

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky

Systemová podpora rodin s dětmi s ADHD

Bakalářská práce

Autor: Alexandra Špačková Bedoui
Studijní program: Speciální pedagogika
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Alexandra Špačková Bedoui
Studium: P20K0374
Studijní program: B0111A190019 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika
Název bakalářské práce: **Systémová podpora rodin s dětmi s ADHD**
Název bakalářské práce AJ: Systemic Support of Families with Children with ADHD

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou systémové podpory rodin s dětmi s ADHD a potenciálem zvýšení jejich resilience prostřednictvím zajištění komplexní podpory. Teoretická část bakalářské práce popisuje související terminologii včetně její aktualizace, diagnostický proces a analyzuje relevantní podpůrné systémy. V kontextu daného tématu zkoumá specifika podpory zákonných zástupců žáků s ADHD v době školní docházky, s důrazem na integraci spolupráce pro stabilizaci rodinného i školského systému. Empiricky orientovaná část práce se za využití smíšeného výzkumného designu zaměřuje na pochopení motivací a zkušeností pečujících osob s diagnostikou a s podporou poskytovanou jim školským poradenstvím.

Gavora, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.
Jucovičová, D., & Žáčková, H. (2015). *Máme dítě s ADHD: rady pro rodiče*. Praha: Grada.
Kraus, B. (2014). *Základy sociální pedagogiky* (Vyd. 2). Praha: Portál.
Lipnická, M. (2017). *Poradenská činnost učitele v mateřské škole*. Praha: Portál.
Mertin, V., & Krejčová, L. (2020). *Výchovné poradenství* (3., aktualizované vydání). Praha: Wolters Kluwer.
Michalová, Z., & Pešatová, I. (2015). *Determinanty inkluzivního vzdělávání dětí s ADHD*. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta Univerzity J.E. Purkyně.
Paclt, I. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.

Zadávací pracoviště: Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce: 9.12.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Systémová podpora rodin s dětmi s ADHD vypracovala pod vedením vedoucí závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 30.6.2023

Anotace

ŠPAČKOVÁ BEDOUI, Alexandra. *Systémová podpora rodin s dětmi s ADHD*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2023. 93 s. Bakalářská práce.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na popis souboru syndromů označovaných jako ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), zkoumání jeho charakteristik, možných příčin a současných přístupů k diagnostice v České republice. Poté se věnuje rodině jako základnímu prvku sociální orientace dítěte a analyzuje výzvy a bariéry, kterým tyto rodiny často čelí.

Další část reflektuje poskytování relevantní podpory rodinám a dětem s ADHD, s důrazem na poradenství ve školství a cílené intervence zaměřené na zlepšení životní situace těchto rodin. Rozebírá význam a funkci školského poradenského systému a ukazuje, jak mohou jednotlivá zařízení přispět k multidisciplinární péči a stát se integrální součástí podpůrného systému rodin.

Tato práce podtrhuje prvořadý význam komplexní podpory rodiny a školy při edukaci žáka s ADHD pro úspěšné zvládnání výzev, které vyplývají z neurobiologického základu poruchy.

Klíčová slova:

Komplexní podpora, školské poradenství, diagnostika ADHD, spolupráce rodiny a školy, rodina s dětmi s ADHD

Annotation

ŠPAČKOVÁ BEDOUI, Alexandra. *Systemic Support of Families with Children with ADHD*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2023. 93 pp. Bachelor Thesis.

This bachelor's thesis focuses on describing the set of syndromes known as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), examining its characteristics, potential causes, and current approaches to diagnosis within the Czech Republic. It then turns its attention to the family as a fundamental element in the child's social orientation, analyzing the challenges and barriers that these families often face.

The subsequent section of the study concentrates on providing pertinent support to families and children with ADHD, emphasizing counseling in education and targeted integrated interventions aimed at improving the life situation of these families. It dissects the importance and function of the school counseling system and illustrates how various establishments can contribute to multidisciplinary care and serve as an integral part of the family support system.

This paper underscores the paramount significance of comprehensive family and school support in the education of students with ADHD for effectively managing the challenges that stem from the disorder's neurobiological foundation.

Keywords:

Comprehensive support, school counseling, ADHD diagnosis, family and school cooperation, family with children with ADHD

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis studenta:

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Petře Bendové, Ph.D., za podporu, trpělivost a čas, které mi v průběhu celého studia věnovala. Nebýt jí a mé tchýně Aleny Špačkové, toto studium bych nikdy nezahájila, ani nedokončila. Proto jim oběma patří velký dík. Děkuji také svému manželovi a dětem, že mě zastoupili, když to bylo potřeba a všem respondentům, kteří se se mnou podělili o své zkušenosti.

Obsah

Úvod	10
1 Přehled současných pramenů	11
2 ADHD	13
2.1 Základní definice	13
2.2 Etiologie a prevalence	15
2.3 ADHD v dospělosti	16
2.4 Vývoj terminologie	17
2.5 Specifika ČR	20
2.6 Diagnostika	20
3 Rodina	23
3.1 Základní funkce rodiny	23
3.1.1 Prostředí rodiny	25
3.2 Rodina s dítětem se SP	26
3.2.1 Rodina s dítětem s ADHD	28
4 Poradenství ve školství	30
4.1 Mateřská škola	32
4.1.1 Dítě s ADHD v MŠ	33
4.2 Základní škola	35
4.2.1 Školní poradenské pracoviště	35
4.2.2 Žák s ADHD v ZŠ	37
4.3 Školská poradenská zařízení	39
4.3.1 PPP	39
4.3.2 SPC	41
4.3.3 SVP	42
5 Shrnutí teorie	45
6 Empirická část	46
6.1 Úvod do tématu	46
6.1.1 Teoretický rámec tématu	47
6.1.2 Hlavní cíl	48
6.2 Kvantitativní část výzkumného šetření	48
6.2.1 Metodologie kvantitativní části	51
6.2.2 Způsob zpracování a analýzy kvantitativních dat	52
6.3 Kvalitativní část výzkumného šetření	53
6.3.1 Metodologie kvalitativní části	54
6.3.2 Způsob zpracování a analýzy kvalitativních dat	55
6.4 Vztah mezi kvantitativní a kvalitativní částí	55

6.5	Interpretace dat.....	56
6.5.1	Kvantitativní online dotazník	56
6.5.1.1	Výsledky šetření.....	69
6.5.2	Kvalitativní narativní rozhovor	71
6.5.2.1	Výsledky šetření.....	77
6.6	Diskuse	78
6.6.1	Limity	80
	Závěr.....	81
	Seznam použitých zdrojů	83
	Příloha	94

Úvod

Současná média, výzkumy, ale i pedagogové poukazují na nebývalý nárůst počtu osob se syndromy poruch pozornosti a/nebo hyperaktivity. Učitelé pak zejména s ohledem na výzvy, které přítomnost takového žáka ve výuce představuje. Zároveň se ve veřejném diskurzu objevují i kontroverzní názory. Některé tvrdí, že symptomy ADHD vykazuje vlastně každý, jiné argumenty dokonce zpochybňují diagnózu jako takovou a naznačují, že se jedná o důsledek nedostatečné nebo nevhodné výchovy (Holá, 2017; Víchová, 2022).

Pokud se zamyslíme nad historickým a sociálním kontextem, byly určité projevy chování, které jsou dnes interpretovány jako symptomy ADHD, přítomny vždy a často byly považovány za normální (Mallett, Natarajan & Hoy, 2014). Chlapci bývali označováni za "neposedné" a specifické projevy dívek byly přehlíženy nebo zaměňovány za jiné obtíže. Volný čas dětí však mnohem častěji naplňovala fyzická aktivita, a i život rodin byl obecně méně strukturovaný. Lze se tak domnívat, že díky požadavku na vyšší úroveň soustředění a sebekontroly dané změnou životního stylu dnešní společnosti, se symptomy poruch pozornosti ADHD stávají kontrastnější vůči intaktní společnosti, tedy více zřejmé, a proto „obtěžující“ (Mayes, 2015). Sociální normy a očekávání společnosti se přirozeně mění v návaznosti na její vývoj. Symptomy ADHD ale zůstávají napříč časem i prostorem konzistentní a lze je identifikovat v různých kulturách i historických obdobích (Matte, Rohde & Grevet, 2012).

Celosvětově, a tedy i v České republice, lze již nalézt dostatek zdrojů, příp. literatury, které poskytují širokou škálu informací o ADHD. Vznikají nové a efektivní terapeutické přístupy, které mohou dětem i dospělým s ADHD pomoci dosáhnout jejich maximálního potenciálu (Kim, Lee, Lee, Kim & Song, 2022). Tyto přístupy mohou být ale účinné pouze tehdy, pokud je diagnóza správně identifikována a osobám s ADHD je poskytnuta relevantní podpora. Při jejím poskytování bychom pak měli mít na mysli, že ADHD není „chyba“, ale součást osobnosti daného člověka. I tito lidé mohou být společnosti přínosní. Díky divergentnímu myšlení a schopnosti usilovné práce v oblasti jejich zájmu se mohou stát i oni hnací silou inovací a pokroku (Taylor, Esmaili Zaghi, Kaufman, Reis & Renzulli, 2020; Girard-Joyal & Gauthier, 2022). Naším cílem by tedy mělo být pomoci těmto dětem a jejich rodinám lépe porozumět a zvládat výzvy, které vyplývají z podstaty ADHD. Měli bychom je vést ke zvyšování znalostí a dovedností (souhrnně kompetencí), příp. tvorbě kompenzačních mechanismů, aniž bychom je stigmatizovali nebo usilovali o jejich „nápravu“.

1 Přehled současných pramenů

Tématem práce je podpora rodiny s dítětem s ADHD se zaměřením na období školní docházky dítěte. Na téma edukace žáka s ADHD již byly sepsány četné akademické práce. Pokud zůstaneme na našem území, zjišťujeme, že většina směřovala k rozboru edukačního procesu ze strany pedagoga (tedy učitele) (Perná, 2016; Pohlová, 2018), případně asistenta pedagoga (Buchtová, 2018; Ulmonová, 2020). Opakovaně byly zkoumány výzvy plynoucí z diagnózy ADHD u žáka, zejména ve vztahu k plynulosti výchovně-vzdělávacího procesu na půdě školy (Zapletalová, 2013; Malá, 2021; Kchol, 2023), s výhledem na formulaci doporučení, jak s těmito dětmi pracovat (Jiříšřová, 2012; Jiroutová, 2015). Většina se tedy věnovala edukačnímu procesu z pohledu pedagogů.

Naše práce se sice také zaměřuje na období školní docházky, nicméně zkoumá interakci se školou a školskými poradenskými zařízeními z perspektivy rodin s dětmi s ADHD. Zajímáme se o jejich emoce, očekávání a zkušenosti ve vztahu k dialogu a podpoře, které se jim dostává. Sledujeme potenciál integrované a koordinované spolupráce všech aktérů edukačního procesu dítěte či žáka se specifickou poruchou chování s cílem nalézt prostor pro zlepšení.

Provedli jsme rešerši dostupné literatury, a zde zmíníme alespoň tu, která může být potencionálním zdrojem informací nejen pro pedagogy, ale i pro rodiče. V dnešní době jsou již dostupné četné publikace, které popisují postupy a návody využitelné při práci s žákem s ADHD. Shodným znakem je snaha o zajištění odpovídajícího vývoje dítěte, jeho integraci do kolektivu a plynulosti edukace jak jeho samého, tak spolužáků. Z významných současných autorů v tematice ADHD na území České republiky lze jmenovat například PaedDr. Drahomíru Jucovičovou a PaedDr. et Mgr. Hanu Žáčkovou, která se věnuje například využití relaxačních technik. Obě autorky publikovaly četná skripta, knihy a další texty zabývající se explicitně ADHD. Za jejich spolupráce vznikla např. kniha **Máme dítě s ADHD: Rady pro rodiče** (Jucovičová & Žáčková, 2015). Také PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D., která kromě výuky na vysoké škole, spolupracuje i s jedinou ZŠ v ČR organizovanou podle §16 právě jen pro děti se specifickými poruchami chování (ADHD). V četných publikacích se vedle situace žáka v základním školství věnuje i dětem v předškolním vzdělávání, pro které popsala zajímavou a účinnou techniku s názvem *Želví strategie*. Ta je popsána v knize **Předškolák s problémovým chováním** (Michalová, 2012). V souvislosti s vývojovými poruchami učení zařadila ADHD do svých publikací také doc. PaedDr. Olga Zelinková, CSc. V roce 2015 vyšlo již desáté vydání její knihy **Poruchy učení** s podtitulem *Specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností* (Zelinková, 2015). Kromě stručného popisu obtíží každé položky SPUCH přináší

také ucelený přehled reedukačních aktivit a konkrétních doporučení pro přístup k žákům s danou poruchou.

Ze zahraničních autorů lze zmínit například knihy Alaina Traina, jehož **Specifické poruchy chování a pozornosti** (Train, 1997) a **Nejčastější poruchy chování dětí** (Train, 2001) vydalo nakladatelství Portál v české jazyce. Texty z pera maďarského autora Gabora Maté bývají vnímány jako silně kontroverzní. Nejnovější publikace **Mýtus normálnosti** (2023), přeložena a vydána v české jazyce, sice není primárně o ADHD, ale přesto odráží Matého specifické názory v této oblasti.

Za velmi přínosné, a to i pro zde zkoumanou problematiku, pak lze považovat publikace amerického psychiatra Dr. Edwarda Hallowella, MD. Zasloužil se zejména o popularizaci výskytu ADHD u dospělých. Sám Hallowell (s diagnostikovaným ADHD) nabízí v pravidelných podcastech i živých online vstupech, často v kooperaci se svou manželkou, řadu strategií pro rodiče a dospělé s ADHD za účelem „*minimalizace negativních stránek a maximalizace výhod ADHD v každém věku*“ (Hallowell, n.d.). Z jeho knih jmenujme například do češtiny přeloženou **Šťastné dítě, šťastný dospělý** (Hallowell, 2016)(překlad 2016 z anglického originálu *The childhood roots of adult happiness* z roku 2002) či sérii **The Distraction Series**, ze které byla doposud přeložena jen první s názvem *Driven to Distraction* (1995) – v češtině **Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti**, překlad 2007 (Hallowell & Ratey, 2007). Výjimečná je také Hallowellova kniha určená dětem **A Walk in the Rain With a Brain** (dosud nepřeložena) jejímž cílem je podporovat děti v hledání vlastních silných stránek a poskytnout rodičům a pedagogům návody, jak dětem pomáhat objevit a pochopit individualitu jejich mysli (Vosper, 2005).

MOTTO

“Sometimes, reaching out and taking someone's hand is the beginning of a journey.

At other times, it is allowing anothers to take yours.”

Vera Nazarian, *The Perpetual Calendar of Inspiration*

(Nazarian, 2010)

Někdy natáhnout se a vzít někoho za ruku, znamená začátek cesty. Jindy to umožňuje druhým, vzít tu tvou.

(volný překlad autorky)

2 ADHD

Pro efektivní práci s osobou s ADHD, ať již diagnostikovanou či suspektní, je nezbytné ovládat nejen základní klasifikační kritéria. Součástí odborné způsobilosti je i schopnost správně a přesně používat aktuální a relevantní odbornou terminologii. Projevy této diagnózy jsou mnohem komplexnější, než je obecně vnímáno. To je částečně způsobeno mediální obrazem ADHD, který bývá redukován na projevy hyperaktivity, agresi, resp. problémové chování. Jedná se však o velmi zjednodušený a omezený pohled (Ocisková & Praško, 2015; Coufalíková, 2020).

Existují skupiny jedinců s ADHD, jejichž symptomatologie se může významně lišit v závislosti na věku a pohlaví (Harvey, Lugo-candelas & Breaux, 2015; Dupaul, Fu, Anastopoulos, Reid & Power, 2020). Nejnovější revize diagnostického manuálu DSM-5 Americké psychiatrické asociace (APA) již zohledňuje současné trendy ve vnímání genderové identity mimo binární pojetí sexuality (Koutsoklenis & Honkasilta, 2023). Pro účely tohoto textu se však budeme držet tradičního binárního modelu (muž & žena), který je v kontextu českého prostředí dosud dominantní. Bez ohledu na mediální tlak a jisté variace v České republice dosud přetrvává tradiční představa dělení rodinných rolí, kdy žena – matka, nejčastěji přebírá zodpovědnost za veškerou péči o děti (Sokačová, 2006). Proto se v praxi školského poradenství setkáme nejpravděpodobněji s matkami coby angažovanými zákonnými zástupci dětí.

Vzhledem k vysoké genetické dědičnosti ADHD, potvrzené řadou výzkumných studií (Kuželová, Macek, Raboch & Ptáček, 2014; Faraone & Larsson, 2019; Grimm, Kranz & Reif, 2020), je pravděpodobné, že jisté % těchto žen může samo trpět ADHD, často aniž by o tom věděly. Ženy využívají specifické strategie pro maskování projevů. Úsilí vynaložené na kompenzaci projevů však nejen že oddaluje přidělení diagnózy, ale může mít i závažné následky na psychickém i fyzickém zdraví ženy (Hinshaw, Nguyen, O'grady & Rosenthal, 2022). Toto téma je zásadní nejen ve vztahu k individuálnímu zdraví ženy, ale také (v širším pojetí) z pohledu dynamiky společnosti, neboť rodiny jsou primární jednotkou, které její směr určují. A právě proto by měl být kladen vyšší důraz na podporu a péči o ženy, a to samozřejmě nejen ty, jejichž děti vykazují symptomy ADHD.

2.1 Základní definice

Porucha pozornosti s hyperaktivitou neboli ADHD, je neurovývojová porucha, která se nejčastěji projevuje v dětství. Může ale přetrvávat do dospělosti (Žáčková & Jucovičová,

2017). Je definována ve dvou hlavních diagnostických manuálech – v Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch Americké psychiatrické společnosti APA, aktuálně DSM-5TR (American Psychiatric Association, 2022), a v Mezinárodní klasifikaci nemocí Světové zdravotnické organizace WHO se sídlem v Ženevě, aktuálně MKN-11 (World Health Organization, 2019). Oba jsou využívány pro diagnostiku ADHD i v ČR.

Dle DSM-5 je ADHD charakterizováno trvalou nepozorností a/nebo hyperaktivitou-impulsivitou, což omezuje široké spektrum funkčnosti jedince. Nepozornost se projevuje častými chybami z nedbalosti, obtížemi udržet pozornost při úkolech, které nejsou v oblasti zájmu dané osoby, nebo zapomínáním, které je způsobené rozbíhavým myšlením. Hyperaktivita-impulsivita se kromě běžně očekávaného hyperaktivního chování může projevit také častým mluvením a skákáním do řeči (aby nezapomněl co chce říct), obtížemi sedět na místě, případně i jen neustálým pohybem rukou, nohou (tzv. „fidgeting“ – ošívání), či obecně bezprostředním, impulzivním jednáním bez ohledu na důsledky (Paclt, 2007; Jucovičová & Žáčková, 2010).

MKN-11 nyní definuje ADHD podobným způsobem. Jedná se o poruchu, která je *„charakterizována přetrvávající nepozorností a/nebo hyperaktivitou-impulzivitou (minimálně 6 měsíců), která má přímý negativní dopad na akademické, pracovní nebo sociální fungování“*. Současně tento manuál požaduje, aby byly tyto symptomy přítomny v takové míře, že jsou nepřiměřené vzhledem k vývojové úrovni jedince (MKN-11, 2023).

Oba manuály zdůrazňují, že symptomy musí být přítomny již před věkem 12 let a v několika různých prostředích (například doma a ve škole nebo v práci) po dobu nejméně 6 měsíců. Musí také způsobovat významné snížení sociálního, akademického nebo pracovního uplatnění člověka v dané společnosti. Song et al. (2021) navíc ve své práci zmiňuje perzistující a symptomatický sy ADHD u dospělých, což rozšiřuje škálu ADHD u dospělých o ty, kteří projevy v dětství nevykazovali (symptomatický sy ADHD).

Bez ohledu na diagnostická kritéria je však nutné brát v potaz, že symptomy ADHD se mohou a budou u různých osob lišit. To může být způsobeno např. věkem, pohlavím, ale i sociálním prostředím či v závislosti na životních zkušenostech jedince a jeho získaných dovednostech. Při posuzování ADHD je tedy vždy nutné aplikovat holistický pohled.

2.2 Etiologie a prevalence

Etiologie ADHD je stejně tak považována za multifaktoriální. Dle dosavadních výzkumů se na vzniku poruchy podílí kombinace genetických a environmentálních vlivů. Z genetického hlediska je predikce dědičnosti asi 74-80 % (Faraone & Larsson, 2019; Grimm, Kranz & Reif, 2020). Byly provedeny četné výzkumy, které identifikují jisté geny a chromozomální oblasti jež by mohly přispívat k riziku ADHD. Mnohé se týkají neurotransmitterových systémů, např. dopaminergního a serotoninergního. Připomeňme si, že klíčovou rolí dopaminu je motivace, adikce, regulace hypothalamo-hypofyzárního systému a motoriky. Snížená koncentrace dopaminu v prefrontální kůře může způsobovat poruchy paměti, pozornosti, motivace, schizofrenii, depresi, látkové závislosti i poruchy příjmu potravy. Zvýšení hladiny serotoninu pak změny nálady a poruchy chování, snížení jeho syntézy může vyvolat opět deprese a poruchy spánku až nespavost (Paclt, 2007; Volkow et al., 2009; Killeen, Russell & Sergeant, 2013)

Do kategorie exogenních vlivů patří například prenatální a perinatální rizikové faktory, těmi jsou komplikace při porodu, nízká porodní hmotnost, konzumace tabáku, alkoholu a drog matkou během těhotenství, expozice toxickým látkám v dětství ale také psychosociální stres (Paclt, 2007; Žáčková & Jucovičová, 2017).

Jak potvrzují Michalová a Pešatová (2015) ADHD je z hlediska etiologie klasifikována jako specifická porucha chování. Proto do etiologie nelze zahrnout nepodnětné či disfunkční rodinné prostředí, neboť ty ústí v nespecifické poruchy chování, mezi které ADHD nepatří. Nevhodné vzorce chování v rodině nemohou sice být příčinou vzniku poruchy, nicméně mohou ovlivnit průběh případně přispět k rozvoji jiných poruch chování (American Psychiatric Association, 2013, p. 62).

ADHD se dále poměrně často překrývá s komorbidními poruchami chování, které jsou považovány za externalizující. To znamená, že děti vykazují obtíže při kontrole agresivního chování, sebeovládání a impulzivity. Takovými jsou například Porucha opozičního vzdoru (ODD, Oppositional defiant Disorder), Intermittentní výbušná porucha (IED, Intermittent explosive Disorder) nebo Disruptivní poruchy chování (DBD, Disruptive behavior disorder). Je proto důležité neopomenout pečlivou diferenciální diagnostiku, neboť jednotlivé stavy se nejen že překrývají, ale zejména vyžadují i odlišné přístupy jak výchovně-vzdělávací, tak v léčbě a terapiích. (Riley, Ahmed & Locke, 2016; Lillig, 2018; American Psychiatric Association, 2013)

Jednou z charakteristických komorbidit ADHD je Porucha autistického spektra (PAS). Studie naznačují, že PAS a ADHD coexistují v cca 53 and 78 % případů (Young et al., 2020). V současných klasifikačních manuálech jsou obě diagnózy nově řazeny ve stejné kategorii neurovývojových poruch. Sdílejí také několik společných znaků, kterými jsou zejména obtíže v sociální interakci a v regulaci chování (Piltz et al., 2023). Na tomto místě je vhodné poznamenat, že z principu některých terapeutických přístupů a strategií, které jsou účinné při intervencích u PAS, vyplývá jejich využitelnost i pro jedince s ADHD. Lze tedy spatřovat jistý potenciál v integrovaném terapeutickém přístupu.

U ADHD lze často pozorovat i další komorbidní stavy, jako jsou úzkostné poruchy, poruchy emocí, poruchy učení a již zmíněné poruchy chování (Theiner, 2012). Jejich přítomnost může komplikovat diagnostiku potažmo léčbu ADHD a vyžaduje proto multidisciplinární přístup.

Z hlediska praxe je zásadní, aby byli odborníci seznámeni se všemi aspekty symptomů ADHD a jejich projevů, a při plánování intervencí, příp. spolupráce, zohlednili širokou škálu možných potřeb.

2.3 ADHD v dospělosti

Prevalence výskytu ADHD u dospělých z těch, kteří byli diagnostikováni v dětství, je přibližně 50 % až 80 % (Sibley et al., 2017; Balducci et al., 2021). Někteří dospělí se v průběhu života naučí část svých projevů zvládat či kompenzovat, příp. se mohou symptomy prezentovat odlišnou formou nebo intenzitou.

Prevalenční odhady zastoupení ADHD v populaci se mohou lišit v závislosti na kritériích použité diagnostiky a na geografické oblasti. Některé studie prokazují prevalenci ADHD u 7,6 % dětí ve věku 3 až 12 let a 5,6 % adolescentů ve věku 12 až 18 let (Salari et al., 2023). Song et al. (2021) v roce 2020 také vyčíslil prevalenci perzistujícího sy ADHD u dospělých na 2,58 % a u symptomatického sy ADHD u dospělých na 6,76 % v globálním měřítku. To je přibližně 140 milionů a 367 milionů postižených celosvětově. Prevalence podle nově změněných kritérií v DSM-5 se pak předpokládá o něco vyšší (Vitola et al., 2017). V České republice jsou statistiky srovnatelné s globálními daty (Theiner, 2012).

V kontextu binárního chápání pohlaví se pravděpodobná prevalence ADHD udává vyšší u chlapců než u dívek, v poměru 2:1 až 3:1 v neprospěch chlapců. Poměr mezi dospělými muži a ženami se zdá být vyrovnanější, některé studie se 1,7:1 (Biederman, Faraone, Monuteaux, Bober & Cadogen, 2004).

Po dlouhou dobu byla diagnóza ADHD vnímána jako porucha vztahující se výhradně k dětskému věku. Předpokládalo se, že jedinci z ní tzv. "vyrostou". Tento názor byl založen na pozorování snížení prezentace projevů hyperaktivity a impulzivity ve vyšším věku (Targum & Adler, 2014). Současná data však potvrzují, že ADHD je spojeno se změnami v centrálním nervovém systému. Naznačují, že souvisí se strukturálními a funkčními změnami v některých částech mozku, například v předním cingulárním kortexu (Kozlovskiy, Vartanov, Pyasik, Nikonova & Velichkovsky, 2013). Kortex je součástí limbického systému, který se podílí na tvorbě a zpracování emocí, učení a paměti. Má tedy velký vliv na propojení motivace s chováním (aktivita, která vyvolala pozitivní emoční reakci, spíše povede k opakování dané aktivity) (Hadland, Rushworth, Gaffan & Passingham, 2003; Rolls, 2019). Další neurobiologické studie ukázaly také na odlišnou neurotransmisi dopaminu a noradrenalinu. Ty jsou významné v regulaci pozornosti a impulzivity (Volkow et al., 2009; Park et al., 2015). Prezentace symptomů u dospělých bývá nejen méně zřetelná, ale současně se často liší od těch, které jsou typické pro dětský věk. To dále komplikuje identifikaci, oddaluje diagnostiku a potažmo související podporu a terapii.

2.4 Vývoj terminologie

Nyní nabízíme stručný exkurz do vývoje diagnostiky a názvosloví spadající do skupiny syndromů poruch pozornosti. Může se zdát, že retrospektiva je nadbytečná. Je ale zásadní pro chápání kontextu a významu používání odborně správné a aktuální terminologie. I když se stále můžeme setkat se zastaralými termíny, a to i v odborných textech či lékařských zprávách, měli bychom sami jít příkladem a na základě současných dat se vyjadřovat tak, abychom prokázali vysokou úroveň vlastní odborné způsobilosti.

Vědecké počátky ADHD jsou obvykle připisovány roku 1902 a přednáškám Sira George Fredericka Stilla, který při nich popisoval abnormální poruchu morální kontroly u dětí a spekuloval o biologické podstatě (1902). Tuto hypotézu pak potvrdil Bradley v roce 1937, poté co pozoroval pozitivní vliv stimulací na symptomy ADHD (Bradley, 1937).

Ve 20. století s významnými změnami a vývojem oboru psychiatrie, došlo k pozitivním posunům ve výzkumu všech psychiatrických diagnóz, včetně ADHD. Americká psychiatrická společnost (APA) vydává a pravidelně reviduje pro účely klasifikace duševních poruch Diagnostický a statistický manuál, v originále Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). DSM-1 v roce 1952 zavedl v dané oblasti termín **minimální mozková dysfunkce**, který byl o něco později nahrazen termínem lehká mozková dysfunkce (Černá, 1999). Americká Pracovní

skupina pro zdraví, vzdělání a sociální věci formulovala jednu z prvních definic **Lehké mozkové dysfunkce (LMD)** a přispěla tak k vytvoření jádrové triády ADHD: hyperaktivity, impulsivity a nepozornosti (Ptáček, Ptáčková & Braten, 2020).

Termín "Hyperkinetická dětská reakce" se poprvé objevil v DSM-2 (1968). Pojmy ADHD, ADD a ADD-RT byly zavedeny manuálem DSM-3 (1980). Již DSM-3-R (1987) ale terminologii opět mění a jednotí symptomy pod souborným názvem ADHD. DSM-4 (1994) pak definovalo subtypy ADHD a přidalo kategorii Nespecifikované ADHD (Ptáček, Ptáčková & Braten, 2020).

U nás v současnosti nejvíce používaný DSM-5 svým vydáním v roce 2013 významně přispěl ke změně úhlu pohledu na ADHD přeřazením do kategorie Neurologické vývojové poruchy. Reflektuje tak neurobiologickou podstatu ADHD. Změnil i názvosloví z původních typů na "prezentace": **ADHD převážně nepozorná prezentace, ADHD převážně hyperaktivní-impulzivní prezentace, a kombinované prezentace ADHD**. Kromě toho tato verze manuálu nově přiznává výskyt ADHD v dospívání a dospělosti, poskytuje praktické příklady symptomů a zvyšuje věková kritéria pro diagnózu. Bylo také umožněno diagnostikovat ADHD současně s poruchou autistického spektra, což představuje významný krok. Nově zmiňuje Problematiku diagnostiky související s kulturou a Problematiku diagnostiky související s pohlavím (American Psychiatric Association, 2013).

