

FAKULTA
PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ
A PEDAGOGICKÁ TUL

Závěrečná práce

Technická univerzita v Liberci

Mgr. Eva Klánová

2023



Závěrečná práce

Žák s ADHD na 1. stupni základní školy

Studijní program:

DVPP Další vzdělávání pedagogických pracovníků

Studijní obor:

Rozšiřující studium učitelství pro 1. st. ZŠ

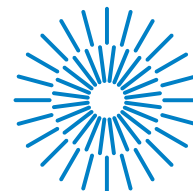
Autor práce:

Mgr. Eva Klánová

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Simona Kíryková, Ph.D.
Katedra pedagogiky a psychologie

Liberec 2023



Zadání závěrečné práce

Žák s ADHD na 1. stupni základní školy

Jméno a příjmení:

Mgr. Eva Klánová

Osobní číslo:

P21C00012

Studijní program:

DVPP Další vzdělávání pedagogických pracovníků

Studijní obor:

Rozšiřující studium učitelství pro 1. st. ZŠ

Zadávací katedra:

Katedra pedagogiky a psychologie

Akademický rok:

2021/2022

Zásady pro vypracování:

Tématem závěrečné práce jsou projevy syndromu ADHD u žáka na 1. stupni ZŠ. Cílem je zjistit, co učitelé považují za největší problémy při práci s dítětem s ADHD a jaká opatření a metody jim nejvíce pomáhají. Základní metodou bude dotazníkové šetření provedené online. Na základě výsledků výzkumu budou prezentovány příklady dobré praxe a z nich vyplývající doporučení k práci s žákem s ADHD na 1. stupni ZŠ.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

tištěná/elektronická

Jazyk práce:

čeština

Seznam odborné literatury:

1. Barkley, R. A., 2020. *Taking Charge of ADHD, The Complete Authoritative Guide for Parents*. New York: The Guilford Press. Fourth edition. ISBN 978-14-625-4345-8
2. Goetz, M. a Uhlíková, P., 2009. *ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén. ISBN 978-7262-630-4
3. Jucovičová, D. a Žáčková, H., 2015. *Máme dítě s ADHD: rady pro rodiče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5347-8
4. Ptáček, R. a Ptáčková, H., 2018. *ADHD – variabilita v dětství a dospělosti*, Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2930-8
5. Závěrková, M., 2016. *Jak se žije s ADHD?* Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-30-5
6. Zelinková, O., 2015. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Praha: Portál. 12. vydání. ISBN 978-80-262-0875-4

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Simona Kíryková, Ph.D.

Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání práce:

23. května 2022

Předpokládaný termín odevzdání: 26. dubna 2023

L.S.

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

prof. PhDr. Tomáš Kasper, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 1. června 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svou závěrečnou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé závěrečné práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou závěrečnou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé závěrečné práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li závěrečné práce nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má závěrečná práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

Poděkování

Děkuji vedoucí práce PhDr. Mgr. Simoně Kírykové, Ph.D. za odborné vedení závěrečné písemné práce a podnětné připomínky k jejímu vypracování. Dále děkuji všem, kteří mi věnovali svůj čas a sdíleli se mnou informace prostřednictvím vyplnění dotazníku ke zpracování praktické části této práce. V neposlední řadě děkuji své rodině za trpělivost a podporu.

Anotace

Závěrečná práce se zaměřuje na žáka na 1. stupni základní školy, který trpí syndromem ADHD. Uvádí charakteristiku a vysvětluje projevy syndromu v tomto období života jedince. Popisuje typy a příčinu vzniku ADHD, jeho diagnostická kritéria, proces diagnostiky a současné terapeutické možnosti. Zabývá se dopadem symptomů ADHD na školní výkon žáka na 1. stupni základní školy. V praktické části práce je realizován výzkum, v jehož rámci učitelé hodnotí závažnost dopadu jednotlivých symptomů ADHD na jejich práci s postiženým žákem, ale i třídou jako celkem. Ve druhé části výzkumu učitelé hodnotí efektivitu opatření nejčastěji doporučovaných školskými poradenskými zařízeními při práci s žákem s ADHD. Na základě výsledků první části výzkumu jsou potom vysvětlena nejdůležitější pravidla a doporučení pro práci s žáky s ADHD na 1. stupni základní školy.

Klíčová slova

ADHD, 1. stupeň, základní škola, podpůrná opatření, výzkum

Annotation

The thesis focuses on a pupil in the 1st grade of primary school who suffers from ADHD syndrome. It defines the characteristics and explains the manifestations of the syndrome in this period of the individual's life. It describes the types and causes of ADHD, its diagnostic criteria, the diagnostic process and current therapeutic options. It deals with the impact of ADHD symptoms on the school performance of pupils in the 1st grade of primary school. In the practical part of the thesis, research is carried out, in which teachers evaluate the severity of the impact of individual ADHD symptoms on their work with the disabled student, but also on the class. In the second part of the research, teachers evaluate the effectiveness of the measures most often recommended by school counselling facilities when working with a student with ADHD. Based on the results of the first part of the research, the most important rules and recommendations for working with students with ADHD in the 1st grade of elementary school are then explained.

Key Words

ADHD, 1st grade 1, Elementary School, Supportive Measures, Research

Obsah

Úvod	9
I. Teoretická část	11
1. Syndrom ADHD.....	11
1.1 Základní charakteristika, typy a příčiny vzniku	11
1.2 Diagnostická kritéria a typy ADHD	12
1.3 Příčiny vzniku ADHD a výskyt poruchy v populaci.....	15
1.4 Proces diagnostiky a terapeutické možnosti.....	16
2. Dítě s ADHD v mladším školním věku	19
2.1 Typické projevy ADHD v období mladšího školního věku.....	19
2.2 ADHD jako porucha exekutivních funkcí.....	22
2.3 Typické projevy žáka s ADHD na 1. stupni ZŠ.....	25
II. Praktická část	29
3. Výzkum: Žák s ADHD na 1. stupni základní školy	29
3.1 Charakteristika výzkumu.....	29
3.1.1 Cíl výzkumu	29
3.1.2 Metoda a administrace výzkumu.....	29
3.1.3 Znění dotazníku.....	30
3.2 Vyhodnocení výsledků výzkumu	33
3.2.1 Charakteristika respondentů výzkumu	33
3.2.2 Vyhodnocení závažnosti dopadu symptomů ADHD	34
3.2.3 Vyhodnocení efektivity podpůrných opatření poskytovaných žákům s ADHD.....	36
4. Doporučení ke školní práci s dítětem s ADHD na 1. stupni ZŠ.....	39
Závěr.....	44
Seznam použitých zdrojů	46
Seznam příloh.....	49

Úvod

Problematikou syndromu ADHD se zabývám již více než dvanáct let. Vybrala jsem si ji z osobních a profesních důvodů. S dětmi a dospělými s ADHD jsem se setkávala při své práci učitelky v mateřské škole, základní škole i škole speciální. A setkávám se s nimi nadále i při svém současném působení na pozici speciálního pedagoga v Pedagogicko-psychologické poradně. Se syndromem ADHD se ale potýkám i v rámci své vlastní rodiny.

Původně jsem vystudovala obecnou pedagogiku na Filozofické fakultě UK v Praze. V roce 2021 jsem v rámci absolvování Rozšiřujícího studia speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě UPOL v Olomouci zpracovávala v závěrečné práci téma ADHD v rámci rodinného systému a zabývala jsem se vlivem ADHD na vztah rodiče a dítěte, kteří jsou oba postiženi tímto syndromem. Nyní bych se v rámci aktuální práce ráda zaměřila na projevy poruchy v průběhu školní docházky na 1. stupni ZŠ, kdy jsou její symptomy v rámci lidského života nejtypičtější a nejvýraznější.

Cílem této práce je:

- zmapovat základní charakteristiku syndromu ADHD a popsat typické projevy ADHD u žáka na 1. stupni ZŠ,
- popsat diagnostický proces ADHD a nastínit jeho současné terapeutické možnosti,
- zmapovat výzkumem postoj učitelů na 1. stupni ZŠ k žákům s ADHD – konkrétně zjistit, jak hodnotí dopad jednotlivých symptomů syndromu ADHD na jejich práci s postiženým dítětem a třídou,
- zmapovat výzkumem, jak učitelé hodnotí podpůrná opatření a doporučení, která jsou nejčastěji doporučována pro práci s žáky s ADHD,
- vysvětlit efektivní způsoby práce s dětmi s ADHD se zaměřením na jednotlivé projevy syndromu.

Závěrečná práce je rozdělena na dvě hlavní části: teoretickou a praktickou. První část obsahuje základní charakteristiku syndromu ADHD – jeho definici a diagnostická kritéria, příčiny vzniku ADHD a proces diagnostiky a terapeutické možnosti. V druhé kapitole se zaměříme na typické projevy v mladším školním věku a zároveň na to, jak se porucha projevuje ve škole při výuce a začlenění dítěte do třídy. Zároveň v této kapitole představíme přístup Russell A. Barkley k syndromu ADHD. Vysvětluje jej jako poruchu exekutivních funkcí a tento pohled je autorce této práce velmi blízký. Považuje jej za nejsrozumitelnější popis poruchy.

V praktické části práce je prezentován výzkum, který proběhl v listopadu 2023 formou online dotazníkového šetření. Zaměřil se na pohled učitelů 1. stupně na žáka s ADHD. Konkrétně v první části výzkumu učitelé hodnotili dopad symptomů syndromu na jejich práci s dítětem s ADHD a se třídou. V druhé části ohodnotili efektivitu nejčastějších doporučení pro práci s žáky s ADHD. Ve čtvrté kapitole potom probíráme do hloubky smysl těch doporučení a vycházíme z výsledků výzkumu, konkrétně těch kategorií syndromu, u kterých učitelé ohodnotili nejvýše dopad do jejich práce.

I. Teoretická část

1. Syndrom ADHD

1.1 Základní charakteristika, typy a příčiny vzniku

Syndrom ADHD byl v minulosti označován různými pojmy. Patří k nim lehká dětská encefalopatie (LDE), malá mozková dysfunkce (MMD) nebo lehká mozková dysfunkce (LMD). (Pugnerová, Kvintová, 2016; Žáčková, Jucovičová, 2017; Uhlíř, 2020). Od 70. let minulého století se užívaly pojmy z lékařského prostředí: hyperaktivita či hyperaktivní syndrom. Protikladem byla potom hypoaktivita či hypoaktivní syndrom (Žáčková, Jucovičová, 2017; Závěrková, 2018). Ve stejném období je poprvé popisován přesah projevů syndromu, který byl doposud spojován výhradně s dětskou populací, do dospělosti. (Žáčková, Jucovičová, 2017) V 90. letech minulého století se začíná sjednocovat naše terminologie se západním světem. Proto v současné době používáme dvě označení pocházející z lékařského prostředí: ADHD a hyperkinetická porucha či hyperkinetický syndrom. (Žáčková, Jucovičová, 2017) Sjednocením terminologie v důsledku zavedení MKN-11, o kterém pojednáváme níže, dochází k obecné shodě a používání termínu ADHD.

V české pedagogicko-psychologické terminologii a legislativě označujeme syndrom ADHD dalším termínem - specifické (vývojové) poruchy chování (SPCH nebo SVPCH). Tyto specifické poruchy jsou, na rozdíl od druhotně vznikajících prostých poruch chování, vrozené nebo získané v průběhu prvního roku života jedince. (Žáčková, Jucovičová, 2017; Závěrková, 2018) Podle některých autorů je však tento termín již zastaralý. (Nývltová, 2010)

Zkratka ADHD pochází z anglického Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Lze ji přeložit jako porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. (Zelinková, 2015) ADHD je neurovývojová, primárně geneticky podmíněná porucha schopnosti regulace chování v souladu s cíli. (Barkley, 2020 in Klánová, 2021) Postiženy jsou části mozku zodpovědné za předvídání a plánování činnosti, zaměření a udržení pozornosti a sebeovládání. (Barkley, 2020; Čermáková a kol., 2020 in Klánová, 2021) Mezi základní symptomy patří vývojově nepřiměřený stupeň pozornosti, aktivity a impulzivity. (Michalová in Uhlíř, 2020 in Klánová, 2021) Vedle oslabení exekutivních funkcí má syndrom negativní dopad i v oblasti kognitivní a percepčně-motorické, v oblasti emotivity a regulace afektů a v sociálním přizpůsobení. (Ptáček, Ptáčková, 2018 in Klánová, 2021) Důsledkem je zhoršený výkon „v rámci školní docházky a studia, v oblasti sociální adaptace a pracovního procesu“. (Kulhánek in Miovský a kol., 2018, s. 12 in Klánová, 2021) ADHD je chronický syndrom, jehož první příznaky se

objevují v dětství a až v polovině případů přetrvávají do dospělosti. (Stárková, 2016 in Klánová, 2021) Projevy ADHD se mění v průběhu vývoje. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

Výše uvedené potíže zároveň „nelze vysvětlit na základě neurologických, senzorických a motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů.“ (Michalová in Uhlíř, 2020, s. 24 in Klánová, 2021) Současně nejde ani „o reakci na prožitou situaci či nezvládnání a chybné přizpůsobení životním podmínkám či jednání po traumatu“. (Závěrková, 2016, s. 12 in Klánová, 2021)

S ADHD se často vyskytují četné komorbidní poruchy, které komplikují diagnostiku syndromu. (Stárková, 2016) Dle některých autorů má až 60 % jedinců trpících ADHD jednu a více přidružených diagnóz (Ptáček a Ptáčková, 2018). Mezi nejčastější diagnózy přidružené k ADHD patří specifické poruchy učení (50 % dětí s ADHD), porucha opozičního vzdoru (u 40 % dětí s ADHD), poruchy chování, úzkostné poruchy (30 % dětí s ADHD), poruchy nálad a tikové poruchy (10 % dětí s ADHD). Dále jsou u jedinců s ADHD časté poruchy spánku, fobické poruchy a afektivní poruchy (především deprese a emoční poruchy). Pravděpodobné je i vyšší riziko zneužívání návykových látek. (Hutyrová a kol., 2019) ADHD se dále může komorbidně vyskytovat s kompulzivně-obsedantní poruchou a poruchou autistického spektra. (APA, 2015)

Syndrom ADHD je dáván do souvislosti s některými dalšími zdravotními problémy dětí, jako je alergie, astma, časté záněty horních cest dýchacích a strabismus. (Paclt, 2007).

1.2 Diagnostická kritéria a typy ADHD

Diagnostická kritéria syndromu ADHD popisují dva systémy: Diagnostický statistický manuál duševních poruch (DSM) Americké psychiatrické asociace a Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) Světové zdravotnické organizace.

U nás je v současné době platná 11. revize systému MKN, která vešla v platnost 1. ledna 2022 s pětiletým přechodným obdobím. V současné době dochází k překladu nové revize systému do češtiny a používána je stále starší desátá revize MKN, jinak také MKN-10. (ÚZIS, online zdroj).

