

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2013–2015

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Hana Skalíková**

**Žáci se syndromem ADD, ADHD v kolektivu školní třídy  
na prvním stupni ZŠ**

Praha 2015

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Milan Fleischmann

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED**

2013-2015

**BACHELOR THESIS**

**Hana Skalíková**

**Pupils with ADHD and ADD Syndromes in a Group  
of the Class in an Infant School**

Prague 2015

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Milan Fleischmann

### **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

.....

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Milanu Fleischmannovi za vedení této bakalářské práce.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku socializace žáků se syndromem ADHD, ADD v kolektivu školní třídy na prvním stupni ZŠ. Teoretická část vychází z odborné literatury, přehledu aktuálních výzkumů o etiologii, symptomech a terapii tohoto syndromu. Na základě teoretické kapitoly a v souladu s naplněním stanoveného cíle této práce se praktická část zabývá otázkou, jak syndrom ADHD, ADD ovlivňuje pozici žáka ve skupině vrstevníků. Praktická část této práce obsahuje kvantitativní průzkum, který byl proveden metodou sociometrického dotazníku ve dvou třídách ZŠ. Z důvodu přesnější analýzy byl realizován také průzkum kvalitativní, metodou rozhovoru s jednotlivými žáky se syndromem ADHD, ADD a sestaveny kazuistiky. Prostřednictvím sumarizace výsledků bylo provedeno ověření stanovených hypotéz a utvořeny závěry.

## **Klíčová slova**

ADD, ADHD, socializace, sociometrický průzkum, školní třída, pozice

## **Annotation**

The bachelor thesis is focused on problems of socialization of pupils with ADHD and ADD syndromes in a group of the class in an infant school. The theoretical part is based on the special literature, current research on etiology, symptoms and therapy of this syndrome. On the basis of the theoretical chapter and in compliance with fulfilling the defined bachelor thesis objective, the practical part deals with a question how ADHD and ADD syndromes affect the pupil's position in a peer group. The practical part of the bachelor thesis contains a quantitative survey, which was conducted by the sociometric questionnaire method in two classrooms of the infant school. Because of the accurate analysis there was also carried out a qualitative survey using the method of interviews with individual pupils with ADHD and ADD syndromes and case studies were compiled. Verification of the defined hypotheses and forming the conclusions were carried out through summarization.

## **Keywords**

ADD, ADHD, class, position, socialization, sociometry survey

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY ADHD, ADD.....</b>	<b>11</b>
1. 1 Základní vymezení pojmů.....	11
1. 2 Příčiny ADHD, ADD.....	12
1. 3 Diagnostická kritéria a klíčové symptomy.....	13
1. 4 Komorbidity.....	16
1. 5 Modely ADHD.....	17
<b>2 SOCIALIZACE DĚTÍ S ADHD, ADD.....</b>	<b>18</b>
2. 1 Socializace dětí s ADHD, ADD v rodině.....	20
2. 2 Socializace dětí s ADHD, ADD ve škole.....	21
2. 3 Vrstevnická skupina.....	22
2. 3 Spolupráce rodiny a školy.....	23
<b>3 PROBLÉMY DĚTÍ S ADHD SPOJENÉ SE ŠKOLNÍ DOCHÁZKOU....</b>	<b>24</b>
3. 1 Současné studie a výzkumy.....	26
3. 2 Pedagogické přístupy k dětem s ADHD, ADD.....	28
3. 3 Odborná péče.....	30
3. 3. 1 Farmakoterapie.....	32
3. 3. 2 Farmakologa.....	32
<b>4 SOUHRN TEORETICKÉ ČÁSTI.....</b>	<b>34</b>
<b>PRAKTICKÉ ŘEŠENÍ.....</b>	<b>35</b>
<b>5 VÝZKUMNÝ CÍL A HYPOTÉZY.....</b>	<b>35</b>
<b>6 METODIKA PRŮZKUMU.....</b>	<b>37</b>
6. 1 Kvantitativní průzkum.....	37
6. 2 Kvalitativní průzkum.....	38
<b>7 VÝZKUMNÝ VZOREK A ČASOVÁ ORGANIZACE.....</b>	<b>39</b>
<b>8 VYHODNOCENÍ EMPIRICKÝCH DAT.....</b>	<b>40</b>
8. 1 Vyhodnocení pozice dětí ve 3. ročníku.....	41
8. 2 Vyhodnocení pozice dětí v 5. ročníku.....	49
<b>9 KAZUISTIKY.....</b>	<b>57</b>

<b>10 INTERPRETACE A DISKUZE VÝSLEDKY.....</b>	<b>61</b>
<b>11 SOUHRN PRŮZKUMU.....</b>	<b>63</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>64</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>66</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>72</b>



## ÚVOD

Výchova dítěte je jednou z nejsložitějších věcí, se kterou se můžeme ve svém životě setkat. Otázka zvládnutí tohoto klíčového úkolu jistě zásadně ovlivňuje náš pohled na sebe samé, na smysl našeho života a nutí nás k uspořádání svých životních hodnot a cílů. Výchova dítěte s jakýmkoli zdravotním znevýhodněním je o to složitější. Žijeme ve společnosti, kdy je obecně kladen stále větší důraz na výkon z čehož je zřejmé, že rodiče řeší střet nesouměrně se prolínajících rolí rodiče „vychovatele“ a rodiče „živitele“.

Kombinace výše uvedených skutečností v kontextu se současnými integračními trendy připomínají aktuálnost témat týkajících se problematiky socializace právě těchto dětí. Pedagog - učitel a vychovatel je dnes ten, s kým děti tráví většinu času, je tím, kdo by měl umět pomoci překonávat potíže spojené s handicapem dětem i jejich rodičům. Motivací pro výběr tématu týkající se problematiky socializace dětí s poruchou pozornosti a hyperaktivitou byly konkrétní žáci malotřídní školy, kteří mají diagnostikovaným syndromem ADD, ADHD a jsem s nimi v denním kontaktu.

Posláním této práce by mělo být zjištění, že poznáním každodenních starostí těchto dětí, můžeme prostřednictvím vhodných komplexnějších postupů, dosáhnout zkvalitnění jejich života, při čemž otázka socializace je jedním z důležitých měřítek. Hlavním cílem, bylo nalézt odpověď na otázku: Jak syndrom ADD, ADHD ovlivňuje pozici žáků ve skupině vrstevníků. Následující text se tedy zabývá problematikou dětí s hyperkinetickým syndromem a jejich socializací v kolektivu školní třídy, konkrétně na prvním stupni ZŠ.

První část této bakalářské práce vychází z odborných pramenů, je teoretickým zakotvením části praktické. První kapitola vymezuje základní pojmy, popisuje příčiny vzniku, diagnostická kritéria a symptomatologii syndromu ADD, ADHD a jejich modely. Druhá kapitola se věnuje primární a sekundární socializaci těchto dětí v rodině a ve škole a funkcím vrstevnické skupiny. V této kapitole je také rozvedeno téma týkající se spolupráce rodiny a školy, jejího vlivu na proces adaptace dítěte na život ve společnosti. Třetí kapitola obsahuje náhled některých současných studií a výzkumů hyperkinetického syndromu, možnosti pedagogických přístupů, podkapitolu

o možnostech odborné péče a farmakoterapii. Čtvrtá kapitola přináší souhrn teoretické části.

Druhá část této práce obsahuje praktické řešení. V páté kapitole je vymezen hlavní výzkumný cíl, který zní: „Zhodnotit, zda a jak syndrom ADHD, ADD ovlivňuje pozici žáka ve třídě“. Také jsou zde stanoveny hypotézy a nástin metod jejich ověřování. Šestá kapitola zdůvodňuje, proč byla v této práci použita kvantitativní i kvalitativní metoda průzkumu. V podkapitolách šesté kapitoly je podrobněji popsána kvantitativní metoda (sociometrický dotazník) i kvalitativní metoda (individualizovaný rozhovor), které byly v průzkumu použity. Sedmá kapitola se týká výzkumného vzorku a popisu časové organizace průzkumu. Osmá kapitola obsahuje jádro praktické části – vyhodnocení empirických dat, je nejobsáhlejší kapitolou praktické části. Vyhodnocení je rozděleno do podkapitol podle ročníků, získaná data jsou uspořádána do tabulek a grafů. Pro lepší přehlednost jsou tabulky a grafy stručně komentovány v přilehlém textu. Devátá kapitola shrnuje výstupy z kvalitativního průzkumu do tří kazuistik. Desátá kapitola přináší interpretaci a diskuzi výsledků. Na základě sumarizace získaných dat jsou zde ověřeny všechny stanovené hypotézy. V poslední kapitole je celkový souhrn průzkumu, jsou zde vysloveny závěry, které vyplývají z provedeného průzkumu. Závěr této bakalářské práce obsahuje zhodnocení splnění cíle, shrnutí obou částí práce a doporučení.

Věřím, že tato práce přispěje k lepšímu zmapování problematiky syndromu ADHD, ADD a její praktická část bude i malou inspirací.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY ADHD

Syndrom ADHD (zkratka anglického „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“), porucha pozornosti s hyperaktivitou, zkrátka děti, které vyžadovaly zvýšené nároky při jejich výchově, se vyskytovaly v naší společnosti vždy. Je pravděpodobné, že dnešní uspěchaná doba, nedostatek času, nervozita, násilí přítomné prostřednictvím médií, negativní výchova zaneprázdněných rodičů a řada dalších vlivů mají zásadní vliv na počet dětí, které se s tímto syndromem narodí a zároveň mohou znesnadňovat již tak dost složitou roli vychovatelů.

### 1. 1 Základní vymezení

Problematika poruchy pozornosti a hyperaktivity, byla v minulosti v Evropě vnímána jako jeden z projevů LMD, lehké mozkové dysfunkce a s ní související poruchy učení. Z tohoto důvodu si pojetí syndromu ADHD u nás nese dodnes toto dědictví. Ve spojených státech byl tento syndrom zkoumán samostatně již od 70. let.

R. Barkley definuje syndrom takto: „*ADHD je vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulsivity. Často se projevuje v raném dětství. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Tyto obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony.*“ (Barkley In: Michalová, 2007, s. 29) dále Barkley uvádí: „*Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci s rodinou, školou a společností*“. (Barkley In: Zelinková, 2003, s. 196).

Mezinárodní klasifikace nemocí dělí hyperkinetické poruchy do dvou jednotek:

- hyperkinetická porucha chování F90.1,
- porucha aktivity a pozornosti F90.0.

Ve školském zákoně je uvedeno: „Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování“. ( zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání. (In: Sbíрка zákonů ČR, 2004, § 16 ). Z tohoto zákona vyplývá dětem s touto poruchou právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. Tyto speciální vzdělávací potřeby zjišťuje školské poradenské zařízení, viz vyhláška č. 73/2005 Sb. O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

## 1. 2 Příčiny ADHD

Příčiny vzniku syndromu ADHD nejsou přesně definovány, z dosavadních poznatků je ale zřejmé, že výskyt této poruchy je podmíněn více faktory. Jedním z nich je genetická dispozice, O. Zelinková uvádí: „U rodičů s ADHD je 50% pravděpodobnost, že jejich děti budou trpět obdobnými obtížemi.“ (Zelinková 2003, s. 196). O dědičnosti ADHD uvádí Train: „ADHD má původ v genech, a proto jej nelze vyléčit, je však možné dítěti pomoci, aby se s obtížemi vyrovnalo.“ (Train, 1996, s. 43) Podle Traina je možná příčina také v poškození mozku v prenatálním nebo perinatálním období, ale připouští, že to neplatí pro všechny děti s ADHD.

Některé psychologické teorie předpokládají, že hyperaktivita je podmíněná současným spojením genetické dispozice a způsobem výchovy. O. Zelinková píše o výchově dítěte s tímto syndromem: „Je-li dítě s dispozicemi k nadměrné aktivitě, pohyblivosti, náladovosti stresováno netrpělivým a nedůtklivým rodičem, nemohou se utvářet správné vzory chování, komunikace.“ ( Zelinková 2005, s. 196)

Mezi další faktory, které mohou ovlivnit syndrom ADHD patří podle výzkumů např. nadměrné užívání cukru a některých přídatných látek. V odborném článku o vlivu umělých barviv na lidský organismus B. Růžková píše, že intoleranční reakci způsobují především tzv. azobarviva E102, E 127, E 123, E 122 a o vlivu těchto látek uvádí: „Syntetická barviva mohou mít nežádoucí účinek u dětí, zejména se může jednat o zhoršení syndromu ADD a ADHD.“(Růžková, Barviva a jejich vliv na lidský organismus. [online] C 25.10. 2012. [cit. 2012-26-03] ) Větší riziko narození dítěte

s poruchou pozornosti a hyperaktivitou mají matky užívající během těhotenství návykové látky např. Nikotin, alkohol, drogy.

Současný pohled na příčiny ADHD vychází ze všech výše uvedených skutečností, řadíme ji mezi neurovývojové poruchy, projeví se již v raném dětství a u téměř poloviny jedinců symptomy přetrvávají i v dospělosti. Jestliže syndrom ADHD není včas diagnostikován, jedinec je neustále srážen vlastním selháváním a mohou se objevit sekundární somatické potíže, psychické poruchy, poruchy spánku apod., řešení bezvýchodné situace může vést k rizikovému chování (návykové látky, kriminalita atd.). Z pohledu pedagoga je závažná jistě i míra upevňování patologických vzorců mezilidských vztahů a jednání ve vztahu k budoucí generaci.

### 1. 3 Diagnostická kritéria a klíčové symptomy

Porucha pozornosti / hyperkinetický syndrom (Attention-deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) je jedním z nejčastěji se vyskytujících mentálních onemocnění u dětí. Odhady počtu postižených dětí se liší podle diagnostických kritérií. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) vydaná Americkou asociací psychiatrů v roce 1994, je postiženo 3-6 % dětské populace.

Klasifikační systém The International Classification of Diseases, 10 th edition (ICD-10), u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10), je přísnější a odhaduje 0,5 % postižených dětí. Pomocí ICD-10 proto bývá opakovaně diagnostikována menší skupina dětí se závažnějšími příznaky, než v případě klasifikace DSM-IV.

Ačkoliv se vedou polemiky o tom, že diagnostická kritéria DSM-IV jsou příliš benevolentní, existují důkazy, jak děti splňující tyto podmínky, mají značný prospěch z léčby, a proto by také tuto adekvátní léčbu měly dostat. (Munden a Arcelus, 2002, s. 19) Paclt uvádí k výskytu této poruchy: *“Hyperkinetický syndrom se vyskytuje asi u 6 % dětské populace v poměru chlapců a dívek 3 až 5 : 1.”* ( Paclt a kol. 2007, s. 13) Klíčové symptomy kterými trpí děti s hyperkinetickým syndromem s poruchou pozornosti jsou podle stejného autora *“nepozornost, nadměrná aktivita a impulzivita.”* ( Paclt a kol. 2007, s. 13) Stejný autor uvádí, že tyto charakteristické symptomy

se projevují nejvýrazněji v souvislosti se školním prostředím, kdy jsou na děti kladeny zvýšené nároky v oblasti soustředění, kontroly pohybů, přizpůsobování atp..

Podle Vágnerové (2005, s. 98) rozlišují Mezinárodní klasifikační systémy různé varianty poruch pozornosti:

- **Syndrom ADD** (attention deficit disorder), kdy převažuje porucha pozornosti – nedostatečné zaměření se na určitou činnost či podnět (oblast selektivní pozornosti), nedostatečná flexibilita a rozdělování pozornosti na jednotlivé podněty či za sebou následující kroky (tzv. distribuce).
- **Syndrom ADHD/ADD** s převahou hyperaktivity a impulzivity. Problémem je sklon k nadměrné a neúčelné aktivitě, nedostatek kompetencí tlumit a regulovat, případně aktivovat vlastní reakce. Přítomen je rovněž deficit v oblasti pozornosti.
- **Syndrom ADHD**, kdy jsou klíčovými symptomy impulzivita, hyperaktivita a nepozornost. Tyto symptomy se projevují již v raných stádiích vývoje, jsou v čase nápadně stálé a stejné, jako vzorce chování, zůstávají v průběhu měsíců i let neměnné. U některých dětí přetrvávají až do dospělosti i když s věkem sociálním zráním ustupují do pozadí. Nicméně mohou narušit vztahy dítěte s rodinou, jeho vrstevníky a zvyšovat riziko sociální izolace.

#### **Klíčové symptomy:**

- Nepozornost:**
- potíže s udržení pozornosti (např. při práci, při hře),
  - chyby z nedbalosti,
  - potíže se sledováním instrukcí,
  - dezorganizace činností,
  - vyhýbání se duševní práci,
  - nezájem o důležité detaily,
  - zapomnětlivost,
  - roztržitost.
- Impulzivita:**
- kvapné odpovědi dřív než byla vyslovena otázka,
  - problém vyčkat na určitý okamžik,
  - přerušování řeči jiných (skákání do řeči).

- Hyperaktivita:**
- neposednost, neklid horních a dolních končetin,
  - nevhodný pohyb (vstávání z lavice během výuky),
  - časté pobíhání, poskakování, lezení po nábytku,
  - hlasité vyrušování,
  - nadměrné mluvení.

Aby byly symptomy ADHD klinicky významné a splňovaly diagnostická kritéria, musí se vyskytovat ve významném počtu a v dostatečném stupni a vážně postihovat schopnosti dotyčného jedince. Rovněž se musí vyskytovat v rozsahu, který překračuje meze běžné pro jedince daného věku a vývojového stadia.

Goetz a Uhlíková (2009, s. 33) hovoří o subtypech syndromu ADHD, kdy projevy nepozornosti, hyperaktivity či impulzivity nemusí být u všech dětí s ADHD vyjádřeny stejně intenzivně. Míra vyjádření příznaků se může během vývoje měnit a příslušnost k určitému subtypu ADHD tak není trvalým jevem.