Nejnovější revize diagnostického manuálu společnosti APA s názvem DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) dále zdůrazňuje vliv prostředí na projevy symptomů ADHD. Uznává možnost kulturního zkreslení v diagnostických postupech a potřebu odpovídajících diagnostických nástrojů, které je zohledňují. Sekce věnující se významným rozdílům mezi pohlavími byla přejmenována na "**Problematiku diagnostiky související s pohlavím a genderem**". DSM-5-TR také uznalo vliv sociální třídy, rasy nebo etnicity na diagnostiku ADHD a manuál byl přezkoumán Pracovní skupinou pro etnickou rovnost a inkluzi (Work Group on Ethnoracial Equity and Inclusion) (American Psychiatric Association, 2022, p. 73).

V DSM-5-TR je současně upozorňováno na to, že symptomy mohou být méně zřejmé či zcela absentovat za určitých podmínek, jako je pečlivý dohled, zajímavé aktivity, konzistentní vnější stimulace nebo situace jedna na jednoho (např. u lékaře) (American Psychiatric Association, 2022, p. 71).

Vývoj konceptu ADHD byl sice od jeho počátku významně ovlivněn Americkou psychiatrickou asociací (APA), nicméně Světová zdravotnická organizace (WHO) tento trend následovala, i když vytvořila vlastní systém terminologie a diagnostických kritérií. WHO vydává vlastní diagnostický manuál pod názvem Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) v originále

International Classification of Diseases (ICD). Popis projevů, které dnes známe pod pojmem ADHD, byl poprvé formulován v diagnostickém manuálu MKN-6 (1948) a MKN-7 (1955) zavedením kategorie Primární porucha chování v dětství. MKN-8 (1965) kategorii přejmenoval na Porucha chování v dětství, přičemž definice zůstala nejasná. Až MKN-9 (1979) zavedl terminologii Hyperkinetický syndrom v dětství a diferenciaci diagnostické jednotky (Ptáček, Ptáčková & Braten, 2020).

MKN-10, publikovaný Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1992, byl významným krokem v porozumění a klasifikaci ADHD u nás. Vytvořil novou kategorii Hyperkinetické poruchy, která už obsahovala popis symptomů ADHD, jak je známe dnes. I když ve srovnání MKN-10 a DSM-III vykazovaly jistou shodu v symptomatologii, jejich diagnostická kritéria se významně lišila (Ptáček, Ptáčková & Braten, 2020).

V nejnovějším manuálu MKN-11 (2019) je kategorie ADHD zcela přepracována s ohledem na současný stav poznání. MKN-11 se v definicích a diagnostických kritériích ADHD přizpůsobuje DSM-V, nicméně ponechává větší šíři například v požadavcích na minimální věk nástupu prvních příznaků. Tento diagnostický manuál rozděluje ADHD do pěti kategorií, které diferencuje podle typů projevů a souvisejících omezení z nich vyplývajících. Kategorie je k dnešnímu datu dostupná pouze v anglickém originále ICD-11, do českého jazyka byly prozatím přeloženy jen nadpisy tří kategorií:

- 6A05.0 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, s převládajícími projevy nepozornosti,
- 6A05.1 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, převážně hyperaktivní-impulzivní projev,
- 6A05.2 Kombinovaná porucha pozornosti s hyperaktivitou. (MKN-11, 2023)

V anglickém originále se lze dočíst názvy zbývajících dvou (nových kategorií):

- 6A05.Y Attention deficit hyperactivity disorder, other specified presentation (pozn. autorky: jiná specifikovaná prezentace),
- 6A05.Z Attention deficit hyperactivity disorder, presentation unspecified (pozn. autorky: nespecifikovaná prezentace) (World Health Organization, 2019).

Implementace MKN-11 v České republice byla zahájena v roce 2021. Dle implementačního plánu je plánováno oficiální zveřejnění české verze na červen 2023. Další aktualizace se očekává na konci roku 2023 (Zvolský, Linda, Těšitelová & Dušek, 2023).

2.5 Specifika ČR

Na území České republiky se v oblasti Dětských mozkových dysfunkcí angažovala řada odborníků. Nejvýznamnější postavou byl psycholog prof. PhDr. Zdeněk Matějček, CSc., který svou prací zásadně přispěl do oblasti **Lehké mozkové dysfunkce (LMD)** (Černá, 1999).

Pojem LMD u nás mimořádně pevně zakořenil zejména v oblasti pedagogicko-psychologického poradenství, kde se využíval ještě v 90. letech 20. století i přesto, že prof. Matějček a další odborníci upozorňovali ČR na změnu terminologie na mezinárodní scéně (Matějček, 1990; Matějček, 2003). Připomeňme, že termín ADHD byl prezentován v roce 1980 (DSM-3) a na našem území se začal využívat na přelomu 20. a 21. století. Bohužel dodnes se s termínem LMD můžeme setkat i v některých lékařských zprávách. V lednu 1994 se v ČR sice začal využívat 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), který jmenoval kategorii Hyperkinetické poruchy, avšak tento termín se neujal a veřejnosti je používána anglická zkratka ADHD (Ptáček, Ptáčková & Braten, 2020).

S ohledem na uvedené je však namístě upozornit na používání nekorektní terminologie, konkrétně termínu ADD. V roce 1980 DSM-3 představil (kromě jiných) i termín Porucha pozornosti bez hyperaktivity se zkratkou ADD. Ten společně s ADHD vytěsnil dříve ustálený název LMD. Nicméně termín ADD byl záhy nahrazen vydáním revize DSM-3R (1987) souhrnným pojmem ADHD, pod který spadají všechny subtypy (jak jsou definovány v DSM-4 a DSM-5). Ve valné části publikací je ale nesprávný termín ADD používán dodnes.

Jednotná terminologie je zásadní pro správné porozumění, diagnostiku, léčbu a podporu dětí i dospělých s ADHD. Proto bychom měli usilovat o její neustálou aktualizaci tak, aby odrážela nejen současný stav chápání daného oboru, ale podporovala i jasnost a konzistenci (Drtilková & Fiala, 2016).

2.6 Diagnostika

Konceptuální posun mezi DSM-IV a DSM-5 jen dokresluje dynamiku diagnostické kategorie ADHD. Dokazuje, jak se chápání kritérií vyvíjí v reakci na nové poznatky a klinické zkušenosti. V procesu diagnostiky je proto zásadní využívat holistický pohled na člověka a zohledňovat nejen jeho symptomy, ale také socio-kulturní kontext dané společnosti (Posner, Polanczyk & Sonuga-Barke, 2020).

V tomto textu se zaměříme zejména na diagnostiku dítěte, i když většina informací je poplatná také při diagnostice dospělého. Abychom mohli pochopit podstatu některých projevů syndromů

poruch pozornosti s nebo bez hyperaktivity, a proč mohou být pro jedince nezvladatelné vůlí, je potřeba znát některá základní fakta.

Dosud neexistuje biomarker, na základě kterého bychom mohli ADHD přesně diagnostikovat. Přesto můžeme u dětí s ADHD, ve srovnání s jejich vrstevníky, pozorovat specifické odchylky v CNS (American Psychiatric Association, 2022, p. 73). Jedná se například o zvýšenou aktivitu pomalých vln v elektroencefalogramu (EEG), snížený objem mozku detekovatelný magnetickou rezonancí (MRI) a potenciální zpoždění vývoje zadní a přední kortikální kůry (Shaw et al., 2007). Žádné z těchto nálezů však nelze spojit výhradně jen s ADHD, nejsou tedy pro diagnostiku určující (American Psychiatric Association, 2013).

Kromě standardních symptomů, zmiňovaných v diagnostických manuálech, bývá porucha doprovázena také zpožděním v motorickém vývoji. To je již oficiálně zmiňováno i v novém diagnostickém manuálu MKN-11, resp. ICD-11 (neboť česká verze k datu této práce není dostupná), ve výpisu komorbidních stavů pod položkou Vývojová porucha motorické koordinace (World Health Organization, 2019).

V případě narušení jemné motoriky, bude mít žák potíže se psáním. U dětí by proto mohlo dojít k záměně s dysgrafickými obtížemi. Hrubá motorika pak souvisí s koordinací pohybů těla, případně udržení rovnováhy, projeví se tedy např. v opožděném zvládnutí techniky jízdy na kole či plavání. Díky motorické neobratnosti může být pro žáka s ADHD obtížnější koordinace (např. naráží do předmětů nebo do druhých, často mu padají věci z ruky), ale i zapojení do skupinových her ve škole. Je proto nutné dbát nejen na jeho bezpečnost, ale i na prevenci integrace do kolektivu (žák může ostatním hru „kazit“). Ve vztahu k oromotorice se narušení projevuje dvěma způsoby. U dítěte s ADHD může být významně opožděn rozvoj řeči. První slova mohou přicházet až ve 2 letech a věty mezi 3-4 rokem věku, oproti intaktnímu vývoji, kdy první slova bývají tvořena již v 1 roce a věty kolem 2 let. Druhým důsledkem opožděného vývoje motoriky mluvidel bývá častý a déletrvající výskyt dyslálie (Jucovičová & Žáčková, 2015).

Jak říká Miovský (2018), oficiální klinickou diagnostiku ADHD lze považovat za multidisciplinární. Kompetentními odborníky v současné době jsou: psychiatr, klinický psycholog a neurolog.

Psychiatři jsou absolventi lékařské fakulty, zabývají se biologickými souvislostmi duševních poruch a mohou předepisovat léky. Kliničtí psychologové využívají psychologické testy a rozhovory, aby vyhodnotili symptomy a chování jedince. Pracují s psychologickými prostředky a coby absolventi filozofické fakulty nejsou lékaři, proto nemají oprávnění k předpisu medikace. Neurologové hodnotí možné neurologické příčiny či důsledky. S ohledem

na původní koncept (LMD) se diagnostika a péče dříve soustředila právě k dětským neurologům. Současnou prioritou je však zajištění psychiatrického vyšetření, případně léčby. Neurolog ale nadále zůstává součástí komplexního posouzení diagnózy, neboť jeho část je významná zejména ve vztahu k diferenciaci jiných onemocnění, např. epilepsie (Medřická, Kunčíková & Novák, 2007).

Klinická diagnóza ADHD tedy bývá nejčastěji přidělována na základě komplexního posouzení psychiatrem nebo klinickým psychologem. Coby porucha chování je posuzována vždy kvalitativně, protože neexistují fyzická vyšetření, která by prokázala přítomnost „vady či nedostatku“ (Miovský, 2018; Chen, Gao, Jiang, Tang & Wang, 2023). Rozhodnutí je proto založeno na úsudku odborníka. Jedná se vlastně o stanovení odchylky v chování od aktuálních psychosociálních, etických nebo právních norem (Szasz, 1960). A protože různé společnosti mívají různé normy, dochází v různých společnostech, kulturách, zemích ale i v proměnách času, k odlišnému chápání, přijímání nebo odmítání diagnózy sy ADHD (Fayyad et al., 2017).

Negativní konotace diagnózy a přetrvávající stigmatizace osob s ADHD v dnešní společnosti mohou významně ovlivnit rozhodování jedinců či jejich rodin, zda odbornou diagnostiku vyhledají a podstoupí. Strach ze společenské diskriminace může vést k odkládání či odmítnutí diagnostického procesu. Zejména rodiče mohou mít obavy z etiketizace a dopady na sebevědomí a budoucnost jejich dětí. Někteří se mohou obávat, zda přidělení diagnózy neomezí jejich vzdělávací možnosti, potažmo následné profesní uplatnění (Nguyen & Hinshaw, 2020; Metzger & Hamilton, 2021).

Ve vztahu k tomuto tématu nelze nezmínit principy inkluze, ke kterým se česká společnost, resp. školství, v současné době hlásí. Inkluze předpokládá diferencovaný přístup k individuálním potřebám každého z žáků, včetně intaktních, tedy nezávisle na přítomnosti formální diagnózy (Michalová & Pešatová, 2015). Ač to může znít kontroverzně, tedy i žáci se signifikantními projevy ADHD by měli obdržet odpovídající podpůrná opatření bez ohledu na to, zda prošli či nikoliv odborným diagnostickým procesem.

Lze shrnout, že k osobám s ADHD v jakémkoliv věku je důležité přistupovat vždy s empatií a trpělivě. Je vhodné předcházet další stigmatizaci a negativním postojům společnosti. Holistický přístup a respektování důstojnosti všech, včetně jedinců s ADHD, je dokladem inkluzivní společnosti.

3 Rodina

V této kapitole se zaměříme na roli rodiny v životě jedince a ve vztahu k dg ADHD. Pojem "rodina" může být definován různými způsoby, ale obecně je rodina chápána jako základní sociální jednotka, která plní několik významných úloh v životě jedince (Průcha, Walterová & Mareš, 2009). V návaznosti na jejich plnění má zásadní vliv nejen na fungování a socializaci jedince, ale i mikro a makro prostředí ve kterém se nachází, tedy celé společnosti (Kraus, 2014).

Rodina by měla zajišťovat výchovu, socializaci, emocionální podporu a ekonomické zabezpečení všech svých členů. Její role je nezastupitelná a stěžejní. Coby nukleární sociální jednotka je prvním prostředím v životě dítěte, které formuje jeho vývoj, vtiskává mu základní vzorce chování, hodnoty a ideály dané společností (Kraus, 2014; Pescaru, 2018). Děti si formou sociálního učení osvojují vzorové modely chování svých rodičů i dalších členů rodiny. Kulturní vzorce, které se v rodině předávají, mají zásadní význam pro mezigenerační přenos, dopad na budoucí generace (Tóthová, 2011). Děti nejen přebírají vzorce chování svých rodičů, ale také získávají společenský statut předem daný sociálním postavením rodiny, do které se narodily. Tento koncept nazýváme sociální dědičnost (Morgan, Reed, Adler & Du Gay, 2016).

Ačkoliv má rodina významnou roli ve společnosti i životě jedince, může v některých případech působit jako zátěž. Ve chvíli, kdy rodina neplní své funkce a nezajistí plnění potřeb dítěte, může to mít negativní dopad na jeho budoucnost. V některých případech může rodina představovat i zdroj psychických problémů příp. sociálně patologických jevů (Hardy, Mühlpachr & Dudášová, 2011).

Proto je nutné podporovat zdravé rodinné prostředí a vytvářet podmínky, které umožní rodině úspěšně plnit všechny své funkce. Ještě větší důraz bychom pak měli klást na podporu a pomoc rodinám, které se potýkají s obtížemi, jako je například člen se zdravotním postižením či omezením, abychom co nejvíce minimalizovali negativní dopady.

3.1 Základní funkce rodiny

Na definici rodiny lze nahlížet z více perspektiv. Obecně lze rodinu chápat jako skupinu lidí spojených vazbami příbuzenství, manželství, adopce nebo jinými intimními formami vztahů.

Struktura konkrétní rodiny je závislá na dané kultuře, sociálních normách, ekonomických podmínkách a dalších souvisejících faktorech. Tradiční rodina bývá chápána jako rodina sestávající z manželského páru a biologických dětí. Ta byla po dlouhou dobu považována za jedinou možnou normu u nás i v zahraničí. Se změnou sociálních a kulturních podmínek

ale vznikají nové formy rodinných vztahů, např. jednorodičovské rodiny, rekonstruované rodiny, nebo rodiny homosexuálních párů či další varianty. Moderní tedy rodina reflektuje aktuální změny společnosti. Do současného chápání rodiny proto můžeme zahrnout velmi rozmanité spektrum uspořádání rodinných vztahů. Dnešní rodiny se také zaměřují stále častěji na potřeby a štěstí jednotlivých svých členů a nekladou již takový důraz na dodržování tradičních rolí a norem, jak tomu bylo dříve zvykem (Kraus, 2015).

Biologická či reprodukční funkce rodiny nadále zajišťuje pokračování lidského druhu. Zůstává stěžejní ve většině rodin, bez ohledu na jejich uspořádání, nicméně rozšiřuje se o nové koncepty jako asistované reprodukce a/nebo adopce (Kraus, 2014).

Materiálně-ekonomická funkce, má zabezpečit finanční a fyzické potřeby svých členů, jak její název napovídá. I ta se mění v důsledku ekonomických změn a s rostoucím důrazem na zmíněný individualismus (Kraus, 2014).

Výchovná funkce reprezentuje předávání hodnot, dovedností, tradic a norem dané společnosti. Bývá často sdílena, či přenechávána institucím, jakými jsou například školy či média. Na našem území to lze zčásti považovat za důsledek mezigeneračního přenosu daný požadavky předchozího socialistického režimu. Institut školy a státem kontrolovaná média byly považovány za jediný možný zdroj a prostředek správné výchovy a ideí společnosti. Výchovný vliv rodiny byl záměrně omezován, případně znemožněn (Maňák, Prokop & Solfronk, 1998; Kraus, 2014).

A nakonec, ale ne v poslední řadě, má emocionální funkce rodiny význam a dopad na psychické a emoční uspokojení svých členů. Rodina by měla být vždy a v první řadě zdrojem podpory, lásky a bezpečí, coby základních lidských potřeb.

Je evidentní, že současné rodiny vykazují vyšší flexibilitu a diverzitu, než tomu bylo dříve. Kladou větší důraz na individuální štěstí a seberealizaci, na přiznání rovnosti mezi pohlavími, potažmo na volnější chápání rodičovské role. Dnešní rodina čelí i dalším výzvám, jako jsou vyvážení rodinného a pracovního života, nebo zvládání vyšší míry stresu a konfliktů, které z toho vyplývají. V každém případě zůstává rodina zdrojem orientace ve struktuře společnosti, jejích norem a očekávání (Walsh, 2012).

3.1.1 Prostředí rodiny

Rodinné prostředí, ve kterém se dítě vyvíjí, lze považovat za komplexní systém, který je ovlivněn mnoha faktory, které lze shrnout do tří oblastí: demograficko-psychologické, materiálně-ekonomické a kulturně-výchovné aspekty.

Demograficko-psychologické podmínky jsou vymezeny charakteristikou členů rodiny, jako je věk, pohlaví, vzdělání, psychické zdraví a osobnostní rysy. Mohou mít zásadní vliv na dynamiku dané rodiny a na způsob, jak je o dítě pečováno, rozsah této péče, potažmo na odpovídající vývoj dítěte (Kraus, 2014).

Materiálně-ekonomickými faktory rozumíme příjmy rodiny, její finanční zabezpečení, způsob bydlení a další materiální zabezpečení života členů rodiny. U dětí tyto faktory zásadně vymezují a určují nejen kvalitu života, ale i přístup ke vzdělání a socioekonomický statut (Kraus, 2014).

Kulturně-výchovná stránka rodinného prostředí představuje hodnoty, postoje a očekávání, které má daná rodina ve vztahu k výchově a vzdělání svých dětí. Zahrnuje nejen kulturní a náboženské tradice, ale i životní styl, způsob trávení volného času a v současné době také neopomenutelné využití technologií. Rodinné prostředí má významnou výchovně-pedagogickou roli. Rodina tvoří základy představy o společnosti a předává názory na vzdělání, práci, diverzitu, společnost (Kraus, 2014).

Za optimální rodinné prostředí považujeme takové, které je vnitřně stabilní, nevykazuje narušenou strukturu a má odpovídající úroveň kulturní atmosféry. Kulturní atmosférou rozumíme způsoby či mechanismy, kterými je zprostředkováváno plnění emočních potřeb mezi jednotlivými členy a uplatňován výchovný a socializační vliv (Walsh, 2012)

Nestabilní rodinné prostředí a deformované vztahy mezi členy rodiny mohou vést k dysfunkci rodičovských úloh. U dítěte poté může vzniknout tzv. "subdeprivace" (Matějček, 1987). V případech, kdy není rodičovská autorita dostatečná, může dítě také vyhledávat náhradní modely mimo rodinu v tzv. peer skupinách. Ty ale mohou být potencionálním zdrojem patologických jevů. Neúspěšná identifikace s rodičovskými rolemi, případně další patologie rodiny, mohou vést k maladaptaci dítěte na odpovídající normy společnosti. Jedná se však o obousměrné působení, neboť chování dítěte může zpětně ovlivňovat či deformovat vztahy mezi rodiči (Kraus, 2015).

Již víme, že každá rodina má vlastní normy, vzorce chování, strukturu a vyznačuje se individuálním rodinným prostředím. To vše formuje daný rodinný systém. Ten však může

být ovlivněn i dalšími vnitřními a vnějšími faktory, jako jsou například změny v rodinné struktuře (rozvod, rozkol) nebo zdravotní stav některého ze členů.

3.2 Rodina s dítětem se SP

Každá rodinná jednotka se přirozeně snaží udržet stav vnitřní homeostázy, tedy stability rodinného systému navzdory případným změnám. To znamená, že rodina má tendenci udržovat rovnováhu mezi členy rodiny a navzájem se podporovat. Pokud je tato rovnováha ohrožena, nebo narušena, mobilizuje své zdroje za účelem znovuoobnovení stability. Zdravotní omezení či postižení dítěte znamená ohrožení této rovnováhy, potažmo dynamiky i funkcí rodiny. Vyžaduje tedy od všech členů vzájemnou podporu, adaptaci, často i modifikaci životního stylu (Seshadri, 2019).

Rodič, který zjistí či pochopí, že má jeho dítě specifické potřeby, resp. liší se od původního očekávání, předkládané normy, začíná zvažovat, co to znamená pro dítě i rodinu jako celek. Někteří rodiče mohou procházet krizí rodičovské identity. Jedná se o psychologický proces související s konfrontací rodiče s významnými změnami týkající se jeho dítěte. Bývá doprovázena širokou škálou emocí, jako smutek, strach, zmatek, případně popření a může vést až k přehodnocení identity či role rodiče. Rodiče mohou přemýšlet nad budoucností dítěte i celé rodinné jednotky. To následně vede k pochybnostem o schopnosti pečovat o dítě a vychovávat jej. Někdy může být potřeba nejen adaptace na nové podmínky, ale také vyrovnání se s tlakem společnosti, případně se stigmatizací (Vágnerová & Hadj-Mousová, 2003).

Teorii bývá toto období často popisováno prostřednictvím modelu Kübler-Rossové (2015), kdy rodiče procházejí fázemi šoku a popření, bezmocnosti, obdobím smlouvání, a postupně směřují k realistickému postoji k situaci. Teorie přijetí zdravotního postižení dítěte, jak ji formuloval Michalík (2011), zahrnuje stejně tak čtyři fáze:

- 1) V první fázi, kterou nazýváme šokem, rodiče zažívají intenzivní emocionální reakce. Mohou být zmateni nebo upadnout do apatie;
- 2) Jakmile počáteční šok ustoupí, začíná rodič zpracovávat informace a reagovat na situaci. Období je bývá charakteristické vyhledáváním informací o diagnóze dítěte a dostupných způsobech léčby. Silné emoce v této fázi, jako např. hněv či smutek, ale mohou komplikovat racionální vyhodnocení předkládané informace;
- 3) Ve chvíli, kdy rodiče porozumí situaci, začínají hledat cesty, jak ji stabilizovat. To je třetí popisovaná fáze – adaptace. Rodina může například přizpůsobit životní styl dané

realitě, nebo hledat vhodné prostředí pro vzdělávání dítěte, případně vyhledává specializovanou podporu;

- 4) Ve čtvrté a poslední fázi, označované jako přijetí a pochopení, rodiče teoreticky dosahují určité míry smíření se situací. Ne všechny rodiny k této fázi dospějí, případně se nemusí jednat o přijetí jako takové, ale o akceptaci reality a o schopnost respektovat možnosti rozvoje dítěte takové, jaké jsou. (Michalík, 2011)

Způsoby, jakým rodiče prožívají a přijímají skutečnost zdravotního omezení dítěte, jsou velmi individuální. Souvisí s celkovou adaptabilitou rodinné jednotky. Mezi hlavní aspekty, které ji ovlivňují patří struktura a organizace rodinného systému, styly zvládání (coping), rodinné prostředí a dostupnost sociální podpory. Vývojová fáze rodiny může významně ovlivnit způsob a průběh řešení problému. Mladé rodiny mohou mít například méně zdrojů nebo zkušeností (von Kluge & Altieri, 2009).

Copingovými strategiemi míníme způsoby, které jedinec volí pro vyrovnání se s krizovou situací. Někteří preferují podporu přátel a rodiny, jiní se obrací na odborníky nebo hledají dostupné informace a rady v knihách nebo na internetu. Efektivní copingové strategie mají potenciál významně zvyšovat resilienci rodiny, tedy napomáhat k překonání stresu a negativních emocí (Falloon, Laporta, Fadden & Graham-Hole, 1993).

Také prostředí, ve kterém rodina žije, ovlivňuje, jak zvládá náročné životní situace. V daném kontextu se jedná o dostupnost zdravotnických zařízení, sociálních služeb a vzdělávací infrastruktury, zejména pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Stejně tak dostupnost kvalitní a funkční vztahové sítě rodiny a formální sociální podpora hrají zásadní roli při adaptaci na zdravotní omezení dítěte a důsledků, které z toho pro rodinu vyplývají. Za sociální oporu lze považovat zázemí, které tvoří rodinní příslušníci, přátelé nebo profesionální služby (Tóthová, 2011).

V průběhu adaptace na situaci, ať již jakoukoliv cestou, dochází vždy k evoluci emocí rodiče. To umožní přijetí, případně redefinici rodičovské identity. Krize rodičovské identity, proto nemusí být vždy jen negativním jevem. Může být také impulsem pro osobnostní růst i rozvoj rodičovských kompetencí. Rodič, který se učí novým dovednostem, získává hlubší pochopení problematiky, empatii. Proces může iniciovat tvoření silnějších vazeb mezi rodičem a dítětem a lze jej podpořit terapiemi, dalším vzděláváním i podporou jednak vlastní vztahové sítě rodiny, ale i sociálními službami, případně dalšími zdroji.

3.2.1 Rodina s dítětem s ADHD

V rámci této podkapitoly se nebudeme věnovat typickým projevům dítěte s ADHD a jaké z nich plynou důsledky pro rodinný život a jeho dynamiku. V řadě dostupných publikací si lze takové informace snadno dohledat a nastudovat. Tato práce se věnuje podpoře rodin s dětmi s ADHD. Popíšeme tedy specifika situace této rodiny v kontextu popsaného schématu procesu přijetí speciálních potřeb dítěte a výzvam i důsledkům, které s procesem diagnostiky ADHD v současné době souvisejí. Je nutné poznamenat, že předkládané názory jsou formulovány na základě současné praxe a vztahují se zejména na území České republiky. Je možné a pravděpodobné, že ne všechny rodiny budou procházet procesem přijetí stejně, v závislosti na kvalitě a úrovni jejich vlastní vztahové a podpůrné sítě.

Výše jsme popsali fáze, kterými standardně prochází rodina s dítětem se zdravotním postižením při vyrovnávání se s diagnózou dítěte. Bývají předkládány lineárně jako – šok, reakce na situaci, adaptace, přijetí a pochopení (Kübler-Ross, 2015; Michalík, 2011). Praxe ale dokládá odlišné zkušenosti v případě rodin s dětmi s ADHD. Specifika vyplývají z projevů a dopadů psychiatrické diagnózy na život jedince a tím spojených postojů společnosti. Současně reflektují proces diagnostiky, jak je v současné době aplikován na našem území.

Příznaky ADHD bývají patrné již v raném věku. Často mnohem dříve, než je stanovena oficiální diagnóza. Nekonformní chování a emoční nestabilita dítěte bývá zřetelná ve velmi raných fázích vývoje dítěte nejen v domácím prostředí, ale také, a to zejména, na veřejnosti (Jucovičová & Žáčková, 2015). Pečující osoba se proto musí vyrovnávat kromě vlastní krize rodičovské identity i s tlakem okolí, což je vyčerpávající. Cesta k diagnostice ADHD může být někdy dlouhá a frustrující. Mnoho rodin, často i poměrně komplikovaně, usiluje o potvrzení svého podezření, nebo přinejmenším alespoň uznání a pochopení ze strany odborníků.

Tyto aspekty ovlivňují způsob, jakým rodina reaguje na stanovení diagnózy. Namísto popisovaného šoku a popření totiž přidělení diagnózy ADHD může pečující osobě přinášet spíše úlevu. Pokud rodina po dlouhou dobu čelila nepochopení a odsuzování pro neobvyklé chování svého potomka, může výsledek diagnostiky přinášet značnou míru satisfakce. Přidělení diagnózy současně potvrzuje rodině směr, ve kterém vyhledávat informace, řešení konfliktních situací a individualizaci výchovného vedení.

Prostřednictvím stanovení diagnózy ADHD u dítěte, tedy pojmenováním fyziologické etiologie nestandardního chování dítěte, pečující osoba očekává změnu vnímání svých rodičovských schopností ze strany společnosti, resp. sejmutí etikety „neschopného rodiče“. Doufají, že diagnóza podpoří uznání a empatii okolí. To se však ne vždy stává a stigmatizace dítěte s ADHD

i jeho rodičů velmi často pokračuje. Pro rodinu to bývá stejně tak frustrující, jako dopady, které z toho pro všechny členy rodinné jednotky plynou (Barkley & Benton, 2013).

Z kontextu předloženého textu vyplývá význam empatického přístupu k rodinám s dětmi s ADHD. Stejně tak i potřeba širokého spektra podpory, včetně psychologického poradenství a sociálních služeb. Ideálně by tyto služby měly být komplexní, multidisciplinární a založeny na individuálních potřebách konkrétní rodiny.

V této kapitole jsme se zaměřili na kritickou roli, kterou rodina hraje v životě jedince, s důrazem na situaci dětí s diagnózou ADHD. Jako hlavní sociální entitu, která formuje vývoj dítěte, rodina vtiskuje základní chování, hodnoty a ideály. Je třeba pochopit, že struktura rodiny a její dynamika jsou ovlivněny kulturními, sociálními a ekonomickými faktory.

4 Poradenství ve školství

Jak již bylo naznačeno, vzdělání je klíčovou složkou osobnostního a sociálního rozvoje každého člena společnosti. Období předškolního a základního vzdělávání hraje v procesu socializace významnou roli, neboť určuje jeho směřování. Škola by měla zabezpečit orientaci dítěte ve světě mimo bezpečí rodinného prostředí. Dítě se zde často poprvé setkává s novými lidmi, prostředím a zvyklostmi, které mohou být odlišné od těch, na které bylo dosud zvyklé. Z pohledu rodiny jde také o významný krok k zahájení procesu postupného předávání odpovědnosti dítěti a k jeho osamostatnění.

Existují však děti/žáci, kteří vyžadují specifická podpůrná opatření, aby mohla využít své vzdělávací možnosti na rovnoprávném základě s ostatními. Myslí na ně § 16 Zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění (2004), který považuje ty, kdo kvůli svému zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám vyžadují podporu ve vzdělávání a školských službách, za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP). Podpůrnými opatřeními pak mohou být: poradenství, úpravy vzdělávacího obsahu, použití kompenzačních pomůcek a další.