Přístup MKN-10 a DSM 5 (platná pátá revize systému) k ADHD je odlišný. V MKN-10 hovoříme o hyperkinetické poruše s přísnějšími diagnostickými kritérii. MKN-10 prakticky diagnostikuje pouze kombinovanou poruchu, vyžaduje naplnění diagnostických kritérií ve všech třech kategoriích: nepozornosti, hyperaktivity i impulzivity. Zároveň přístup MKN-10 je méně vhodný k diagnostice ADHD u dospělých. Diagnostická kritéria se

soustředí na dětské problémy a nezohledňují vývojové změny v charakteru poruchy. (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2009) V době plné platnosti oficiálně užívaného systému MKN-10 se česká psychiatrická veřejnost přiklání k užívání diagnostických kritérií dle DSM 5. (Stárková, 2016) Jedenáctou revizí MKN došlo v přístupu k poruše ADHD ke sblížení se systémem DSM 5. MKN převzala terminologii DSM 5 a diagnostická kritéria poruchy jsou v obou systémech téměř totožná.

Oba systémy vymezují dvě kategorie diagnostických kritérií ADHD: nepozornost a hyperaktivitu-impulzivitu. V DSM 5 je diagnóza je považována za potvrzenou, pokud dítě vykazuje alespoň šest příznaků z jedné nebo obou kategorií po dobu minimálně šesti měsíců. U jedinců nad sedmnáct let věku je nutná přítomnost minimálně pěti příznaků z jedné anebo druhé kategorie. V obou systémech vykazované příznaky nesmí odpovídat vývojové úrovni jedince a musí mít přímý negativní dopad na jeho fungování v sociální, akademické anebo pracovní oblasti. Příznaky se musí objevovat minimálně ve dvou prostředích: tedy například u dítěte v rodině a ve škole. Zároveň se musí projevit před dvanáctým rokem věku jedince. Symptomy nesmí být manifestací jiné psychické poruchy nebo „pouhým projevem opozičního chování, vzdoru, hostility nebo důsledkem neschopnosti porozumět úkolům a instrukcím.“ (APA, 2015, s. 61 a s. 62)

Příznaky kategorie nepozornost dle DSM 5:

- „a. Často nevěnuje plnou pozornost detailům nebo dělá chyby z nepozornosti při práci ve škole, zaměstnání nebo během jiných aktivit (např. přehlédne detaily nebo si jich nevšimne, práce je nepřesná).
- b. Často nedokáže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hře (např. má problémy udržet pozornost během vyučovací hodiny, konverzace nebo při delším čtení).
- c. Často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká (např. je myšlenkami jinde, dokonce i když nejsou přítomny jasně rušivé podněty).
- d. Často nesleduje instrukce a selhává v dokončení školní úlohy, domácí práce nebo úkolu v práci (např. daný úkol začne, ale rychle ztrácí pozornost a snadno se rozptýlí).
- e. Často má problémy s organizováním úkolů a aktivit (např. obtížně zvládá na sebe navazující úkoly, má problém udržet si své věci v pořádku, práce je nepořádná, špatně organizovaná, nedokáže si dobře rozvrhnout čas, není schopen dodržet termíny).
- f. Často se vyhýbá úkolům vyžadujícím trvalé duševní úsilí, nemá rád nebo se mu je nechce dělat (např. úkoly ve škole nebo domácí úkoly; u starších adolescentů a dospělých, např. příprava referátů, vyplňování formulářů, procházení dlouhých textů).

- g. Často ztrácí věci, které potřebuje pro určité úkoly nebo aktivity (např. školní pomůcky, tužky, knihy, nástroje, peněženky, klíče, dokumenty, brýle, mobilní telefony).
- h. Dá se snadno rozptýlit vnějšími podněty (u starších adolescentů a dospělých zahrnout i přítomnost vzájemně nesouvisejících myšlenek).
- i. Během denních aktivit je často zapomnětlivý (např. zapomíná na své úkoly, pochůzky; starší adolescenti a dospělí zapomínají na telefonáty, placení účtů a dojednané schůzky).“ (APA, 2015, s. 61 – 62)

Příznaky kategorie hyperaktivita a impulzivita dle DSM 5:

- „a. Často neklidně pohybuje nebo poklepává rukama či nohama nebo se vrtí na židli.
- b. Často odchází z místa v situacích, kdy se očekává, že by měl sedět (např. opouští své místo ve třídě, odchází z kanceláře nebo jiného pracovního místa, případně opouští místo v situacích, kdy se předpokládá, že by tam měl zůstat).
- c. Často pobíhá nebo není schopen klidně sedět v situacích, kdy to není vhodné (pozn.: u adolescentů nebo dospělých může být přítomný jen pocit neklidu).
- d. Často si nedokáže klidně hrát nebo se pokojně zapojit do volnočasových aktivit.
- e. Je stále „v pohybu“, jako by byl „poháněn motorem“ (např. nedokáže být v klidu nebo se necítí dobře, když má delší dobu vydržet v klidu, například v restauracích, na poradách; může být vnímán ostatními jako neklidný nebo je těžké s ním držet krok).
- f. Často nadměrně mluví.
- g. Často vyhrkne odpověď na otázku dřív, než byla otázka dokončena (např. dokončuje věty ostatním; není schopen počkat, až na něj přijde v konverzaci řada).
- h. Často není schopen počkat, než přijde na řadu (např. při čekání ve frontě).
- i. Často přerušuje nebo vyrušuje ostatní (např. skáče do řeči, plete se jiným do hry nebo aktivit; může si půjčovat věci ostatních, aniž by je požádal o dovolení nebo dovolení dostal; starší adolescenti a dospělí mohou zasahovat jiným do činností nebo převzít to, co jiní dělají).“ (APA, 2015, s. 62)

DSM 5 i MKN-11 definují tři hlavní subtypy ADHD:

- 1) kombinovaná porucha – u jedince se vyskytují příznaky z obou výše uvedených kategorií v požadovaném počtu,
- 2) porucha s převahou nepozornosti – jedinec má požadovaný počet příznaků z kategorie nepozornost, ale ne z kategorie hyperaktivita-impulzivita,
- 3) porucha s převahou hyperaktivity a impulzivity – jedinec má požadovaný počet symptomů z kategorie hyperaktivita-impulzivita, nikoliv však z kategorie nepozornost. (APA, 2015, s. 63; MKN-11 online zdroj)

Kombinovaným poruchou trpí 60 % jedinců s diagnózou ADHD. Poruchou s převahou nepozornosti je zasaženo 30 % jedinců s ADHD a porucha s převahou hyperaktivity a impulzivity je zastoupena z pouhých 10 %. (Jucovičová, Žáčková, 2015; Žáčková, Jucovičová, 2017) Porucha s převahou nepozornosti byla v minulosti označována pojmem ADD (Attention Deficit Disorder) a byla chápána jako samostatná kategorie. Nyní ji však považujeme za subtyp podřazený pojmu ADHD. (Hutyrová a kol., 2019; Jucovičová, Žáčková, 2015; Nývtová, 2010; Zelinková, 2015; Žáčková, Jucovičová, 2017)

DSM 5 (APA, 2015, s. 63) specifikuje tři stupně závažnosti poruchy:

- 1) mírná závažnost – u jedince se projevuje pouze málo symptomů nutných pro naplnění diagnózy nebo jsou příznaky málo intenzivní a jejich dopad na fungování jedince je minimální,
- 2) středně těžká závažnost a
- 3) těžká závažnost poruchy, u níž se symptomy projevují v nadměrné míře a mají velmi negativní dopad do všech oblastí života jedince.

Mírný typ ADHD je většinou zvládnutelný bez speciální péče, pouze individuálním přístupem k jedinci, středně těžká porucha vyžaduje kromě individuálního přístupu i speciální péči a u těžké poruchy je speciální péče naprosto nezbytná. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Vzhledem k zaměření práce na 1. stupeň základní školy v českém prostředí považujeme za nutné zmínit systém kategorizace znevýhodnění žáka dle statistického číselníku RAZN. Na jeho základě je sestaven identifikátor znevýhodnění, který školské poradenské zařízení uvádí ve Zprávě školského poradenského zařízení a Doporučení školského poradenského zařízení. Identifikátor znevýhodnění poskytuje informace o druhu zdravotního znevýhodnění žáka, informace o kulturních či jiných životních podmínkách nebo míře nadání žáka. Označena je i závažnost znevýhodnění, která koresponduje se stupni podpurných opatření. Syndrom ADHD spadá v tomto systému do poruch chování a označuje se takto: 6M – mírné poruchy chování vyžadující podpurná opatření, 6S – středně závažné poruchy chování a 6T – závažné poruchy chování. (MŠMT online zdroj)

1.3 Příčiny vzniku ADHD a výskyt poruchy v populaci

Syndrom ADHD vzniká „na podkladě drobných, zpravidla rozptýlených poškození mozkové tkáně, ke kterým došlo v nejčasnějších vývojových fázích (v době prenatalní, perinatální či časně postnatální) nebo zvláštním utvářením mozkových struktur nejspíš na genetickém podkladě, které způsobují odlišnosti v chování a jednání dítěte.“ (Pugnerová,

Kvintová, 2016, s. 170). Příčiny vzniku ADHD jsou ze 60 % genetické, ze 30 % se na vzniku podílejí negativní vlivy v období těhotenství, při porodu a v raném dětství a u 10 % případů je to kombinace obou předchozích faktorů, nebo etiologie není známá. (Jucovičová a Žáčková, 2015) Některé studie hodnotí podíl dědičných faktorů na vzniku ADHD až na 80 %. (Ptáček, Ptáčková, 2018; Goetz, Uhlíková, 2009)

Různé zdroje uvádí velmi odlišné údaje o výskytu syndromu ADHD v populaci. Příčinou rozdílů může být použití diagnostických kritérií dle DSM 5 a starší desáté revize MKN. Při diagnostice ADHD dle DSM 5 docházelo k širšímu záchytu jedinců než v případě MKN-10. DSM 5 (APA, 2015) uvádí výskyt zhruba u 5 % dětské populace, v dospělé populaci u 2,5 %. Dle MKN-10 je to potom 1 – 3 % jedinců z populace. (Žáčková, Jucovičová, 2017) Dle všech zdrojů syndrom ADHD postihuje častěji chlapce než dívky a to v poměru 3:1. Obecná shoda panuje i v tom, že u zhruba poloviny jedinců s ADHD příznaky přetrvávají do dospělosti.

Zajímavé údaje poskytuje studie prevalence subtypů ADHD kolektivu autorů z roku 2012. Studie uvádí, že kritéria pro subtyp s převahou nepozornosti splňuje více dívek než chlapců. Chlapce naproti tomu postihuje častěji než dívky kombinovaná porucha. Willcutova studie z téhož roku dále uvádí, že porucha s převahou hyperaktivity a impulzivity je nejvyšší v populaci předškolních dětí a ve vyšších věkových kategoriích výskyt tohoto subtypu klesá. Výskyt poruchy s převahou nepozornosti ve věkových kategoriích je přesně opačný, tedy v předškolním věku je podíl nejnižší, ve školním věku a adolescenci prevalence vzrůstá. A konečně kombinovaná porucha se vyskytuje častěji ve skupině školních dětí než ve věkové kategorii předškoláků a dále v adolescenci výskyt kombinované poruchy klesá. (Drtílková, Fiala, 2016)

1.4 Proces diagnostiky a terapeutické možnosti

První popud k vyšetření dítěte přichází nejčastěji ze strany pedagogů předškolního či školního zařízení i přesto, že rodiče mohou pozorovat nápadnosti v chování dítěte již od raného věku. K zvýraznění typických projevů ADHD v chování dochází zejména po nástupu do školy. (Goetz, Uhlíková, 2009; Závěrková, 2016)

Diagnostika ADHD je mezioborovou záležitostí. Podle Goetze a Uhlíkové (2009) by ji měl stanovit dětský psychiatr za přispění posudků pediatra, dětského neurologa a psychologa. Pediatr by měl v posudku vyloučit organické příčiny symptomů ADHD nebo jejich vznik na základě užívání medikace. (Závěrková, 2018) Neurologické vyšetření by mělo

být doporučeno pouze u dětí s atypickými projevy ADHD. K vyšetření může být použita magnetická rezonance, CT nebo záznam elektrické aktivity mozku (EEG). (Goetz, Uhlíková, 2009) Nezbytnou součástí diagnostiky je psychologické vyšetření. Jeho součástí jsou testy intelektu, testy speciálně zaměřené na koncentraci pozornosti či projektivní techniky zaměřené na sebeprožívání dítěte, jeho sklony k úzkosti a depresi. (Jucovičová, Žáčková, 2015) Ve školském poradenském zařízení je dítě podrobena dále speciálněpedagogické diagnostice zaměřené na detekci specifických poruch učení. (Goetz, Uhlíková, 2009; Jucovičová, Žáčková, 2015)

Výše uvedený postup je však v praxi realizován pouze v omezené míře. Běžně se diagnostiky ADHD ujímá sám dětský neurolog nebo klinický psycholog. (Závěrková, 2016; Jucovičová, Žáčková, 2015)

Diagnostika ADHD má symptomatologický charakter, je tedy stanovena na základě výčtu a popisu projevů chování. (Ptáček, Ptáčková, 2018) Posuzuje se naplnění diagnostických kritérií dle DSM 5 nebo MKN-11 popsanych v kapitole 1.2. Diagnostický proces zahrnuje mimo výše uvedeného i rozhovor s dítětem, rodiči a učiteli za účelem získání podrobných anamnestických informací. K hodnocení projevů chování dítěte se rodičům a učitelům často předkládají různé škály. Příkladem může být Vanderbiltova hodnotící škála určená pro děti od 4 do 18 let. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

Neléčený syndrom ADHD snižuje potenciál jedince v oblasti sociálního a profesního uplatnění v dospělosti. Příznaky neléčeného ADHD přetrvávají do dospělosti až u 80 % případů. Dále s sebou tento stav nese vysoké riziko vzniku sekundárních psychických obtíží. (Ptáček, Ptáčková, 2018) Léčba ADHD by měla být vždy komplexní a měla by se tedy zaměřovat nejen na ADHD, ale i „prevenci nebo terapii již přidružených psychických poruch, především poruch chování a nálady.“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 82) Nejefektivnější je kombinace psychoterapie a farmakoterapie, kterou doplňuje dodržování optimálních výchovných a režimových opatření. (Goetz, Uhlíková, 2009; Barkley, 2020)

Do léčby ADHD se zapojuje psycholog, psychiatr, psychoterapeut, rodiče a učitelé. V případě oslabení v oblasti kognitivních a psychomorických funkcí se na tomto procesu podílí i speciální pedagog. (Závěrková, 2016; Goetz, Uhlíková, 2009)

Psychoterapie je základem léčby ADHD. V literatuře se uvádí, že nejúspěšnější je kognitivně-behaviorální přístup (KBT). (Procházka a kol., 2014; Goetz, Uhlíková, 2009) „Učí rozpoznávat zažitá a opakující se schémata myšlení (cognitive) a jednání (behaviour) a na základě racionálního rozboru nalézt a nacvičit výhodnější či emočně přijatelnější postup.“ (Goetz, Uhlíková, 2019, s. 94) Do terapie jsou zapojeni i rodiče dítěte. Zaměřuje se

na zklidnění a optimalizaci rodinných vztahů, posílení spolupráce, zvládnání projevů ADHD, nácvik žádoucího chování a posílení sebevědomí dítěte. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

