

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA
Bakalářské kombinované studium
2009 – 2013

SPECIFICKÉ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY DÍTĚTE S ADHD
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

AUTOR PRÁCE: Lenka Konopásková
VEDOUCÍ PRÁCE: PhDr. Zoja Šedivá, PhD

Praha 2013

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE
Bachelor Combined (Part time) Studies
2009 - 2013

SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS OF CHILDREN WITH ADHD
BACHELOR THESIS

AUTHOR: Lenka Konopásková
SUPERVISOR: PhDr. Zoja Šedivá, PhD

Prague 2013

Prohlašuji:

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 použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Londýně dne 20. 12. 2012

Lenka Konopásková

Poděkování

V úvodu své bakalářské práce chci poděkovat PhDr. Zoje Šedivé, Ph.D. za odborné vedení, konzultace a přínosné rady.

ANOTACE

Bakalářská práce Specifické vzdělávací potřeby dítěte s ADHD pojednává o syndromu ADHD. První část práce je teoretická. Týká se historie ADHD, příčin vzniku, symptomů, terminologie a diagnostiky. Sleduji zde vývoj dítěte v různých etapách. Dále se zabývám přístupem rodiny a školy k těmto dětem a možnostmi využití různých terapií při jejich reedukaci.

Druhá část práce je zaměřena na ADHD v praxi. Zkoumá, prostřednictvím pozorování vliv systematického působení edukačního programu na děti s ADHD. Velký přínos pro vypracování měly informace získané od rodičů, pedagogů a psychologů, se kterými jsem během výzkumu spolupracovala.

KLÍČOVÉ POJMY

ADHD, hyperaktivita, hyperkinetické poruchy, impulzivita, porucha chování

ANOTATION

This bachelor thesis Special educational needs of children with ADHD deals with ADHD syndrome. First part of this work is theoretical. It is focused on the history of ADHD, its origins, symptoms, terminology and diagnosis. I have been following and describing child development in various distinct stages The role of family and school in application of different types of therapy and reeducation of children with ADHD syndrome is analysed.

Second part of this work is focused on ADHD in practice. In this part I am examining through observation the effects of systematic educational programs on children with ADHD. The information I obtained from parents, school teachers and a psychologist I cooperated with whilst conducting research for my thesis proved extremely useful and valuable.

KEY WORDS

ADHD, hyperactivity, hyperkinetic disorders, impulsivity, conduct disorder

Obsah

	Úvod.....	10
	Teoretická část	
1	ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder.....	11
1.1	Pojem ADHD.....	11
1.2	Historie ADHD.....	11
1.3	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize neboli MKN10.....	12
1.3.1	F90 dle MKN 10.....	12
1.3.2	F91 dle MKN 10.....	13
1.4	Problémy dítěte s ADHD.....	15
1.5	Příčiny vzniku ADHD.....	16
1.6	Diagnostika ADHD.....	17
2	Vývoj dítěte s poruchou ADHD.....	24
2.1	V kojeneckém období.....	24
2.2	V batolecím věku.....	24
2.3	V předškolním věku.....	24
2.4	Ve školním věku.....	25
2.5	V adolescenci.....	26
2.6	V dospělosti.....	26
3	Vliv ADHD na chování a prožívání dětí.....	27
4	Dítě s ADHD v rodině.....	28
5	Dítě s ADHD ve škole.....	32
5.1	Integrace žáka s poruchou ADHD do škol.....	35
5.2	Individuální vzdělávací plán.....	36
5.3	Legislativní rámec.....	37
6	Terapeutické metody pro nápravu ADHD.....	38
6.1	Poradenský systém.....	38
6.2	Náprava symptomů ADHD.....	39
	Praktická část.....	42
7	Biografická studie žáka s ADHD.....	43
7.1	Cíle výzkumu.....	43
7.2	Metody výzkumu.....	43
7.3	Interpretace šetření.....	44
7.4	Výsledky šetření.....	45
8	Žáci s ADHD na běžné ZŠ.....	46
8.1	Cíle výzkumu.....	46
8.2	Metody výzkumu.....	46
8.3	Interpretace šetření.....	46
8.4	Výsledky šetření.....	47
8.5	Závěr praktické části.....	47
9.	Závěr.....	48

Seznam použité české literatury.....	49
Seznam použité zahraniční literatury.....	49
Seznam internetových zdrojů.....	50
Seznam obrázků.....	51

Úvod

Seděli jsme se synem v čekárně mého praktického lékaře, když vtom se rozrazily dveře až vzali klikou o zeď. Dovnitř se vřítela asi tak pětadvacetiletá paní. Mírně brnkla o rohož, ale vybrala to, jenom jí vypadl kufřík, jehož obsah se následně rozprskl po celé podlaze místnosti.

Čekající omráčeně přihlíželi, jak chaoticky sbírá svůj majetek a bez ladu a skladu jej hází zpět do kufříku. Pak srdečně pozdravila. Nikdo kromě nás neodpověděl. „Vítej v klubu,“ zašeptal syn naše heslo a já jenom pobaveně prikývla. Žena se posadila, vytáhla mobil a jala se vyťukávat nějakou zprávou. Kroutila se při tom, pomrkávala a rozpustile povystrkovala jazyk. „Ta je zfetovaná,“ opilá nebo je to blázen, šeptali si lidé stojící hned u dveří. „Jo, je to asi cvok!“

Syna jsem nechala v čekárně a sama vešla do ordinace. „Tam je nějak veselo,“ podivovala se setřička. Od vedle k nám doléhaly dva hlasy, chlapecký a ženský, spokojeně drmolící rychlostí kulometu, hlasitý smích, občas přerušovaný ránou. Bylo mi to jasné. „To se jen sčuchli dva LMDřáci,“ podotkla jsem cynicky. „Cože, kdo?“ podivila se setřička. „Vaši?“ „LMD přenejži ADHD,“ zopakovala jsem. „Kluk je můj, ale ta paní ne.“

Když jsem vyšla, zastihla jsem syna s novou známou ve vzrušeném hovoru. Každý třimal svůj mobil a navzájem si ukazovali nějaké fotky; občas kopli do židle či do sebe navzájem a bylo vidět, že si to užívají. Ostatní je ostražitě pozorovali. „Paní Válková!“ zavolala sestřička a žena vskotačila do ordinace. Mezi dveřmi se ještě otočila a bujaře nám zamávala.

„To jsme si pokecali,“ liboval si můj syn. „Jakej je to typ? Ten, co přemůže ADHD vůlí a chytrostí? A výchovou?“ zajímal se.

Měli jsme období, kdy jsme tuto diagnózu hodně probírali a zkoumali. Nejprve já, abych se ujistila, že za to, čím syn „vyčerpává“ sebe i své okolí, nemůže on ani já, a také abych se co nejlépe vybavila do nastávajícího dlouhodobého boje.

Potom též bylo nutné synovi vysvětlit, proč se, jsa šťastným majitelem toho nejtěžšího stupně, liší a proč se ho ti tzv. normální lidé snaží vykoušávat ze svého společenství, aby nepropadl trudnomyslnosti. Oba o tomto tématu víme skoro všechno. Oba teoreticky i oba prakticky. Už o něm dokážeme i žertovat. Teď ano. Nebylo tomu vždy tak.“ (poznámka pod čarou 1 – odkaz na citaci)

Porucha ADHD se projevuje obtížným udržením pozornosti, impulzivitou a hyperaktivitou. Děti s touto poruchou mají ve škole problémy s učením, vyrušují

třídu, nedávají pozor, velmi těžko se soustředí na školní práci a jednájí impulzivně. Učitel nemá čas na soustředění. Děti s ADHD jsou neukázněné, některé z nich mají navíc sklon k agresivitě. Své rodiče dohánějí na pokraj šílenství. Práce s těmito dětmi může být náročná a vyčerpávající.

Laické veřejnosti se často jeví jako neukázněné a nevychované. Rodiče jsou obviňováni z neschopnosti a špatné výchovy.

Jelikož jsem se s poruchou ADHD setkala na své praxi, vybrala jsem si toto téma pro svou bakalářskou práci. Tato porucha je stále velkou neznámou pro některé rodiče a pedagogy. Ti nemají dostatek informací, proto si nejsou schopni s hyperaktivními dětmi poradit a zvládat jejich chování.

Hlavním cílem této bakalářské práce je poskytnout základní informace o ADHD. Dále vypracování návodu na přístup k dětem s ADHD při výchově a vzdělávání. Analyzuji zde přístupy k žákům s ADHD ve škole a v rodině. Jedním z cílů je popsat různé druhy a možnosti léčby.

Tato práce může sloužit jako pomůcka pro rodiče a učitele, kteří mají zájem dozvědět se více informací o dané problematice.

Teoretická část

1 ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder

1.1 Pojem ADHD

Pojem ADHD byl poprvé použit v USA. Dříve se používal termín LMD (lehká mozková dysfunkce), nebo také hyperkinetická reakce a hyperkineze. K přejmenování na ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) došlo proto, že mnoho psychiatrů poukazovalo na nutnost provést diagnózu „dysfunkce mozku“ ve spolupráci s lékařskou diagnostikou postižení. Byl proto navržen nový pojem ADHD, jenž vychází z pozorování chování a posuzuje stupně impulzivity, poruch pozornosti a hyperaktivity. Ke změně názvu z LMD na ADHD došlo v poměrně nedávné době. Někteří rodiče dětí s tímto postižením byli přesvědčeni, že termín LMD vypovídá o stupni poškození buněk v mozku. Na místo toho ADHD popisuje zejména obtíže, které dítě má. Vždy však se jedná o stejný problém (Serfontein, 1999).

Symptom ADHD jako specifická porucha učení je „vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů“ (Zelinková, 2009, s. 196).

„ADHD je porucha, v jejímž pozadí leží biologická příčina. Nejde o výsledek špatného rodičovského přístupu nebo nepřijemné a rozčilující dispozice ze strany dítěte. V jistých případech může mít při nesprávně vedené léčbě vážné následky“ (Munden, Arcelus, 2008, s. 11).

Touto poruchou trpí děti a studenti, kteří jsou zatíženi hyperkinetickým syndromem s poruchou pozornosti. Projevují se u nich zejména problémy s nepozorností, jsou nepřiměřeně aktivní, impulsivní, a to v míře, která neodpovídá jejich správnému psychickému, mentálnímu a biologickému vývoji. Mají snížený výkon ve škole, bývají agresivní, těžce navazují přátelství a kontakty ve svém okolí. Těžce se podřizují autoritám a normám chování. Velmi často impulsivně řeší interpersonální problémy v sociální skupině i mimo ni (Munden, Arcelus, 2008).

1.2 Historie ADHD

V roce 1902 poprvé popsal anglický lékař Frederic Still příznaky ADHD. Doktor Still vyšetřil skupinu dvaceti neklidných dětí s výrazně nežádoucím chováním, přestože byly vychovávány v domácnostech splňujících kritéria „dobré výchovy“. Popsal u nich projevy hyperaktivity, narušenou pozornost, problémy s učením a všiml si, že příznaky byly častější u chlapců. Na základě této studie vyvodil pravděpodobné biologické příčiny problémů, protože nebylo možné vysvětlit zanedbáním výchovy. Tento teoretický předpoklad se jevil jako velmi pokrokový. Na začátku 20. století se považovaly poruchy chování dětí za „morální defekt“. Běžně akceptovatelnou metodou léčby v té době bylo bití s cílem dosáhnout u dětí poslušnosti (Drtílková, Šerý, a kol., 2007).

V roce 1937 popsal Charles Bradley vliv amfetaminu na zmírnění hyperaktivity a také dalších poruch chování.

V 50. a 60. letech se značně rozšířila léčba stimulancii, přestože jejich účinek na symptomy ADHD byl znám už dříve (Mercugliano, 1999).

V 60. a 70. letech bylo stanovení diagnózy ADHD a následná léčba amfetaminy velmi populární v USA. V Evropě oproti tomu byla diagnóza i léčba spíše raritou (Munden, Arcelus, 2008).

V 70. až 80. letech dochází k intenzivnímu výzkumu a také k vývoji diagnostických kritérií. V nynější době je ADHD v Evropě považována za poruchu s biologickou příčinou, kterou je možno úspěšně léčit.

1.3 Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize neboli MKN10

1.3.1 F90 dle MKN 10

„F90 Hyperkinetické poruchy, dle MKN 10

Skupina poruch charakterizovaná časným začátkem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech vyžadujících poznávací schopnosti a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplinou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušené a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.

Nepatří sem:

anxiózní poruchy: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html#F41>

[afektivní] poruchy nálady: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

pervazivní vývojové poruchy: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html#F84>

schizofrenie: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F20-F29.html#F20>

- 90. 0 Porucha aktivity a pozornosti
 - Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou
 - Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou
 - Nepatří sem: hyperkinetická porucha s poruchou chování:
<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html#F90.1>
- 90. 1 Hyperkinetická porucha chování
 - Hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování

- 90. 8 Jiné hyperkinetické poruchy
- 90. 9 Hyperkinetická porucha NS
Hyperkinetická reakce v dětství nebo v dospívání NS
Hyperkinetický syndrom NS

1.3.2 F91 dle MKN 10

Poruchy jsou charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální adaptaci odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle). Tento druh poruch chování však může být projevem i jiné psychiatrické poruchy a v takovém případě má být preferována příslušná diagnóza. Chováním, na němž je diagnóza založena, je například nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, krádeže, opakované lži, záškoláctví a útěky z domova, neobvykle časté a silné výbuchy vzteku a nekázeň. Pro diagnózu postačuje jedno z těchto typů chování pokud je výrazné, nestačí však ojedinělý disociální čin.