Žáky se SVP jsou děti s ADHD. Bývají nejčastěji integrováni do běžných tříd mateřských i základních škol. Vznikají sice i třídy podle §16, ty se ale často nesespecializují na poruchy chování, vzdělávají společně všechny žáky se specifickými poruchami učení i chování, zkratkou nazýváno SPUCH (Michalová & Pešatová, 2015).

Podle § 17 odst. 1 vyhlášky č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění (2016), je běžným školám určena maximální hranice pěti žáků s přiznanými podpůrnými opatřeními druhého až pátého stupně ve stejné třídě. V případě žáků se zdravotním postižením ve třídách podle §16 je tento počet dále omezen. V případech, kdy nemůže být počet žáků ve třídě snížen, může být naopak navýšena kapacita pedagogických pracovníků ve třídě např. o dalšího pedagoga, speciálního pedagoga nebo asistenta pedagoga na základě rozhodnutí ředitele školy.

Stejná vyhláška také stanovuje rámec pro poskytování podpůrných opatření (PO). Předpokládá využití PO prvního stupně v rámci školy. Škola by měla provádět takové úpravy v metodách, organizaci a hodnocení vzdělávání, aby vyhověla individuálním potřebám žáků. Učitelé by měli být vybaveni odpovídajícími odbornými znalostmi a zdroji. Teprve poté, co je vyhodnoceno, že opatření nejsou dostačující, může škola doporučit, aby žák, potažmo zákonný zástupce,

vyhledal poradenskou pomoc školského poradenského zařízení. Poté mohou být poskytovány modifikace výchovně-vzdělávacího procesu ve vyšších stupních (2.-5.) (2016).

Pro dítě/žáka se specifickou poruchou chování (ADHD) je cílená podpora nezbytná pro úspěch a efektivitu jeho edukačního procesu. Jedině jejím prostřednictvím mohou být zajištěny rovné vzdělávací příležitosti takového dítěte, a tedy uplatnění práva na vzdělání odpovídající jeho možnostem a potenciálu. Pedagog a školské poradenské služby mají nezastupitelnou roli v identifikaci specifických vzdělávacích potřeb dítěte, podpoře jeho integrace do kolektivu i poskytování zpětné vazby a spolupráci nejen s ním, ale i se zákonnými zástupci (Michalová & Pešatová, 2015).

Poznamenejme však, že inkluzivní vzdělávání znamená poskytování individualizované a odborné pedagogické péče všem žákům bez ohledu na to, zda mají klinickou diagnózu. Implementace podpůrných opatření prvního stupně v rámci školy může snížit přetížení poradenského systému. Mnoho z dětí a žáků s ADHD může být úspěšně podporováno na úrovni školy v úzké spolupráci s rodinou. Pro dosažení tohoto cíle je však nezbytné, aby učitelé disponovali dostatečnými odbornými znalostmi a zdroji (Michalová & Pešatová, 2015).

Český vzdělávací systém je strukturován, aby podporoval diferencované učení pro jednotlivé věkové skupiny. Začíná preprimárním vzděláváním (ISCED-0) v mateřských školách (MŠ), pokračuje nižším primárním a nižším sekundárním vzděláváním (ISCED-1 a ISCED-2), souhrnně základním vzděláváním, nejčastěji v základních školách (ZŠ). V případě potenciálu dítěte postupuje do vyšších stupňů vzdělávání, které jsou občanům České republiky široce dostupné na našem území i v zahraničí (Loudová Stralczyňská et al., 2022). Pro účely této práce je určující období školní docházky od věku 4 let dítěte do ukončení 9. třídy, proto se budeme dále vyjadřovat jen ve vztahu k těmto vzdělávacím úrovním.

Systém školství je v České republice je řízen Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky (MŠMT) a regulován tzv. školskou legislativou, tedy zákonnými a podzákonnými normami.

Primárními obecně závaznými právními předpisy relevantními pro obsah tohoto textu jsou:

- Školský zákon – zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v aktuálním znění (dále jen školský zákon) (2004);
- Zákon o pedagogických pracovnících – zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a změně některých zákonů v aktuálním znění (2005);

- Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných v aktuálním znění (2016);
- Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních v aktuálním znění (2005);
- Vyhláška č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání v aktuálním znění (2005);
- Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky v aktuálním znění (2005);
- Vyhláška č. 317/2005Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků v aktuálním znění (2005).
- A další interní normativní resortní směrnice nejčastěji ve formě metodických pokynů.

Ve školství se na základě této legislativy zřizují poradenské služby. Jejich úkolem je identifikovat specifické vzdělávací potřeby dětí a žáků a poskytovat jim podporu tak, aby byly zajištěny rovnoprávné příležitosti při naplňování jejich vzdělávacích možností, viz školský zákon §16. Poradenství je proto nezbytnou součástí efektivního vzdělávacího systému a zajišťuje, že všechny děti mohou dosáhnout svého potenciálu.

4.1 Mateřská škola

Mateřská škola bývá první institucí, kde se děti setkávají s formálním vzdělávacím prostředím. Předškolní vzdělávání v mateřské škole v ČR je určeno pro děti ve věku 3 až 6 let, přičemž poslední rok před vstupem do základní školy je na našem území povinný. V mateřské škole je kladen důraz na hru a sociální interakci. Mezi základní cíle patří rozvoj sociálních kompetencí či motorických dovedností. Děti se zde učí také sebekontrolu, respektu k okolí a základům rovnoprávné komunikace. V tom všem by jim měl být učitel vzorem (Lipnická, 2017).

Mateřská škola však má svá specifika nejen na úrovni vzdělávání a výchovy ale i v identifikaci speciálních vzdělávacích potřeb dítěte. Jedná se často o první strukturované vzdělávací prostředí, se kterým se dítě setkává. Má proto významnou funkci v rané identifikaci potenciálních speciálních potřeb dítěte. Učitel mateřské školy by měl být schopen rozpoznat potřeby dětí a aktivně s nimi pracovat. Měl by umět podpořit rozvoj sociálních dovedností, emocionální vývoj i kognitivní schopnosti každého dítěte. Proto musí disponovat odbornými znalostmi o vývoji dítěte a o psychologických a sociálních aspektech, které jej mohou ovlivňovat (Michalová & Pešatová, 2015; Lipnická, 2017).

Pedagog v mateřské škole by měl být zdrojem rad a pomoci také rodičům dítěte. Dle § 1 vyhlášky o předškolním vzdělávání je úkolem MŠ, mimo jiné, i spolupráce se zákonnými zástupci dětí.

Cílem školy by měl být vždy prospěch rozvoje dětí a zajištění součinnosti ve výchovně vzdělávacím působení školy a rodiny. Učitel může rodičům například poskytovat doporučení ohledně výchovy a vzdělávání dětí.

V případě potřeby by měl učitel umět odhadnout potřebu či nutnost zapojení dalších odborníků ať již do diagnostického či výchovného procesu. Rodiče by měli být informováni o odchylkách ve vývoji dítěte, stejně jako o jejich pokroku a úspěchu. V případě identifikace speciálních vzdělávacích potřeb by měli být zapojeni i do procesu diagnostiky a plánování intervencí.

Pedagog by měl tedy navazovat pozitivní vztah a interakce s dítětem i s jeho zákonným zástupcem. Pro roli pedagogického poradce by měl být vybaven empatií a kompetencemi k rovnoprávné a relevantní komunikaci. Jednou z významných složek poradenské komunikace je například aktivní naslouchání. Učitel by měl zvládat pozorně naslouchat rodiči, aniž by ho přerušoval, a soustředit se na to, co mu sděluje jak verbálně, tak neverbálně. Empatická komunikace je v tomto případě zcela zásadní a učitel by měl umět vyjádřit porozumění a podporu, aniž by rodinu odsuzoval (Syslová, 2013).

V průběhu poradenského rozhovoru mohou vznikat náročné situace, učitel by měl být připraven a ovládat strategie k jejich řešení. Jedná se například o deeskalaci dialogu, verbalizaci uznání, případně validaci emocí rodiče. V každém případě je nutné udržet profesionální úroveň komunikace a nenechat se strhnout negativními emocemi. Sebereflexe učitele je základním předpokladem jeho profesního růstu. Měl by pravidelně reflektovat své metody a přístupy, jejich účinnost a být otevřený kritice a zpětné vazbě. S tím souvisí etika poradenské práce učitele. Ta je zásadní pro zachování důstojnosti a respektu vůči dětem i jejich rodinám (Lipnická, 2017).

Souhrnně pedagogické poradenství v mateřské škole zahrnuje soubor opatření a postupů, jejichž cílem je podpora a zajištění odpovídajícího vývoje a sociální integrace dětí v preprimárním vzdělávání. Učitel se tak stává integrovanou součástí podpůrné sítě rodin.

4.1.1 Dítě s ADHD v MŠ

Dítě často vykazuje první symptomy ADHD již ve velmi raném věku. V mateřské škole tedy dochází k jejich identifikaci s ohledem na zřetelné důsledky, které z toho vyplývají. Projevy ADHD mohou znamenat významné narušení vzdělávacího procesu, což omezuje nejen dítě samé potažmo jeho rodinu, ale i kolektiv třídy, či školky.

Omezení daná diagnózou výrazně ovlivňují chování a výkon dítěte v průběhu přítomnosti v mateřské škole. Děti odmítají dodržovat pravidla a respektovat autority, proto bývají hůře zvladatelné. Vedení třídy a pedagogické činnosti ve třídě, ve které je přítomno dítě s ADHD bývá náročné. Důsledkem mohou být stížnosti ze strany učitelů i ostatních rodičů. Děti s ADHD mívají potíže s navazováním a udržováním vztahů s vrstevníky. To může významně ovlivnit jejich sociální zkušenosti a integraci do kolektivu. Následuje nechuť chodit do školky a zapojovat se do činností. Individuální podpora a pozornost věnovaná dítěti vyžaduje aktivizaci dodatečných zdrojů. Nejčastějším podpůrným opatřením v těchto situacích bývá další pedagogický pracovník, resp. asistent pedagoga (Jucovičová & Žáčková, 2015).

Proto je v tomto případě poradenská role mateřské školy tak zásadní. Nejedná se jen o identifikaci a podporu specifických potřeb dítěte, ale zejména o spolupráci s rodinou. MŠ může rodiči zprostředkovat reflexi a srovnání a poskytnout mu cenné informace nejen o chování, ale zejména o potřebách dítěte a navrhnout modifikace složek výchovného procesu doma i ve škole. Učitelé proto musí být vybaveni znalostmi a schopnostmi rozpoznat individuální příznaky ADHD u dětí, případně mohou konzultovat situaci nejen s rodiči, ale také s odborníky. Tak mohou získat širší perspektivu a dodatečné informace ohledně relevantních přístupů a strategií potřebných pro další práci s dítětem (Michalová & Kratochvílová, 2022).

V kontextu etiky je nezbytné, aby učitel vždy přistupoval k dítěti s ADHD s respektem, empatií a bez předsudků. Dítě by mělo cítit, že je v bezpečném prostředí, kde může být samo sebou, aniž by bylo stigmatizováno pro svou diagnózu. Kromě toho by učitelé měli být obeznámeni a vybaveni také účinnými mechanismy zvládnutí stresu, neboť jsou nezbytné pro udržení standardu kvality péče a podpory, kterou dítě s ADHD potřebuje (Michalová & Pešatová, 2015).

Jak jsme zmínili, včasná a komplexní podpora dítěte s ADHD v mateřské škole může mít dlouhodobý dopad na další vývoj a motivace ke vzdělávání v následujících stupních, které jsou na území ČR pro každé dítě povinné. Proto je důležité, aby se mateřské školy zaměřily na další rozvoj svých poradenských kapacit a odpovídající vzdělání a informovanost učitelů v dané problematice. Současně by měli, a je jim to dáno legislativou, usilovat o další aktualizaci svých znalostí a dovedností, aby byly v souladu s aktuální úrovní poznání. Jedině tak mohou být schopni efektivně podporovat děti s ADHD i jejich rodiny v tom beztak již náročném úkolu, jakým je výchova dítěte s ADHD bezesporu je.

4.2 Základní škola

Základní škola je představuje další fázi formálního vzdělávání dítěte. Dítě přestupuje z mateřské školy do první třídy a stává se žákem. Výuka probíhá od prvního do devátého ročníku, obvykle ve věku 6-15 let. Toto období je charakterizováno předáváním formálního vzdělávání, žáci se učí základní dovednosti, tzv. trivium a se zvyšujícím se ročníkem pak i znalostem v oborech cizích jazyků, přírodních věd a společenských věd. Základní škola stejně jako předchozí stupeň vzdělávání poskytuje základ pro rozvoj sociálních dovedností, kritického myšlení a sebereflexe. Všechny zásady a cíle vzdělávání, jak jsou stanoveny školským zákonem, lze podrobněji nastudovat pod §2 jmenovaného zákona.

Základní škola hraje významnou roli ve výchovně-vzdělávacím procesu. Jak z názvu vyplývá jedná se o dvě základní složky, kterými jsou vzdělání a výchova. Ty jsou neoddělitelně propojeny, souhrnným pojmem je lze označit za edukaci. V tomto kontextu je zřejmé, že základní škola poskytuje žákům nejen základní vědomosti a dovednosti z různých oborů, ale také je připravuje na život ve společnosti tím, že učí sociálním a morálním hodnotám (Kovaříková, 2020).

Pokud ZŠ plní svou výchovnou funkci, pak by měla vést žáky, kromě předávání akademických znalostí, také k respektu, toleranci, spolupráci a dalším hodnotám, které jsou zásadní pro odpovídající integraci do společnosti. V každém případě by měla škola každému žákovi poskytovat bezpečné prostředí, ve kterém se učí interagovat s ostatními, vyjadřovat své názory a respektovat názory druhých. Také se učí řešit konflikty a vyrovnávat se s frustrací a případnými neúspěchy (Gillernová & Krejčová, 2012).

Základní škola tedy spoluutváří, jak žáci vnímají svět a společnost jak se v její struktuře a očekáváních orientují. Škola by jim proto měla pomoci nejen získat potřebné vědomosti a dovednosti, ale také je připravit na aktivní a zodpovědnou účast v společnosti.

4.2.1 Školní poradenské pracoviště

Základní, střední a vyšší odborné školy mají dle platné legislativy povinnost zřizovat Školní poradenská pracoviště (ŠPP). Ta se řídí školským zákonem s podrobnějším vymezením ve vyhlášce č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb. Školní poradenské pracoviště poskytuje pedagogicko-psychologických poradenských služby žákům, potažmo jejich zákonným zástupcům v době, kdy jsou dosud nezletilí. V případě potřeby ŠPP spolupracuje také s dalšími poradenskými zařízeními, které budeme zmiňovat dále.

Personální obsazení ŠPP zahrnuje nejčastěji metodika prevence a výchovného poradce. Je na rozhodnutí vedení dané školy, zda pracoviště rozšíří o další specialisty, kterými mohou být školní psycholog, školní speciální pedagog nebo sociální pedagog. O některé z těchto pozic, jejich distribuci a následně financování v rámci poradenských zařízení, se v současné době vedou zásadní diskuse na úrovni MŠMT a je předpoklad, že v dohledné době bude v této sféře docházet k zásadním modifikacím (MŠMT, 2022). Jmenujme alespoň obecné prvky, které jednotlivé pracovní pozice ŠPP odlišují.

Výchovný poradce poskytuje podporu učitelům a jejich žákům se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP). Může pomoci při úpravě podmínek jejich vzdělávání, nebo zajišťuje součinnost s dalšími školskými poradenskými zařízeními. Úkolem výchovného poradce ve škole je i kariérové poradenství a podpora volby povolání žáků (Mertin & Krejčová, 2020).

Školní metodik prevence negativních jevů je dle vyhlášky 72/2005 Sb. zodpovědný za monitoring a identifikaci rizikového chování mezi žáky školy. Má také koordinovat i realizovat preventivní programy a měl by se podílet na tvorbě minimálního preventivního plánu a krizového plánu školy. Jeho významným úkolem je poskytování poradenských služeb rodinám i žákům v případě výskytu rizikového chování (2005).

Kromě těchto pozic může v ŠPP působit také školní psycholog a speciální pedagog. Zaměřením školního psychologa by měla být komplexní psychologická péče o žáky, krizové intervence, podpora žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a sociální klima tříd. Náplní práce speciálního pedagoga je depistáž a podpora žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a adaptace školního prostředí s ohledem na jejich individuální potřeby vyplývající z dané diagnózy (tamtéž).

V některých školách je velmi efektivní zařazení také pozice sociálního pedagoga, který by se měl věnovat sociálním aspektům vzdělávání a jejich podpoře v sociální integraci.

Úkolem všech pracovníků ŠPP je kromě podpory žáka také spolupráce s učiteli a dalšími pedagogickými pracovníky školy. Ta je nezbytnou složkou koordinace a efektivní integrace poskytovaných služeb. V konkrétních případech pak může pracoviště spolupracovat s dalšími školskými poradenskými zařízeními (ŠPZ) (Mertin & Krejčová, 2020).

Podpora ŠPP by ale měla směřovat i k rodině daného žáka. Povinnosti školy vůči zákonným zástupcům žáka a vice versa jsou vymezeny platnou legislativou:

- §21 školského zákona přiznává zákonným zástupcům dětí a nezletilých žáků právo na informace o průběhu a výsledcích vzdělávání a na poradenskou pomoc školy. To lze

vztáhnout i na přístup rodiče k informacím o průběhu vzdělávacího procesu dítěte a také druh a způsob využitých podpůrných opatření.

- Dle §22 stejného zákona jsou naopak zákonní zástupci povinni zajistit řádnou docházku dítěte a informovat školu o zdravotních změnách, které by mohly ovlivnit vzdělávání, případně se zúčastnit jednání v případě řešení náročných situací, které mohou v průběhu vzdělávání žáka nastat.
- Povinností pedagogických pracovníků uvedenou v §22b je pak zejména povinnost poskytovat rodině informace spojené s výchovou a vzděláváním.

V návaznosti na tyto povinnosti je vhodné zmínit, že dle zákona č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů (v platném znění), musí každý učitel základní školy splňovat jisté kvalifikační předpoklady. Tím je magisterské vzdělání v oblasti pedagogicko-psychologických věd. Podle §24 stejného zákona, mají pedagogičtí pracovníci také povinnost dalšího vzdělávání, jehož cílem je udržení, obnova případně doplnění požadované kvalifikace. Učitel by tedy měl disponovat specializovanými znalostmi a dovednostmi v kontextu individuálních potřeb vztahujících se právě k těm žákům, které vzdělává. To zahrnuje kromě dostupných odborných informací a doporučených přístupů také jejich aktualizaci na současnou úroveň poznání dané problematiky.

Lze tedy předpokládat, že učitelé budou mít nejen dostatečné znalosti a kompetence k řešení náročných výchovně-vzdělávacích situací ve škole, ale budou také schopni poskytovat odbornou pedagogicko-psychologickou pomoc a radu rodinám. Například navrhnout modifikace přístupu, případně řešení výchovných situací (Michalová & Pešatová, 2015).

Spolupráce mezi školou a rodinou je v každém případě zásadní pro naplnění maximálního možného potenciálu žáka. O to více pak, pokud se jedná o žáka se SVP, resp. s ADHD, který pro naplnění svých specifických potřeb potřebuje individualizovaný přístup nejen ve výchově, ale i ve vzdělávání.

4.2.2 Žák s ADHD v ZŠ

Žáci s ADHD představují výzvu nejen pro vlastní rodinu, ale také pro učitele i kolektiv třídy, případně celé školy (v závislosti na velikosti ZŠ). Jejich úspěch v akademickém i sociálním prostředí je významně ovlivněn dosaženou úrovní schopnosti zvládat či kompenzovat symptomy ADHD. Nezastupitelnou roli v edukačním procesu proto hraje koordinovaná spolupráce učitele, ŠPP a rodiny žáka (Jucovičová & Žáčková, 2010).

Třídní učitel, který bývá v denním kontaktu s žákem a může tak sledovat a analyzovat jeho chování, případně identifikovat spouštěče afektivních projevů. S ohledem na vlastní pedagogickou diagnostiku tak může zahájit včasnou podporu žáka například aplikací odlišných metod, případně forem výuky tak, aby reflektovaly individuální potřeby dítěte.

U žáka s ADHD je vhodné vytvářet zejména přehledné a pozitivní prostředí, které může napomoci k lepšímu zvládnutí chování a emočních reakcí. Jedná se například o pozitivní zpětnou vazbu, strukturalizaci činností, úkolů i pomůcek, rutinu a nastavení jasných konzistentních pravidel a hranic (Jucovičová & Žáčková, 2010).

Učitel musí dále disponovat odbornými kompetencemi nejen ve vztahu ke vzdělávacímu obsahu a metodám výuky, ale také k výchovnému vedení žáka a odpovídající komunikaci. Důležitou složkou je zde opět relevantní pedagogická komunikace. Pedagog by měl s žákem mluvit citlivě, trpělivě a s porozuměním pro jeho potíže. Stejně zásady platí také pro komunikaci se zákonnými zástupci dítěte. Ty jsme již formulovali ve stati věnované poradenské roli učitele MŠ a lze je aplikovat obdobně i v kontextu pedagogické komunikace učitele základní školy (Lipnická, 2017). Více k pedagogické komunikaci lze nastudovat také v četných odborných textech i publikacích, např. v knize *Pedagogická komunikace v teorii a praxi* paní Prof. PhDr. Aleny Nelešovské, CSc. (2005) a dalších.

Ve vztahu k výchově i vzdělávání je důležité ADHD respektovat jako neuro-biologicky podmíněnou poruchu. Nedostatky dané poruchou funkce některých částí CNS nelze kompenzovat vůlí jedince a jen částečně je lze ovlivnit medikací či jinými terapiemi (Pact, 2007). Schopnost kompenzace přichází na řadu často až v dospělém věku, což je podloženo bio-psychologickými zákonitostmi vývoje člověka. Z diagnózy ADHD vyplývá mimo jiných také požadavek na přehlednost, stabilitu a předvídatelnost prostředí i postupů (Jucovičová & Žáčková, 2015).

Konzistentnost požadavků školy a rodiny proto může významně ovlivnit edukační proces v obou prostředích. Vytváření stabilních a jednotných postupů napomáhá dítěti s orientací v očekávání okolí. Dochází k snazšímu propojení jednání s důsledky, čímž se zvyšuje šance na relevantní reakci dítěte. Celkově pak může v případě integrovaného postupu dojít k výraznému snížení projevů impulsivního chování a iritability. Pokud tedy budou všichni aktéři sdílet relevantní a účinné strategie a v součinnosti přistupovat k dítěti s ADHD, přiblíží tím dosažení požadovaného cíle, který je pro všechny shodný, a tím je přiměřená stabilizace výchovné i vzdělávací činnosti (Jucovičová & Žáčková, 2010; 2015).

Z uvedeného vyplývá, že požadavek na úpravy prostředí, strukturalizaci, rutinu a některé další strategie navrhované k podpoře žáka s ADHD, vykazují jisté paralely s intervencemi v současnosti využívanými při práci s dětmi s poruchou autistického spektra (PAS). To svědčí o univerzálnosti některých z těchto principů a jejich využitelnosti i při edukaci žáků s ADHD. Sloučení obou diagnóz v oficiálních diagnostických manuálech do stejné kategorie neurovývojových poruch pak jen potvrzuje tento předpoklad (Márquez-Caraveo et al., 2021).

4.3 Školská poradenská zařízení

Systém poradenství ve školství v české republice je dále doplněn o školská poradenská zařízení (ŠPZ). Jsou zřizována na základě §116 školského zákona. Podrobněji jsou vymezena vyhláškou o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních č. 72/2005 Sb. (v platném znění). Jejich smyslem je poskytování podpory jak žákům se SVP, tak i pedagogům a současně i zákonným zástupcům, jak vyplývá ze zmíněné legislativy.

Úkolem ŠPZ je diagnostika a podpora vzdělávacího procesu žáků se SVP, a to jak před jeho zahájením, tak v průběhu. Za tím účelem navrhují podpůrná opatření a monitorují jejich efektivitu. Poradenská zařízení hrají významnou roli v prevenci a řešení obtíží v oblasti vzdělávání, rizikového chování a dalších situací v průběhu celého vzdělávacího procesu. Snaží se vytvořit optimální podmínky pro všechny žáky včetně těch, kteří jsou jakkoliv znevýhodněni. Zásadní úlohou ŠPZ je také podpora a rozvoj znalostí a dovedností pedagogických pracovníků, kteří s těmito žáky pracují. (Schmalzová, 2020)

4.3.1 PPP

Pedagogicko-psychologické poradny (PPP) jsou součástí školského poradenského systému a jejich cíle, úkoly a kompetence jsou vymezeny již zmíněnou legislativou. Z ní se dozvídáme, že mezi základní úkoly PPP patří diagnostika vzdělávacích a výchovných potřeb dětí, žáků a studentů, metodické vedení a pomoc pedagogům i rodičům, poradenství v oblasti volby vzdělávací dráhy žáků a studentů, a další, jako je například vyšetřování školní zralosti dětí. Péči poskytují dětem (a jejich rodinám) od věku 3 let až po dokončení středního či vyššího odborného vzdělávání, nejčastěji formou individuální péče, případně skupinové práce (2005).

Tým pedagogicko-psychologických poraden (PPP) bývá multidisciplinární, jedná se zejména psychology, speciální pedagogy a sociální pracovníky. Standardní činnosti jednotlivých pracovníků jsou vymezeny ve vyhlášece o poskytování poradenských služeb č. 72/2005 Sb.

(v aktuálním znění). Činnosti jednotlivých pracovníků jsou dány opět již zmíněnou legislativou, na základě které konstatujeme:

Mezi hlavní činnosti psychologa v PPP patří psychologická diagnostika, zejména pak stanovení úrovně kognitivních schopností. Dále pak poskytování individuálních či skupinových intervencí, podpora žáka ve volbě dalšího vzdělávání nebo povolání a realizace preventivních programů či reedukace. Důležitá je také spolupráce se zákonnými zástupci a metodické vedení pedagogů.

Speciální pedagog vykonává speciálně pedagogickou diagnostiku. Ta se může případně lišit v návaznosti na zaměření daného zařízení, nejčastěji se jedná o specifické vývojové poruchy učení a chování (SPUCH). Poskytuje také speciálně pedagogické poradenství, intervence, reedukaci, a pomáhá zákonným zástupcům v otázkách speciálního vzdělávání. Důležitou součástí jeho práce je vedení a podpora rodičů a školy.

Náplní práce sociálního pracovníka v poradenském zařízení může být sociálně-právní poradenství, analytická práce, sociální šetření a také zjišťování potřeb klientů. Významnou složkou jeho práce je komunikace se zákonnými zástupci, případně s dalšími institucemi a odbornými zařízeními. Měl by se také orientovat v dostupných sociálních službách a podpoře.

Metodik prevence má na starost koordinaci preventivních opatření s cílem předcházet rizikovému chování mezi žáky ve školách. Je zodpovědný za spolupráci se školními metodiky prevence a řešení problémů souvisejících s rizikovým chováním. Také spolupracuje s dalšími organizacemi a institucemi nabízejícími preventivní programy případně řešení krizových situací ve školách. Dále se podílí na tvorbě zpráv, hodnocení a stanovování priorit v dané oblasti.

Každá z těchto pozic přináší do práce poradny trochu jinou odbornou perspektivu. Všichni zmínění pracovníci pedagogicko-psychologických poraden by však měli tvořit jeden společný multidisciplinární tým, který poskytuje komplexní péči o žáky s různými potřebami.

Je zřejmé, že výzvy, kterým čelí rodiny s dětmi s ADHD, vyžadují cílenou a specifickou podporu. PPP by mělo k rodičům přistupovat s porozuměním a nabízet konkrétní efektivní strategie a nástroje, které jim pomohou lépe porozumět potřebám svých dětí a současně zvládat náročnou výchovu. Poradenství by mělo začít vysvětlením, co ADHD je a jak se projevuje, aby mohli rodiče lépe porozumět reakcím a emočním stavům jejich dítěte. Pracovníci PPP by měli rodině poskytnout reálný náhled na možné důsledky této diagnózy ve vztahu ke vzdělávání a k sociální interakci dítěte. Zvládání problematického chování dítěte může vyžadovat

specifické strategie a nastavení jasných pravidel a hranic. Využít lze i pozitivního posilování a různé techniky pro zvládnání impulsivity a nepozornosti. Poradenství by nemělo opomenout ani možné dopady na rodinný život a jak se s nimi vyrovnat. ADHD může vést k napětí a ke konfliktům v rodině. Poradenská pracovníci mohou instruovat pečující osoby, jak například efektivně komunikovat s dítětem a jak zvládat vlastní stres a frustraci (Procházka, 2014).

Poradenství by také mělo rodičům poskytnout informace o dalších dostupných zdrojích informací a podpory, doporučit sociální a terapeutické služby pro děti s ADHD, případně další služby, které mohou rodině i dítěti pomoci. Zákonní zástupci představují neopomenutelný prvek v procesu výchovy a vzdělávání dítěte. Jejich informovanost a podpora je významným aspektem účinnosti nastavených podpůrných opatření.

V případě, kdy je u žáka identifikováno kromě ADHD další zdravotní postižení, např. mentální, tělesné či smyslové, případně PAS, je nutné, aby jej předali do péče Speciálně pedagogického centra (Schmalzová, 2020).

4.3.2 SPC

Speciálně pedagogická centra (SPC) jsou zaměřena na poskytování poradenských služeb žákům s různými typy tělesného, smyslového nebo kognitivního postižení. Konkrétně se jedná o mentální, tělesné, zrakové, sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami a poruchy autistického spektra, jak cílovou skupinu péče tohoto zařízení vymezuje již dříve zmíněná vyhláška o poskytování poradenských služeb (2005; Schmalzová, 2020).

Pracovní pozice SPC se víceméně shodují s těmi, které jsme popsali ve stati týkající se PPP s tím, že speciální pedagog zde bude pravděpodobněji specializován na konkrétní oblast speciální pedagogiky v závislosti na zaměření Centra (resp. druh postižení). Poradenské pracoviště však může být dle rozhodnutí vedení a potřeb zařízení obohaceno také o další specializace, jako např. fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický logoped atp. Spolupráce s dalšími profesionály, kteří se úzce specializují na rozvoj a terapie konkrétních potřeb dětí využívajících daného SPC umožňuje vytváření komplexního individuálního plánu péče o toto dítě (2005).