Psychoterapie může být doplněna **medikací** na základě předchozího komplexního psychologického vyšetření a vyšetření zdravotního stavu dítěte. K léčbě se používají zejména dva typy preparátů: stimulancia (např. metylfenidát, dextroamfetamin a pemolin, preparáty Ritalin či Concerta) a nestimulancia (např. atomoxetin, preparát Strattera). Méně často se nasazují tricyklická antidepresiva. (Ptáček, Ptáčková, 2018) Farmaka přispívají ke zlepšení stavu u 60-80 % dětí, kterým jsou nasazena. (Goetz a Uhlíková, 2009) Odpověď na léčbu je, pravděpodobně z genetických důvodů, značně individuální. Léčba může mít nežádoucí vedlejší účinky, jako je snížená chuť k jídlu, nespavost, nervozita, bolesti břicha, zpomalení růstu nebo negativní vliv na kardiovaskulární systém. (Ptáček, Ptáčková, 2018) Farmakoterapii je nejvhodnější zahájit mezi pátým až sedmým rokem věku dítěte, tedy v době, kdy nejsou rozvinuty sekundární postižení. (Goetz, Uhlíková, 2009; Pugnerová, Kvintová, 2016)

EEG trénink (biofeedback) je metoda podložena 40 lety výzkumů. (Ptáček, Ptáčková, 2018; Čermáková a kol., 2020) „Jedná se o autoregulační učení mozku pomocí tzv. biologické zpětné vazby. Mozek dostává okamžitou, cílenou a přesnou informaci o „rozladění“ mozkových vln, pomocí které se může naučit, jak tyto mozkové vlny uvést do souladu.“ (Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 183) Dochází tak k tréninku soustředění a sebekázně. Prakticky jde o videohru, kterou jedinec ovládá pouze aktivitou svého mozku prostřednictvím elektrod připevněných na hlavě. Pokud jsou mozkové vlny v žádoucím pásmu, je jedinec v rámci hry odměněn. Tato metoda nemá vedlejší účinky a průměrná doba tréninku je 6 měsíců. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

2. Dítě s ADHD v mladším školním věku

2.1 Typické projevy ADHD v období mladšího školního věku

Projevy syndromu ADHD jsou většinou rozpoznatelné již v kojeneckém a posléze předškolním věku dítěte. (Pugnerová, Kvintová, 2016; Nývltová, 2010). My se však zaměříme na období mladšího školního věku, ve kterém jsou symptomy syndromu již plně rozvinuté. Zároveň dochází s nástupem jedince do školy ke zvyšování nároků na kontrolu chování a na soustředění. Dítě je nuceno ve škole sedět, poslouchat, ovládat impulsivní chování, postupovat dle instrukcí, organizovat si práci a navázat dobré vztahy se spolužáky. (Barkley, 2020; Goetz, Uhlíková, 2009) Problémy, které mělo dítě již v předškolním věku, jsou v novém prostředí výraznější, proto je syndrom nejčastěji diagnostikován mezi 6. a 9. rokem věku dítěte. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Jak již bylo uvedeno výše, mezi základní symptomy ADHD patří nepozornost, hyperaktivita a impulsivita. ADHD však postihuje další psychické procesy: oblast motoriky a percepce, paměti, myšlení, řeči a emoční oblast. Kombinace a síla projevů jednotlivých symptomů je značně individuální. „Projevy v chování u konkrétního dítěte jsou důsledkem kombinace základních příznaků onemocnění, přidružených psychických poruch a vlivů prostředí – tedy toho, jak se kdo k dítěti chová, v jaké žije rodině, jaké má štěstí na učitele a spolužáky a jaké má další charakteristiky osobnosti. Intenzita projevů ADHD není stále stejná, kolísá nerovnoměrně a pro dítě i rodiče bohužel nepředvídatelně. Tyto výkyvy v chování dítěte a jeho výkonu při různých činnostech působí na okolí někdy až dojmem schválnosti a dítě je za ně chybně kritizované a obviňované.“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 19)

Z okolního prostředí přijímáme každým okamžikem velké množství podnětů. Úkolem **pozornosti** je výběr a zesílení těch podnětů, které jsou pro nás důležité. Tím se zvyšuje naše schopnost je vnímat a orientovat na ně naši psychickou aktivitu. Méně významné podněty jsou zároveň tlumeny. (Hutyrová a kol., 2019) Porucha pozornosti se u jedinců s ADHD může projevit ve formě slabé a kolísavé koncentrace pozornosti, jejíž délka je v důsledku mnohdy nedostatečná. Často je omezen i rozsah pozornosti a snížena je i selektivita. Jedinec s ADHD nerozlišuje efektivně důležitost jednotlivých podnětů. Pozornost také není dostatečně pružná a dochází k jejímu nežádoucímu ulpívání. (Uhlíř, 2020; Jucovičová, Žáčková, 2015)

Hyperaktivita se v chování dítěte projevuje jako „nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity“. (Paclt a kol., 2007, s. 14) V celkové aktivitě organismu jsou podráždění a útlum dvě složky jednoho procesu. „Vývojově prvotní je

dráždivost a ta se postupným zráním mozku a rozvojem myšlení a řeči tlumí. U dětí s ADHD je toto zrání útlumových procesů opožděno a dochází k nerovnováze, tedy ke změně aktivační úrovně.“ (Hutyrová a kol., 2019, s. 112) U poruchy s převahou hyperaktivity a impulzivity dochází k nadměrné dráždivosti nervové soustavy. Zvýšená aktivita mozku, mnohdy zaznamatelná na EEG, způsobuje nadměrné nutkání k pohybu, které jedinec není schopen ovládat v důsledku poruchy útlumových funkcí. (Hutyrová a kol., 2019; Paclt a kol., 2007; Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

Dítě trpící syndromem ADHD zároveň nemá více energie než jeho vrstevníci. (Nývtová, 2010) Naopak snížená schopnost koncentrace pozornosti a selekce významných podnětů a neovladatelné nutkání k pohybu znamenají nadměrný výdej energie, který vede k zvýšené únavě organismu. V takové situaci však dítě nereaguje útlumem, ale naopak zvýšeným neklidem a emočním rozladěním, které vede ke ztuhnutí svalů, nižší flexibilitě těla a pružnosti dýchacích svalů, poruchám trávení apod. Proto se u dětí s ADHD velmi často objevují poruchy spánku, zejména v podobě problémů s usínáním. Dále jsou velmi časté neurotickými projevy (např. okusováním nehtů a tiky), kterými dítě ventiluje nahromaděné napětí. (Šauerová in Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

U poruchy s převahou nepozornosti je vychýlení aktivační úrovně směrem k útlumu. Dochází k hypoaktivitě, při které je aktivita jedince snížena pod běžnou normu. Dítě působí zasněně a apaticky a má velmi pomalé tempo.

Impulzivita je „neschopnost selektivní regulace způsobu reagování tak, aby odpovídal požadavkům dané situace.“ (Hutyrová a kol., 2019, s. 144) Dítě reaguje na podnět z okolí náhlým, nepřiměřeným chováním dle prvního popudu. Zcela chybí fáze promyšlení postupu a důsledků činů. Příčinou je opožděný vývoj volných schopností a seberegulace u dětí s ADHD. Intaktní děti jsou na rozdíl od dětí s ADHD schopné své chování plně ovládat vůli již ve středním školním věku. Impulzivní chování opět zvyšuje únavu a způsobuje emoční rozladění, jejichž důsledkem je další impulzivní jednání. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

U dětí s ADHD se může vyskytnout oslabení v **oblasti motorické**. Problémy se mohou týkat hrubé i jemné motoriky, kdy dochází k narušení koordinace a souhry pohybů. (Jucovičová, Žáčková, 2015) V důsledku zvýšeného svalového napětí jsou pohyby těchto dětí křečovitě. Nezřídka je oslabena i pohybová paměť, což komplikuje automatizaci pohybů a spolu s menší mírou vytrvalosti i učení se novým dovednostem. Neúspěch přitom snižuje motivaci k daným činnostem a má v důsledku dopad na sebehodnocení dítěte. (Jucovičová, Žáčková, 2015; Ptáček, Ptáčková, 2018) U dětí s ADHD lze pozorovat i vyšší výskyt úrazů.

Je to způsobeno kombinací nepozornosti, impulzivity a oslabení hrubé motoriky. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

U dětí s ADHD se často projevuje i oslabení v oblasti **percepce** a to jak zrakové, tak sluchové. Dítě může mít problém s diferenciací, analýzou a syntézou vjemů, pravolevou orientací, orientací v prostoru a čase. Velmi časté je i narušené vnímání vlastního tělesného schématu. U některých dětí není problém ve jmenovaných dílčích funkcích, ale na úrovni **intersenzorické integrace** anebo senzomotorické koordinace, tedy propojení a souhry motoriky a vnímání. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

V důsledku narušené pozornosti mají děti s ADHD velmi často i **problémy s pamětí**. Při poklesu pozornosti se některé informace neuloží, uložené informace jsou tak často kusé, nesystematické a chaotické. (Černá in Jucovičová, Žáčková, 2015) Častěji je u dětí s ADHD oslabena sluchová paměť a tedy postiženo je zejména ukládání verbálně sdělovaných informací. (Serfontain in Jucovičová, Žáčková, 2015)

Odlíšné je i **myšlení** dětí s ADHD. Mají často tendenci uchylovat se ke stereotypnímu řešení problémů, proto bývá jejich myšlení popisováno jako rigidní. Typické je i ulpívání na detailech a snížená schopnost postihnout celek. Oslabena bývá i schopnost systematizace myšlenek a myšlení je tak do jisté míry chaotické. To je dáváno do souvislosti s narušeným vnímáním prostoru a času. (Jucovičová, Žáčková, 2015) Děti s ADHD často nemyslí lineárně, tedy nevyvodí důsledek z podnětu. Jejich myšlení je naopak difuzní. Vnímají a reagují souběžně na několik podnětů a až z toho vyvozují závěry. Nápady těchto dětí proto mohou být originální. U některých dětí můžeme pozorovat až překotné myšlení, u jiných těžkopádné. Opožděný vývoj se často týká i metakognice, tedy schopnosti vnímat, posuzovat a ovlivňovat vlastní myšlenkové pochody. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Vzhledem k provázání vývoje myšlení a řeči jsou u dětí s ADHD časté také **poruchy řeči**. Řeč bývá překotná, někdy i nadměrně hlasitá. Dítě přeskakuje z jedné myšlenky na druhou a jeho mluvní projev může proto působit chaoticky. Nezřídka dítě užívá stereotypně některé výrazy nebo ulpívá na tématech. Snížený může být jazykový cit. Při opožděném vývoji pojmového myšlení je omezena i slovní zásoba. U dětí s poruchami řeči je proto velmi důležitá diferenciální diagnostika s cílem vyloučit vývojovou dysfázii. (Jucovičová, Žáčková, 2015) Oslabení v motorické oblasti stojí i za častým výskytem mnohočetné dyslálie u dětí s ADHD. Její náprava bývá náročná a zdlouhavá i přes pravidelnou logopedickou péči. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

U dětí s ADHD bývá narušen i **vývoj vnitřní řeči**, který bývá zpravidla završen v mladším školním věku. Vnitřní řeč je nutná k realizaci pracovního postupu. Děti s ADHD

proto mnohdy nejsou schopny postupovat podle pokynů ani v případě, že je prokazatelně slyšely a zaznamenaly. (Goetz, Uhlíková, 2009; Barkleym, 2020). „Jedinci s ADHD mají zhoršenou schopnost převést slovní instrukci do podoby vnitřního programu, který ovlivní jejich chování“ a mají tendenci tento handicap kompenzovat hlasitým komentováním činnosti. (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 24)

Hyperaktivita má vliv i na **emoční prožívání** dítěte s ADHD. Častá je přílišná dráždivost, nevyrovnanost, sklony k výkyvům nálad a pocitům nadměrně prožívané nepohody. (Hutyrová a kol., 2019, s. 119) Negativní vliv ADHD na oblast emocí je vysvětlován dvěma způsoby. Někteří odborníci vidí příčinu v nedostatku neurotransmiteru serotoninu, který způsobuje změny nálad, sklony k depresím a agresivitě a poruchy spánku. (Paclt a kol., 2007) Jiní tvrdí, že emoční poruchy vznikají u dětí s ADHD sekundárně na základě velmi časté negativní zpětné vazby, kterou způsobuje jejich vlastní chování. Je však pravděpodobné, že ve skutečnosti mají vliv oba výše uvedené faktory. (Hutyrová a kol., 2019; Jucovičová, Žáčková, 2015)

Děti s ADHD prožívají nadměrnou zátěž. Ta způsobuje přecitlivělost vůči podnětům, na které v důsledku reagují nepřiměřeně. Tento stav označujeme jako **nízkou frustrační toleranci**. Dále jsou tyto děti často vztahovačné a nadměrně zranitelné. Jedná se o začarovaný kruh, v němž je dítě opakovaně vystaveno negativně prožívaným situacím, které zvyšují zátěž a emoční napětí a vedou k dalším nepřiměřeným reakcím dítěte na podněty. Po určité době vše vyvrcholí selháním sebekontroly a **afektivním stavem dítěte**. Po odeznění afektu se dítě většinou obviňuje ze selhání a vše vede ke sníženému sebehodnocení a úzkostnosti. Dítě se však bez pomoci z dané situace nepoučí a chování v budoucnu zopakuje. Při dlouhodobé psychické zátěži se tak zvyšuje riziko neurotizace v podobě tiků, koktavosti či rozvinutí úzkostné poruchy či fobie. (Uhlíř 2020; Jucovičová, Žáčková, 2015)

I přes nadměrnou citlivost mají děti s ADHD potíže s empatií. Projevují se spíše sebestředně a egoisticky. Okolí navíc často nerozumí příčinám jejich chování, které se jeví jako nepředvídatelné. Časté je proto vyloučení dětí s ADHD z kolektivu a výskyt **problémů v sociální oblasti**. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

2.2 ADHD jako porucha exekutivních funkcí

Výše uvádíme obvyklý pohled na ADHD, který je spíše výčtem symptomů poruchy. Jiný přístup uvádí ve svých publikacích Russell A. Barkley. Dle našeho názoru se jedná o výstižnější pohled na syndrom, protože akcentuje vzájemnou provázanost jednotlivých

symptomů a lépe vysvětluje fungování dětí s ADHD a dopad syndromu do všech oblastí psychiky.

Barkley (2020 in Klanová, 2021) rozlišuje sedm exekutivních funkcí, které jsou u jedinců s ADHD narušeny:

- (1) schopnost inhibice (útlumu) chování a sebeovládání,
- (2) schopnost sebeuvědomění na základě řízené pozornosti,
- (3) vizuální představivost, schopnost zpětného pohledu a předvídavosti,
- (4) vnitřní řeč,
- (5) schopnost regulovat emoce,
- (6) schopnost vnitřní motivace a aktivace,
- (7) schopnost plánování cílů a řešení problémů.

