

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

INFORMOVANOST PEDAGOGŮ O
SYNDROMU ADHD U DĚTÍ
A SPECIFIKÁCH PŘÍSTUPU
K TĚMTO DĚTEM

TEACHERS' KNOWLEDGE OF ADHD AND
SPECIFIC ATTITUDES TOWARD CHILDREN WITH ADHD



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Kristýna Týlová**

Vedoucí práce: **PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.**

Olomouc

2020

Poděkování

Velmi děkuji PhDr. Leoně Jochmannové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské diplomové práce, laskavý přístup a veškerý čas, který si na mě v rámci konzultací vyhradila. Také děkuji PhDr. Danielovi Dostálovi, Ph.D. za statistické a Mgr. Lucii Viktorové, Ph.D. za metodologické rady. Dále děkuji své rodině a mému příteli, kteří mě po celou dobu psaní bakalářské práce podporovali.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářkou diplomovou práci na téma: „Informovanost pedagogů o syndromu ADHD u dětí a specifikách přístupu k těmto dětem“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 8. dubna 2020

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Syndrom ADHD.....	7
1.1 Vymezení pojmu ADHD.....	7
1.2 Diagnostická kritéria ADHD.....	8
1.2.1 MKN-10.....	8
1.2.2 DSM-5	9
1.2.3 Rozdíl mezi DSM-5 a MKN-10	10
1.2.4 MKN-11.....	11
1.3 Problematika diagnostiky u dětí s ADHD.....	11
1.3.1 Diferenciální diagnostika a komorbidní diagnózy.....	12
1.4 Epidemiologie, průběh a prognóza ADHD	13
1.5 Etiologie	14
1.6 Léčba	15
1.6.1 Psychofarmakologie	16
1.6.2 Kognitivně-behaviorální terapie	17
1.6.3 Relaxační techniky.....	17
1.6.4 Neurofeedback.....	18
2 Dítě s ADHD ve školním prostředí.....	19
2.1 Inkluze a integrace	19
2.2 Podpůrná opatření, IVP a IVýP.....	19
2.3 Potíže žáků se syndromem ADHD ve škole	21
2.3.1 Poruchy pozornosti	21
2.3.2 Hyperaktivita	22
2.3.3 Impulzivita.....	22
2.3.4 Emoční výkyvy	22
2.3.5 Poruchy dalších kognitivních funkcí	23
2.3.6 Neschopnost zvládat zátěžové situace	23
2.3.7 Specifické vývojové poruchy školních dovedností	24
2.3.8 Potíže v sociální oblasti	25
2.4 Školní poradenská psychologie.....	25
2.4.1 Školní poradenské pracoviště a jeho pracovníci.....	26
2.5 Doporučení učitelům při práci s žákem s ADHD	28

3	Informovanost pedagogů o syndromu ADHD	32
3.1	Problematika informovanosti pedagogů	32
3.2	Výzkumy informovanosti pedagogů o syndromu ADHD	35
	VÝZKUMNÁ ČÁST	38
4	Výzkumný problém	39
5	Typ výzkumu a použité metody	40
5.1	Testové metody	40
5.1.1	Dotazník informovanosti pedagogů.....	40
5.2	Formulace hypotéz ke statistickému zpracování.....	42
6	Sběr dat a výzkumný soubor	43
6.1	Sběr dat.....	43
6.2	Pilotní studie.....	44
6.3	Popis výzkumného souboru	44
6.4	Etické hledisko a ochrana soukromí	50
7	Práce s daty a její výsledky	51
7.1	Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz	52
7.2	Další analýzy	54
7.2.1	Analýza subtestů znalostního testu.....	54
7.2.2	Analýza položek znalostního testu	58
7.2.3	Analýza položek doporučených přístupů.....	60
7.2.4	Analýza dalších položek	61
7.2.5	Analýza položek s otevřenou odpovědí.....	64
8	Diskuze	67
9	Závěr	73
10	Souhrn	74
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	78
	PŘÍLOHY	89

ÚVOD

ADHD je v současné době jedním z nejdiskutovanějších a nejvíce diagnostikovaných syndromů u dětí. Jedná se o neurovývojovou poruchu, pro kterou je typická porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Jako studentka psychologie jsem se několikrát o syndromu ADHD doslechla a jeho problematika mě na tolik zaujala, že jsem se mu rozhodla začít více věnovat. Kromě toho mě zajímá školní poradenská psychologie, která mimo jiné s žáky s touto diagnózou pracuje.

Syndrom ADHD je u dětí ve většině případů diagnostikován po 6. roce života, tedy v době zahájení školní docházky, neboť právě ve školním prostředí jsou projevy ADHD nejvíce patrné. Hlavní roli v rozpoznání symptomů ADHD hrají učitelé, kteří se s těmito žáky setkávají denně. Jejich informovanost o problematice ADHD by měla být taková, aby učitel dokázal syndrom diagnostikovat a uměl následně s takovým žákem ve výuce pracovat. A právě informovanost učitelů o syndromu ADHD u dětí a specifikách přístupu k těmto dětem je předmětem této bakalářské práce.

Teoretická část bakalářské práce popisuje prostřednictvím tuzemské a zahraniční odborné literatury syndrom ADHD jako takový a zároveň přibližuje situaci žáka s ADHD ve školním prostředí. Také se zabývá informovaností pedagogů o syndromu ADHD a poukazuje na výzkumy, které se touto problematikou zabývají.

Výzkumná část je zaměřena na samotnou informovanost učitelů o této problematice. Je kladen důraz na zjištění celkové informovanosti pedagogů o syndromu ADHD a specifikách přístupu k žákům s tímto syndromem a také na to, jak často pedagogové využívají doporučené přístupy k těmto žákům. Výsledky výzkumné části jsou dány do kontextu s odbornou literaturou a předešlými výzkumnými studiemi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM ADHD

První kapitola se zabývá syndromem ADHD a nahlíží do jeho problematiky. Kapitola se věnuje vymezení pojmu ADHD, diagnostice prostřednictvím klasifikačních systémů a její problematice, epidemiologii, průběhu a prognóze, etiologii a léčbě.

1.1 Vymezení pojmu ADHD

Syndrom ADHD neboli „Attention deficit hyperactivity disorder“ patří v současnosti mezi nejvíce diagnostikované a diskutované syndromy u dětí. ADHD je neurovývojová porucha, která se vyznačuje poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou (Rowland, Lesesne, & Abramowitz, 2002). Vymezení a označení tohoto syndromu se neustále mění v průběhu času a v závislosti na několika faktorech.

V minulosti se používalo velmi známé označení *lehká mozková dysfunkce*, které bylo dáváno do souvislosti s předpokládanou příčinou této poruchy. Zároveň se tato porucha používala v širším kontextu a obsahovala některé poruchy, které dnes považujeme za komorbidní (Drtílková, Šerý, Balaščíková, Theiner, Uhrová, & Žáčková, c2007). Jinými používanými termíny byly např. *hyperkinetický syndrom* nebo *hyperkináza*, které jsou oproti prvnímu označení charakterizovány svým projevem (Smith, 2017).

V dnešní době se nejčastěji používá označení *ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou)*, jehož užití je typické pro anglosaské prostředí. Tento termín se vyskytuje v současném **Diagnostickém a statistickém manuálu 5. revize** (APA, 2015). V **Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize**, kterou se řídí Česká republika, se používá termín *hyperkinetické poruchy* (WHO, 1992).

Přestože se Česká republika řídí Mezinárodní klasifikací nemocí 10. revize (MKN-10), pojem ADHD se spíše dostal do povědomí odborné i laické veřejnosti. Zároveň je porucha pozornosti s hyperaktivitou v Diagnostickém a statistickém manuálu 5. revize (DSM-5) popsána detailněji a v širším kontextu, proto se celá bakalářská práce bude odkazovat k označení *ADHD*.

1.2 Diagnostická kritéria ADHD

Tato podkapitola zpracovává diagnostické vymezení pojmu ADHD. Diagnostická kritéria jsou popsána pomocí MKN-10 a DSM-5. V době zpracování bakalářské práce byla již vydána **Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize** (MKN-11), (WHO, 2018), avšak v českém překladu k dispozici nebyla a nevstoupila v platnost. Přesto na ni bude v textu odkázáno.

1.2.1 MKN-10

V MKN-10 (WHO, 1992) je syndrom ADHD zařazen do *Hyperkinetických poruch*. Tyto poruchy vznikají již v raném dětství, přesněji v prvních 5 letech života. Projevují se narušenou pozorností, hyperaktivitou a impulzivitou. Pro potíže s pozorností je typická neschopnost setrvat u činností, které vyžadují zapojení kognitivních funkcí, nedokončení úkolu a přechod od jedné činnosti ke druhé. Hyperaktivita se projevuje nadměrným neklidem, výrazná je i impulzivita, náchylnost k nehodám a úrazům a porušování společenských pravidel. Jinými rysy těchto poruch jsou desinhibice v sociálních vztazích a opoždění motoriky a řeči (WHO, 1992).

Dělení jednotlivých podkategorií *Hyperkinetických poruch* je podle MKN-10 (WHO, 1992) následující:

- F90.0 Porucha aktivity a pozornosti,
- F90.1 Hyperkinetická porucha chování,
- F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy,
- F90.9 Hyperkinetická porucha NS.

Přestože se Česká republika řídí výše zmíněným dělením *Hyperkinetických poruch*, existují různé modifikace ICD-10 (MKN-10), ve kterých se podkategorie těchto poruch liší od našeho dělení. Jednou takovou modifikací je např. Americká modifikace ICD-10-CM (ICD10Data, 2018), která dělí jednotlivé podkategorie ADHD takto:

- F90.0 Porucha s převahou nepozornosti,
- F90.1 Porucha s převahou hyperaktivity,
- F90.2 Kombinovaná porucha,
- F90.8 Jiné specifikované poruchy pozornosti s hyperaktivitou,
- F90.9 Nespecifikovaná porucha pozornosti s hyperaktivitou.