SPC nabízí speciálně pedagogické a psychologické intervence, a to zejména v případech, kdy je nemůže zajistit škola. SPC může také poskytovat kariérní poradenství žákům. Rodinám může nabízet informační, konzultační, poradenskou a metodickou podporu. Služby mohou být poskytovány buď ambulantně v rámci centra, nebo přímo ve školách, rodinách a dalších zařízeních. Podstatná část SPC se zřizuje přímo při speciálních školách (Schmalzová, 2020).

Spolupráce mezi speciálně-pedagogickým centrem a rodinou dítěte s postižením je opět zásadním prvkem úspěšné sociální integrace, výchovně-vzdělávacího procesu i celkového vývoje dítěte. Rodina je primárním prostředím, které dítěti poskytuje a zajišťuje péči, oporu fyzickou i emocionální a má zásadní význam pro rozvoj jeho schopností a dovedností. Rodina bývá také prvním místem, kde jsou identifikovány speciální vzdělávací potřeby dítěte (Maňák, Prokop & Solfronk, 1998; Laca, 2013).

SPC provází rodiny procesem pochopení individuálních potřeb žáka a poskytuje jim potřebné nástroje a dovednosti ve vztahu k zajištění jeho maximálního možného rozvoje. Rodina může prostřednictvím centra získat podrobné informace o dostupných možnostech vzdělávání a navrhovaných podpůrných opatřeních. Měla by být také instruována a orientována v oblasti spolupráce s dalšími odborníky, lékaři a vzdělávacími institucemi, aby bylo zajištěno optimální prostředí pro vývoj dítěte (Pešová & Šamalík, 2006).

Kromě toho, vzájemná komunikace mezi SPC a rodinou posiluje schopnost rodiny aktivně se podílet na výchově a vzdělávání dítěte. Rodina může být současně i zdrojem cenných informací o dítěti, které mohou pracovníci využít při vytváření individualizovaných plánů či opatření. Tedy navázání pozitivního vztahu a komunikace mezi speciálně-pedagogickým centrem a rodinou s dítětem s postižením, je opět významným ukazatelem budoucí efektivity poskytovaných podpůrných opatření ve smyslu nejen edukačního procesu žáka, ale i jeho integrace do společnosti (Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011).

Dalším aktérem v systému školského poradenství, a to zejména v případě rodiny s dítětem s ADHD, je Středisko výchovné péče (SVP). Z hlediska legislativy prozatím není oficiální součástí školského poradenského systému, neboť spadá pod výkon ústavní výchovy, nicméně prakticky tomu tak je.

4.3.3 SVP

Střediska výchovné péče (SVP) byly začleněny do systému českého školství v roce 1991. Zabývají se preventivními a výchovnými činnostmi ve vztahu k dětem a mládeži s rizikovým chováním nebo s neadekvátním sociálním vývojem. Hlavním cílem SVP je zabránit negativním projevům takového chování, řešit již existující obtíže a podpořit odpovídající vývoj a sociální integraci dítěte či žáka. Klienty SVP jsou obvykle děti nebo žáci ve věku od 3 let do ukončení soustavné přípravy na budoucí povolání, což bývá do věku maximálně 26 let. Její činnost je regulována zákonem 109/2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy

ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů v platném znění (2002).

Dle § 16 odst. 3 tohoto zákona může středisko poskytovat své služby ve formě ambulantní, celodenní, internátní (nejdéle 8 týdnů) či terénní (ve škole nebo doma). Nejčastěji se v SVP setkáme s dříve již popsanými pozicemi psycholog, speciální pedagog (etoped) a sociální pracovník.

Ambulantní oddělení se zaměřuje na poskytování speciálně-pedagogické a psychologické diagnostiky a intervencí na žádost zákonných zástupců, případně dospívajících starších 15 let. Na základě rozhovoru s klientem a jeho rodinou, a výsledky diagnostického procesu vytváří SVP individuální výchovný plán. Ten pak může být naplňován formou krátkodobé podpory, intervencí nebo dlouhodobým vedením. Některá SVP poskytují také skupinové případně rodinné terapie. Ambulantní oddělení SVP současně spolupracuje se školami spolupodílí se na realizaci speciálně-pedagogických či terapeutických programů. Řeší nejčastěji problémy, jako je šikana, školní násilí nebo zneužívání návykových látek ve školách. Úkolem SVP může být i sociometrie ve školách, tvorba preventivních programů pro školy a jejich realizace (Švamberk Šauerová, Špačková & Nechlebová, 2012).

Internátní oddělení poskytuje celodenní internátní pobyt dítěte se závažnými poruchami chování. Pobyt nejčastěji probíhá formou komunitního terapeutického programu. Zásadní složkou je pozitivní klima a navázání kladného vztahu s rodinou. Během pobytu také pokračuje školní docházka dítěte, některá střediska proto zřizují vlastní třídy v rámci stejné budovy. Stacionární oddělení může poskytovat terapeutický program v odpoledních hodinách. Klient sem dochází po škole a večer se vrací domů.

V České republice je v současné době organizováno 32 pracovišť SVP. Obvykle jsou zřizována Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) a pracují pod vedením diagnostických ústavů jako samostatná oddělení (MŠMT, 2023).

Jednou z hlavních služeb SVP jsou konzultace, odborné informace a výchovné poradenství poskytované rodinám, dětem i pedagogickým pracovníkům. Střediska také kromě přímé práce s klientem spolupracují s ostatními poradenskými zařízeními. Nenahrazují však jejich funkci, spíše ji doplňují. SVP například nemůže vydávat Doporučení ke vzdělávání žáka. Svou specializací a tím danými znalostmi a zkušenostmi však může přispět k jeho tvorbě. SVP může v těsné spolupráci s PPP analyzovat konkrétní potřeby dítěte, identifikovat nejvhodnější strategie, metody a postupy a navrhnout konkrétní modifikace výchovně-vzdělávacího procesu. Tyto návrhy může PPP zapracovat do svého Doporučení pro vzdělávání žáka. Takový přístup

představuje interdisciplinární model spolupráce, kdy každá z institucí přispívá svými specifickými znalostmi a dovednostmi k vytvoření efektivnějšího vzdělávacího plánu (Švamberg Šauerová, Špačková & Nechlebová, 2012).

Vztah mezi Střediskem výchovné péče (SVP) a rodinou dítěte s ADHD by měl být založen na principu rovnocenného partnerství a spolupráce. Společným cílem obou je optimalizace vývoje dítěte a jeho sociální integrace. Tím lze současně dosáhnout i stabilizace rodinného systému.

První setkání rodičů s pracovníkem SPV může být náročné. Přicházejí často s pocitem neúspěchu, frustrace nebo bezmoci. Sami se již snažili o nápravu a adaptaci výchovného vedení svého dítěte, nicméně dosud nedosáhli očekávaných výsledků. Proto je primární rolí pracovníka střediska vytvořit akceptující prostředí, vyjadřující podporu a porozumění. Je vhodné zdůraznit, že cílem spolupráce není najít viníka, ale zajistit zlepšení situace nejen pro dítě, ale i pro rodinu. Spolupráce je vždy založena na důvěře a otevřenosti. Středisko může nabídnout specializovanou výchovně poradenskou péči, psychologické konzultace jednotlivci i skupině, vhodné jsou zejména terapie rodinné. Mohou také předávat konkrétní informace týkající se výchovného vedení žáka s ADHD. Integrují tedy vzdělávání rodiny v kontextu diagnózy, poskytují rady a doporučení týkající se každodenního života i vztahů, a současně i nabídku psychologické podpory. Úspěch terapií a dalších poskytovaných služeb závisí zejména na kvalitě vztahu mezi rodinou a daným profesionálem (Pešová & Šamalík, 2006; Procházka, 2014).

Na druhou stranu, je vhodné zmínit, že i rodina je plnohodnotným partnerem v této diskusi a procesu. Může nabídnout jedinečné perspektivy, zkušenosti a poznatky, které mohou přispět k individualizaci výchovného plánu dítěte a obohatit tak přístupy SVP k dětem či žákům s danou poruchou. Je proto zásadní, aby každý pracovník projevil uznání rodičům, aktivně naslouchal a dále podporoval proaktivní přístup rodiny.

Školské poradenství hraje významnou roli v podpoře a pedagogickém vedení žáků s ADHD v době školní docházky. Zapojení poradenských institucí je významné nejen pro podporu edukačního procesu tohoto žáka, ale také podporu rodinného systému. Rodina je primární socializační jednotkou dítěte, ale i základním kamenem, na kterém lze stavět úspěch případných intervencí a efektivitu spolupráce a vzdělávacího procesu. Ani význam školského poradenství nelze podceňovat. Jeho role je významná při modifikaci edukačního procesu i při vytváření inkluzivního a podporujícího prostředí celé společnosti. Jen v takovém totiž mohou děti s ADHD dosáhnout svého potenciálu na rovnoprávném základě s ostatními.

5 Shrnutí teorie

Teoretická část poskytuje ucelený pohled na problematiku ADHD, s důrazem na rodinné prostředí a podpůrné služby. Soustředili jsme se stručný popis syndromu poruch pozornosti se zkratkou ADHD. Předložili jsme základní definice, osvětlili etiologii a prevalenci a aktuální klasifikační kritéria dle současného stavu poznání. Krátce jsme popsali, jak se může porucha projevovat v dospělosti, čímž jsme potvrdili, že se výskyt neomezuje jen na období dětství, jak bylo chápáno dříve. Vývoj terminologie a klasifikačních kritérií nám umožnil pochopit, proč je ADHD dosud dynamickou diagnostickou kategorií a proč je tak zásadní využívat korektní a aktuální terminologii. V části, která popisuje diagnostický proces, jsme uvedli také některá specifika syndromu ADHD, která nebývají tak mediálně známá jako základní triáda, nicméně nám mohou pomoci lépe se orientovat. Díky této teorii jsme byli schopni přiblížit nejen pouhý popis již známé symptomatologie, ale i širší perspektivu a dopady poruchy na život jedince z hlediska speciálně-pedagogického, medicínského a celospolečenského.

Zkoumání rodiny jako základní sociální jednotky bylo nezbytné pro pochopení, jak ADHD ovlivňuje nejen jednotlivce, ale celý rodinný systém a jeho klima. Byly popsány základní funkce rodiny a jak mohou být ovlivněny přítomností diagnózy ADHD u dítěte.

Podstatnou část teorie jsme věnovali poradenství ve školství. Děti a žáci s ADHD většinou potřebují specifickou podporu v průběhu edukačního procesu, a proto jsme věnovali pozornost zejména poradenské roli školského systému. V tomto tématu jsme popsali poradenskou roli mateřské i základní školy a školních i školských poradenských pracovišť a zařízení, včetně středisek výchovné péče. Zaměřili jsme se na některé aspekty ve vztahu k poradenství poskytované rodinám s dětmi s ADHD. SVP by měla v případě podpory rodin s dětmi s ADHD hrát zásadní roli, nicméně jejich zastoupení na území ČR není dostatečné.

Z popsané teorie vyplývá požadavek na lepší dostupnost některých poradenských služeb rodinám s dětmi s ADHD a potřeba holistického a integrovaný přístupu, který bere v úvahu individuální potřeby dítěte, jeho rodiny a širší společnosti. To je také v souladu s principy inkluze, ke které se Česká republika v současnosti hlásí. Praktická část práce bude zaměřena na aplikaci těchto teoretických poznatků na reálné situace. Konkrétně se pokusí se analyzovat, zda je spolupráce rodin a školských podpůrných systémů odpovídající a efektivní. To by mělo pomoci identifikovat případné nedostatky, které vyžadují zlepšení. Významem této práce je zviditelnit nutnost integrace a aktivní účasti všech aktérů výchovně-vzdělávacího procesu dítěte tak, aby byla případná podpůrná opatření relevantní, potažmo účinná.

6 Empirická část

6.1 Úvod do tématu

Poruchy pozornosti s hyperaktivitou, známé pod zkratkou ADHD (z anglického Attention Deficit Hyperactivity Disorder), jsou jedny z nejčastějších neurovývojových poruch u dětí, se kterými se v současné době setkáváme. Diagnóza ADHD je charakterizována tzv. základní triádou, tedy sníženou schopností soustředit se, impulzivitou a nadměrnou aktivitou. Pojí se s ní však i další typické charakteristiky, z nichž většina významně ohrožuje zdravý vývoj a společenskou integraci dítěte včetně jeho rodiny. Porucha může mít významný dopad na vytváření odpovídajících vztahů s vrstevníky i na akademickou úspěšnost žáka. A právě proto v průběhu školní docházky vyvstává potřeba nastavení odpovídající podpory, jejímž hlavním cílem je stabilizace edukace žáka (Paclt, 2007; Jucovičová & Žáčková, 2010).

Stanovení relevantních podpůrných opatření je však přímo závislé na zjištění správné diagnózy a diskriminaci jiných možných poruch chování či emocí, které by mohly vyžadovat odlišné přístupy a podporu. Proto je také diagnostika ADHD multidisciplinární. Zásadní roli v rozhodovacím procesu mají nejen lékaři a specialisté, ale i samotné rodiny dětí a zejména pak školní i školský poradenský systém. Vztahy mezi těmito stranami mohou významně ovlivnit kvalitu péče o dítě, potažmo jeho budoucí integraci do společnosti (Maňák, Prokop & Solfronk, 1998; Miovský, 2018).

Prostřednictvím smíšeného výzkumného designu se proto zaměřujeme na zkoumání vztahů mezi pedagogicko-psychologickým vzděláním pečujících osob a jejich rozhodnutími v procesu diagnostiky ADHD u dětí. Dále pozorujeme vztah mezi volbou poradenského zařízení a kvalitou spolupráce s rodinou což může mít zásadní vliv na zavedení a účinnost poskytovaných podpůrných opatření.

Kvantitativní část analyzuje souvislosti mezi formálním vzděláním pečujících osob a jejich rozhodovacím procesem v kontextu diagnostiky ADHD, a zda má volba poradenského zařízení vliv na kvalitu spolupráce s rodinou.

Paralelně se kvalitativní část výzkumu soustředí na hlubší pochopení očekávání a postojů rodin vůči diagnostickému procesu ADHD a jejich zkušenost a prožíváním různých fází přijetí této diagnózy. Zvláštní důraz je zde kladen na interakci rodin se školním a poradenským systémem.

6.1.1 Teoretický rámec tématu

Kombinovaný přístup nám umožňuje získat komplexní pohled na danou problematiku a pochopit, jak se vzájemně ovlivňují různé faktory v procesu diagnostiky a péče o děti s ADHD. Výsledky výzkumu mohou přispět k lepšímu pochopení potřeb rodin a napomoci k zefektivnění strategií zaměřených na podporu dětí s ADHD a jejich rodin.

ADHD neboli porucha pozornosti s hyperaktivitou je neurovývojová porucha, která se obvykle začíná projevovat v dětství. Je charakterizována třemi hlavními symptomy: nepozorností, hyperaktivitou a impulzivitou. Děti s ADHD mohou mít potíže soustředit se, být fyzicky více aktivní, neklidné, mít potíže s dokončením úkolů, případně trpět výpadky v kontextu zadání či komunikace. Významný je také dopad syndromu na společenské interakce (Paclt, 2007).

Diagnostika ADHD vyžaduje pečlivé vyhodnocení chování i vývoje dítěte. Dětská psychiatrie a kliničtí psychologové obvykle využívají rozhovorů, pozorování, případně dostupných standardizovaných hodnotících nástrojů. Součástí diagnostických kritérií je také posouzení dopadu symptomů ADHD na každodenní život jedince a vyloučení, zda příznaky nemohou být projevem či důsledkem jiného postižení (Miovský, 2018).

Rodiče či pečující osoby jsou často prvními, kdo si u dítěte všimne atypického chování. Jejich očekávání, představy a postoje k diagnostickému procesu mohou ovlivnit, jak rychle a zda vůbec vyhledají odbornou pomoc, případně jak se zapojí do léčebného či terapeutického procesu. Podpora aktivní účasti rodiny je ve všech fázích péče o dítě zásadní a nenahraditelná. Má také dopad na úspěšnost dalšího rozvoje dítěte s ADHD a jeho vnímání společnosti (Jucovičová & Žáčková, 2015).

Proces, kterým si rodiny procházejí, pokud zjistí, že má dítě jistá omezení, je běžně popisován jako 3 nebo 4fázový. Vágnerová (2004) popisuje tři fáze, které poslouží pro srovnání v našem následujícím průzkumu. První fáze, šok a popření, je vysvětlována jako prvotní odmítání zjištění coby obranný mechanismus rodiče. V té chvíli je velmi důležitá podpora ze strany odborníků, která je také určující. Následuje fáze akceptace, kdy rodiče vyhledávají informace a způsoby, jak situaci zpracovat a přizpůsobit se jí. Je více aspektů, které ovlivňují úroveň zpracování této fáze, včetně informovanosti, které ovlivňují, jak tuto situaci zvládnou. Ve fázi realismu se rodiče smířují s danou realitou a vyvíjejí kompenzační mechanismy, zaměřují se na podporu dítěte. Snažíme pochopit, jak rodiče dětí s ADHD procházejí těmito fázemi, případně zda je jejich situace odlišná.

Formální pedagogicko-psychologické vzdělání pečujících osob může významně ovlivnit rozhodování rodin v souvislosti s procesem diagnostiky ADHD. Osoby se vzděláním v tomto oboru mohou disponovat vyšší mírou znalostí a orientace v problematice, což jim může usnadnit rozhodování a vést pravděpodobněji k odpovídající volbě, diagnostice, terapii i léčbě. Naopak osob, které nemají dostatečné informace, mohou vykazovat vyšší potřebu podpory a zdrojů z vnějšku (Michalová & Pešatová, 2015).

V procesu diagnostiky a péče o děti s ADHD hraje důležitou roli také škola a školská poradenská zařízení. Patří mezi ně školy, školní poradenská zařízení, pedagogicko-psychologické poradny, speciálně-pedagogická centra a střediska výchovné péče. Tato zařízení mohou poskytovat specifické služby, jako např. diagnostiku, poradenství, podporu ve vzdělávání a další cílené intervence. Zpětná vazba a komunikace založená na partnerství mezi rodinami a školami i poradenskými zařízeními může být determinující pro efektivitu poskytnuté podpory a následnou úspěšnost výchovně-vzdělávacího procesu (Najmonová et al., 2019).

6.1.2 Hlavní cíl

Hlavním cílem tohoto smíšeného výzkumu je prozkoumat a pochopit, jak formální pedagogicko-psychologické vzdělání pečujících osob ovlivňuje jejich rozhodovací procesy v souvislosti s diagnostikou ADHD u dětí, a zhodnotit vztahy mezi rodinami a různými typy poradenských zařízení, s cílem odhalit, jakou úroveň podpory poskytují jednotlivé typy poradenských zařízení. Paralelně s tím se zaměřujeme na pochopení očekávání, postojů a zkušeností rodin během diagnostického procesu ADHD u jejich dětí, a jak tyto aspekty ovlivňují jejich prožívání jednotlivých fází přijetí diagnózy a jejich spolupráci se školním a poradenským systémem. Hlavní cíl je zkoumán prostřednictvím kombinace kvantitativních a kvalitativních výzkumných metod pro komplexní pochopení dané problematiky.

6.2 Kvantitativní část výzkumného šetření

V kvantitativní části výzkumného šetření extrahujeme z hlavního cíle úkol: zkoumat vztahy mezi formálním pedagogicko-psychologickým vzděláním pečujících osob a jejich rozhodnutími v procesu diagnostiky ADHD u dětí, a také hodnotit, jak druh poradenského zařízení ovlivňuje kvalitu spolupráce s rodinou v oblasti komunikace. Tato část výzkumu zkoumá dva vedlejší cíle:

1. Ověřit, zda má formální pedagogicko-psychologické vzdělání pečující osoby vliv na rozhodnutí a zpracování procesu diagnostiky ADHD u dítěte. Tento cíl nám přiblíží,

zda související odborné vzdělání zákonného zástupce ovlivňuje přístup dítěte k diagnostice, potažmo relevantní péči.

2. Zjistit, zda existuje souvislost mezi typem poradenského zařízení (škola/ŠPP, ŠPZ, SPC, SVP) a kvalitou spolupráce tohoto zařízení s rodinou v oblasti poradenské komunikace. Cíl je zaměřen na hodnocení spolu práce jednotlivých poradenských zařízení s rodinami a jejich schopnosti poskytovat adekvátní podporu a komunikaci.

První se zaměřuje na analýzu vztahu mezi formálním pedagogicko-psychologickým vzděláním pečujících osob a jejich rozhodovacím procesem při diagnostice ADHD u dítěte. Cílem je zjistit, zda vzdělání v pedagogickém/psychologickém oboru ovlivňuje rozhodování o diagnostice ADHD u dětí.

K ověření tohoto vedlejšího cíle jsou formulovány následující hypotézy:

1H⁰ Nulová hypotéza – *Formální pedagogicko-psychologické vzdělání pečujících osob nemá vliv na rozhodnutí a způsob zpracování procesu diagnostiky ADHD u dítěte.*

1H¹ Alternativní hypotéza – *Formální pedagogicko-psychologické vzdělání pečujících osob má vliv na rozhodnutí a způsob zpracování procesu diagnostiky ADHD u dítěte.*

Je pravděpodobné, že vzdělání a znalosti v oblasti pedagogicko-psychologických věd mohou mít zásadní vliv při rozhodování o diagnostickém procesu. Diagnostika ADHD je komplexní a vyžaduje orientaci v symptomech, podpoře i možnostech terapií či léčby. Rodiny by měly být dostatečně informovány, aby pochopily, proč je diagnostika jejich dítěte vhodná a jací specialisté ji zajišťují. Rozhodnutí rodičů a pečujících osob o způsobu diagnostiky a následném přístupu k podpoře a léčbě dítěte s ADHD může být ovlivněno různými faktory. Díky pedagogicko-psychologickému vzdělání by však mohli rodiče disponovat dostatečnými informacemi a nástroji potřebnými pro porozumění a zvládnání náročné výchovy dítěte a důsledků s tím spojených. Volba hypotézy je proto motivována potřebou pochopit, zda existuje jistý vztah mezi úrovní informovanosti rodin a jejich schopnosti se relevantně zapojit do procesu diagnostiky ADHD u jejich dětí.

Očekáváme, že výsledky tohoto výzkumu mohou poskytnout informace o tom, jak informovanost a vzdělání ovlivňuje rozhodování pečujících osob v procesu diagnostiky ADHD.

Druhý cíl této části se zaměřuje na hodnocení, jak typ poradenského zařízení ovlivňuje kvalitu spolupráce s rodinou v oblasti komunikace. Chceme zjistit, zda existuje souvislost mezi daným poradenským zařízením (škola/ŠPP, ŠPZ, SPC, SVP) a kvalitou spolupráce tohoto zařízení s rodinou.

K ověření tohoto vedlejšího cíle jsou formulovány tyto hypotézy:

2H⁰ Nulová hypotéza Volba poradenského zařízení (škola/ŠPP, ŠPZ, SPC, SVP) nemá významný vliv na kvalitu spolupráce zařízení s rodinou (komunikace).

2H¹ Alternativní hypotéza Volba poradenského zařízení (škola/ŠPP, ŠPZ, SPC, SVP) má významný vliv na kvalitu spolupráce zařízení s rodinou (komunikace).

Vycházíme z předpokladu, že volba poradenského zařízení může ovlivnit úroveň a kvalitu spolupráce s rodinami s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami, v tomto případě s poruchami chování a emocí, resp. ADHD. Různá poradenská zařízení, jako jsou školy a poradenská zařízení ve školství (ŠPP, ŠPZ, SPC, SVP), mohou disponovat odlišnými zdroji a metodami poskytování podpory rodinám.

Snažíme se tedy pochopit, jak se obsahová stránka, odborná úroveň a kvalita spolupráce mezi poradenským zařízením a rodinou může lišit v závislosti na typu zařízení. Jedná se o zásadní aspekty, které určují nejen vlastní podporu poskytovanou rodinám, ale také ochotu rodiny ke spolupráci s daným zařízením. V kontextu ADHD je integrovaný a koordinovaný přístup všech aktérů edukačního procesu předpokladem účinnosti poskytovaných podpůrných opatření při vzdělávání dítěte (Jucovičová & Žáčková, 2010).

Zjištění z tohoto šetření mohou poskytnout informace o tom, jak se volba poradenského zařízení promítá do spolupráce s rodinami s dětmi s ADHD. Na základě těchto dat lze přiměřeně modifikovat komunikační kanály poradenských služeb a vyvíjet efektivní strategie pro podporu zákonných zástupců i žáka.

Pokud se ukáže, že volba poradenského zařízení má významný vliv na kvalitu spolupráce s rodinou, může být vhodné:

- Optimalizovat zdroje konkrétního typu poradenských zařízení. Pokud některá vykazují vyšší míru kvalitní spolupráce s rodinami, bylo by možné využít jejich metodiky pro posílení zdrojů a kapacity dalších zařízení.

Zviditelnění kvality spolupráce poradenských zařízení a škol s rodinami může vést k plánování a vývoji konkrétních programů vzdělávání či školení pro pracovníky poradenských zařízení, aby byli lépe připraveni pro komunikaci s rodinami.

Identifikací slabých míst bychom mohli posílit tyto zdroje a poskytnou koordinovanou péči rodinám tak, aby byly lépe informovány o různých poradenských zařízeních a jejich

možnostech. Zvýšili bychom tak pravděpodobnost informovaného rozhodnutí ohledně volby zařízení dle specifické potřeby.

Výsledky předloženého výzkumu by mohly v obecné rovině přispět ke zviditelnění problematiky ADHD u dětí v oblasti vzdělávání a současně významu podpory rodin s dětmi s ADHD. Rovnoprávné zapojení zákonného zástupce do rozhodovacího, diagnostického a edukačního procesu, resp. podpora aktivní účasti rodiny, může mít zásadní vliv na stabilizaci rodinných systémů i výchovně-vzdělávacího procesu těchto žáků.

6.2.1 Metodologie kvantitativní části

Pro kvantitativní část tohoto výzkumu jsme zvolili sběr dat prostřednictvím online dotazníkového šetření. Jedná se o typ výzkumu, kde se data shromažďují prostřednictvím elektronických dotazníků. Tento typ výzkumu patří do kategorie kvantitativního výzkumu a je efektivní a finančně nenáročný, přičemž má potenciál oslovit širokou populaci respondentů. (Chráška, 2016)

Respondenti mohou přistupovat k dotazníku prostřednictvím webových odkazů, které mohou být distribuovány e-mailem, na sociálních médiích nebo jiných online platformách. Nabízí možnost anonymního vyplnění, což může vést k upřímnějším odpovědím. Protože jsou odpovědi shromažďovány elektronicky, data bývají automaticky uložena a mohou být snadno importována do jiných analytických softwarů. Díky online prostředí je možné dosáhnout širokého spektra respondentů z různých geografických oblastí bez fyzické přítomnosti. Data mohou být shromážděna relativně rychle, odpovědi jsou zaznamenávány v reálném čase. Při využití dotazníkového šetření v online prostředí je však třeba brát v úvahu některá omezení, jako je teoreticky nižší míra odezvy, nedostatečná reprezentativnost vzorku, a neschopnost kontrolovat, kdo a jak dotazník vyplňuje.

Vytvořili jsme **dotazník** vlastní konstrukce (příloha A), který byl administrován online na sociálních sítích v rámci svépomocných skupin pro rodiče dětí s ADHD. Díky tomu měl potenciál oslovit cílovou skupinu s přímou zkušeností s tématem výzkumu. Dotazník obsahuje převážně uzavřené otázky, což usnadňuje zpracování dat a analýzu. Polouzavřené otázky poskytují respondentům určitou volnost ve vyjadřování. Kromě toho je v dotazníku zahrnuto několik dichotomických otázek (ano/ne) a Likertova škála, kde se respondentů ptáme na jejich subjektivně vnímanou znalost tématu ADHD na stupnici od 1 do 5. Tento přístup může poskytnout užitečné informace o tom, jak jsou respondenti obeznámeni s problematikou a jak hodnotí své znalosti (Gavora, 2010).

Pro dotazníkové šetření jsme využili nástroje **SurveySparrow**. Tento software byl zvolen s ohledem na specifické potřeby předpokládaných respondentů, kteří mohou velmi pravděpodobně sami trpět ADHD. Předpokládali jsme, že respondenti budou mít tendenci číst rychleji, přeskakovat a následně odpovídat dříve, než otázce správně porozumí, případně dříve, než dočtou všechny možnosti odpovědi. Proto jsme zvolili formu online konverzačního chatu, která respondentům zobrazuje vždy jen jednu otázku a možné odpovědi a vizualizuje aktuální postup v horní liště. To činí proces vyplňování dotazníku poutavým, dynamickým a minimalizuje rušivé elementy, které by mohly zapříčinit ztrátu pozornosti nebo frustraci respondentů. Dotazník neumožňuje přeskočit nebo opomenout některou z otázek. Naopak umožnil vnitřní logiku a respondenti odpovídali jen na otázky, které pro ně byly relevantní.

Výběr výzkumného vzorku probíhal pomocí několika metod.

Záměrný výběr umožňuje cíleně vybírat respondenty, kteří patří do dané skupiny, v tomto případě rodičů dětí s ADHD, a jsou proto relevantní pro účely výzkumu (Gavora, 2010). Podmínkou účasti bylo „být zákonným zástupcem/primární pečující osobou dítěte“, které je ve věku: MŠ (od 4 let) – 9. třída ZŠ, v jakémkoliv druhu vzdělávání (včetně víceletých gymnázií a individuálního vzdělávání). Nebylo podmínkou, aby bylo ADHD u dítěte již diagnostikováno, postačovalo, pokud je diagnostika plánována, případně jen podezření, pokud dítě vykazuje takové symptomy ADHD, že jeho obtíže zřetelně zasahují do každodenního života nejen doma, ale i ve škole nebo školce, čímž jsme naplnili aktuální diagnostická kritéria dle DSM-5.

Dostupným výběrem jsou respondenti zařazeni do výzkumu na základě vlastní ochoty se zapojit. Protože je dotazník umístěn v online skupinách, rodiče dětí s ADHD jej mohou snadno nalézt a rozhodnout se pro účast. **Snowball sampling** spočívá v tom, že jsou stávající respondenti vyzváni, aby dotazník doporučili dalším potenciálním respondentům z jejich vlastní vztahové sítě. To může pomoci zvýšit počet účastníků a rozmanitost výzkumného vzorku (Gavora, 2010; Chráska, 2016).