Nepatří sem:

[afektivní] poruchy nálady: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

pervazivní vývojové poruchy: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html#F84>

schizofrenie: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F20-F29.html#F20>

když porucha chování je sdružena s:

emočními poruchami:

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html#F92>

hyperkinetickými poruchami:

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html#F90.1>

91.0 Porucha chování vázaná na vztahy k rodině

Disociální nebo agresivní chování (a nikoli pouze opoziční, vzdorovité, rozvratnické), které je soustředěno úplně, nebo téměř úplně, na domov a na meziosobní styky se členy nukleární rodiny, nebo s dalšími členy domácnosti. Tato porucha vyžaduje splnění všech kritérií F91. Dokonce ani závažně narušený vztah mezi dítětem a rodičem nepostačuje sám o sobě ke stanovení této diagnózy.

91.1 Nesocializovaná porucha chování

Tato porucha je charakterizována kombinací trvalého disociálního nebo agresivního chování (splňujícího všechna kritéria pro F91), a nikoliv pouze opoziční, vzdorovité nebo rozvratnické chování s výrazným pervazivním narušením vztahu jedince k ostatním dětem.

Porucha chování samotářského agresivního typu
Nesocializovaná agresivní porucha

91.2 Socializovaná porucha chování

Porucha chování s disociálním nebo agresivním chováním trvalého rázu (splňující všechna kritéria pro F91) a neobsahující pouze opoziční, vzdorovité, rozvratnické chování, vyskytující se u jedinců, kteří jsou celkem dobře integrováni do skupiny stejně starých.

Porucha chování skupinového typu
Skupinová delikvence
Poklesky v souvislosti s členstvím v gangu
Krádeže s partou
Záškoláctví

91.3 Opoziční vzdorovité chování

Porucha chování obvykle se vyskytující u mladších dětí, která je primárně charakterizovaná výrazně vzdorovitým, neposlušným a rozkladným chováním, která však neobsahuje delikventní činy ani extrémnější agresivní nebo disociální chování. Diagnóza vyžaduje, aby byla splněna všechna kritéria pro F91. Ani velká problematika jednání a zlobení samo o sobě pro diagnózu nedostačují. Této položky je třeba použít s opatrností zvláště u starších dětí, protože klinicky signifikantní poruchy chování jsou většinou spojeny s disociálním nebo agresivním chováním, které přesahuje hranice pouhé opozice, vzdoru a rozvratnictví.

91.8 Jiné poruchy chování

91.9 Porucha chování NS

Dětské poruchy chování NS¹

¹ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN 10) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2011 [11.03.2013]. Dostupná na WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>>

1.4 Problémy dítěte s ADHD

Děti trpící ADHD mají problémy:

1. udržení pozornosti
2. hyperaktivita
3. impulzivita

1. Udržení pozornosti

- děti neudrží pozornost ve vztahu k jedné činnosti
- nedostatečná vytrvalost
- přecházejí od jedné činnosti k druhé
- nekázeň, neposlouchají

2. Hyperaktivita:

- zvýšená motorická nebo hlasová aktivita
- nespokojenost, nervozita
- neustálé povídání či komentování
- hra s předměty

3. Impulzivita:

- neschopnost brzdit své reakce
- okamžité jednání
- odpovídají, aniž by znaly celou otázku
- dělají omyly z nepozornosti
- říkají „co si zrovna myslí“
- nedokáží stát v řadě a čekat

Projevy hyperaktivity ve vybraných fázích vývoje blíže specifikovala Šimíčková-Čížková takto:

Batolata a předškoláci, trpící touto poruchou, neustále pobíhají, mají problémy s oblékáním a obouváním. Jejich pohyb po bytě nebo ve školce je chaotický a nekoordinovaný. Při sedacích aktivitách v období předškolního věku, např. čtení pohádek nebo příběhu, je pro ně problematické a velmi nudné.

Děti školního věku nezvládají klidového sezení, neustále odbíhají a opouští své místo. Mnohdy hledají únik z vyučování (např. návštěva WC). Jejich pohyby jsou spojené s hraním, kopáním do předmětů a houpáním se na židli.

U adolescentů je projevem hyperaktivity pocit duševního neklidu (většinou bez pohybové aktivity). Upřednostňují zaměstnání, které je spíše neseďavé, ale jedná se jedná o jedince výkonné, až workoholicky zaměřené (Šimíčková-Čížková, kol. autorů, 2005).

Hyperaktivní děti představují značnou zátěž pro celou rodinu, specifické obtíže se objevují i ve vztazích s vrstevníky. Neklidné dítě vyvolává napětí ve všech, se kterými je v kontaktu, působí nepříjemně, dráždí a vyčerpává. Rodiče se často cítí bezmocní, jsou nespokojení a zklamaní. Někdy volí tvrdší výchovné prostředky, případně po určité době rezignují. Mnohdy hledají vinu v sobě, mívají pocit, že v rodičovské roli selhali. Takoví rodiče pak často i neúmyslně dávají svému dítěti najevo odmítání místo citového přijetí (Vágnerová, 1999).

1.5 Příčiny vzniku ADHD

Příčin vzniku ADHD je řada. Ani lékaři se neshodují na jejich diagnostikování. Výzkum probíhá v oblasti genetiky, neurofyziologie, neuroanatomie, neurochemie, psychologie, ale také dietetiky nebo toxikologie. Poznatky z těchto vědeckých oborů nám pomáhají pochopit mechanismus ADHD.

Vliv genetiky

Zkoumáním genetiky se objevilo několik důkazů, že ADHD je dědičná porucha. V roce 1990 doktor Biederman provedl studii, kde zkoumal 457 pokrevních příbuzných. Prokázalo se, že 25% nejbližších příbuzných dětí s ADHD rovněž trpělo touto poruchou. V porovnání s pouze 5% nejbližších příbuzných z kontrolní skupiny dětí s jinými psychickými poruchami to znamená 500% nárůst rizika, že příbuzný dítěte s ADHD trpí touto chorobou také. Další studie, kde vědci porovnávali jednovaječná dvojčata, která měla stejnou genetickou výbavu a většinou stejné životní podmínky, ukázaly to, že u 80-90% sourozenců, kde jedno dítě mělo ADHD, trpí chorobou i druhé dítě. Kdežto studie na dvojvaječných sourozencích (mají pouze asi 25% stejného genetického materiálu) ukázaly, že ve 32% trpěly ADHD obě děti (Munden, Arcelus, 2008).

Vliv neurofyziologie

Studiemi krevního řečiště se zjistilo, že děti s ADHD mají v některých částech mozku omezený průtok krve. Další metodou je výzkum pomocí EEG (elektroencefalografu) a studium metabolické aktivity pomocí pozitronové emise (PET) (Munden, Arcelus, 2008).

Vliv neuroanatomie

Výzkum se provádí pomocí nukleární magnetické rezonance (MRI). V nových poznatcích se prokázalo, že děti s ADHD mají méně mozkové tkáně v pravém frontálním laloku (Munden, Arcelus, 2008).

Vliv neurochemie

Bylo zjištěno, že léky, které mění aktivitu dopaminu a noradrenalinu v mozku, zlepšují symptomy ADHD. Dopamin a noradrenalin jsou neurotransmitery. To jsou chemické látky, jež přenášejí zprávy mezi mozkovými buňkami (Munden, Arcelus, 2008).

Vliv dietetiky

Existuje spousta spekulací, zda má jídelníček vliv na vznik ADHD. „Někteří lidé tvrdí, že strava obsahující potravinářská aditiva způsobuje hyperaktivitu“ (Munden, Arcelus, 2008, s. 57).

Vliv toxikologie

„Těžká otrava olovem může u dětí vyvolat vážnou encefalitidu a děti, které se uzdraví, trpí často příznaky nepozornosti a hyperaktivity“ (Munden, Arcelus, 2008, s. 56).

1.6 Diagnostika ADHD

Abychom mohli provádět opravdu kvalitní reedukační péči, je nezbytné provést diagnostiku příznaků a tím poskytnout dítěti dostatečnou podporu a zázemí zejména v oblasti kooperace rodiny, poradenských institucí, lékařů, školních institucí a dalších odborníků. Kvalifikovaná péče o dítě úzce souvisí i s oblastí užívání léčiv, doplňků stravy, psychoterapie, farmakoterapie či EEG biofeedback /viz dále/. Pedagog musí být připraven v rámci edukačního procesu dítěti zprostředkovat, tedy projevit, své myšlenky a plnohodnotnou účast v oblastech emočních a sociálních zkušeností (Pipeková, 2006).

Diagnostika je jedna ze stěžejních činností stojících na počátku kvalitního rozpoznání příznaků znevýhodnění a je určující pro následnou reedukační péči /viz dále/. Na základě kvalitní diagnostiky lze dítě lépe připravit k možné integraci do školních, ale i sociálních kolektivů. Pokud jedinec nemá stanovenou kvalitní diagnózu a neprobíhá tak u něj odpovídající léčba, podléhá depresím, nesprávnému chování, úzkostem. Pokud jsou symptomy poruchy včas a spolehlivě rozpoznány, může být léčba úspěšná a jedinec je schopen integrace do sociálně-kulturní společnosti (Munden, Arcelus, 2008).

Zejména u malých dětí bývá velkým problémem určit příznaky ADHD. Mnohdy jsou zatíženy nesoustředěností na hry, objevují se první projevy afektivního výbuchu, jsou poměrně neobratné vzhledem ke svým vrstevníkům, vše je často doprovázeno zejména poruchou biorytmu. Velmi častým projevem ADHD je problematika vývoje řeči a celkový opožděný vývoj. Je skutečností, že každé dítě trpící poruchou ADHD nemusí mít všechny výše uvedené symptomy. Některé příznaky mohou být majoritní a některé pouze nepatrné (Jucovičová, Žáčková, 1998).

Stanovení diagnózy musí být vždy v rukou neurologa, psychologa, psychiatra, dětského, či dorostového lékaře, který dítě zná od narození. Nezastupitelné jsou pro výše uvedené odborníky informace z rodinné a osobní anamnézy. Čím více informací získá, tím kvalitnější je jejich vzájemné křížení a může tak dosáhnout kvalitní diagnostiky s výstupem, jaké volit způsoby léčby a terapie (Munden, Arcelus, 2008).

„ADHD lze diagnostikovat, pokud se jedná o déletrvající problematiku (příznaky by se měly projevovat nejméně po dobu 6 měsíců) a pokud je přítomna alespoň jedna z dále uvedených poruch: porucha pozornosti, hyperaktivita s impulzivitou. Podle toho diagnostikujeme:

- ADHD s převahou poruchy pozornosti
- ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity
- ADHD s poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou (kombinovaný typ)“ (Jucovičová, Žáčková, 2011, s.14).

Příznaky se posuzují v porovnání s ostatními dětmi stejného věku.

„Diagnózu ADHD lze udělit, pokud byly u dítěte zaznamenány některé ze 14 příznaků uvedených v diagnostických kritériích podle DSM-IV. U dětí předškolního věku musí být přítomno 10 ze 14 příznaků, u dětí mladšího školního věku 8 ze 14, u dětí staršího školního věku 6 ze 14 příznaků“ (Jucovičová, Žáčková, 2011, s.14).

Diagnostická kritéria pro ADHD podle DSM-IV

A. Porucha trvající nejméně 6 měsíců, při níž se objevuje nejméně 8 z následujících 14 symptomů, a to v takové míře, že projevy dítěte neodpovídají jeho věku:

1. Často si neklidně pohrává s rukama, bezúčelně pohybuje nohama anebo se vrtí na židli.
V době dospívání můžeme omezit kladnou odpověď na tuto položku pouze na takové případy, kdy adolescent hovoří o tom, že prožívá subjektivní pocity vnitřního neklidu.
2. Dítě má potíže s tím, aby vydrželo klidně sedět, i když je o to požádáno.
3. Lehko je vyruší (případně odvedou od práce) vnější stimuly.
4. Ve hrách s pevně stanovenými pravidly či ve společenských (resp. skupinových) stimulacích mu dělá potíže vyčkat, dokud na ně nepříjde řada.
5. Často vyhrkne odpověď na otázku ještě předtím, než ji ten, kdo se ptá, vůbec stačil vyslovit, což vede k častým chybám.
6. Dělá mu potíže řídit se instrukcemi jiných osob (ne kvůli opozičnímu, negativistickému chování ani kvůli nepochopení), například dokončit nějakou práci.
7. Dělá mu potíže soustředit se, ať už na úkoly, nebo na hry.
8. Často „přebíhá“ od jedné činnosti ke druhé.

9. Dělá mu potíže hrát si tiše.
 10. Často je nadměrně povídavé, překotně hovoří.
 11. Často přerušuje jiné, nebo jim skáče do řeči, například vstupuje do her jiných dětí.
 12. Často neposlouchá, co se mu říká.
 13. Často ztrácí věci, které jsou nezbytné pro školní práci či pro různé důležité činnosti, ať už doma, nebo ve škole (např. hračky, tužky, knihy, domácí úlohy).
 14. Často se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bralo v úvahu možné následky (přitom nevyhledává nebezpečí pro nebezpečí), například vbíhá do vozovky, aniž by se předtím rozhlédlo.
- B. Nemoc se začíná výrazněji projevovat obvykle před sedmým rokem věku.
 C. Nemoc nesplňuje kritéria vše zachvacující vývojové poruchy (pervasive development disorder)“ (Jucovičová, Žáčková, 2011, s.15).