Obdobně Michalová (2007, s. 48) rozlišuje dva typy poruch aktivity, kdy se jedná o deficitní fungování procesů podráždění a útlumu v rámci celkové aktivity organismu, a to:

- **Hyperaktivní typ** (u většiny dětí s ADHD). Děti jsou zvýšeně pohyblivé, neúčelně motoricky aktivní a neposedné (vrtí se na židli, třepou rukama a nohama, stále si s něčím hrají). Pohyby bývají neuspořádané, chaotické a nemotorné, často se vyskytuje impulzivita vznikající deficitem útlumových mechanismů. Reakce na podněty jsou překotné, ukvapené a bezprostřední. Dítě reaguje často tak, aniž by domyslelo důsledky či rizika svého jednání (Michalová, 2007, s. 49).
- **Hypoaktivní typ** je charakterizován sníženou úrovní aktivity, převažuje složka útlumová. Dítě je apatické, ponořené do svých myšlenek a snění, působí jako bez zájmu. Hypoaktivní jedinci bývají nápadně pomalí, reagují s dlouhými latencemi a jejich emoční projevy jsou často utlumené. (Vágnerová, 2005, s. 107)

Oba typy poruchy aktivační úrovně se negativně promítají do školního výkonu.

## 1. 4 Komorbidity

Velmi často se k syndromu ADD, ADHD přidružují i další psychické poruchy. 44% dětí s tímto syndromem může trpět ještě další psychickou poruchou. Běžně jsou ale diagnostikovány i dvě a více poruch u jednoho dítěte. Nejčastěji se jedná o afektivní a úzkostné poruchy, porucha obsedantně kompulsivní a tiková porucha, specifické poruchy školních dovedností, poruchy chování, včetně poruch opozičního vzdoru. (Barkley, Szatmari In: Paclt a kol., 2007, s. 20) Paclt také uvádí, že nejvíce se projevuje problémové chování těchto dětí lhaním, záškoláctvím, krádežemi a agresivitou. (2007, s. 20)

Přítomnost více psychiatrických diagnóz se u dětí s ADHD mění s věkem. Podle dostupných studií víme, že stoupá jejich závažnost. Tak, jak pacient s ADHD během dospívání získává větší samostatnost, bohužel klesají i možnosti rodičů některým věcem zabránit a zmírnit rizika, které ze základní poruchy ADHD nebo přidružené diagnózy plynou. „*Včasná léčba ADHD může snížit pravděpodobnost, že se objeví další duševní porucha.*“ (Goez, 2009, s. 75)

Mezi nejčastější komorbidity u dětí a dospívajících podle Goeze a Uhlíkové: „*Poruchy školních dovedností, specifické zpoždění ve vývoji motoriky a řeči, porucha opozičního vzdoru, poruchy chování, úzkostné poruchy, poruchy nálady, tiková porucha, porucha spánku, zneužívání návykových látek.*“ (Goez, 2009, s. 75-78)

Často bylo pozorováno, že žáci s ADHD mají větší sklony k užívání návykových látek (alkohol, nikotin, drogy), neboť vykazují vyšší riziko stát se na nich psychicky i fyzicky závislími. Začínají je rovněž užívat dříve, než žáci bez ADHD. Záleží totiž na jakési komplementaritě (biologickém modelu) mezi specifickou drogou a konkrétním jedincem. „*Vznik problémů pak závisí na jednoduché podmínce vzájemného setkání těchto dvou působilců. Není-li vhodná droga k dispozici, závislost nevznikne. Avšak, jestliže se jedinec s určitou drogou, na kterou je nastaven, setká, závislost vzniká neodvolatelně.*“ (Presl, 1995, s. 68) Pouze tento faktor ale nestačí. Riziko dále zvyšují širší souhra okolností, náhoda, epigenetické vlivy, apod..

Existují také onemocnění a poruchy, jež mohou být s ADHD díky špatné diagnóze zaměňována. Poruchy simulující ADHD mohou být somatického rázu (poruchy zraku nebo sluchu, záchvaty, následky poranění hlavy, nedostatek spánku,



špatná výživa), psychické poruchy (obsedantně-kompulzivní poruchy, Tourettův syndrom, autismus, Aspergerův syndrom, psychotické poruchy, poruchy chování, deprese a jiné emoční poruchy), nebo jako následek vedlejších účinků některých léků či drog (fenobarbital, carbamazepin, alkohol).

Děti s ADHD mohou současně trpět ještě dalšími psychickými poruchami. Je důležité si tuto skutečnost uvědomit při vyšetřování i léčbě, protože charakteristické symptomy se mohou navzájem překrývat a ztěžovat tak diagnostiku.

## 1. 5 Modely ADHD.

Modely ADHD, ADD i ADHD/ADD vysvětlující příčinu tohoto onemocnění se často překrývají, v současné době existují:

- **morfologický:** snížený objem mozkové tkáně (šedé i bílé hmoty) ve frontálních oblastech mozku
- **neuroanatomický:** odchylky od normální architektury neuronových spojení
- **neurofyziologický:** snížený průtok krve mozkem, nedostatečné okysličování nervových buněk, odchylky v elektrické aktivitě mozku
- **psychofyziologický:** nedostatečná úroveň bdělosti a pozornosti, potíže se soustředěním, pamětí, učením, poruchy pohybové koordinace, sluchové analýzy a syntézy, neustálý neklid, vývojové poruchy řeči apod.
- **neurobiologický:** dysfunkce ve frontální a striatální oblasti mozku
- **biologický:** snížená aktivita dopaminergního, noradrenergního a serotoninergního systému
- **genetický:** genetická podmíněnost odchylek a dysfunkcí

Je důležité zdůraznit, že jakoukoli patologii je třeba posuzovat v rámci celkového kontextu poruchy a prostředí. Genetika, biologie, rodina, škola a společnost jsou faktory spolupůsobící ve vzájemné interakci.

## 2 SOCIALIZACE DĚTÍ S ADHD a ADD

*„Socializace znamená pro školu zprostředkování potřebných norem, znalostí, schopností a dovedností. Škola vychovává mládež podle určitých, jasně definovaných cílů, tj. učí děti těm kompetencím, které společnost na základě stávajících sociálně ekonomických podmínek považuje za cenné a užitečné.“ (Prokop, 2001, s. 51)*

- **Socializace:** je proces rozvoje vlastností a kompetencí, které umožňují postupnou integraci jedince do určité společnosti (v této práci je to školní třída). Úspěšně socializovaný jedinec, respektive žák, dovede žít bez problémů, je společností přijat a sám se s ní identifikuje. Základem socializace je učení. Podmiňování klasické a instrumentální, výsledkem socializace by mělo být získání specifických lidských způsobů reagování a vnímání. Tato adaptace probíhá po celý život a souvisí se zráním psychických struktur. Dochází k utváření jedince, jako společenské bytosti.
- **Socializační instituce:** existují primární (rodina), kde probíhá primární socializace, sekundární (školní třída, vrstevnická skupina), terciální (profesní adaptace, spolužití s partnerem) a kvartální (masmédiá).

*„Základní jednotkou ve škole je žák, ale nejdůležitější je třída. Školní třída je specifická sociální skupina se svými vztahy, hierarchií, normami, hodnotami i vývojem. Pozice dítěte ve třídě je významná i pro jeho školní úspěšnost.“ (Kurzweilová, Češková, O nejčastějších problémech dětí ve škole [online]. [cit. 2014-08-28]).* Období školní docházky je důležité z hlediska rozvoje sociálních vztahů. Ve škole se začínají rozvíjet nové vztahy především mimo rodinu. Pro rozvoj zdravých dětí i dětí s ADHD/ADD, navštěvujících školský institut, jsou nejdůležitější tři oblasti: rodina, škola a skupina vrstevníků. Rodina funguje jako zázemí a opora dítěte. Ve škole dítě získává nové sociální role, které mají důležitý význam.

Vedle „party“ ve třídě existují i školní normy, které musí žáci respektovat, čímž se učí sociální konformitě a pro ně, dosud neznámým způsobům chování. Důležitým socializačním prostředím se pro žáka stává skupina vrstevníků umožňující rozvoj nových kompetencí a individuálně specifických rysů osobnosti. (Vágnerová, 2008, s. 11)

- **Formování vzájemného vztahu mezi učitelem a žákem.** Sociální a pedagogické interakce. Je realizována v přímém kontaktu učitele a žáka a má charakter výchovně-vzdělávacího působení. Oběma stranám přináší zkušenost. Celý vyučovací proces spočívá ve vzájemné provázanosti stěžejních faktorů-žák, učitel, učivo. Žák reakce učitele třídí a přijímá je nebo odmítá.
- **Sociometrie.** Dnes běžně používaná metoda, která dokáže odhalit vzájemné vztahy mezi dětmi ve třídě i jejich jednotlivé pozice. Žáci mohou mít role typu hvězda (neformální vůdce, aktivní, oblíbený), dobrý přítel (sympatický, oblíbený, ale nemá majoritní vliv na třídu), střední cesta (průměr, většina, přijatelný střed, který nevyčínívá žádným směrem), nezajímavý (neodmítaný, ale ani nepřijímaný jedinec) a konečně tzv. outsider (dítě neoblíbené, nepřijímané).

Úloha třídy stoupá s věkem dětí. S přibývajícím věkem se děti více ztotožňují s normami vrstevníků a třída má pak charakter celku. Odchytky jako problémové nebo něčím výjimečné děti jsou odmítány. Tzv. „peer pressure“ neboli tlak ze strany vrstevníků je vždy velmi významným faktorem. Pokud je tlak správným směrem, působí na daného jedince pozitivně, je-li směrem nesprávným, má na dotyčného vliv negativní (např. dítě pod vlivem party začne užívat drogy). ADHD dítě, které přichází do party z „hyperprotektivního“ prostředí domova, je touto skupinou přitahován více, než kterékoliv jiné. *„Sebeprosazení ve skupině vrstevníků, získaný respekt, mu dává pocit tak touženého odtržení se od primární rodiny. Jestliže je to zároveň místo první intoxikační zkušenosti, pocit úniku od rodiny se ještě posiluje.“* (Presl, 1995, s. 55)

- **Peer-Group.** Organizace či metoda působící proti patologickým jevům ve škole (obecně mezi mladými). Peer znamená člověk (sobě) rovný, rovnocenný, stejné kvality, group je skupina, seskupení. Ve školním prostředí si lze představit obtížně viděné a uchopitelné sociální vztahy mezi žáky, v nichž jedná školní třída nebo její podskupiny ve smyslu rovnocenné skupiny, tzv. vrstevnické skupiny (Prokop, 2001, s. 54).

## 2. 1 Socializace dětí s ADHD v rodině

Primární sociální skupinou dítěte je ve většině případů rodina. Štech uvádí, že zde dítě získává základní struktury identifikace, v rámci rodiny se vytváří „základní figury internalizace norem a zákonů jednání.“ (Štech, 2003, s. 422). Většina ostatních sociálních vlivů, včetně často citovaných médií, projde částečně skrz síto rodiny (jsou to rodiče, kdo ovlivňuje množství času, které děti věnují sledování televize, internetu a jsou to rodiče, kteří interpretují informace z takových zdrojů). Význam primárních vztahů v životě dětí je nezpochybnitelný. Pocit jistoty a lásky v těchto prvních vztazích mají velký vliv na prožívání a kvalitu vztahů dalších, včetně vztahu k sobě samému.

Dobrý průběh primární socializace je důležitý pro další vývoj dítěte. Přítomnost dítěte s ADHD značně komplikuje idealizovanou představu láskyplného prostředí rodiny. Naopak přináší neklid, konflikty, vyčerpání, pocit selhání, viny, úvahy o zavinění poruchy. Tyto pocity může podporovat také zpětná vazba okolí, které pochybuje o kvalitě rodinného prostředí. Goetz a Uhlíková k tomuto uvádějí, že rodiče dětí s ADHD trpí zhoršením nálady, nízkým sebehodnocením a považují se za špatné rodiče. Výchova jim nepřináší radost, trpí sociální izolací. „*Trpí i partnerský vztah, rodiče dětí s ADHD mívají častěji neshody mezi sebou a až třikrát častěji v porovnání s rodinami bez ADHD je tato situace důvodem k rozvodu.*“ (Goetz, Uhlíková 2009, s. 147) Život rodin s dítětem s ADHD je pro duševní zdraví rodičů velká zátěž. Děti s ADHD často selhávají v klíčových okamžicích, kdy jsou porovnávány se svými vrstevníky např. při vstupu do mateřské nebo základní školy, jsou často odmítány jako nezralé, případně po nástupu do školy jsou vyloučeny, čímž dochází k dalšímu zpochybnění výchovného procesu v rodině. Socializace v rodině by měla předat dítěti základní vzorce vztahů a chování v nich, základ pro další fungování ve společnosti. Důležitý je i obsah tzv. mezigeneračního přenosu včetně vzdělání zprostředkovaným školou. Rodina předává původní hodnoty, tradice, způsoby chování, jednání a postoje. Pro další socializaci je velmi důležitý také charakter rodinných vztahů, jejich emočně zabarvené vazby, způsoby komunikace atd.. Všechny aspekty rodinné socializace jsou zároveň oblastmi, ve kterých se projevují symptomy ADHD v emoční rovině vztahů rodičů a dětí, která je v těchto případech spíše disfunkční nebo negativní.

## **2. 2 Socializace dětí s ADHD ve škole**

Školní socializaci definuje Helus (2007) jako socializaci záměrnou, řízenou a zprostředkovanou institucionálně. Úkolem školy je navázat na primární rodinou socializaci. S nástupem dítěte do školy dochází k jakémusi prověřování, zkoušení funkčnosti v novém kontextu např. Zvýšený nárok na kontakt s vrstevníky, podřizování se autoritě, způsob přijímání nových zkušeností, mění se i charakter úkolů, které je třeba plnit. Pro dítě se zdají méně konkrétní, nebo bez aktuálního užitku a smyslu. Školní socializace je charakterizována více kognitivně, pracuje více se slovem a obrazem, zatímco v rodině jsou dovednosti předávány v reálném procesu činností. Vztahy ve škole jsou méně osobní. Jiná jsou i pravidla a normy, která mají děti dodržovat. Vstup do školy je pro většinu dětí s ADHD, ADD kritickým okamžikem, mnohé z nich sem vstupují již se stanovenou diagnózou a symptomy se projevují ve všech základních oblastech. Dítě je tváří v tvář vystaveno neúspěchu a nepřímé úměře mezi vynaloženým úsilím a výsledky práce. Tento pocit nedokáže často popsat, jsou jaksi opuštěni se svým neúspěchem. Negativní postoj ke škole, k sobě i k učivu a učitelům je zapsán do mysli těchto dětí.

Děti s ADHD těžko odhadují svoje možnosti a zažívají zřetězenou reakci nepodařených pokusů o úspěch nevyhnutelně vedoucí k demotivaci. Děti s ADHD ve školním věku bojují nejen v rovině školní úspěšnosti ale tak v oblasti sociální, zejména ve vztazích s vrstevníky. V praktické části tohoto textu je popsán průzkum, který je zaměřen na zmapování této problematiky na prvním stupni ZŠ, konkrétně u tří žáků s ADHD a ADD.

## **2. 3 Vrstevnická skupina**

Vrstevnická skupina v podstatě znamená skupinu žáků stejného věku praktikující své vlastní způsoby společnéhožití a zvládnání reality. Mohou mít vlastní formu řeči, vlastní názor na to, co je morální a co nemorální, jaké sociální chování představuje normu, mohou mít definovány i své sociální cíle. Některé ze skupin jsou nepřehlédnutelné, výrazně na sebe upozorňují, například vnějšími znaky jako je

oblečení, střih vlasů, atd.). Tyto skupiny hrají pro mladé lidi často důležitou roli. Přibližně do 12. roku dětí bývá složení vrstevnické skupiny homogenní, později se diferencuje. Vytváří se podskupiny, ve kterých je velmi silná tendence vzájemně se přizpůsobovat a přijmout smluvené cíle, normy i aktivity, avšak postavení jednotlivců v takovýchto seskupení bývá odlišné (jeden dominantní „tahoun party,“ aj.). Při výměnách rolí (nebo snaze o výměnu) většinou nastává konflikt.

Vrstevnické skupiny mají několik základních funkcí:

- a) **funkce socializační.** Ve vrstevnických skupinách existují vztahy a chování jednotlivců nezkreslené výchovou dospělých. Dokonce zde mohou být vyzkoušeny nové způsoby jednání, aniž by hrozilo potrestání ze strany dospělých. Skupiny umožňují rovněž srovnání s ostatními, odhalují vlastní možnosti i pozice jednotlivých členů, a to bez kontroly a preferencí dospělých
- b) **funkce sociální ochrany.** Vrstevnická skupina poskytuje podporu tam, kde má jedinec jen nepatrné vyhlídky na úspěch, jako například při rvačce, hádce, nebo konfliktu, dále při napadání a pronásledování ze strany učitele i při nesmyslných nařízeních a svízelných institucionálních podmínkách. Jedinec tady nachází zastání a ochranu, která bývá spolehlivá. Pokud je totiž ochrana nespolehlivá, je vnímána jako zrada a za ni může následovat trest.
- c) **funkce emocionální a sociální.** Vrstevnická skupina nabízí prožitky, emoce, vztahy, na které se běžně v rodinném či školním prostředí nepřistupuje, ale i určitý emoční odstup od školních institucí (Prokop, 2001, s. 55-56).

**Sociální normy** – platné normy ve společnosti jedince (zde normy ve školní třídě), tedy pravidla, která upravují vzájemné vztahy mezi žáky navzájem, mezi žáky a učiteli a mezi učiteli navzájem. Obecně mezilidské vztahy. Udávají, co se ve společnosti sluší a co se nesluší. Jsou podmíněny historicky v rámci kultury. Upravují, co je v dané společnosti morální a co nemorální, co je přípustné a co nepřípustné. Každý jedinec je

sám schopen uchopit a zpracovat vlivy zvenčí a vychovat tak do určité míry sám sebe. Dětem s ADHD to však jde hůře.

**Sociální učení** – náplní je osvojit si typ lidské vlastnosti, jako například charakter, zájmovost, záliby. Obsah má tzv. sociální ráz typu pěstování vlastní vůle nebo rozvíjení svých schopností a forma má vždy konkrétní mechanismus (napodobování, podmíněný reflex, atd.).