Dbali jsme na **etické aspekty** výzkumu, a zaručili anonymitu respondentů. Ujistili jsme je, že výsledky budou prezentovány tak, aby nebylo možné identifikovat jednotlivé osoby. To je základním předpokladem pro získání důvěry a ochoty rodičů podílet se na výzkumu.

6.2.2 Způsob zpracování a analýzy kvantitativních dat

Data budou shromážděna a importována do statistického softwaru Excel. Excel byl vybrán pro svou přístupnost a širokou škálu nástrojů, které umožňují efektivní analýzu kvantitativních dat.

Budeme je analyzovat prostřednictvím **deskriptivní (popisné) statistiky**. Tento přístup nám umožní sumarizovat a vizualizovat s cílem jednoduše interpretovat klíčové vzory a trendy. K tomu budeme využívat tabulky, sloupcové grafy a koláčové grafy, abychom lépe pochopili rozdělení a charakteristiku předkládaných dat (Chráska, 2016).

Pro testování první hypotézy, použijeme **chí-kvadrát (chi-square) test**, který je součástí inferenční statistiky. Tento test nám umožní ověřit nezávislost mezi dvěma kategoriálními proměnnými. Druhou hypotézu budeme analyzovat pomocí **deskriptivní statistiky a analýzy rozptylu**. Tento přístup nám poskytne přehled o distribuci a vztazích mezi daty. Zaměříme se na vizualizaci dat a jejich popis s cílem identifikovat vlastnosti a možné trendy, které mohou být relevantní pro druhou hypotézu (Chráska, 2016).

6.3 Kvalitativní část výzkumného šetření

Pro kvalitativní část šetření vybíráme z hlavního cíle druhou část, a tou je snažit se pochopit očekávání, postoje a zkušenosti rodin během diagnostického procesu ADHD u jejich dětí, a jak tyto aspekty ovlivňují jejich prožívání jednotlivých fází přijetí diagnózy a jejich spolupráci se školním a poradenským systémem. V tomto výzkumu, který se věnuje problematice rodin s dětmi s ADHD, kromě kvantitativní analýzy usilujeme také o hlubšímu pochopení prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum dává možnost zkoumat osobní zkušenosti, postoje a očekávání rodin, jejichž děti procházeli či procházejí diagnostickým procesem ADHD. Tento přístup umožní pochopení širšího kontextu a emočního prožitku rodiče, a identifikaci jeho potřeb a výzev, s nimiž se může setkat.

Hlavní výzkumnou otázkou, kterou se v této části zabýváme, je:

Jaký je vztah mezi očekáváním a postoji rodin vůči diagnostickému procesu ADHD u dětí a jejich zkušenostmi a prožíváním fází přijetí diagnózy, včetně interakce se školním a poradenským systémem?

Tento výzkum následně rozšiřujeme o čtyři zpřesňující otázky, které nám pomáhají lépe pochopit jednotlivé aspekty této problematiky.

- 1) Jaká jsou očekávání rodin v kontextu diagnostiky ADHD u jejich dětí a jak souvisí s procesem prožíváním jednotlivých fází přijetí (jako jsou šok, popření, vyrovnávání, akceptace)?

- 2) Jak rodiny charakterizují jednotlivé etapy, kterými procházejí při přijetí zdravotního omezení (ADHD) u svých dětí, a jak je zpětně hodnotí v kontextu výsledků diagnostického procesu?
- 3) Existují specifické aspekty nebo události, které měly vliv na rozhodování rodin o diagnostice ADHD u dětí, a lze je do budoucna pozitivně ovlivnit prostřednictvím konkrétní podpory rodiny?
- 4) Jak se vyvíjí postoj rodin ke spolupráci se školou a poradenskými zařízeními v průběhu tohoto procesu, zejména po konfrontaci s výsledky diagnostiky a jejich aplikací ve školním prostředí, a zda tento vývoj koreluje s jejich původními představami?

K získání odpovědí na tyto otázky jsme se rozhodli využít narativních rozhovorů. Tato metoda umožňuje účastníkům vyprávět své příběhy a sdílet své zkušenosti, to poskytne hlubší vhled do jejich prožitků, emocí a umožní pochopit komplexní povahu jejich interakcí s diagnostickým procesem a školkou podporou.

Výstupy z tohoto výzkumu mohou mít hodnotu z hlediska teoretického i praktického. Porozumění emočním procesům, kterými rodiny procházejí může informovat školní poradce a učitele o specifických potřebách a obavách rodin a může vést k pochopení a citlivějšímu přístupu při komunikaci s těmito rodinami. Identifikace konkrétních aspektů, které ovlivňují rozhodování rodin, umožní vytváření cílených podpůrných programů a intervencí. Může se jednat např. o vzdělávací materiály, letáky, workshopy, příp. terapeutické skupiny. Poznatky o tom, jak se vyvíjí postoj rodin ke spolupráci se školou a poradenskými zařízeními, může vést ke zlepšení obsahu i kvality poradenského dialogu a zviditelnění potřeby integrovaného přístupu.

6.3.1 Metodologie kvalitativní části

Pro kvalitativní část výzkumu jsme zvolili metodu **narativního rozhovoru** jako hlavního nástroje pro shromažďování dat. Jedná se o nestandardizované a nestrukturované kvalitativní dotazování, kdy respondent volně vypráví na dané téma, nejsou mu kladeny otázky. Volné vyprávění může odhalit subjektivní zkušenosti, které by přímé dotazování mohlo zastínit (Anderson & Kirkpatrick, 2016). Narativní rozhovory umožní vhled do osobních příběhů, emocí a do zkušeností rodin. Současně byla tato metodologie zvolena pro možnou diagnózu ADHD i u rodičů dítěte (s ohledem na zmíněnou míru prevalence poruchy). Proto je vhodné volit takové přístupy, které umožní individualizaci v kontextu specifických projevů, které jsou dány touto diagnózou.

Výběr vzorku byl proveden metodou dostupného výběru založeného na ochotě respondentů se rozhovoru zúčastnit. S ohledem na zkoumané téma jsme oslovili rodiče, kteří vyplnili dotazník v kvantitativní části studie. Byli jsme také otevřeni možnosti vyslechnout rodiče, kteří měli obtíže s vyplněním dotazníku, protože nenacházeli odpovídající možnosti. Nakonec jsme získali tři rodiny s odlišným zázemím a dětmi různého věku. To nám poskytlo rozmanitý vzorek pro analýzu (Chráška, 2016).

Přínosy kvalitativního výzkumu spočívají především v hloubce a podrobnosti informací, které lze získat prostřednictvím narativních rozhovorů s rodinami. Kvalitativní přístup umožní lépe pochopit emoce, postoje a očekávání rodin, což je obtížně dosažitelné kvantitativními metodami. Díky různorodosti zázemí rodin našeho vzorku, jsme schopni identifikovat rozmanité perspektivy a zkušenosti, které mohou přinést cenné poznatky pro praxi.

6.3.2 Způsob zpracování a analýzy kvalitativních dat

Po provedení narativních rozhovorů s rodinami budou záznamy z těchto rozhovorů převedeny do textové formy. Jedním z nejúčinnějších způsobů, jak analyzovat tato data, je **tematická analýza**. Metoda je srozumitelná a nevyžaduje statistické znalosti. Tematická analýza spočívá v identifikaci a zkoumání vzorců nebo témat v datech. Budeme zkoumat transkript rozhovorů, abychom získali přehled o obsahu a kontextu informací. Zaměříme se na kategorizaci a organizaci klíčových myšlenek do větších témat, která odpovídají výzkumným otázkám. Tato témata budeme dále analyzovat, abychom identifikovali vzorce, souvislosti a odlišnosti (Anderson & Kirkpatrick, 2016).

Výsledky tematické analýzy budou prezentovány ve formě **narativního textu** (Anderson & Kirkpatrick, 2016).

6.4 Vztah mezi kvantitativní a kvalitativní částí

Kvantitativní a kvalitativní části tohoto smíšeného výzkumu jsou navrženy tak, aby se vzájemně doplňovaly a společně přispívaly k naplnění hlavního cíle výzkumného šetření. Hlavním cílem je prozkoumat a pochopit, jak formální pedagogicko-psychologické vzdělání pečujících osob ovlivňuje jejich rozhodovací procesy v souvislosti s diagnostikou ADHD u dětí. Souběžně se výzkum zaměřuje na pochopení očekávání, postojů a zkušeností rodin během diagnostického procesu ADHD u jejich dětí, a jak tyto aspekty ovlivňují jejich prožívání jednotlivých fází přijetí diagnózy a jejich spolupráci se školním a poradenským systémem.

Kvantitativní část výzkumu poskytuje širší obraz a kvantifikuje vztah odborného vzdělání pečujících osob k procesu diagnostiky, podporu poskytovanou poradenskými zařízeními a spokojenost rodin s těmito službami. Zvolená metoda umožňuje rychlé a efektivní shromažďování dat od většího počtu respondentů prostřednictvím dotazníků a poskytne ucelený přehled.

Kvalitativní část výzkumu umožňuje hlubší a podrobnější pohled na individuální zkušenosti, postoje a očekávání rodin v souvislosti s diagnostickým procesem a prostřednictvím narativních rozhovorů získává podrobné informace o tom, jak rodiny prožívají jednotlivé fáze přijetí diagnózy, a jak se vyvíjí jejich postoj ke spolupráci se školním a poradenským systémem.

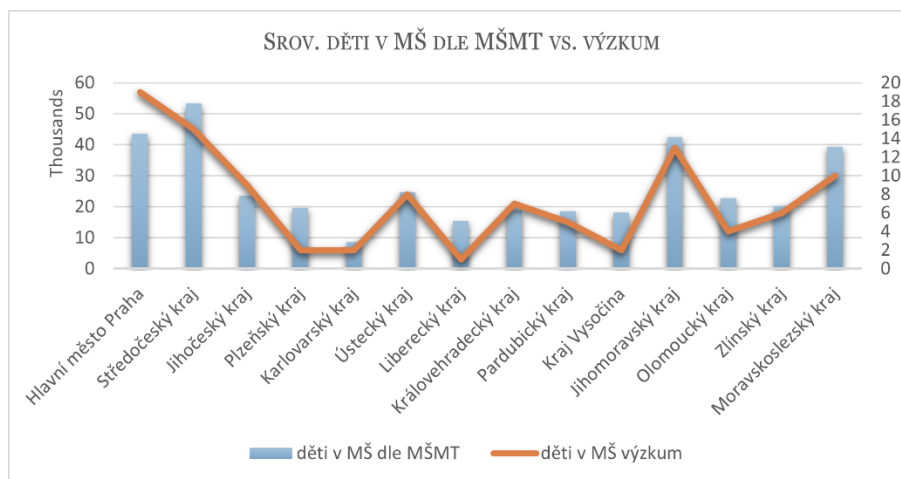
Obě části výzkumu tak společně poskytují komplexní pochopení dané problematiky. Kvantitativní data mohou ukázat obecné trendy a korelace, zatímco kvalitativní data mohou objasnit jejich příčiny a kontext. Kombinací zvolených přístupů lze dosáhnout holistického pohledu na tyto vztahy. Integrovaný přístup umožní formulovat doporučení pro praxi, která by mohla podpořit rodiny při spolupráci se školami a poradenskými zařízeními (Kozma & Anderson, 2002).

6.5 Interpretace dat

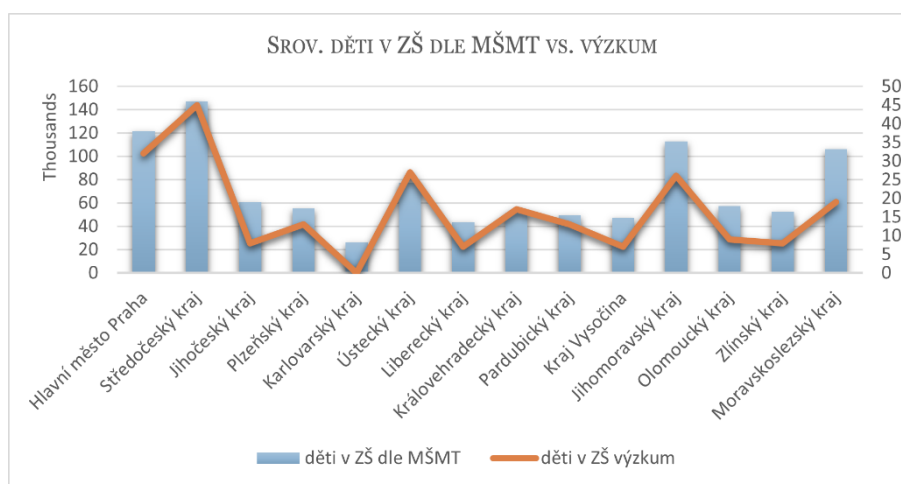
6.5.1 Kvantitativní online dotazník

Do dotazníku vstoupilo celkem 904 osob, z nichž 335 jej dokončilo. Toto číslo reprezentuje úspěšnost 37 % dokončených dotazníků. Průměrná doba vyplnění se pohybovala mezi 15 až 20 minutami. Stejný časový odhad vyplynul i z našeho předvýzkumu. Zjistili jsme, že dotazník byl vyplněn rychleji prostřednictvím počítače (15 min), zatímco mobilním telefonem pomaleji (20 min). Rozdíl je dán přehledností větší obrazovky.

Pro zhodnocení geografické distribuce respondentů jsme porovnávali počet dětí v mateřských a základních školách zvláště podle krajů, jak jsme je našli ve Statistické ročence školství – výkonové ukazatele MŠMT za šk.r. 2022/2023 (2023). Až na několik odchylek (zejména hl. m. Praha a Moravskoslezský kraj) lze distribuci našich respondentů považovat za rovnoměrnou.

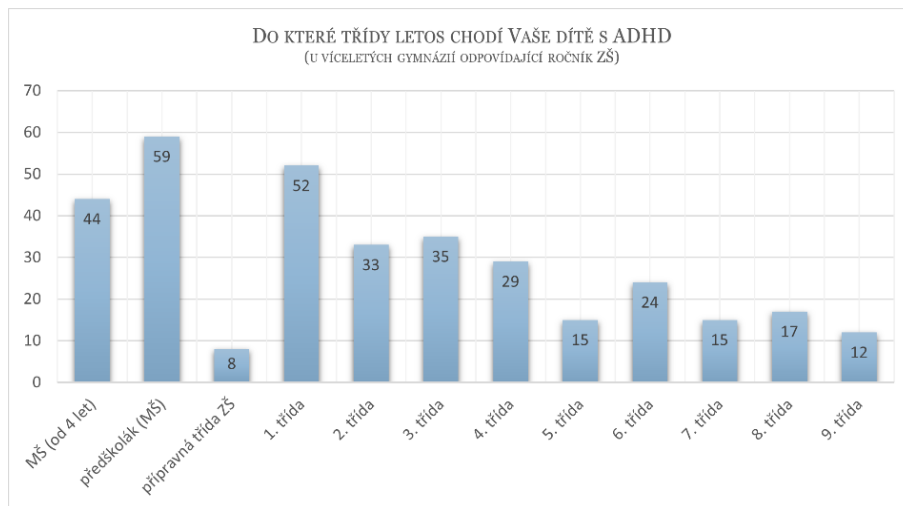


Graf 1 Srovnání dětí v MŠ respondentů vs. statistika MŠMT (2023)



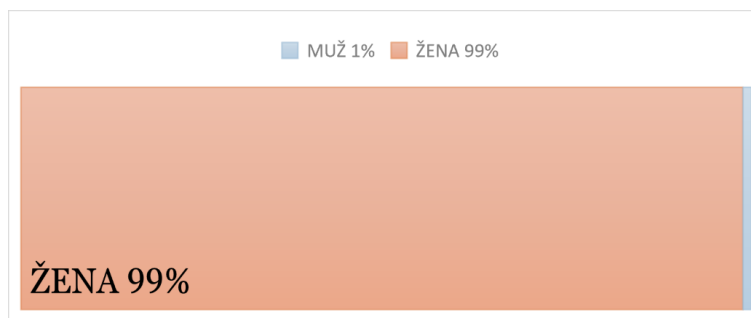
Graf 2 Srovnání dětí v MŠ respondentů vs. statistika MŠMT (2023)

Následující graf zobrazuje věkovou strukturu dětí respondentů podle aktuální úrovně školní docházky. Nejvyšší účast je mezi osobami pečujícími o děti v předškolním věku a v první třídě základní školy, kdy děti běžně zahajují formální vzdělávání. Účast postupně klesá, jak děti postupují do vyšších ročníků. Nejnižší účast byla mezi rodiči dětí v 9. třídě. Tyto výsledky by mohly naznačovat, že rodiče mladších dětí jsou více angažovaní či motivovaní hledat podporu a řešení. U rodičů starších dětí pak může klesat angažovanost kvůli pocitu bezmoci, frustrace nebo zklamání plynoucí z dosavadních zkušeností, příp. mohou být méně interesováni ve vzdělávacím procesu také proto, že jejich děti již začínají přebírat odpovědnost za své učení a chování. Takový závěr ale nelze potvrdit, neboť mohou existovat i další možná vysvětlení. Je vhodné upozornit, že propad počtu dětí v přípravné třídě je dán malým počtem takových tříd a dětí přepočteno na celkovou populaci.



Graf 4 Porovnání dětí respondentů dle třídy MŠ/ZŠ

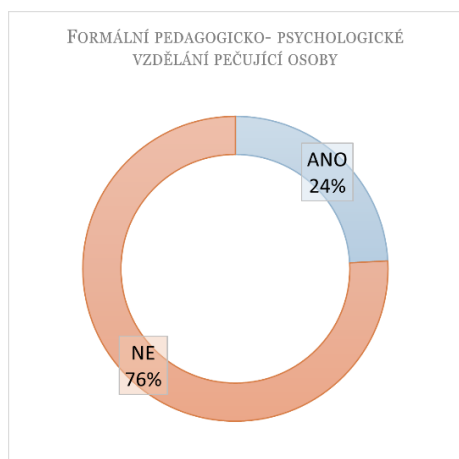
Naprostá většina respondentů, konkrétně 98,81 %, jsou ženy. Tento ukazatel naznačuje, že ženy mají tendenci se více zapojovat do péče o děti s ADHD. Data potvrzují přetrvávající tradiční uspořádání rodinných rolí, kde ženy, resp. matky často zastávají roli primárního pečovatele a nesou pravděpodobně větší část zodpovědnosti za řešení situací a zajištění podpory dětí s ADHD. Intervence a podpůrné programy by proto měly brát v úvahu toto rozložení rolí a měly by být nabízeny tak, aby reflektovaly potřeby matek/žen. Současně je nutné zmínit, že výsledky tohoto šetření nemusí být reprezentativní pro celou populaci, neboť v průzkumu se vyjádřilo jen minimum mužů.



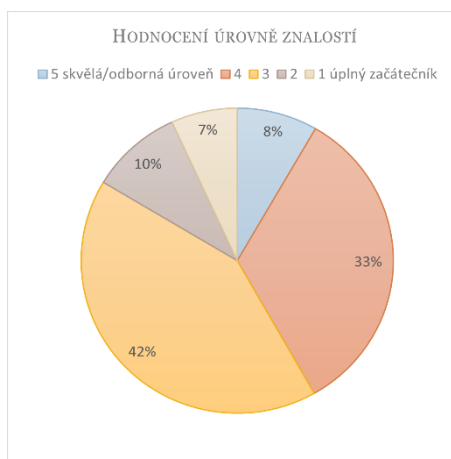
Graf 3 Distribuce respondentů dle pohlaví/genderu

Dále jsme dotazovali respondenty, zda absolvovali jakékoliv formální pedagogicko-psychologické vzdělání. Využili jsme dichotomickou uzavřenou otázku s odpovědí ano/ne. 24,18 % respondentů se vyslovilo souhlasně, to je přibližně 1/4. Následně nás zajímalo, jak zákonní zástupci subjektivně hodnotí své aktuální znalosti a informovanost ve vztahu k ADHD. Pro tuto otázku jsme použili hravější formu Likertovy škály – tzv. hvězdičkové hodnocení. V tomto typu otázek, lze využít i jiných ikon, nejčastěji se však používá pětihvězdičkový systém hodnocení, který jsme využili i my. Respondenti byli instruováni, že jedna hvězdička znamená „úplný začátečník“ a pět znamená „skvělou nebo odbornou úroveň“.

Přestože naprostá většina respondentů (75,82 %) uvedla, že nemá pedagogicko-psychologické vzdělání, výsledky ukazují, že mnoho z nich subjektivně hodnotí své znalosti o ADHD k datu šetření jako dobré až velmi dobré. Konkrétně, celých 41,79 % hodnotí své znalosti jako dobré a 33,43 % respondentů jako velmi dobré (4 hvězdičky). Dalších 8,36 % považují své znalosti za skvělé či odborné (5 hvězdiček).

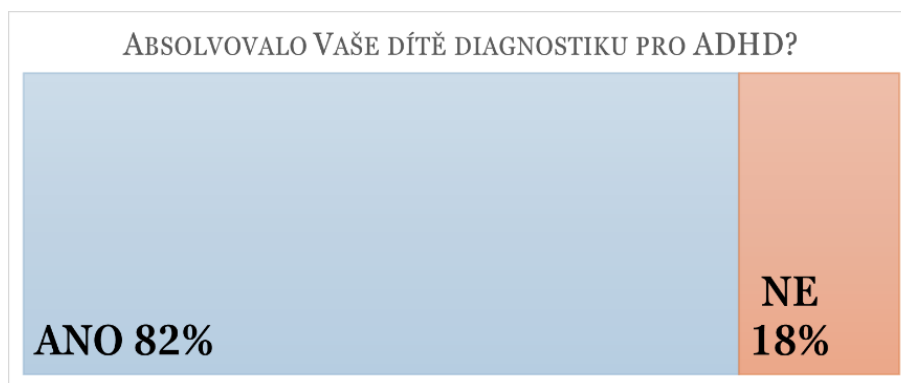


Graf 5 Distribuce respondentů dle pedagogicko-psychologického vzdělání



Graf 6 Subjektivní hodnocení úrovně znalostí ADHD

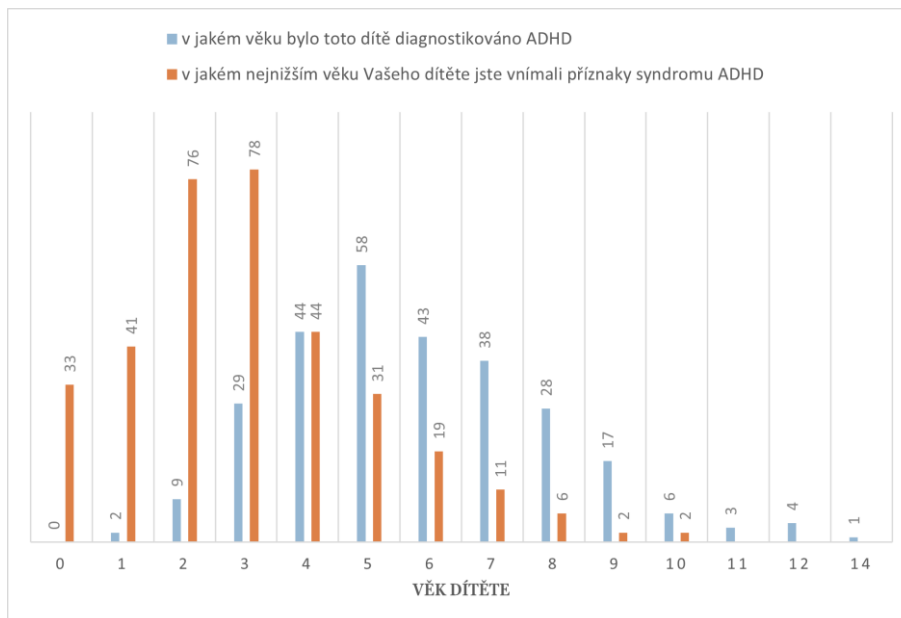
Zeptali jsme se rodičů, zda jejich dítě již absolvovalo diagnostiku ADHD. Za pomoci dichotomické otázky jsme se dozvěděli, že 285 bylo diagnostikováno, což je než 82 % dětí (někteří dotazovaní vyplnili údaje k více svým dětem, celkem tedy za 349 dětí).



Graf 7 Distribuce dětí respondentů dle absolvované diagnostiky

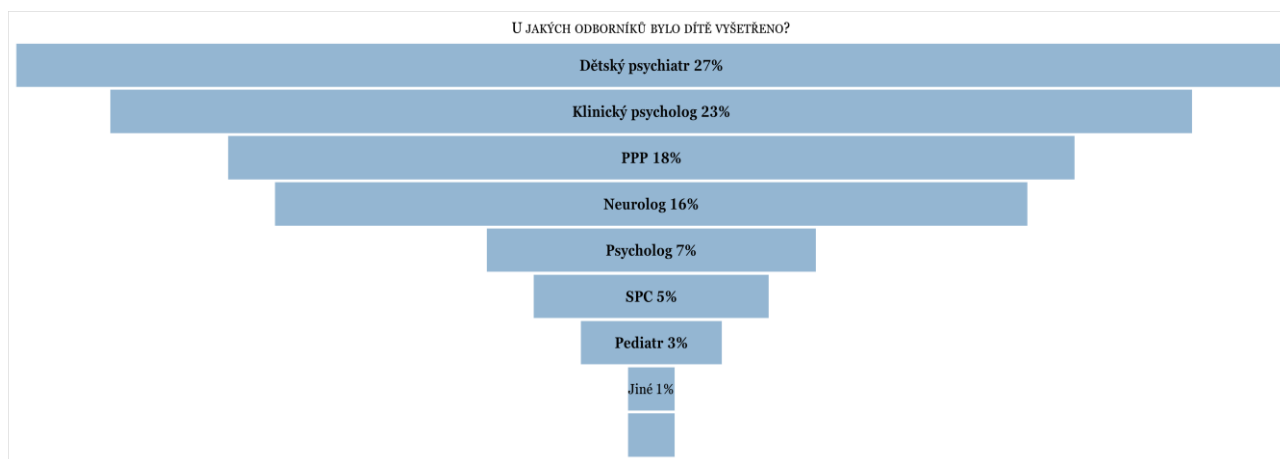
Porovnávali jsme tedy, v jakém věku bylo dítěti diagnostikováno ADHD a v jakém nejnižším věku rodiče u svého dítěte vnímali příznaky ADHD. Do druhé části byly zahrnuty všechny děti, tedy i dosud nediodagnostikované. Zdá se, že rodiče vnímají symptomy ADHD u svých dětí ve velmi raném věku, obvykle mezi 2 a 3 rokem. To je ve shodě s odbornými zjištěními, že ADHD se může projevovat již v raném dětství (Jucovičová & Žáčková, 2015). Oficiální diagnóza pak v grafu následuje se zpožděním průměrně 2 let (pokud sledujeme vrchol křivky). Nejvíce diagnóz bylo uděleno mezi 4 a 6 rokem. Zpoždění může být způsobeno řadou faktorů,

například ne/dostupnost specialisty nebo ne/ochotě rodičů či lékařů diagnostikovat velmi malé děti. Za zmínku také stojí, že diagnózy byly uděleny i v pozdějším věku (12/14 let), což může naznačovat, že u některých dětí se mohou příznaky ADHD projevovat později, nebo mohou být přehlíženy, případně se rodiny k diagnostice mohly rozhodnout až ve vyšším věku dítěte.



Graf 8 Percepce dg ADHD rodiči dle věku vs. věk přidělení diagnózy

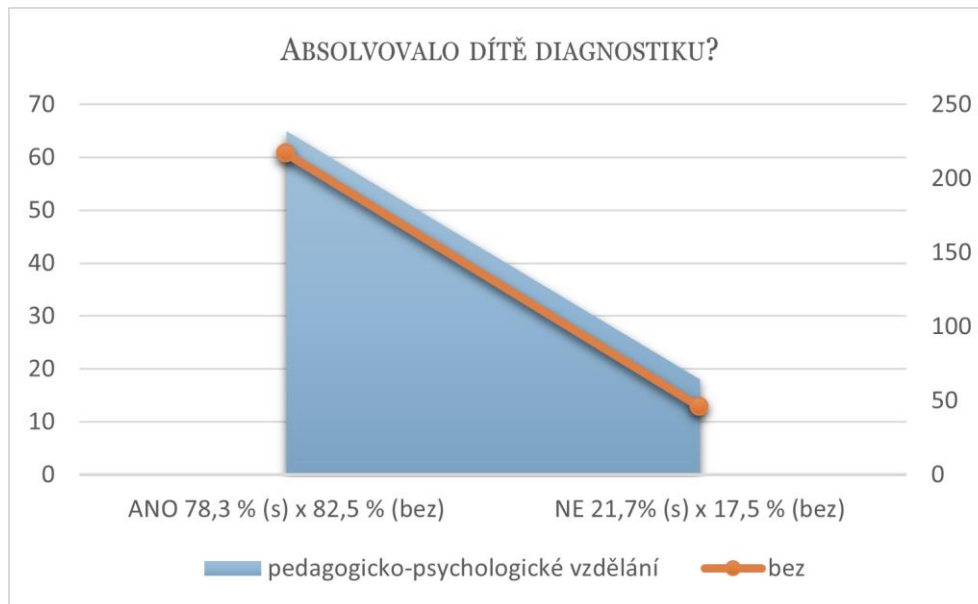
Rodičů, kteří prohlásili, že jejich dítě diagnostiku již podstoupilo, tzn. 285 dětí, jsme se ptali, jakého odborníka, příp. odborníky zvolili. Jednalo se o polouzavřenou otázku, ve které mohli označit současně více možností. Nejčastěji diagnostikoval dětský psychiatr –55 % dětí. Ze těchto 156 dětí bylo dle odpovědí 64 současně diagnostikováno i klinickým psychologem a z tohoto počtu (64) bylo 25 diagnostikováno třemi odborníky pedopsychiatr, klinický psycholog, neurolog, tj. necelých 9 %.



Graf 9 Nejčastěji volení specialisté pro diagnostiku ADHD u dětí

Z grafu je patrné, že nejčastějšími profesionály, kteří diagnostikují ADHD, jsou dětský psychiatr a klinický psycholog. Dále je významný počet diagnóz udělených neurology. Neurolog je u nás stále považován za jeden z významných článků diagnostického procesu (dáno historií sy ADHD). Někteří spoléhají na pedagogicko-psychologické poradny, případně SPC, které sice mívají nástroje, jak poruchy pozornosti odhalit, nicméně nejsou k formální diagnostice kompetentní. Rodičům proto mohou jen doporučit návštěvu konkrétního lékařského odborníka, který může diagnostiku dokončit. Tato data potvrdila, že více dětí bylo diagnostikováno více než jedním odborníkem, což je doporučovaný postup u dg ADHD.