Kritéria závažnosti ADHD (doplněno z hlediska pedagogicko – psychologické praxe)

- *Mírný typ ADHD:* Jen málo symptomů, pokud vůbec nějaké z těch, které jsou potřebné ke stanovení diagnózy, se projevuje v nadměrné míře. Školní a společenská angažovanost dítěte trpí v tomto stupni poruchy jen minimálně, nebo vůbec ne. U dítěte kolísá schopnost koncentrace pozornosti, celkově jsou patrné výkyvy, dominující symptomy jsou zvládnutelné bez speciální péče v rámci individuálního přístupu.
- *Střední typ ADHD:* Symptomy či míra (společenské) funkční újmy kolísají mezi „mírnou“ a „vážnou“. U dítěte je patrný neklid, nesoustředění, překotné reakce, emoční nestabilita, snížená sebekontrola aj. Dítě většinou již potřebuje kromě individuálního přístupu i další speciální péči.
- *Vážený typ ADHD:* Ze symptomů potřebných ke stanovení diagnózy se jich mnoho projevuje v nadměrné míře. Újma, ať už se týká činností doma, ve škole nebo v kontaktu s vrstevníky, je téměř vše zachvacující. U dítěte je často zjevný neklid, zjevný sklon k rizikovému chování, nápadné obtíže v soužití s ostatními, nízká nebo nulová schopnost sebekontroly a sebeovládání. Častá je i kombinace se specifickými poruchami učení. Další speciální péče je nezbytná“ (Jucovičová, Žáčková, 2011, s.16).

Jedním z používaných způsobů diagnostiky je například Barkleyův dotazník. Tato metoda je určena hlavně pro terapeuty zabývající se problematikou ADHD. Je velmi přínosná zejména pro počáteční diagnostiku a průběh terapie, kde se s její pomocí zjišťuje okamžitý stav jedince. Nevýhodou je možné zkreslení posuzovacích škál pro chování, jež závisí na subjektivním pohledu

vyšetřovatele k vyšetřovanému jedinci. Jedná se o přímou psychologickou metodu. Dalšími diagnostickými metodami jsou například Achenbacheův dotazník a Connersovy škály pro rodiče a pedagogy aj. (Munden, Arcelus, 2008).

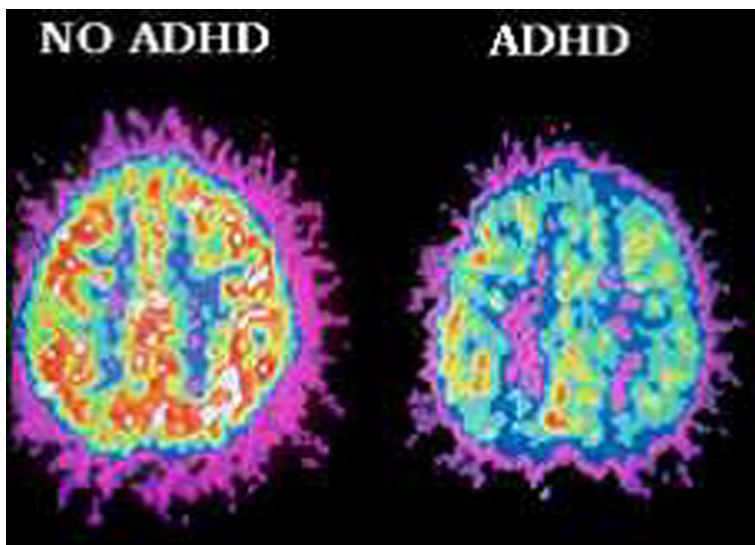
Diagnostikování ADHD

- přehled dosavadních potíží dítěte
- lékařská a psychiatrická anamnéza
- tělesné vyšetření
- jiné informace (škola, školní, či poradenský psycholog, vyšetření logopeda, foniatra a oftalmologa)
- další vyšetření
- posuzovací škály (Conersové, Du Paulova, škála dětského chování atd.)
- objektivní výkonové testy (Gordonův diagnostický systém)“ (Munden, Arcelus, 2008, s. 67).

Jiné poruchy, jež mohou připomínat ADHD

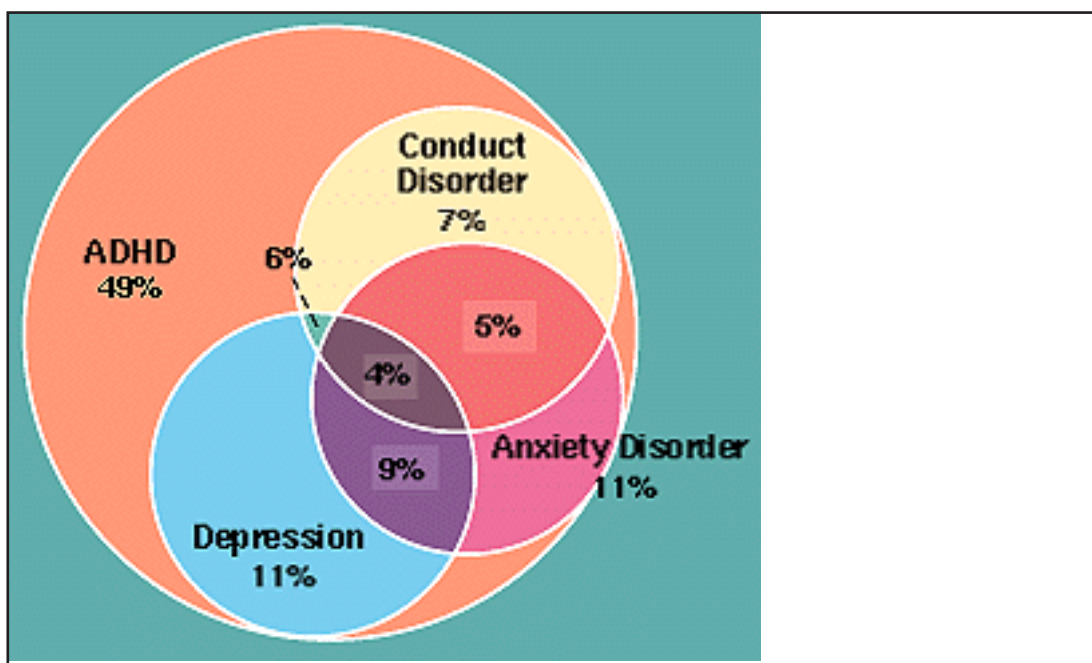
- poruchy autistického spektra (dětský autismus a Aspergerův syndrom)
- obsedantně-kompulzivní porucha
- Tourettův syndrom
- porucha opozičního vzdoru a poruchy chování
- porucha chování
- deprese a jiné emoční poruchy
- úzkost
- zneužívání návykových látek
- psychotické poruchy (Munden, Arcelus, 2008)

Obrázek 1: Části mozku zkoumané v souvislosti s ADHD – odlišné zobrazení mozku osoby s ADHD oproti osobě kontrolní



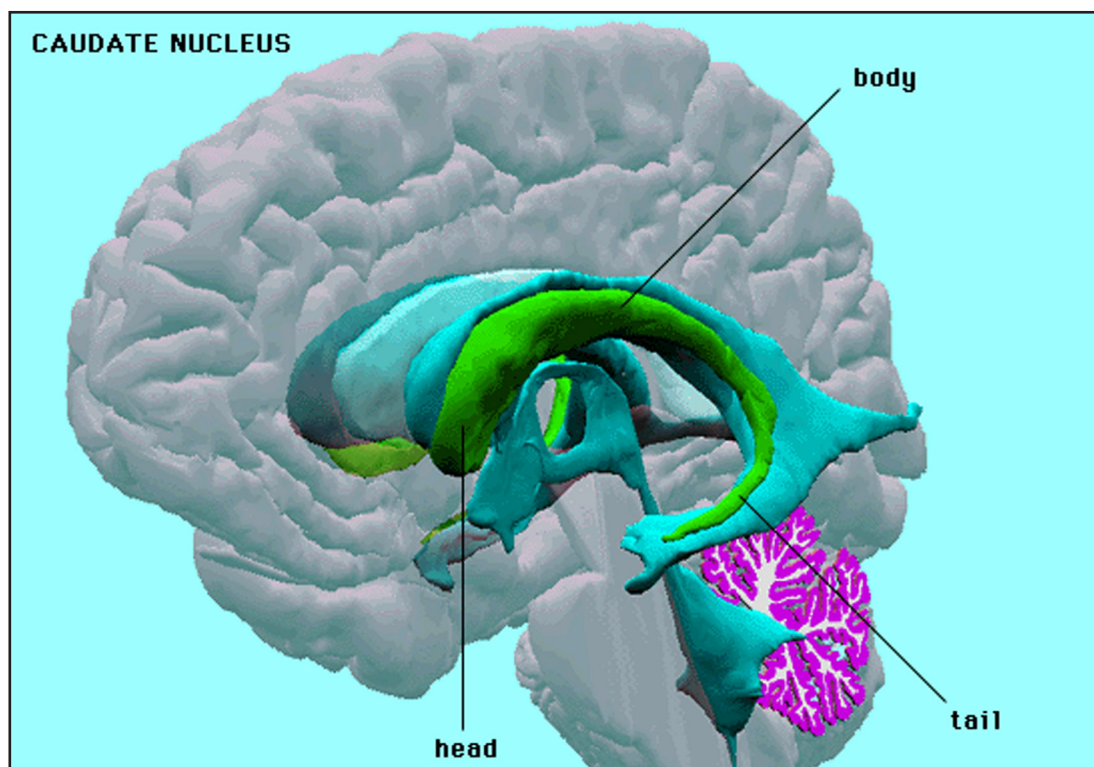
Zdroj: Connections Achievement and Therapy Center [online]. 2013 [11.03.2013]. Dostupný na WWW:http://connections4children.com/custom_content/c_168259_adhd.html

Obrázek 2: Diagram s ukazateli poruch, které se objevují společně s ADHD



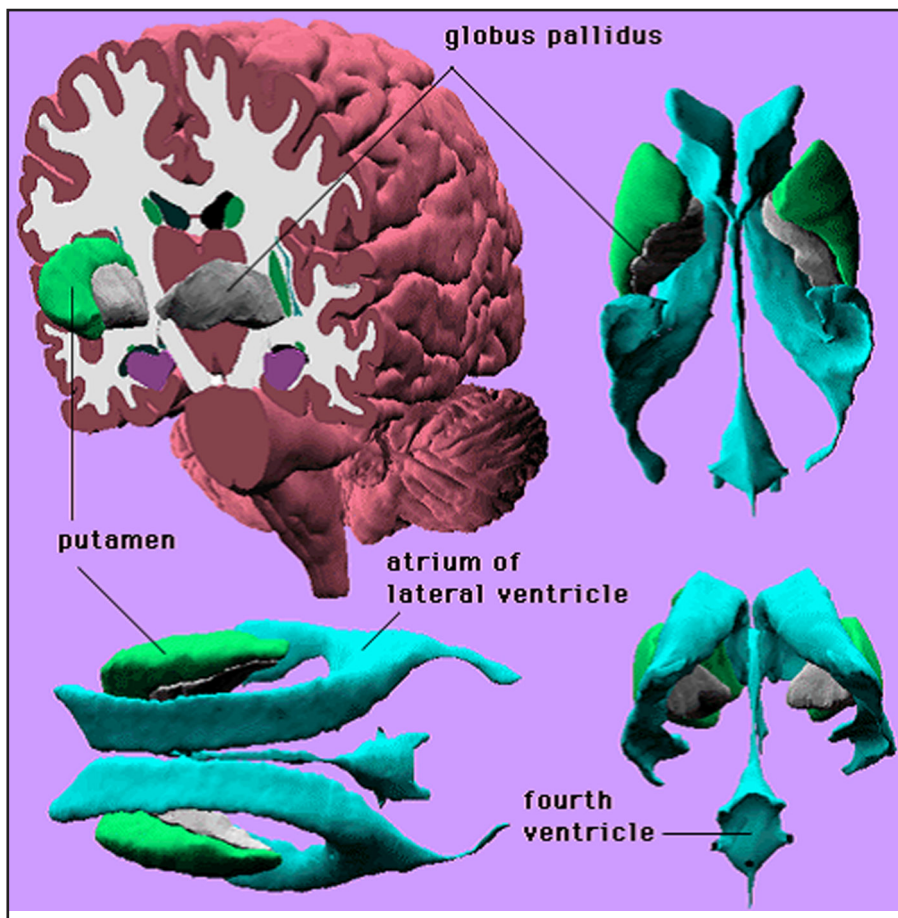
Zdroj: The Harvard Mahoney Neuroscience Institute letter [online]. 1996 [11.03.2013]. Dostupný na WWW : http://www.hms.harvard.edu/hmni/On_The_Brain/Volume05Number1/ADD.html

Obrázek 3: Části mozku související s ADHD – Caudate nucleus



Zdroj: New Zealands ADHD online support group [online]. 2000 [11.03.2013]. Dostupný na WWW: <http://www.adhd.org.nz/caud1.html>

Obrázek 4: Části mozku zkoumané v souvislosti s ADHD – Globus pallidus



Zdroj: New Zealands ADHD online support group [online]. 2000 [11.03.2013]. Dostupný na WWW: <http://www.adhd.org.nz/global1.html>

2 Vývoj dítěte s poruchou ADHD

2.1 V kojeneckém období

Jedná se o poruchu základních biorytmů - dítě má převrácený a narušený spánkový režim (ve dne spí, v noci bdí), nepravidelnou a častou potřebu jídla spojenou se zvracením, někdy také hůře saje. Dítě je neklidné, podrážděné a často zdánlivě bez příčiny pláče. „Matkám se rovněž v tomto období dostává prvních negativních zpětných vazeb z jejich okolí – bývají partnerem nebo i prarodiči osočovány, že nejsou schopné se postarat ani o tak malé dítě“ (Jucovičová, Žáčková, 2011, s. 23). Tímto může dojít k narušení vztahu mezi matkou a dítětem, nebo dokonce k odmítání dítěte matkou.

2.2 V batolecím věku

Dítě vydrží dlouho bez spánku, je více pohyblivé, je neohrabané a neobratné, nedokáže se soustředit na hru po delší dobu, velmi silně reaguje na menší podněty a dochází k prvním afektivním výbuchům. Má opožděný vývoj řeči i celkově nerovnoměrný vývoj (Jucovičová, Žáčková, 2011).