1.2.2 DSM-5

DSM-5 (APA, 2015) řadí ADHD mezi *Neurovývojové poruchy*. Začátek těchto poruch je zpravidla v raném dětství a jsou charakteristické nepozorností, hyperaktivitou a impulzivitou. Aby mohl být diagnostikován syndrom ADHD, musí být příznaky nepozornosti nebo/a hyperaktivity a impulzivity přítomny po dobu nejméně 6 měsíců. Příznaků musí být nejméně 6 a zároveň nesmí odpovídat vývojové úrovni jedince a musí negativně působit na sociální nebo školní či profesní život. Detailní popis symptomů obsahuje následující tabulka (APA, 2015):

Tabulka č. 1: Projevy nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity

Nepozornost	Hyperaktivita a impulzivita
Častá neschopnost soustředit se na detaily a chybovost při práci či činnostech	Častý psychomotorický neklid (vrtí se, hraje si s rukama)
Častá neschopnost udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hře	Častý odchod z míst v situacích, ve kterých se očekává, že zůstane sedět
Častá nepřítomnost (myšlenkami je jinde)	Časté pobíhání a neschopnost sedět v klidu v situacích, kdy to je nevhodné
Časté selhávání v plnění úkolů z důvodu nesledování pokynů	Častý neklid při hře a neschopnost zapojit se nerušeně do aktivit
Častá neschopnost zorganizovat si své povinnosti a aktivity	Častý pohyb a neklid
Častá vyhýbavost úkolům, které si vyžadují vyšší námahu	Časté nadměrné mluvení
Častá ztráta věcí nutných k plnění povinností a aktivit	Častá netrpělivost v konverzaci (např. odpovídá na nedokončenou otázku)
Snadná rozptýlenost vnějšími podněty	Častá netrpělivost v čekání
Častá zapomnětlivost	Časté vyrušování ostatních

U těchto příznaků je důležité zmínit, že nejsou projevem opozičního chování, vzdoru či neschopnosti porozumět pokynům. Kromě diagnostických kritérií týkajících se symptomů je ADHD diagnostikováno i v těchto dalších případech (APA, 2015):

- Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity a impulzivity se projeví před 12. rokem věku.
- Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity a impulzivity je přítomno v minimálně dvou prostředích (např. škola a domov).
- Příznaky ovlivňují jedince v sociální, školní či profesní oblasti.
- Příznaky nejsou součástí schizofrenie, psychotické poruchy či jiné duševní nemoci.

DSM-5 (APA, 2015) dělí podkategorie *Neurovývojových poruch* následovně (v závorkách jsou uvedeny kódy ICD-10-CM):

- 314.01 (F90.2) Kombinovaná porucha,
- 314.00 (F90.0) Porucha s převahou nepozornosti,
- 314.01 (F90.1) Porucha s převahou hyperaktivity a impulzivity,
- 314.01 (F90.8) Jiné specifikované poruchy pozornosti s hyperaktivitou,
- 314.01 (F90.9) Nspecifikovaná porucha pozornosti s hyperaktivitou.

Pokud se jedná o kombinovanou poruchu (F90.2), tedy syndrom ADHD, vyskytuje se současně porucha pozornosti i hyperaktivita a impulzivita, přičemž jejich příznaky trvají minimálně 6 měsíců. Jedná-li se o poruchu s převahou pozornosti (F90.0), u jedince se pouze vyskytují příznaky nepozornosti po dobu nejméně 6 měsíců. Naopak u poruchy s převahou hyperaktivity a impulzivity je naplněno pouze kritérium hyperaktivity a impulzivity po dobu minimálně 6 měsíců (APA, 2015).

1.2.3 Rozdíl mezi DSM-5 a MKN-10

Porucha aktivity a pozornosti v MKN-10 koresponduje s kombinovanou poruchou v DSM-5, avšak pojetí poruchy aktivity a pozornosti je užší. Lze ji tak považovat za podskupinu ADHD. Naopak hyperkinetické poruše chování v MKN-10 neodpovídá podobná diagnóza v DSM-5. Stanovují se dvě diagnózy a to ADHD a porucha chování (Hosák et al., 2015).

1.2.4 MKN-11

Pojetí syndromu ADHD v MKN-11 se velmi podobá jeho pojetí v DSM-5. MKN-11 řadí ADHD rovněž mezi *Neurovojové poruchy* typické s nástupem v raném dětství. Syndrom je charakterizován nepozorností a/nebo hyperaktivitou s impulzivitou nejméně po dobu 6 měsíců. Pro poruchu pozornosti je typická její nízká udržitelnost při úkolu, snadná rozptýlenost a potíže s organizací. Hyperaktivita se vyznačuje nadměrnou aktivitou a neschopností setrvat v klidu, impulzivita pak bezmyšlenkovitým jednáním. Příznaky neodpovídají vývojové úrovni jedince a negativně působí na jeho profesní, školní a sociální život. Projevy se však mohou během vývoje jedince měnit a musí být pozorovatelné ve více prostředích (WHO, 2018).

MKN-11 dělí podkategorie *Neurovývojových poruch* následovně (WHO, 2018):

- 6A05.0 Porucha s převahou nepozornosti,
- 6A05.1 Porucha s převahou hyperaktivity,
- 6A05.2 Kombinovaná porucha,
- 6A05.Y Jiné specifikované poruchy pozornosti s hyperaktivitou,
- 6A05.Z Nespecifikovaná porucha pozornosti s hyperaktivitou.

1.3 Problematika diagnostiky u dětí s ADHD

Diagnózu ADHD stanovuje pomocí diagnostických kritérií a klinického nálezu **dětský psychiatr**, který k určení diagnózy využívá klinické vyšetření, dotazníky a testy, rozhovor s rodiči a dotazníky či škály pro učitele (Jochmannová, 2019). Důležitá jsou i vyšetření u **klinického psychologa**, v **pedagogicko-psychologických poradnách** (PPP), **střediskách výchovné péče** (SVP) či případně ve **speciálně pedagogických centrech** (SPC). Diagnostika se většinou uskutečňuje po 6. roce dítěte (Butulová, 2015).

Prvním krokem v diagnostickém procesu je zjištění obtíží dítěte pomocí klinických metod. Důležitý je anamnestický rozhovor s rodiči a dítětem a záznam pozorování dítěte. Významné je i prostudování lékařských zpráv z různých vyšetření a dotazníků či škál sloužících k získání informací o dítěti od rodičů či učitelů (Paclt et al., 2007). Takovými škálami jsou např. *Connersové škála pro rodiče* a *Connersové škála pro učitele* (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015).

Z hlediska testových metod se u diagnostiky syndromu ADHD využívají např. (Svoboda et al., 2015):

- percepční testy – Test diskriminace tvarů a Vývojový test zrakového vnímání,
- test k hodnocení motorických schopností – Orientační test dynamické praxe,
- test k hodnocení pozornosti – Číselný čtverec,
- inteligenční testy – WISC III, WPPSI-R,
- kresebné techniky zaměřené na hodnocení senzomotorických dovedností – Test obkreslování.

Z doplňujících testů se pak používají testy zaměřené na sociální dovednosti, jazykové a řečové schopnosti a znalosti (Butulová, 2015).

1.3.1 Diferenciální diagnostika a komorbidní diagnózy

Diferenciální diagnóza slouží ke stanovení diagnózy výběrem z více nemocí, přičemž se tyto choroby vyznačují stejnými nebo podobnými symptomy.

V případě ADHD se jedná o poruchu opozičního vzdoru, intermitentní explozivní poruchu, jinou neurovývojovou poruchu, specifickou poruchu učení, poruchu intelektu, poruchu autistického spektra, reaktivní poruchu přichylnosti, disruptivní dysregulativní poruchu nálady, poruchu užívání látek, psychotické poruchy, neurokognitivní poruchy nebo léky vyvolávající příznaky ADHD (APA, 2015). Dále o úzkostné poruchy, depresivní poruchy, bipolární poruchu a poruchy osobnosti (Biederman et al., 1993).

Velký problém dělá rozlišení hyperkinetických poruch od poruch chování, neboť mírné příznaky hyperaktivity a nepozornosti jsou u poruch chování běžné. Pokud jsou tedy přítomny rysy poruch chování a výrazné hyperaktivity, pak by mělo dojít ke stanovení diagnózy hyperkinetické poruchy chování. V opačném případě, kdy jsou naplněna kritéria pro hyperkinetické poruchy, mělo by se jim dát přednost před poruchami chování (WHO, 1992).

Hyperaktivita a nepozornost mohou být charakteristické i pro úzkostné a depresivní symptomy. Až na některé výjimky by měly mít v rámci diagnostiky vždy přednost. To samé platí u přítomnosti pervazivních vývojových poruch (WHO, 1992).

Se syndromem ADHD jsou obvykle přítomny komorbidní diagnózy. Diagnózy se vyskytují společně nebo je jedna primární a další sekundární. V případě ADHD se až u

dvou třetin dětí s touto diagnózou vyskytuje alespoň jedna komorbidní porucha (Hosák et al., 2015). U dospělých jedinců se pak jedná o 75 % (Masopust, Mohr, Anders, & Příkryl, 2015).

Nejčastějšími komorbiditami ADHD jsou porucha opozičního vzdorů či poruchy chování (Jensen, Martin, & Cantwell, 1997). Časté jsou i poruchy nálad, úzkostné poruchy a specifické poruchy učení (Pliszka, 2000). V dospělém věku pak pacienti s ADHD trpí poruchami osobnosti, úzkostnými a depresivními poruchami, poruchami nálady a chování a významná je i závislost na alkoholu a drogách (Cahová, Pejčochová, & Ošlejšková, 2010). Jinými komorbidními poruchami jsou obsedantně-kompulzivní porucha, disruptivní dysregulativní porucha nálady, poruchy příjmu potravy, tikové poruchy a porucha autistického spektra (Masi & Gignac, 2015).