Podívejme se nyní na stejná data jiným pohledem. Pokud diferencujeme data podle toho, zda dotazovaní mají nebo nemají pedagogicko-psychologické vzdělání, lze identifikovat, že většina dětí, bez ohledu na vzdělání jejich rodičů, podstoupila diagnostiku pro ADHD – 78,3 % dětí respondentů s pedagogicko-psychologickým vzděláním a 82,5 % respondentů bez tohoto vzdělání. Rozdíl je 4,2 % ve prospěch skupiny bez pedagogicko-psychologického vzdělání, kteří vykazují vyšší míru diagnostikovanosti dětí. To je v souladu s předpokladem, že tyto rodiny mají vyšší potřebu potvrzení dg a podpory, neboť mohou mít méně vlastních znalostí a zkušeností. Současně také dotazovaných s PP vzděláním je méně a částečně se tedy může jednat o zkreslení.

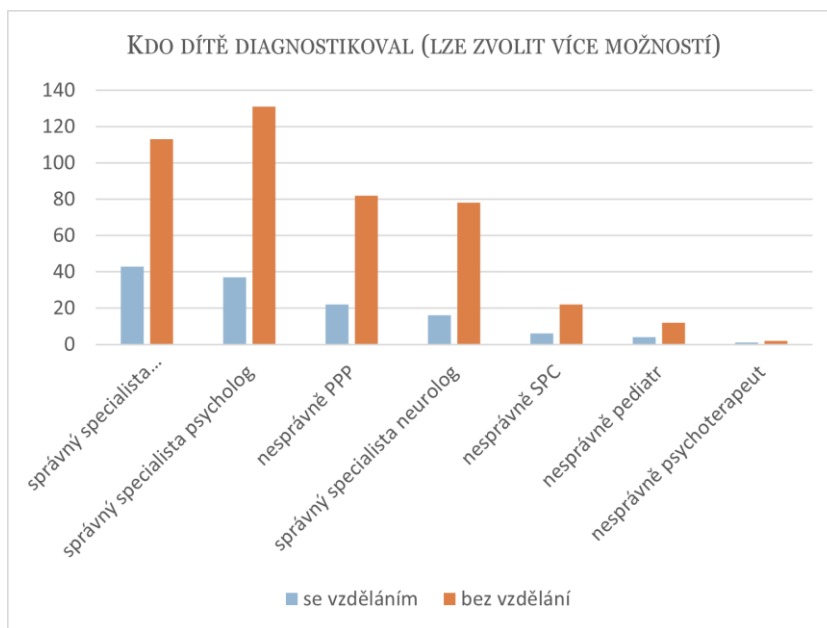


Graf 10 Srovnání rozhodnutí o diagnostice respondentů s ped-psy vzděláním vs bez

V otázce výběru specialistů, u nichž diagnostiku pro ADHD s dětmi absolvovali, se projevuje rozdíl mezi oběma skupinami. Respondenti s pedagogicko-psychologickým vzděláním se zaměřují na vyhledání specializovaných odborníků, jako jsou pedopsychoiatri a kliničtí

psychologové. Rodiče bez tohoto vzdělání vykazují vyšší míru rozptylu v typu odborníků, s větším počtem těch, kteří využili např. neurologa či dali na doporučení PPP.

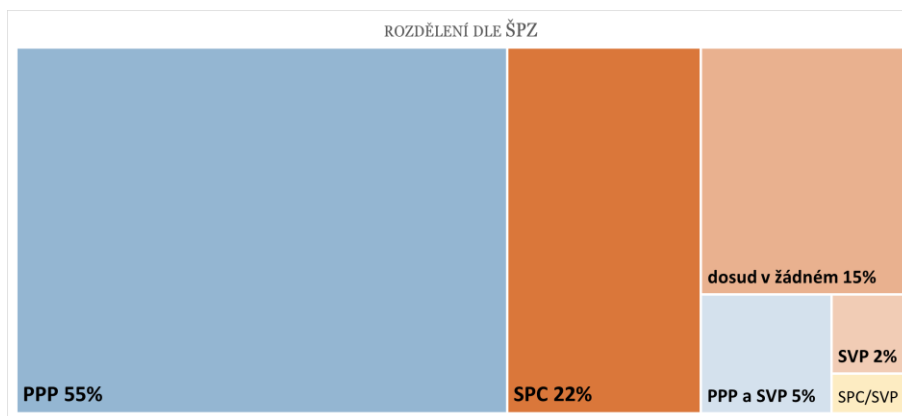
V praxi je tedy důležité zvýšit povědomí rodičů o dostupných a vhodných typech odborníků pro diagnostiku ADHD u dětí. Zdá se, že rodiče s pedagogicko-psychologickým vzděláním mají tendenci volit specializované odborníky, což může být dáno lepším porozuměním problematice. Naopak rodičům bez tohoto vzdělání by bylo vhodné poskytnout více informací a podpořit jejich orientaci ve specializacích vhodných pro diagnostiku ADHD.



Graf 11 Nejčastěji volení specialisté pro diagnostiku ADHD u dětí dle ped-psy vzdělání

V každém případě je třeba vzít v úvahu limity této analýzy. Nejsou k dispozici data o regionálních preferencích, což může ovlivnit výběr odborníka v závislosti na dostupnosti služeb v konkrétních regionech. Dále nejsou dostupné informace o tom, jak daleko jsou rodiče ochotni cestovat za službami odborníků, jaká jsou jejich kritéria pro výběr konkrétního specialisty a jaké zdroje informací využívají k rozhodování o výběru odborníka.

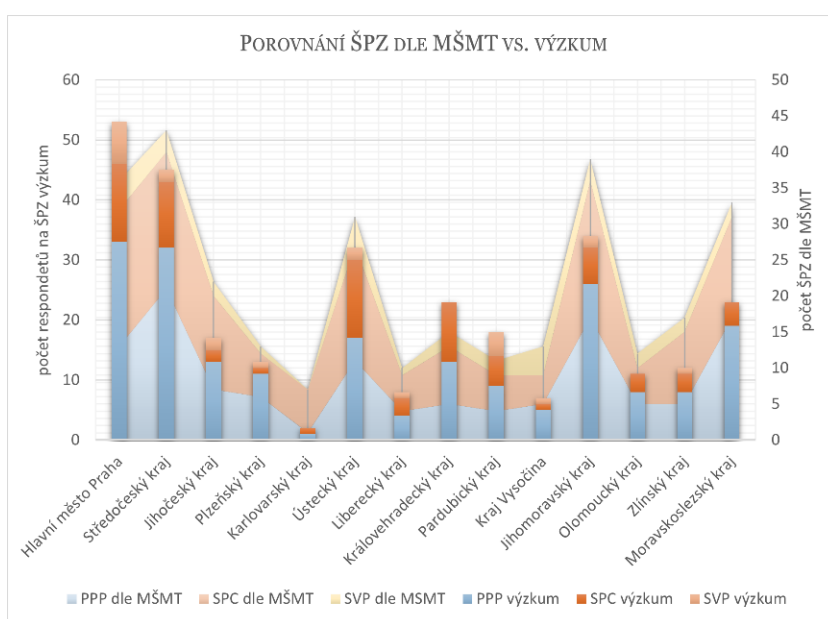
Nyní analyzujeme podíl respondentů, kteří jsou v péči různých typů poradenských zařízení, a poté jej srovnáme s regionálním rozložením a využitím zařízení ve srovnání se statistikami MŠMT (2023).



Graf 12 Distribuce respondentů napříč ŠPZ

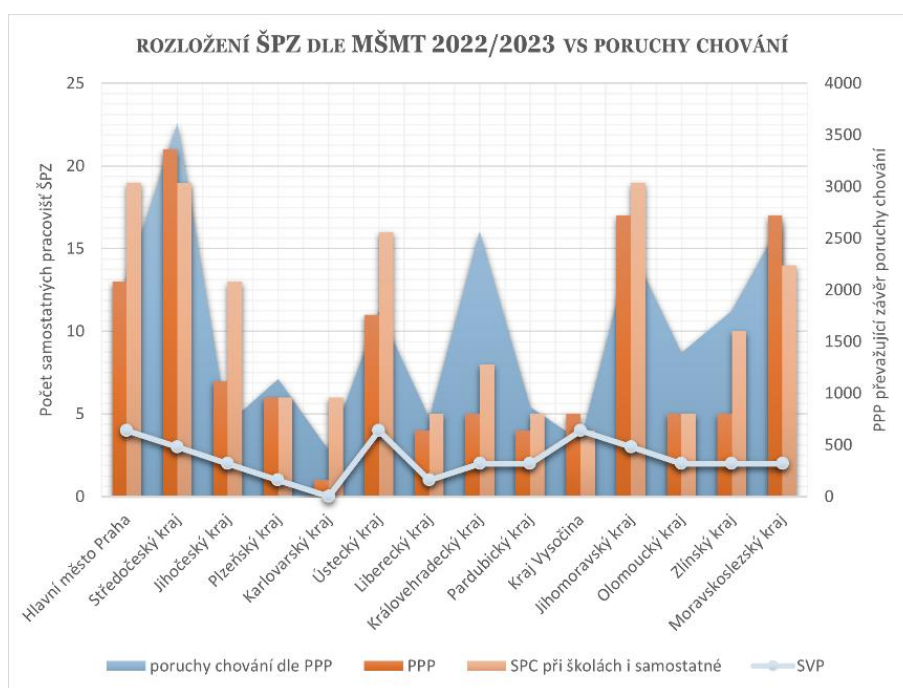
55 % respondentů uvedlo, že jsou v péči Pedagogicko-psychologické poradny (PPP), což je více než polovina. 22 % respondentů je v péči Speciálně pedagogických center (SPC), zatímco 15 % uvedlo, že dosud nejsou v péči žádného z poradenských zařízení. Pouhých 5 % je v péči kombinace PPP a SVP, a jen 2 % je výhradně v péči SVP. 1 % odpovídajících má zkušenost současně s SPC i SVP. Významný počet dětí, jejichž rodiče se zúčastnili výzkumu jsou tedy v péči Pedagogicko-psychologických poraden.

Při pohledu na regionální rozložení využití poradenských zařízení můžeme pozorovat odchylky mezi výzkumem a počtem poradenských zařízení podle statistik MŠMT. Nejvyšší jsou například v Hlavním městě Praha, ale i v některých dalších. Je možné, že někteří respondenti využívají poradenských zařízení v jiném kraji než v tom, ve kterém mají bydliště, či dítě chodí do školy, případně poradenská zařízení nejsou rozložena rovnoměrně a v některých regionech mohou nedostačovat. Také může být rozdíl dán menším počtem respondentů, a tedy nedostatečnou vypovídající hodnotou vzorku.



Graf 13 Srovnání ŠPZ respondentů vs samostatná pracoviště ŠPZ dle statistiky MŠMT (2023)

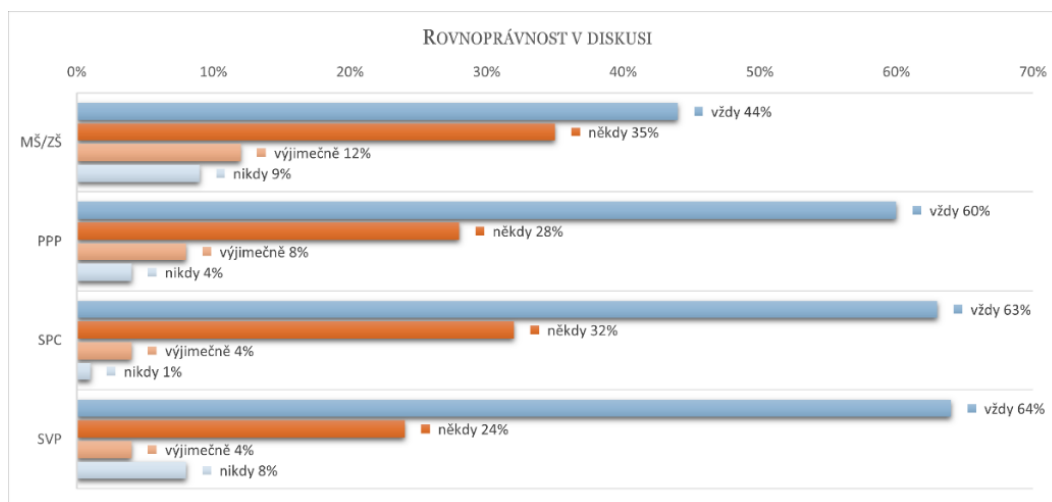
Při analýze dat dle statistik MŠMT můžeme také pozorovat, že existuje nerovnoměrné rozložení poradenských pracovišť a zároveň variabilitu v počtu vykázaných případů závažných poruch chování v různých krajích České republiky dle statistik MŠMT pro školní rok 2022/2023. Například, Středočeský kraj má relativně vysoký počet vykázaných poruch chování (3614), ale počet Středisek výchovné péče (SVP), které se právě poruchami chování zabývají, je nízký (3). Naopak, v Hlavním městě Praha, kde je počet vykázaných poruch chování také vysoký (2107), je i více SVP (4). Jiný zajímavý příklad může být Kraj Vysočina, kde je počet vykázaných poruch chování relativně nízký (541), ale počet SVP je vysoký (4) ve srovnání s ostatními regiony. V případě Karlovarského kraje, i přes relativně nízký počet vykázaných poruch chování (449), neexistuje žádné samostatné SVP a je tu jen jedno PPP.



Graf 14 Distribuce PPP, SPC vs vykázané závažné poruchy chování x pracoviště SVP v ČR dle MŠMT (2023)

Tyto výstupy poukazují na nesoulad mezi potřebami, dostupností a rozložením některých poradenských pracovišť. Zdá se, že v některých regionech, kde je vysoký počet vykázaných poruch chování, není dostatek poradenských zařízení, zejména SVP, kdežto v jiných regionech může být situace opačná. Nerovnováha může mít řadu důsledků, včetně omezeného přístupu k potřebným službám pro děti s poruchami chování v některých regionech, a možná také naznačuje, že v některých zařízeních může být diagnostikováno více nebo méně případů poruch chování. Tyto informace mohou sloužit jako podklad pro další analýzy a mohou naznačovat potřebu revidovat rozložení a dostupnost poradenských služeb na regionální úrovni, aby lépe odpovídaly potřebám dětí s poruchami chování, včetně těch s ADHD.

Odpovědi respondentů vztahující se k jejich pocitu rovnoprávnosti reflektují jejich vnímání diskuse a spolupráce s různými typy zařízení, včetně mateřských a základních škol. Je zřejmé, že se obecně cítí více akceptováni jako rovnoprávní partneři v poradenských zařízeních (PPP, SPC, SVP) ve srovnání s běžnými školami (MŠ/ZŠ). I v rámci jednotlivých poradenských zařízení existují rozdíly, přičemž SVP má relativně vyšší procento odpovědí "nikdy", což ale nelze považovat za směrodatné pro minimální počet rodičů v péči tohoto zařízení v našem výzkumu.

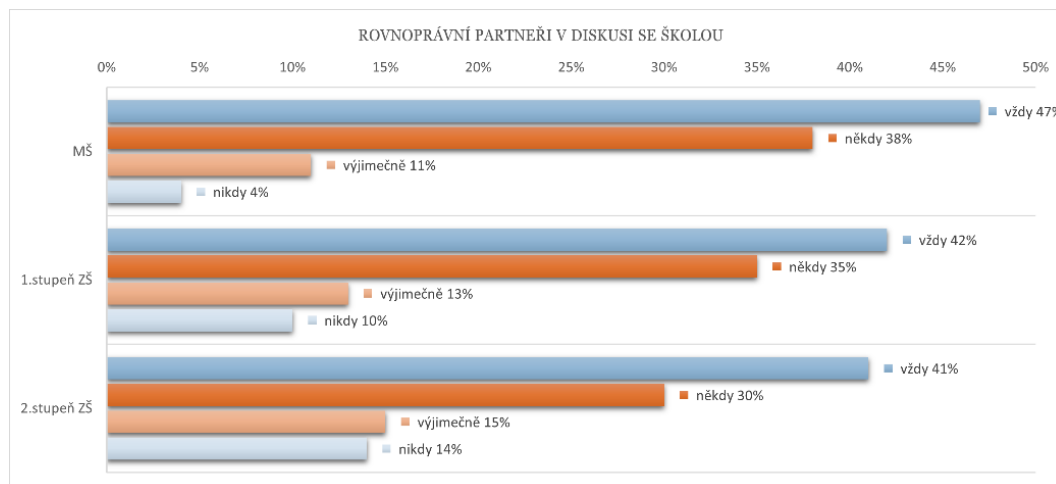


Graf 15 Percepce rovnoprávnosti dialogu napříč ŠPP, ŠPZ

Nejvyšší procento odpovědí, kdy respondenti uvedli, že se cítí být akceptováni vždy jako rovnoprávní partneři, je u SVP (64 %), následované těsně SPC (63 %) a PPP (60 %). U MŠ/ZŠ je toto procento nižší (44 %), což může naznačovat, že v poradenských zařízeních se rodiny častěji cítí akceptovány jako rovnoprávní partneři ve srovnání s běžnými školami. Tento trend následují shodně i všechny další odpovědi. Nejnižší procento v případě odpovědi Nikdy vykazuje SPC s 1 %.

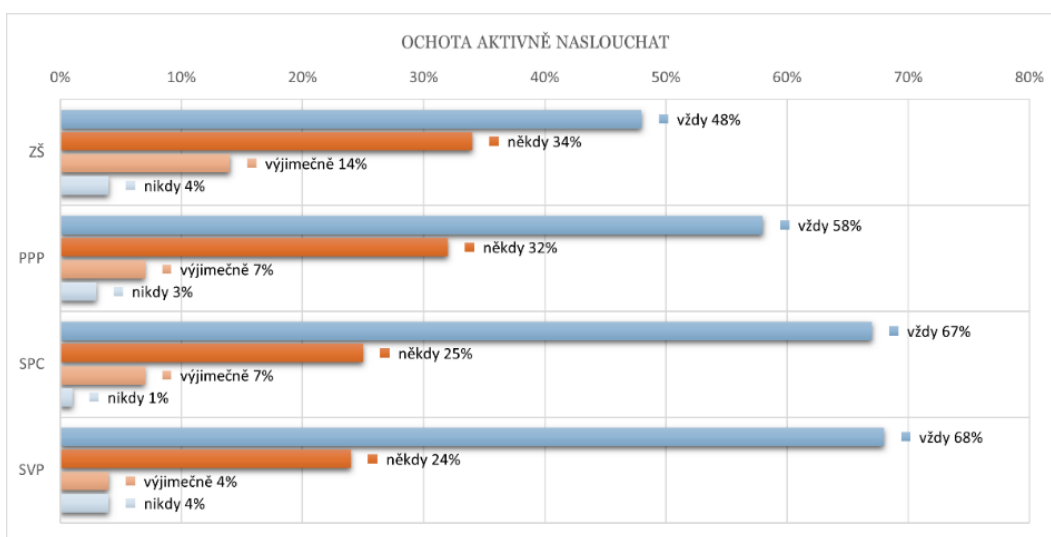
Z uvedených dat vyplývá, že respondenti se obecně cítí více akceptováni jako rovnoprávní partneři komunikaci s poradenskými zařízeními (PPP, SPC, SVP) oproti školám (MŠ/ZŠ). Nicméně, je důležité si uvědomit, že i v rámci poradenských zařízení existují rozdíly, přičemž SVP má relativně vyšší procento odpovědí "nikdy", což naznačuje, že v tomto konkrétním typu zařízení mohou existovat určité bariéry v komunikaci nebo jiné faktory, které ovlivňují vnímání rovnoprávnosti v diskusi.

S ohledem na získaná data jsme provedli analýzu této položky v syntéze jednotlivých stupňů vzdělávání (MŠ/ZŠ), přičemž jsme došli k závěru, že pocit rovnoprávnosti klesá v závislosti na vyšším stupni vzdělávání. Tedy nejčastěji se cítili být rovnoprávní v diskusi rodiče dětí v Mateřských školách, a naopak nikdy pak na druhém stupni ZŠ.



Graf 16 Percepce rovnoprávnosti dialogu jen MŠ/ZŠ v syntéze dle ISCED

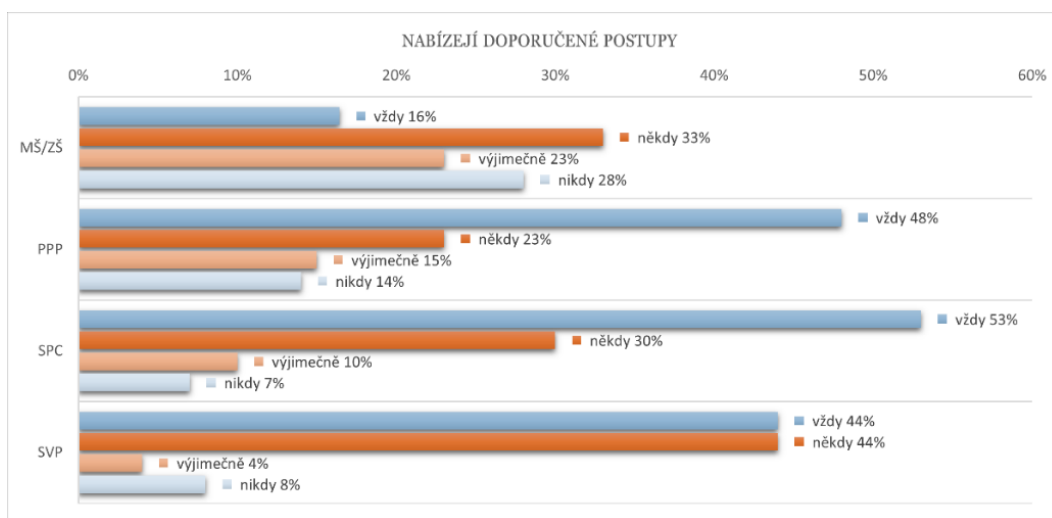
Další položkou, kterou jsme pozorovali opět ve srovnání poradenských zařízení a škol/školek, je otázka směřovaná na schopnost aktivního naslouchání pracovníků daných zařízení: "Pracovníci zařízení jsou ochotni si vyslechnout a zohlednit informace, které můžete o Vašem dítěti poskytnout, a mohly by mít vliv na průběh vzdělávání a úspěšnost jeho zařazení do kolektivu." Celková data ukazují, že pracovníci poradenských zařízení (PPP, SPC, SVP) jsou častěji vnímáni jako více ochotní aktivně naslouchat a zohlednit informace o dětech ve srovnání s pracovníky škol a školek (MŠ/ZŠ). Tento trend může být dán větším zaměřením poradenských zařízení na individuální potřeby a podporu dětí, což může vést k větší otevřenosti a zapojení rodiny do diskusí a plánování podpory a vzdělávacího procesu.



Graf 17 Percepce aktivního naslouchání pracovníky škol & ŠPP, ŠPZ

Při analýze těchto údajů v syntéze jednotlivých stupňů vzdělávání od preprimárního přes nižší sekundární po vyšší sekundární pak docházíme ke stejným závěrům jako v předchozím případě.

Nyní se podívejme na rozbor situace, pokud zkoumáme, zda zařízení nabízejí doporučené postupy a napomáhají zvyšovat rodičovské kompetence ve vztahu k ADHD u jejich dětí. Nejvyšší procento odpovědí, kdy zařízení vždy nabízejí doporučené postupy a zvyšují rodičovské kompetence, nacházím u SPC (53 %), následované PPP (48 %) a SVP (44 %). Naopak, u MŠ/ZŠ je tento podíl výrazně nižší, pouhých 16 %. To znamená, že poradenská zařízení mají tendenci být více proaktivní v poskytování podpory a doporučení rodičům dětí s ADHD.



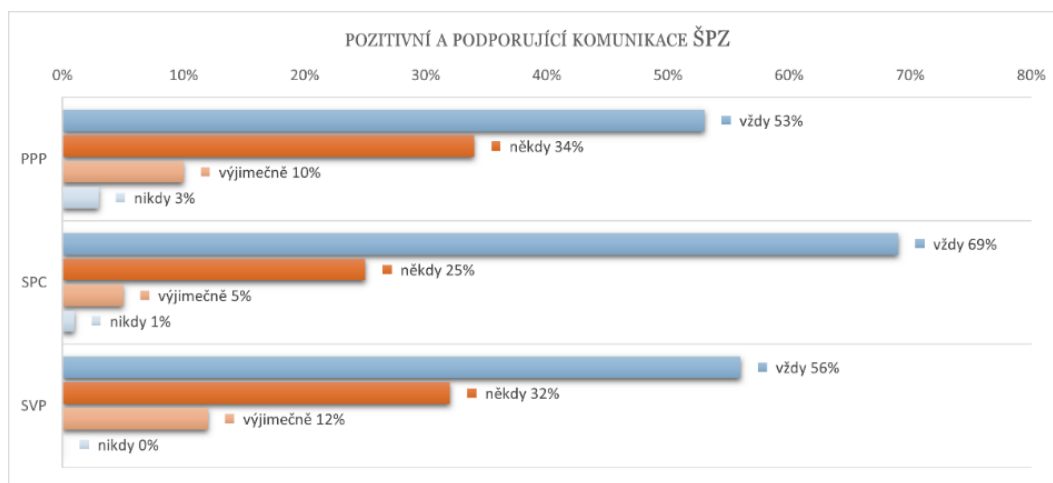
Graf 18 Podpora rodičovských kompetencí školami/ŠPP, ŠPZ

Poradenská zařízení (PPP, SPC, a SVP) mají tedy častěji napomáhají zvyšování rodičovských kompetencí ve vztahu k ADHD u dětí, což je dáno logickým zaměřením těchto zařízení. Vzhledem k tomu, že jistá část respondentů však dosud není v kontaktu s žádným s poradenských zařízení, a proto, že primární podpora by měla vždy směřovat přímo ze škol, aby nedocházelo k přetížení poradenských systémů, je takový výsledek hodný další analýzy a zkoumání.

Následující dvě položky jsme již porovnávali jen ve vztahu poradenských zařízení mezi sebou (bez škol), neboť jejich obsah vyplývá z logiky věci dané náplní práce poradenských zařízení.

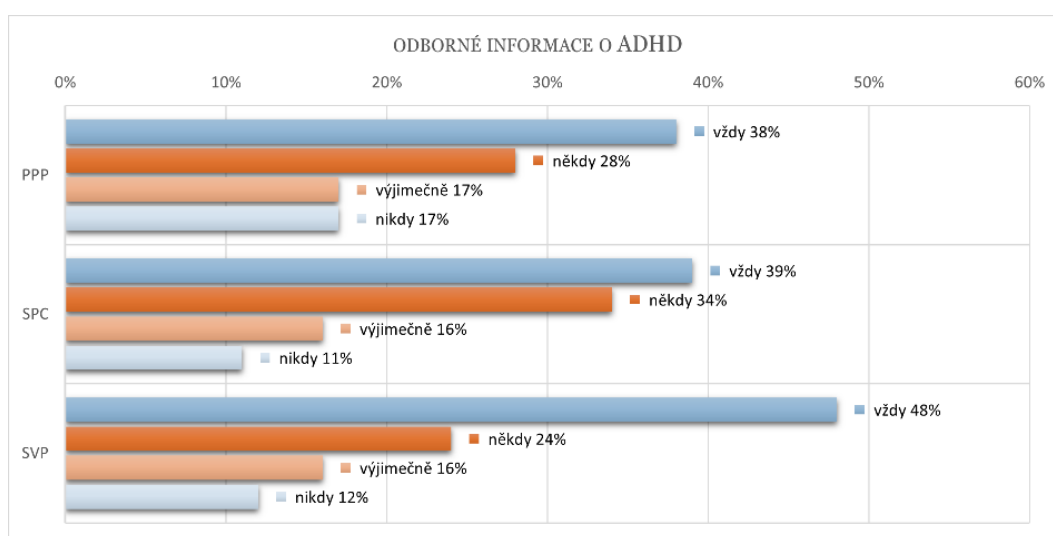
Zeptali jsme se respondentů, zda považují komunikaci zařízení s nimi za pozitivní a podporující. Z výsledků vyplývá, že většina odpovídajících spolupráci s poradenskými zařízeními za pozitivní a podporující považuje. SPC zde vykazují nejvyšší míru positivity, s 69 % jako vždy pozitivní, a dalších 25 % alespoň někdy. SPC také vykazují nejnižší procento odpovědí "výjimečně" a "nikdy", což naznačuje konzistentně vyšší úroveň spokojenosti s těmito zařízeními.

Celkově lze říci, že všechna zastoupená poradenská zařízení jsou vnímána jako pozitivní a podporující, přičemž klienti SPC vykazují nejvyšší míru spokojenosti se spoluprací.



Graf 19 Percepce podpory jen ŠPZ

A nakonec otázka směřující opět jen na poradenská zařízení: Podávají Vám pracovníci odborné informace o ADHD? Z poskytnutých dat vyplývá, že všechna zahrnutá poradenská zařízení podávají rodinám odborné informace o ADHD, jen v různé konzistenci. SVP v tomto případě vykazuje nejvyšší procento odpovědí "vždy" (48 %). Tento výsledek lze hodnotit v souladu se specializací tohoto zařízení, kterým je podpora a péče o děti s poruchami chování a emocí. Poukažme na fakt, že v kategorii "nikdy" vykazují PPP nejvyšší procento odpovědí (17 %). S ohledem na množství respondentů udávajících spolupráci s tímto typem poradenského zařízení, není možné tento výstup označit za nevypovídající. Data naznačují, že někteří respondenti nepřijímají od těchto zařízení žádné odborné informace o ADHD. Předávání konzistentních a kvalitních odborných informací a odkazů na další zdroje je však pro komplexní podporu rodin s dětmi s ADHD zásadní.



Graf 20 Poskytnutí zdrojů & informací o ADHD

Naše výzkumná data ukazují, že kvalita spolupráce školských poradenských zařízení s rodinami dětí s ADHD je hodnocena pozitivně. Byly však zjištěny významné rozdíly v kvalitě služeb v závislosti na typu zařízení. Výsledky naznačují, že konzistence a kvalita informací poskytovaných rodinám mohou vyžadovat modifikace napříč různými typy zařízení. Toto zjištění současně poukazuje na potřebu aktualizace znalostí, a tedy průběžného vzdělávání a další školení pedagogů. To jim je beztak dáno platnou legislativou. Jako vhodné se jeví i posílení vazeb mezi poradenskými zařízeními a školami.