2.3 V předškolním věku

Období předškolní je zahájeno vývojovou etapou dovršení třetího roku věku dítěte a ukončeno zahájením pravidelné školní docházky. Vývoj by měl být plynulejší, kdy během něho dochází zejména k rozsáhlejší diferenciaci v oblastech lidské psychiky. Zde je nezbytné, aby byla zejména rodina základem výchovného a vzdělávacího působení. Na počátku tohoto období je dítě hravé a na jeho konci stojí jedinec připravený pro vstup do školy (Vítková, 2004).

Dítě může mít problémy se sebeobsloužením, také problémy s delším soustředěním, často odmítá vykonávat některé činnosti (zejména ty, které mu nejdou). Má také problémy s hyperkativitou, zvýšenou afektivitou a emocionalitou. Kvůli těmto potížím může být odložena školní docházka o jeden nebo i více roků (Jucovičová, Žáčková, 2011).

U dětí v předškolním věku (Jucovičová, Žáčková, 1998) pak pozorujeme zejména:

- *Poruchy motoriky* - jedná se zejména o poruchu dynamiky CNS. Jedinec bývá hyperaktivní, nevladatelný a rychle se unaví. Obtíže se projevují hlavně v jemné a hrubé motorice.
- *Poruchy vnímání* - zasahuje jak vnímání sluchové tak zrakové, ne zřídka se projeví i špatnou časovou orientací. Jedinec hůře zvládá prostorovou orientaci a pravolevou orientaci.
- *Emoční poruchy a poruchy chování* - jedinec je silně emočně labilní, lze zde vysledovat náládovost a problém s výkonností. Jednání je značně impulzivní „bez zábran“, reakce jsou nepřiměřené, objevují se zde sklony k agresivnímu chování.

- *Poruchy koncentrace pozornosti a paměti* - jedinci jsou nesoustředění, neustále odvádějí svou pozornost k jiným předmětům a situacím, než jsou právě řešené, bývají rychle unavení a chvilkově apatičtí, mají problém se zapomínáním.
- *Poruchy řeči a myšlení* - vývoj řeči a myšlení je opožděný, časté jsou poruchy a vady výslovnosti (dyslalie). Myšlení je většinou málo pružné, hůře vnímají celky a souvislosti, problém nastává v pojmovém myšlení (Jučovičová, Žáčková, 1998).

2.4 Ve školním věku

Vstup dítěte do školy je v jeho životě velmi důležitým krokem. Dítě je postaveno do nové role, a to role školáka, jež jej naplňuje pocitem něčeho nového a vyvolává pocit vyšší sociálně kulturní prestiže. Celková příprava na roli školáka je posilována a předesílána zejména výchovou a přípravou v rodině. První školní kroky jedinec chápe jako výzvu a hru. Dítě se učí přijímat úkoly, získává schopnost zodpovědně přistupovat k jejich plnění. Velmi důležitým faktorem je vstup dítěte do kolektivu, sociální skupiny, vnímání blízkosti jiných dětí a vytváření si v kolektivu odpovídajícího postavení. Škola je místo, kde probíhá jeho počáteční socializace (Vítková, 2004).

Prvním požadovaným kritériem našeho školského systému je zápis do školy. Budoucí žák musí dosáhnout minimální věkové hranice 6 let. Není ovšem podmínkou, aby tato věková hranice striktně nutila rodiče a potažmo dítě vstoupit do první třídy. V řadě případů je vstup do školy podmíněn zejména posouzením školní zralosti. Školní zralost je soubor dosažených odpovídajících vývojových stupňů v oblasti biologického procesu vývoje CNS. Důležité je dosažení rozumové, sociální, mentální a emocionální zralosti. Dítě musí tedy splňovat vnitřní i vnější připravenost pro vstup do školního kolektivu (Šimíčková-Čížková, kol. autorů, 2005).

Většina dětí, které začnou navštěvovat první třídu, má ke škole pozitivní vztah, což je určující zejména pro jejich chování, a to i když jejich školní výsledky nebyvají optimální. Proto se rozlišuje vnější a vnitřní připravenost, mezi nimiž je podstatný rozdíl, jenž se viditelně projevuje navenek (Vítková, 2004).

Vnější připravenost znamená hlavně zájem o vnější prostředí výuky, a to proto, že jedinec stále považuje edukaci za hru a školní úlohy nejsou pro něj povinné. Mnohdy ještě nemá v první fázi dostatečně vyvinuté rozumové pracovní přístupy a chápání nových skutečností. Takovéto děti pak nedosáhnou na pozitivní výsledky klasifikace.

Vnitřní připravenost je schopnost žáka aktivně přistupovat ke školní docházce. Jde už o určitou úroveň poznatků a rozumových schopností, citů, ukázněnosti, sociálních vztahů, adaptability, učebních dovedností a návyků i o zájem a snahu učit se. To je podstatným předpokladem úspěšného plnění školních požadavků a možností přizpůsobit se novým podmínkám (Bartoňová, 2005).

Diagnostikování školní zralosti je procesem dlouhodobého sledování jedince, a to zejména během předškolního věku. Při zjišťování školní zralosti se běžně používá celá testová baterie školní zralosti, která sleduje percepčně motorické oblasti dítěte. V případě nutnosti provádí odborné vyšetření speciální pracoviště, kterým je pedagogicko-psychologická poradna, nebo, v případě dětí s postižením, speciálně pedagogické centrum, které má dítě v evidenci (Vítková, 2004).

Požadavky kladené na dítě v rámci zjišťování úrovně školní zralosti musí být v souladu s jeho mentální úrovní, druhem, stupněm a trváním poruchy a je třeba respektovat individualitu dítěte.

Speciální péče, jež se v předškolním věku zaměřuje na zařazení jedince do školy, musí být komplexní a musí obsahovat lékařská vyšetření a stanoviska i z dalších oblastí, jako například nezbytné působení psychologa, účast na edukaci speciálně zaměřeného pedagoga a dalších odborníků s přihlédnutím k jeho potřebám (Vítková, 2004).

V tomto věku se projevuje porucha koncentrace hlavně v situacích, které jsou pro dítě monotónní, dlouhotrvající, nebo beze změn. Dítě má rovněž problémy s podřizováním se pravidlům práce v kolektivu, ale také s dokončováním úkolů nebo podřizováním se autoritě dospělého (Jucovičová, Žáčková, 2011).

2.5 V adolescenci

V adolescenci se hyperaktivita zmírňuje, ale nesoustředěnost, nespolehlivost nedostatečná vytrvalost přetrvávají. Vyskytují se také další přidružené komplikace jako např. deprese, úzkosti a poruchy chování. Jelikož se hyperaktivita v tomto věku snižuje, lidé se mylně domnívají, že ADHD v dospívání mizí. V současné době průzkumy jasně prokazují, že až u 80 procent adolescentů, kteří v dětství ADHD trpěli, projevy přetrvávají a až 60 procent pacientů může vykazovat některé příznaky ADHD i v dospělosti.

2.6 V dospělosti

Dospělí trpící ADHD mají problémy se soustředěním na konverzaci, ztrácejí běžné předměty, zapomínají na schůzky a termíny. Nejsou schopni si organizovat práci, postupují chaoticky a nedokončují úkoly. Jsou impulzivní, což se projevuje netrpělivostí a ukvapenými rozhodnutími, kterých později litují. Velmi často riskují při řízení. Mají také sklony ke zneužívání alkoholu a drog. Jsou citově labilní. Dochází ke střídání nálad bez zjevné příčiny v krátkém rozmezí. Mají problémy se zvládnutím hněvu a potíže se sebeovládáním (popudlivost, výbuchy, ironizování). Obtížně se vyrovnávají se stresem, jsou úzkostní, zmatení, rozčilení. Nejsou schopni relaxovat. Pozitivní stránkou je, že jsou kreativní.

V dospělosti je výskyt ADHD stejný jak u chlapců, tak u dívek.

3 Vliv ADHD na chování a prožívání dětí

Děti, jež mají uvedenou poruchu, žijí pod neustálým tlakem značně náročných situací, a to nejen ve školním, ale i v rodinném prostředí a při hře s vrstevníky. Takové náročné situace vznikají vlivem projevů jejich poruchy. Děti musí neustále bojovat o uznání a úspěch, ale většinou boj prohrávají. Každý den se setkávají se situacemi, jež jsou pro ostatní běžné, ale ony na ně nestačí, nezvládají je a navíc si to velmi často neuvědomují. Nejsou schopny dané problémy přiměřeně zvládnout, řeší je jinak, po „svém“, což ale nebývá pro jejich okolí přijatelné. Jedná se především o tyto strategie:

- *Únik:* Dítě se snaží před svými problémy uniknout, utéct. Může to být vytvoření stavu nemoci (je jim špatně před odchodem do školy). Tyto úniky nemusejí být vědomé. Naopak dítě může vědomě utíkat dříve ze školy, nebo chodit pozdě na vyučování, také se může snažit vyhnout neoblíbeným předmětům. Méně nápadný je útek do „vnitřního světa“, dítě vstupuje do svých snů a představ, že je úspěšné.
- *Regrese:* Tento způsob může být nazván „krokem zpět“. Dítě se začne chovat jako věkově mladší, jako by se vracelo do doby, kdy ještě nároky na něj byly menší a ono vše zvládalo. Velmi často si vybírá mladší kamarády, ti jsou k němu méně kritičtí a mají méně nároků. Také je více obdivují a ono tak zažívá pocit úspěchu a přijetí.
- *Popření neúspěchů nebo jejich zlehčování:* Popření nemusí být vědomé, dítě nevnímá svůj neúspěch. Naopak zlehčování neúspěchů bývá již vědomé, dítě prožívá prohru, ale bere ji na lehkou váhu, „navenek“ si z ní nic nedělá, nebere ji vážně, snaží se zlehčovat úspěchy ostatních dětí. U starších dětí může dojít ke zkreslenému vnímání reality a už pak neví, že udělalo něco špatně, svádí vinu na ostatní. Staví se do role ukřivděného. Toto chování a prožívání reality přerůstá únosnou mez, a tak může dojít k vážným poruchám chování, u dítěte je pak ohrožen zdravý vývoj psychiky.
- *Poutání pozornosti:* Jelikož si dítě připadá neúspěšné, začne na sebe strhávat pozornost, a to často nevhodným způsobem, jako je předvádění se, vytahování se, provokování ostatních dětí, rodičů, nebo učitelů.
- *Útok:* Útok na ostatní (např. zesměšňování, agrese) mohou být voláním o „pomoc“, o povšimnutí. Dítě se snaží řešit svůj neúspěch či nezdar.

Takový jedinec může působit dojmem nevychovaného dítěte. Rodiče pak bývají osočováni z nezvládnutí svého potomka ať už svým okolím, či partnerem, nebo rodinou. Někteří rodiče si neví rady, jelikož všechny obvyklé výchovné postupy selhávají (Jucovičová, Žáčková, 2011).

4 Dítě s ADHD v rodině

V rodinách, kde dochází k u dítěte k diagnostikování poruchy ADHD, se v první fázi objeví šokové stavy. Důležité je, aby si rodina okamžitě začala zjišťovat všechny možné informace, jak tuto situaci řešit.

Pokud proběhla diagnostika včas a kvalitně, je velká šance, že se nám podaří dítěti pomoci se připravit pro další etapy života. Rodiče by se neměli stigmatizovat, že něco zavinili, nebo zanedbali, a proto mají v rodině komplikaci. Řešení problému ADHD u dítěte je dlouhodobá záležitost (Zelinková, 2009).

„Roky strávené s dítětem, které má vážnou poruchu ADHD, si vyberou svou daň. Reakce na chování dítěte končí tím, že se rodiče dostanou do propasti, z níž je obtížné se v přijatelném čase dostat ven“ (Munden, Arcelus, 2008, s. 88).

I ti nejtrpělivější se dostávají do stresu a pod dlouhodobý tlak. Děti s ADHD potřebují méně spánku a v důsledku toho mohou být rodiče chronicky unaveni. Rodiče na sebe přestávají mít čas, hádají se, dítě neustále breptá, povídá, křičí a ničí hračky i jiné předměty. Navíc se zde může vyskytnout sourozenecká rivalita. V některých rodinách může být více dětí s ADHD a nepostižené děti mají problém se s tím vyrovnat. Navíc rodiče jsou zničeni z opakujících se stížností na chování dítěte ve škole a pak mohou mít pocit, že jsou neschopní. (Munden, Arcelus, 2008).

„Děti s ADHD často mívají dobré a nevinné záměry, přesto budí dojem, že si v nespolečenských schválnostech a jiných nežádoucích projevech libují. Takové děti častou skáčkou druhým do řeči, říkají bez rozmyšlení nevhodné věci, pošťuchují druhé děti, protože mají potřebu to udělat“ (Munden, Arcelus, 2008, s. 23).

„Některé děti s ADHD, zejména ty, které trpí poruchou chování s časným začátkem (zahrnuje vážné problémy typu žhářství, krádeží, šikanování), jsou vystaveny vysokému stupni závislosti na drogách či alkoholu. Zdá se však, že lidé s ADHD mají k užívání látek jako alkohol, nikotin a dalších návykových látek větší sklony a že je začínají brát dříve než lidé bez ADHD. Mají vyšší sklon stát se na nich fyzicky i psychicky závislými, z čehož plyne také větší pravděpodobnost, že budou trpět bolestivými následky drogové s alkoholové závislosti. Naštěstí se většina dětí tímto směrem nevydá“ (Munden, Arcelus, 2008, s. 28).

Nevhodný ukazatel výchovy a péče o dítě s ADHD je příliš úzkostlivá péče, opečovávání ze všech stran, následkem čeho dítě není schopno samostatného řešení vzniklých překážek a je odkázáno na pomoc svého okolí, kterou potom i vyžaduje.