Klíčovou exekutivní funkcí je schopnost inhibice (útlumu) chování a sebeovládání (1). Jedná se o schopnost odložit okamžitou odpověď na podněty prostřednictvím útlumu chování. Odložení reakce nám vytváří prostor k využití dalších exekutivních funkcí a v důsledku k optimálnímu vyřešení situace. Barkley tvrdí, že primární symptomy ADHD, tedy poruchu pozornosti, impulzivitu a hyperaktivitu, lze vysvětlit jako poruchu inhibice chování. Jedinec s ADHD podléhá prvotním impulzům, reaguje na podněty, které jsou rušivé, tedy nejsou v souladu s cíli, není schopen odložit uspokojení okamžitých potřeb a použít vnitřní motivaci k dokončování aktivit. To vše lze vysvětlit opožděným vývojem inhibice chování. (Barkley, 2020 in Klánova 2021)

Schopnost sebeuvědomění (2) je předpokladem pro uplatnění schopnosti inhibice chování. Aby byl člověk schopen odložit prvotní reakci na podnět, musí umět zaměřit pozornost na sebe sama. Sebeuvědomění lze tedy definovat jako schopnost monitorovat své chování a na základě toho ho kontrolovat. (Barkley, 2020 in Klánova 2021)

Své zkušenosti, tedy vnímání vlastních činů a sebe sama v minulosti, člověk ukládá do paměti a následně si je v případě potřeby vybavuje. Na základě těchto zkušeností se snaží odhadnout budoucí děje a přizpůsobuje tomu své chování. Takto jsme schopni poučit se z vlastních chyb a úspěchů. Klíčovou roli v tomto procesu sehraává vizuální představivost (3), jejímž prostřednictvím vnímáme sebe sama napříč časem. Tento proces můžeme nazvat i neverbální pracovní pamětí. U dětí s ADHD je snížena schopnost sebeuvědomění, což následně snižuje schopnost využití předchozích zkušeností v aktuální situaci a schopnost předvídat budoucí děje. Snížena je v návaznosti i percepce sebe sama napříč časem. Jedinci s ADHD žijí mnohem více přítomným okamžikem. Chovají se tak, jako by si neuvědomovali své předchozí zkušenosti, ani důsledky svého jednání v budoucnosti. S tím je spojeno

změněné vnímání času. Děti s ADHD vnímají čas zpomaleně. Vše jako by pro ně trvalo déle, než očekávali. To zapříčiňuje jejich netrpělivost a posiluje neschopnost odložit uspokojení okamžitých potřeb. Má to dále i vliv na omezené vnímání budoucnosti. Ta se jim jeví jako příliš vzdálená. (Barkley, 2020 in Klánova 2021)

Vnitřní řeč (4) je dalším z nástrojů kontroly a případné inhibice chování, podporuje sebeuvědomění a vnímání sebe sama napříč časem. Prostřednictvím vnitřní řeči jedinec formuluje instrukce a pravidla, díky nimž řídí chování a pracuje na dosažení definovaného cíle. Umožňuje mu to vyhnout se rušivým vlivům a okamžitým reakcím na podněty, které nejsou v souladu s cíli. U jedinců s ADHD je opožděný proces zvnitřnění řeči, ke které dochází ze samomluvy obvykle v předškolním věku. To může vysvětlovat nadměrnou mluvnost těchto dětí. Tento stav vede dále k nevyrovnanému výkonu. Děti s ADHD nemají vnitřní řeči nastavené konzistentní instrukce a pravidla svého chování. Často proto při činnosti spíše reagují na aktuální podněty a nemají nad situací kontrolu. V důsledku nejsou schopny postupovat dle zvenčí zadaných instrukcí a pravidel. (Barkley, 2020 in Klánova 2021)

Schopnost inhibovat chování a tudíž nereagovat okamžitě na podněty nám dává prostor k tomu, abychom oddělili informaci o obsahu události od informace o jejím emocionálním významu pro nás samotné. To nám umožňuje vnímat situaci objektivněji a reagovat racionálně, tedy nejen pod vlivem první emoce, kterou událost vyvolá. To je základem schopnosti regulovat emoce (5). Děti s ADHD jsou ve srovnání se svými vrstevníky pod silnějším vlivem svých emocí. Problém však není v emocích samotných, ale ve snížené schopnosti jejich regulace tak, aby byly přiměřené dané situaci a v souladu s vytyčenými cíli. Tyto děti jsou často emočně nevyzrálé a mají tendenci jednat na základě první emoce, kterou situace vyvolá. Posléze toho většinou litují, protože toto chování negativně ovlivňuje jejich sociální vztahy. (Barkley, 2020 in Klánova 2021)

Předpokladem regulace emocí je jejich zvnitřnění, tedy schopnost emoci nechat proběhnout uvnitř a nedat ji navenek najevo. Emoce mají motivační náboj, proto je jejich interiorizace také základem vnitřní motivace a aktivace (6), tedy i vytrvalosti a vůle dokončovat započaté činnosti. Jedním z problémů dětí s ADHD je právě tendence nedokončovat započaté činnosti, což je někdy přičítáno fluktuující pozornosti. Dle Barkleye je ale důvodem nedostatečná schopnost vytvořit si vnitřní motivaci k činnosti. Děti s ADHD jsou proto stále do jisté míry závislé na vnější motivaci v případě nepřitažlivých činností. (Barkley, 2020 in Klánova 2021)

Schopnost plánování cílů a řešení problémů (7) je vázaná na vnitřní řeč a skládá se ze dvou procesů: schopnosti rozebrat informace na menší celky a následného složení do nového celku, tedy hledání řešení problému. K této činnosti je opět nutná inhibice chování, tedy schopnost nezareagovat dle prvotního impulzu. Tím získáváme prostor pro analýzu situace, uplatnění předchozí zkušenosti a nalezení řešení. Děti s ADHD mají tendenci reagovat impulzivně na první podnět, a proto mají sníženou schopnost formulovat cíle činnosti a řešit efektivně problémy. (Barkley, 2020 in Klánova 2021)

2.3 Typické projevy žáka s ADHD na 1. stupni ZŠ

V následující kapitole se zaměříme na typické projevy ADHD u žáka na 1. stupni základní školy. Charakterizujeme dopad jednotlivých základních symptomů do učebního procesu a fungování jedince v rámci třídy s vědomím, že se v reálných podmínkách tyto projevy mohou lišit dle individuálního postižení jedince a nastavení vnějších podmínek.

Porucha pozornosti má negativní dopad do školní práce dítěte a projevuje se zejména jeho nerovnoměrným výkonem. Pro dítě je ve srovnání s vrstevníky ve škole obtížné cíleně, dlouhodobě zaměřit pozornost a tato snaha neúměrně zvyšuje jeho únavu. Se zvyšující se únavou dále slábne i schopnost koncentrace. Dítě tak často nedokončí započatou činnost či úkol. Na neúspěch reaguje často neadekvátně, ve vyhraněných situacích i afektem anebo agresí. (Jucovičová, Žáčková, 2015) Porucha pozornosti se promítá hlavně do činností, které pro dítě nejsou atraktivní, nebaví jej nebo v nich selhává. Paclt (2007) konstatuje, že problém není jen v pozornosti, ale i ve vytrvalosti. „Velkou roli ve schopnosti koncentrovat pozornost hraje u dítěte s ADHD motivace a adekvátní stimulace.“ (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 54)

Slabá koncentrace pozornosti a její fluktuace má dále vliv i na paměť, tedy přesněji ukládání informací. Žák s ADHD není proto schopen postupovat dle složitějších instrukcí a to v případě ústního, ale i písemného podání. Konkrétně například vynechá část zadané práce nebo zadání nepřečte správně. Popisovány jsou i závažnější problémy v oblasti provozní paměti, tedy v procesu vybavení si informací z dlouhodobé paměti. (Jucovičová, Žáčková, 2015) Pro děti s ADHD je problém udržet pořádek ve věcech, velmi často dochází k zapomínání nebo ztracení školních pomůcek a osobních věcí. Typickým projevem je i zapomínání doplňování diakritiky. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Porucha pozornosti zasahuje často i do **mluvního projevu**. Pokud žák s ADHD odpovídá na dotazy, jeho řeč může být méně plynulá. Naproti tomu, když dítě hovoří na jím vybrané téma, jeho mluvní projev je plynulý. (Goetz, Uhlíková, 2009) V komunikaci děti

mohou vlivem fluktuace pozornosti ztrácet linii hovoru a na druhé působit zmateně. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Intenzita projevů **hyperaktivity** je u žáků s ADHD závislá na denní době a zároveň na míře únavy. Ráno je puzení k pohybu typicky méně intenzivní a postupem dne ale obvykle narůstá. (Goetz, Uhlíková 2009) Ke konkrétním projevům hyperaktivity v rámci školního prostředí patří neúčelné, často nekoordinované pohyby žáka. Dítě si hraje s věcmi, vrtí se na židli, kopá nohama, má potřebu vstávat a běhat po místnosti, poskakuje. (Goetz, Uhlíková 2009; Jucovičová, Žáčková, 2015) K dalším projevům patří jemné záškuby mimických svalů, tedy grimasování. (Jucovičová, Žáčková, 2015) Hyperaktivita se projevuje i nadměrnou mluvou a to i v situacích, kdy je nutné, aby dítě mlčelo. Často dítě nepouští druhé ke slovu anebo jim skáče do řeči. (Goetz, Uhlíková 2009; Jucovičová, Žáčková, 2015) **Mluva** těchto dětí je překotná, jako chtěly vyjádřit rychlý tok svých myšlenek. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Naproti tomu **hypoaktivní** dítě ve škole často nestíhá vypracovávat zadání, typická je zvýšená chybovost a lze pozorovat ve srovnání s vrstevníky větší unavitelnost. Při pokusech o zvýšení tempa nátlakem hrozí neurotizace žáka. Ve škole jsou tito žáci považováni často za líné, znužené nebo méně nadané. (Hutyrová a kol., 2019)

Typickým projevem **impulzivity** ve školním prostředí je u žáka s ADHD neschopnost vyslechnout nebo dočíst instrukce do konce. Žák tak často vypracuje pouze část zadání nebo jej zpracuje chybně. Dále má obvykle problém, pokud nejsou okamžitě splněny jeho požadavky, např. ve frontě na oběd nebo při hře nedokáže čekat, až na něj přijde řada. Charakteristické je dále i vykřiknutí odpovědi na otázku bez vyvolání učitelem. (Jucovičová, Žáčková, 2015; Goetz, Uhlíková, 2009) Kvůli neschopnosti čekat je pro dítě obtížné zapojit se do kolektivních sportů a her, které vyžadují dodržování pravidel. Děti s ADHD mají silnou potřebu rychlé zpětné vazby a odměny. Proto často nedokončují činnosti, jejichž cíle mají dlouhodobý charakter. (Jucovičová, Žáčková, 2015; Paclt a kol., 2007)

Jak již bylo uvedeno výše, impulzivita je ve spojení s oslabenou pozorností spojována s vyšším rizikem úrazů. To se týká i školního prostředí. Žák se ze situace navíc typicky není schopen poučit. V podobné situaci si svou předchozí zkušenost nevybaví a opakuje stejnou chybu. V panice se mnohdy snaží impulzivně zakrýt následky, což celou situaci ještě zhorší. (Goetz, Uhlíková, 2009) Impulzivita se promítá i do komunikace s negativním dopadem do **sociálních vztahů**, jak vysvětlíme dále.

Oslabení v **jemné motorice** se promítá zejména do sebeobsluhy. Děti mají ve větší míře než jejich vrstevníci problémy se zavazováním tkaniček, zapínáním knoflíků a zipu nebo používání příboru. Ve škole potom zaznamenáváme problémy s písmem.

Grafomotorická neobratnost a oslabená vizuomotorika stojí za pomalým tempem psaní a neúhledností písma. Dítě může mít dále problémy v mikromotorice očních pohybů a to může negativně ovlivnit čtení. Dopady poruchy motoriky můžeme pozorovat i v artikulaci, tedy konkrétně ve výslovnosti některých hlásek, delších slov a specifických asimilacích. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Oslabení v motorické a percepční oblasti, které je u žáků s ADHD časté, se může vyvinout až do sekundárně vzniklé **specifické poruchy učení**. Těmi trpí 25 (Goetz, Uhlíková, 2009) až 50 % (Hutyrová a kol., 2019) dětí s ADHD. Výkony žáků s ADHD jsou typicky velmi nevyrovnané a zároveň neodpovídají jejich intelektovým schopnostem. (Jucovičová, Žáčková, 2015) Specifické poruchy učení jejich situaci ještě dále komplikují. (Goetz, Uhlíková, 2009)

K nevyrovnaným výkonům ve škole přispívají dále i výkyvy nálad, nízká frustrační tolerance a sklony k **afektivním reakcím**. Přidávají se tak k dvěma hlavním faktorům poruchám pozornosti a zvýšené unavitelnosti a vzájemně se posilují. (Uhlíř 2020; Jucovičová, Žáčková, 2015) S ADHD spojené časté poruchy spánku vedou k jeho nedostatku a dále umocňují sklony k afektivním reakcím a oslabují schopnost koncentrace pozornosti. (Goetz, Uhlíková 2009; Jucovičová, Žáčková, 2015)

Pro 50 % žáků s ADHD je typické i oslabení v oblasti **sociálních vztahů**. (Munden, Arcelus in Ptáček, Ptáčková, 2018; Pelham, Bender in Brakley, 2020) Za ním ale nestojí deficit sociálních schopností. Dítě sociálním normám rozumí, ví, co se od něj očekává a bez problémů si normy osvojí. Problém je, že v některých situacích ale není schopno tyto normy uplatnit a reaguje neadekvátně situaci. (Ptáček, Ptáčková, 2018) Dítě má proto obtíže při dodržování pravidel a osvojování si sociálních rolí. Často dochází k neadekvátnímu chování ve škole a ve skupině vrstevníků. (Procházka a kol., 2014) Kvůli projevům hyperaktivity, impulzivity a nepozornosti, které dítě není schopné ovládat, je často vnímáno jako rušivé a problémové. Dostává proto opakovaně od okolí negativní zpětnou vazbu, na kterou kvůli nízké frustrační toleranci reaguje bouřlivě. Objevuje se vzdor či agrese. Okolím jsou tyto reakce vnímány jako nepřiměřené a nesrozumitelné. To vyvolává další odmítání. (Hutyrová a kol., 2019; Procházka a kol., 2014; Goetz, Uhlíková 2009)

Dítě s ADHD má dále, jak jsme již zmínili výše, i problémy v **komunikaci**. Vlivem nepozornosti a impulzivity tyto děti často v hovoru přeskakují z tématu na téma, nenechají druhé domluvit, jejich řečový projev může být zmatený a někdy řeknou v hovoru něco nevhodného. To vše vyvolává nedorozumění, ostatní proto jejich společnost nevyhledávají a může to vést až k vyloučení z kolektivu. (Jucovičová, Žáčková, 2015; Goetz, Uhlíková,

2009) Vlivem impulzivity mají tyto děti obtíže s dodržováním pravidel a v důsledku kazí hru ostatním dětem. (Goetz, Uhlíková, 2009; Procházka a kol., 2014) Při sportovních hrách se může projevit i neobratnost těchto dětí. To vše vede k častému vylučování těchto dětí ze hry. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Dítě s ADHD se vlivem výše uvedeného může ocitnout v **sociální izolaci** nebo se stát **terčem šikany**. Tyto děti však velmi touží po kamarádství a uznání. Tato touha je často posilována i nedostatkem kladných zpětných vazeb. Odmítání dítě v důsledku nadměrně frustruje a může dojít až k tomu, že se na sebe snaží upoutat pozornost nevhodnými formami chování. Typické je předvádění se, provokace, agrese nebo kupování si uznání formou věcných darů. (Goetz, Uhlíková 2009; Procházka a kol., 2014)

Syndrom ADHD může být v mnoha ohledech i výhodou, pokud jsou **kladné stránky** posilovány vhodným výchovným vedením. Dítě může těžit ze své vyšší vnímavosti a citlivosti a hloubce prožívaných citů. Nezřídká je v kolektivu i oblíbené pro svou veselost, spontánnost a otevřenost. (Jucovičová, Žáčková, 2015) Žák se může naučit využívat své schopnost rychlého přesunu pozornosti a pojmout tak větší množství informací než jeho vrstevníci. (Ptáček, Ptáčková, 2018) Difuzní způsob myšlení a nespoutanost hranicemi přináší dítěti často velmi originální nápady. Jeho myšlení bývá rychlé, neotřelé a nápadité. Nezřídká lze u žáků s ADHD pozorovat vyšší kreativitu a rozvinutou fantazii. Dítě může být vnímáno jako akční, aktivní, energické a rozhodné. Snadno se nadchne pro určitý cíl či činnost, což může být pro druhé inspirativní. Za silné stránky lze považovat komunikativnost a pohotovost. U hypoaktivity můžeme vyzdvihnout systematičnost, přesnost a nízkou chybovost při práci. (Jucovičová, Žáčková, 2015; Ptáček, Ptáčková, 2018; Barkley, 2020)

II. Praktická část

3. Výzkum: Žák s ADHD na 1. stupni základní školy

3.1 Charakteristika výzkumu

3.1.1 Cíl výzkumu

Výzkum je rozdělen na dvě základní části. První část má za cíl zjistit, které symptomy vnímají učitelé jako nejzávažnější při práci s žákem s ADHD v rámci školní třídy na 1. stupni základní školy.