6.5.1.1 Výsledky šetření

Ve výzkumné části práce jsme se prostřednictvím smíšeného výzkumného tématu zabývali pohledem rodin dětí s ADHD na diagnostický proces, spolupráci se školami a poradenskými zařízeními a podporou, která je dětem i rodinám poskytována.

Cílem první části bylo ověřit, zda má formální pedagogicko-psychologické vzdělání pečující osoby vliv na rozhodnutí a zpracování procesu diagnostiky ADHD u dítěte. Tento cíl nám přiblíží, zda související odborné vzdělání zákonného zástupce ovlivňuje přístup dítěte k diagnostice, potažmo relevantní péči.

Za tím účelem jsme stanovili tyto hypotézy:

1H⁰ Nulová hypotéza – *Formální pedagogicko-psychologické vzdělání pečujících osob nemá vliv na rozhodnutí a způsob zpracování procesu diagnostiky ADHD u dítěte.*

1H¹ Alternativní hypotéza – *Formální pedagogicko-psychologické vzdělání pečujících osob má vliv na rozhodnutí a způsob zpracování procesu diagnostiky ADHD u dítěte.*

Analyzovali jsme dva aspekty: zda dítě podstoupilo diagnostiku ADHD a kdo tuto diagnostiku prováděl, a to vždy ve vztahu k formálnímu pedagogicko-psychologické vzdělání respondenta.

V případě první otázky, "Absolvovalo Vaše dítě diagnostiku pro ADHD?", byla použita statistická metoda chi-kvadrátu. Výsledky ukázaly, že vypočtená hodnota chí-kvadrátu je 0,98, což je menší než kritická hodnota 3,841 pro 1 stupeň volnosti a hladinu významnosti 0,05. To znamená, že neexistuje statisticky významný důkaz toho, že by formální pedagogicko-psychologické vzdělání mělo vliv na rozhodnutí o absolvování diagnostiky ADHD.

V otázce "Kdo dítě diagnostikoval?", výsledky opět neodhalily statisticky významný rozdíl v preferencích ohledně typu specialisty v závislosti na daném specifickém vzdělání pečující osoby. Vypočtená hodnota chí-kvadrátu byla 3,37, což je také menší než kritická hodnota 12,59 pro 6 stupňů volnosti a hladinu významnosti 0,05.

Vzhledem k těmto výsledkům lze konstatovat, že data nepodporují alternativní hypotézu 1H¹ a nemáme dostatečný důkaz pro tvrzení, že formální pedagogicko-psychologické vzdělání pečujících osob má vliv na rozhodovací proces ohledně diagnostiky ADHD u dítěte.

Na základě těchto informací:

nezamítáme nulovou hypotézu 1H⁰,

Současně

nepřijímáme alternativní hypotézu 1H¹.

Tato část studie tedy neprokázala významný vliv formálního pedagogicko-psychologického vzdělání na rozhodovací procesy pečujících osob v souvislosti s diagnostikou ADHD u dětí. Je však důležité zdůraznit, že rozhodování může být ovlivněno celou řadou faktorů a budoucí výzkum by mohl prozkoumat další proměnné, které mohou hrát roli v tomto procesu.

Otázkou, která z těchto zjištění vyplývá, je, zda může být rozdíl způsoben nedostatečným získáním odborných speciálně pedagogických znalostí v průběhu tohoto typu vzdělání, nebo zda naopak poradenská zařízení a školy poskytují natolik kvalitní služby a informace, že tento rozdíl vyrovnávají. Na tuto otázku můžeme nalézt odpověď již ve druhé části kvantitativního výzkumu.

V druhé části kvantitativního výzkumu jsme si stanovili cíl zjistit, zda existuje souvislost mezi typem poradenského zařízení (škola/ŠPP, ŠPZ, SPC, SVP) a kvalitou spolupráce tohoto zařízení s rodinou v oblasti poradenské komunikace. Cíl je zaměřen na hodnocení spolu práce jednotlivých poradenských zařízení s rodinami a jejich schopnosti poskytovat adekvátní podporu a komunikaci.

K ověření tohoto cíle byly formulovány následující hypotézy:

2H⁰ Nulová hypotéza *Volba poradenského zařízení (škola/ŠPP, ŠPZ, SPC, SVP) nemá významný vliv na kvalitu spolupráce zařízení s rodinou (komunikace).*

2H¹ Alternativní hypotéza *Volba poradenského zařízení (škola/ŠPP, ŠPZ, SPC, SVP) má významný vliv na kvalitu spolupráce zařízení s rodinou (komunikace).*

Tato část výzkumu se zaměřila na roli poradenských zařízení ve spolupráci s rodinami dětí s ADHD a na to, jak jsou tyto služby vnímány. Z výsledků vyplývá, že respondenti ve většině případů hodnotí komunikaci s poradenskými zařízeními (PPP, SPC, SVP) jako pozitivnější a podporující oproti školám (MŠ/ZŠ). Školní poradenská pracoviště (ŠPP) byly v položkách dotazníku zahrnuty v pojmu „škola“, což bylo respondentům v průběhu vyplňování explicitně vyjádřeno.

Rodiny se obecně cítí více akceptovány jako rovnoprávní partneři v diskusi také s poradenským zařízením, s nejvyšším procentem spokojenosti u SVP a SPC. Naopak, učitelé mateřských a základních škol a pracovníci ŠPP jsou souhrnně méně často vnímáni jako ochotní naslouchat a méně se zajímají o informace poskytované jim rodinami.

Otázka zaměřená na poskytování doporučených postupů a zvyšování rodičovských kompetencí, opět vyzdvihla činnost poradenských zařízení, zejména pak SPC. Lze předpokládat, že SPC disponuje metodami a strategiemi, které více zohledňují individuální potřeby dětí a poskytují rodinám vyšší míru podpory. To lze v souladu dovést i ze specifického zaměření SPC.

Na základě analýzy rozptylu bylo zjištěno, že existují statisticky významné rozdíly v kvalitě spolupráce mezi různými typy poradenských zařízení. Volba poradenského zařízení má vliv na kvalitu spolupráce s rodinami. Na základě tohoto výsledku:

zamítáme nulovou hypotézu 2H⁰.

Výsledky našeho výzkumu podporují alternativní hypotézu. Byly zaznamenány rozdíly v kvalitě spolupráce a v poskytovaných informacích rodinám mezi různými typy poradenských zařízení. Analýzou rozptylu byly zjištěny významné rozdíly v kvalitě spolupráce mezi různými typy poradenských zařízení, proto

přijímáme alternativní hypotézu 2H¹.

Výsledky naznačují, že volba poradenského zařízení má významný vliv na kvalitu spolupráce zřízením s rodinou.

6.5.2 Kvalitativní narativní rozhovor

Nyní se zaměříme na analýzu a interpretaci dat získaných prostřednictvím narativních rozhovorů s účastníky studie. Narativní rozhovory mohou poskytnout detailní pohled na osobní zkušenosti, postoje a vnímání jednotlivců v rámci zkoumaného tématu. Zajímalo nás, jak jednotlivci interpretují své vlastní zkušenosti a jak tyto zkušenosti formují jejich chápání a postoje k dané problematice.

S ohledem na **etiku** jsme věnovali zvláštní pozornost ochraně osobních údajů a soukromí účastníků. Anonymizovali jsme data tak, aby nebylo možné identifikovat konkrétní osoby. Rozhodli jsme se nahradit jejich skutečná křestní jména alternativními jmény. Účastníci byli před započatím výzkumu důkladně informováni o účelu studie, a o tom, jak budou jejich data použita. Měli také možnost kdykoli odstoupit bez udání důvodů. Obdrželi jsme jejich souhlas,

a ujistili je, že shromážděné informace budou použity výhradně pro výzkumné účely a budou uloženy a zpracovány v souladu s právními a etickými normami. Pro specifický charakter narativního rozhovoru, který respondenti chápali jako blízký terapeutickému, není možné vložit transkript rozhovorů do práce.

1. Rozhovor – Mateřská škola, maminka Milada

Milada je v současné době na mateřské dovolené a má doma dva syny ve věku 2 a 4 roky. Starší syn chodí od září 2022 do mateřské školy a je právě v procesu diagnostiky ADHD psychologem. Maminka je vysokoškolsky vzdělána mimo obor pedagogicko-psychologických věd a ráda by brzy nastoupila alespoň na částečný pracovní úvazek. Syny vychovávají společně s jejich biologickým otcem, manželem.

Maminka cítí vysokou úroveň vyčerpání a stresu spojenou s náročnou péčí o dvě malé děti, zejména o staršího syna, který může mít ADHD. Má obavy a vzhledem k potenciální diagnóze ADHD pro staršího syna a vyjadřuje touhu po konkrétních odpovědích a řešeních. Hovoří o náročnosti každodenních situací, jako je oblékání, hraní a komunikace se synem, který je náročnější než jiné děti. Srovnává své zkušenosti s ostatními rodiči a zdá se, že cítí určité nesrovnalosti a frustraci. Zmiňuje se o své snaze hledat pomoc a podporu, ať už od poradenských zařízení, lékařů, rodiny, nebo přátel. Vyjadřuje obavy o budoucnost syna, zejména v souvislosti se školní docházkou syna a jeho možnou diagnózou. Momentálně není v kontaktu s poradenským zařízením, ale její syn chodí do mateřské školy. Ráda by byla více informována, například psycholog by mohl být užitečným zdrojem informací. Milada projevuje touhu pochopit situaci a pomoci synovi, ale také hovoří o potřebě přestávky od tématu ADHD.

Tematická analýza tohoto rozhovoru ukazuje, že matka prochází náročným obdobím nejistoty a stresu. Je zjevný pocit vyčerpání z péče o dvě malé děti, přičemž přístup ke staršímu synovi se susp. ADHD v ní vyvolává značné obavy a nejistotu. Běžné situace se zdají být náročnější než u ostatních dětí. Sociální porovnání a interakce dále přispívají k jejímu stresu, když vidí, jak se ostatním rodičům daří zvládat situace lépe, nebo když dostává rady, které u nich nefungují. Hledání pomoci a podpory je důležitým tématem, který se objevuje v průběhu rozhovoru, ať už jde o formální podporu od poradenských zařízení a lékařů, nebo neformální pomoc přátel a rodiny.

Pro Miladu by mohly být užitečná setkání v rámci podpůrných rodičovských skupin. Pod vedením specialisty, by mohla sdílet své postřehy, ale i neúspěchy a obdržet případně bližší instrukce zaměřené na zvládání chování dětí s ADHD. Maminka by ráda dostávala konkrétní nástroje a strategie pro výchovné vedení dítěte s ADHD.

Dílčí otázka 1: *Jaká jsou očekávání rodin v kontextu diagnostiky ADHD u jejich dětí a jak souvisí s procesem prožíváním jednotlivých fází přijetí (jako jsou šok, popření, vyrovnávání, akceptace)?*

Z rozhovoru je zřejmé, že Milada očekávala přístup ke konkrétním odpovědím a řešením. Zdá se, že se snažila pochopit, co se děje se svým synem, a možná doufala, že stanovení diagnózy ji navede na cestu, jak mu lépe pomoci. Nelze s jistotou určit, kterými fázemi přijetí diagnózy Milada již prošla a jaké jsou její zkušenosti, ale vzhledem k intenzitě jejích pocitů a zvýšeného zájmu o informace lze dovozovat na reaktivní fázi procesu „zpracování informace a reakce na situaci“ dle Michalíka (2011), která je charakteristická právě danou aktivitou.

Dílčí otázka 2: *Jak rodiny charakterizují jednotlivé etapy, kterými procházejí při přijetí zdravotního omezení (ADHD) u svých dětí, a jak je zpětně hodnotí v kontextu výsledků diagnostického procesu?*

Milada charakterizuje svůj zážitek jako velmi vyčerpávající a frustrující. Její stres a úzkost pramení zejména z každodenních výzev ve vztahu k péči o syna. Z rozhovoru není jasné, zda syn již obdržel oficiální diagnózu, ale je zřejmé, že Milada stále hledá odpovědi a není si jista, jak dále postupovat.

Dílčí otázka 3: *Existují specifické aspekty nebo události, které měly vliv na rozhodování rodin o diagnostice ADHD u dětí, a lze je do budoucna pozitivně ovlivnit prostřednictvím konkrétní podpory rodiny?*

Milada se zmínila o dopadech nekonformního chování syna na běžný život rodiny. To bylo jedním z důvodů, proč se rozhodla vyhledat diagnostiku. Je možné, že pokud by měla přístup ke konkrétním vzdělávacím materiálům a podpoře zaměřené na rodiny dětí s ADHD, mohla by dosáhnout pozitivnějšího prožitku a možná i lepších výsledků.

Dílčí otázka 4: *Jak se vyvíjí postoj rodin ke spolupráci se školou a poradenskými zařízeními v průběhu tohoto procesu, zejména po konfrontaci s výsledky diagnostiky a jejich aplikací ve školním prostředí, a zda tento vývoj koreluje s jejich původními představami?*

Milada je v pravidelném kontaktu s učiteli syna v mateřské škole, a i když se vyskytují jisté obtíže, je prozatím schopna situaci ve spolupráci se školou pozitivně řešit. Její hledání odpovědí a podpory také naznačuje, že je ochotna spolupracovat s odborníky na hledání potřebných řešení. Je důležité, aby byla rodina informována o možnostech, které má a postupech, které může volit, aby byla její očekávání realistická a dokázala uzpůsobit výchovné vedení a prostředí pro zajištění nejlepší péče o syna.

2. Rozhovor – Základní škola první stupeň

Katka je absolventkou VoŠ v oboru zdravotní sestra a v rámci výuky absolvovala základy pedagogicko-psychologického vzdělání. Pracuje jako zdravotní sestra v nemocnici, kde má nepravidelné dlouhé směny, včetně nočních a často musí pracovat přesčas. Má dvě dcery ve věku 10 a 12 let, u kterých bylo diagnostikováno ADHD a jsou v péči PPP. S ohledem na pravděpodobné komorbidity u obou je situace méně přehledná. U jedné z dívek byla doporučena psychiatrická hospitalizace a druhá obdržela doporučení pro převedení do péče SPC pro variantu PAS.

Z rozhovoru vyplývá, že Katka je primární pečující osobou pro obě dcery. Zapojení manžela (otce obou dívek) je částečné a v současnosti komplikované psychiatrickou diagnózou, pro kterou absolvuje léčbu. Napjaté vztahy mezi jednotlivými členy navíc ovlivňují celé rodinné prostředí.

Starší dcera je v 6. třídě a aktuálně čelí obtížím se školním výkonem a emočními problémy. Vykazuje známky deprese, izoluje se od ostatních členů rodiny a uzavírá do sebe. Odborníky již byla doporučena hospitalizace a terapie, kromě jiného pro nelátkové závislosti (internet). Matka dává vše do přímé souvislosti se situací nedávné pandemie COVID-19 a izolací dcery od vrstevníků a společenského života.

U mladší dcery (4. třída) bylo diagnostikováno ADHD a v nedávné době vysloveno podezření na PDA. Jedná se o dosud neoficiální diagnostickou jednotku náročného chování, které se může vyskytnout u dětí a dospělých s autismem nebo hraničním autismem. Český překlad je Patologická vyhýbavost pokynům, v anglickém originále Pathological Demand Avoidance, odtud zkratka PDA (Woods, 2020; Kildahl et al., 2021).

Katka naznačuje, že škola není dostatečně flexibilní a podpora specifických potřeb jejích dcer vykazuje zásadní nedostatky. To ji nutí hledat alternativní způsoby řešení, jako např. doučování obou dcer doma z několika předmětů.

Maminka Katka vyhledává potřebné informace nejčastěji na internetu, ale využívá i dalších zdrojů, např. PPP a psychiatrické konzultace. I v tomto bodě však vyjadřuje frustraci z nedostatku podpory a zejména dlouhých čekacích lhůt, které zásadně omezují možnost využití poradenské služby PPP. Matka zmiňuje, že sama již má dostatek odborných informací, ale doporučila by modifikaci školských poradenských služeb, aby byly v tomto ohledu dostupnější a přístupnější jiným rodičům.

Situace Katky je celkově specifická a významně se liší od těch, které pozorujeme v dalších rozhovorech. To je dáno kombinací psychiatrických diagnóz v rodině a z toho plynoucích narušených rodinných vztahů, což je zřetelně emočně vysilující. Maminka se snaží zajistit všechny potřebné rodinné funkce, to však komplikuje náročnost jejího povolání. Je zřejmé, že podpora dcer ve vzdělávání neodpovídá jejich specifickým potřebám a ani součinnost poradenského zařízení není v dané situaci dostatečná. Matka se proto snaží zastoupit i tyto role. Dlouhodobý stres a zátěž by ale mohly vyústit v celkové vyčerpání matky, a proto by byla vhodná vyšší podpora rodiny v celém spektru služeb. Pozitivní je předpokládaný přestup jedné z dcer do péče SPC, ze čehož by mohla profitovat celá rodinná jednotka.

Dílčí otázka 1: Očekávání Kamily se mění v průběhu vývoje situace a přístupu školy a poradenských zařízení. Z rozhovoru vyplývá, že proces diagnostiky byl náročný ne pro obavy z jeho výsledku, ale proto, že dosažení komplexní diagnostiky a odpovídající diagnózy nebylo lehké. Stejně jako ostatní maminky i ona od stanovení diagnózy očekávala přijetí a pochopení společností i školou.

Dílčí otázka 2: Kamilin příběh ilustruje mnoho výzev, od nepochopení ze strany škol a společnosti až po konfrontaci s vlastními emocemi a očekáváními. Nové informace ve vztahu k možným komorbidním diagnózám obou dětí dosud neumožňují přechod do fáze akceptace a vyrovnání. Z rozhovoru není zřejmé, v jaké etapě se Kamila nyní nachází, nicméně popření diagnóz to jistě není. I přes těžkosti a stres, se stále snaží hledat nejlepší možné řešení pro své dcery.

Dílčí otázka 3: Z rozhovoru vyplývá, že matka by ocenila podporu zejména od poradenských zařízení, protože cítí, že škola a psychiatři nenabízí dostatek zdrojů pro potřebné vedení dcery i rodiny.

Dílčí otázka 4: Kamila komunikuje se školou nárazově, zejména v případech, kdy pocituje, že jsou dceři upírána práva, která jí náleží. Uvádí, že se někdy snaží navázat dialog s poradenskými zařízeními, ale často není schopna dosáhnout odezvy. Aktivně vyhledává informace a zdroje o ADHD mimo školní a zdravotnický systém. Očekávání, že přidělením diagnózy škola získá potřebné informace a zdroje pro podporu obou dcer v průběhu jejich školní docházky se v praxi ukazují jako nereálná. Postoj Kamily ke škole již může být ovlivněn vnímáním toho, jak škola reaguje na potřeby jejich dětí. Tato data zdůrazňují význam citlivé a informované komunikace s dětmi o jejich diagnóze.

Z narativu matky Kamila je patrné, že proces přijímání diagnózy ADHD u obou jejích dcer je intenzivní a plný emocí. Kamila hledá informace o ADHD na internetu a ze zdravotnických

a poradenských zařízení. Jako zdravotní sestra má určitou znalost psychologie a speciální pedagogiky, ale její znalosti pocházejí spíše z mimoškolních zdrojů. Kamila se setkala s několika překážkami v procesu interakce se školním a poradenským systémem, který vyvolává stres a frustraci. Její očekávání vůči těmto systémům byla zřejmě zklamána, což vedlo k tomu, že se stále více spoléhá na vlastní síly a intuici.

3. Rozhovor – Základní škola druhý stupeň

Maminka Alena je vysokoškolsky vzdělaná mimo obor pedagogicko-psychologických věd a je zaměstnána v oboru svého VŠ vzdělání. Samá má ADHD a doma dva syny ve věku 12 a 15 let s diagnostikovaným ADHD. Chlapci dosud navštěvují základní školu, oba opakovali ročník. Dříve byli v péči ZŠ dle §16 pro poruchy učení, nyní integrováni v běžné ZŠ. Zkušenosti mají se spoluprací se všemi typy poradenských zařízení, které jsou zahrnuty do tohoto výzkumného šetření. Alena syny vychovává ve společné domácnosti s manželem, který je biologickým otcem.

Alena vyjadřuje frustraci ohledně interakce s učiteli a školním systémem. Má pocit, že škola nechápe problémy související s ADHD a je nespokojena s tím, jak učitelé jednají s jejími syny. Je také zklamaná nedostatkem konzistence a spolupráce mezi různými institucemi, jako jsou škola, poradenská zařízení a psychiatři.

Dalším tématem je hledání vhodného prostředí a podpory pro děti s ADHD. Alena hovoří o významu najít školu, která je lépe vybavena ke kvalitní výchově a podpoře dětí s ADHD. Její rozhodnutí přesunout děti do jiné školy, která má více podpůrných zdrojů, je reakcí na její neuspokojivé zkušenosti se současnou školou.

Také můžeme pozorovat, jak Alena hledá informace a podporu z různých zdrojů, včetně internetu a sociálních médií. Toto hledání znalostí a porozumění je spojeno s jejím pocitem nedostatečné podpory a konzistence od oficiálních institucí. Alena uvádí, že by si přála lepší koordinaci a sdílení informací mezi školou, poradenskými zařízeními a psychiatry.

Má hodně informací, ale neví, jak je efektivně použít. Cítí, že škola, poradenská zařízení a psychiatři by měli lépe spolupracovat a sdílet informace s rodiči. Komunikace se školou a školním poradenským pracovištěm je podle Aleny neuspokojivá, zejména pokud jde o porozumění a podporu ADHD.

I tento rozhovor zdůrazňuje významnost integrované podpory a komunikace a vyšší mírou porozumění mezi rodinami dětí s ADHD a školami a odborníky, kteří s nimi pracují. Taktéž poukazuje na potřebu přístupu k dalším zdrojům a informacím. Aleně by pomohlo sdílení úspěchů a neúspěchů s dalšími rodiči a současně by mohla těžit z odborného vedení případných

rodičovských skupin zaměřených na předávání efektivních strategií a nástrojů ve vztahu k náročné výchově synů.

Dílčí otázka 1: Alena o diagnostiku svých synů usilovala delší dobu. Její očekávání ve vztahu k přidělení diagnózy směřovala zejména k podpoře synů při vzdělávání a využití odpovídajících opatření doma i ve škole. Její zkušenosti s procesem diagnostiky byly emočně vyčerpávající a vlastně dodnes tento proces neskončil. Po přidělení diagnózy se jí nejdříve ulevilo. Vytoužená podpora synů však nebyla dosud efektivně nastavena a vlastně ani poradenské zařízení k optimalizaci edukačního procesu nepomohlo. Její současná frustrace tak pramení zejména z neustálého hledání lepších řešení a snahy pomoci co nejlépe svým dětem, což se s ohledem na stávající postoje jejich učitelů příliš nedaří.

Dílčí otázka 2: Zdá se, že Alena je stále v etapě hledání a získávání podpory. Z rozhovoru není zřejmé, jak charakterizuje případné předchozí fáze přijetí diagnózy. Dosud je frustrována nedostatečnou podporou a komunikací ze strany školy a poradenských zařízení, a na vyrovnávání se s diagnózou jí tedy nezbývají kapacity.

Dílčí otázka 3: V rozhovoru Alena zmiňuje, že její děti budou přestupovat do jiné školy, která nabízí lepšími podpůrné zdroje. Lze předpokládat, že kvalita podpory a prostředí školy, ve které se děti nyní nacházejí, měla vliv na její rozhodování. Tedy dodatečná podpora v oblasti doporučení, či vyhledání vhodného školního prostředí pro děti s ADHD, by mohla pomoci těm rodinám, které sdílejí podobné zkušenosti.

Dílčí otázka 4: Spolupráci se školou a poradenskými zařízeními Alena vnímá jako frustrující. Můžeme předpokládat, že její původní očekávání, kterými byly větší podpora a lepší komunikace, se neslučuje s reálnými zkušenostmi. Její rozhodnutí přesunout děti na jinou školu to jen dokládá.

Z rozhovoru s maminkou Alenou vyplývá, že komunikace a podpora některých rodin pedagogickými a poradenskými pracovníky není dostatečná či odpovídající. Je také nutné zdůraznit význam škol a poradenských zařízení ve vztahu k integrované spolupráci s rodinami za účelem nastavení efektivních podpůrných opatření.

6.5.2.1 Výsledky šetření

Hlavní výzkumnou otázku jsme stanovili následovně:

Jaký je vztah mezi očekáváním a postoji rodin vůči diagnostickému procesu ADHD u dětí a jejich zkušenostmi a prožíváním fází přijetí diagnózy, včetně interakce se školním a poradenským systémem?

Na základě odpovědí na dílčí otázky a rozhovorů s třemi matkami (Miladou, Kamilou a Alenou) je možné dovodit, že vztah mezi očekáváním a postoji rodin vůči diagnostickému procesu ADHD u dětí, prožíváním přijetí diagnózy a spoluprací se školami a poradenským systémem, je významně ovlivněn úrovní a obsahem podpory a komunikace ze strany zařízení.

Rodiny vstupují do diagnostického procesu s očekáváním, že získají odpovědi, podporu a nástroje pro odpovídající péči, výchovu a vzdělávání svých dětí. Pro některé rodiny však může být proces diagnostiky emočně vyčerpávající a frustrující ne pro obavy z potvrzení diagnózy, ale spíše proto, jak náročné je získat uznání a přiznání obtíží vyplývajících ze symptomatologie ADHD od nejbližšího okolí, škol i poradenských zařízení. V případech, kdy rodiny nepocítí dostatečnou podporu, nemůže přistoupit k akceptaci a vyrovnání se s danou realitou. To může dále vést k prohloubení frustrace a ovlivnit schopnost orientace v dostupných možnostech řešení a podpory pro sebe i své děti.

Také postoj rodin ke škole a poradenským zařízením se neustále vyvíjí a je významně ovlivněn zkušenostmi zákonných zástupců s úrovní spolupráce s těmito institucemi. Pokud rodiny mají pocit, že jejich očekávání nejsou naplňována, a že jejich děti nedostávají potřebnou podporu, mohou zaujmout kritický postoj a zamezit tak další spolupráci. Proto je potřeba budovat pozitivní a podporující vztah škol a poradenských zařízení s rodinou, což může pozitivně ovlivnit jejich postoje a otevřít cestu k aktivní integrované účasti rodin na diagnostickém i edukačním procesu.

6.6 Diskuse

Výzkumné šetření se zaměřovalo na pohled rodin dětí s ADHD na diagnostický proces, spolupráci se školami a poradenskými zařízeními a na podporu, která je dětem i rodinám poskytována.

V první části tohoto výzkumného šetření jsme chtěli zjistit, zda formální pedagogicko-psychologické vzdělání pečující osoby ovlivňuje rozhodnutí a způsob zpracování procesu diagnostiky ADHD u dítěte. Výsledky statistické analýzy ukazují, že vzdělání pečujících osob neovlivňuje významně rozhodovací procesy ohledně diagnostiky ADHD u jejich dítěte. Závěr vyplynul z analýzy dat a potvrdil nulovou hypotézu.

V druhé části kvantitativního výzkumného šetření jsme zjistili, že volba poradenského zařízení má významný vliv na kvalitu spolupráce zařízení s rodinou. Rodiny hodnotí komunikaci s poradenskými zařízeními jako pozitivnější oproti školám, cítí se být akceptováni jako rovnoprávní partneři a jsou zde více spokojeni s podporou a informacemi, které dostávají. Na základě těchto dat jsme přijali alternativní hypotézu.

Existují ale i alternativní vysvětlení k předloženým výkladům. V první části nebyl prokázán významný vliv vzdělání pečující osoby na proces diagnostiky ADHD. Rozhodování ale může být ovlivněno celou řadou dalších faktorů. Mohlo by se jednat o osobní přesvědčení, dostupnost informací, sociální tlak, nebo i kvalitní podporu poskytovanou poradenskými zařízeními a školami, které by mohly tento aspekt vyrovnávat. V druhé části byl zjištěn vliv volby poradenského zařízení na kvalitu spolupráce. Je ale možné, že takové hodnocení je důsledkem specializace konkrétního personálu a specifického zaměření na poradenství oproti školám. Na druhou stranu, školy mohou vykazovat jistá omezení ve vztahu ke svým zdrojům případně kapacitě, což může vést k nižšímu hodnocení.

Síla tohoto šetření spočívá v tom, že se zabýváme přímými zkušenostmi a hodnocením rodin dětí s ADHD. Data mohou poskytnout informace ke zlepšení kvality a dostupnosti některých školských poradenských služeb. Šetření naznačuje, že existuje potřeba zvýšení úrovně podpory, kterou rodiny s dětmi s ADHD dostávají od poradenských zařízení ale i od škol. Bylo by vhodné vyvíjet nové podpůrné programy a dále zlepšovat již existující služby.

Toto šetření také identifikuje několik oblastí, které vyžadují další výzkum. Jedná se například o potřebu podpůrných terapeutických rodičovských skupin či způsobů koordinace poradenské péče napříč zařízeními. Nabízí se prostor pro zkoumání vztahu mezi úrovní podpory a akademickými výsledky dětí s ADHD. Bylo by pak možné pochopit, jaké intervence mohou být nejúčinnější. Získaná data mohou být dále užitečná pro zkoumání teorií týkajících se například fázi přijetí ve vztahu k rodinám dětí s ADHD, což by mohlo přispět k optimalizaci podpůrného systému.

Praxe poradenských služeb a škol měla být modifikována, aby lépe odpovídala očekáváním, potřebám a preferencím rodin. Zejména pak pravidelná školení a další vzdělávání učitelů a poradců o aktuálních postupech v oblasti syndromu ADHD. Mohly by to být například kurzy zaměřené na osvojení strategií pro efektivní poradenskou komunikaci a intervenci. Bylo by vhodné rozšířit stávající nabídku některých služeb pro rodiny s dětmi, včetně množství a dostupnosti některých typů zařízení.

Na úrovni společnosti je nezbytné pracovat na odstraňování stereotypních postojů, potažmo stigmatizace poruchy ADHD. Rodiny by měly být systematicky zapojovány do procesu plánování a rozhodování týkajícího se podpory, kterou dostávají oni i jejich děti. Zákonní zástupci by měli být povzbuzováni k vyjádření názorů a potřeb a měly by dostávat více informací i odkazů na další zdroje.

6.6.1 Limity

Je potřeba zohlednit také několik omezení tohoto výzkumného šetření.