Syndrom ADHD doprovází různé přidružené příznaky. Jedná se např. o potíže v hrubé a jemné motorice či o poruchy spánku. Oproti ostatním dětem mohou být náchylnější k nehodám a různým úrazům. Významná je i velká výkonnostní variabilita při plnění úkolů. Děti s ADHD svou práci někdy vykonávají pečlivě a rychle, jindy pomalu a ledabyle (Paclt et al., 2007).

1.4 Epidemiologie, průběh a prognóza ADHD

Prevalence ADHD se pohybuje v rozmezí 3-10 % (Levy, 2014; Thomas, Sanders, Doust, Beller, & Glasziou, 2015), přičemž v první třídě na základní škole se s tímto syndromem potýká 2-10 % dětí (Malá, 2002). DSM-5 uvádí prevalenci ADHD 5 % u dětí (APA, 2015). V případě hyperkinetické poruchy je prevalence 1 % u dětí (Hosák et al., 2015). Symptomy mohou přetrvávat až v 65 % případů do dospělosti a prevalence u dospělých jedinců s ADHD je 2,5 % (Faraone et al., 2015). Prevalence není jednoznačná, neboť samotná diagnostická kritéria MKN-10 a DSM-5 se liší.

ADHD se častěji vyskytuje u chlapců než u dívek a to v poměru 6:2 (Malá, 2002). DSM-V udává poměr 2:1 u dětí a 1,6:1 u dospělých. Dívky se oproti chlapcům vyznačují větší mírou poruch pozornosti (APA, 2015).

Klinický obraz ADHD se mění v průběhu celého života. U syndromu ADHD je typické, že začíná v raném věku a může přetrvávat do adolescence, nebo až do dospělosti. Projevy ADHD v různých vývojových etapách popisují Drtílková et al. (c2007) následovně:

- Kojenecké období – porucha základních biorytmů, nadměrný neklid a křik, potíže s usínáním.
- Batolecí období a mladší školní věk – období vzdoru, záchvaty vzteku, nízká frustrační tolerance, neukázněnost, bouřlivost, zvýšený neklid a dráždivost.
- Školní věk – mimointelektové selhání, kognitivní poruchy, behaviorální problémy, zvýšený neklid a dráždivost, riziko vzniku neurotických potíží a poruch chování.
- Adolescence – poruchy chování s impulzivitou, ústup hyperaktivity (u poloviny dětí, už před pubertou).
- Dospělý věk – zvýšená impulzivita, nedostatek seberegulace, riziko sociální maladaptace, riziko užívání drog a alkoholu.

1.5 Etiologie

Co se týče etiologie, v případě ADHD se jedná o **multifaktoriální etiologii**. Mezi příčiny ADHD se řadí genetické a negenetické faktory a změny na úrovni neurotransmise a neuroanatomie.

ADHD je neurovývojovou poruchou, která je charakterizována abnormním vývojem centrální nervové soustavy a abnormním neurotransmiterovým systémem. Kvůli těmto odchylkám nervové soustavy dochází k poškození kognitivně-behaviorálních funkcí (Ošlejšková, 2010). Odchyly jsou zvláště patrné v prefrontálním kortexu a subkortikálních oblastech (Příhodová, 2011). V těchto oblastech jsou hlavními neurotransmitery dopamin a noradrenalin a mnoho neurochemických studií potvrdily změny v těchto neurotransmisích. Tyto změny jsou odvozeny od léčby psychofarmak, jako jsou stimulancia a ne-stimulancia, která pozitivně ovlivňují zmíněné neurotransmiterové systémy (Šerý, Štaif, & Didden, 2007).

Existenci dědičnosti ADHD potvrzují adopční studie a studie rodin a dvojčat, a poukazují tak na vysokou heritabilitu tohoto syndromu. V případě ADHD se jedná o polygenní dědičnost malého účinku a heritabilita ADHD se pohybuje okolo 76 % (Faraone & Mick, 2010). Hlavní roli v dědičnosti ADHD hrají kandidátní geny pro dopaminergní,

noradrenergí a serotoninergní systém. Dědičnost potvrdily geny DRD3, DRD4, DAT, DRD5 z dopaminergního systému a geny 5HTT a HTR1B ze serotoninergního. Z noradrenergního systému se pak jedná o gen DBH a z GABA systému o gen SNAP25 (Pactl et al., 2005).

Za příčinami ADHD stojí i výše uvedené změny na neuroanatomické úrovni. Hlavními oblastmi, které jsou u pacientů s ADHD narušeny, jsou oblasti prefrontální kůry, bazálních ganglií a mozečku. Konkrétní deficity se vyznačují pomalejším zráním prefrontální kůry nebo menším objemem prefrontální kůry, bazálních ganglií a mozečku (Sharma & Couture, 2013). Hynd, Semrud-Clikeman, Lorys, Novey, Eliopoulos, a Lyytinen (1991) ještě poukázali na menší corpus callosum u dětí s ADHD než u zdravých dětí.

Mezi negenetické faktory ADHD je řazena konzumace alkoholu a kouření matky v době těhotenství, nízká porodní váha, perinatální traumata doprovázena hypoxií a velmi rizikový je předčasný porod (Sciberras, Mulraney, Silva, & Coghill, 2017). Příčinou syndromu mohou být i toxické látky, jako jsou látky perfluoroalkylové, které se vyskytují ve vodě nebo ve vzduchu (Stárková, 2016).

Na ADHD se mohou podílet i změny neuro-endokrinní, přičemž o nich neexistují jednoznačné závěry. Některé studie prokázaly nízkou hladinu kortizolu u dětí s ADHD, jiné však nikoliv. Stejně nejednoznačné je i fungování štítné žlázy u dětí s ADHD, i když některé výzkumy poukazují na změny aktivity štítné žlázy v souvislosti s určitými symptomy ADHD (Ptáček & Ptáčková, 2018).

1.6 Léčba

Léčba syndromu ADHD je zásadní, přestože dítě tento syndrom nijak neohrožuje. Ovlivňuje však jeho vývoj a vztahy s ostatními a u neléčených jedinců se zvyšuje riziko výskytu dalších poruch (Malá, 2008).

Při léčbě je vždy důležitá spolupráce dětského psychiatra, psychologa, rodičů a učitelů. Léčebných metod je mnoho, přičemž se většinou využívá farmakologického přístupu, behaviorálně/psychosociálního přístupu a kombinace různých postupů (Ptáček & Ptáčková, 2018).

1.6.1 Psychofarmakologie

K léčbě ADHD se používají **stimulancia** a **ne-stimulancia**. Nejčastější používanou látkou ze skupiny stimulancií je **metylfenidát**, který je k dispozici i v České republice. Dostupná je jeho krátkodobě působící forma *Ritalin* a dlouhodobě působící forma *Concerta* (Dudová & Kocourková, 2013). Mimo Českou republiku jsou pak dostupné i látky **dextroamfetamin** a **pemolin** (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Metylfenidát je inhibitor zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu (Storebø et al., 2015). Má rychlý nástup, je vysoce účinný a snášenlivý. Bývá zneužíván, nicméně u pacientů s ADHD na něj nevzniká závislost. Nežádoucími účinky jsou zvyšování krevního tlaku a srdeční frekvence, narušení spánku, snížená chuť k jídlu, úzkost a iritabilita (Theiner, 2012).

Ze skupiny ne-stimulancií se v současné době k léčbě ADHD používá látka **atomoxetin**. Oproti metylfenidátu působí dlouhodobě a v České republice je k dispozici pod přípravkem *Strattera* (Masopust et al., 2015).

Atomoxetin je selektivní inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu. Je dobře snášenlivý a účinný, přičemž byla prokázána jeho účinnost při krátkodobé i dlouhodobé léčbě. Komorbidní poruchy jeho účinnost nijak neovlivňují. Zároveň jeho užíváním buď nejsou symptomy komorbidních poruch nijak ovlivněny, nebo jsou dokonce v některých případech zlepšeny (Garnock-Jones & Keating, 2009). Výhodný je tak v případě komorbidní deprese, úzkosti a tiků (Theiner, 2012).

Jako nežádoucí účinky atomoxetinu se ukázaly bolesti břicha a hlavy, zvracení, snížená chuť k jídlu, nauzea, somnolence a nespavost (Kratochvil et al., 2005). Dále také vyšší krevní tlak a srdeční frekvence (Ledbetter, 2006).

Obě látky, jak metylfenidát tak i atomoxetin, mají vliv na kognitivní funkce, motoriku a sociální fungování. Zlepšují např. pozornost a sociální vztahy a snižují např. hyperaktivitu a impulzivitu (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Někdy se k léčbě ADHD používají **tricyklická antidepresiva**, která mají podobné účinky jako stimulancia. Výhodné je jejich použití u pacientů s depresí, úzkostí a tiky. Jejich nevýhodou jsou však výrazné nežádoucí účinky na kardiovaskulární systém. Podávána mohou být i **neuroleptika**. Ta se využívají v přítomnosti poruch chování, nicméně mohou způsobovat psychomotorický útlum a snižovat pozornost (Paclt et al., 2007).

1.6.2 Kognitivně-behaviorální terapie

Léčbu psychofarmaky je vhodné kombinovat s psychoterapií. Takovou je nejčastěji **kognitivně-behaviorální terapie** (KBT), která se zaměřuje na chování dítěte, zvládání problémů a dosahování cílů (Drtílková, 2014).

Účelnými technikami KBT u dětí s ADHD jsou nácviky sociálních dovedností a tréninky vizuomotorické koordinace (Malá, 2002). Dalšími jsou pozitivní posilování a práce s odměnami a tresty (Munden & Arcelus, 2002).