Ve druhé části se snažíme zjistit, které metody nejčastěji doporučované školními poradenskými zařízeními pro žáky s ADHD považují učitelé za efektivní, respektive jak hodnotí jejich efektivitu.

3.1.2 Metoda a administrace výzkumu

Metodou výzkumu je dotazníkové šetření. Dotazník má celkem 66 položek a je rozdělen do 3 oddílů: úvodní části, první a druhé části. V úvodní části dotazníku jsou dvě položky (položky číslo 1 - 2) zjišťující základní informace o respondentech výzkumu. Zaměřují se na délku praxe na pozici učitele/učitelky 1. stupně ZŠ a dále na počet dětí s diagnostikovaným ADHD, se kterými po dobu této praxe pracovali.

První část dotazníku obsahuje 31 položek (položky číslo 3 – 33) a zaměřuje se na první cíl výzkumu. Zjišťuje tedy hodnocení závažnosti dopadu jednotlivých symptomů ADHD na práci s žákem s ADHD a třídou na 1. stupni ZŠ. Pracovně jsou položky rozděleny do pěti skupin symptomů, konkrétně na projevy poruchy pozornosti, projevy hyperaktivity a impulzivity, projevy motorického a percepčního oslabení, projevy emotivity a projevy v sociální oblasti. Respondenti hodnotí závažnost dopadu symptomů (tedy jednotlivé položky) hodnotící škálou zobrazenou ve formě hvězdiček: 1- nezávažný, 2 – spíše nezávažný, 3 – spíše závažný, 4- velmi závažný. Na konci první části mají možnost doplnit komentář.

Druhá část dotazníku se zaměřuje na druhý z cílů, tedy hodnocení efektivity podpurných opatření pro práci s žáky s ADHD, která jsou nejčastěji doporučována školskými poradenskými zařízeními. Tato část dotazníku obsahuje 33 položek (položky číslo 34 – 66). Opět respondenti mají k dispozici hodnotící škálu efektivity ve formě přidělených hvězdiček

k položce: 1 hvězda - velmi neefektivní, 2 – spíše neefektivní, 3 – spíše efektivní, 4- velmi efektivní.

Jako zdroj doporučených podpůrných opatření jsme využili publikaci Katalog podpůrných opatření – dílčí část pro žáky s potřebou podpory z důvodů specifických poruch učení a chování autorek Drahomíry Jucovičové a Hany Žáčkové (Wolter Kluwer, Praha 2023). Při práci na první části dotazníku byla také použita tato publikace, ale inspirací byly i některé další zdroje uvedené v seznamu zdrojů.

V rámci prevýzkumu jsme dotazník zadali čtyřem respondentům osobně. Ti měli možnost se vyjádřit ke struktuře a znění jednotlivých otázek. Na základě těchto rozhovorů došlo k úpravě některých položek tak, aby byly jednoznačné.

Dotazník byl administrován online. Ke sběru dat jsme využili webové stránky <https://my.survio.com/>. Odkaz na dotazník s prosbou o spolupráci byl uveřejněn na Facebookových stránkách Pedagogické komory „Učitelky 1. stupně ZŠ sobě (PK)“ (<https://www.facebook.com/groups/215777535996376>) dne 5. listopadu 2023 a poté znovu 11. listopadu 2023. Data byla posléze ručně exportována do Excelu a byla zpracována do grafů a tabulek uvedených v této práci.

3.1.3 Znění dotazníku

Úvodní otázky

1. Délka Vaší praxe jako učitele/učitelky 1. stupně ZŠ: __
2. Počet dětí s diagnostikovaným ADHD, se kterými jste se po dobu praxe pracovala: __

Část 1.

Instrukce: Ohodnoťte závažnost dopadu jednotlivých symptomů ADHD na Vaši práci ve třídě a s postiženým dítětem.

Hodnotící škála (zobrazuje se ve formě počtu hvězd):

1hvězda - nezávažný, 2 hvězdy – spíše nezávažný, 3 hvězdy – spíše závažný, 4 hvězdy - velmi závažný

Položky dotazníku:

Projevy poruchy pozornosti

3. fluktuace pozornosti žáka – často neví, co má dělat
4. nevyrovnané výkony žáka

5. ulpívání – ztížená adaptace žáka při změně algoritmu řešení úloh
6. neschopnost žáka postupovat podle instrukcí (problémy s porozuměním instrukcím, se samostatným plánováním činnosti, postihnutím všech částí zadání)
7. zvýšená unavitelnost žáka
8. zapomínání pomůcek, dů apod.
9. neschopnost žáka udržet pořádek ve svých věcech, ztrácení věcí

Projevy hyperaktivity a impulzivity

10. neschopnost žáka čekat, až na něj dojde řada
11. neschopnost žáka doposlechnout instrukce do konce
12. tendence žáka nedokončovat započatou práci
13. rušivý pohyb žáka v lavici (vrtění se, kopání a podupávání nohama, otáčení se, rušivá hra s předměty)
14. rušivý pohyb žáka mimo lavici (nevhodné pobíhání po třídě, vyskakování)
15. grimasování
16. nevhodné vykřikování a jiné hlasové projevy žáka
17. zbrklé jednání žáka bez fáze rozmyšlení (např. impulzivně někoho strčí, bouchne apod.)

Projevy motorického a percepčního oslabení

18. oslabení v hrubé motorice – neohrabanost
19. oslabení jemné motoriky – promítání zejména do písma
20. oslabení v oblasti sebeobsluhy – snížená schopnost sebeobsluhy (problémy se zavazováním tkaniček, s knoflíky, zipy apod.)
21. oslabení v řeči (artikulační neohrabanost, rychlé tempo řeči apod.)

Projevy emotivity

22. výkyvy nálad žáka
23. neadekvátní, až afektivní reakce žáka na neúspěch/chybu
24. reakce žáka v podobě agrese slovní
25. reakce žáka v podobě agrese fyzické
26. úhybné chování žáka – lhaní apod.

Projevy v sociální oblasti

27. nevhodné strategie žáka při navazování kontaktu s vrstevníky
28. nápadnosti v komunikaci (žák nedokáže vhodně vést rozhovor, skáče do řeči)
29. agresivní chování žáka vůči vrstevníkům
30. nepřijetí žáka kolektivem

31. žák je obětí šikany
 32. žák je iniciátor šikany
 33. žák nedokáže dodržovat pravidla her a práce v kolektivu
- Jiné – doplňte: _____

Část 2.

Instrukce: Ohodnoťte efektivitu nejčastějších podpůrných opatření doporučených pro práci s žáky s ADHD.

Hodnotící škála:

1 - velmi neefektivní, 2 – spíše neefektivní, 3 – spíše efektivní, 4- velmi efektivní

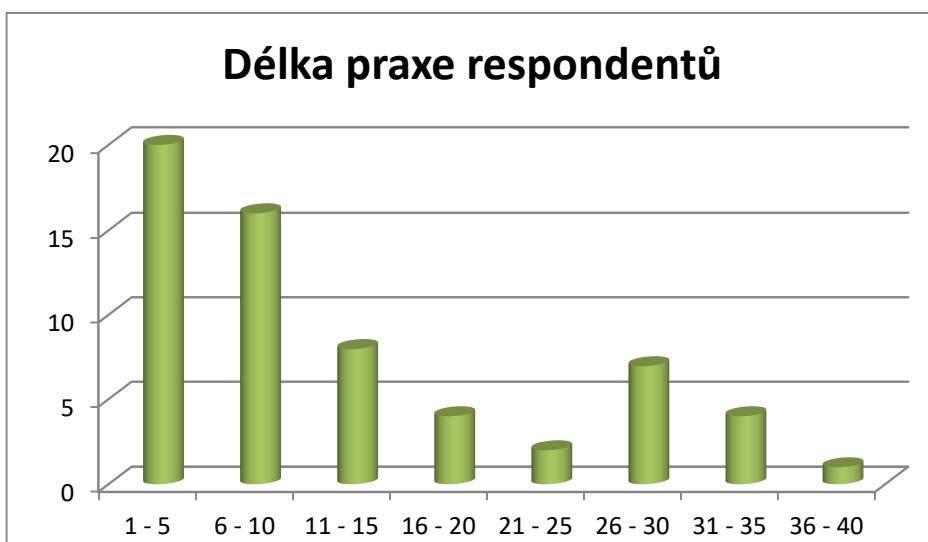
34. strukturace činností do kratších časových celků, střídání činností
35. využívání času, kdy se žák nejlépe soustředí (např. první části vyučování)
36. poskytnout žákovi prostor pro pohybové odreagování během hodiny
37. využívání pomůcek pro pohybové odreagování v lavici – gelová vajíčka, mačkácí kroužky apod.
38. přizpůsobení rozsahu činnosti osobnímu tempu žáka (zkrácení zadání)
39. přizpůsobení rozsahu činnosti tak, aby její dokončení bylo pro žáka zvládnutelné (prevence ztráty motivace a nedokončení práce)
40. hodnocení pouze zvládnutého úseku práce při nedokončení celého zadání
41. poskytnutí delší časové dotace na vypracování zadání
42. vhodný zasedací pořádek – žák sedí v přední lavici
43. vhodný zasedací pořádek – žák sedí v zadní lavici
44. úprava pracovního místa žáka – motivace k udržení pořádku
45. opakování instrukcí
46. rozkrokování instrukcí – rozdělení do více úseků
47. instrukce vždy ve vizuální formě – písemně, obrázky
48. kontrola započaté činnosti žáka
49. průběžná zpětná vazba při činnosti
50. posilování pozornosti očním kontaktem, domluveným gestem, dotekem
51. výrazně upozornit na změny v algoritmech, aby se předešlo chybovosti
52. umožnění opravy známky při selhání
53. tvorba učebních portfólií
54. prevence vykřikování – žák si poznamenává, co potřebuje říci a čeká, až na něj dojde řada

55. vytvoření srozumitelného systému pravidel chování
 56. nereagování na některé nevhodné impulzivní chování, u kterého předpokládáme časné odeznění
 57. monitorování spouštěčů nevhodného chování žáka a předcházení mu
 58. přerušování nevhodného chování – možnost uklidnění ve třídě
 59. přerušování nevhodného chování - odvedení žáka mimo třídu
 60. zpevňování žádoucího chování žáka
 61. pravidelné oceňování dílčích pokroků žáka (umožnění zažít úspěch)
 62. podpora začleňování žáka do kolektivu třídy
 63. práce s kolektivem třídy – dobrá atmosféra ve třídě
 64. spolupráce s rodinou žáka – shodné nároky a pravidla
 65. spolupráce se školním psychologem – ať vaše jako učitele, nebo práce ŠP s žákem
 66. využití asistenta pedagoga
- Jiné, popř. vaše komentáře k výše uvedenému: _____

3.2 Vyhodnocení výsledků výzkumu

3.2.1 Charakteristika respondentů výzkumu

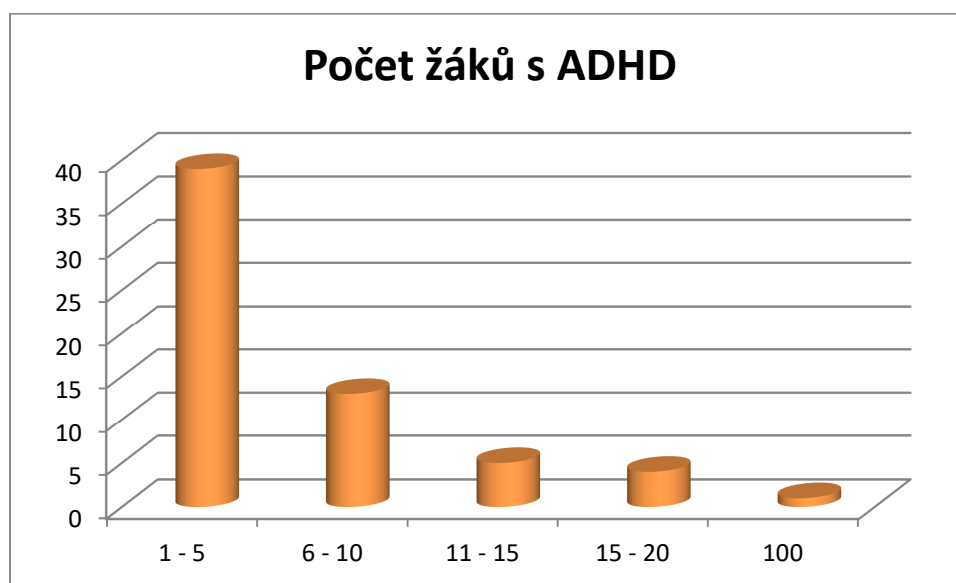
V období od 5. do 12. listopadu 2023 dotazník vyplnilo 62 učitelů/učitelek 1. stupně.



Obrázek 1 – Graf znázorňující délku praxe respondentů výzkumu

Jak vyplývá z níže uvedeného grafu a tabulek v příloze 1, více než polovina respondentů (36 z 62) má méně než 10 let praxe na pozici učitele 1. stupně. 71 % respondentů má praxi pod 15 let a pouze 29 % nad tuto hranici. Převažující podíl respondentů s kratší praxí můžeme přisuzovat administraci testu prostřednictvím Facebooku. Předpokládáme, že je věk úměrný délce praxe a právě mladší ročníky mají pozitivnější postoj k sociálním médiím. Průměrná délka praxe respondentů je 12,4 let.