Každé dítě je souborem silných a slabých stránek a na základě této kombinace se jinak projevuje a rodiče k němu tak musí přistupovat, naučit se správně reagovat. S přibývajícím věkem je důležité s dítětem o jeho obtížích mluvit a snažit se mu pomoci s nimi vyrovnat, poradit mu, jak je má zvládat. O tom, že dítě má určitou poruchu, by mělo být od rodičů informováno, a to vhodným způsobem, který odpovídá jeho schopnosti chápání, s ohledem na jeho vnímání reality, aby nezískalo pocit, že je nějak handicapováno oproti ostatním. Ale na druhou stranu tak, aby nepřijalo svou diagnózu jako omluvu svých prohřešků. Drtílková, Šerý (2007).

ADHD ovlivňuje nejen chování dětí, ale i jejich rodičů, učitelů i vrstevníků. Proto je třeba, aby všichni, kdo přijdou s dítětem do styku, byli o této poruše předem informováni. Rodiče se ze začátku musí hodně ptát odborníků, kteří se této problematice věnují a musí se naučit s dítětem správně komunikovat. Tedy měli by se naučit tomu, co dítě dělá schválně špatně. Někdy zlobí, neposlouchá, nechce se mu, ale musí se učit správnému chování a pravidlům, která pro

ně platí. Rodiče jsou postaveni před těžký úkol, protože musí rozlišovat tenkou hranici mezi tím, co dítě dělá naschvál a za co vlastně „nemůže“. K čemu ho nutí jeho zvýšená aktivita, nebo nezvládnutá reakce, která je dána jeho impulsivností.

Školní výkony ovlivňuje emocionální klima rodiny, pomoc při překonávání obtíží a spoluprožívání úspěchů a neúspěchů. Důsledkem nesprávného přístupu v rodině je u dítěte získání nejistoty, nedostatek sebevědomí, špatná a rozptýlená pozornost. Pokud se budou rodiče správně orientovat v problematice poruchy ADHD, naučí se ji lépe zvládat, naučí se hledat i vhodné mechanismy řešení krizových situací a správně relaxovat pro nabrání nových sil (Riefová, 1999).

Hlavní výchovné zásady v rodině

- K dítěti přistupujeme s velkou trpělivostí, klidem, laskavostí a optimismem.
- Posilujeme jeho sebevědomí a oceníme nejen úspěch, ale i každou projevenou snahu.
- Předcházíme situacím, za které by mělo být dítě potrestáno.
- Spíše než zadáváním úkolů mu pomáháme svou aktivní účastí na společné činnosti.
- Práci i hraní dělíme na krátké, 5-10 minutové intervaly, prokládané dostatečným odpočinkem.
- Řízené pohybové činnosti typu sportovních kroužků dítěti moc nevyhovují. Jeho potřeby mnohem více uspokojuje spontánní pohyb (nejlépe pod nenápadným dohledem).
- Všestrannou podporu má dítě nacházet hlavně v rodině, a to u všech jejích členů, nejen u některých, aby se mohlo cítit rovnoprávné.
- Nezbytně nutná je komunikace a vzájemná spolupráce mezi rodinou a školou. Sledujeme podrobně reakci dítěte na úspěchy a zvláště na neúspěchy (šetrně je s ním probíráme a vytváříme jejich hodnotné protiklady). Dítě je nemá prožívat v osamocení.
- Velmi střízlivě a věcně zvažujeme výběr budoucího povolání. Při studiu na střední, nebo vysoké škole nebývá problém intelektová kapacita, hyperaktivní děti bývají úspěšnější a spokojenější spíše v praktickém povolání (Riefová, 2010).

U mnoha fungujících rodin bývá užitečné využít možnosti získávání informací na rodičovských kurzech, kde se rodiče učí zvládat stresové situace, využívat rozličné výukové metody a postupy pro zvládnutí chování dítěte. Proto je velmi důležité, aby rodiče kontaktovali i různé podpůrné organizace zabývající se řešením problémů ADHD. Jako příklad lze uvést pedagogicko-psychologické poradny, nebo speciální pedagogická centra. V některých školách, které si uvědomují potřebu integrace žáků s poruchou ADHD do prostředí běžných škol, pomáhají tzv. konzultační týmy. Tato vnitřní organizace školy nabízí, zejména rodinám řešícím tento druh problému, široké spektrum pomoci. Jedním z příkladů této zcela bezplatné pomoci je informovanost.

Tato činnost je zaměřená na vyhledávání novinek a aktuálních řešení poruchy ADHD z médií (tisk, TV, internet). Pokud rodiče skutečně chtějí problém řešit, musí naslouchat a spolupracovat s tím, kdo chce nabídnout dítěti svoji pomoc (Riefová, 2010).

Kolčárková (2008) uvádí několik charakteristik, které se u dětí s ADHD objevují a které mají vliv i na zvýšené nároky na rodiče:

- zvýšené nebezpečí úrazů, které těmto dětem hrozí, rodiče musí být pořád ve střehu
- děti méně spí, což vede k větší unavenosti rodičů
- větší nároky na výchovu, protože děti nevydrží déle u jedné aktivity, rodiče musí vymýšlet stále něco nového
- dochází k rychlým změnám nálad, rodiče jsou nuceni na to reagovat
- dochází k prudkým změnám chování, a to je zpočátku také velmi nepříjemné

Jucovičová (2010) uvádí několik nesprávných výchovných postupů:

- *Nejednotná výchova* – rodiče se navzájem nedohodnou na jednotném postupu, jeden z nich dítěti něco zakáže, a druhý mu to povolí.
- *Perfekcionalistická výchova* – výchova je příliš autoritativní, náročná a přísná. Dítě s ADHD sice potřebuje důslednost při výchově, systém a řád, ale ne necitlivý přístup, extrémně tvrdé zásahy. V rovnováze s výše uvedeným má být láska k dítěti, cit a pochopení pro jeho problémy. „Diplomacií“ a taktem zmůžeme více než tvrdými rozkazy, příkazy, zákazy a tresty.
- *Příliš liberální výchova* - to je výchova, jež je uvolněná, případně až úzkostlivá a nebo příliš ochraňující, „rozmazlující“. Jedná se o výchovu, kdy je dítěti vše povoleno, promíjeno, nebo bráno na lehkou váhu.
- *Nevyvážená, nedůsledná výchova* – podobá se výchově nejednotné. Zde ale rodič není důsledný ve svých postupech, jednou něco dítěti zakáže, ale podruhé to povolí, nebo udělí dítěti nějaký úkol, ale poté nekontroluje zda ho dítě splnilo. Tato výchova opět postrádá řád a systém. Dítě je tímto postupem zmateno a neví, jak se správně zachovat, brzy začne této situace zneužívat.

„Z průzkumu hyperaktivních dětí vyplynulo, že optimální výchovný styl pro vedení hyperaktivního dítěte je ten, kde je kombinováno pevnější vedení s citlivým, pozitivním přijímáním dítěte, kdy dítě vnímá lásku rodičů a přijímání sebe sama takového, jaké je. Děti vedené tímto způsobem měly nejméně výchovných problémů, víceméně téměř žádné. Naopak nejvíce výchovných problémů bylo zaznamenáno u dětí, které byly vedeny příliš volně, liberálně, třebaže

byly milovány a přijímány. Další skupinou dětí, u kterých byly zaznamenány velké výchovné problémy, byly děti, které byly vedeny sice pevně, ale příliš tvrdě – necítily od rodičů přijímání, lásku. U této skupiny byly zaznamenány velké výchovné problémy, které nezdědka přetrvávaly i do budoucna“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 63).

Train (1997) uvádí tresty, které by ve výchově neměly být používány

- Tělesné tresty jako jsou bití a fackování
- Odepření potravy a pití
- Omezování svobody
- Styku s rodinou či příbuznými
- Izolace
- Nedostatek spánku
- Prohledávání kapes a majetku
- Stání na chodbě
- Fyzické cvičení se záměrem unavení
- Udělování pokut za nesprávné chování
- Bránění v přístupu ke zdravotní péči
- Nutit dítě ke svlečení

5 Dítě s ADHD ve škole

Škola je prostředím, které se velkou měrou podílí na rozvoji osobnosti dítěte. Pro většinu dětí je místem, kde se učí poznávat a objevovat nové věci. Může se však stát i prostředím, kde se poprvé výrazněji projeví určité problémy. Pro dítě a rodiče obvykle bývají nejtěžší první roky školní docházky. Dítě ve škole nedává pozor, ruší ostatní děti, nosí domů poznámky, ztrácí pomůcky. Neustále dělá zbytečné chyby z nepozornosti, prospěch bývá nevyrovnaný. Rodiče jsou postaveni před velký a zodpovědný úkol pomoci dítěti překonat toto kritické období, nepodlomit jeho sebedůvěru, ale naopak podporovat u něho všechny dobré vlastnosti, zájmy a nadání, které by jednou mohlo uplatnit v životě.

„Škola je pro hyperkinetické děti „kritické“ prostředí, kde se manifestuje většina příznaků. Náš systém školství obvykle od dětí požaduje, aby po 45 minut klidně seděly na židli, dávaly pozor, mluvily až po vyzvání, respektovaly přesná pravidla i mimo hodinu atd. Převažují pochopitelně nároky na kognitivní procesy, kterým se jinak dítě mimo školu může vyhnout, nebo je přizpůsobit svým možnostem“ (Drtilková, Šerý, a kol., 2007, s. 87).

Ve školském zákonu (zákon č. 561/2004 Sb., § 16) jsou tyto poruchy označeny jako vývojové poruchy chování a spolu s vývojovými poruchami učení (SPU), mentálním, tělesným a smyslovým postižením, vadami řeči a autismem jsou zahrnuty do kategorie zdravotního postižení. Ze zákona vyplývá dětem s touto poruchou právo na vzdělání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. Tyto speciální vzdělávací potřeby zjišťuje školské poradenské zařízení. Viz také Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Sandra Riefová (2010) sepsala seznam činitelů, které mají pomoci zlepšit způsob, jakým se žáci učí a jakým učitelé vyučují:

„Nejvýznamější faktory v práci s dětmi s ADHD“

1. *Učitelova pružnost, zainteresovanost a ochota* pracovat se žákem na osobní rovině. Učitel musí vynaložit více času, energie a úsilí na to, aby žákům opravdu naslouchal, povzbuzoval je a přizpůsoboval se jejich potřebám.
2. *Další vzdělávání učitelů a získávání znalostí o ADHD.* Je nezbytné, aby učitelé věděli, že se ve skutečnosti jedná o záležitost fyziologického a biologického rázu. Děti s uvedeným syndromem nás „neničí“ záměrně a nechtějí nás svým chováním „vytáčet“. Když si to jasně uvědomíme, snáze si zachováme trpělivost, smysl pro humor a schopnost pozitivně se s únavným chováním žáka vypořádat. Na každé škole (základní i střední) by měla být možnost zúčastnit se dalšího vzdělávání učitelů týkajícího se syndromu ADHD, vlivu tohoto syndromu na učení žáků a na jejich výkon ve škole a vhodných strategických opatření, která pomohou situaci zvládnout.
3. *Úzká spolupráce mezi rodiči a školou.* Je důležité častěji kontaktovat rodiče postiženého dítěte a vytvořit s nimi dobrý pracovní vztah. Pokud máte mít s žáky s ADHD úspěch, pak potřebujete podporu a spolupráci jejich rodičů a otevřenou komunikaci s nimi.

4. *Vytváření přehledného a strukturovaného prostředí.* Žáci s poruchami pozornosti potřebují třídu s určitou strukturou. Strukturovaná třída přitom nemá být tradiční, neúčelnou, stabilně uspořádanou třídou, která by poskytovala jen málo sluchových či zrakových podnětů. I ta nejtvořivější, nejlákavější, nejbarevnější s mnoha podněty může stále být jasně strukturovanou. Žákům s ADHD je třeba poskytnout řád prostřednictvím přesného určení toho, co se od nich očekává, jasných pravidel, promyšlených reakcí na určité projevy jejich chování a stálým udržováním kontaktu s nimi. Zadávané úkoly je jim třeba rozložit na menší části, které lze postupně zvládnout. Při tom by učitel měl řešení úkolu názorně předvést, navést žáka pomocí srozumitelných instrukcí a požadavků a poskytovat mu zpětnou vazbu. Těmto dětem je rovněž nutno pomáhat s uspořádáním pomůcek, pracovního prostoru, se zapojením do skupiny v situacích, kdy se musí rozhodovat mezi několika alternativami a ve chvílích, kdy žáci přecházejí od jednoho druhu činnosti k druhému. Jejich režim dne by měl být strukturován tak, aby se pružně střídala doba aktivity a doba klidu. Strukturu potřebnou k tomu, aby se žáci úspěšně učili, můžeme zajistit bez ohledu na to, jaký je styl vyučování.
5. *Tvořivé, poutavé a interaktivní vyučovací metody.* Žáky zaujmou a přimějí je spolupracovat se spolužáky. Jsou naprosto nezbytné! Obohacené a motivační učivo, využívající celou řadu různých metod, potřebují všichni žáci.
6. *Týmová práce žáka v zájmu žáka s ADHD.* Mnozí učitelé považují týmové vyučování za velmi užitečné. Možnost sdílet s žáky část vyučování často zmírňuje problémy s chováním a pomáhá učiteli zachovat si nadhled.
7. *Podpora ze strany vedení školy.* Je nutné, aby vedení školy vědělo o charakteristických rysech a efektivních metodách zvládnání dětí se syndromem ADHD, aby mohlo podpořit učitele při práci s problémovými žáky. Podpora ze strany vedení školy je nutná (např. při vytvoření podmínek pro krátkodobé umístění žáka mimo třídu, pokud jeho chování brání učiteli ve vyučování nebo ostatním dětem se učit).
8. *Respekt k soukromí žáka a zachování důvěrnosti.* Informace, jako například individuální prospěch žáka, výsledky vyšetření, snížené požadavky, nebo zdravotní problémy jsou považovány za důvěrné informace a nemají být zbytečně zveřejňovány. Někdy naopak budeme muset rodičům ostatních dětí vysvětlit smysl určitých opatření ve prospěch postiženého dítěte.
9. *Přizpůsobení zadávaných úloh, méně psaní!* To, co trvá průměrnému dítěti 20 minut, zabere dítěti se syndromem ADHD celé hodiny. Dovolte žákovi odpovědět ústně. Dítě nemusí vyplnit každou stránku v pracovním sešitu.
10. *Méně domácích úkolů.* Úkoly pro děti s ADHD jsou noční můrou. Úlohy by se měly přizpůsobit dítěti a být pro něj zvládnutelné.
11. *Více času na úlohy.* Tito žáci většinou nestihnou napsat všechny odpovědi do testu. Potřebují více času, nebo odpovědět ústně.