V kvantitativní části se šetření zaměřuje na konkrétní skupinu rodičů dětí s ADHD. Vzhledem k tomu, že se jedná o specifickou skupinu, mohou být výsledky zkresleny a nemusí reprezentovat širší populaci. Použití online dotazníků může představovat další omezení, protože někteří respondenti mohou opustit dotazník před jeho dokončením. Odpovědi také nemusí být vždy úplné či upřímné, to může mít dopad na spolehlivost a validitu získaných dat. Respondenti mohou mít dále sklon odpovídat tak, jak si myslí, že by měli, namísto autentických odpovědí. Kvantitativní přístup, který je zaměřen zejména na číselné údaje, nemůže zachytit hloubku emocí respondentů.

Reprezentativnost vzorku byla ovlivněna metodou výběru. Vzorek není náhodný a může být proto nevyvážený. To bylo částečně vyrovnáno využitím metody sněhové koule. Respondenti, kteří se zúčastnili online dotazníkového šetření, mohou mít různé charakteristiky ve srovnání s celkovou populací rodičů dětí s ADHD. Například jejich zapojení do online skupin naznačuje vyšší míru ochoty ke spolupráci. Rovněž je potřeba vzít v úvahu, že respondenti s přístupem k internetu mohou mít odlišný profil od těch, kteří nejsou aktivní na sociálních sítích.

V kvalitativní části šetření se účastnil malý vzorek tří rodin. Proto nemusí být výsledky reprezentativní ani zobecnitelné. Vzorek může být také zkreslen sklonem k vyšší angažovanosti účastníků. Nestandardizované rozhovory mohou snížit konzistentnost a odchýlit se od výzkumného záměru, což může být zesíleno ADHD projevy u některých rodičů. Účastníci, kteří se účastní na základě své volby mohou vykazovat silnější motivaci k vyjádření nespokojenosti. Geografická distribuce, případně zohlednění individuálních charakteristik respondentů i pracovníků poraden se kterými se setkávají mohou ovlivnit výsledky, stejně jako různá dostupnost místních zdrojů (rodin, škol i poradenských zařízení).

Pokud bychom chtěli tato omezení odstranit volili bychom větší a diverzifikovanější vzorek, a využili standardizované metody sběru dat. Přesto výsledky tohoto šetření poskytují cenný základ pro pochopení dynamiky a výzev, kterým čelí rodiny s dětmi s ADHD.

Závěr

Cílem práce bylo analyzovat ADHD, jeho vliv na rodiny, a potenciál podpůrných služeb, se zaměřením na oblast vzdělávání.

Z teoretické části práce je patrné, jak komplexní a dynamickou diagnostickou jednotkou ADHD je. Popsali jsme základní definice, etiologii, prevalenci i vývoj terminologie. Důraz byl kladen na specifika situace v České republice, včetně diagnostiky a role rodiny. V průběhu analýzy různých funkcí a prostředí rodiny jsme si uvědomili důležitost vlivu rodinného klimatu na vývoj i edukační proces dětí s ADHD. Zaměřili jsme se také na poradenství ve školství a jeho význam pro rodiny i děti s ADHD. Analýza školského systému ČR, poradenská role mateřské školy a další aspekty školského poradenství představily zapojení těchto zařízení do konkrétní podpory dětí i rodin.

V empirické části, byly použity kvantitativní a kvalitativní metody k získání a interpretaci dat. Tato data nám poskytla hlubší porozumění obtížím, se kterými se rodiny v praxi setkávají a jak jsou jejich zkušenosti ovlivněny poskytovanými poradenskými službami. Prostřednictvím smíšeného výzkumu jsme se zaměřili na zkoumání a porozumění vlivu formálního pedagogicko-psychologického vzdělání pečujících osob na jejich rozhodovací mechanismy v souvislosti s diagnostikou ADHD u dětí. Naše analýza ukázala, že specifické vzdělání nemá vliv na způsob a kvalitu přístupu k diagnostickému procesu a rodiny se rozhodují na základě informací z jiných zdrojů.

Dále jsme hodnotili vztahy mezi rodinami a různými typy poradenských zařízení. Zjistili jsme, že úroveň podpory, kterou poskytují poradenská zařízení, je proměnlivá, a její efektivita je často spojena s kvalitou komunikace a mírou vzájemné spolupráce mezi rodinou a zařízením. Lze tak částečně vyvrátit domněnku, že poskytované poradenství je natolik účinné, že dorovná chybějící odborné znalosti pečujících osob, ve vztahu k první hypotéze.

Jedním z našich cílů bylo také pochopení očekávání, postojů a zkušeností rodin během diagnostického procesu ADHD u jejich dětí, zejména pak ve vztahu k podpoře poskytované školami a poradenskými zařízeními těmto dětem. Zjistili jsme, že očekávání rodin vykazuje jasnou konzistentnost, nicméně nejsou kompatibilní se aktuální praxí výchovně-vzdělávacího procesu. Naše výsledky ukázaly, že tyto aspekty mají zásadní vliv na prožívání rodin během jednotlivých fází přijetí diagnózy a většinou nevytváří dostatečný prostor pro přesun do fáze akceptace, resp. realistického náhledu.

Z uvedených zjištění vyplývá, že **hlavní cíl našeho výzkumu byl úspěšně naplněn**. Nejenže jsme prozkoumali vztahy mezi formálním pedagogicko-psychologickým vzděláváním pečujících osob a jejich rozhodovacími procesy, ale také jsme odhalili zásadní aspekty, které ovlivňují jejich interakce s poradenskými zařízeními a školním systémem. Tato poznání mohou být cenná pro vývoj efektivnějších strategií a postupů v oblasti komplexní podpory rodin s dětmi s ADHD.

Z předložených závěrů vyplývají jasné požadavky na současnou praxi v rámci České republiky:

- Zaměřit se předávání informací a zvyšování kompetencí pečujících osob s dětmi s ADHD a podporovat jejich aktivní zapojení do rozhodování a edukačního procesu;
- Využít preference a potřeby rodin pro vytváření personalizovaných přístupů k dalším zdrojům a informacím o ADHD;
- Plánovat individuální programy zaměřené na podporu rodin, které pečují o děti s ADHD, jako jsou například podpůrné rodičovské skupiny pod odborným vedením.

Doporučujeme také vytváření hustších sítí podpory a specializovaného poradenství, poskytování cílených vzdělávacích programů rodinám i pedagogům a poradenským pracovníkům, a v neposlední řadě integraci komplexních přístupů v praxi.

Seznam použitých zdrojů

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn, Text Revision* [Online]. Washington, DC: American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anderson, C., & Kirkpatrick, S. (2016). Narrative interviewing. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(3), 631-634. <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0222-0>
- Balducci, J., Filippini, T., Arcolin, E., Ferri, P., Poppi, C., D'amico, R., & Cutino, A. (2021). Children and adolescents with ADHD followed up to adulthood: a systematic review of long-term outcomes [Online]. *Acta Neuropsychiatrica*, 33, 283-298.
- Barkley, R., & Benton, C. (2013). *Your defiant child: 8 steps to better behavior*. New York: The Guilford Press.
- Biederman, J., Faraone, S., Monuteaux, M., Bober, M., & Cadogen, E. (2004). Gender effects on Attention-Deficit/Hyperactivity disorder in adults, revisited [Online]. *Biological Psychiatry*, 55(7), 692-700. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2003.12.003>
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine [Online]. *The American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585. <https://doi.org/10.1176/ajp.94.3.577>
- Buchtová, V. (2018). *Funkce asistenta pedagoga u žáků s ADHD* (diplomová práce). Olomouc.
- Coufalíková, H. (2020). *Stigmatizace a destigmatizace ADHD u dospělých v ČR* (bakalářská práce). Praha.
- Černá, M. (1999). *Lehké mozkové dysfunkce*.
- Drtílková, I., & Fiala, A. (2016). Rozdílné dimenze subtypů ADHD [Online]. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 112(3), 127-132. Retrieved from <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1097>
- Dupaul, G., Fu, Q., Anastopoulos, A., Reid, R., & Power, T. (2020). ADHD Parent and Teacher Symptom Ratings: Differential Item Functioning across Gender, Age, Race, and Ethnicity [Online]. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 48(5), 679-691. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00618-7>

- Falloon, I., Laporta, M., Fadden, G., & Graham-Hole, V. (1993). *Managing Stress in Families: Cognitive and Behavioural Strategies for Enhancing Coping Skills (1st ed.)*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003413745>
- Faraone, S., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562-575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Fayyad, J., Sampson, N., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A. et al. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), 47-65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>
- Gavora, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.
- Gillernová, I., & Krejčová, L. (2012). *Sociální dovednosti ve škole*. Praha: Grada.
- Girard-Joyal, O., & Gauthier, B. (2022). Creativity in the Predominantly Inattentive and Combined Presentations of ADHD in Adults [Online]. *Journal of Attention Disorders*, 26(9), 1187 - 1198. <https://doi.org/10.1177/10870547211060547>
- Grimm, O., Kranz, T., & Reif, A. (2020). Genetics of ADHD: What Should the Clinician Know? [Online]. *Current psychiatry reports*, 22(4), 18. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1141-x>
- Grimm, O., Kranz, T., & Reif, A. (2020). Genetics of ADHD: What Should the Clinician Know? [Online]. *Current psychiatry reports*, 22(4), 18. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1141-x>
- Hadland, K., Rushworth, M., Gaffan, D., & Passingham, R. (2003). The effect of cingulate lesions on social behaviour and emotion [Online]. *Neuropsychologia*, 41(8), 919-31. [https://doi.org/10.1016/s0028-3932\(02\)00325-1](https://doi.org/10.1016/s0028-3932(02)00325-1)
- Hallowell, E. podcast [Online]. Retrieved from <https://drhallowell.com/listen/podcast/>
- Hallowell, E. (2016). *Šťastné dítě, šťastný dospělý: pět kroků, jak v dětství zasít semínka celoživotní spokojenosti*.
- Hallowell, E., & Ratey, J. (2007). *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti: poruchy pozornosti a hyperaktivita, rozpoznání, řešení, prevence*. Praha: Návrat domů.
- Hardy, M., Mühlpachr, P., & Dudášová, T. (2011). *Sociální patologie rodiny*. Brno: Institut mezioborových studií Brno.

- Killeen, P., Russell, V., & Sergeant, J. (2013). A behavioral neuroenergetics theory of ADHD [Online]. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(4), 625 - 657.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.02.011>
- Kim, S., Lee, H., Lee, H., Kim, G., & Song, J. (2022). Adjuvant Therapy for Attention in Children with ADHD Using Game-Type Digital Therapy [Online]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22).
<https://doi.org/10.3390/ijerph192214982>
- Koutsoklenis, A., & Honkasilta, J. (2023). ADHD in the DSM-5-TR: What has changed and what has not [Online]. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1064141>
- Kovaříková, M. (2020). *Krizové situace ve škole: bezpečnostní problematika ve školní praxi*. Praha: Grada.
- Kozlovskiy, S., Vartanov, A., Pyasik, M., Nikonova, E., & Velichkovsky, B. (2013). Anatomical Characteristics of Cingulate Cortex and Neuropsychological Memory Tests Performance [Online]. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 86, 128-133.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.08.537>
- Kozma, R., & Anderson, R. (2002). Qualitative Case Studies of Innovative Pedagogical Practices Using ICT [Online]. *Journal of Computer Assisted Learning*, 18(4), 387-394.
- Kraus, B. (2014). *Základy sociální pedagogiky*.
- Kraus, B. (2014). *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál.
- Kraus, B. (2015). *Životní styl současné české rodiny*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál.
- Kuželová, H., Macek, M., Raboch, J., & Ptáček, R. (2014). Genetická variabilita u poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) [Online]. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 77110(4), 423–427.
- Laca, S. (2013). *Sociální pedagogika v kontextu teorie a praxe I*. Brno: Institut mezioborových studií.
- Lillig, M. (2018). Conduct disorder: Recognition and management [Online]. *American Family Physician*, 98(10), 584 - 592.
- Lipnická, M. (2017). *Poradenská činnost učitele v mateřské škole*. Praha: Portál.

- Loudová Stralczynská, B., Stará, J., Selbie, P., Ristić, P., Dotta, L., Antolin Dresar, D. et al. (2022). *Educating Pre-primary and Primary Teachers Today: Quality Initial Professional Studies for Teachers in Six European Union Countries: Quality Initial Professional Studies for Teachers in Six European Union Countries*. Praha: Karlova univerzita. <https://doi.org/10.14712/9788076033337>
- Malá, S. (2021). *Vzdělávání žáků s ADHD na základní škole* (diplomová práce). Praha.
- Mallett, C., Natarajan, A., & Hoy, J. (2014). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A DSM Timeline Review [Online]. *International Journal of Mental Health*, 43(4), 36.
- Maňák, J., Prokop, J., & Solfronk, J. (1998). *Kapitoly ze sociální pedagogiky a psychologie: příspěvek ke vzdělávání učitelů*. Brno: Paido.
- Márquez-Caraveo, M., Rodríguez-Valentín, R., Pérez-Barrón, V., Vázquez-Salas, R., Sánchez-Ferrer, J., De Castro, F. et al. (2021). Children and adolescents with neurodevelopmental disorders show cognitive heterogeneity and require a person-centered approach. *Scientific Reports*, 11(1), 18463. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-97551-6>
- Maté, G. (2023). *Mýtus normálnosti: Trauma, nemoci a uzdravování v toxické kultuře*. Praha: Peoplecomm.
- Matějček, Z. (1987). Pojem psychické subdeprivace [Online]. *Psychológia a Patopsychológia Dieťaťa*, 22(5), 419-428.
- Matějček, Z. (1990). K pojmu "lehkých mozkových dysfunkcí" (LMD). *Československá psychiatrie: časopis Psychiatrické společnosti*, 86(1), 7-15.
- Matějček, Z. (2003). Poznámka k evolučnímu pohledu na syndrom ADHD [Online]. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 131-133. Retrieved from <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2003/03/08.pdf>
- Matte, B., Rohde, L., & Grevet, E. (2012). ADHD in adults: a concept in evolution [Online]. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(2), 53-62. <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0077-3>
- Mayes, R. (2015). The ADHD Explosion: Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance: Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40. <https://doi.org/10.1215/03616878-2888627>

- Medřická, H., Kunčíková, M., & Novák, V. (2007). ADHD [Online]. *Neurologie pro praxi*, 8(4), 219-221. Retrieved from <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/04/08.pdf>
- Mertin, V., & Krejčová, L. (2020). *Výchovné poradenství*. Praha: Wolters Kluwer.
- Metzger, A., & Hamilton, L. (2021). The Stigma of ADHD: Teacher Ratings of Labeled Students [Online]. *Sociological Perspectives*, 64(2), 258 - 279. <https://doi.org/10.1177/0731121420937739>
- Michalík, J. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Michalová, Z. (2012). *Předškolák s problémovým chováním: projevy, prevence a možnosti ovlivnění*. Praha: Portál.
- Michalová, Z., & Kratochvílová, A. (2022). *Sociální dovednosti v mateřské škole: aktivity k minimalizaci nevhodného chování v předškolním věku a posilování sociálních dovedností*. Praha: Grada.
- Michalová, Z., & Pešatová, I. (2015). *Determinanty inkluzivního vzdělávání dětí s ADHD / Zdeňka Michalová, Ilona Pešatová a kol.*
- Miovský, M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD Dospělí pacienti a klienti v adiktologii Michal Miovský*.
- MKN-11. (2023). *Mezinárodní klasifikace nemocí: jedenáctá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2023* [Online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Retrieved from <https://www.uzis.cz/ext/mkn-11-nahled/>
- Morgan, G., Reed, M., Adler, P., & Du Gay, P. (2016). *The Oxford handbook of sociology, social theory, and organization studies*.
- MŠMT. (2022). Diskuse nad DZ ČR 2023-2027 [Online]. Retrieved from <https://www.msmt.cz/spustena-diskuze-nad-dlouhodobym-zamerem-vzdelavani-cr-2023>
- MŠMT. (2023). Statistická ročenka školství - výkonové ukazatele školního roku 2022/2023 [Online]. Retrieved from <https://statis.msmt.cz/rocenka/rocenka.asp>
- Najmonová, M., Faltová, K., Garabiková-Pártlová, M., Faltová, M., Hynek, J., Falta, R. et al. (2019). *Školní poradenské pracoviště v praxi*. V Českých Budějovicích: Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.
- Nazarian, V. (2010). *The Perpetual Calendar of Inspiration: Old Wisdom for a New World*. Spirit.

- Nelešovská, A. (2005). *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. Praha: Grada.
- Nguyen, P., & Hinshaw, S. (2020). Understanding the Stigma Associated with ADHD: Hope for the Future? [Online]. *ADHD Report*, 28(5), 1-11.
<https://doi.org/10.1521/adhd.2020.28.5.1>
- Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch / Marie Ocisková, Ján Praško*.
- Paclt, I. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.
- Park, S., Lee, J., Yun, H., Kim, J., Kim, B., Cho, D. et al. (2015). Associations between serotonin transporter gene (SLC6A4) methylation and clinical characteristics and cortical thickness in children with ADHD [Online]. *Psychological Medicine*, 45(14), 3009 - 3017. <https://doi.org/10.1017/S003329171500094X>
- Perná, T. (2016). *Školní úspěšnost dětí s ADHD z pohledu učitelů* (bakalářská práce). České Budějovice. Retrieved from <https://theses.cz/id/4qx2vl>
- Pescaru, M. (2018). The Importance of the Socialization Process for the Integration of the Child in the Society [Online]. *Revista Universitara de Sociologie*, 2018(2), 18-26.
 Retrieved from <https://www.ceeol.com/search/viewpdf?id=741592>
- Pešová, I., & Šamalík, M. (2006). *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada.
- Piltz, V., Halldner, L., Markus, J., Fridell, A., Bölte, S., & Choque Olsson, N. (2023). Symptom similarities and differences in social interaction between autistic children and adolescents with and without ADHD [Online]. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 1-11.
<https://doi.org/10.1007/s12144-023-04499-z>
- Pohlová, A. (2018). *Žák s ADHD s problematickým chováním z pohledu učitele* (Diplomová práce). Praha. Retrieved from <http://hdl.handle.net/20.500.11956/96341>
- Posner, J., Polanczyk, G., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 395(10222), 450-462.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
- Procházka, R. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada.
- Průcha, J., Walterová, E., & Mareš, J. (2009). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.
- Ptáček, R., Ptáčková, H., & Braten, E. (2020). K historii diagnostické kategorie ADHD [Online]. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 116(4), 190-196. Retrieved from <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1344>

- Riley, M., Ahmed, S., & Locke, A. (2016). Common Questions About Oppositional Defiant Disorder [Online]. *American family physician*, 93(7), 586-91.
- Rolls, E. (2019). The cingulate cortex and limbic systems for emotion, action, and memory [Online]. *Brain structure*, 224(9), 3001-3018. <https://doi.org/10.1007/s00429-019-01945-2>
- Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M., Hashemian, A. et al. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis [Online]. *Italian Journal of Pediatrics*, 49(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>
- Seshadri, G. (ed.). (2019). Homeostasis in Family Systems Theory [Online]. In J. Lebow, A. Chambers & D. Breunlin, *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. (pp. 1395-1399). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_267
- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J., Greenstein, D. et al. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Is Characterized by a Delay in Cortical Maturation [Online]. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(49), 19649. <https://doi.org/10.1073/pnas.0707741104>
- Schmalzová, A. (2020). Školská poradenská zařízení - činnosti a kompetence, rozdíly mezi pedagogicko-psychologickými poradnami a speciálně pedagogickými centry. *Speciál pro MŠ: příloha časopisu Řízení školy*.
- Sibley, M., Swanson, J., Arnold, L., Hechtman, L., Owens, E., Stehli, A. et al. (2017). Defining ADHD symptom persistence in adulthood: optimizing sensitivity and specificity [Online]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 58(6), 655 - 662. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12620>
- Sokačová, L. (2006). *Kariéra, rodina, rovné příležitosti: výzkumy postavení žen a mužů na trhu práce*. Praha: Gender Studies.
- Song, P., Zha, M., Yang, Q., Li, X., Rudan, I., & Zhang, Y. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis [Online]. *Journal of Global Health*, 11, 04009. Retrieved from doi: [10.7189/jogh.11.04009](https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009)
- Syslová, Z. (2013). *Profesní kompetence učitele mateřské školy*. Praha: Grada.
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness [Online]. *American Psychologist*, 15(2), 113-118. <https://doi.org/10.1037/h0046535>

- Švamberk Šauerová, M., Špačková, K., & Nechlebová, E. (2012). *Speciální pedagogika v praxi: komplexní péče o děti se SPUCH*. Praha: Grada.
- Targum, S., & Adler, L. (2014). Our current understanding of adult ADHD [Online]. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11(11-12), 30 - 35.
- Taylor, C., Esmaili Zaghi, A., Kaufman, J., Reis, S., & Renzulli, J. (2020). Divergent thinking and academic performance of students with attention deficit hyperactivity disorder characteristics in engineering [Online]. *Journal of Engineering Education*, 109(2), 213-229. <https://doi.org/10.1002/jee.20310>
- The Goulstonian Lectures ON SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS IN CHILDREN. (1902). *The Lancet*, 159(4104), 1163-1168. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)74901-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)74901-X)
- Theiner, P. (2012). ADHD od dětství do dospělosti [Online]. *Psychiatrie pro praxi*, 13(4), 148-150. Retrieved from <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/02.pdf>
- Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny Transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení Jana Tóthová*.
- Train, A. (1997). *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha: Portál.
- Train, A. (2001). *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha: Portál.
- Ulmonová, K. (2020). *Spolupráce asistenta pedagoga s žákem s ADHD na 1. stupni ZŠ (diplomová práce)*. Ústí nad Labem.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M., & Hadj-Moussová, Z. (2003). *Psychologie handicapu: 2. část, Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince*. Liberec: Technická univerzita.
- Víchová, A. (2022). Hyperaktivita a ADHD jsou jen výmyslem současných rodičů!: Jaké další mýty kolují kolem tohoto onemocnění [Online]. Retrieved from <https://zena-in.cz/clanek/hyperaktivita-a-adhd-jsou-jen-vymyslem-soucasnych-rodicu-jake-dalsi-myty-koluji-kolem-tohoto-onemocneni>

- Vitola, E., Bau, C., Salum, G., Kieling, C., Rohde, L., Grevet, E. et al. (2017). Exploring DSM-5 ADHD criteria beyond young adulthood: Phenomenology, psychometric properties and prevalence in a large three-decade birth cohort [Online]. *Psychological Medicine*, 47(4), 744 - 754. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002853>
- Volkow, N., Wang, G., Kollins, S., Wigal, T., Newcorn, J., Telang, F. et al. (2009). Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications [Online]. *JAMA*, 302(10), 1084-91. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1308>
- von Kluge, S., & Altieri, M. (2009). Family Functioning and Coping Behaviors in Parents of Children with Autism [Online]. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 83-92. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9209-y>
- Vosper, N. (2005). Hallowell, Edward M: A Walk in the Rain with a Brain [Online]. *Childhood Education*, 82(1), 48-49.
- Vyhláška č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání (2005). Poslanecká sněmovna.
- Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných (2016). Parlament České republiky. Retrieved from <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=27&r=2016>
- Vyhláška č. 317/2005Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků (2005). Parlament České republiky.
- Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky (2005). Parlament České republiky. Retrieved from <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=48&r=2005>
- Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních v aktuálním znění (2005). Parlament České republiky. Retrieved from <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=72&r=2005>
- Walsh, F. (2012). *Normal family processes: Growing diversity and complexity.*, 4th ed.
- Woods, R. (2020). Pathological Demand Avoidance and the DSM-5: a rebuttal to Judy Eaton's response [Online]. *Good Autism Practice*, 21(1), 74-76.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. Retrieved from <https://icd.who.int/en>

- Young, S., Hollingdale, J., Absoud, M., Bolton, P., Branney, P., Colley, W. et al. (2020). Guidance for identification and treatment of individuals with attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder based upon expert consensus [Online]. *BMC Medicine*, 18(1), 1-29. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01585-y>
- Zacharová, E., & Šimíčková-Čížková, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada.
- Zákon 561/2004Sb. o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) (2004). Parlament České republiky. Retrieved from <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=561&r=2004>
- Zákon č. 109/2002 Sb. Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů (2002). Parlament České republiky. Retrieved from <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=109&r=2002>
- Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů (2005). Parlament České republiky. Retrieved from <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?r=2004&cz=563>
- Zapletalová, V. (2013). *Integrace žáků s ADHD v běžné škole* (bakalářská práce). Brno.
- Zelinková, O. (2015). *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Praha: Portál.
- Zvolský, M., Linda, J., Těšitelová, V., & Dušek, L. (2023). Implementační plán zavedení MKN-11 v ČR. Praha: ÚZIS ČR.
- Žáčková, H., & Jucovičová, D. (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: zápory i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada.

Příloha

Příloha A Dotazník vlastní konstrukce

Dotazník je určen **zákonným zástupcům dítěte (dětí) s ADHD, které je ve věku: MŠ (od 4 let) – 9. třída ZŠ**, v jakémkoliv druhu vzdělávání (včetně víceletých gymnázií a domácí školy). Zjišťuje, jaké mají pečující osoby zkušenosti s podporou a komunikací školy a poradenských pracovišť. Není nutné, aby bylo ADHD u dítěte diagnostikováno, může být "v řešení", případně stačí podezření, pokud dítě vykazuje takové projevy ADHD, že jeho obtíže zřetelně zasahují do každodenního života nejen doma, ale i ve škole nebo školce (patří sem i ADD).

U odpovědí typu „jiné“ atp. se po provedení volby může v dolní části obrazovky objevit málo zřetelná linka pro dopsání vlastního textu. Všechny údaje budou anonymizovány, nelze je ztotožnit s jakoukoliv osobou. Vyplněním dáváte souhlas pro zpracování výsledků, se kterými Vás mohu také seznámit. Prosím, abyste zodpověděli co nejvíce otázek.

Věřím, že v případě zapojení dostatečného počtu rodičů, můžeme přispět ke změně současného vnímání rodiny s dítětem s ADHD. Děkuji za Váš čas a trpělivost!

Do které třídy letos chodí Vaše dítě s ADHD (v případě víceletých gymnázií odpovídající ročník ZŠ)

Cítíte se být akceptováni jako rovnoprávní partneři v diskusi se školou (školkou)?

Škola (školka)/učitel jsou ochotni si vyslechnout a využívat informace, které můžete o Vašem dítěti poskytnout, a mohly by mít vliv na úspěšnost zařazení dítěte do kolektivu, na jeho vzdělávání, průběh výuky?

Škola (školka)/učitel Vám předávají odborné informace a doporučené postupy, které by Vám mohly pomoci ke správnému výchovnému vedení dítěte, či řešení konfliktů

Prosím o zadání kraje, ve kterém se škola (školka) nachází. Školu (školku) nebude možné identifikovat ani kontaktovat. Výsledky mohou ukázat, zda je situace všude stejná, nebo se podle kraje liší.

Jste (nebo byli jste) tento školní rok v péči některého z následujících poradenských zařízení (lze zvolit jen jednu z možností). Pokud jste v minulosti byli v péči PPP a později jste přešli do péče SPC, či naopak, vyberte JEN TO zařízení, v jehož péči jste v tomto školním roce. SVP mívá ambulantní a pobytovou formu – platí pro obě.

Cítíte se být akceptováni jako rovnoprávní partneři v diskusi s PPP?

Považujete komunikaci pracovníků této PPP s vámi za pozitivní a podporující?

Pracovníci PPP jsou ochotni si vyslechnout a zohlednit informace, které můžete o Vašem dítěti poskytnout, a mohly by mít vliv na průběh vzdělávání a úspěšnost jeho zařazení do kolektivu.

Pracovníci PPP Vám poskytnou/poskytují odborné informace o ADHD?

Pracovníci PPP Vám nabízejí doporučené postupy, které by mohly pomoci ke správnému výchovnému vedení vašeho dítěte, budování jeho učebních návyků, případně k řešení konfliktů, souvisejících s ADHD?

Prosím o vyplnění kraje, ve kterém se PPP nachází. Zařízení nebude možné identifikovat ani kontaktovat. Výsledky ale ukážou, zda je situace všude stejná, nebo se podle kraje liší. To může být důležité zjištění i pro některé rodiče.

Cítíte se být akceptováni jako rovnoprávní partneři v diskusi s SPC?

Považujete komunikaci SPC s vámi za pozitivní a podporující?

Pracovníci SPC Vám poskytnou/poskytují odborné informace mimo jiné také o ADHD?

Pracovníci SPC zajímají, jsou ochotni si vyslechnout a zohlednit informace, které můžete o Vašem dítěti poskytnout, a mohly by mít vliv na průběh vzdělávání a úspěšnost jeho zařazení do kolektivu.

Pracovníci SPC Vám nabízejí doporučené postupy, které by mohly pomoci ke správnému výchovnému vedení vašeho dítěte, budování jeho učebních návyků, případně k řešení konfliktů, souvisejících s ADHD.

Cítíte se být akceptováni jako rovnoprávní partneři v diskusi s SVP?

Považujete komunikaci SVP za pozitivní a podporující?

Pracovníci SVP Vám podávají odborné informace o ADHD?

Pracovníci SVP ochotně naslouchají a zohledňují informace, které můžete o Vašem dítěti poskytnout, které mohou mít vliv na jeho začlenění do kolektivu, výchovu a vzdělávání.

Pracovníci SVP Vám nabízejí doporučené postupy, které by mohly pomoci ke správnému výchovnému vedení vašeho dítěte, budování jeho učebních návyků, případně k řešení konfliktů

Prosím o zvolení kraje, ve kterém se SVP nachází. Zařízení nebude nikdo identifikovat ani kontaktovat. Výsledky ale ukážou, zda je situace všude stejná, nebo se podle kraje liší. To může být důležité zjištění i pro některé rodiče.

Absolvovalo Vaše dítě diagnostiku pro ADHD?

V jakém věku bylo toto dítě diagnostikováno ADHD (zaokrouhluje na celé roky dolů, tedy na narozeniny, které dítě v té době již mělo) lze vložit číslo od 0 po 17

Kdo dítě diagnostikoval (lze zvolit více možností)

V jakém nejnižším věku Vašeho dítěte jste vnímali příznaky syndromu ADHD (jakéhokoliv podtypu, včetně poruch pozornosti bez hyperaktivity) lze vložit číslo od 0 do 17

Máte jakýkoliv stupeň a druh pedagogicko-psychologického vzdělání?

Jak byste ohodnotili svou aktuální úroveň znalostí/informovanosti o ADHD (úplný začátečník jedna hvězda až skvělá nebo odborná úroveň všechny hvězdy)

Ženy a muži mívají odlišný přístup k dětem a řešení situací, což je v pořádku a žádoucí! Jste: