již od počátku první třídy medikován. Medikace měla vést ke zmírnění projevů ADHD. Bohužel zvolené výchovné a vzdělávací postupy třídní učitelky nevedly

k dosažení očekávaného efektu. Úroveň intelektu chlapce odpovídá mírnému nadprůměru. I přes medikaci a nadprůměrný intelekt nedosahoval pod vedením třídní učitelky Miloš odpovídajících studijních výsledků. Z důvodu neustále se zhoršujícího prospěchu a chování doporučila třídní učitelka změnu školy za menší s menším počtem žáků.

Zdeňkovi se třídní učitelky od první do třetí třídy střídaly. Nejméně konfliktů a problémů měl Zdeněk s učitelkami reflektujícími potřeby žáka se syndromem ADHD. V případě Zdeňka požadovaly rovněž učitelky dokončení všech nesplněných úkolů doma. Nikdy je ale nemusel dokončovat ve škole po vyučování. Kdyby tato situace nastala, reagoval by také negativně. Je pro něj velkým problémem udržet koncentraci a pozornost pátou a každou následující hodinu výuky. Oproti Milošovi byl Zdeňkovi diagnostikován syndrom ADHD s přidruženými poruchami učení – lehká dyslexie, dysortografie a dysgrafie. Ve škole dosahuje průměrných výsledků, což odpovídá úrovni jeho intelektových schopností v pásmu průměru až lehkého podprůměru. Zdeňkova diagnóza syndromu ADHD nevyžaduje medikaci.

U obou chlapců byl počet žáků ve třídě větší než 20, v případě Miloše 23 žáků, u Zdeňka 25 žáků. Při tomto počtu žáků je pro pedagoga velmi obtížné věnovat žákovi individuální péči. Zdeněk nemá doporučeného asistenta pedagoga. Miloš vzhledem ke svým projevům měl doporučeného asistenta pedagoga, kterého však odmítal. Oba chlapci byli vzděláváni bez asistenta pedagoga v poměrně početném kolektivu dětí. V případě Miloše bylo vzdělávání v běžné třídě již nad rámec možností zajištění kvalitní výuky pro něho samotného i pro spolužáky. Proto došlo k přestupu na ZŠ pracující v režimu speciálního školství, kde je nižší počet žáků ve třídě. Učitelé, kteří zajišťují vzdělávání na této škole, jsou speciálními pedagogy a mají zkušenosti a vzdělání pro práci s dětmi vyžadujícími odlišný přístup.

Miloš díky změně přístupu a menšímu kolektivu začal dosahovat a stále dosahuje velmi dobrých studijních výsledků. Hodnocení a úroveň vědomostí odpovídají jeho intelektovým schopnostem. Je druhým nejlepším žákem na škole, přičemž objem učiva je u něj stejný jako u dětí na běžné ZŠ. Délka výuky a přestávek je přizpůsobena individuálním potřebám žáků, což vede ke zmírnění projevů hyperaktivity. Problémy související s poruchou chování nadále přetrvávají. V tomto případě patří naopak k nejhorším žákům ve škole.

V běžné škole jsou pevně stanoveny začátky a konce hodin. Pro Zdeňka je někdy obtížné vydržet 45 minut určeného času pro vyučovací hodinu. V oblasti chování také patří mezi tzv. „známé firmy“ školy. Jeho přestupky v chování ve škole zatím nevedly k žádnému postihu na chování.

U obou chlapců můžeme konstatovat, že v případě organizace výuky velmi záleží na zkušenostech učitele a ochotě pracovat s těmito žáky. Příprava na výuku v těchto případech zabírá mnohem více času a dosažené výsledky většinou neodpovídají vynaloženému úsilí učitele.

Oba chlapci mají tzv. „výchovné notýsky“. U Zdeňka má notýsek zatím pozitivní vliv na jeho chování ve třídě. I když není notýsek plný kladného hodnocení, Zdeněk se snaží, aby hodnocení nebylo záporné. Jakmile mu hrozí záporný „smajlík“, zklidní se a snaží se napravit své chování. Většinou nosí domů „smajlíky“ s rovným úsměvem, což považuje za úspěch. Naopak u Miloše „výchovný notýsek“ nemá téměř žádný vliv na korekci jeho chování. Slouží spíše jako informativní zdroj o jeho chování pro rodiče.

Oba chlapci mají problém rozlišit projevy vhodného a nevhodného chování. Sami ve svém chování nevidí žádný problém. Při řešení kázeňských přestupků se oba považují za nevinné a za viníky určují ostatní. Pro děti s ADHD je velmi důležité setkávat se ve třídě se vzory správného chování. V běžné škole je těchto žáků ve třídě více než ve škole pracující v režimu speciálního školství.

Zdeněk dosahuje výjimečných výsledků ve sportovních aktivitách, kterým se věnuje ve svém volném čase (gymnastika, judo). Miloš se ve volném čase také věnuje sportovním aktivitám, ale u žádné z aktivit nevydržel déle než šest měsíců. Vždy se vyskytly problémy s respektováním autority a ztráta motivace. Miloš má velmi kladný vztah ke zvířatům. Pečlivě se o ně stará.

V obou případech rodiče chlapců spolupracují se školou i se specialisty, což je velmi důležité pro zvládnutí všech problémů provázejících děti s diagnostikovaným syndromem ADHD. Oboje rodiče se snaží brát chlapce takové, jací jsou. Věří v pozitivní vývoj projevů syndromu ADHD. Neustále hledají nové cesty a možnosti, jak chlapcům individuálně pomoci. Oboje rodiče stanovují chlapcům pevné hranice a dbají na dodržování stanovených pravidel. Mnohdy je to s vypětím všech jejich sil. Tresty a odměny volí pečlivě dle aktuálního stavu chlapců. Vše je vždy výsledkem společné

oboustranné domluvy. Dochází tak k vytváření pocitu odpovědnosti za nepřiměřené chování a posilování vlastních hodnot.

Šetření prokázalo, že nesprávná volba nápravných prostředků může velmi negativně ovlivnit vztah žáka ke škole a studiu. Úspěšnost integrace žáků s ADHD je přímo závislá na práci a přístupu pedagoga. Dalším poznatkem prokázaným šetřením je početnost třídního kolektivu. Ideální pro žáky s ADHD by bylo jejich zařazení do běžné školy a třídy s menším počtem žáků, čímž by byly zajištěny příklady správného chování a zároveň dostatek času pedagoga k poskytování individuální péče žákovi s ADHD. Kapacity školských zařízení ve městech, ze kterých chlapci pochází, toto neumožňují.

Šetření potvrdilo důležitost spolupráce rodičů, pedagogů a odborníků. V obou případech rodiče plně spolupracují, hledají nové možnosti a způsoby motivace ke školním povinnostem. Plně si uvědomují význam pochvaly. Věří v pozitivní vývoj projevů ADHD a důsledků s tím spojených. I v tomto případě můžeme potvrdit teoretické poznatky.

Šetření rovněž potvrdilo teoretické závěry, které hovoří o důležitosti dosažení a prožití úspěchu u dětí se syndromem ADHD. V případě Zdeňka k tomuto dochází v jeho sportovních aktivitách. Díky svým sportovním výsledkům získává uznání od svých vrstevníků a snižuje se tak jeho potřeba získávat pozornost jinými způsoby. U Miloše díky změně vzdělávacího zařízení došlo k výraznému zlepšení studijních výsledků. Díky studijním úspěchům zažívá obdiv a uznání od svých spolužáků, což se přímo odráží na pečlivosti jeho domácí přípravy na výuku.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byly možnosti vzdělávání dětí mladšího školního věku se syndromem ADHD v běžné škole a ve škole pracující v režimu speciálního školství. Hlavním cílem práce bylo porovnání a zhodnocení vzdělávacích postupů. Práce je rozdělena na dvě části.