## 2. 4 Spolupráce rodiny a školy

Socializace v rodině a ve škole jsou součástí celkového procesu adaptace dítěte na život ve společnosti. Přestože se ve své podstatě jedná o procesy odlišné, mají ve skutečnosti společný cíl, kterým je tzv. mezigenerační transmise kultury (Arendtová 1994). V užším smyslu lze tedy hovořit o výchově. Kultura je pojátkem mezi generacemi. Rodina zároveň hraje roli spíše ochranné, zatímco škola zprostředkovává dítěti poznatky z vnějšího světa. Socializace v rodině plní funkci více stabilizační, zatímco škola je bránou sociální mobility. Socializace je procesem utváření člověka působením sociálních vlivů a vlastních aktivit jedince, kterými reguluje působení sociálních vlivů. (Helus 2007). Helus také vyčleňuje procesy, které umožňují ovlivnění osobnosti člověka vnějšími socializačními vlivy, tedy vlastně mechanismy socializace. Jde o procesy: „- raná symbiotická vazba,

- zvnitřňování na základě identifikace

- učení zpevněním

- kognitivně sociální učení.“ (Helus, 2007, s. 107)

Stejný autor uvádí, že socializace není jednoduše proces a zdůrazňuje podvojnost cíle socializačního procesu. Na jedné straně je smyslem socializace rozvoj osobnosti v její jedinečnosti, prostor pro rozvinutí jejího potenciálu. Na druhé straně je potřeba individualitu člověka začlenit do mezilidských vztahů. Individualita osobnosti je zde spoutána nadosobními a nadindividuálními pravidly daného sociokulturního prostředí.

## 3 PROBLÉMY DĚTÍ S ADHD

### SPOJENÉ SE ŠKOLNÍ DOCHÁZKOU

Pro každé zdravé dítě i rodiče představuje začátek školní docházky zásadní změnu dosavadních zvyklostí. Ještě výraznější změnu však znamená pro děti, které nejsou zcela psychicky, duševně nebo fyzicky zdravé. ADHD jedinci mají často potíže mnohem větší než normální děti. Problémy související s nástupem do školy a následným několikaletým pobytem ve třídě bývají dány několika faktory - vnějšími, tedy negenetickými a vnitřními (vrozenými).

Svou roli hrají tyto činitelé:

- dítě samotné – jeho inteligence, emoční labilita, temperament, odolnost vůči stresu, schopnosti a dovednosti, tělesná konstituce,
- prostředí a rodina – to, kde se dítě narodilo a kde vyrůstá, sociální třída, jazyk, hodnotový žebříček rodiny, chování se navzájem, genetická výbava rodičů,
- škola a učitelé – s nimi tráví dítě mnoho času, jejich postoje a hodnocení jsou pro něj velice důležité, učitelé určují, který žák je problémový a který ne. Od pedagogů se také očekává, že budou vzniklé problémy řešit.

Školní potíže dětí jsou složitě provázané, podmiňují se, zastupují, střídají i opakují, ale především se řetězí a hromadí. V určitých věkových etapách se stejné potíže mohou projevovat různě. Je důležité umět rozlišit, které problémy by měly být řešeny ve škole (s pedagogy, mezi vrstevníky) a které doma s vlastní rodinou. Nejvíce obtíží nastává v počátcích povinné školní docházky. Výhodou bývá, že v tomto období rodiče dítě víc kontrolují a snaží se také se školou více spolupracovat. Později učitelé již u dětí předpokládají schopnost učit se a zvládat základní školní dovednosti za samozřejmost. Pokud tomu však není, přidružuje se k poruše učení rovněž problematické chování. U dětí s ADHD i ADD se v drtivé většině případů na prvním stupni základní školy projevuje spíše problémové učení, zatímco na druhém stupni spíše problémy s chováním (Kurzweilová, 2014, s. 1).



Důvodů může být několik:

- **Odchylka na hladině inteligence.** Zde je nezbytná kvalitní diagnostika, aby příčinou nedostatku rozumových schopností nebylo pouze málo podnětné prostředí dítěte. Problémy se školní neúspěšností u dětí nadaných bývají zapříčiněny zejména jejich nestandardním chováním a komunikací.
- **Specifické poruchy učení.** Zabraňují dítěti opanovat základní dovednosti, bez kterých se ve škole neobejde. Příkladem může být dyslexie (porucha čtení), dysgrafie (porucha psaní), dyskalkulie (porucha počítání), dysmúzie (porucha hudebních schopností) či dyspraxie (porucha motorických funkcí). Dále špatný zrak, sluch, únava a jiné obtíže somatického rázu.
- **Porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita.** Kam také řadíme syndrom ADD/ADHD. Nejmarkantněji se projevuje již od věku šesti a sedmi let, tedy s nástupem do školy. Patří sem ale také méně známá porucha hypoaktivity, kdy se dítě zdá být jakoby „zpomalené“. K dosažení úspěchu, respektive stejného výsledku jako průměrný žák, potřebuje nepoměrně více času a úsilí.
- **Vývojově podmíněné změny.** Příkladem může být školní nezralost, později projevující se jako problémy s impulzivitou, sebeovládáním, motivací, změnou vztahů k pedagogům a postoje ke škole obecně.
- **Nedostatek motivace.** Může být příčinou i důsledkem špatných studijních výsledků.
- **Negativní postoj ke škole.** Významnou úlohu má v tomto případě okolí dítěte, rodina (hodnoty, očekávání) i osobnost dítěte (např. nízké sebevědomí), ale také vzájemný vztah žáka a učitele.

Problémy s chováním ve škole nastávají tehdy, porušuje-li dítě sociální normy a očekávání okolí odpovídající jeho věku. Opakují-li se u dětí od 10 let, může se jednat o poruchy chování. Dítě normy chápe, ale neakceptuje je či se jimi nedokáže řídit (Vágnerová, 2005, s. 26).

Existují tyto typy problematického chování:

- **neagresivní:** lhaní, negativistické chování, švindlování, drobné podvody, úhybky, záškoláctví, toulání, útky, nerespektování školního řádu,
- **agresivní:** fyzické a verbální útky, krádeže, šikana, vandalismus, opoziční vzdor (souvisí často s ADHD), násilí.

Důsledky problémů s chováním jsou závažné pro rodinu, školu i dítě. Tito jedinci často jen těžko navazují přátelství. Kamarády si většinou nedokáží udržet. Mívají problémy s učením, sebevědomím, nedovedou situace řešit jinak než dalším problematickým chováním. V těchto případech je nutná pomoc školního poradenského centra, psychologa nebo dětského psychiatra.

Děti trpící hyperkinetickým syndromem mívají nízký počet kamarádů a když je mají, bývají to právě ti s méně žádoucím chováním. Dále zjistili, že ve spojitosti s impulzivitou a hyperaktivitou dochází k nižší schopnosti zvládat pravidla společenského chování či chápat sociální normy (Munden, Arcelus, 2002, s. 97).

### 3. 1 Současné studie a výzkumy

Výzkum na téma socializace dětí s ADHD ve školní třídě uskutečnili např. Bílková a kolektiv. Ve své práci se zaměřili na „*proces socializace dětí s ADHD (Porucha pozornosti s hyperaktivitou) v prostředí rodiny a školy.*“ (Bílková, 2009, abstrakt) Jejich primární předpoklad byl založen na literární a internetové rešerši aktuálních výzkumů o etiopatogenezi, symptomech a léčbě syndromu ADHD. Socializaci jedinců pojali jako interakční proces mezi ADHD dítětem, jeho sociálním a kulturním okolím. Příznaky ADHD považovali za faktor, který ovlivňuje vznik, vývoj a průběh socializačních schopností, zejména na úrovni ovlivnění vztahu s rodiči a profesory. Ve své studii se věnovali uvedené problematice u předškoláků a dětí mladšího školního věku. Klíčové otázky zaměřili nejen na stanovení diagnózy ADHD a její vliv na život dítěte, ale také na dopady ADHD na vztahy dítěte s jeho okolím (vychovateli, rodinou a školou). Data byla shromažďována prostřednictvím pozorování

děti a dále pomocí rozhovorů s rodiči i učiteli. Následně byly získané údaje podrobeny kvalitativnímu zpracování, vyhodnocení a interpretaci. Výsledky výzkumu poukázaly na význam postojů, které k problematice zaujímají vychovatelé, důležitou úlohu včasné diagnózy, stejně jako na roli motivačních obtíží spojených s ADHD, a to především na úrovni vztahu mezi rodinou a školou.

Výzkumná práce Dočkalové a kolektivu (Dočkalová, 2010) spočívala ve sledování interakce dítěte s ADHD a školního prostředí. Jejich hlavním cílem bylo: *„prozkoumat vztahy hyperaktivních žáků v sociálním prostředí, zejména mezi vrstevníky, a analyzovat postoje učitelů k problematice syndromu ADHD a jejich přístupy k těmto žákům.“* (Dočkalová, 2010, s. 43) Výzkumný tým se zaměřil na analýzu vztahů ADHD žáků ve školním prostředí a na přístupy a postoje učitelů k těmto žákům. Ve skupině pedagogů vyučujících žáky se syndromem ADHD, 34 ADHD žáků, na 3 matky dětí s hyperaktivitou a psycholožku z pedagogicko-psychologické poradny, která se zabývala problematikou ADHD. Velikost takového souboru je adekvátní pro kvantitativní analýzu, tedy sledování určité proměnné ve skupině.

Zajímavé jsou práce věnující se úspěchu a neúspěchu ve školní výkonové situaci u žáků základní školy (např. Poledňová, 2005). Vědecký tým Poledňová a kolektiv se při své studii zaměřují především na kauzální atribuce úspěchu a neúspěchu, tedy na příčiny, které žáci svému úspěchu a neúspěchu připisují, a také na emoce, které po úspěchu a neúspěchu prožívají. Zajímá je souvislost kauzálních atribucí s jednotlivými emocemi. Inspirací a podkladem pro tuto práci jim byla atribuční teorie motivace a emocí Bernarda Weinerja a jeho spolupracovníků, která se zabývala spojitostí kauzálních atribucí s emocemi a jejich vlivem na motivaci. Cílem výzkumné části práce byl příspěvek k obohacení této teorie o jedinečné zkušenosti žáků s úspěchem a neúspěchem ve školní výkonové situaci. Pro pochopení motivace, která je u ADHD žáků tolik důležitá, mohou závěry a jejich aplikace do praxe zlepšit výkon dětí s tímto syndromem. Je otázkou, nakolik jsou rozdílné pocity při úspěchu, respektive neúspěchu, u dětí s ADHD a zdravých kontrolních jedinců a jaké příčiny (nebo jak intenzivní) pocity vyvolávají.

Odpověď na otázku proč se zabývat příčinami, které žáci svému výkonu ve škole připisují podává Poledňová (2005, s. 254) takto: *„Ve výchově a vzdělávání je možné percepci kauzality využít v praktických souvislostech školního výkonu k navození změn úrovně výkonové motivace žáků. To je ve školním věku důležité, neboť v tomto období lidského života vznikají návyky a stereotypy, formuje se vztah k vlastní osobě a odpovědnost.“* (Poledňová, 2005, s. 254)

Ukazuje se, že emocionální reakce na úspěch a neúspěch mají své zákonitosti ve vztahu k příčinám úspěchu a neúspěchu. Studium emocionálních reakcí na prožívaný úspěch a neúspěch má několik závažných důvodů. *„Jde jednak o pochopení motivačního procesu za podmínek úspěchu a neúspěchu, přičemž poznatky jsou využitelné především ke změně motivace, jednak o to, že poznání vztahu mezi připisovanými příčinami a afektem umožňuje určovat s jistou pravděpodobností vnitřní motivační procesy registrací pozorovatelných afektivních reakcí. Uvědomění si těchto souvislostí je účelné zvláště pro diagnostický pohled učitele.“* (Hrabal, 1989, s. 110)

### **3. 2 Pedagogické přístupy k dětem s ADHD, ADD**

*„Škola přináší dítěti nové – učební – činnosti a klade na dítě postupně se zvyšující požadavky. Škála školních předmětů zahrnuje činnosti značně rozmanité, s požadavky na rozvíjení senzomotoriky, paměti, intelektu, estetických předpokladů, pozornosti, sebeovládání a vytrvalosti, svědomitosti, tj. všech aspektů osobnosti“* (Čáp, 2001, s. 229).

Děti s ADHD mají často pro svou hyperaktivitu, impulzivitu, nepozornost a jejich důsledky potíže ve škole. Nezřídka se u nich vyvinou také přidružená onemocnění typu deprese, poruchy opozičního vzdoru, nebo poruchy chování, které rovněž ovlivňují chování postižených jedinců i jejich schopnost učit se. Příčinou některých problémů souvisejících s ADHD je nedostatečná motivace a nízké sebevědomí, což může být důsledek toho, že učitelé a rodiče s dětmi se syndromem ADHD špatně pracují. Výsledky školních neúspěchů proto v těchto případech neodrážejí skutečnou inteligenci ADHD žáků.

Žáci trpící ADHD se ve škole projevují většinou takto- nedokáží dávat pozor na detaily, dělají chyby z nedbalosti ve škole i při domácích úkolech, mají potíže udržet nepřetržitě pozornost při úkolu i při hře. Vypadají, že neposlouchají (i když se mluví přímo na ně), nedodržují, co se jim zadá, nejsou schopni dokončit zadaný úkol (nikoli ze vzdoru, nebo protože příkazu nerozuměly).

Dělá jim potíže organizovat si úkoly a činnosti, vyhýbají se úkolům vyžadujícím nepřetržitě duševní úsilí (jako školní úkoly nebo domácí práce), jejich plnění záměrně odkládají. Ztrácí věci, které jsou pro úkoly a činnosti nezbytné, jsou snadno vyrušeni vnějšími podněty. Trpí zapomnětlivostí v denních činnostech. Často si pohrávají s rukama nebo nohama, vrtí se na židli, vyskakují z místa při vyučování i v jiných situacích, když se má sedět (školní divadelní představení, apod.). Mají potíže trávit volný čas potichu, příliš a nahlas mluví. Vyhrknou odpověď, ještě dříve, než byla dopovězena otázka, neboť je pro ně těžké čekat, až na ně přijde řada. Přerušují ostatní, skáčí jim do řeči.

Existují opatření, která nejsou nijak složitá a mohou dětem výrazně pomoci, například:

- posadit dotyčného do blízkosti pedagoga vpředu ve třídě, ten ho může sledovat a rozložit obsáhlejší nebo více složité úkoly na dílčí části,
- odměňovat dobře vykonanou práci a udržet pozornost pochvalou,
- někdy dítěti ulevit, například úkolem mimo třídu (poslat ho něco zařídit), nejlépe v případech, pokud ztrácí energii či pozornost,
- upozornit rodiče a odborníky na problémy a obtíže včas,
- podpořit dítě v aktivitách, které mu jdou, které mu mohou pomoci zvednout sebevědomí a zlepšit sociální dovednosti.

Ve škole se musí dítě naučit: řešit problémy, hospodařit s časem, neustále a aktuálně zapojovat rozhodovací procesy, rozmýšlet práci, optimalizovat komunikaci v mezilidských vztazích a efektivně přistupovat k řešení problémových situací. Pro děti s ADHD i ADD to bývá obtížné. Proto je důležité porozumět problematice spojené se

syndromem ADHD, správné vedení žáka a podpora rodičů je zde nenahraditelná. Při necitlivém přístupu pedagoga se celá situace ještě zhoršuje. Pokud zůstanou tyto děti v kolektivu vrstevníků poslední, kteří výše uvedenými schopnostmi nedisponují, mohou být touto skutečností zbytečně stresováni, což představuje jeden z dalších negativních faktorů, který je z hlediska zlepšení situace nežádoucí.

### 3. 3 Odborná péče

Jedinec se nerodí přímo s pevně danými znaky a vlastnostmi, ale dědí vlohy. Jejich míra určuje množství a intenzitu podnětů, které jsou třeba k tomu, aby se daný znak či vlastnost projevily. Individuální rozdíly mezi jedinci jsou zapříčiněny rozdílnými vrozenými předpoklady člověka, odlišnými vlivy prostředí a různými styly výchovy. Vzájemné působení všech těchto faktorů je příčinou toho, že každý člověk je jiný, jedinečný a neopakovatelný.

Pozitivní je, že téměř veškeré symptomy a potíže ADHD lze potenciálně vyléčit. Je nutné najít odpovídající způsob léčby a vzájemně spolupracovat. Terapeutický tým, který se může na léčbě ADHD dětí podílet by měl být složen z vyškolených odborníků. Jsou jimi:

**Školní či poradenský psycholog.** Školní psychologové jejichž zaměření je primárně orientováno na obory, kde se psychologie setkává se vzděláním a výchovou. Zapojují se do různých aktivit, zejména do: a) vyšetřování dětí s cílem odhalit jejich dovednosti, nadání a obtíže, včetně testování IQ; b) poradenství pro pedagogy a přístup - jak by škola měla dítěti pomoci nejlépe; c) poradenství pro ADHD děti, například - jak se umět vyrovnat s problémem; d) stěžejní osoba při aplikaci specifických přístupů a opatření.

**Sociální pomoc dětem s obtížemi.** V některých školách působí vedle pedagogů i asistenti pedagoga, kteří v procesu výuky dokáží přispět k lepšímu začlenění dětí se syndromem ADHD. Mohou dětem i učitelům teoreticky i prakticky pomoci s problémovým chováním těchto dětí. Některá centra rovněž nabízí specializované

třídy (známé jako vyrovnávací). Ty fungují na menších školách cílených na specifické problémy s učením i chováním.

**Lékař, pediatr.** Bývá často první, komu učitelé nebo rodiče zavolají. Případně také dětské psychiatry diagnostikují ADHD. Následně pak pomáhají s dohlížením, aby dítě užívalo léky tak, jak má a jsou vždy připraveni dítěti a jeho zákonným zástupcům poradit nebo pomoci.

**Sociální služby.** Sociální pracovník dokáže například najít pro dítě místo na prázdninovém táboře, zlepšit jeho sociální dovednosti, sebejistotu. Rodiče tak mají a prostor k odpočinku. Zaměstnanci sociálních služeb mohou rodinám s dětmi se syndromem ADHD nabídnou výraznou podporu.