Pro děti s ADHD je typická školní neúspěšnost. Může se stát, že dítě např. dostane špatnou známku, která u něj podpoří vznik negativních myšlenek, jež dítě utvrzují, že je neschopné a nic nezvládne. Negativní myšlenky však mohou být někdy oprávněné, protože se třeba dítě nenaučilo na test a místo toho si hrálo na počítači. KBT se tak snaží u žáků s ADHD podporovat motivaci a konstruktivní myšlení. Negativní událost je považována za příležitost k učení, na základě které terapeut a žák hledají možnosti, jak se zlepšit v těchto a podobných situacích. Využití kognitivní restrukturalizace žákům pomáhá podívat se na věc jiným pohledem (Ramsai & Rostain, 2006).

Pomáhá jim také s behaviorálními změnami týkajícími se např. organizovanosti nebo time managementu. Snaží se s nimi nejprve pracovat na menších krocích a učí je odměňovat se za dílčí kroky (Ramsai & Rostain, 2006).

Kognitivně-behaviorální terapie se rovněž využívá např. v léčbě depresí a úzkostí, a proto může být použita i u syndromu ADHD s komorbidní úzkostí (Drtílková, 2014).

1.6.3 Relaxační techniky

Osvědčenými relaxačními technikami jsou **uvědomělé dýchání** a **progresivní svalová relaxace**. Obě techniky se mohou praktikovat během sezení nebo doma a vyžadují dlouhodobý trénink. Uvědomělým dýcháním se jedinec učí správnému dýchání a pomocí progresivní svalové relaxace celkové relaxaci těla a mysli (Young & Bramham, 2012).

Další technikou je **autogenní trénink**. Autogenní trénink je psychoterapeutická metoda, která klade důraz na kognitivní sebeřízení. Využívá se u něj názorných představ, které mají fyziologické účinky. Vedou k uvolnění kosterního svalstva, periferních cév a svaloviny vnitřních orgánů a zklidňují činnost srdce a dýchání. Autogenní trénink díky relaxaci zlepšuje duševní stav dítěte a vede k lepšímu soustředění, celkovému zklidnění a vyšší výkonnosti (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2010).

1.6.4 Neurofeedback

Jednou z možných léčeb ADHD je i **neurofeedback** nebo EEG biofeedback. Jedná se o trénink změny mozkových vln, přesněji o změnu určité funkce mozku. Mozkové vlny se vyskytují v různých frekvencích, od pomalých po rychlé, přičemž aktivita mozku se mění podle fyziologického stavu (Hammond, 2007).

Neurofeedback funguje na základě EEG. Záznam elektrické aktivity mozku pacienta je transformován do grafické podoby, např. videohry, pomocí níž dostává zpětnou vazbu o jeho mozkové činnosti. Neurofeedback lze tak považovat za léčbu na principu operantního učení, díky kterému se děti učí aplikovat naučené dovednosti i v běžném životě (Gevensleben, Rothenberger, Moll, & Heinrich, 2012). Jeho hlavním cílem je, aby se děti s ADHD naučily samoregulaci kortikální aktivity a přiblížily se tak vývoji ostatních dětí (Holtmann, Sonuga-Barke, Cortese, & Brandeis, 2014).

2 DÍTĚ S ADHD VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ

Tato kapitola se věnuje systému vzdělávání v České republice pro žáky s ADHD, kteří jsou podle současné legislativy považováni za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Kapitola také popisuje nejčastější potíže, se kterými se žáci s ADHD ve škole denně potýkají. Na základě toho je i část kapitoly věnována poradenským a preventivním službám a doporučením pro učitele při práci s žáky s ADHD.

2.1 Inkluze a integrace

V současné době je v České republice zavedeno inkluzivní vzdělávání. Inkluzivní vzdělávání se vyznačuje individuálním přístupem ke každému žákovi. Každý žák má tak právo navštěvovat běžnou základní školu, přičemž nezáleží na tom, zda žák má nebo nemá jakýkoliv hendikep. K žákům se přistupuje tak, aby mohli rozvíjet své potenciály, schopnosti a dovednosti. Neklade se důraz na odlišnosti mezi dětmi, ba naopak se u nich podporuje vzájemná tolerance, spolupráce a respekt. S inkluzí souvisí i proces integrace, při kterém se dítě s pomocí začleňuje mezi intaktní děti a přizpůsobuje se třídnímu kolektivu (Michalová & Pešatová, 2015).

2.2 Podpůrná opatření, IVP a IVýP

Podpůrná opatření jsou určena pro žáky, kteří mají určité znevýhodnění související se **speciálními vzdělávacími potřebami**. Ve starším znění zákona se mezi žáky se speciálními vzdělávacími potřebami řadili žáci se *zdravotním postižením*, *zdravotním znevýhodněním* a *sociálním znevýhodněním*. V současnosti se však hranice posunuly a podpůrných opatření se využívá u širší skupiny žáků, a tedy i u žáků se syndromem ADHD. 1. ledna 2020 tak nabyla v účinnost nová vyhláška, vyhláška č. 248/2019 Sb., kterou se mění vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů (Zákon pro lidi, 2019).

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT ČR) definuje podpůrná opatření jako opatření, která podporují pedagoga a žáka v úpravě průběhu žákova vzdělávání. Úpravy jsou pro žáka z důvodu jeho mírných či obtížných potíží nezbytné.

Obtíže jsou obvykle způsobeny jeho nepřipraveností či odlišnými životními podmínkami a kulturním prostředím (MŠMT ČR, nedat.a).

Podpůrná opatření se dělí podle obsahu a rozsahu do 5 stupňů. První stupeň podpůrných opatření představuje specifické pedagogické postupy, které pedagogové ve výuce využívají. Učitel se žákem tyto postupy uplatňuje individuálně či se domlouvá s ostatními pedagogy na vytvoření **Plánu pedagogické podpory (PLPP)**. V něm se popisují potíže, se kterými se žák potýká, zmiňují se nové pedagogické postupy, které pedagogové budou využívat, a hodnocení žáka. Může se však stát, že tato opatření nepovedou ke změně. Pokud se tedy do 3 měsíců u žáka nedostaví zlepšení, škola doporučuje návštěvu **školského poradenského zařízení (ŠPZ)**. Toto zařízení posílá žáka k vyšetření, které posoudí jeho speciální potřeby. Následně školské poradenské zařízení zasílá škole **Doporučení ke vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami** (MŠMT ČR, nedat.a).

Doporučení ke vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami obsahuje závěrečnou zprávu z vyšetření a podpůrná opatření, která se řadí mezi 2. až 5. stupeň. K těmto podpůrným opatřením patří úprava metod, forem a obsahu vzdělávání, organizace vzdělávání, individuální vzdělávací plán, podpora pro žáka a pedagoga a podpora od školního poradenského pracoviště a školského poradenského zařízení (MŠMT, nedat.a).

Součástí zmíněné vyhlášky je **individuální vzdělávací plán (IVP)**. Jak už bylo řečeno, podpůrná opatření se dělí do 5 stupňů. V prvním stupni se využívá podpůrného opatření PLPP a ve zbylých čtyřech stupních se využívá IVP. V případě druhého stupně se žák může vzdělávat na základě IVP, ve třetím stupni je IVP uplatňován zpravidla, ve čtvrtém stupni je uplatňován a může být uplatňován i v pátém stupni. Vždy záleží na doporučení školského poradenského zařízení (ŠPZ) a žádosti zákonného zástupce či zletilého žáka (MŠMT, nedat.b).

Kromě IVP se ve školách využívá **individuální výchovný plán (IVýP)**. IVýP vzniká na základě dohody školy, rodičů či zákonných zástupců a ostatních orgánů a institucí (př. PPP, SPC, SVP, OSPOD,...). Individuální výchovný plán je dokument (právně nevymahatelný), kterého se využívá pro žáky s výchovnými problémy, které nejsou v souladu s pravidly třídy či se školním řádem. Na tvorbě IVýPu se musí shodnout škola i zákonní zástupci, kteří se musí domluvit na výchovných postupech u dítěte. Psané formě IVýPu předchází intervence, která nevedla ke zlepšení chování dítěte. V případě, že

se škola se zákonným zástupcem domluví na sepsání IVýPu, je důležité, aby se zúčastněné strany pravidelně scházely a společně sledovaly zlepšení či zhoršení žáka (Michalová & Pešatová, 2015).

2.3 Potíže žáků se syndromem ADHD ve škole

Jak již bylo uvedeno, děti s ADHD patří mezi žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Ty se u těchto žáků liší na základě míry hlavních symptomů a různých projevů a potíží, se kterými se potýkají (Davídek, 2019).

Hlavními symptomy ADHD jsou porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Dalšími potížemi, se kterými se děti s ADHD potýkají, jsou poruchy kognitivních funkcí, emoční výkyvy, potíže s pamětí, neschopnost zvládat zátěžové situace a poruchy učení. V souvislosti s těmito symptomy pak mohou mít žáci potíže i v sociální oblasti (Vágnerová, 2005).

Ve školním věku je také typická školní neúspěšnost, která bývá důsledkem poruch pozornosti a exekutivních funkcí (Daley & Birchwood, 2010). Děti s ADHD hodně vyrušují a zapomínají, za což jsou často kárány. Neustálé napomínání a tresty v nich mohou vyvolat pocity selhání, které pak mohou vést k různým neurotickým potížím a poruchám chování (Drtilková et al., 2007).

Důležité je také zmínit, že žáci s ADHD nejsou pouze podprůměrní nebo průměrní, ale mohou být i mimořádně nadaní. Těmto dětem se pak říká dvakrát výjimeční (Novotná, 2004).

2.3.1 Poruchy pozornosti

Porucha pozornosti se projevuje především nedostatečnou schopností autoregulace. Koncentrace pozornosti je u těchto dětí slabá, tenacita je krátká, distribuce omezená na malé množství informací, vigilita je nedostatečná a co se týče selektivity, pozornost je nevýběrová (Vágnerová, 2005).