První část je zaměřena na shrnutí teoretických poznatků autorů zabývajících se problematikou syndromu ADHD. V práci jsou rovněž uvedena legislativní vymezení možností vzdělávání dětí se syndromem ADHD. Součástí teoretické části jsou i možnosti léčebných a výchovných opatření, které mohou pomoci zvládnout rodičům i učitelům výchovný a vzdělávací proces.

Základem praktické části bakalářské práce jsou dvě případové studie chlapců se syndromem ADHD. Jeden je žákem běžné ZŠ a druhý ZŠ pracující v režimu speciálního školství. Každá případová studie je zaměřena na popis jednoho chlapce. Jsou uvedeny důležité okamžiky jeho života, vliv rodiny a školy na jeho osobnost, ovlivnění pomocí různých výchovných metod a způsoby řešení problémů s chováním.

V bakalářské práci je mnoho užitečných praktických i teoretických informací o výchově a vzdělávání žáků se syndromem ADHD.

Z šetření vyplývá, že nejdůležitější je individuální přístup. Proto je některým dětem doporučen asistent pedagoga, který pomáhá žákovi zvládnout vyučovací proces. Asistent pedagoga má pozitivní vliv na žáka v případě, že ho přijímá. Pokud žák asistenta pedagoga odmítá, dochází k opačnému efektu. Práce asistenta pedagoga vyžaduje velmi citlivý přístup k žákům se syndromem ADHD a ne v každém případě má jeho přítomnost pozitivní vliv.

Šetření ukázalo, že děti s ADHD potřebují menší třídní kolektivy. Učitel potřebuje více času na přípravu a prostoru s těmito dětmi. Je potřeba citlivě pracovat s motivací a systémem odměn a trestů. Ke zvýšení efektivity vzdělávacího procesu je od samého počátku nutné nastavit velmi úzkou spolupráci mezi rodinou a pedagogem školy.

Syndrom ADHD komplikuje život dítěte, rodičů i okolí. Zasahuje dítě ve všech oblastech jeho života. Nejvýznamnějším faktorem v životě dítěte se syndromem ADHD je dobře fungující a milující rodina. Práce s těmito dětmi je náročná. Správným výchovným vedením, důsledností a vhodnou odbornou péčí je možné dosahovat

velkých pokroků. Naopak nevhodné výchovné působení může problémy ještě více zvýraznit.

Znalosti a zkušenosti pedagogů se vzděláváním žáků se syndromem ADHD významně ovlivňují jejich studijní výkony a přístup ke vzdělávání. V současné době se zvyšuje počet žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a poruchami chování. Přípravenost pedagogů na tyto žáky je důležitá. Neustále se objevují nové poznatky, které mohou pedagogům v praxi velmi pomoci. Proto je v praxi pedagoga důležité neustále se vzdělávat. Vzdělávání by mělo být průběžné a soustavné. Je v kompetenci ředitele ZŠ zajistit přednášky pro celý učitelský sbor. Je možné využít přednášek Mgr. Hany Žáčkové, případně dalších odborníků. Jejich přednášky jsou bohaté na příklady z praxe a jejich řešení. Dále mohou učitelé využívat vzdělávacích kurzů, které jim může uhradit škola nebo si je hradí z vlastních zdrojů. Úhrada vzdělávacích kurzů pro celý pedagogický sbor i pro jednotlivce je závislá na finančních možnostech školy. Na základě uvedených skutečností by bylo vhodné provést výzkum zaměřený na zmapování možností vzdělávání a získávání poznatků pedagogů v oblasti žáků se syndromem ADHD.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- CARTER, Cheryl R. *Dítě s ADHD a ADD doma i ve škole*. 1. vyd, Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0621-7.
- DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Hyperaktivní dítě*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.
- DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ. *Hyperkinetická porucha*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.
- GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- JENETT, Wolfdieter. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele*. 1. vyd. Brno: Edika, 2013. ISBN 978-80-266-0158-6.
- JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2697-7.
- KENDÍKOVÁ, Jitka a Miroslav VOSMIK. *Jak zvládnout problémy dětí se školou?*. 1. vyd. Praha: Pasparta, 2013. ISBN 978-80-905576-0-4.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Po dobrém, nebo po zlém?* 3. vyd. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-00-3.
- MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-188-3.
- PACLT, Ivo a kolektiv. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.
- POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3., rozš. a opr. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.
- RIEF, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-287-4.
- TVRŘOCHOVÁ, Dana, ADHD v sukních. In: *Informatorium 3-8*. 2014, č. 8. ISSN 1210-7506.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. 1. vyd.

Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003.

ISBN 80-7178-800-7.

Zákony a vyhlášky

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Dostupné z:

<http://www.sbirka.cz/POSL4TYD/NOVE/16-027.htm>

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

<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>

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

<http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>

SEZNAM ZKRATEK

ADHD	-	Attention Deficit Hyperactivity Disorders
CNS	-	Centrální nervová soustava
EEG	-	Elektroencefalogram
IVP	-	Individuální vzdělávací plán
MŠ	-	Mateřská škola
MŠMT	-	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PLO	-	Pravo levá orientace
PPP	-	Pedagogicko-psychologická poradna
RVP	-	Rámcový vzdělávací program
SVP	-	Středisko výchovné péče
ZŠ	-	Základní škola

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Obsah IVP	I
Příloha B – Hlavní činnosti asistenta pedagoga	II

Příloha A – Obsah IVP

„Individuální vzdělávací plán musí obsahovat:

- *údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče žákovi včetně zdůvodnění,*
- *údaje o cíli vzdělávání žáka, časovém a obsahovém rozvržení učiva včetně případného prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání, volbě pedagogických postupů, způsobu zadávání a plnění úkolů, způsobu hodnocení, úpravě konání závěrečných zkoušek, maturitních zkoušek nebo absolutoria,*
- *vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci s žákem a rozsah práce; u žáka střední školy se sluchovým postižením a studenta vyšší odborné školy se sluchovým postižením se uvede potřebnost nezbytných tlumočnických služeb a jejich rozsah, případně další úpravy organizace vzdělávání,*
- *seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů nezbytných pro výuku žáka nebo pro konání příslušných zkoušek,*
- *jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka,*
- *návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, kde se žák vzdělává*
- *předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků nad rámec prostředků státního rozpočtu poskytovaných podle zvláštního právního předpisu,*
- *závěry speciálně pedagogických, popřípadě psychologických vyšetření.“*

(Kendíková – Vosmik, 2013, s. 65)

Příloha B – Hlavní činnosti asistenta pedagoga

„Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou:

- a) pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky a zákonnými zástupci žáků a komunitou ze které žák pochází,*
- b) podpora žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí,*
- c) pomoc žákům při výuce a při přípravě na výuku,*
- d) nezbytná pomoc žákům s těžkým zdravotním postižením při sebeobsluze a pohybu během vyučování a při akcích pořádaných školou mimo místo, kde škola v souladu se zápisem do školského rejstříku uskutečňuje vzdělávání.“ (Kendíková – Vosmik, 2013, s. 84)*

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora:	Hana Vojtěchová
Obor:	Speciální pedagogika - vychovatelství
Forma studia:	kombinovaná
Název práce:	Vzdělávání žáků mladšího školního věku se syndromem ADHD v běžné ZŠ a v ZŠ pracující v režimu speciálního školství
Rok:	2016
Počet stran textu bez příloh:	51
Celkový počet stran příloh:	2
Počet titulů českých použitých zdrojů:	16
Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:	0
Počet internetových zdrojů:	4
Vedoucí práce:	Mgr. Iva Duksová