Další dvě tabulky v příloze (tabulka č. 3 a 4) a níže uvedený graf č. 2 odpovídají na otázku, s kolika dětmi s diagnostikovaným ADHD respondenti výzkumu pracovali? Dvě třetiny respondentů (63 %) se ve své praxi setkali a pracovali s 1 – 5 dětmi s ADHD, u více než čtyř pětín (84 %) to potom bylo do 10 dětí. Z dat se vymyká jeden respondent, který uvádí délku praxe 40 let a počet dětí s ADHD, se kterými pracoval na zhruba 100. Do poznámky respondent uvedl, že působil na základních školách a ve třídách pro děti právě s tímto typem zatížení. Při počítání průměru si dovolíme tohoto respondenta vynechat, protože by došlo ke značnému zkreslení průměru. Průměrný počet dětí s ADHD, se kterým naši respondenti pracovali ve své pedagogické praxi je 6 žáků.



Obrázek 2 – Graf znázorňující počet žáků s ADHD, s nímž respondenti pracovali po dobu své praxe

3.2.2 Vyhodnocení závažnosti dopadu symptomů ADHD

Nyní se zaměříme na jednotlivé cíle výzkumu. Prvním z nich je vyhodnocení závažnosti dopadu jednotlivých symptomů ADHD na učitelovu práci ve třídě a s dítětem s ADHD. Jedná o vyhodnocení odpovědí respondentů na položky 3 – 33. Data jsou srovnána

v tabulce č. 5 v příloze této práce. Položky jsou srovnány od té s nejzávažnějším dopadem až po tu, jejíž dopad je hodnocen jako nejméně závažný. V tabulce je u jednotlivých položek uveden počet odpovědí ke každému stupni hodnotící škály. Zároveň je zde procentuální podíl z celkového počtu odpovědí pro každý stupeň hodnocení u položky. Aritmetickým průměrem je poté vypočítáno, jak byl hodnocen celkový dopad daného symptomu na práci s jedincem s ADHD a celou třídou.

Z výsledků lze vyčíst, že nejzávažnější dopad mají symptomy dopadající na situaci v celé třídě. Na prvních čtyřech místech jsou položky, které patří do projevů hyperaktivity a impulsivity a mají rušivý vliv na okolí jedince s ADHD. Patří sem: rušivý pohyb v lavici, zbrklé jednání bez fáze promýšlení, rušivý pohyb mimo lavici a nevhodné vykřikování a jiné hlasité projevy žáka. Zajímavé je, že rušivý pohyb v lavici je hodnocen výše než mimo ni. Domníváme se, že to může být způsobeno častějším výskytem rušivého chování v lavici než mimo ni.

Od páté pozice do dvanácté pozice nalézáme položky, které se týkají bezprostředně žáka a mají vliv spíše na samotnou práci učitele s ním. Méně se pak promítají do situace ve třídě. Jedná se o fluktuaci žákovi pozornosti, neschopnost čekat, až na něj přijde řada, afektivní reakce na neúspěch, nepořádnost žáka, jeho nevyrovnané výkony, unavitelnost, výkyvy jeho nálad a neschopnost doposlechnout instrukci do konce.

Až od třinácté pozice níže se vyskytují symptomy dopadající do vztahů a komunikace s vrstevníky. Střídají se zde s položkami, které opět zasahují spíše jedince s ADHD a jeho školní výkon. Na lichých pozicích od třinácti do dvaceti třech nalezneme tedy tyto symptomy zasahující sociální oblast: nevhodné strategie kontaktu s vrstevníky, fyzickou agresi, agresivní chování vůči vrstevníkům, nápadnosti v komunikaci (neschopnost vést rozhovor, skákání do řeči), nedodržování pravidel hry a spolupráce a slovní agrese. Tyto symptomy se na sudých pozicích (14. – 24.) střídají s položkami popisujícími projevy ADHD ovlivňující školní výkon jedince: neschopnost postupu dle instrukcí, ulpívání pozornosti a dopad na neschopnost přizpůsobit se měnícímu se algoritmu činnosti, nedokončování prací, projev grimasování, zapomínání pomůcek a oslabení v hrubé motorice.

Výše uvedené položky mají hodnocení závažnosti dopadu do hodnoty 2,5, kterou lze zaokrouhlit na tři, tedy na spíše závažný dopad symptomů. Hodnocení pod 2,5 a tedy hodnocení dopadu jako spíše nezávažného obdrželo sedm symptomů: úhybné chování – lhaní apod., nepřijetí žáka s ADHD kolektivem třídy, oslabení žáka v jemné motorice (zejména dopad do písma), oslabení v řeči (artikulační neobratnost, neadekvátní tempo řeči apod.),

situace, kdy je žák iniciátorem šikany, situace, kdy je žák obětí šikany a oslabení v sebeobsluze.

Zprvu jsme se pozastavili nad tím, že položky týkající se exkluze žáka z kolektivu a šikany jsou na našem žebříčku na spodních příčkách a jejich dopad je tedy hodnocen jako spíše nezávažný. Domníváme se však, že za tímto hodnocením nestojí nezáměr učitelů o sociální klima třídy. Tuto domněnku potvrzují data z druhé části dotazníku, kde jsou práce se třídou a pozitivní klima v ní a zároveň i podpora začlenění žáka s ADHD umístěny na prvních příčkách. Spíše se tedy jedná o to, že na žáky na 1. stupni ZŠ má učitel relativně silný vliv (zejména v rámci prvních třech ročníků). Pokud se tedy se třídou správně pracuje, je snazší udržet pozitivní klima třídy a předcházet šikaně a vyloučení žáků z kolektivu, nežli potom na 2. stupni, kde jsou tyto negativní jevy častější.

Zajímavé je celkové průměrné hodnocení závažnosti dopadu jednotlivých kategorií symptomů, jak jsme je pracovním rozdělení v dotazníku. Nejvyšší dopad (známka 3,09) má kategorie symptomů hyperaktivity a impulsivity. Za ní s hodnocením 2,9 je kategorie projevů poruchy pozornosti. Na třetí pozici se s hodnocením 2,7 umístila kategorie projevů emotivity. Na posledních dvou příčkách s hodnocením, které je již na škále spíše nezávažného dopadu, se umístily projevy ADHD v sociální oblasti (známka 2,4) a projevy motorického a percepčního oslabení (známka 2,2). Projevy dvou posledně jmenovaných kategorií jsou také někdy považovány za sekundární symptomy ADHD.

3.2.3 Vyhodnocení efektivity podpurných opatření poskytovaných žákům s ADHD

V této podkapitole se stručně zaměříme na vyhodnocení dat z druhé části výzkumu zaměřující se na podpurná opatření, která jsou nejčastěji doporučována školskými poradenskými zařízeními pro práci s dětmi s ADHD. Respondenti, učitelé 1. stupně hodnotili jejich efektivitu. Charakteristice jednotlivých doporučení se věnujeme v kapitole 4 této práce.

Na prvních deseti pozicích je sedm opatření cílících na chování žáka a efektivitu jeho práce. Jedná se o opatření, které mají za cíl nežádoucímu chování předcházet a posilovat chování žádoucí pozitivním způsobem a dopomocí. Konkrétně se jedná o oceňování dílčích úspěchů žáka, rozkrokování instrukcí, posilování žákovy pozornosti, zpevnování žákovy žádoucího chování, podpora začlenění žáka do kolektivu, využití nejlepšího času, kdy se žák nejlépe soustředí a kontrola započaté práce. Tento výsledek hodnotíme jako velmi pozitivní, protože je vyjádřením kladného postoje k situaci.

Zmíněných sedm opatření je doplněno třemi, které se zaměřují na okolí žáka. Dvě na třídu - konkrétně pozitivní klima v ní a podporu začlenění žáka do kolektivu a jedno na spolupráci s rodinou žáka, která je i z našeho pohledu základem pro optimální fungování žáka s ADHD. Tato opatření by i dle našeho názoru měla být základem pro práci s dětmi (nejen) s ADHD.

Překvapením bylo umístění položky č. 55 až na 23. pozici. Jedná se o vytvoření srozumitelného systému pravidel chování. Se známkou 3,065 je sice i toto opatření hodnoceno jako spíše efektivní, dle našeho názoru by však mělo figurovat výše jako jedno ze základních pravidel. Můžeme pouze spekulovat, proč se umísilo v poslední třetině tabulky. Domníváme se, že valná většina učitelů 1. stupně automaticky nastavuje pravidla chování ve třídě pro všechny žáky. Pravděpodobně považují za jaksi nadbytečné nastavení pravidel pro žáka s ADHD. Avšak zvláště v případě nápadností v chování žáka, se postupným nastavením hranic můžeme propracovat k optimalizaci jeho projevu v rámci třídy.

Podíváme-li se na podpůrná opatření, která zahrnují využití podpůrných osob, zjistíme, že asistent pedagoga je na 13. pozici hodnocen relativně vysokou známkou 3,29. Toto umístění/hodnocení považujeme za adekvátní a očekávané, protože ne všechny děti s ADHD potřebují asistenta pedagoga. Vždy záleží nejen na míře postižení žáka, ale i celkové situaci ve třídě. Podpora školního psychologa je hodnocena níže- na 21. pozici se známkou 3,113. Nižší pozice může být zapříčiněna nedostupností této služby na některých školách. Zároveň je zajímavé se zaměřit i na rozdělení hodnocení v rámci těchto dvou položek. U využití psychologa nikdo nehodnotil tuto službu jako neefektivní a rozložení hodnocení efektivity je na dalších pozicích škály rovnoměrné. U asistenta pedagoga je hodnocení vyhraněnější. 7 učitelů vidí využití asistenta pedagoga jako neefektivní a 39 jako efektivní (prostřední dvě hodnocení volilo 16 učitelů). Toto kopíruje i zkušenost autorky této práce z praxe. Menší část učitelů se staví proti využití asistenta pedagoga. Považují to spíše za zátěž ve své práci. Větší část potom asistenta vítá jako spolupracovníka, který může ve třídě pomoci.

V poslední třetině tabulky se známkou 3 a méně se nacházejí dvě opatření, která se týkají zasedacího pořádku. Umístění žáka s ADHD do přední lavice je hodnoceno o něco lépe, avšak pokud má žák přiděleného asistenta pedagoga, vyhovuje lépe umístění žáka v zadní lavici, tak aby spolupráce s asistentem co nejméně rušila ostatní.

Na posledních pozicích tabulky se známkou pod 2,5, která směřuje k hodnocení opatření jako „spíše neefektivní“, se umístila doporučení týkající se dílčích, konkrétních problémů. Jsou jimi pomůcky na odreagování žáka v lavici (gelová vajíčka, mačkáci

kroužky), tvorba portfólií a prevence vykřikování, kdy si žák poznamenává, co potřebuje říci a čeká, až na něj dojde řada. Tato opatření jsou málo frekventovaná a velmi specifická, proto jsou pravděpodobně v našem výzkumu nejnižše hodnocená. Portfólia jsou efektivní zejména u žáků se sekundárně vzniklou specifickou poruchou učení. Gelové mačkáací pomůcky mohou pomoci zmírňovat motorický neklid. Posledním doporučením tabulky je již zmiňovaná prevence vykřikování, jejíž efektivita je dle našeho názoru přístupná dětem s ADHD až mnohem později vzhledem k tomu, že toto chování pramení z impulzivity pouze málo ovladatelné dítětem.

4. Doporučení ke školní práci s dítětem s ADHD na 1. stupni ZŠ

V závěrečné kapitole práce se budeme věnovat více do hloubky doporučením pro práci s dětmi s ADHD v rámci třídy na 1. stupni ZŠ. Při tvorbě této kapitoly vycházíme z několika zdrojů, které se v popisu výchovných přístupů a režimových opatření shodují. Jedná se o tyto zdroje: Zelinkové, 2015; Pugnerové, Kvintová 2016; Jucovičové, Žáčkové, 2015; Goetz, Uhlíková, 2009 a zejména Jucovičová, Žáčková, 2023.

Základním pravidlem je vytvoření **pozitivní atmosféry** porozumění a spolupráce v rámci celé třídy. Cílem učitele by mělo být navozování takových situací, ve kterých budou (nejen) dítě s ADHD prožívat kladné emoce a úspěch. Učitel musí zachovávat klid a být v přístupu k dítěti s ADHD velmi trpělivý a pozitivně naladěný. Dítě by mělo znát **jasná pravidla fungování ve škole**. Tato opatření mu umožní lepší orientaci a do určité míry zmírní vnitřní neklid. Pravidla je možné a žádoucí mu přizpůsobit, mohou být odlišná od třídních pravidel. Optimální je, aby byla co nejkonkrétnější a cílila na postupnou optimalizaci žákovy chování po menších krocích. V takovém případě by ale třída měla být srozumitelně seznámena s důvody tohoto nastavení. S pravidly by měli být seznámeni i rodiče dítěte. Systém pravidel by měl být, pokud možno, jednotný ve škole a doma. Ideální dále je promyslet **systém hodnocení chování dítěte** ve škole. Zde je ale třeba vždy zvažovat individuální osobní nastavení dítěte. Obecně se doporučuje bodový systém nebo systém „smajlíků“. Dle našich zkušeností ovšem někdy neustálým hodnocením dochází k navýšení frustrace dítěte, jeho vyhýbavému chování a afektivním reakcím. V takových případech je vhodnější užít pouze neverbální označení nevhodného chování a výrazné posilování vhodného chování.

K nutnosti pozitivního přístupu je třeba zdůraznit, že jde o prevenci stavu, ve které se vytvoří smyčka neustálé negativní zpětné vazby směrem k dítěti, která potom kontinuálně zvyšuje jeho frustraci a dále posiluje negativní projevy jeho chování.

Žádoucí projevy dítěte by měly být bezprostředně **chváleny** a to i v případě, že jde o náznak či snahu. Systematicky a cíleně je dobré oceňovat zklidnění, nevykřikování, pomoc spolužákovi, soustředění se na činnost, návrat k činnosti po odklonu pozornosti, dokončení práce apod. Chybám a nevhodnému chování by se mělo ideálně předcházet.