12. *Citlivý přístup učitele, který problémové děti neztrapňuje a neponižuje před spolužáky.* Žáci často sebe sama považují za neschopné, proto je třeba je podpořit, a ne zesměšňovat. Je důležité, aby si zachovali sebeúctu.
13. *Pomoc s udržením pořádku.* Žáci s ADHD mají problémy s udržením pořádku. Je třeba na ně dohlédnout, aby si řádně poznamenali domácí úkoly, nebo sklidili nepotřebné věci z lavice.
14. *Přizpůsobení studijního prostředí.* Prostor je velmi důležité pro výkon dětí. Žáci s ADHD by na vás měli dobře vidět a být na blízku, když potřebují pomoc.
15. *Oceňování toho, čím se žáci liší od druhých a poskytování možností, aby ukázali své silné stránky.* Dětem by se měl dát prostor ukázat před spolužáky, co jim jde.
16. *Víra v žáka.* Pro dosažení úspěchu budete často muset přehodnocovat osvědčené přípravy na hodinu a hledat nové cesty.

Základní pedagogické postupy pro práci s dětmi s ADHD (Ivo Paclt a kolektiv)

- Pozitivní posilování spolu s mírnými tresty – pozitivní posilování, jako jsou pochvaly, by měly směřovat ke všem projevům žádoucího chování. Tresty by měly být mírné, jasně definované a v přímé časové souvislosti.
- Častá zpětná vazba - měla by být stručná a pro dítě jasná, neměla by ho rušit v jeho činnosti. Zpětná vazba může vést k výrazné změně chování dítěte.
- Instrukce a pokyny by měly být stručné, jasné a splnitelné
- Respektování stylu učení – pro většinu dětí s ADHD je to tzv. globální styl učení, kdy se úkoly a informace podávají jako celek
- Nácvik metakognitivních strategií – je učení o vlastním stylu učení. Dítěti pomáhá získat zpětnou vazbu a poznávat tak výsledky svých činností.
- Sebekontrola a sebehodnocení – vede dítě k regulaci impulzivity, může vést k pozvolné změně nežádoucích vzorců chování.

Práce s dětmi s ADHD ve třídě je velmi náročná. Pokud žáci nejsou dostatečně řízeni nebo jim není věnován dostatek pozornosti, mohou nastat problémy s chováním. Pro předejití této situaci by měl být pedagog kvalitně připravený a využívat času bez prostojů.

Riefová (2010) radí, jak se problémovému chování vyhnout. Jednou metodou je dočasné odloučení žáka od třídy (např. odvedením do družiny či do jiné třídy). Tím se uklidní a začne se znovu ovládat. Další metodou je smlouva o správném chování. Smlouva by měla vysvětlovat, jaké chování se od žáka očekává a pokud bude dodržovat podmínky smlouvy, jakou dostane

odměnu. Vliv blízkosti je také důležitý. Žáci s ADHD by měli sedět učiteli na blízku, aby mohl být dodržován oční kontakt. Soukromý rozhovor by měl vést učitel se žákem, pokud nastane nějaký problém. Učitel by měl žákovi naslouchat a vyjádřit pochopení. Předvedením správného chování znázorníme žákovi vzorce správného chování. Učitel by se měl se žákem domluvit na preventivních signálech. To jsou signály rukou, jež ho upozorní na to, že by se měl zklidnit, dávat pozor, nebo aby přestal mluvit. Tímto se učitel vyhne konfrontaci, ale také vyrušování ve třídě.

Podpora dítěte

Proto, aby mohlo dítě s ADHD dosahovat dobrých pracovních výkonů, je třeba upravit jeho životní a pracovní podmínky. Ve škole by neměl být uplatňován rovnocenný přístup všech dětí. To není fér vůči dětem s ADHD, ti naopak od dětí bez ADHD měli těžší vývoj. Potřebují více ohledu. Tresty, vynucené sliby nebo dokonce výčitky zde nepomáhají. Je potřeba použít taktický výchovný postup. Opakování ročníku dítěti nijak neprospěje. Každé přeřazení do jiné třídy je pro něj velmi těžké. Dítě by se muselo znovu těžko adaptovat, hledat si nové kamarády a pokoušet se zařadit do kolektivu.

Aby dítě bylo ve škole úspěšné, potřebuje pozitivní perspektivní orientaci. Je důležité aby nahlíželo na budoucnost jako na novou šanci. Malé děti mají touhu něčeho dosáhnout a chtějí předvést vše co se naučily. Dítěti by měl být umožněn odpočinek pomocí pohybu. Nemělo by být nuceno k neustálému klidu. Jednou z hlavních priorit školy by měl být prospěch žáka a pozitivní sebeocenení (Riefová, 2010). Tito žáci vyžadují zvýšenou podporu pedagoga. Učitelé zase potřebují podporu školy. Pedagogickým pracovníkům by mělo být umožněno další vzdělávání v problematice ADHD. Tím se naučí porozumět dětem s ADHD aby mohli zvolit vhodné výchovné postupy a výukové metody. Pedagog se musí naučit ovládat jejich chování. Do třídy kde je větší počet žáků by měl být přidělen asistent pedagoga.

5.1 Integrace žáka s poruchou ADHD do škol

Pojem integrace je v současné době často užívaným termínem téměř ve všech vědeckých disciplínách. Netýká se jen oblasti školství.

Hlavní tendence v oblasti speciálního školství se prioritně týkají odstraňování segregovaného vzdělávání dětí se speciálními potřebami a jejich integrace do běžného vzdělávání se zachováním alternativní volby vzdělávací cesty těchto dětí a úkolu zabezpečení rovného přístupu ke vzdělávání pro všechny.

Integrované vzdělávání podporují přístupy a způsoby zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Záměrem je nabídnout žákům s těžkými a trvalými zdravotními znevýhodněními společnou zkušenost ve vazbě na zdravé jedince či vrstevníky a přitom brát ohled na jejich specifické potřeby (Průcha, 2005).

Jedince s poruchou ADHD lze vychovávat a vzdělávat formou individuální integrace do běžné školní docházky pouze tehdy, odpovídá-li to jeho potřebám, schopnostem, podmínkám a zároveň podmínkám a možnostem školy.

Pedagogická kvalita učitelů i celého pedagogického sboru limituje a vymezuje úspěšnost

integrace a konkrétní úspěšnost studenta se speciálními vzdělávacími potřebami. Platí přitom nepsané pravidlo: škola musí, učitel může. Toto pravidlo rozlišuje mezi postavením školy, jako instituce ustavené k naplnění povinnosti občanů a pedagoga, zaměstnance s ojedinělými vlastnostmi, ambicemi a zkušenostmi. Není dobré, abychom učitele nutili k zařazení dítěte s postižením do stávajícího kolektivu, protože ve spoustě případů je tento tlak kontraproduktivní.

Na druhé straně vedení školy rozhoduje, kteří učitelé se stanou zaměstnanci (škola zde posuzuje požadavky na schopnosti a odborné dovednosti budoucích i stávajících pedagogů). Považujeme-li v současnosti integraci jako běžnou výukovou činnost školy, nejde souhlasit s bezdůvodným a rezolutním odmítáním práce s dítětem se speciálními vzdělávacími potřebami (Michalík, 2002).

Výhody a nevýhody integrace studenta

- Výhodou při integraci žáka s poruchou ADHD je navazování kontaktů se studenty bez zatížení nějakou speciálně vzdělávací potřebou. Posilují se zejména hodnoty demokratické a rozvíjí se sociální a kooperativní učení. Student s poruchou ADHD se stává součástí kolektivu třídy. Integrace v takovémto kolektivu odbourává zejména předsudky a u žáků vyvolává větší empatické vztahy ke svému okolí.
- Nevýhodou integrace je zejména finanční náročnost a nutnost vyššího pracovního nasazení učitelů. Student v přípravě na výuku a výuce samotné potřebuje podle druhu poruchy různé speciální potřeby a didaktické pomůcky. Ty většinou zařizuje přímo učitel nebo pedagogický asistent. U případů ADHD v prostředí sekundárního školství již většinou odpadají osobní asistence. Velkou zátěží pro vzdělávací instituci je navýšení administrativní práce, která zabírá i pedagogům čas, který by mohli věnovat jiným studentům (Obst, Kalhous, 2002).

5.2 Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán se řídí dle § 18 školského zákona č. 561/2004 Sb. a dle § 6 vyhlášky č. 73/2005. Individuální vzdělávací plán se stanovuje pro žáky, kteří jsou individuálně integrováni, žáky s hlubokým mentálním postižením, žáky skupinově integrované, nebo pro žáky speciálních škol. Tento plán vychází ze školního vzdělávacího programu dané školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, nebo psychologického vyšetření školským poradenským zařízením a vyjádřením zákonného zástupce žáka. Individuální vzdělávací plán patří do dokumentace žáka a obsahuje údaje o poskytování speciálně pedagogické nebo psychologické péče, cíle vzdělávání atd. Individuální vzdělávací plán může nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami povolit ředitel školy. Děje se tak na písemné doporučení školského poradenského zařízení.

5.3 Legislativní rámec

V České republice je vzdělávání legislativně opatřené školským zákonem. Školský zákon je zákon č. 561/2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Vzdělávání je založeno na zásadě rovného přístupu ke vzdělávání. Mají tedy na něj nárok všichni občané bez jakékoli diskriminace, ať z důvodu rasy, pohlaví, ale i zdravotního stavu. V zákonu je také uvedeno, že musí být zohledňovány vzdělávací potřeby jednotlivců. Vzdělávání je vymezeno v rámcových vzdělávacích programech. Rámcové vzdělávací programy vymezují konkrétní cíle, formy, délku, povinný obsah vzdělávání a také podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Tento vzdělávací program se liší podle oboru a musí odpovídat nejnovějším poznatkům. Rámcové vzdělávací programy jsou závazné pro tvorbu školních vzdělávacích programů. Tento program vydává ředitel školy nebo školského zařízení.

Ve školském zákonu je stanoveno, že osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním je žákem se speciálními vzdělávacími potřebami. Zdravotním postižením je podle zákona postižení mentální, tělesné, zrakové a sluchové, dále vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení a chování. Poslední skupinou jsou vývojové poruchy chování, do kterých patří i ADHD. Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, které odpovídá jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření podmínek, které jsou potřeba a na poradenskou pomoc. Při hodnocení těchto žáků se přihlíží k postižení nebo znevýhodnění. Pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami je velmi důležitá vyhláška č. 72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Dle této vyhlášky jsou poradenské služby poskytovány dětem a studentům, ale také rodičům a školám. Tato vyhláška řeší i integraci a pomáhá při přípravě podmínek pro integraci. Další důležitá vyhláška je vyhláška č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Tato vyhláška se zabývá individuálním vzdělávacím plánem a asistentem pedagoga.

6 Terapeutické metody pro nápravu ADHD

Pro dosažení kvalitního nápravného efektu musíme používat různé terapeutické metody, které se aplikují na jedinci po celý jeho vývoj, a to mnohdy až do dospělosti. Jako nejúspěšnější se jeví léčba poruchy ADHD multifaktoriálním systémem, jako je kombinace psychoterapie, výchovného působení a v obtížných případech i pomocí psychofarmakologie. V současné době je zaváděn i nový systém léčby EEG biofeedback, který slouží pro aktivaci nervové soustavy a zklidňování impulzivity a hyperaktivity. Jejím dalším pozitivním jevem je zlepšení výkonu v intelektuální rovině (Bartoňová, 2005).

6.1 Poradenský systém

Velmi důležitou součástí léčby ADHD a je využívání služeb speciálního poradenského systému, který se nám v rámci integrace žáka s poruchou ADHD nabízí jako nezbytná součást nejen terapie, ale hlavně diagnostiky.

Poradenství při problému ADHD definujeme jako „komplex poradenských služeb určených specifickým skupinám jedinců, kteří jsou znevýhodněni zdravotně či sociálně a jejichž handicap má dlouhodobý nebo trvalý charakter“ (Novosad, 2000, s. 61).

Jedním z nejdůležitějších jsou speciálně pedagogická centra (SPC). Tvoří je speciální školská zařízení, jež se zřizují podle vyhlášky č. 72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Speciálně pedagogická centra se zaměřují na jednotlivé typy postižení, jejich služeb se nejčastěji využívá, pokud se ADD/ADHD vyskytuje souběžně s jiným typem postižení – například sluchovým, vadou řeči aj. Činnost je zajišťována ambulantně na pracovišti centra, docházkou do škol, rodin a dalších zařízení pečujících o znevýhodněného jedince. Zpracovává odborné posudky a podklady pro integraci žáků do škol. Slouží jako poradenský systém pro pedagogické pracovníky a zákonné zástupce dítěte (Pipeková, 2006).