Děti s ADHD mají ve škole potíže se soustředěním se na určitý úkol a kvůli nepozornosti dělají často chyby. Vyhýbají se nudným a náročným úkolům a nejsou schopné úkoly dokončit. Nedokážou se soustředit na pokyny a snadno se nechají rozptýlit vnějšími podněty (Hosák et al., 2015). Potíže jsou patrné i v přepínání pozornosti mezi jednotlivými aktivitami (Goetz, 2014).

Neschopnost soustředit se zasahuje i do dalších oblastí. Děti s ADHD mají problém s učením se nových dovedností nebo v osvojování si komunikačních dovedností (Munden & Arcelus, 2002). Přítomna je i porucha vizuomotorické koordinace a motorická neobratnost (Malá, 2002). V souvislosti s poruchou pozornosti je převážně u těchto dětí chudší jemná motorika (Piek, Pitcher, & Hay, 1999).

2.3.2 Hyperaktivita

Hyperaktivita se u dětí s ADHD vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou aktivitou, kterou nedokáže dítě ovládat, a rušivým chováním. Obvykle je hyperaktivita charakteristická tím, že je dítě v nepřetržitém pohybu, neustále se vrtí, šoupe nohama a nevydrží dlouho u jedné aktivity. Ve školním prostředí se také neklid u dětí projevuje tak, že dítě nedokáže dlouho sedět nebo pobíhá po třídě (Wender, 2000).

Hyperaktivita je u dětí s ADHD rovněž charakteristická neadekvátním neklidem rukou. Ve škole si tak dítě často pohrává s pravítkem nebo cvaká propiskou. Dítě také nadměrně mluví a vyrušuje ostatní z jejich činnosti (APA, 2015).

2.3.3 Impulzivita

Děti s ADHD nejsou schopné autoregulace chování na základě požadavků v určité situaci (Vágnerová, 2005). Mají potíže se sebeovládáním, často jednájí bezmyšlenkovitě a bez vědomí následků svého chování. Ve třídě se toto chování projevuje výkřiky, vyrušováním ostatních během výuky nebo je dítě agresivní (Junod, DuPaul, Jitendra, Volpe, & Cleary, 2006). Dítě skáče ostatním do řeči nebo je nenechává domluvit. V souvislosti s hyperaktivitou a impulzivitou často ztrácí trpělivost a motivaci k plnění úkolů (Jucovičová & Žáčková, 2010).

Impulzivní reakce mohou být pro dítě až nebezpečné. Stává se tak, když někdo nebo něco upoutá pozornost dítěte. Jeho impulzivní reakce bez přemýšlení pak může způsobit nehodu, např. na silnici z toho důvodu, že se dítě kvůli podnětu neohlédne (Munden & Arcelus, 2002).

2.3.4 Emoční výkyvy

Kromě impulzivity, která je pro děti s ADHD typická, se děti často potýkají s vnitřní nepohodou, celkovou emoční nevyrovnaností a labilitou. Intenzita emocí a sklon

k extrémním emocím jsou mnohem vyšší než u jejich vrstevníků (Junod et al., 2006). Při neúspěchu či neuspokojení jejich potřeb reagují vznětlivě, přičemž své chování neumí korigovat. Ztráta jejich vnitřní kontroly následně vede ke zhoršení pozornosti a k neadekvátním sociálním a verbálním reakcím (Malá, 2002).

U dětí s ADHD je typická zvýšená iritabilita a v souvislosti s impulzivitou a vyhledáváním nových podnětů se u těchto dětí vyskytuje nežádoucí a rizikové chování (Drtilková, 2004). V dospívání a dospělosti mají rovněž nízkou frustrační toleranci, jsou netrpěliví a lehce rozrušitelní svými emocemi (Theiner, 2012). Munden a Arcelus (2002) se zároveň zmiňují o neschopnosti empatie.

2.3.5 Poruchy dalších kognitivních funkcí

V případě poruch kognitivních funkcí děti s ADHD nedokážou přijmout přiměřené množství informací, které by byly schopné zpracovat. Tento fakt značně souvisí s poruchami pozornosti, kdy tyto děti reagují na mnoho podnětů z okolí. Často se soustředí na nepodstatné věci a uniká jim to, co je důležité (Jucovičová & Žáčková, 2010). Obvykle děti s ADHD nedokážou efektivně zaměřovat svou pozornost, a tak selhávají při namáhavých situacích nebo plánování (Goldstein & Naglieri, 2008).

Co se týče exekutivních funkcí, děti mají potíže v organizovanosti svých aktivit, věcí a času. Nedokážou dokončit rozdělané úkoly, setrvat v aktivitě a pracovat systematicky. Ve školním prostředí to často vede k neefektivním výukovým strategiím, které žáci využívají, a tedy i k následným školním neúspěchům (Vágnerová, 2005).

Děti s ADHD mají výraznější potíže s krátkodobou pamětí oproti svým vrstevníkům. Nejenže mají problém si informace pamatovat, ale i je lehce zapomínají. Stává se tak, že si např. nedokážou připravit aktovku do školy nebo si vypracovat domácí úkoly. Důležité je zmínit, že tento fakt není vysvětlitelný rozdíly v inteligenci, školními úspěchy nebo symptomy jiných poruch. To samé platí i pro výše zmíněné exekutivní funkce (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone, & Pennington, 2005).

2.3.6 Neschopnost zvládat zátěžové situace

U dětí s ADHD je typická neschopnost efektivně řešit problémy. Důležitým aspektem při zvládání zátěžových situací je pozornost, která umožňuje prozkoumat

zátěžovou situaci, zaměřit se na řešení problémů a dosahovat určitých cílů (Borg, 2009). Porucha pozornosti je tak důvodem neschopnosti řešit problémy.

Na této neschopnosti se však podílejí i poruchy paměti nebo impulzivita (Butulová, 2015). Neschopnost zvládat zátěžové situace také souvisí s narušením již zmíněných exekutivních funkcí. Ty jsou důležité v sebeřízení, sebeovládání a sebemotivování (Malá, 2002).

Neúspěchy spojené s řešením problému vedou k nízké sebedůvěře dětí s ADHD. Ostatní je v jejich neschopnosti utvrzují tím, že je považují za líné a připadá jim, že nemají o nic zájem. Tím však situaci ještě více zhoršují a u dítěte pěstují pocity méněcennosti a naučenou bezmocnost (Butulová, 2015).

2.3.7 Specifické vývojové poruchy školních dovedností

U dětí s diagnózou ADHD se mohou současně objevovat i jiné obtíže, jako jsou specifické vývojové poruchy školních dovedností. Jedná se tak o poruchy čtení, psaní nebo počítání.

Co se týče specifické poruchy čtení, Germanò, Gagliano, a Curatolo (2010) uvádějí, že tuto poruchu má v průměru 20-40 % dětí s ADHD. Vycházejí tak z předešlých studií (August & Garfinkel, 1990; Dykman & Ackerman, 1991; Mayes et al., 2000; Semrud-Clickeman et al., 1992; Loo et al., 2004; Wisniewska, Baranowska, & Wendorff, 2007, in Germanò, Gagliano & Curatolo, 2010), které se zaměřovaly na komorbiditu ADHD a dyslexie. Každá studie však přišla s lehce odlišným procentuálním rozmezím. Germanò, Gagliano & Curatolo (2010) tento fakt vysvětlují tím, že jednotliví autoři definují syndrom ADHD a dyslexii jinak. Děti s ADHD jsou totiž diagnostikovány podle různých klinických metod a diagnostických kritérií. Zároveň dyslexie je v různých zemích chápána jinak na základě složitosti pravopisných pravidel.

Dyslexii trpí spíše děti, které mají poruchu s převahou pozornosti (Willcutt & Pennington, 2000, in Germanò et al., 2010) Dysgrafií u dětí s ADHD jsou přisuzovány jak potíže v oblasti pozornosti, tak i v motorické dovednosti (Adi-Japha, Landau, Frenkel, Teicher, Gross-Tsur, & Shalev, 2007). U dyskalkulie mají děti s ADHD největší problémy s aritmetikou rovněž z důvodu poruch pozornosti, ale i velké chybovosti a celkové pomalosti dítěte (Shalev, 2004).

2.3.8 Potíže v sociální oblasti

Děti s ADHD mají potíže v sociální oblasti. Kvůli hyperaktivitě, impulzivitě a emoční dráždivosti negativně působí na lidi v jejich okolí, kteří je v důsledku toho odmítají (Vágnerová, 2005). S tím souvisí i potíže s navazováním přátelských, respektive vrstevnických vztahů. Ta rovněž vyplývá z jejich nedostatečné trpělivosti, zbrklosti a neklidu, nebo kvůli tomu, že ostatním dětem nestačí (Pokorná, 2015).

Při navazování vztahů obvykle volí takové strategie, které nejsou vhodné. Vychloubají se, pošťuchují ostatní nebo šaškují. Aniž by si to uvědomovali, tímto chováním spíše ostatní ještě více odrazují, a důsledkem toho se mohou stáhnout (Butulová, 2015). Sociální nekompetence, nedodržování pravidel či disruptivní chování těchto dětí mohou přetrvávat do dospívání či dospělosti a mohou vyústit v další potíže, jako je kriminalita nebo abusus drog (Storebø et al., 2019).

2.4 Školní poradenská psychologie

Ve školním prostředí se na řešení problémů a potíží dětí s ADHD podílí školní poradenské pracoviště, které spolupracuje se školskými poradenskými zařízeními. V této podkapitole tak bude detailně popsána funkce školní poradenské psychologie a školních poradenských pracovišť a jejich pracovníků. Krátce bude zmíněna i funkce školských poradenských zařízení.

Školní poradenská psychologie řeší problémy v oblasti výchovy a vzdělávání. Využívá se zde odborné pomoci dítěti a podpory učitelů, rodičů či zákonných zástupců. Řadí se mezi aplikované disciplíny psychologie a je formou poradenské psychologie, která se obecně zabývá řešením a nápravou psychických a psychosociálních problémů (Vágnerová, 2005).