Z výzkumu vyplynulo, že celkově hodnocený nejvýznamnější dopad na práci se třídou a zároveň jedincem s ADHD mají symptomy hyperaktivity a impulzivity s největší pravděpodobností proto, že dopadají nejen na fungování dítěte s ADHD, ale mohou působit rušivě i na ostatní žáky ve třídě. Nejvýše byly hodnoceny rušivý pohyb v lavici, mimo ni

a vykřikování. Tyto projevy jsou způsobeny psychomotorickým neklidem. Ten žákovi poskytuje uvolnění a vnitřní zklidnění a je pro něj obtížné jej ovládat. Při silné motivaci je žák na 1. stupni obvykle dokáže ovládat pouze částečně a krátkodobě. Základním pravidlem je **psychomotorický neklid** netrestat a neprosazovat jeho eliminaci. Při tomto přístupu hrozí neurotizace dítěte. Na únosné rušivé projevy proto nereagujeme. Neúměrně rušivé projevy se snažíme velmi klidně mírnit, nejprve neverbálně (pohledem, dotykem, gestem nebo smluveným signálem) a poté i verbálně. Jedno z účinných opatření v tomto směru je možnost **pohybového odreagování** v průběhu hodiny. Dítě s ADHD můžeme zapojit do různých žádoucích činností během hodiny (rozdání sešitů, smazání tabule) anebo zařadit pravidelné pohybové chvílky pro celou třídu. Osvědčeným a v našem výzkumu nedoceneným opatřením je využití pomůcek pro pohybové odreagování v lavici. Jedná se o gelové míčky nebo mačkácí kroužky. Děti s ADHD, které již dokáží při hodině setrvat v lavici, často vnitřní neklid ventilují okusováním tužky, mačkáním a trháním sešitů nebo hraním si s dostupnými předměty. Pokud pro užití zmíněných pomůcek stanovíme pravidla tak, aby nadměrně neodváděly žákovu pozornost od procesu učení při hodině, může být toto opatření velmi účinné ve snížení rušivých projevů. Zároveň doporučujeme omezit množství předmětů v dosahu žáka, jejichž manipulací může rušit ostatní.

Motorický neklid je možné mírnit i změnou polohy na židli. V rámci studia speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě UP v Olomouci dostala autorka této práce velmi praktický typ od Mgr. Dominika Polínka, Ph.D. Ten radil neklidné dítě posadit na obrácenou židli tak, že se dítě opírá o opěradlo židle břichem a hrudníkem. Efektivitu tohoto opatření následně ověřila autorka práce úspěšně v praxi. Na určitou dobu tato změna polohy opravdu vedla ke zklidnění žáka s ADHD během výuky.

Impulzivitu dítěte mírníme **postupným budováním volních vlastností** ve spolupráci s rodiči dítěte. Musíme počítat s tím, že se jedná o dlouhodobou a záležitost. Nelze očekávat rychlé výsledky a změny chování. Vedeme žáka k tomu, aby nepodléhalo prvnímu popudu, rozmyslelo si postup činnosti a přemýšlelo o následcích svého konání. Zároveň pokud dojde k závažnějšímu impulzivnímu jednání, probíráme jej s dítětem, až po odeznění emocí. Probereme s ním situaci i to, co jí předcházelo. Hledáme spouštěče impulzivního jednání. Navedeme dítě, aby samo našlo možné vhodnější formy reakce na situaci. Impulzivní chování, které je ještě únosné a rychle odezní, ignorujeme. Využijeme tak principu vyhasínání. Zároveň je třeba mít na paměti, že na 1. stupni je učitel vzorem a měl by svým chováním **dávat dobrý příklad** žákům.

V dalších opatřeních se již přesouváme na pole mírnění symptomů poruchy pozornosti, jež se v našem výzkumu umístily v celkovém hodnocení na druhé příčce v závažnosti dopadu. Pozitivní dopad následujících opatření se však bezesporu promítá i do všech dalších projevů ADHD, včetně výše uvedených projevů hyperaktivity a impulzivity.

Fluktuaci pozornosti lze alespoň částečně efektivně předcházet **strukturalizací výuky**. Jedná se o soubor opatření, k nimž patří přizpůsobení rozsahu činností a jejich rozdělení do úseků, které jsou pro dítě zvládnutelné. Dále střídání činností, jež mají různé nároky na pozornost – méně náročné úkoly střídá s aktivizující činností. Promyšlet propojení činností s pohybem (manipulace, třídění, komentování a přímé provádění činnosti) a střídání zapojení smyslů v činnostech. Patří sem i monitoring a následné využívání takových částí vyučování, ve kterých se dítě lépe soustředí. U velké části dětí je optimální soustředění na počátku vyučování a na jeho konci schopnost soustředění klesá s narůstající únavou.

Dítěti s ADHD dáváme **jasné, krátké instrukce**. Při jejich komunikaci dbáme na navázání očního kontaktu. Optimální je úkoly strukturovat do jednotlivých kroků a poskytovat dítěti pozitivní zpětnou vazbu při splnění těchto dílčích úkolů. V případě složitějšího pokynu ověřujeme porozumění zadanému úkolu nejlépe konkrétní otázkou na postup. Dbáme dále na to, aby započatou práci dítě dotáhlo vždy do konce. U určitých činností je velmi účinné důsledné dodržování dohodnutého postupu a jeho **automatizace**, např. při přípravě pomůcek na jednotlivé hodiny. Podpořit automatizaci lze vizualizací postupu (obrázky, krátké poznámky).

K efektivnímu předcházení výkyvům pozornosti patří i **strukturalizace pracovního místa**, tedy omezení rušivých podnětů. Toto se týká dále zasedacího pořádku ve třídě. Pokud s dítětem nepracuje asistent pedagoga, je vhodné mít dítě co nejvíce v dosahu, abychom mohli dávat zpětnou vazbu právě třeba pouze neverbálně (dotykem, gestem). Vedle sedící žák by měl být odolný vůči rušivým podnětům dítěte s ADHD. Některé děti však své problémy reflektují do té míry, že považují za nejvhodnější, když sedí sami v lavici. Při tomto stavu je však optimální citlivě posílit žákovo začlenění do kolektivu. Usměrnění výkyvů pozornosti může probíhat verbálně či neverbálně. K verbálním podnětům patří zdůraznění pokynu, jednoslovné upozornění nebo předem domluvený signál. Neverbální formy usměrnění byly již několikrát zmíněny výše. Jedná se o oční kontakt, gesto nebo i předem domluvený zvukový signál.

Dále je dobré uplatňovat **zvýšený monitoring činnosti dítěte**. To znamená, že dítě kontrolujeme na počátku a v průběhu činnosti, poskytujeme častější zpětnou vazbu a případně korigujeme jeho postup. U některých dětí je vhodná i dopomoc s prvním krokem (např.

formou návodné otázky, nápovědou), která dítě nasměruje ke správnému řešení. K prevenci chybovosti vlivem poklesu pozornosti patří u dětí s ADHD i zvýraznění změny algoritmu činnosti a zároveň snížení počtu těchto změn v rámci jedné úlohy. Časté spojení poruchy s oslabením sluchové paměti je dobré podpořit zadáním ve vizuální formě.

V případech, že je pozornost dítěte ve vyučovací hodině výrazně oslabená, je vhodné změnit činnost a nechat jej odpočinout.

K častým problémům u dětí s ADHD patří i **zapomínání**, kdy si právě vlivem výkyvů pozornosti dítě nezaznamená domácí úkol, test či potřebnou pomůcku, kterou si má přinést. Trest ve formě přirozených následků, špatné známky či poznámky, u těchto dětí většinou nevede k nápravě stavu. Je tedy vhodné dítě ve spolupráci s rodiči vést k pečlivému zaznamenávání těchto povinností do záznamníku. Rodiče by měli mít zároveň možnost zadání domácích úkolů, testů a potřebných pomůcek kontrolovat z jiného zdroje informací přímo od učitele (např. prostřednictvím elektronické žákovské knížky) a tak chování dítěte účinně korigovat.

Velmi komplikovaná situace může nastat u dětí s těžší poruchou ADHD, u kterých může vlivem velmi nízké frustrační tolerance docházet k bouřlivým reakcím na naprosto marginální podněty či překážky. Takové dítě se může stát pro třídu nadměrně rušivé. Goetz, Uhlíková (2009) navíc uvádějí, že pokud tyto **afektivní záchvaty** a bouřlivé reakce vedou k získání výhody (např. se tím dítě vyhne neoblíbené činnosti či situaci), časem se pro dítě mohou stát strategií, kterou využívají k opětovnému získání této výhody. Optimální tedy je společně s rodiči zmapovat spouštěče afektivních reakcí a pokoušet se jim předcházet. Pokud k afektivní reakci dojde, je nejlepší odvést dítě ze třídy a nechat jej uklidnit mimo třídu. Dítě by mělo být pod stálým dozorem, ale zároveň bychom mu neměli věnovat nadměrnou pozornost, kterou může vnímat jako odměnu. Po úplném zklidnění by měla následovat reflexe s dítětem, kdy bez výčitek hledáme společně spouštěče jeho chování a motivujeme jej, aby vymyslel vhodnější reakci na podnět nebo způsob, jak se vyrovnat s nahromaděnými emocemi. Dobré je při takovém rozhovoru s dítětem vycházet ze svých pocitů a říct dítěti, jak se v dané situaci cítí sám učitel a spolužáci. V takových situacích může být nedocenitelným pomocníkem **školní psycholog**, který učiteli poskytuje podporu a spolupracuje s ním. Zároveň nezřídka může s dítětem s ADHD dále pravidelně pracovat v rámci společných sezení. Pokud dojde k afektivní reakci, při níž dítě musí opustit třídu a zamešká nějakou činnost, mělo by být domluveno, že si práci ve smluveném rozsahu dodělá doma. Tento postup je prevencí, aby se dítě prostřednictvím bouřlivých reakcí nezačalo vyhýbat neoblíbeným činnostem.

K afektivním reakcím může vést i pouhé přetížení dítěte. Je tedy vhodné pozorovat míru únavy dítěte a zatěžovat jej pouze úměrně jeho aktuálnímu stavu s využitím všech výše uvedených doporučení. Zároveň je doporučováno zvažovat zkrácené zadávání domácích úkolů v případech, kdy je pracovní tempo žáka s ADHD sníženo anebo dochází odpoledne k výraznému nárůstu únavy. Zde je opět vhodné úzce spolupracovat s rodinou žáka.

Poslední oblastí podpory je **podpora začlenění žáka do kolektivu** třídy. Někteří žáci s ADHD jsou v kolektivu oblíbení pro svou bezprostřednost a zábavnou povahu. Jiní působí na okolí spíše rušivě a nepředvídatelně a potřebují tak učitelovu podporu při začleňování do kolektivu vrstevníků. Učitel by měl tuto podporu poskytovat nenápadně a po malých krůčcích. K vhodným strategiím patří poukazovat na silné stránky žáka a momenty kladného chování. Dále je dobré monitorovat chování žáka a předcházet situacím, kdy se žák chová k vrstevníkům nevhodným způsobem. V některých případech je vhodné doporučit rodičům, aby dítě absolvovalo nácvik vhodného sociálního chování. Ten může provádět výchovný poradce ve škole, školní psycholog a školní speciální pedagog. V závažnějších případech můžeme rodičům doporučit spolupráci se střediskem výchovné péče, které se zabývá prevencí vzniku poruch chování, které na syndrom ADHD mohou nasedat (nejčastěji se tak děje okolo 12. roku života dítěte). Dítě, pokud možno, nevyčleňujeme ze společných třídních akcí, ale můžeme přizvat k účasti jednoho z rodičů žáka či si zajistit asistenci ze školy. Pokud je dítě ohroženo vyčleněním z vrstevnického kolektivu, musíme opět počítat s tím, že práce na jeho integraci do kolektivu bude dlouhá a náročná. Nicméně podporou žáka mu pomůžeme k většímu psychickému komfortu a umožníme mu v maximální možné míře využít svůj potenciál.

V závěru této kapitoly bychom rádi uvedly citát z publikace autorek Jucovičové a Žáčkové (2015, s. 228): „Cílem odlišných metod práce a hodnocení dítěte se specifickou poruchou učení a chování není nadhodnocování výkonu, ale zjišťování skutečných schopností a vědomostí dítěte nezkrácených poruchou a oceňování i jeho lidských kvalit. Dítěti by měly být vytvořeny takové podmínky, aby mohlo uplatnit své schopnosti, vědomosti a dovednosti, i když je poruchou do určité míry hendikepováno.“

Závěr

V závěrečné práci jsme naplnili stanovené cíle. Popsali jsme základní charakteristiky syndromu ADHD. Zaměřili jsme se na diagnostická kritéria dle systému DSM 5 a MKN-11. Představili jsme proces diagnostiky syndromu a terapeutické možnosti. Neopomněli jsme ani příčinu vzniku ADHD a základní údaje o výskytu poruchy v populaci. V druhé části závěrečné práce jsme se již zabývali tím, jak se syndrom projevuje v mladším školním věku a konkrétněji potom při školní docházce. Představili jsme i přístup a charakteristiku syndromu předního amerického psychiatra Russella A. Barkleyho, který velmi srozumitelně vysvětluje dopady syndromu ADHD do fungování jedince.

V praktické části jsme prezentovali výzkum, v rámci nějž učitelé na základě dotazníkového šetření hodnotili dopady symptomů ADHD. V druhé části hodnotili efektivitu nejčastějších doporučení pro práci s žáky s ADHD. Dle výsledků první části výzkumu, konkrétně dle závažnosti dopadu jednotlivých skupin symptomů syndromu ADHD do práce učitelů, je sestavena finální čtvrtá kapitola závěrečné práce, která prezentuje a vysvětluje jednotlivá doporučení k práci s žáky s ADHD.

Na závěr této práce bychom se rádi vyjádřili k slabinám podpory dětí s ADHD v systému současného zdravotnictví a školství. Potýkáme se s praktickou nedostupností dětské psychiatrické péče a dále i s velmi omezenými kapacitami dětské psychoterapie. Problémem je i neexistující systém finanční podpory dětské psychoterapie, např. v odůvodněných případech ve formě jeho začlenění do systému zdravotního pojištění. I ve školském systému jsou v tomto ohledu dle našeho názoru velké nedostatky, které je třeba v dohledné době napravit. V důsledku těžšího postižení syndromem ADHD a častých nasedajících komorbidit může dojít k tomu, že dítě i po vyčerpání všech dostupných podpůrných opatření není schopno plnit nároky běžné školy. Autorka této práce se s takovými případy dětí s ADHD setkala během své praxe. Existuje sice několik málo škol a tříd zřízených podle §16 školského zákona pro děti se SPUCH, ale jejich kapacita je ve srovnání s potřebami systému naprosto zanedbatelná. Najít pro dítě vhodné umístění je velmi obtížné. Tyto děti často dospějí do bodu, kdy je jediným řešením individuální domácí výuka, v lepším případě kombinovaná s komunitní školou tak, aby tíha veškeré péče, výchovy a vzdělávání neležela výhradně na bedrech rodičů a nevedla ve svém důsledku k takové zátěži, která rodinu rozloží.

V rámci inkluze by tedy pro tyto děti měli být, byť na omezenou dobu, k dispozici třídy, v nichž by se jim dostalo upravených podmínek, vedoucích k optimalizaci jejich stavu

a případnému návratu do běžné školy. Tyto třídy by mohly fungovat i pro děti s dalšími psychiatrickými, případně i těžkými logopedickými diagnózami, u kterých není narušen intelekt. Myšlenka inkluze je ideál, který by v podmínkách reálného světa měl být vyrovnáván praktickým řešením.