Dalším zařízením jsou pedagogicko – psychologické poradny (PPP). V pedagogicko-psychologických poradnách jsou poskytovány různé druhy psychoterapie a tréninkové metody zaměřené na překonávání nedostatků a posilování žádoucího chování. Odborné vedení dětí a jejich rodičů je prospěšné, zejména když je zaměřeno také na další problémy, které se často vyskytují současně s hyperkinetickou poruchou a negativně ovlivňují chování a školní výkon, např. poruchy čtení (dyslexie), psaní, (dysgrafie), nebo některé problémy s kázní a chováním. Psychologické vedení spojené s nácvikem vhodného stylu učení a chování je důležité, je však časově náročné a zejména u závažnějších případů hyperkinetické poruchy s výrazným neklidem nebývá dostačující. „Výzkumy zaměřené na srovnání účinnosti jednotlivých druhů léčby u hyperaktivních dětí ukazují, že nejprospěšnější metodou je kombinovaná léčba, to znamená užívání léků společně s vhodným psychologickým vedením, současně bylo potvrzeno, že tento kombinovaný postup je účinnější než samotná psychoterapie“ (Drtilková, Šerý, a kol., 2007, s. 245).

PPP a SPC se většinou starají o děti a mládež v rozmezí od 3 do 19 let. Mezi nejdůležitější náplně PPP se řadí zejména diagnostická činnost, řešení problémů, reedukační (neboli nápravní) péče, terapie a předcházení problémovým situacím při výchově a vzdělávání. Jako součást PPP dále působí mnoho odborných poradců, jako jsou sociální pracovníci, pedagogové se zaměřením na speciální pedagogiku, metodici prevence, psychologové a k spolupráci mohou být přizváni specializovaní odborní lékaři, neurologové a psychiatři. (Bartoňová, 2005).

Služeb střediska výchovné péče se využívá tehdy, nedaří-li se adekvátně řešit speciální potřeby a problémy dítěte s ADD/ADHD a došlo-li ke vzniku závažnějších výchovných, emocionálních či sociálních problémů.

Dys-centra jsou nestátní instituce, nabízející různé formy individuální nápravy a terapie pro děti se specifickými poruchami učení a chování (Riefová, 1999).

6.2 Náprava symptomů ADHD

Při nápravě symptomu ADHD lze dosáhnout i kvalitních výsledků, které umožní lepší integraci jedince do společnosti. Zvolené postupy nejsou jen léčbou, rehabilitací, učením a cvičením, ale je to obecně celková náprava působící jako celek. Na začátku je nutné si vždy uvědomit, že příznaky ADHD a dalších SPU jsou různorodé a vyskytují se v různých kombinacích.

Při nápravě ADHD je možné volit jednotlivé metody

- *Farmakoterapie* - jedná se o používání různých léčiv a kombinaci léků, vitamínů, minerálů a obecně posilujících potravinových doplňků. Nejčastěji se tato terapie využívá u středně těžkých až těžkých poruch (Munden, Arcelus, 2008).
- *Psychoterapie* - nápravný postup, kam patří výcvik rodičů, behaviorální terapie, rodinná terapie, praktická cvičení, pozitivní posilování, trénink řešení problémů, individuální práce např. psychodynamická terapie (Munden, Arcelus, 2008).
- *EEG biofeedback* - je metoda 18, kde dochází ke kombinaci práce s biologickou zpětnou vazbou navozenou pomocí počítače a autoreflexí vlastního učebního stylu, která probíhá jako aktivace nervové soustavy (Novotný, 2009).

Farmakoterapie

Užívání léků pro tlumení příznaků ADHD znamená poměrně značnou změnu v chování, myšlení a jednání s ostatními lidmi. V některých vážných případech je užívání léků naprosto nezbytné pro působení v sociálních, kulturních a pracovních vztazích. Munden, Arcelus (2008) uvádí používané preparáty:

- *Psychostimulancia (deriváty amfetaminu)* - nejčastěji používaná skupina léků, které jsou při správném užívání bezpečné a účinné. Nejznámějším je Ritalin a Dexadrin. Tato léčiva snižují hyperaktivitu a impulzivitu, jsou však návyková při dlouhodobém užívání a vyšších dávkách, jedná se o registrovaná léčiva na předpis (např. klinického psychologa).
- *Tricyklická antidepresiva* - látky ovlivňují funkci nervových vzruchů v CNS, užívají se tam, kde se u žáků a dětí objevují deprese a úzkosti. Nejznámějším preparátem je Imipramin.

- *Antipsychotika* - mají schopnost potlačovat psychotické symptomy jako jsou především halucinace, bludy, a to zejména u schizofrenie - nejsou příliš účinnou léčbou na stimulaci. Nejznámější jsou Haloperidol a Chlorpromazin.
- *Antihypertenziva* - používaným preparátem je Clonin pro kombinaci více poruch jako je ADHD spojené s tiky a záškuby, nebo u Tourettova syndromu.

Podpůrné preparáty (Tyl, 2003):

- *Vitamíny a minerály* - patří sem zejména vitamíny skupiny B6-Pyridoxin (pro výživu mozkové tkáně) a minerály jako hořčík (pro zrání mozkové tkáně).
- *Nootropika* - drogy zlepšující funkci a kapacitu mozku. Jedná se o výživu mozku podporují aktivaci nervové soustavy.
- *Obecné posilující potravinové doplňky*, jako je například lecitin (výtažek ze sóji), ženšen podporující růstový efekt a potravní doplněk eye q, který napomáhá při stavbě nervových buněk.

Psychoterapie

Jedná se o soubor různých technik, které používá psychoterapeut jako metodu pro nápravu, nebo zlepšení psychického zdraví pacienta, a to i v prostředí sociální skupiny, např. rodiny. Většina terapeutických technik využívá jako prostředek rozhovor. V některých případech lze komunikovat prostřednictvím psaní, malování nebo nonverbální komunikace formou doteku (Vymětal, 2003).

Nápravné techniky psychoterapie používané při diagnóze ADHD

- *Behaviorální terapie* se snaží pomocí konkrétních příkladů ze života naučit dítě používat příklady k řešení potíží. Dále behaviorální terapie pracuje na změně přístupu rodičů k léčbě svého dítěte. Vždy je zde nutné vedení odborného terapeuta. Základem metody je používání jednotného výchovného přístupu celé rodiny k jedinci s problémem ADHD. Poruchy chování jsou vlastně naučenými reakcemi, které je možné ovlivnit soustavným procvičováním nebo odučováním. Důležitým prvkem je najít odpovídající techniku nácviku nebo , která příznak vyloučí, nebo doplní chybějící reakci (Munden, Arcelus, 2008).
- *Kognitivně-behaviorální terapie* - jejím smyslem je náhrada patologických modelů chování modely, které jsou pro běžný život přijatelné, racionální. Jednou z dalších tendencí této terapie je objevení postupů, na kterých se jasně ukáže posun v myšlení a chování jedince (Vymětal, 2003).

- *Rodinná terapie* - zde jde především o zlepšení komunikace a porozumění mezi jednotlivými rodinnými příslušníky. Rodinní terapeuti pracují s problémem ADHD v rámci celé rodiny (Munden, Arcelus, 2008).
- *Individuální terapie (např. psychodynamická terapie)* - terapeut přistupuje k jedinci s ADHD individuálně, snaží se o analýzu nevědomé části lidské psychiky. „Je to příležitost, kdy dítě může odhalit své myšlenky a pocity, vztahy a zkušenosti v soukromí, aniž by hrozilo nebezpečí, že rozzlobí rodiče.“ (Munden, Arcelus, 2008, s. 94).
- *Trénink řešení problémů* - tato technika reaguje na schopnost řešení konkrétních životních problémů. Terapeut je pomáhá řešit, a to i formou nácviku a zpětné vazby, tj. pozitivních i negativních dopadů chování jedince. Vede pacienta tak, aby byl schopen sám rozlišovat a volit správná rozhodnutí při řešení různých životních situací (Munden, Arcelus, 2008).

Praktická část

V praktické části své práce se zabývám žáky s ADHD navštěvujícími běžnou základní školu. Cílem této práce je poukázat na možnosti edukace v praxi. Prezentuji zde poznatky, jež jsem zjistila při své praxi. Docházela jsem do čtvrté třídy, kam byl integrován chlapec s ADHD. Měl problém se samostatným fungováním ve třídě, a proto zde byla potřebná přítomnost asistentky. Ve třídě byly další čtyři děti, u nichž byl diagnostikován syndrom ADHD, ale tyto žáci dokázali více ovládat své chování, a proto asistentku nepotřebovali.

Praktická část se dělí na dva bloky. První blok se zabývá biografickou studií chlapce, se kterým jsem pracovala. Hovořila jsem s chlapcovou matkou, která mi dala k dispozici výsledky z vyšetření, ze kterých jsem získala velké množství poznatků. Druhý blok se zabývá žáky s ADHD v běžné třídě ZŠ. Informace jsem získala z rozhovoru s třídní učitelkou, která učí ve třídě, kam děti s ADHD docházejí. Provedla jsem výzkumné metody pozorování a rozhovor.

7 Biografická studie žáka s ADHD

7.1 Cíle výzkumu

V této části je cílem nashromáždit a získat co nejvíce poznatků o žákovi. Zjistit co má vliv na jeho chování, nebo jak asistentka ovlivňuje chlapcovu práci ve třídě.

Z rozhovoru s chlapcovou matkou jsem se dozvěděla mnoho informací o jeho životě od narození až po současnost. Použila jsem také některé údaje z diagnostických vyšetření a část poznatků pochází z mého pozorování při výkonu praxe. Stěžejním úkolem bylo zjistit kritické události v chlapcově životě, které mohly mít vliv na syndrom ADHD. V průběhu jsem se snažila také zjistit, jak se měnilo jeho chování v průběhu života a co změny chování ovlivňovalo a zapříčiňovalo. Pro výzkum bylo velmi důležité pozorovat různá výchovná opatření, jejich působení a úspěšnost.

7.2 Metody výzkumu

Ve svém výzkumu jsem použila metody používající se při kvalitativně orientovaném výzkumu. „Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur, nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum, týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 10).

V úvodu jsem provedla metodu pozorování. Při pozorování jsem se snažila zaznamenat všechny jevy tak, jak se dějí. Mé pozorování bylo také participační. Při něm se pozorovatel snaží získat rozsáhlé a do hloubky jdoucí poznatky. Hlavním cílem je zúčastnit se aktivit sledovaných osob. Pozorování bývá dlouhodobé, protože jenom tehdy jedinec ztratí zábrany a chová se přirozeně (Gavora, 2000). Sledovala jsem chování chlapce v hodině a o přestávce. Jeho komunikaci se spolužáky, vztah a chování k učitelům a reakce na jejich výchovné metody.

Následně jsem provedla s matkou chlapce polostrukturovaný rozhovor. Měla jsem připravené otázky, které se týkaly následujících oblastí:

- 1) Rodinná anamnéza: otec, matka, sourozenci, věk rodičů a sourozenců, vzdělání rodičů.
- 2) Osobní anamnéza: těhotenství, porod, vývoj, věk dítěte, diagnostika, nástup do MŠ, první problémy, nástup do ZŠ, problémy ve škole, výchovné metody a další vývoj.

Rozhovor jsem si zaznamenala a v práci použila důležité informace, které jsem zařadila do biografické studie chlapce. Pro zachování anonymity jsem změnila jeho jméno a vynechala název školy.

7.3 Interpretace šetření

Kazuistika

Desetiletý Petr má syndrom ADHD. Žije se svou matkou, nevlastním otcem a roční sestrou Janou.

S nevlastním otcem má dobrý vztah. Udržuje také jedenkrát týdně kontakt se svým biologickým otcem. Matce je 32 let a má středoškolské vzdělání s maturitou. Otcovi je 35 let a má také středoškolské vzdělání. Těhotenství s Petrem bylo celkem bezproblémové. Porod se z počátku vyvíjel dobře, ale později nastaly komplikace a lékaři museli použít tzv. klešťový porod.

Při něm byl Petr nedostatečně zásoben kyslíkem. Tento stav se odborně nazývá asfyxie. Nastalé porodní potíže pravděpodobně velkou měrou zapříčinily Petrovu poruchu. Při porodu nedošlo ke ztrátě vědomí, a proto oživovací pokusy nebyly nutné. Po porodu byl chlapcův vývoj zcela v normě.

Jedním z dalších faktorů, který ovlivnil vývoj poruchy, mohlo být prostředí, v němž Petr vyrůstal. Rok a půl po narození Petra se rodiče rozvedli.

Matka se synem se přestěhovali k jejím rodičům. Matka výchovu nezvládala. Byla málo důsledná. Prarodiče Petra rozmazlovali a téměř vše mu dovolili. Podle slov matky se Petr do tří let vyvíjel normálně. Ve třech letech nastal v jeho chování velký zlom.

Projevoval se hlavně častým neklidem a poruchami pozornosti. V této době nastoupil do mateřské školy. Z počátku se ve školce adaptoval dobře a našel si i kamarády. Postupně si začali stěžovat rodiče spolužáků. Připadal jim divoký a nebezpečný pro jejich děti. Nastalé problémy řešil fyzicky, pral se. Učitelka tehdy doporučila mamince navštívit pedagogicko-psychologickou poradnu. Zde Petrovi diagnostikovali ADHD.

Na základní školu nastoupil v šesti letech. Odklad mu nebyl doporučen. Jevil se připravený pro základní školní docházku. Každý rok ale měl jiného třídního učitele, na což si těžce zvykal. Vyučující konstatovali, že Petr je pomalý, stále se na něco ptá a je roztěkaný a nesoustředěný. Ostatní rodiče si často stěžovali, že je na děti zlý. Ve druhé třídě Petr nezvládal učivo. Po dalším vyšetření mu byly zjištěny další poruchy, a to specifické poruchy učení, dysgrafie a dysortografie. Přestože odborníci z pedagogicko-psychologické poradny doporučili, aby se s ním pracovalo individuálně, paní učitelka odmítla poskytnout Petrovi úlevy. Rodičům naznačila, aby pro Petra našli jinou školu. Petr změnil školu, ale problémy se nelepšily, spíše narůstaly jak v učení, tak ve vztazích se spolužáky. Na konci třetí třídy se rodiče rozhodli situaci radikálně řešit.