Školní poradenská psychologie úzce souvisí s pedagogickou psychologií. Ta se zaměřuje na oblast výchovy a vzdělávání, proces učení, osvojování si nových dovedností a aplikaci psychologických poznatků v praxi. Řeší otázky inkluze a integrace, poradenství a prevence (Jedlička, Kořa, & Slavík, 2018).

Obě disciplíny mají rovněž blízko ke školní psychologii. I ta využívá psychologické poznatky v praxi, přičemž navíc poskytuje psychologické služby. Jejím cílem je pomoci žákům v oblasti vzdělávání a výchovy a s aktuálními potížemi zaměstnanců školy (Čáp & Mareš, 2007).

Školní poradenská psychologie se zabývá jednotlivcem, ale i skupinou. Při řešení problémů využívá určitých postupů, jako je psychologická a pedagogická diagnostika. Díky ní se posuzují příčiny vzniklých potíží, na základě kterých pak vznikají příslušná opatření a preventivní metody (Vágnerová, 2005).

2.4.1 Školní poradenské pracoviště a jeho pracovníci

Školní poradenská pracoviště (ŠPP) poskytují pro pedagogy, žáky a jejich zákonné zástupce poradenské a preventivní služby. Jsou složena ze školních psychologů nebo školních speciálních pedagogů, výchovných poradců, školních metodiků prevence a asistentů speciálního pedagoga. Velký podíl na fungování ŠPP mají třídní učitelé a ředitelé školy, kteří za poskytování poradenských služeb zodpovídají (Zapletalová, nedat.).

1. Školní psycholog

Školní psycholog zajišťuje diagnostiku a depistáž a zjišťuje příčinu žakových potíží. Následně poskytuje poradenskou nebo konzultační službu pro tyto žáky. Důležitá je i jeho intervenční činnost a metodická práce. Školní psycholog rovněž zajišťuje reedukaci a vytváří např. semináře pro učitele (Knotová et al., 2014).

2. Školní speciální pedagog

Školní speciální pedagog se podílí na tvorbě IVP, integraci žáků s SVP a vykonává speciálně pedagogickou diagnostiku. Poskytuje metodickou pomoc pedagogům, poradenskou pomoc zákonným zástupcům žáků a spolupracuje se speciálně pedagogickými centry (Zapletalová, nedat.).

3. Školní metodik prevence

Školním metodikem prevence je učitel, který se zaměřuje na prevenci sociálně patologických jevů (např. šikana, záškoláctví, agresivita apod.). Jeho úkolem je předcházet těmto jevům a zároveň společně s prevencí rizikového chování poskytuje i poradenskou činnost (Knotová et al., 2014).

4. Výchovný poradce

Výchovný poradce se poskytuje metodickou, informační a poradenskou činnost. Poskytuje podmínky pro integraci žáků s SVP, zprostředkovává diagnostiku SVP a

zajišťuje intervenci pro tyto žáky. Zároveň se věnuje kariérovému poradenství a spolupracuje se školskými a jinými poradenskými zařízeními (Knotová et al., 2014).

5. Asistent speciálního pedagoga

Asistent speciálního pedagoga se zaměřuje na vyhledávání žáků s SVP, jejich reedukaci společně se speciálním pedagogem a integraci těchto žáků do školního prostředí (Zapletalová, nedat.)

6. Třídní učitel

Jak již bylo uvedeno, třídní učitelé se podílejí na fungování ŠPP. Jejich znalosti z poradenské psychologie jsou klíčové, neboť díky nim mohou pomocí pozorování, rozhovoru, zkoušení či analýzy výtvorů správně identifikovat a interpretovat nežádoucí projevy dítěte. Měli by tak mít dostatečné znalosti z oblasti diagnostiky, aby nedošlo k zanedbání či poškození dítěte. Na základě toho pak mohou velmi přispět k řešení problému u konkrétního dítěte vhodnou výchovnou a vzdělávací metodou. Zároveň mohou být nápomocní v oblasti prevence, neboť tím mohou zamezit případným problémům ve třídě (Vágnerová, 2005).

Školní poradenská pracoviště spolupracují se školskými poradenskými zařízeními, které jim poskytují odbornou a metodickou pomoc. Mezi školská poradenská zařízení patří pedagogicko-psychologické poradny (PPP), speciálně pedagogická centra (SPC) a střediska výchovné péče (SVP), (Knotová et al., 2014).

PPP se zaměřují na zjišťování příčin poruch chování a učení, problémy ve vývoji osobnosti, vzdělávání a výchově a pomáhají žákům v oblasti výběru profese. Zaměřují se i na psychologickou a speciálně pedagogickou diagnostiku a poskytují poradenské služby (Barvíková, 2015).

SPC se zaměřují na intervenci dětí už od útlého věku (mladší 3 let), pomáhají jim integrovat se do běžných škol a vytvářejí vhodné podmínky pro jejich rozvoj v oblasti jejich schopností a dovedností před i v průběhu vzdělávání. Oproti PPP se častěji využívá jejich terénní služby. SVP pak zajišťují okamžitou a krizovou pomoc dětem s poruchami chování. Jejich služby jsou také terapeutické, diagnostické, poradenské, výchovné, vzdělávací a informační (Barvíková, 2015).

2.5 Doporučení učitelům při práci s žákem s ADHD

Přestože je každé dítě se syndromem ADHD jiné a jeho projevy jsou jedinečné, pedagog má možnost využívat některá vzdělávací a výchovná doporučení pro tyto děti. V této podkapitole jsou tedy popsána různá doporučení, která mohou být při práci s dětmi s ADHD přínosná.

1. Sdělovat dítěti pokyny srozumitelně a zřetelně

Děti s ADHD vyžadují více strukturovanosti než ostatní žáci. Instrukce by měly být učitelem sdělovány jasně a srozumitelně. Řeč by měla být podpořena mimikou a gesty, které by měly být v souladu s tím, co učitel dítěti říká. Nemělo by se zároveň zapomínat na navazování očního kontaktu s dítětem (Geng, 2011).

2. Navazovat oční kontakt

Děti s ADHD mívají potíže s navazováním očního kontaktu. Při udělování pokynů je oční kontakt stěžejní, proto je vhodné ho s dítětem trénovat. Pro jeho úspěšné osvojení se nejprve doporučuje s dítětem navazovat oční kontakt v situacích, kdy se dítěti něco podaří či v jiných souvislostech s pozitivním chováním. Dítě se tak postupně tomuto aktu naučí. Po patřičném zvládnutí je nutné s dítětem trénovat navazování očního kontaktu i v odlišných situacích, které nemusejí být pro dítě příjemné (Laver-Bradbury, Thompson, & Weeks, 2016).

3. Domluvit se na společných pravidlech

Pravidla by měla být dětem jasná a srozumitelná. Pravidla by měl za pomoci třídního učitele vytvářet celý třídní kolektiv. Následně by mělo být žákům řečeno, jak má žádoucí chování na základě pravidel vypadat, a co přesně mají děti dělat. Důležité je si i ujasnit, jaký trest či odměna vyplývá z dodržování pravidel (Miranda, Presentación, & Soriano, 2002)

Dohodnutá pravidla by měla být vyvěšena ve třídě na nástěnce, aby je děti měly neustále na očích. Zároveň by s nimi měli být všichni žáci seznámeni na začátku školního roku a následně v průběhu roku by jim měla být připomínána. Učitel se však nemůže spoléhat na to, že si dítě s ADHD všechna pravidla zapamatuje. Také by měl mít na paměti, že čisté verbální připomenutí pravidel bývá často neefektivní a měl by nalézt vhodnější způsob, jak u dětí s ADHD osvojování pravidel podporovat (Barkley, 2006).

4. Domluvit se s dítětem na systému odměn a trestů

Dítě by mělo vědět, jaká podoba odměny či trestu přijde v důsledku žádoucího či nežádoucího chování. Obecně také platí, že kombinace pochval či napomenutí udělených ihned po žádoucím či nežádoucím chování dítěte, obvykle však s častějším udělováním pochval, bývají při zlepšení chování dítěte vysoce účinné (Barkley, 2006).

5. Podporovat pozitivní a negativní posílení na úkor trestů

Děti s ADHD je důležité oceňovat za jakoukoliv projevenou snahu nebo chuť na něčem pracovat. Jejich snaha později vede k vyšší školní výkonnosti a vytrvalosti (Matějček, 2011). Účinné je i negativní posílení, které rovněž vede k vyšší školní výkonnosti (Carlson, Mann, & Alexander, 2000).

V některých situacích, které už jsou za hranicemi pravidel, je však použití trestu přípustné. Žák by měl být v těchto případech vyloučen z aktivity nebo výuky, přičemž po čas vyloučení by měl mít možnost popřemýšlet nad svým chováním. Finálnímu trestu však mohou předcházet upozornění, např. v podobě červených kartiček (Rief, 2010).

6. Dbát na uspořádání třídy a věcí na žákově lavici

Protože žák s ADHD trpí poruchou pozornosti, mělo by ve třídě být co nejméně rušivých podnětů. Žák s ADHD by neměl sedět blízko oken, u nástěnek apod. Vhodné je, aby seděl v blízkosti učitele, který tak může mít přehled o tom, jak žák v hodině pracuje (Shealy, 1994). Učitel by měl mít také přehled o tom, co žák s ADHD má na lavici. Jsou-li tam věci, které žák nutně k výuce nepotřebuje, měl by tyto předměty odstranit (Rief, 2010). Z toho důvodu by měl mít žák s ADHD vždy při ruce seznam pomůcek, sešitů, učebnic apod., které jsou potřeba k výuce. Takový seznam mu může pomoci vytvořit i sám učitel (Iseman, Jeweler, & Silverman, 2010).

7. Přiměřená náročnost úkolů

Úkoly by měly být přiměřené věku dítěte, přičemž u dětí s ADHD by alespoň zezáátku měly být snazší a kratší. Až je dítě zvládne, mohou se nároky ze strany učitele zvyšovat (DuPaul, Weyandt, & Janusis, 2011). Také platí, že i když jsou nároky na tyto děti menší, měl by učitel trvat na důsledném splnění daného úkolu (Pokorná, 2015).

8. Nezapomínat na relaxační cvičení

Je důležité, aby učitel prokládal učení relaxačními cvičeními. Může se jednat jen o krátké protažení těla, krátká jógová cvičení nebo pravidelné přestávky mezi činnostmi (Winter, 2018). U dětí s ADHD, které rovněž trpí depresí, úzkostí nebo zlostí, se osvědčily relaxační techniky v podobě uvědomělého dýchání spojeného s vizualizací nebo techniky progresivní svalové relaxace (Young & Bramham, 2012).

9. Tolerovat psychomotorický neklid a nadměrnou aktivitu

ADHD u dětí se vyznačuje mimo jiné psychomotorickým neklidem a nadměrnou aktivitou. Nucení dítěte, aby bylo v klidu, a trestání ho za nadměrnou aktivitu vede k napětí dítěte a zhoršení pozornosti (Matějček, 2011). I když je toto chování ve třídě nežádoucí, Winter (2018) považuje možnost volného pohybu po třídě za důležitou, pokud žákovi pomáhá při udržení bdělosti a pozornosti. I samotná neposednost může být pro dítě v pořádku, neboť změnou polohy na židli dochází k aktivaci různých svalových skupin a změně svalového napětí.

S hyperaktivitou se dá v hodině pracovat i tak, že učitel může žáka pověřovat drobnými úkoly jako je smazání tabule, rozdání sešitů apod. Tím se sníží jeho neklid a naopak se povzbudí jeho pozornost (Jucovičová & Žáčková, 2010).

10. Příliš neupozorňovat na nežádoucí chování dítěte

Děti s ADHD často vyrušují a snaží se získat si pozornost od ostatních ve třídě. Platí, že by učitel na nežádoucí chování žáka neměl výrazně v hodině upozorňovat. Naopak by měl spíše vyzdvihovat chování, které je v souladu s pravidly (DuPaul & Stoner, 2014). Učitel se také může vyvarovat nežádoucímu nebo impulzivnímu chování dítěte pomocí již zmíněných pohybových aktivit a relaxačních cvičení v hodině. Dítě rovněž může vést k sebeovládání a vlastnímu uvědomování a regulaci svých pocitů a emocí (Deboo & Prins, 2007).

11. Rozvoj hrubé a jemné motoriky

Děti s ADHD mají potíže v oblasti jemné a hrubé motoriky. Slabiny lze pozorovat ve výtvarné výchově, tělesné výchově nebo při psaní. Při tělesné výchově je důležité vybírat takové aktivity a sporty, které nejsou zaměřené na soutěživost a porovnávání. Soutěžením je totiž u dítěte podporována impulzivita a zbrkllost (Pokorná, 2015). V běžné

výuce lze hrubou motoriku procvičovat pomocí různých centračních cvičení (Winter, 2018).

Co se týče výtvarné výchovy, osvědčuje se dávat dětem svobodu v tom, co vytvoří. Měl by tedy být spíše kladen důraz na fantazii než na přesnost. Naopak problémy se psaním se mohou řešit tak, že např. dítě může slova doplňovat do textu, v testu využívat volbu z více možností, či si učitel může ověřovat znalosti dítěte ústní formou (Jucovičová & Žáčková, 2010).

12. Nalézt vhodný styl učení pro dítě

Každému dítěti vyhovuje jiný učební styl. Může se jednat o vizuální, auditivní nebo hmatový styl učení. Styl učení, ve kterém jsou zapojovány všechny smysly, se nazývá multisenzorický učební styl. V duchu tohoto stylu může učitel při vyučování využívat různé obrázky a schémata, vést děti k práci ve skupině, hraní rolí, skupinovým diskusím apod. (Rudisel, 2009). Kromě multisenzorického učebního stylu se u žáků velmi osvědčuje vizuální nebo hmatový styl (Rief, 2012).

13. Podporovat spolupráci s ostatními žáky ve třídě

Děti s ADHD kvůli svému problematickému chování mohou mít potíže s navazováním přátelství, neboť jsou u svých vrstevníků neoblíbení (Hosák et al., 2015). Slabé sociální dovednosti by měl tedy s nimi učitel nacvičovat. Návikem se dítě učí s ostatními navazovat oční kontakt, spolupracovat, tolerovat jeden druhého a umět dojít ke kompromisu (Rief, 2010).

Učitel by rozhodně neměl poukazovat na rozdíly mezi žáky a porovnávat jejich schopnosti a dovednosti (Jucovičová & Žáčková, 2010). Zároveň se u dětí s ADHD osvědčuje jejich doučování svými spolužáky. Doučováním vrstevníky tak dochází např. ke zlepšení pozornosti žáků s ADHD (DuPaul & Henningson, 1993).

14. Rozvíjet sebedůvěru a sebevědomí u dítěte

Se sebedůvěrou je důležité v třídním kolektivu pracovat. Dítě s ADHD totiž často vnímá rozdíly mezi sebou a ostatními žáky. Uvědomování si toho, že dítě s ADHD přes veškerou snahu nedokáže to, co ostatní, může vést k pocitům méněcennosti (Matějček, 2011). Proto by měl učitel vyzdvihovat kladné stránky dítěte s ADHD, všimnout si činností, ve kterých žák vyniká a poskytovat mu pozitivní zpětnou vazbu (Sava, 2000).

3 INFORMOVANOST PEDAGOGŮ O SYNDROMU ADHD

Tato kapitola je věnována informovanosti pedagogů o syndromu ADHD a výzkumům, které se tímto tématem zabývají. Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole týkající se funkce třídního učitele ve školním poradenském pracovišti, učitelé hrají důležitou roli v diagnostice, prevenci a výchovně-vzdělávacím přístupu k žákům s ADHD. Proto by jejich znalosti o syndromu ADHD měly být při vykonávání jejich profese klíčové.

3.1 Problematika informovanosti pedagogů

Jak již bylo uvedeno, děti s ADHD mají značné potíže ve školním prostředí, zejména v akademické a sociální sféře. Tyto potíže vznikají v důsledku symptomů, které syndrom ADHD doprovázejí. Symptomy mohou nepříznivě ovlivnit veškeré aktivity, které pedagog s dětmi ve třídě uskutečňuje. Symptomy neovlivňují jenom žáka s ADHD, nýbrž celý kolektiv. Zároveň v důsledku různých projevů ADHD tyto děti mohou špatně vycházet s pedagogem, ostatními dětmi ve třídě nebo s jinými pracovníky školy (DuPaul, Gormley, & Laracy, 2014).

V dnešní době, kdy se děti s ADHD vzdělávají v běžných školách, je důležité, aby pedagogové měli všeobecný přehled o tomto syndromu. Děti ve školním věku tráví nejvíce času ve škole, proto i učitelé bývají mezi prvními, kteří si všimnou nežádoucích projevů těchto dětí. Zvláště jsou za to zodpovědní třídní učitelé, kteří vyučují na prvním stupni, neboť se se svými žáky setkávají denně. Pokud si právě oni nevšimnou různých příznaků, mohou způsobit to, že se dítěti nedostane včasná pomoc (Vágnerová, 2005). Nicméně i když pedagogové prvního stupně tráví s žáky více času, nemusí být pravidlem, že by byli o syndromu ADHD více informováni než pedagogové druhého stupně (Baudyšová, 2010)

Nutnost informovanosti pedagogů o problematice ADHD u dětí je zakotvena v kompetencích každého učitele. Kompetence pedagogů jsou „*odborné a osobnostní předpoklady pro výkon učitelské profese, které by měli učitelé získávat studiem, ale pak dále rozvíjet v průběhu profesionalizace, tj. při vlastním výkonu učitelského povolání*“ (Průcha, 2002, s. 108).

Pojetí kompetencí se věnuje řada autorů. Vašutová (2004) uvádí celkem 7 kompetencí:

- oborově předmětová,
- didaktická a psychodidaktická,
- pedagogická,
- diagnostická a intervenční,
- sociální, psychosociální a komunikativní,
- manažerská a normativní,
- profesně a osobnostně kultivující.

Z uvedených kompetencí vyplývá, že kromě znalostí o určitém oboru, zákonech a normách týkajících se profese pedagoga, schopnosti využívat různé strategie vyučování, sebereflexe, reflexe a autoevaluace a orientace ve výchově a vzdělávání, musí mít pedagog znalosti z oblasti pedagogické diagnostiky, patopsychologie a sociální psychologie. Pedagog by měl umět diagnostikovat, pracovat s různými typy žáků a orientovat se v oblasti prevence (Dytrtová, 2009).

Formování kompetencí však bývá ovlivněno předchozím vzděláváním, především znalostmi z pedagogiky a psychologie (Hájková & Strnadová, 2010). O syndromu ADHD se budoucí pedagogové dozvídají již v rámci různých předmětů na vysoké škole, nicméně mají mnoho dalších možností, jak se vzdělávat v této oblasti. O syndromu ADHD vyšlo několik odborných a populárně-naučných publikací a příruček, které jsou určené jak pro pedagogy, tak i rodiče dětí s touto diagnózou. Zároveň existuje několik akreditovaných kurzů, kterých se mohou pedagogové zúčastnit, a dozvědět se tak více o syndromu ADHD.