Seznam použitých zdrojů

1. American Psychiatric Association (APA), 2015. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum. Editoři českého vydání: Raboch, J. a kol. ISBN 978-80-86471-52-5.
2. Barkley, R. A., 2020. *Taking Charge of ADHD, The Complete Authoritative Guide for Parents*. New York: The Guilford Press. Fourth edition. ISBN 978-14-625-4345-8
3. Čermáková, M. a kol., 2020. *Porucha pozornosti a hyperaktivita (ADHD) – příručka pro dospělé*. [online] Dostupné z http://nepozornidospeli.cz/images/ADHD_proweb.pdf
4. Drtílková, I. a Fiala, A., 2016. *Rozdílné dimenze subtypů ADHD*. Česká a slovenská psychiatrie – Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS. 2016, roč. 112, č. 3, s. 127 - 132. ISSN 1212-0383. Dostupné z <http://www.cspsihiatr.cz/detail.php?stat=1097>
5. Goetz, M. a Uhlíková, P., 2009. *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén. ISBN 978-7262-630-4
6. Hutýrová, M. a kol., 2019. *Děti a problémy v chování: etopedie v praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1523-3
7. Jucovičová, D. a Žáčková, H., 2015. *Máme dítě s ADHD: rady pro rodiče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5347-8
8. Jucovičová, D., Žáčková H., 2023. *Katalog podpůrných opatření – dílčí část pro žáky s potřebou podpory z důvodů specifických poruch učení a chování*. Praha: Wolter Kluwer. ISBN 978-80-7676-625-9
9. Klánová, E., 2021. *Projekty ADHD ve vývojovém kontextu*. Závěrečná písemná práce v rámci programu celoživotního vzdělávání Speciální pedagog. Olomouc: UPOL.
10. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT). *Číselníky ve školství. RAZN znevýhodnění*. [online] Dostupné z <http://stistko.uiv.cz/katalog/cslnk.asp?idc=RAZN&ciselnik=Znev%FDhodn%ECn%ED+%28pro+matriku%29&poznamka=&aap=on>
11. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR), 2019. *Tisková zpráva „Světová zdravotnická organizace schválila jedenáctou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí“ ze 7. 8. 2019*. [online] Dostupné z <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/svetova-zdravotnicka-organizace-schvalila-jedenactou-revizi-mezinarodni-klasifikace-nemoci/>
12. Miovský, M. a kol., 2018. *Diagnostika a terapie ADHD: Dospělý pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0387-4

13. *MKN-10 - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* Světové zdravotnické organizace. [online] Dostupné z <https://mkn10.uzis.cz/>
14. *MKN-11 - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (verze 01/2023)* Světové zdravotnické organizace. [online] Dostupné z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
15. National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2009. *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people, and adults*. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester: The British Psychological Society. [online] Dostupné z https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53652/pdf/Bookshelf_NBK53652.pdf
16. Nývltová, V., 2010. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 2. vydání. ISBN 978-80-86723-85-3
17. Procházka, R. a kol., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-44-51-3
18. Ptáček, R. a Ptáčková, H., 2018. *ADHD - variabilita v dětství a dospělosti*, Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2930-8
19. Paclt, I. a kol., 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1426-4
20. Pugnerová, M. a Kvintová, J., 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9519-0
21. Stárková, L., 2016. *ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe*. *Pediatric pro praxi*, roč. 2016, č. 17, s. 16 – 21. ISSN 1803-5264. [online] Dostupné z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/01/04.pdf>
22. Šauerová, M., Špačková, K. a Nechlebová, E., 2012. *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4369-1
23. Uhlíř, J., 2020. *Ádéhádě- Jak na emoce dětí s ADHD*. Praha: Raabe. ISBN: 978-80-7496-454-1
24. ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*. [online] Dostupné z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>
25. Závěrková, M., 2016. *Jak se žije s ADHD?* Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-30-5
26. Závěrková, M., 2018. *O ADHD v dospívání a dospělosti*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88290-07-0

27. Zelinková, O., 2015. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Praha: Portál. 12. vydání. ISBN 978-80-262-0875-4
28. Žáčková, H. a Jucovičová, D., 2017. *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: záporny i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0204-4

Seznam příloh

Příloha 1 – Data z výzkumu

Příloha 1 – Data z výzkumu

Příloha 1 obsahuje:

Tabulka 1 – Délka praxe respondentů - odpovědi

Tabulka 2 – Délka praxe respondentů – intervaly

Tabulka 3 – Počet žáků s ADHD, s nimiž respondenti pracovali - odpovědi

Tabulka 4 – Počet žáků s ADHD, s nimiž respondenti pracovali – intervaly

Tabulka 5 – Data k položkám 3 – 33 dotazníku – vyhodnocení závažnosti dopadu symptomů ADHD na práci s žákem s ADHD a třídou, kterou navštěvuje

Tabulka 6 – Data k položkám 34 - 66 dotazníku – vyhodnocení efektivity podpůrných opatření

Tabulka 1 – Délka praxe respondentů - odpovědi

Odpověď	Počet	Podíl
2	8	12.9%
5	6	9.7%
8	4	6.5%
7	4	6.5%
6	4	6.5%
14	4	6.5%
10	4	6.5%
4	3	4.8%
3	3	4.8%
28	3	4.8%
26	3	4.8%
34	2	3.2%
32	2	3.2%
21	2	3.2%
20	2	3.2%
12	2	3.2%
11	2	3.2%
40	1	1.6%
29	1	1.6%
17	1	1.6%
16	1	1.6%
Celkem	62	100%

Tabulka 2 – Délka praxe respondentů - intervaly

Odpověď	Počet	Podíl
1 - 5	20	32,3%
6 - 10	16	25,8%
11 - 15	8	12,9%
16 - 20	4	6,5%
21 - 25	2	3,2%
26 - 30	7	11,2%
31 - 35	4	6,5%
36 - 40	1	1,6%
Celkem	62	100%

Tabulka 3 – Počet žáků s ADHD, s nimiž respondenti pracovali - odpovědi

Odpověď	Počet odp.	Podíl
3	14	22.6%
1	10	16.1%
4	7	11.3%
6	6	9.7%
2	6	9.7%
15	5	8.1%
9	3	4.8%
20	3	4.8%
7	2	3.2%
5	2	3.2%
10	2	3.2%
16	1	1.6%
100	1	1.6%
Celkem	62	100%

Tabulka 4 – Počet žáků s ADHD, s nimiž respondenti pracovali – intervaly

Odpověď	Počet odp.	Podíl
1 - 5	39	62,9%
6 - 10	13	21,0%
11 - 15	5	8,0%
15 - 20	4	6,5%
100	1	1,6%
Celkem	62	100,0%

Tabulka 5 – Data k položkám 3 – 33 dotazníku- – vyhodnocení závažnosti dopadu symptomů ADHD na práci učitele

Pořadí	Položka č.	Zkrácená charakteristika	1 - nezávažný		2 - spíše nezávažný		3 - spíše závažný		4 - závažný		Výsledné hodnocení - průměr počtu hvězdiček
			Počet	Podíl	Počet	Podíl	Počet	Podíl	Počet	Podíl	
1	13	rušivý pohyb v lavici	4	6,5%	4	6,5%	9	14,5%	45	72,6%	3,532
2	17	jednání bez fáze promýšlení důsledků	0	0,0%	5	8,1%	24	38,7%	33	53,2%	3,452
3	14	rušivý pohyb mimo lavici	0	0,0%	10	16,1%	22	35,5%	30	48,4%	3,323
4	16	vykřikování a jiné hlasové projevy	0	0,0%	13	21,0%	19	30,6%	30	48,4%	3,274
5	3	fluktuace pozornosti	4	6,5%	4	6,5%	32	51,6%	22	35,5%	3,161
6	10	neschopnost čekat	4	6,5%	14	22,6%	24	38,7%	20	32,3%	2,968
7	23	neadekvátní reakce na chybu/neúspěch	5	8,1%	11	17,7%	27	43,5%	19	30,6%	2,968
8	9	nepořádnost, ztrácení věcí	6	9,7%	15	24,2%	17	27,4%	24	38,7%	2,952
9	4	nevyrovnané výkony	4	6,5%	16	25,8%	23	38,0%	19	30,6%	2,919
10	7	unavitelnost	5	8,1%	13	21,0%	30	48,4%	14	22,6%	2,855
11	22	výkyvy nálad	3	4,8%	15	24,5%	32	51,6%	12	19,4%	2,855
12	11	neschopnost doposlechnout instrukci	8	12,9%	8	12,9%	32	51,6%	14	22,6%	2,839
13	27	nevhodné strategie kontaktu s vrtev.	3	4,8%	21	33,9%	21	33,9%	17	27,4%	2,839
14	6	neschopnost postupu dle instrukcí	2	3,2%	22	35,5%	26	41,9%	12	19,4%	2,774
15	25	fyzická agrese	5	8,1%	24	38,7%	13	21,0%	20	32,3%	2,774
16	5	ulpívání	3	4,8%	27	43,5%	15	24,2%	17	27,4%	2,742
17	29	agresivní chování vůči vrstevníkům	15	24,2%	12	19,4%	11	17,7%	24	38,7%	2,710
18	12	nedokončování prací	6	9,7%	22	35,5%	19	30,6%	15	24,2%	2,694
19	28	nápadnosti v komunikaci	9	14,5%	19	30,6%	16	25,8%	18	29,0%	2,694
20	15	grimasování	10	16,1%	19	30,6%	15	24,2%	18	29,0%	2,661
21	33	nedodržování pravidel hry a spolupráce	8	12,9%	22	35,5%	17	27,4%	15	24,2%	2,629
22	8	zapomínání pomůcek	8	12,9%	28	45,2%	6	9,7%	20	32,3%	2,613
23	24	slovní agrese	10	16,1%	22	35,5%	14	22,6%	16	25,8%	2,581
24	18	oslabení v hrubé motorice	6	9,7%	32	51,6%	13	21,0%	11	17,7%	2,468

Pořadí	Položka č.	Zkrácená charakteristika	1 - nezávažný		2 - spíše nezávažný		3 - spíše závažný		4 - závažný		Výsledné hodnocení - průměr počtu hvězdiček
			Počet	Podíl	Počet	Podíl	Počet	Podíl	Počet	Podíl	
25	26	úhybné chování - lhaní	10	16,1%	26	41,9%	17	27,4%	9	14,5%	2,403
26	30	nepřijetí kolektivem	18	29,0%	21	33,9%	14	22,6%	9	14,5%	2,226
27	19	oslabení v jemné motorice (písmo)	3	4,8%	23	37,1%	12	19,4%	12	19,4%	2,145
28	21	oslabení v řeči	17	27,4%	25	40,3%	16	25,8%	4	6,5%	2,113
29	32	žák iniciátorem šikany	28	45,2%	15	24,2%	13	21,0%	6	9,7%	1,952
30	20	oslabení v sebeobsluze	20	32,3%	27	43,5%	15	24,2%	0	0,0%	1,919
31	31	žák obětí šikany	40	64,5%	15	24,2%	5	8,1%	2	3,2%	1,500

Tabulka 6 – Data k položkám 34 - 66 dotazníku – vyhodnocení efektivity podpůrných opatření

Pořadí	Položka č.	Zkrácená charakteristika	1 - neefektivní		2 - spíše neefektivní		3 - spíše efektivní		4 - efektivní		Výsledné hodnocení - průměr počtu hvězdiček
			Počet	Podíl	Počet	Podíl	Počet	Podíl	Počet	Podíl	
1	61	oceňování dílčích úspěchů	2	3,2%	4	6,5%	14	22,6%	42	67,7%	3,548
2	46	rozkrokování instrukcí	0	0,0%	4	6,5%	22	35,5%	36	58,1%	3,516
3	50	posilování pozornosti (gesto, znamení atd.)	2	3,2%	6	9,7%	12	19,4%	42	67,7%	3,516
4	63	dobrá atmosféra ve třídě - práce na ní	0	0,0%	7	11,3%	16	25,8%	39	62,9%	3,516
5	60	zpeřňování žádoucího chování	0	0,0%	9	14,5%	14	22,6%	38	61,3%	3,419
6	45	opakování instrukcí	0	0,0%	8	12,9%	21	33,9%	33	53,2%	3,403
7	62	podpora začleňování do kolektivu	2	3,2%	4	6,5%	23	37,1%	33	53,2%	3,403
8	64	spolupráce s rodinou žáka	2	3,2%	10	16,1%	12	19,4%	38	61,3%	3,387
9	35	využití času nejlepšího soustředění	1	1,6%	13	21,0%	10	16,1%	38	61,3%	3,371
10	48	kontrola započaté činnosti	2	3,2%	12	19,4%	12	19,4%	36	58,1%	3,323
11	52	umožnění opravy známky při selhání	1	1,6%	11	17,7%	17	27,4%	33	53,2%	3,323
12	39	zkrácení zadání - prevence demotivace	1	1,6%	11	17,7%	19	30,6%	31	50,0%	3,290
13	66	asistent pedagoga	7	11,3%	7	11,3%	9	14,5%	39	62,9%	3,290
14	34	strukturace a střídání činností	0	0,0%	12	19,4%	21	33,9%	29	46,8%	3,274
15	51	upozornění na změnu algoritmu	0	0,0%	15	24,2%	23	37,1%	26	41,9%	3,274
16	49	průběžná zpětná vazba	5	8,1%	7	11,3%	20	32,3%	30	48,4%	3,210
17	36	prostor pro pohybové odreagování	3	4,8%	10	16,1%	21	33,9%	28	45,2%	3,194
18	38	zkrácení zadání kvůli tempu	2	3,2%	11	17,7%	23	37,1%	26	41,9%	3,177
19	44	motivace k udržení pořádku	2	3,2%	17	27,4%	15	24,2%	28	45,2%	3,113
20	58	uklidnění ve třídě	2	3,2%	14	22,6%	21	33,9%	25	40,3%	3,113
21	65	spolupráce se školním psychologem	0	0,0%	17	27,4%	21	33,9%	24	38,7%	3,113
22	41	delší časová dotace na práci	4	6,5%	12	19,4%	20	32,3%	26	41,9%	3,097
23	55	srozumitelný systém pravidel	6	9,7%	12	19,4%	16	25,8%	28	45,2%	3,065
24	57	monitorování spouštěčů nevhod. chov.	3	4,8%	15	24,2%	19	30,6%	25	40,3%	3,065
25	42	žák v přední lavici	11	17,7%	9	14,5%	11	17,7%	31	50,0%	3,000

Pořadí	Položka č.	Zkrácená charakteristika	1 - neefektivní		2 - spíše neefektivní		3 - spíše efektivní		4 - efektivní		Výsledné hodnocení - průměr počtu hvězdiček
			Počet	Podíl	Počet	Podíl	Počet	Podíl	Počet	Podíl	
26	40	hodnocení pouze zvládnutého úseku	5	8,1%	17	27,4%	14	22,6%	26	41,9%	2,984
27	59	uklidění mimo třídu	10	16,1%	9	14,5%	15	24,2%	28	45,2%	2,984
28	56	nereagování na impulzivní chování	10	16,1%	13	21,0%	19	30,6%	20	32,3%	2,790
29	47	instrukce vždy ve vizuální formě	14	22,6%	13	21,0%	18	29,0%	17	27,4%	2,613
30	37	pomůcky pro pohyb. odreagování v lavici	10	16,1%	20	32,3%	25	40,3%	7	11,3%	2,468
31	43	žák v zadní lavici	26	41,9%	6	9,7%	7	11,3%	23	37,1%	2,435
32	53	tvorba učebních portfolií	16	25,8%	29	46,8%	7	11,3%	12	19,4%	2,306
33	54	prevence vykřikování	25	40,3%	22	35,5%	9	14,5%	6	9,7%	1,935