Začali s Petrem navštěvovat středisko výchovné péče. Zde bylo rodičům doporučeno, aby se dohodli se školou na přítomnosti asistentky ve třídě. Škola asistentku schválila. Asistentka během vyučování usměrňovala Petrovo chování. V této době Petr na doporučení psychiatricky užíval po celou čtvrtou třídu léky.

Nyní je v páté třídě, léky již nebere a asistentka také není přítomna.

Vypadá to, že dokáže fungovat bez léků i asistentky. Ke zlepšení došlo hlavně z důvodu, že byli všichni minulý rok velmi důslední. V důslednosti musí rodiče i nadále pokračovat hlavně při učení doma. Petr se stále nedokáže dlouho soustředit, a proto potřebuje dohled rodičů, aby měl domácí úkoly v pořádku. Doba soustředění se pohybuje od pěti do třiceti minut, pak potřebuje přestávku.

Velkou autoritu pro Petra představuje nevlastní otec. Dříve chlapce donucoval k plnění úkolů různými drobnými tresty, jako je zákaz sledování televize nebo práce s počítačem.

Nyní začínají fungovat i odměny. Vidina slíbené odměny dokáže Petra přimět ke splnění daných úkolů. Dříve měl často záchvaty vzteku a rychle se u něj střídaly nálady. Dnes již nastala viditelná změna v Petrovo emocích. Má hodně kamarádů, pokud musí změnit školu, nedělá mu to již takové problémy a dokáže si rychle najít nové přátele. Rodiče se snaží ho přimět, aby se věnoval sportům. Hraje fotbal a lyžuje. Vybije zde přebytečnou energii. Petr je nyní v páté třídě, příští rok plánují rodiče přechod na soukromé gymnázium. Tento krok prodiskutovali i s odborníky, kteří jej doporučili.

Pozorování

Při mé praxi jsem spolupracovala s asistentkou, takže jsem mohla být při hodině s chlapcem.

Sledovala jsem práci asistentky, která kladla důraz na důslednost, dodržování pravidel a svých požadavků. Petr rád zkoušel diskutovat a různě se vykrucovat z úkolů, ale asistentka nikdy neslevila. Dohlížela, aby si Petr zapisoval úkoly do deníčku, čímž rodiče měli kontrolu, co má Petr doma udělat a mohli na to dohlédnout. Velké množství rad mi poskytla psycholožka ze střediska výchovné péče, která s Petrem pracovala. Probrala se mnou Petrovo chování, rozebrala aktuální problémy a vysvětlila mi další metody při práci s ním. Petrovo chování projevovalo časté výkyvy. Někdy se choval vzorně, snažil se, jindy provokoval spolužáky a všechny kolem sebe.

K velkému zhoršení došlo po narození sestry Jany. Věci, které již dříve bez problémů zvládal, pro něj byly problematické a muselo se začít se vším znovu. Zřejmě žárlil, že není středem pozornosti a svým chováním se snažil na sebe upoutat pozornost.

7.4 Výsledky šetření

Pozorováním jsem zjistila, že na chlapce platí důsledná výchova a neustálý dohled. Jeho výsledky ve škole ovlivňují různé faktory jako je: přebytek energie, únava, či změny v rodině. Chlapec potřebuje individuální přístup. Ze strany rodiny potřebuje hodně podpory a hlavně pocit, že je milován. Rodiče se již naučili jak s Petrem jednat.

Asistentka byla v tomto případě velkým přínosem. Petr se správnému chování v hodině.

Co mohlo zapříčinit vznik ADHD je velmi těžké určit. V Petrově životě byla spousta kritických momentů které mohli být příčinou.

8 Žáci s ADHD na běžné ZŠ

8.1 Cíle výzkumu

V druhém bloku praktické části jsem se zaměřila na žáky s ADHD na běžné ZŠ. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jak je práce s žáky s ADHD náročná na přípravu vyučování, jak se žáci v hodině chovají a jaké mají vztahy s ostatními spolužáky. Zkoumala jsem, jak s takovýmto žákem pracovat, jak mu pomáhat, aby vše zvládal a rozvíjel se.

8.2 Metody výzkumu

Mezi metodami, které jsem při výzkumu použila, jsou rozhovor a pozorování. Rozhovor jsem vedla s třídní učitelkou a byl polostrukturovaný. Měla jsem připravenou osnovu s otázkami, které jsem se snažila držet. Otázky byly zaměřeny na vyučování ve třídě s žáky s ADHD. Hlavně na počet žáků s ADHD ve třídě, jejich problémy při vyučování, konflikty mezi žáky, konflikty s učiteli, zájem rodičů o spolupráci se školou, schopnosti a přidružené poruchy žáků, vyzkoušené motivace.

Pozorování bylo participační. Podrobně jsem participační pozorování popsala v předchozí kapitole. Zaměřila jsem se především na chování žáků při vyučování, jak ovlivňují vyučovací hodinu, na vzájemné chování žáků k sobě navzájem. Sledovala jsem metody, které učitelé používají, jestli na ně žáci pozitivně reagují a jestli je dokáží uklidnit.

Použité poznatky jsem získala během praxe v základní škole. Do této školy dochází s Petrem i další děti s ADHD.

8.3 Interpretace šetření

Rozhovor

Paní učitelka, se kterou jsem spolupracovala a dělala rozhovor, učí v páté třídě ZŠ. Pracuje zde již dlouhou dobu a má mnoho zkušeností s dětmi s ADHD. Za léta praxe prošlo jejíma rukama velké množství dětí s touto poruchou. Největší rozdíl mezi dětmi s ADHD a dětmi bez ADHD vidí v tom, že děti s ADHD jsou velmi živé, nezkrotné, nespoutané, neposedné, netrpělivé, nedovedou kontrolovat své chování, vykřikují, vyrušují učitele i své spolužáky. Vyžadují větší pozornost, musí se jim více věnovat, neustále je něčím zaměstnávat. Je důležité pro ně mít v záloze další práci, aby se nestihly nudit. Musí se sledovat během volného času i o přestávkách, jsou velmi impulzivní, může často docházet i konfliktům a fyzickým útokům.

Děti s ADHD nemají obvykle sníženou inteligenci, pouze mají problémy se soustředit. Na ADHD se často nabalují další přidružené poruchy jako je dyslexie, dysgrafie, dysortografie. Z tohoto důvodu je lepší zkoušet dítě ústně. Ve třídě funguje systém odměn a trestů. Při výborném chování děti dostávají červenou hvězdičku, při dobrém chování žlutou a když zlobí, tak dostanou černou tečku. Děti se hodnotí samy, což velmi prospívá jejich sebehodnocení. Každý pátek

některý žák vyhodnotí chování třídy. Pokud má dítě více červených hvězdiček a je vzorné, dostane pochvalu. Pokud zlobí a má poznámky, dostane napomenutí třídního učitele. Poznámky učitelé mohou psát do sešitu, který mají při hodině k dispozici.

V závěru praxe jsem se zeptala paní učitelky na její názor na vzdělávání dětí s ADHD na běžné základní škole. Myslí si, že by ve třídě měl být jen malý počet žáků s ADHD. Protože učit děti s ADHD je velmi náročné jak na přípravu, tak i na psychiku. Ale z jejích poznatků vyplývá, že neustále přibývá dětí s hyperaktivitou a ADHD a tím i narůstá počet takových dětí ve třídách.

8.4 Výsledky šetření

Po rozhovoru s paní učitelkou jsem zjistila, že příprava na vyučování zabere mnohem více času než u dětí bez ADHD. Učitel si musí naplánovat výuku do detailu a mít náhradní řešení, nebo další úlohy v záloze. Na dítě s ADHD se musí brát ohled a používat jiné hodnocení. Není lehké je vždy zvládnout nebo zaujmout. Není možno vést výuku stejně jako u dětí bez ADHD. Osobně si myslím, že výuka rozdělená do kratších bloků a změna různých cvičení je mnohem zajímavější pro všechny děti.

Velkou výhodou jsou zkušenosti na straně učitele.

8.5 Závěr praktické části

Během výzkumu jsem zjistila mnoho důležitých faktů. Také jsem si ověřila některé poznatky, které jsou o ADHD známé. V prvním bloku jsem se zaměřila na žáka s ADHD. Zajímala jsem se o celý jeho život, o porod, rozvod rodičů, narození sestry a jiné významné momenty, které mohly mít vliv na vznik ADHD.

Cílem výzkumu bylo také zjistit, které faktory mají vliv na jeho chování. Mezi krátkodobě působící faktory patří přebytek energie, nebo naopak únava, atmosféra ve třídě atd. Dlouhodobými faktory jsou situace v rodině, změny v rodině (např. narození sestry, rozvod), léčba medikamenty a dlouhodobá spolupráce s psychologem. Dále mě zajímalo, jaká výchovná opatření fungují při chlapcově výchově. Stěžejní metodou je důslednost, jíž bylo dosaženo velkých změn. Chlapcovo chování se radikálně zlepšovalo. Úspěch měl též i individuální přístup.

Druhý blok mého výzkumu se zabýval žáky s ADHD na běžné základní škole. Jedním z cílů výzkumu bylo prověřit složitost příprav na vyučování žáků s ADHD. Zjistila jsem, že příprava je mnohem náročnější jak na čas, tak i na psychiku učitele. Velmi záleží na zkušenosti a trpělivosti pedagoga. Musí umět žáka zaujmout a plně zaměstnat. Velmi důležitý je také individuální přístup, děti potřebují cítit, že je o ně proječován zájem.

Pozorováním jsem dozvěděla, že žáci mají kamarády, ale je pro ně velmi těžké vztahy udržovat, jelikož jsou velmi impulzivní, a tak se stává, že nedodrží dané slovo. V případě neshody u nich dochází i k fyzickému útoku.

9 Závěr

V bakalářské práci jsem řešila problémy žáků s ADHD na běžné ZŠ. V první části jsem shrnula poznatky autorů, kteří se problematikou ADHD zabývají. Dále jsem uvedla intervenční techniky, jež mohou využít učitelé i rodiče, kteří si nevědí rady s výchovou dítěte s ADHD. Také jsem použila některá legislativní vymezení této poruchy a zabývala se tím, jaké mají děti s ADHD vzdělávací možnosti. Velkou pozornost jsem věnovala stanovení diagnostiky a následným možnostem léčby ADHD.

V praktické části práce jsem se zaměřila na konkrétního žáka a jeho práci ve škole. Zajímaly mě důležité události v jeho životě, působení rodiny, školy a odborných pracovníků na jeho osobnost. V další části výzkumu jsem se zaměřila na třídu v běžné ZŠ, kde jsou společně vzděláváni žáci s ADHD a žáci bez ADHD. Studovala jsem zejména postavení žáků s ADHD ve třídním kolektivu, jak tito žáci ovlivňují průběh vyučování a jak je náročná příprava na výuku. Při psaní své bakalářské práce jsem se dozvěděla mnoho důležitých a zajímavých informací a poznatků o ADHD. Informace a poznatky jsou pro mě velkým přínosem a využiji je při mé další práci s dětmi s ADHD.

Seznam použité české literatury

BARTOŇOVÁ, M. Edukace Žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Brno : Paido, 2005. Paido. ISBN 80-86633-38-1.

BARTOŇOVÁ, M. Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice. Brno: MSD, 2005a. ISBN 80-86633-37-3.

DRTÍLKOVÁ Ivana, ŠERÝ Omar, Hyperkinetická porucha -ADHD, Galén, 2006. ISBN 80-7262-419-9.

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. Hyperkinetická porucha. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.

GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

KOLČÁRKOVÁ, I., LACINOVÁ, L. Rodičovství očima matek neklidných dětí. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-87029-47-3.

MUNDEN Alison, ARCELUS Jon, Poruchy pozornosti a hyperaktivita, Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-430-4.

PACLT Ivo, Hyperkinetická porucha a poruchy chování, Grada. ISBN 978-80-247-1426-4.

PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

RIEFOVÁ Sandra F., Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole, Portál , 2010. ISBN 978-80-7367-728-2.

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Boskovice: Albert, 1999. 166 s. ISBN 80- 85834-60X.

SERFONTEIN, G. Potíže dětí s učením a chováním. Praha: Portál, 1999.152s. ISBN 80-7178-315-3.

ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. a kol. Přehled vývojové psychologie. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 175 s. ISBN 80-244-0629-2.

TYL, J.; TYLOVÁ, V. Lehké mozkové dysfunkce – nové metody nápravy. Praha : Biofeedback institut, 2003.

UHLÍKOVÁ Petra, GOETZ Michal, ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou, Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4.

VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999. ISBN:978-80-7367-414-4.

VÍTKOVÁ, M. Integrativní speciální pedagogika. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

VYMĚTAL J. Úvod do psychoterapie. Grada, 2003. ISBN: 8024702533.

ZELINKOVÁ Olga, Poruchy učení, Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-514-1.

ŽÁČKOVÁ Hana, JUCOVIČOVÁ Drahomíra, Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a rodině, Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2697-7.

TRAIN, A. Specifické poruchy chování a pozornosti. 1. vyd. Praha, Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.

Seznam použité zahraniční literatury

MERCUGLIANO M.: What is attention-deficit/hyperactivity disorder? Pediatric clinics of North America, 1999.

Seznam internetových zdrojů

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN 10)
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2011 [11.03.2013]. Dostupná na WWW:
<<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>>

Seznam obrázků

Obrázek 1: Části mozku zkoumané v souvislosti s ADHD – odlišné zobrazení mozku osoby s ADHD oproti osobě kontrolní.....	20
Obrázek 2: Diagram s ukazateli poruch, které se objevují společně s ADHD.....	20
Obrázek 3: Části mozku související s ADHD – Caudate nucleus.....	21
Obrázek 4: Části mozku zkoumané v souvislosti s ADHD – Globus pallidus.....	22

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lenka Konopásková

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Specifické vzdělávací potřeby dítěte s ADHD

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 40

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 21

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: PhDr. Zoja Šedivá, PhD