**Psychologové.** *„Jsou to vysoce kvalifikovaní odborníci, kteří se specializují na zvládnutí psychických a psychologických potíží bez medikace.“* (Munden a Arcelus, 2002, s. 71) S dětmi pracují samostatně nebo spolupracují s rodiči. Používají techniky, které operují s myšlenkami, chováním, pocity, sociálními dovednostmi a sebedůvěrou. Často také nabízí konstruktivní pomoc v situacích, kdy vyvstane problém ve vztazích (rodiče vs. dítě, pedagog vs. dítě, matka vs. otec, aj.).

**Dětské psychiatry.** Jejich místo je v problematice ADHD dětí nezastupitelné. Mohou ordinovat léky, tzv. psychofarmaka, jako jedni z mála správně a včas diagnostikují syndrom ADHD, erudovaně pomáhají dětem s tímto onemocněním, radí odborně rodičům i pedagogům. Genetické přístupy ve výzkumu ADHD mají zásadní význam nejen teoretický, ale také praktický. Otevírají perspektivu volby farmaka podle genetické etiologie. Farmakologický přístup je v současnosti nejúčinnější formou léčby a jeho včasná aplikace brání rozvoji sekundárních poruch.

Z dalších členů terapeutického týmu lze jmenovat: širší rodina, zájmové organizace, rodičovské organizace na podporu dětí s ADHD a další.

### 3. 3. 1 Farmakoterapie

Pro pomoc dětem s ADHD je k dispozici celá řada léčebných postupů a opatření. Patří sem psychoterapie, opatření ve škole, sociální intervence, pomoc dalších institucí, spolků a organizací, rodina sama a během posledních několika desetiletí stále prosazovanější a s dobrými výsledky i léčba farmakology.

*„Pro děti se středně těžkou až těžkou poruchou může užívání léků znamenat skutečnou změnu v chování, v myšlení a ve schopnosti učit se, stejně jako ve vztazích k ostatním lidem.“* (Munden a Arcleus, 2002, s. 75) U ADHD dětí s mírnějšími příznaky a symptomy je nutné zvážit, zda využít nejdříve kombinaci speciálně pedagogických, psychologických a sociálních opatření, než je přistoupeno k terapii psychofarmaky. Léky vždy předepisuje lékař, dětský psychiatr, ve spolupráci léčeného jedince a jeho rodičů. V současné době existuje celá řada farmakologických přípravků, které fungují na různých principech. Každá skupina léků je majoritně cílena na jiný neurotransmiterový systém. Současné přístupy směřují k tomu, aby bylo možné na základě DNA vyšetření přímo stanovit nejvíce zasažený neurotransmiterový okruh a zvolit tak nejvhodnější skupinou léků pro léčbu ADHD.

### 3. 3. 2 Farmakologa

Léky dnes běžně užívané při ADHD farmakoterapii (Munden a Arcelus, 2002, 75–86):

- psychostimulancia (nejčastěji používaná, většinou nejúčinnější): Ritalin (methylfenydát), Dexatrin (dexamfetamin),
- tricyklická antidepresiva (efektivní asi u 30% dětí, které současně trpí úzkostí nebo depresí, na stimulancia nereagují a symptomy se u nich mohou dokonce zhoršovat),
- antipsychotická léčba: Haloperidol, Chlorpromazin,
- antihypertenziva: Clonidin, Propranolol,
- kombinace léků (požívání dvou a více léků současně): např. Ritalin (ADHD) a antidepresivum (deprese),
- SSRI: zpětné vychytávače inhibitoru serotoninu, retardovaný Ritalin, atd..



Nelze zapomínat na skutečnost, že farmakologa upravují mozkovou funkci a myšlení dítěte, stejně jako jeho pocity a chování. Mohou pomoci tlumit nežádoucí projevy syndromu ADHD a tím přispět k lepší úspěšnosti dětí s tímto syndromem. Díky lékům je tak možné předejít řadě nepříjemností, začlenit (a zklidnit) i jinak nezvladatelné dítě mezi kamarády a pomoci mu udržet si je. Dokud si mladý člověk neosvojí způsoby, jak zvládat své impulzy, hyperaktivitu a to, jak zaměřit pozornost na právě vykonávaný úkol, mohou být farmakologa pro tyto děti vhodnou alternativou.

## 4 SOUHRN TEORETICKÉ ČÁSTI

Dítě, které má ADHD, je skutečně proti své dysfunkci bezmocné a cítí se zoufale, jestliže je nuceno do něčeho, co mu vůbec nejde. Pokud se mu říká, že je líné, zlobivé, nebo hloupé, bývá situace ještě horší. Stará psychoanalytická moudrost zní: Pacient říká, že nemůže. Pacientova rodina a učitelé říkají, že nechce. Psychoanalytik ví, že pacient nemůže chtít. Jedinec s ADHD ale nemůže, protože jeho chtění i jeho vůle jsou oslabeny nemocí.

Děti s ADHD mívají skutečně ne příliš silnou vůli a ta je navíc oslabena vrozenou neschopností soustředit se, nebo geneticky předurčeným neklidem. Nejdůležitější je - uvědomit si, že problémy dítěte mají biologický základ a že neplynou z jeho charakteru, morálky nebo vůle. Proto je vhodné odeslat ADHD dítě také na specializované vyšetření do pedagogicko-psychologické poradny a k neurologovi. Včasné vyšetření ušetří čas a zbytečné trápení.

Poruchy pozornosti, především pokud se pojí s hyperaktivitou a impulzivitou, působí ve školním prostředí, ale i v domácím prostředí, rušivě a zvyšují riziko negativního hodnocení dítěte ze strany ostatních lidí. Obtíže se mohou promítat rovněž do vrstevnické skupiny, a to vzhledem k těmto charakteristikám hyperaktivních dětí: (Vágnerová, 2005, s. 108 - 111)

- snížená frustrační tolerance,
- horší sebeovládání a sebekontrola,
- nižší schopnost spolupráce s ostatními,
- snížená schopnost řešit konflikty,
- dráždivost a náladovost,
- nepředvídatelnost chování.

Děti trpící ADHD mívají nízký počet kamarádů, pokud je mají, bývají to často ti s méně žádoucím chováním. Ve spojení s impulzivitou a hyperaktivitou dochází k nižší schopnosti zvládat pravidla společenského chování či chápat sociální normy (Munden, Arcelus, 2002, s. 24).

Pozitivní výchova a učení upevňují žádoucí chování mnohem účinněji, než negativní. Rodiče i pedagogové by měli oceňovat dítě za to, co mu jde dobře než aby je trestali za to, co mu nejde.

# PRAKTICKÉ ŘEŠENÍ

## 5 VÝZKUMNÝ CÍL A HYPOTÉZY

Jak vyplývá z teoretické části této práce, vliv přítomnosti syndromu ADHD a ADD na život dítěte, jeho rodiny, vrstevníků v kolektivu školní třídy atd. je značný. Na jedné straně jsou to komplikace, které vycházejí z dopadů symptomů poruchy na každodenní život dítěte ve smyslu zvládnání každodenních činností. Druhou skupinou jsou dopady symptomů poruch na vztahy dítěte s jeho okolím. Smyslem této části práce je zjistit, jaké jsou reakce ostatních na chování dítěte s ADHD, ADD a zároveň zjistit jaké jsou reakce těchto dětí na obě tyto skupiny problémů, které se zpětně promítají do jeho postojů k sobě i do jeho vztahů s okolím. Praktická část této teoreticko-empirické práce je naplněním cíle práce a popisem průzkumu, který byl proveden na konkrétním pracovišti autorky práce.

Na základě teoretické části této práce a v souladu s naplněním cíle, který zní:

**„Zhodnotit, zda a jak syndrom ADHD/ ADD ovlivňuje pozici žáka ve třídě“**

byly stanoveny hypotézy, které jsou popsány v následující kapitole.

- **H1: Předpokládáme, že pokud budou jedinci s ADHD ve třídě vlivní, bude to v záporném smyslu.**
- **H2: Předpokládáme, že jedinci s ADHD budou ve třídě méně oblíbení.**
- **H3: Předpokládáme, že jedinci s ADHD budou ve třídě spíše izolováni.**

Ověření hypotéz proběhlo na základě dotazníku (příloha č. 3) se sociometrickým zaměřením, který je vlastní konstrukce a je inspirován sociometrickými metodami, např. socio-ratingovým dotazníkem, dotazníkem „Hádej kdo?“

S ověřováním hypotézy č. 1 souvisí tyto otázky dotazníku:

**„Kdo je ve třídě nejvíce uznáván – koho ostatní nejčastěji poslechnou nebo udělají to, co řekne či udělá on/ona?“**

**„Kdo je ve třídě nejméně uznáván?“**

S pozitivním vlivem souvisí otázky:

**„Kdo má nejčastěji dobré nápady, které ostatním neubližují?“**

S negativním vlivem souvisí otázka:

**„Kdo nejčastěji nemá příliš dobré nápady - ubližuje ostatním, vyvolává rvačky, hádky?“**

S ověřením hypotézy č. 2 souvisí následující položky dotazníku:

**„Koho ve třídě máš nejvíc rád/a?“ a „Koho ve třídě máš nejméně rád/a?“.**

S ověřováním hypotézy č. 3 souvisí tyto položky dotazníku:

**„Kdo je ve třídě osamocený?“**

**„S kým si ve třídě si ostatní děti málo hrají?“**

## 6 METODIKA PRŮZKUMU

V této práci byl proveden výzkum jak kvantitativní, pomocí sociometrického dotazníku, tak výzkum kvalitativní, prostřednictvím individualizovaného rozhovoru. Při používání dotazníků (kvantitativní výzkum) je analyzován větší počet dětí (soubor 10 jedinců ve 3. ročníku a soubor 8 jedinců v 5. ročníku), z něhož sice vyplývá více dat, ne však tak podrobných, jako při kvantitativním interview. Každý druh analýzy má však své nesporné výhody (na druhou stranu i nevýhody). Při kvalitativním průzkumu je možné získat velmi podrobné údaje o daném jedinci, je však třeba pečlivě je zhodnotit, interpretovat a obdržená data náležitě využít. Takové výstupy z vyšetření (rozhovoru) mají vysokou výpovědní hodnotu a jsou velmi žádané. Jsou však časově i interpretačně náročnější a nelze je proto uskutečnit v celé třídě. Oproti tomu dotazníky jsou koncipovány pro větší soubory, mohou obsahovat otázky otevřené, uzavřené i polootevřené. Analýza je složitější v tom smyslu, že je většinou nutné navíc podrobit výsledky statistickému zhodnocení významnosti dosažených výsledků.

### 6. 1 Kvantitativní průzkum

Sociometrický dotazník (příloha C) byl zadáván ve dvou třídách malotřídní školy, jednalo se o 3. a 5. ročník, ve kterých jsou celkem integrovány tři děti s ADHD/ADD. Vyplňování dotazníku se účastnil plný počet dětí. Při zadávání dotazníku byly dětem otázky čteny a podrobně vysvětlován jejich obsah tak, aby je správně pochopily. Děti byly upozorněny, že informace, které v dotazníku poskytnou, jsou zcela důvěrné a je důležité, aby pracovaly samostatně a nevykřikovaly žádná jména. Žáci mohli ke každé otázce uvést maximálně tři příjmení svých spolužáků. Z důvodu etiky jsou ve výzkumu uváděna jména křestní. Ve 3. ročníku je celkem 10 dětí, seznam jejich křestních jmen je uveden v příloze č. 1. V této třídě je integrován žák Petr, u něhož je diagnostikována porucha pozornosti s hyperaktivitou. Chlapce lze charakterizovat jako sociálně nezralého s projevy výraznějšího psychomotorického neklidu a vyrušování při hodině.

Je mu věnována specifická péče, zanesena v individuálně vzdělávacím plánu – např. zkracování úkolů, častější střídání činností, možnost pohybového uvolnění atp. Jeho prospěch je průměrný, výsledky často závisí na aktuálním stavu soustředění. Z pozorování třídní učitelky vyplývá, že se spolužáky dostává do častých konfliktů, v nichž bývá většinou aktérem. V 5. ročníku, který navštěvuje 8 žáků (příloha. B), jsou integrovány dvě děti se syndromem ADHD/ADD. U Martina je podle zprávy z PPP přítomen hyperaktivní typ ADHD a jeho projevy jsou charakterizovány podobně jako u Petra navštěvujícího 3. ročník. K syndromu ADHD se u něho ještě přidružuje specifická vývojová porucha učení v českém jazyce – dyslexie. Druhou integrovanou pro syndrom ADHD/ADD je dívka Tereza, která se projevuje spíše hypoaktivně – má pomalé pracovní tempo, zdá se, že často „nevnímá svět kolem sebe“, musí se jí často opakovat instrukce. Celkově působí klidně, zasněně. Vyskytují se u ní prospěchové potíže a trpí dyskalkulií, z důvodu které je jí věnován i specifický přístup v matematice.

## **6. 2 Kvalitativní průzkum**

Kvalitativní výzkum byl proveden pouze se žáky vykazujícími syndrom ADHD, resp. ADHD/ADD, konkrétně s Petrem (3. ročník), Martinem a Terezou (oba 5. ročník), a to formou rozhovoru dítěte (následně i rodičů) s dětským psychiatrem. Současně byla vyžádána i dokumentace od lékařů, k nimž docházeli výše uvedení žáci před počátkem školní povinné docházky. Každý rozhovor ve škole trval přibližně hodinu, kdy tazatel vedl interview pomocí rutinně pokládaných otázek. Byly kladeny i dotazy, které vyplynuly aktuálně z dané situace tak, aby v závěru mohla být sepsána kazuistika. Rozhovory se proto u jednotlivých dětí lišily.

Rozhovory byly vedeny na bázi přátelské debaty, neboť snahou bylo především netlačit na žáky a hovořit tak, aby děti byly co nejvíce uvolněné a bez strachu. Je pak vysoká pravděpodobnost, že tímto způsobem dotazovaní žáci (obzvláště, jedná-li se o děti se syndromem ADHD, resp. ADHD/ADD) odpovídají pravdomluvně a skutečně dokáží charakterizovat aktuální stav jejich psychiky.

## 7 VÝZKUMNÝ VZOREK A ČASOVÁ ORGANIZACE

Základní výzkumný vzorek sestává celkem ze 3 dětí s diagnózou ADHD nebo ADD, jejich spolužáci celkem ze dvou tříd malotřídní základní školy. Základní škola v současné době integruje i další žáky např. s poruchou autistického spektra a žáky s logopedickými potížemi, počet žáků ve třídě se pohybuje od 3 do 15ti žáků. Ve 3. třídě, kde byl proveden průzkum je 10 žáků, 5. ročník navštěvuje 8 dětí. První z dětí se syndromem ADHD – Petr je devítiletý chlapec, symptomy ADHD byly u něho patrné už od narození, ADHD bylo dětským psychiatrem diagnostikováno v jeho pěti letech. Žije v úplné rodině se třemi sourozenci. Další žák s hyperkinetickou poruchou je Martin. Je mu 11 let, při porodu prodělal mírnou hypoxii, MŠ nenavštěvoval, přetrvávají logopedické potíže, sourozence nemá, v současné době užívá antidepresiva, má sklon k agresivitě. Třetí dítě je 11ti letá dívka Tereza, symptomy ADHD – hypoaktivní typ u ní byly diagnostikovány v sedmi letech.

Sběr údajů v terénu byl organizován ve dvou základních fázích. První fáze probíhala ve třídách (ve 3. a 5. ročníku ZŠ) v rámci třídnické hodiny, kdy byl proveden sociometrický výzkum pomocí dotazníku. Dotazník obsahoval celkem 8 otázek (jednotlivé otázky jsou uvedeny v příloze C). Při zadávání dotazníku byly otázky dětem přečteny a ještě podrobně upřesněn jejich obsah tak, aby všechny děti otázkám správně porozuměly. Žáci mohli ke každé otázce uvést maximálně tři jména spolužáků. Pro zodpovězení všech otázek z dotazníku měli žáci dostatek času, vyplněný dotazník odevzdávali individuálně.

Druhá fáze byla realizována prostřednictvím individualizovaného rozhovoru. Výstupy z tohoto vyšetření mají vysokou výpovědní hodnotu, jsou však časově náročné (každý z celkem tří rozhovorů probíhal v časovém úseku 1 až 2 hodiny), proto pro první fázi průzkumu, kde bylo třeba získat informace od většího počtu respondentů, byl použit dotazník, který nevyžaduje takovou časovou náročnost jako je tomu při individuálním rozhovoru. Podrobnější údaje o průběhu obou fází průzkumu jsou rozepsány v podkapitolách 6.1 a 6.2.

Údaje, které byly získány prostřednictvím výše uvedených fází průzkumu se podařilo analyzovat a vyhodnotit formou tabulek a diagramů. Výsledky a data z průzkumu jsou vyhodnoceny a podrobně popsány v následující kapitole.

## 8 VYHODNOCENÍ EMPIRICKÝCH DAT

Data z kvantitativní analýzy byla vyhodnocena a interpretována formou tabulek a diagramů. Jelikož soubory dětí nebyly příliš rozsáhlé, bylo ustoupeno od statistické analýzy. Výsledky jsou přehledně řazeny v jednotlivých sekcích a jsou jasné po pročetí tabulek a prohlédnutí grafů. Pro upřesnění jsou stručně shrnuty v přilehlém textu. Data z kvalitativního výzkumu jsou podrobně sepsána a interpretována v podobě textu ke každému takto sledovanému dítěti zvlášť. V závěru nechybí stručné zhodnocení a souhrn kvalitativního průzkumu.

### 8.1 Vyhodnocení pozice dětí ve 3. ročníku.

Na otázku č. 1 „Kdo je ve třídě nejvíce uznáván – koho ostatní nejčastěji poslechnou?“ bylo sociometrickým dotazníkem získáno 23 voleb, z nichž nejvyšší počet obdržel Petr. Třída ho tedy vnímá jako nejvíce vlivného. Přehled počtu voleb u jednotlivých žáků znázorňuje následující tabulka č. 1 a graf č. 1. Naopak nejmenší vliv měli Jakub a Anna, každý získal 0 hlasů. Další s největším vlivem byli Simona a Eva (po 4 hlasech) a na třetí pozici se umístila Natálie s celkem 3 hlasy. Ve 3. třídě byl tedy jednoznačně nejvlivnější Petr

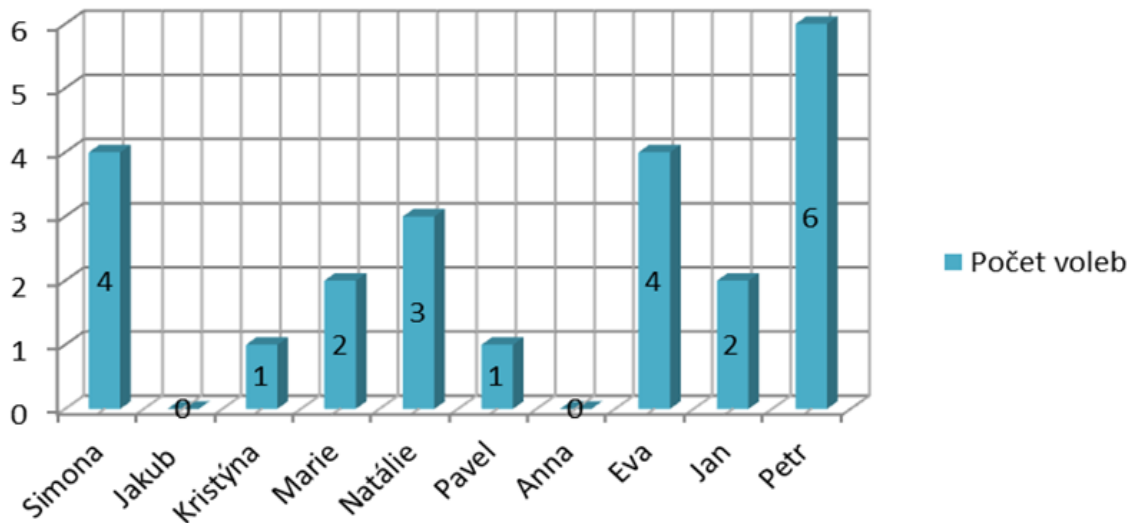
Tabulka 1: Nejvyšší vliv ve 3. třídě

Nejvyšší vliv	
jméno	počet voleb
Simona	4
Jakub	0
Kristýna	1
Marie	2
Natálie	3
Pavel	1
Anna	0
Eva	4
Jan	2
<b>Petr</b>	<b>6</b>
celkem	23

Zdroj: autor práce, 2014 ( vlastní šetření)



Graf 1: Vliv ve 3. třídě



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

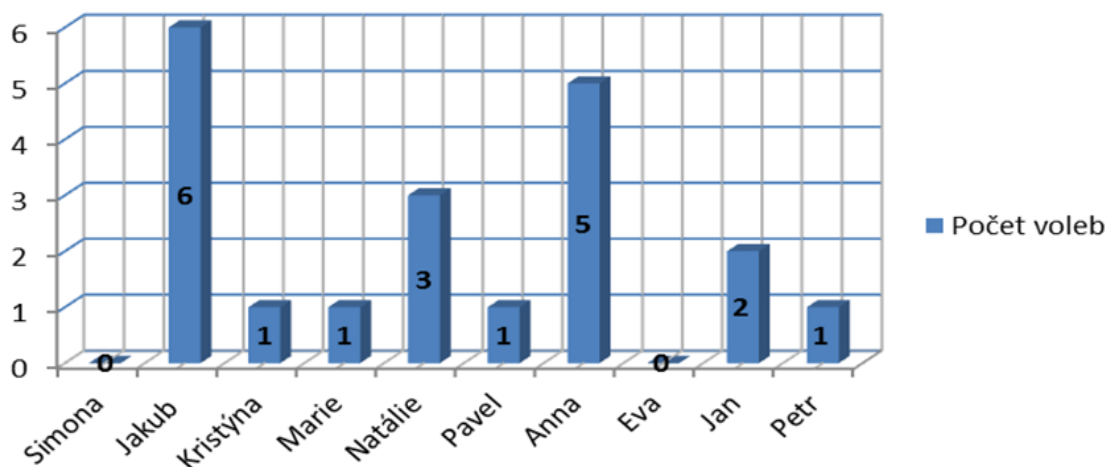
Na otázku č. 3: „Kdo je ve třídě nejméně uznáván, či názory a nápady ostatní neberou?“ bylo získáno 20 voleb. Nejnižší vliv podle počtu voleb (6) má podle spolužáků Jakub, následuje ho Anna (5 voleb). Petr, s diagnostikovaným syndromem ADHD, byl spolužáky jako nevlivný zvolen pouze jednou, což koresponduje s výsledky otázky předchozí. Přehled výsledků prezentuje tabulka č. 2 a z ní vytvořený sloupcový graf č. 2.

Tabulka 2: Nejnižší vliv ve 3. třídě

Nejnižší vliv	
jméno	počet voleb
Simona	0
Jakub	6
Kristýna	1
Marie	1
Natálie	3
Pavel	1
Anna	5
Eva	0
Jan	2
<b>Petr</b>	<b>1</b>
celkem	20

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 2: Nejnižší vliv ve 3. třídě



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Položka č. 3 směřovala ke zjištění, zda vliv jednotlivých dětí ve třídě je na ostatní spíše kladný („dobré nápady“). Jak ukazuje sumarizace výsledků z celkově 19-ti voleb, pouze jedna směřovala k Petrovi. Kladný vliv na skupinu má Simona (7) a následuje ji Anna (6).

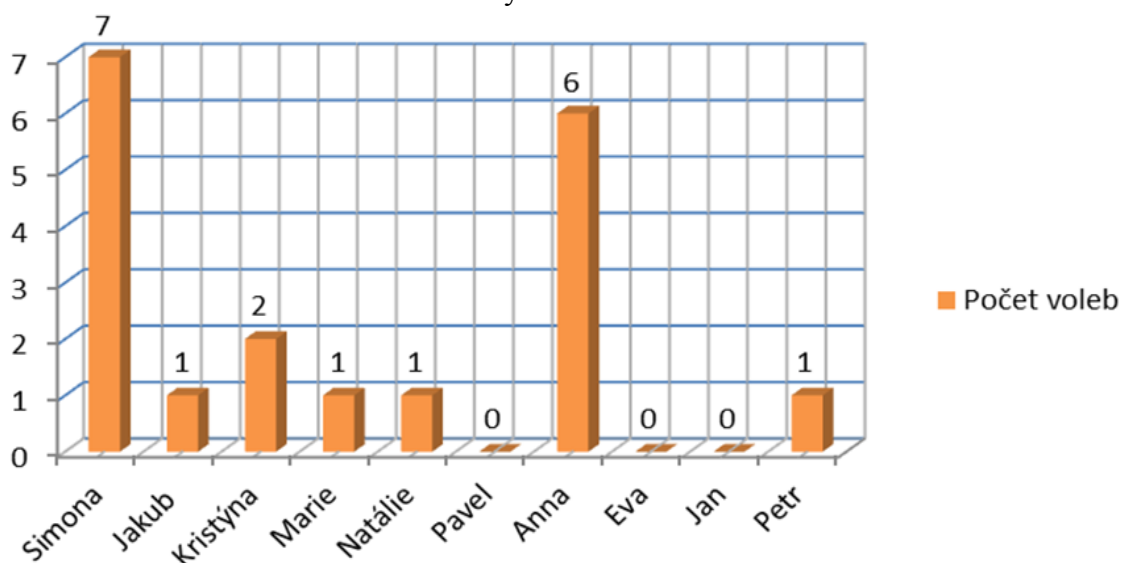
Výsledky otázky č. 3 jsou z hlediska porovnání prezentovány v grafu č. 3.

Tabulka 3: Kladný vliv ve 3. třídě

Dobré nápady	
jméno	počet voleb
Simona	7
Jakub	1
Kristýna	2
Marie	1
Natálie	1
Pavel	0
Anna	6
Eva	0
Jan	0
<b>Petr</b>	<b>1</b>
celkem	19

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 3: Kladný vliv žáků ve 3. třídě



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Následující položka dotazníku (č. 4) byla směřována k vnímání záporného vlivu jednotlivých žáků na skupinu. Bylo získáno celkově 14 voleb, z nichž polovina (7) patřila Petrovi. Jeho vliv ve třídě lze tedy vnímat v negativním slova smyslu.

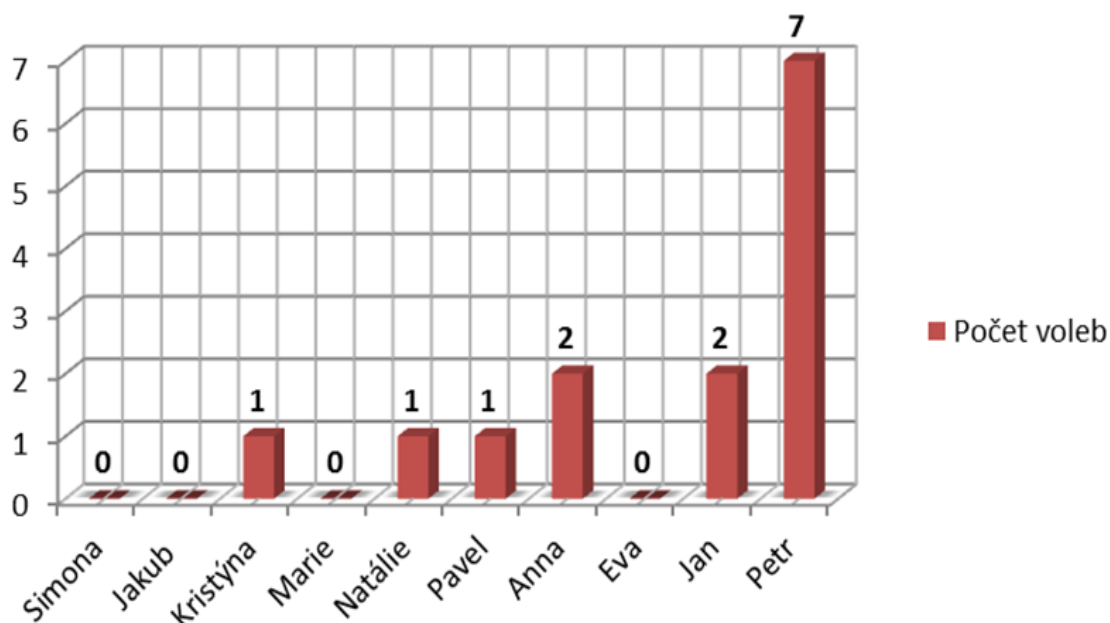
Výsledky (počet voleb) otázky je prezentován tabulkou č. 4 a grafem č. 4.

Tabulka 4: Záporný vliv ve 3. třídě

<b>Záporný vliv</b>	
<b>jméno</b>	<b>počet voleb</b>
Simona	0
Jakub	0
Kristýna	1
Marie	0
Natálie	1
Pavel	1
Anna	2
Eva	0
Jan	2
Petr	7
celkem	14

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

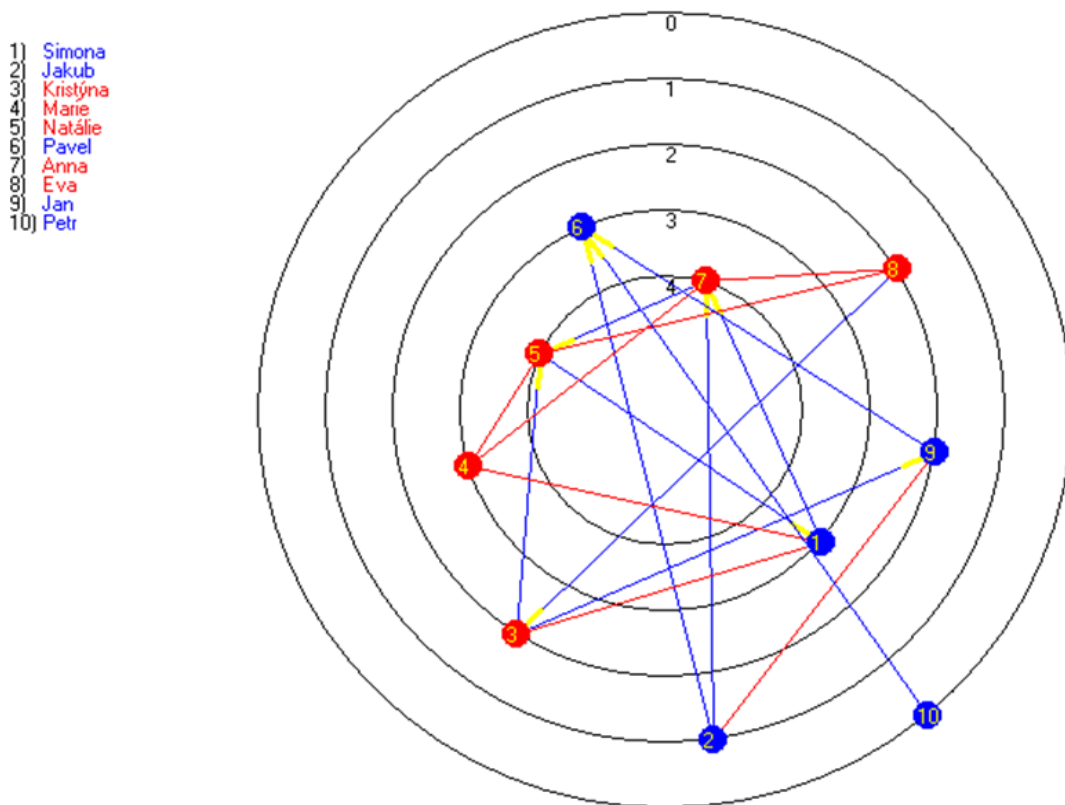
Graf 4: Záporný vliv žáků ve 3. třídě



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Položka č. 5 dotazníku „Koho ve třídě máš nejvíce rád/a?“ směřovala k zjištění kladných vztahů mezi žáky. Jak ukazuje následující graf č. 5 – terčový sociogram, žák nejbližše středu je ostatním nejvíce sympatický (Anna, Natálie), žák od středu nejdále dostal nejméně pozitivních voleb – je nejméně oblíben. Vzájemné kladné vztahy jsou vyznačeny červenou čarou, jednostranný vztah je označen modrou čarou, přičemž žlutá šipka směřuje k volenému žákovi. Sledovaný Petr (v grafu pod č. 10) je vzdálen nejdále od středu, dostal tedy nejméně kladných voleb. K němu žádná kladná volba nesměřuje, sám volí jako sympatického jednoho z žáků – Jakuba (č. 6). Petr se dá považovat za nejméně oblíbeného ve třídě.

Graf 5: Vzájemné sympatie mezi žáky 3. třídy

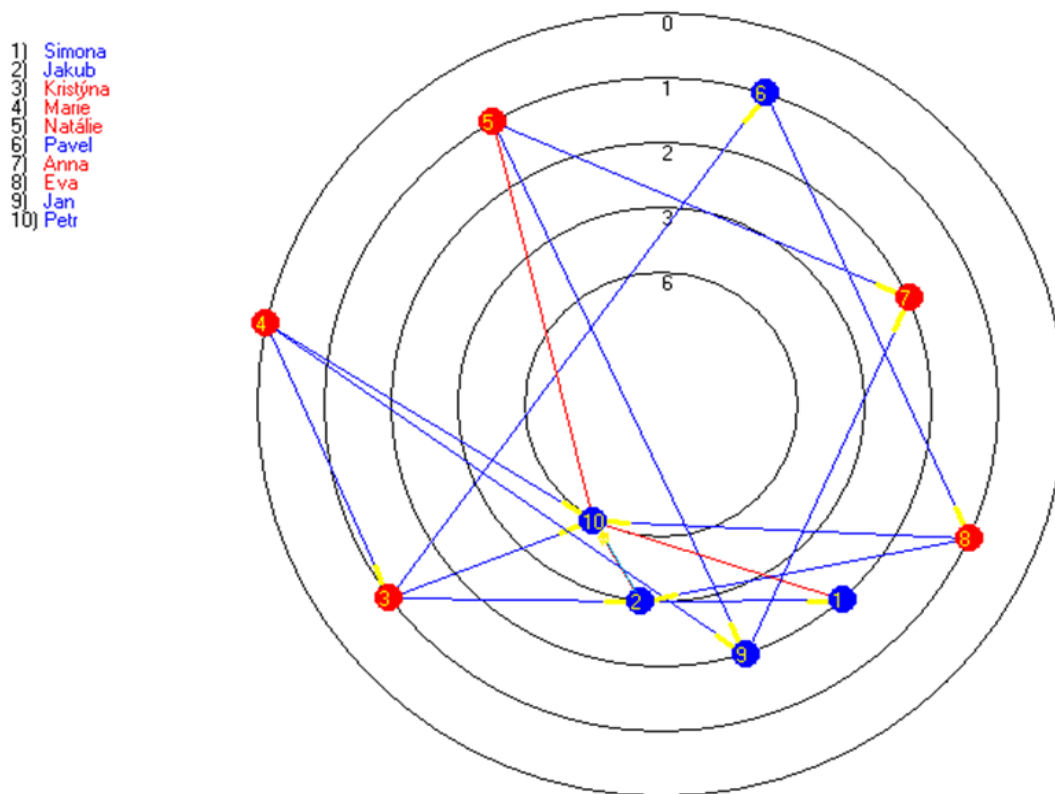


Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

V pořadí 6. otázka dotazníku „Koho ve třídě máš nejméně rád/a?“ byla orientována na záporné vztahy mezi dětmi ve třídě.

Jak vyplývá z následujícího grafu (č. 6), jméno Petra (č. 10) je umístěno nejbližší středu terče, byl tedy nejčastěji volen jako neoblíbený – jedná se o 6 voleb k němu, přičemž dvě vykazují oboustranné nesympatie (Petr a Simona, Petr a Natálie).

Graf 6: Vzájemné nesympatie mezi žáky 3. třídy

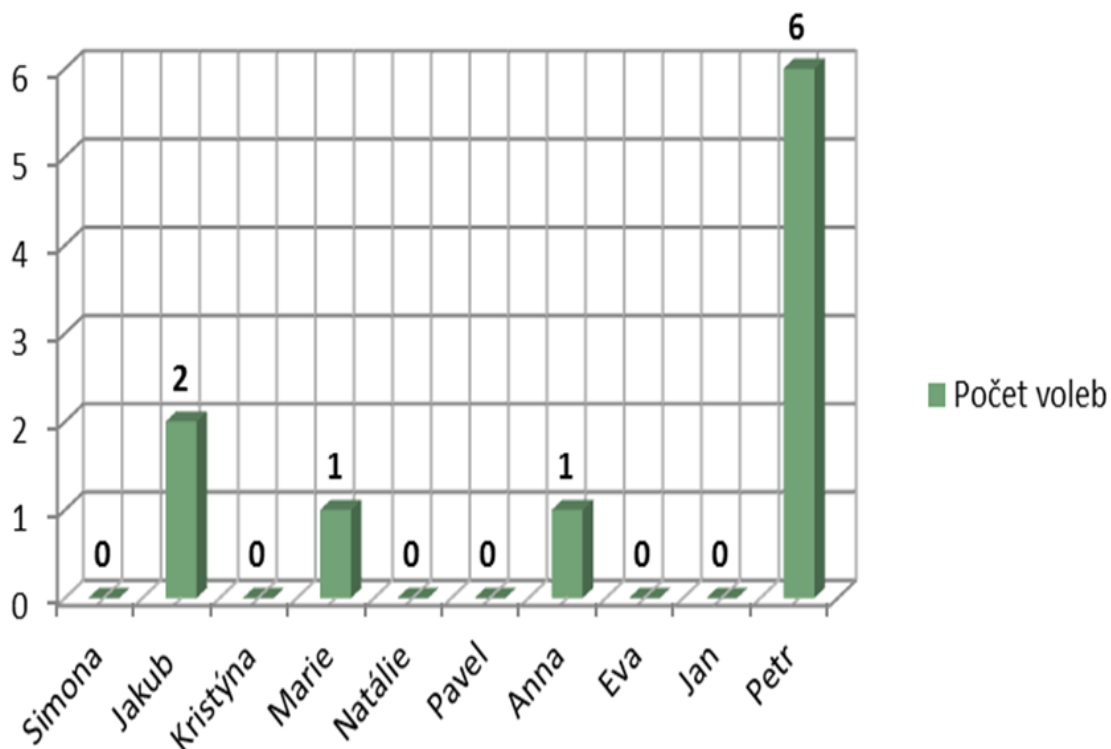


Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Sumarizaci výsledků na otázku č. 7 „Kdo je ve třídě osamocení?“ prezentuje tabulka č. 5 a graf č. 7. Jak je zjevné, z celkového počtu voleb (10) jich 6 směřovalo k Petrovi, přičemž polovina dětí (5) nedostala v tomto směru žádný „hlas“.

Stejně tak v otázce č. 8, která zněla: „S kým si ve třídě ostatní děti málo hrají?“, jsou nejpočetněji zastoupeny volby směřující k Petrovi– ve čtyřech případech z celkových sedmi voleb, ostatní dvě děti (Anna a Jakub) mají jednu a dvě volby. Výsledky této otázky jsou uvedeny v tabulce č. 6 a znázorněny sloupcovým grafem č. 8 na následujících stránkách

Graf 7: Osamocenost žáků ve 3. třídě



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Tabulka 5: Osamocenost žáků ve 3. třídě

Osamocený	
jméno	počet voleb
Simona	0
Jakub	2
Kristýna	0
Marie	1
Natálie	0
Pavel	0
Anna	1
Eva	0
Jan	0
<b>Petr</b>	<b>6</b>
celkem	10

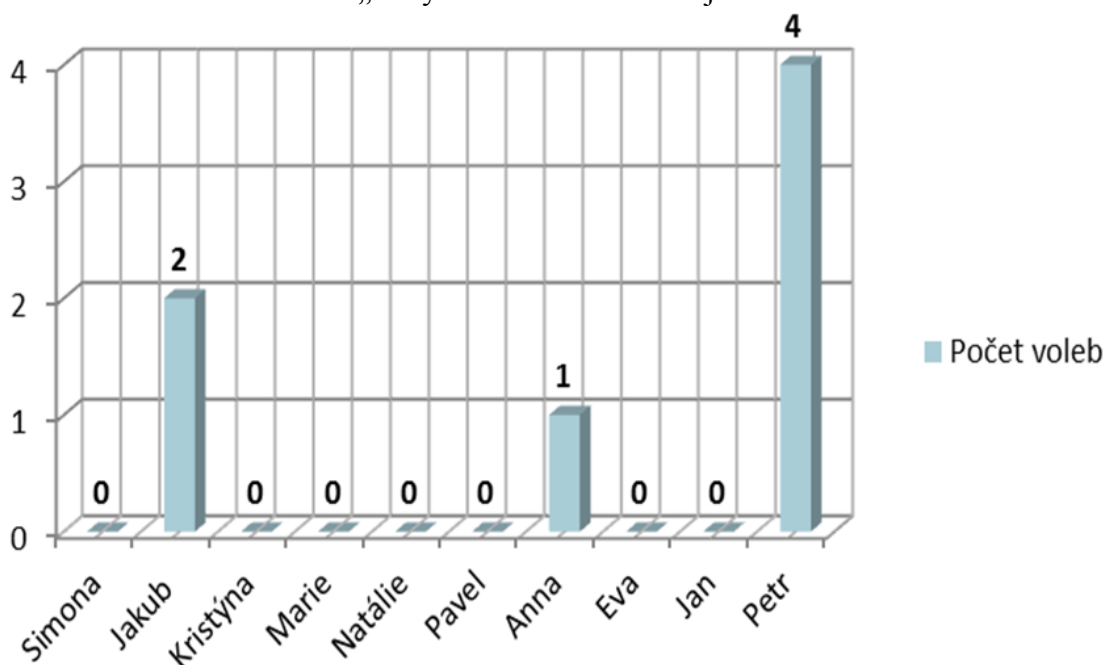
Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Tabulka 6: Odpověď na otázku: „S kým si ostatní málo hrají?“ 3. třída

S kým si ostatní málo hrají?	
jméno	počet voleb
Simona	0
Kristýna	0
Marie	0
Natálie	0
Pavel	0
Anna	1
Eva	0
Jan	0
<b>Petr</b>	<b>4</b>
celkem	7

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 8: „S kým si ostatní málo hrají?“ 3. třída



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)



## 8. 2 Vyhodnocení pozice dětí v 5. ročníku

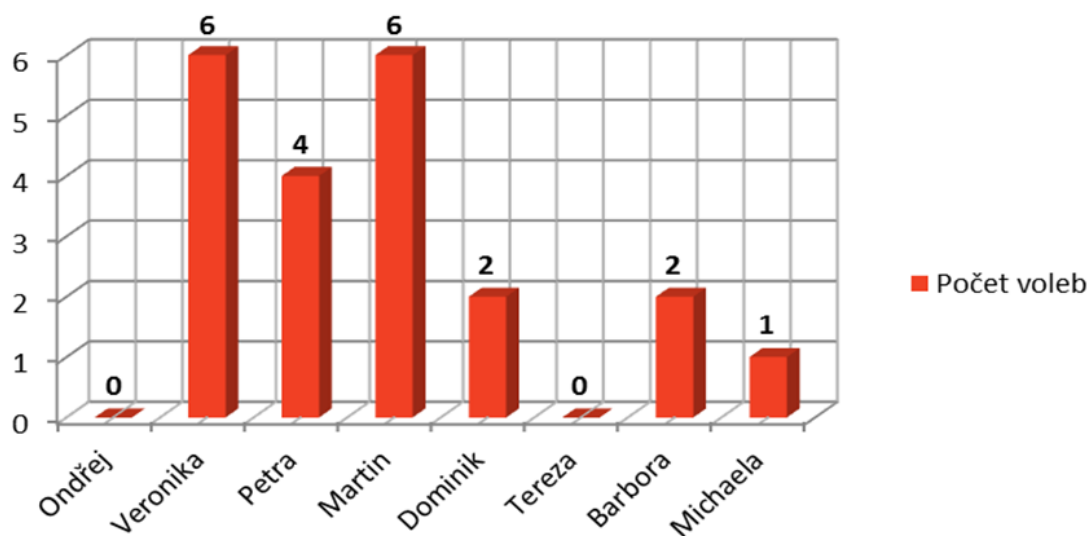
Na otázku č. 1 týkající se vlivu bylo dotazníkem zadaným v 5. ročníku získáno 21 voleb, z nichž nejvyšší počet (6) obdržely dvě děti – Martin (ADHD) a Veronika. Naopak Tereza (ADHD) má stejně jako Ondřej nulový počet bodů. Přehled počtu voleb u jednotlivých žáků znázorňuje následující tabulka č. 7 a graf č. 9.

Tabulka 7: Nejvyšší vliv v 5. třídě

Nejvyšší vliv	
jméno	počet voleb
Ondřej	0
Veronika	6
Petra	4
<b>Martin</b>	<b>6</b>
Dominik	2
<b>Tereza</b>	<b>0</b>
Barbora	2
Michaela	1
Celkem	21

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 9: Nejvyšší vliv v 5. třídě



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

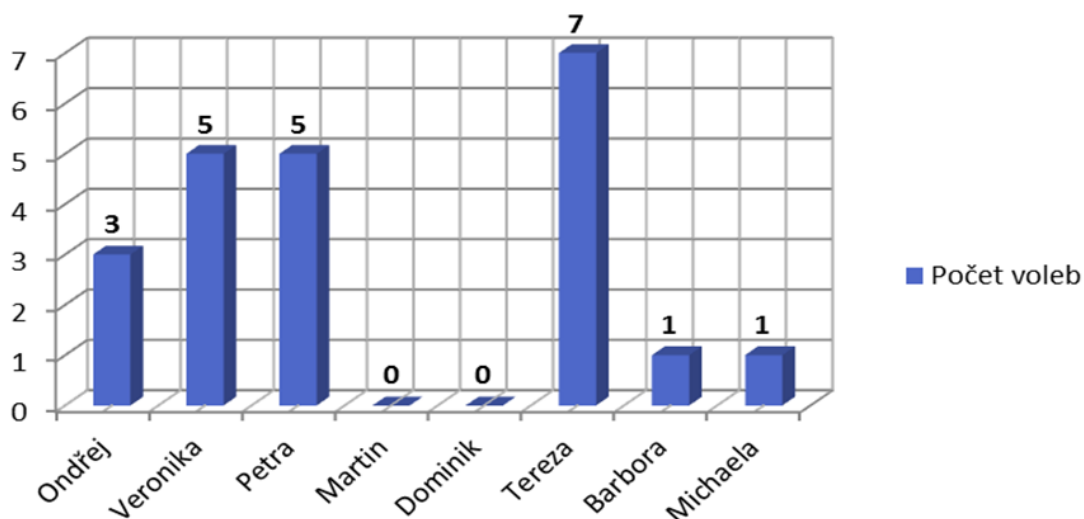
Na otázku č. 2 týkající se nejnižšího vlivu ve třídě bylo získáno 22 voleb. Nejnižší vliv podle počtu voleb (7) má Tereza. Martin nezískal žádný hlas, což koresponduje s předchozími výsledky otázky č. 1. Výsledky jsou prezentovány v tabulce č. 8, ze které je vytvořen graf č. 10.

Tabulka 8: Nejnižší vliv v 5. třídě

Nejnižší vliv	
jméno	počet voleb
Ondřej	3
Veronika	5
Petra	5
<b>Martin</b>	<b>0</b>
Dominik	0
<b>Tereza</b>	<b>7</b>
Barbora	1
Michaela	1
Celkem	22

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 10: Nejnižší vliv v 5. třídě



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

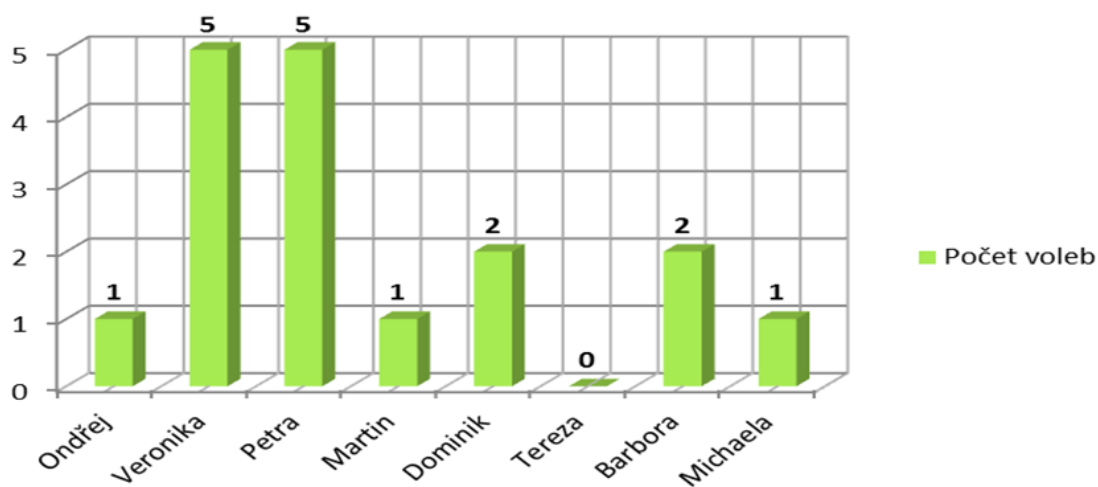
Na základě sumarizace dat položky č. 3 dotazníku (graf č. 11 a tabulka č. 9) týkající se kladného vlivu ve skupině směřuje k Martinovi pouze jedna volba (celkově 17 voleb), k Tereze nesměruje žádná volba. V oblasti kladného vlivu na třídu nemají tyto děti žádnou výraznou pozici.

Tabulka 9: Kladný vliv v 5. třídě

<b>Dobré nápady – kladný vliv</b>	
<b>jméno</b>	<b>počet voleb</b>
Ondřej	1
Veronika	5
Petra	5
<b>Martin</b>	<b>1</b>
Dominik	2
<b>Tereza</b>	<b>0</b>
Barbora	2
Michaela	1
Celkem	17

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 11: Kladný vliv v 5. třídě



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

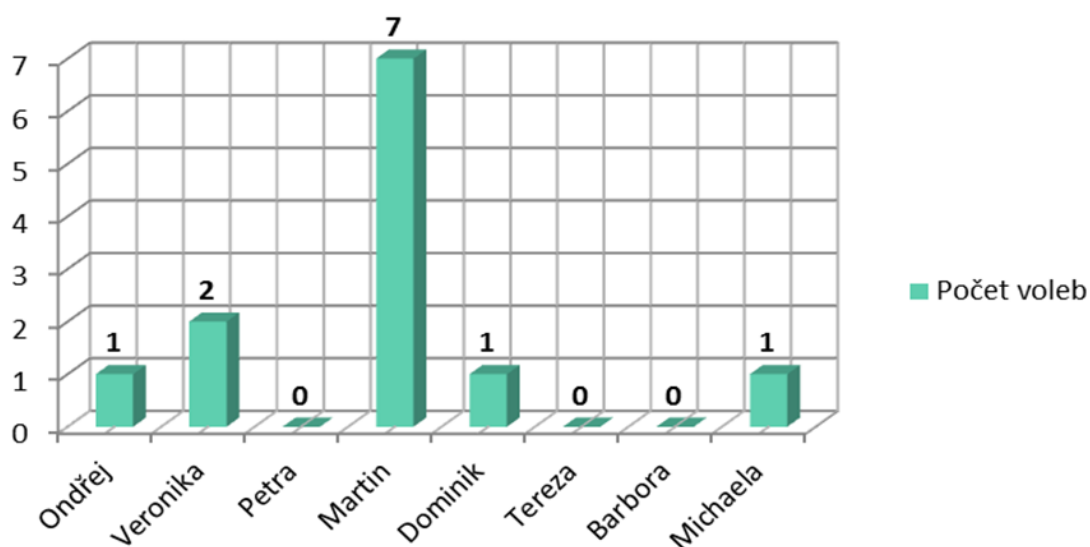
Následující položka dotazníku (č. 4) byla směřována k vnímání záporného vlivu dětí ve třídě. Z 12-ti voleb jich 7, tedy od všech sedmi dětí ze třídy, směřuje k Martinovi. Jeho vliv na děti lze tedy považovat za méně žádoucí. Tereza získala nulový počet bodů, je celkově nevlivná ať v pozitivním, tak negativním směru. Výsledky této otázky jsou zaneseny v následující tabulce č. 10 a grafu č. 12.

Tabulka 10: Záporný vliv v 5. třídě

Záporný vliv	
jméno	počet voleb
Ondřej	1
Veronika	2
Petra	0
<b>Martin</b>	<b>7</b>
Dominik	1
<b>Tereza</b>	<b>0</b>
Barbora	0
Michaela	1
Celkem	12

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

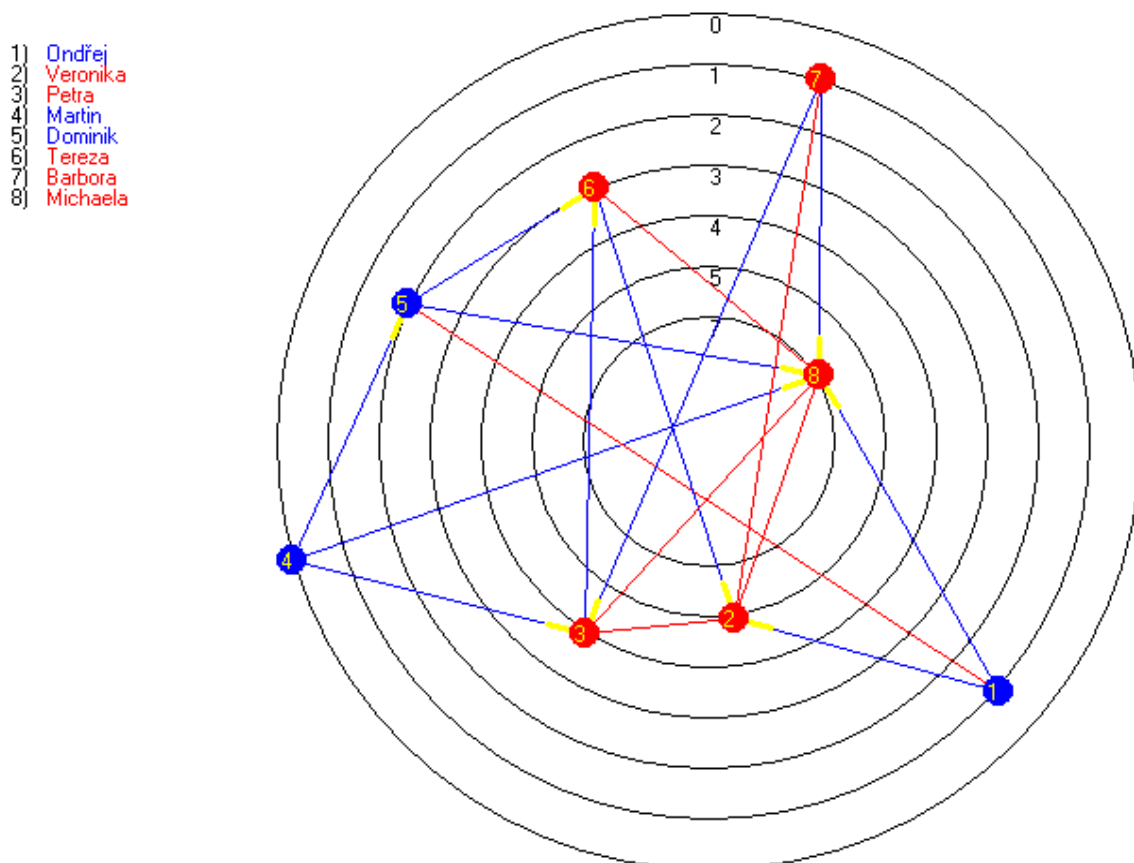
Graf 12: záporný vliv v 5. třídě



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Otázka č. 5 byla zaměřena na zjištění sympatií mezi žáky. V 5. ročníku, jak dokládá následující sociogram (graf č. 13) získala nejvyšší počet (7) voleb Michaela (v grafu pod č. 7), která je nejbližše středu terče grafu a je tedy nejoblíbenější ve třídě. Sledovaní žáci, Martin (č. 4) a Tereza (č. 6) získali méně kladných voleb než většina třídy. Martin je ve třídě nejméně oblíbený (nulový počet kladných voleb). Tereza získala celkem 3 volby, v oblibě u spolužáků je těsně za Petrou (4 volby) a před Ondřejem (1 volba), je tedy v pořadí 6. oblíbená ve třídě.

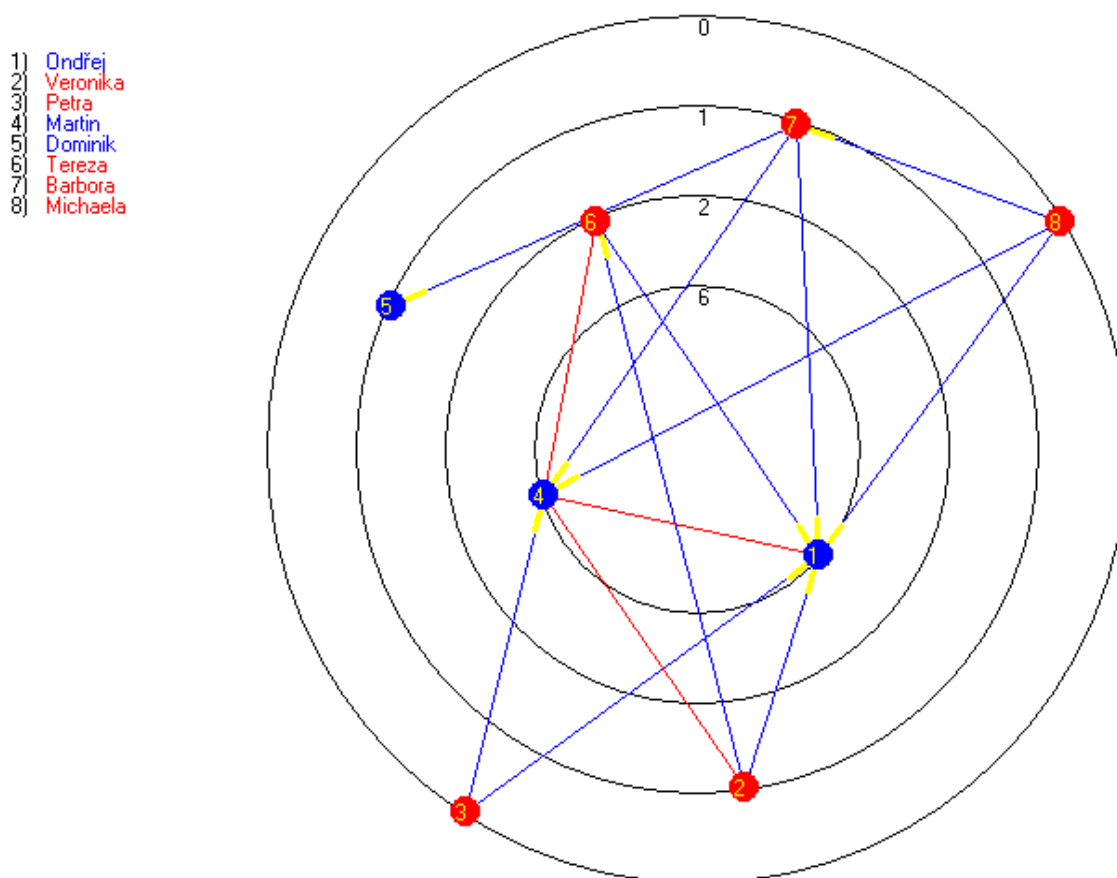
Graf 13: Sympatie mezi žáky 5. třídy



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 14 prezentuje výsledky odpovědi žáků 5. Ročníku na otázku č. 6 zjišťující nesympatie mezi dětmi. Nejméně oblíbení jsou děti, jejichž jména jsou umístěna nejbližší středu grafu. Jedná se o toto pořadí: Martin (6 voleb), Ondřej (6 voleb) a Tereza (2 volby). Martin a Tereza (žáci s ADHD) byli tedy svými spolužáky hodnoceni jako neoblíbení.

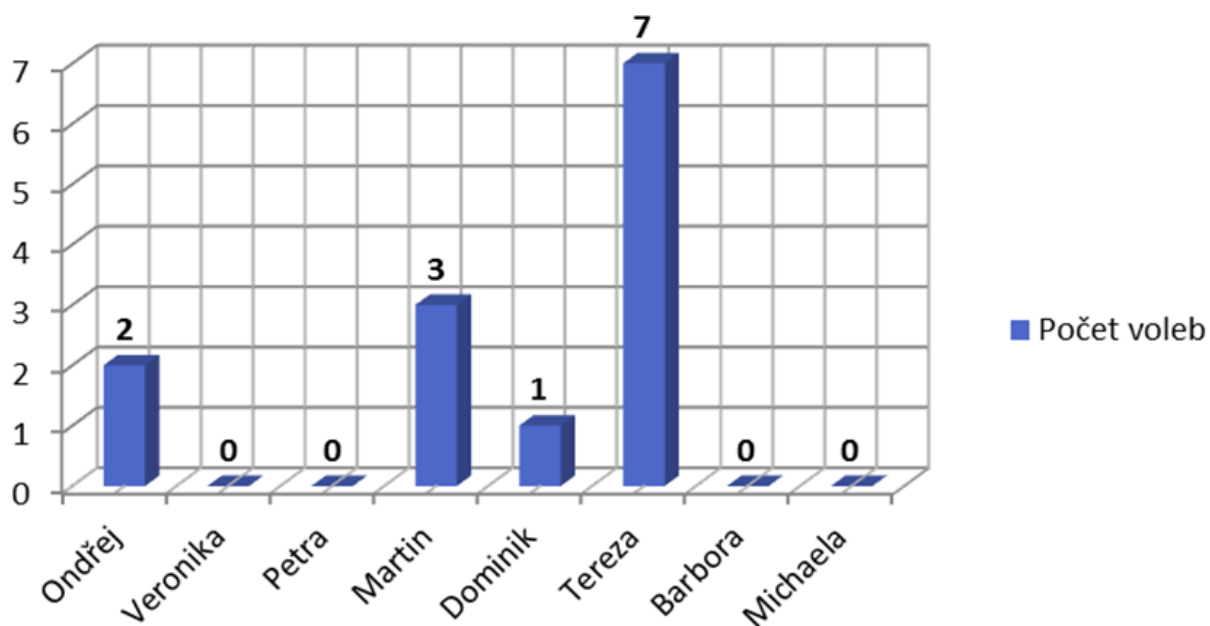
Graf 14: Nesympatie mezi žáky 5. třídy



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Sedmá otázka dotazníku zněla takto: „Kdo je ve třídě osamocenéý?“. Sledovaní žáci (Martin a Tereza) obdrželi od svých spolužáků nejvíce voleb z celkových třinácti. O Tereze si myslí všichni její spolužáci (7), že je ve třídě osamocená, o Martinovi pak takto uvažovali 3 žáci. Celkově dva hlasy získal Ondřej. Výsledky jsou prezentovány v tabulce č. 11 a grafu č. 15.

Graf 15: Osamocenost v 5. třídě



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Tabulka 11: Osamocenost v 5. třídě

Osamocení	
jméno	počet voleb
Ondřej	2
Veronika	0
Petra	0
<b>Martin</b>	<b>3</b>
Dominik	1
<b>Tereza</b>	<b>7</b>
Barbora	0
Michaela	0
Celkem	13

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Rovněž na otázku č. 8 ve znění: „S kým si ve třídě ostatní děti málo hrají?“, jejíž výsledky zobrazuje graf č. 16 a tabulka č. 12, se nejvíce voleb objevilo vůči Tereze (7), druhý v pořadí je Martin (4 volby). Ostatní děti (2) ve třídě získaly maximálně jednu volbu (celkem jich bylo 13), přičemž více dětí (4) nedostalo žádný hlas.

Tabulka 12: Odpověď na otázku „S kým ostatní málo hrají?“ 5. třída

<b>S kým si ostatní málo hrají?</b>	
<b>jméno</b>	<b>počet voleb</b>
Ondřej	1
Veronika	0
Petra	0
<b>Martin</b>	<b>4</b>
Dominik	1
<b>Tereza</b>	<b>7</b>
Barbora	0
Michaela	0
Celkem	13

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)



## 9 KAZUISTIKY

Následující tři podkapitoly obsahují kazuistiky všech tří žáků školy se syndromem ADHD/ ADD. Každá podkapitola je nadepsána křestním jménem dítěte a obsahuje jednu kazuistiku.

### 9. 1 Petr

Petrovi je 9 let. Je narozen jako prostřední ze tří dětí. Má o dva roky starší sestru a o tři roky mladšího bratra. Zřejmě proto se ve škole dokáže bavit se staršími i s mladšími žáky. Záměrně je použit výraz „umí bavit“, neboť nejde o kamarádství. Není to ani o tom, že s nimi vychází (nevychází ani se svými vrstevníky), ale spíše umí zaujmout, podmanit si ostatní a manipulovat. Dalo by se říci, že toho až zneužívá, proto je pravděpodobně v kolektivu třídy méně oblíben a osamocen. Petr si z toho však nic nedělá. Ačkoliv vnímá, že se ostatní děti více druží, on je přesto považuje za své kamarády.

Již v prvním ročníku začal mít nad ostatními vliv. Je nadán poměrně vysokou inteligencí, výřečností i odvahou a ví, jak toho využít. Má až vůdčí sklony a představuje jakéhosi „tahouna třídy“ v negativním slova smyslu.

Symptomy ADHD se u něj začaly projevovat krátce po narození. Často plakal, jako malý si nevydržel déle hrát se stejnou hračkou, neustále se batolil z místa na místo (i při vyšetření byl permanentně „jako na trní“). Syndrom ADHD u něj byl diagnostikován dětským psychiatrem později, relativně brzo - již v pěti letech.

V období tří let s ním rodiče, matka vyučená kuchařka, otec ekonom, zašly poprvé k dětskému psychologovi. Dětskému praktickému lékaři si matka na Petrovo chování stěžovala mnohem dříve. Ten dal také doporučení k psychiatrickému vyšetření, a to právě v předškolním věku. Projevy ADHD se mu před tím zdály zřejmě málo výrazné. Pravdou je, že dítě se chová jinak u doktora v ordinaci, kde má podvědomě strach a v prostředí domova, na které je zvyklé a zná je.

Před nástupem do školy začal Petr užívat léky, konkrétně Ritalin 5 mg, ale situace se nelepšila. Byl nadmíru hyperaktivní, upovídaný, jednal překotně, nedával

pozor na sebe, na ostatní, ani na věci. Zajímalo ho snad úplně vše, ale každá věc či téma pouze chvíli. Neudržel pozornost po delší dobu.

Z nástupu do školy měli všichni doma obavy. Otec sám trpěl v dětství hyperaktivitou s poruchou pozornosti, matka je i v dospělosti impulzivní, bez diagnózy ADHD, stejně, jako Petrovi sourozenci. Strach ze školy byl paradoxně zbytečný. Petrovi se (alespoň z počátku) ve škole líbilo a nezlobil. Vysvětlením by mohlo být, množství nových vjemů, impulzů, lidí i věcí ho zabavilo. Byl proto klidný, ale nedával pozor, učitelův výklad ho bohužel nezaujal. Nevydržel se soustředit, neuměl to a začal mít značné problémy s učením, prospěchem i pedagogy.

Zvrat nastal po změně medikace Ritalin za Haloperidol, nízké dávky). Petr. začal být soustředěnější a nové poznatky si pamatoval přímo z hodin - učit se tedy opět nemusel. Problémy ale nastaly se zlobením. Vyrušoval v hodinách, pokřikoval, pošťuchoval slovně i fyzicky spolužáky o přestávkách. Díky silnému vlivu ostatní žáci mnohdy podleli.

Ve druhé třídě nastala opět změna léků, Petr užíval dexamfetamin. Neklid i hyperaktivita se snížily, zvýšila se ale impulzivita. Kterou se podařilo eliminovat změnou dávkování.

Nyní je Petr stabilizován, projevy ADHD jsou díky lékům tlumeny. Přátele a kamarády si ale ani přesto nenašel. Ve třídě má sice vliv, ale zůstává osamocen. Otázkou je, kdy mu tento fakt začne vadit a bude s tím sám chtít něco dělat.

## **9. 2 Martin**

Martin, 11-ti letý chlapec, byl v šesti letech doporučen do pediatrické ambulance z důvodu hyperaktivity. Pro rušivé chování, neschopnost plnit úlohy, špatnou řeč a motorickou neobratnost nemohl navštěvovat školku. Jeho vývoj byl opožděn zřejmě vlivem lehké hypoxie při porodu. Seděl v 10 měsících, chodil ve 20 měsících, vyslovoval dvě až tři zřetelná slova ve 20 měsících. Jinak nemocný nebyl. Jeho matka a tety z matčiny strany měly v dětství mírné potíže s učením, strýc z matčiny strany byl hyperaktivní. Sourozence Martin nemá.

Klinické nálezy v předškolním věku byly normální kromě hyperaktivity. Lékař doporučil několik vyšetření včetně karyotypu, tyreoidálních funkcí a DNA analýzu

na některé geny spojované s ADHD. Vše bylo v pořádku mimo analýzy DNA, která identifikovala rizikové varianty v genech. Stanovil proto diagnózu hyperaktivní syndrom a predikoval i možné deprese a úzkost v budoucnu.

Na počátku školní výuky lékař předepsal Ritalin 10 mg, což Martinovi v jeho problémech výrazně pomohlo. Zklidnil se a zlepšila se i motorika. Matka se s ním doma pilně učila a společně navštěvovali logopedii i jiná odborná zařízení. Díky tomuto vedení se Martin brzy dostal na úroveň svých vrstevníků. Dodnes má však potíže s dokončováním úkolů, soustředěním a pozorností.

V 8 letech Martin zažil další nepříjemnou událost. Hrál si s kamarádem v sypačce a nečekaně ho zasypal písek. Než se podařilo Martina vyprostit, uběhlo několik minut. Chlapec tak byl minimálně deset minut bez kyslíku (tedy další, tentokrát výrazná, hypoxie). Zůstal několik dní v nemocnici, po propuštění byl na dětské psychiatrii z důvodu pozorování. U chlapce se od té doby rozvinul tik oka, alergie, rapidně se zhoršily všechny příznaky ADHD, které se v tomto období před zasypáním projevovaly a začal navíc trpět nespavostí. Dětský lékař mu proto předepsal antidepresiva jednak pro zklidnění a jednak preventivně, s ohledem na výsledky genetického vyšetření kandidátních genů pro ADHD, kvůli možným depresím a pocitům úzkosti.

V současnosti je snižován Ritalin a navyšována antidepresiva, neboť Martin si je vědom, že je ve třídě málo oblíben a vadí mu to. Bývá konfliktní, k ostatním dětem agresivní, má pouze jednoho kamaráda ze sousedství. Mezi spolužáky se však snaží probojovat agresivně.

Prospěch má podprůměrný s častými výkyvy směrem dolů, podle momentální koncentrace (nebyl nebo byl schopen se soustředit na otázku, poslouchal či nedával pozor při probírání dané látky, byl koncentrován při odpovědích a nebo ho zrovna zajímalo něco jiného). Pozornost může být v průběhu dalších let ještě modifikována úpravou medikace i Martinovým dospíváním.

### 9. 3 Tereza

Tereza, 11 let. Dětský psychiatr v průběhu let, kdy ho rodina Terezy i ona sama navštěvovaly, jako první identifikoval v sedmi letech u dotyčné symptomy ADHD. Podařilo se mu příznaky seřadit do klinických jednotek, čili zhodnotit i eventuální komorbidní poruchy (mezi nimi zvýšené riziko vzniku a rozvoje deprese) a odhalil faktory, které k Terezině hypoaktivitě spojené s poruchou pozornosti mohly přispívat a i v budoucnu ovlivňovat její prognózu (rozvod rodičů, ponižování, bití). Jde o chronické onemocnění typu alergie, specifických poruch školních dovedností a porucha pozornosti. Oba rodiče trpěli v dětství rovněž syndromem ADHD (matka též hypoaktivní typ). Tereza má mladší sestru – bez symptomů ADHD.

K diagnostice ADHD, tedy ke stanovení správné diagnózy, je potřeba také somatické vyšetření (magnetická rezonance mozku) odhalující eventuální organické faktory v etiologii ADHD. Matka však magnetickou rezonanci a zpočátku i medikaci striktně odmítla.

Aktuální problémy Terezy skutečně spočívají v posledním půl roce především v depresivních náladách. Matka již v minulosti referovala zvýšenou náladovost dítěte, od smutku a nezvyklé zamlklosti až k podrážděnému chování, s výbuchy srdceryvného pláče. Tereza vykazuje úbytek zájmů o různé koníčky a znuďenost. Dívka se záměrně straní kamarádů, nebo je svou podrážděností obrací proti sobě. Tímto způsobem postupně ztrácí jeden z nejdůležitějších podpůrných faktorů.

Ve škole letos nastalo zhoršení prospěchu spojené s odporem k učení, které v kombinaci s podrážděnou náladou často vyvolává konflikty s pedagogy i rodiči. Rovněž jsou přítomny zhoršené sebehodnocení a pocity viny.

Tereza vnitřně cítí, že dělá matce starosti a má dojem, že ji nemá nikdo rád. Při vyšetření psychiatrem byly zjištěny obavy o zdraví svých blízkých, stejně, jako zvýšená vnímavost k různým negativním událostem v okolním prostředí. Také byly pozorovány znuďenost, pasivita, nadměrné sledování televize, zábava s počítačem a zvýšená potřeba spánku.

Této žačce byl předepsán Ritalin, který jí dlouhodobě vyhovuje a nyní nově i antidepressiva. Zlepšení depresí se však zatím neprojevílo.

## 10 INTERPRETACE A DISKUSE VÝSLEDKŮ

Na základě sumarizace dat z dotazníků došlo k ověřování stanovených hypotéz. Výsledky mohou být vztaženy pouze k danému výzkumnému vzorku, který tvořily děti ze dvou tříd základní školy. Jedná se o nízký počet dat a závěry nelze zobecnit vzhledem k populaci ani všem žákům s ADHD/ADD. Můžeme předpokládat, že na postavení dítěte ve třídě spolupůsobí nejen tato diagnóza, ale vliv zde mohou mít i další faktory (např. sociální prostředí, hodnoty a normy ve třídě).

- H1: Předpokládáme, že pokud budou jedinci s ADHD ve třídě vlivní, bude to v záporném smyslu.

Sumarizací dat (otázka dotazníku č. 1., 2., 3, a 4.) byly získány tyto výsledky: Petr je dětmi 3. ročníku považován za osobu s nejvyšším vlivem, z hlediska záporného vlivu získal také nejvyšší počet voleb (7). V 5. ročníku z hlediska vlivu získal nejvyšší počet voleb Martin (6), přičemž převažuje záporný vliv (7 voleb). Tereza je v 5. ročníku považována za zcela nevlivnou (7 voleb) v kladném i záporném směru.

**Hypotézu (H1) lze vzhledem ke zkoumanému vzorku potvrdit.**

Dva žáci s ADHD jsou ve svých třídách považováni za vlivné v záporném smyslu. Další sledovaná žákyně je nevlivná v obou zjišťovaných směrech. Roli zde může sehrávat typ ADHD/ADD, protože dívka, která je ve třídě považována za nevlivnou, trpí hypoaktivním typem tohoto syndromu.

- H2: Předpokládáme, že jedinci s ADHD budou ve třídě méně oblíbení.

Sumarizací výsledků otázky dotazníku č. 5. a 6. byly získány tyto výsledky: Petr je v 3. ročníku dětmi nejméně oblíben, stejně tak Martin patří ještě s jedním žákem ve své třídě (5. ročník) mezi neoblíbené jedince. Tereza (5. ročník) je ve své třídě třetí v pořadí mezi neoblíbenými žáky.

**Hypotézu (H2) lze vzhledem k výzkumnému vzorku verifikovat.**

- H3: Přepokládáme, že jedinci s ADHD budou ve třídě spíše izolováni.

Ověření hypotézy č. 3 proběhlo na základě otázek č. 7 a 8.

Všichni tři sledovaní žáci (Martin, Tereza i Petr) obdrželi od svých spolužáků nejvíce voleb při odpovědi na otázku: „Kdo je ve třídě osamocený?“ i na otázku „S kým si ve třídě si ostatní děti málo hrají?“.

**Hypotézu (H3) lze vzhledem k výzkumnému vzorku verifikovat.**

Tabulka 13: Souhrnný přehled údajů o dětech podrobených kvalitativnímu průzkumu

<b>Kazuistika</b>					
<b>Základní údaje k anamnéze ADHD/ADD dětí.</b>					
<b>jméno</b>	<b>věk</b>	<b>bydliště</b>	<b>sociální zázemí</b>	<b>rodinné prostředí</b>	<b>první příznaky</b>
<b>Petr</b>	9	město, byt	dobré	úplná rodina 2 sourozenci	1. rok
<b>Martin</b>	11	město, byt	dobré	úplná rodina jedináček	od narození
<b>Tereza</b>	11	vesnice, dům	vyhovující	pouze matka mladší sestra	5 let

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Všichni žáci vybraní do kvalitativní části studie (Martin, Tereza, Petr) měli v minulosti diagnostikováno ADHD, respektive ADHD/ADD. Rozhovor se podařilo uskutečnit se všemi třemi, stejně, jako s jejich rodiči (či alespoň jedním z nich) a byla k nim dodána i klinická dokumentace. Lze tedy konstatovat, že:

**Kasuistiky tří dětí se rovněž podařilo sestavit.**

## 11 SOUHRN PRŮZKUMU

V teoretické části této práce jsou popsány příčiny, průběh a problémy spojené se syndromem ADHD, ADD. Tyto pohledy jsou převážně neuropsychologického až medicínského charakteru. Pro porozumění problematice je vhodné brát v úvahu i další faktory. K tomu by měla sloužit praktická část této práce, která se snaží doplnit výše uvedená fakta z teoretické části o sociokulturní pohled, prostřednictvím sociometrického průzkumu ve třídách kde jsou integrováni žáci s hyperkinetickým syndromem a několika rozhovorů s dětmi s touto diagnózou.

Na základě analýzy sebraných dat se dá vyslovit názor, že postoj zúčastněných dospělých a pohled vrstevníků na děti s ADD/ADHD, konkrétně jejich představy o chování dětí s hyperkinetickým syndromem patří ke klíčovým faktorům ovlivňujícím zpětně adaptaci dětí s tímto syndromem v prostředí školní třídy. Zajímavé je porovnání vlivu těchto faktorů a závažnosti diagnózy, na míru úspěšné či neúspěšné socializace takových dětí. Jak vyplývá z provedeného průzkumu ( v kapitole 10 ), dva žáci s hyperkinetickým syndromem jsou považováni za vlivné v záporném smyslu. Další sledovaná dívka je nevlivná, neoblíbená, trpí hypoaktivním typem syndromu. Tyto postoje jsou spoluurčovány tím, nakolik rodiče, učitelé a vrstevníci interpretují chování dítěte v kontextu ADHD.

Důležitý je moment stanovení včasné diagnózy, protože mění pohled na „zlobivého jedince“. Důvodem, proč je pro učitele i rodiče snažší uvažovat o dítěti jako nositeli syndromu ADHD, je skutečnost, že jeho chování by jinak vedlo k označení výrazně negativním. Zdroje negativního chování nelze hledat v jeho osobnosti, jsou zaviněny poruchou. Skutečnost, že dítě neposedí a opět nedokázalo dokončit určenou činnost, je pro vychovatele frustrující i v případě, že ví, že příčinou je syndrom ADHD, pro nakládání s touto frustrací se jako lepší ukazuje její směřování mimo osobnost a záměry dítěte.

Závěry, které můžeme vyvodit na základě obou částí této práce jsou: Předpoklad o užitečnosti včasné diagnózy, informovanost vychovatelů, kvalifikovaný přístup pedagogů, nutnost spolupráce všech zainteresovaných.

## ZÁVĚR

Tato práce je zaměřena na problematiku hyperkinetického syndromu, který představuje závažný sociálně-medicínský problém. Postihuje 3-6% dětské populace, je klinicky charakterizován nepozorností, impulzivitou a hyperaktivitou. Je to onemocnění multifaktoriální a geneticky heterogenní.

Stanovený cíl: „Zhodnotit, zda a jak syndrom ADHD/ADD ovlivňuje pozici žáka ve třídě“ se podařilo naplnit. Syndrom ADHD/ADD skutečně ovlivňuje postavení a socializaci žáka ve třídě, konkrétně negativním směrem. Z této studie vyplynulo, že všichni tři sledovaní žáci jsou méně oblíbení ve třídě a jsou osamoceni (nemají kamarády). Na základě realizovaného výzkumu byly potvrzeny tři stanovené výzkumné hypotézy a vzhledem k výzkumnému vzorku lze tvrdit, že žáci s ADHD/ADD mají obtížnější pozici v kolektivu školní třídy:

Tereza s hypoaktivním typem ADHD/ADD je ve třídě zcela nevlivná, málo oblíbená a osamocená. Martin (5. ročník) s hyperaktivním typem ADHD je vlivný v záporném smyslu, mezi dětmi málo oblíben a v kolektivu je spíše izolován. Petr, u něhož je diagnostikován syndrom ADHD s hyperaktivitou, je, stejně jako Martin, považován za vlivného v záporném smyslu, mezi dětmi je málo oblíben a v kolektivu je spíše izolován. Popisované pozice těchto dětí ve třídě mohou negativně působit na vývoj a sociální začlenění nejen do školního kolektivu. U Terezy, která je klidná a málo konfliktní, je začlenění do školní třídy pravděpodobnější než u chlapců, kteří se vůči dětem projevují nežádoucím způsobem. Přesto se o to můžeme pokusit.

Údaje vyplývající z tohoto průzkumu by mohli mít reálné uplatnění v praxi pro školu, ve které byl průzkum proveden. Z jeho závěrů bude vycházet soubor opatření, která by měla pomoci řešit situaci konkrétních dětí s tímto syndromem. Případně by mohl průzkum inspirovat i další pedagogy z jiných škol a vzájemnou konfrontací výsledků přispět k lepšímu zmapování této problematiky. Do všech ročníků naší základní školy zařadíme program orientovaný na rozvoj prosociálního chování s prvky osobnostní a sociální výchovy. Budeme podporovat aktivity, kde se pracuje skupinovou formou, aby se děti zdokonalovaly ve vzájemné spolupráci, učily se lépe komunikovat a pochopily příčiny specifického chování spolužáků se syndromem ADHD.



Pokračovat také budeme v individuálním vedení dětí s ADHD, podpoře jejich sociálních kompetencí a pozitivních charakterových vlastností, které se u nich vyskytují stejně jako u dětí bez této diagnózy.

Důležitým faktorem, který se podílí na úspěšném zmírnění projevů syndromu ADHD je včasná diagnóza a případná medikace. Potřebný je i další výzkum v této oblasti. Genetické přístupy ve výzkumu ADHD mají zásadní význam nejen teoretický, ale také praktický. Otevírají perspektivu volby způsobu léčby podle genetické etiologie. Farmakologický přístup je důležitou součástí léčby a jeho včasná aplikace prokazatelně eliminuje rozvoj sekundárních poruch.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

ARENDTOVÁ, H., 1994. *Krise kultury*. Praha: Váhy. ISBN 80-204-0424-4.

BÍLKOVÁ, Z., *Rodinná a školní socializace dětí s ADHD*. Praha. 2012. Disertační práce. Universita Karlova v Praze, Fakulta pedagogická. Vedoucí disertační práce: Isabela Pavelková.

DOČKALOVÁ, G., *Interakce dítěte s ADHD a školního prostředí*. Brno. 2010. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Fakulta pedagogická. Vedoucí diplomové práce: Dana Brožová.

ČÁP, J., MAREŠ, J., 2001., *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-463-X.

GOEZ, M., UHLÍKOVÁ, P., *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-304.

HELUS, Z., 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1168-3

HRABAL, V., MAN, F., PAVELKOVÁ, I., 1989. *Psychologické otázky motivace ve škole*. 2. vyd.

MICHALOVÁ, Z., 2007. *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. ISBN 80-731-1075-X

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

POLEDŇOVÁ, I., STRÁNSKÁ, Z., Maladaptace dětí v prostředí základních škol. In: HELLER, D., PROCHÁZKOVÁ, J., a SOBOTKOVÁ, I., *Psychologické dny 2004: Svět žen a svět mužů. Polarita a vzájemné obohacování: sborník z konference Psychologické dny Olomouc 2004*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. S.29 ISBN 80-244-1059-1.

PRESL, J., 1995. *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-25-X.

PROKOP, J., 2001. *Sociologie výchovy a školy*. Liberec: Pedagogická fakulta. ISBN 80-7083-535-4.

RABUŠICOVÁ, M., 1991. *K sociologii výchovy, vzdělání a školy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-0328-6

ŠTECH, S., 2003. *Škola nebo domácí vzdělávání?* *Pedagogika*, roč. LIII, č. 4/2003, ISSN 0031-32-815.

ŠTECH, S., ZAPLETALOVÁ, J., 2013. *Úvod do školní psychologie*. 1.vyd. Praha. Portál. ISBN 978-80-262-0368-1.

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

VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J., 2008. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1538-7.

VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy* Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1074-4.

ZELINKOVÁ, O., 2003. *Poruchy učení*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-800-7

### **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

MUNDEN, A., ARCELUS, J., 2002. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha. Portál. ISBN 80-717-8625-X

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

KURZWEILOVÁ J., ČEŠKOVÁ J. *O nejčastějších problémech dětí ve škole*. [online]. [cit. 2014-04-26]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/o-nejcastejsich-problemech-deti-ve-skole-133.html>>

RŮŽKOVÁ, B., *Barviva a jejich vliv na lidský organismus*. [online]. [cit. 2012-26-03]. Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/news/barviva-a-jejich-vliv-na-lidsky-organismus-/>

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a doplnění dalších zákonů (školský zákon). In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2005, částka 190, s. 10262. Dostupná z: <http://www.mvcr.cz/sbirka-zakonu/2004/>

## SEZNAM ZKRATEK

ADD	Attention Deficit Disorder (porucha pozornosti)
ADHD	Attention Deficit Hyperaktivity Disorder (porucha pozornosti s hyperaktivitou)
DSM-IV	The Diagnostic and Sttistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch)
LMD	Lehká mozková disfunkce
ICD-10	The International Classification of Diseases, 10 th edition
MKN-10	(Mezinárodní klasifikační systém nemocí, 10. revize )
ZŠ	Základní škola

# SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Nejvyšší vliv ve 3. třídě

Tabulka 2: Nejnižší vliv ve 3. třídě

Tabulka 3: Kladný vliv ve 3. třídě

Tabulka 4: Záporný vliv ve 3. třídě

Tabulka 5: Osamocenost žáků ve 3. třídě

Tabulka 6: Odpověď na otázku: „S kým si ostatní málo hrají?“ 3. třída

Tabulka 7: Nejvyšší vliv v 5. třídě

Tabulka 8: Nejnižší vliv v 5. třídě

Tabulka 9: Kladný vliv ve 3. třídě

Tabulka 10: Záporný vliv v 5. třídě

Tabulka 11: Osamocenost v 5. třídě

Tabulka 12: Odpověď na otázku: „S kým si ostatní málo hrají?“ 5. třída

## Seznam grafů

- Graf 1: Nejvyšší vliv ve 3. třídě
- Graf 2: Nejnižší vliv ve 3. třídě
- Graf 3: Kladný vliv ve 3. třídě
- Graf 4: Záporný vliv ve 3. třídě
- Graf 5: Vzájemné sympatie mezi žáky 3. třídy
- Graf 6: Vzájemné nesympatie mezi žáky 3. třídy
- Graf 7: Osamocení žáků ve 3. třídě
- Graf 8: „S kým si ostatní málo hrají?“ 3. třída
- Graf 9: Nejvyšší vliv v 5. třídě
- Graf 10: Nejnižší vliv v 5. třídě
- Graf 11: Kladný vliv v 5. třídě
- Graf 12: Záporný vliv v 5. třídě
- Graf 13: Sympatie mezi žáky 5. třídy
- Graf 14: Nesympatie mezi žáky 5. třídy
- Graf 15: Osamocení žáků v 5. třídě
- Graf 16: „S kým si ostatní málo hrají?“ 5. třída

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A – Seznam žáků 3.třídy.....</b>	<b>I</b>
<b>Příloha B – Seznam žáků 5. třídy.....</b>	<b>II</b>
<b>Příloha C – Dotazník.....</b>	<b>II</b>



## **Přílohy**

### **Příloha A: Seznam žáků 3. třídy**

1. Simona

2. Jakub

3. Kristýna

4. Marie

5. Natálie

6. Pavel

7. Anna

8. Eva

9. Jan

10. Petr

## **Příloha B: Seznam žáků 5. třídy**

1. Ondřej
2. Veronika
3. Petra
4. Martin
5. Dominik
6. Tereza
7. Barbora
8. Michaela

## **Příloha C: Dotazník**

1. „Kdo je ve třídě nejvíce uznáván  
– koho ostatní nejčastěji poslechnou nebo udělají to, co řekne či udělá on/ona?“
2. „Kdo je ve třídě nejméně uznáván?“
3. „Kdo má nejčastěji dobré nápady, které ostatním neubližují?“
4. „Kdo nejčastěji nemá příliš dobré nápad  
- ubližuje ostatním, vyvolává rvačky, hádky?“
5. „Koho ve třídě máš nejvíce rád/a?“
6. „Koho ve třídě máš nejméně rád/a?“
7. „Kdo je ve třídě osamocенý?“
8. „S kým si ve třídě ostatní děti nejvíce rozumí?“

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Hana Skalíková

**Obor:** Speciální pedagogika-vychovatelství

**Forma studia:** Kombinovaná

**Název práce:** Žáci se syndromem ADD,ADHD v kolektivu školní třídy  
na prvním stupni ZŠ

**Rok:** 2014/2015

**Počet stran textu bez příloh:** 72

**Celkový počet stran příloh:** 2

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 19

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 1

**Počet internetových zdrojů:** 3

**Vedoucí práce:** Mgr. Milan Fleischmann