Na formování kompetencí mají i vliv předchozí zkušenosti pedagoga s inkluzivním nebo segregativním vzděláváním (Hájková & Strnadová, 2010). V případě informovanosti o syndromu ADHD tento fakt potvrzují Youssefa, Hutchinsona a Youssefa (2015), kteří zjistili, že předchozí zkušenosti pedagogů s žákem s ADHD mají signifikantní vliv na jejich znalosti o tomto syndromu. Jejich informovanost také může ovlivňovat délka pedagogické praxe (Veber, 2000). Nicméně zde neexistují jednoznačné závěry, neboť studie Kosa, Richdalea a Jacksona (2004) tento fakt nepotvrdila. Zároveň velký vliv na formování kompetencí má i školní prostředí, přizpůsobování se podmínkám inkluzivního vzdělávání a vlastní sebereflexe (Hájková & Strnadová, 2010).

I přestože bylo představeno tolik možností, jak se v oblasti syndromu ADHD vzdělávat, dochází stále ve školním prostředí k různým omylům. V případě neznalosti diagnózy žáka, který má syndrom ADHD, se může stát, že pedagogové takové dítě z důvodu jeho nežádoucích projevů budou odsuzovat. Deficity v oblasti exekutivních funkcí a další symptomy mají totiž vliv na jejich školní úspěchy, avšak učitelé tyto neúspěchy přisuzují dětem. Zároveň hyperaktivní a impulzivní chování dítěte na učitele působí tak, že dítě považuje za nevychované a neschopné ovládat své jednání (Vágnerová, 2005). Z těchto důvodů narůstá antipatie k těmto žákům a pedagogové mají tendenci tyto žáky hůře hodnotit (Hosák et al., 2015). Původní učitelovo negativní vnímání takového žáka se může změnit s informací, že žákovi byl diagnostikován syndrom ADHD (Vágnerová, 2005). Díky tomu si totiž uvědomí, že nežádoucí symptomy jsou pouze projevy syndromu ADHD, a může s žákem hledat způsoby, jak mu pomoci (Munden & Arcelus, 2002). Překážkou však může být to, že i když pedagogové vědí, jak symptomy ADHD vypadají, mohou mít potíže při jejich identifikaci u konkrétního žáka (Guerra & Brown, 2012).

Kromě nutných znalostí z oblasti diagnostiky a znalostí symptomů a různých potíží žáků s ADHD, které ovlivňují školní výkonnost a jejich chování, je základní i znalost etiologie a léčby tohoto onemocnění. V mnoha případech se totiž pedagogové mylně domnívají, že za příčinou ADHD stojí nevhodná výchova rodičů, avšak ta pouze zhoršuje různé symptomy ADHD (Mertin, 2004). Znalost léčby je naopak důležitá z toho důvodu, že zahrnuje spolupráci dětského psychiatra, psychologa, rodičů a právě učitelů, kteří mohou velmi přispět ke zmírnění symptomů ADHD (Ptáček & Ptáčková, 2018). Na základě těchto a dalších všeobecných znalostí je u pedagogů stěžejní znalost různých metod práce a přístupů k dětem s ADHD. Znalosti učitelů totiž mohou ovlivnit přístup k těmto žákům a pochopení ze strany pedagogů (Holz & Lessing, 2002).

3.2 Výzkumy informovanosti pedagogů o syndromu ADHD

Velmi známým výzkumem týkajícím se informovanosti pedagogů o ADHD je výzkum M. J. Sciotto, M. D. Terjesena a A. S. B. Franka (2000). Studie s názvem *Teachers' knowledge and misperceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder* se zúčastnilo 149 učitelů základních škol, přičemž někteří z nich učili i ve speciálních třídách. Testovou metodou byl dotazník *Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale* (KADDS) o 36 položkách. Jednalo se o položky trichotomické (*true, false, don't know*). Tento typ položek byl zvolen z toho důvodu, aby autoři poznali, co pedagogové skutečně o ADHD nevědí, a o čem mají mylné představy (Sciotto et al., 2000).

Položky KADDS jsou rozděleny do 3 subškál: *symptomy/diagnostika ADHD, léčba ADHD* a *všeobecné informace o ADHD*. Ze studie vyplynulo, že pedagogové jsou více informováni o symptomech ADHD než o léčbě a všeobecných informacích o ADHD. Zároveň byla celková informovanost u pedagogů, kteří v minulosti vyučovali žáka s ADHD, vyšší než u těch, kteří se s těmito žáky nesetkali. Informovanost se lišila i v souvislosti počtu dětí, které pedagogové vyučovali. Průměrná úspěšnost testu byla 47,8 % (Sciotto et al., 2000).

Protože je KADDS považován za reliabilní, validní a hojně používaný dotazník, byl použit i na českou populaci. Výzkum byl realizován Univerzitou Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Sběr dat probíhal v tištěné a elektronické verzi v prvním pololetí školního roku 2014/2015. Cílovou skupinou byli pedagogové mateřských, základních a praktických škol. Zpracováno bylo 240 validních dotazníků (Michalová & Pešatová, 2015).

I v tomto výzkumu bylo zjištěno, že pedagogové v subškále *symptomy/diagnostika ADHD* skórovali nejvýše. Také bylo zjištěno, že výsledky KADDS skóru se statisticky významně liší podle různých skupin pedagogů. Tyto skupiny jsou charakterizovány podle dosaženého vzdělání, typu školy, na které vyučují, pracovního zařazení a sebehodnocení týkajícího se znalostí ADHD. Naopak výsledky KADDS skóru se statisticky významně neliší ve skupinách rozdělených podle zkušenosti pedagogů s žákem s ADHD ve škole, mezi příbuznými a potřeby dalšího sebevzdělávání o ADHD (Michalová & Pešatová, 2015).

Kromě hojně užívaného dotazníku KADSS, existuje dotazník *ADHD Knowledge Scale*, jehož autoři jsou L. Jerome, M. Gordon a P. Hustler (1994). Tito autoři ve studii *A Comparison of American and Canadian Teachers' Knowledge and Attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Adhd)* porovnávali znalosti pedagogů o syndromu ADHD u amerických a kanadských pedagogů. Dotazník obsahoval 20 položek týkajících se demografických údajů a 20 testových položek s odpověďmi *true/false*. U obou skupin byla zjištěna nízká informovanost a vysoká touha po potřebě dalšího vzdělávání v oblasti ADHD u dětí. Učitelé, kteří prošli výcvikem týkajícího se ADHD, dosahovali vyšších výsledků než ti, kteří žádným specifickým vzděláváním neprošli. Zároveň učitelé s vyšším vzděláváním dosahovali vyšších výsledků. U kanadských pedagogů souvisel jejich věk a délka pedagogické praxe s výsledkem testu. Mladší pedagogové a starší pedagogové s delší pedagogickou praxí dosahovali vyšších výsledků. U amerických pedagogů byl pozorován pozitivní vztah mezi rodinným stavem a výši skóre testu. Průměrná úspěšnost testu byla 77,5 % (Jerome et al., 1994).

Stejný dotazník byl použit i např. ve studii J. L. Ohana, N. Cormiera, S. L. Heppa, T. A. Vissera a M. C. Straina z roku 2008. Studie byla zaměřena na pedagogy základních škol v Melbourne v Austrálii. Výzkumu se celkem zúčastnilo 140 pedagogů (Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, 2008).

Z původních 20 položek v dotazníku jich bylo použito 19. Položky v dotazníku se týkají biologických faktorů, rodinných vlivů, lékařské a vzdělávací intervence a různých mýtů o ADHD. Respondenti odpovídali na položky *true/false*. Kromě toho autoři do dotazníku zahrnuli i demografické údaje a 10 popisů dětí, které splňují kritéria *DSM-IV*. Popisy byly respondenty hodnoceny pomocí devítibodové Likertovy škály, díky které se sledovalo chování učitele k dítěti s ADHD a vnímání takového dítěte (Ohan et al., 2008).

Učitelé byli na základě výsledků rozděleni do skupin podle znalostí. Rozdíl mezi skupinami byl v tom, že pedagogové s průměrnou a vysokou znalostí vnímají léčbu pomocí behaviorální terapie a vzdělávacích technik za přínosnější než pedagogové s nízkou znalostí. Nicméně všechny skupiny mají nízké znalosti v oblasti léčby a příčin ADHD (Ohan et al., 2008).

Studie také zjistila, že se žáci s ADHD u pedagogů s průměrnou a vyšší znalostí spíše dočkají podpory než žáci s ADHD u pedagogů s nižší znalostí. Avšak učitelé s průměrnou a vyšší znalostí si méně důvěřují v práci s dětmi s ADHD ve škole, než učitelé

s nižší znalostí. S vyšší znalostí pedagogů se i zvyšuje pravděpodobnost, že pedagogové při podezření na ADHD doporučí žáky na posouzení k odborníkovi (Ohan et al., 2008).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Teoretická část se zabývala syndromem ADHD u dětí, inkluzivním vzděláváním žáků s tímto syndromem a informovaností pedagogů s celou problematikou. Jak již bylo zmíněno, syndrom ADHD je jedním z nejvíce diagnostikovaných syndromů, proto jsou znalosti pedagogů týkajících ADHD pro práci s žáky s tímto syndromem ve třídě klíčové.

Vágnerová (2005) uvádí, že pedagog hraje důležitou roli v rozpoznávání symptomů ADHD. Tento fakt potvrzuje i již zmíněná studie, ze které vyplynulo, že pedagogové s vyšší znalostí o ADHD pravděpodobněji vyhledají pomoc a doporučí při podezření žáka k odbornému vyšetření, než pedagogové s nižší znalostí (Ohan et al., 2008). Jejich znalosti zároveň mohou ovlivnit přístup k těmto žákům (Holz & Lessing, 2002).

Z výzkumů je rovněž zřejmé, že pedagogové se obvykle dobře orientují v oblasti symptomů ADHD. Ty jsou totiž ve třídě velmi nápadné a dobře rozpoznatelné. S tím souvisí i zkušenost pedagogů s těmito žáky. Jejich informovanost se liší podle toho, zda pedagogové v minulosti žáka s ADHD vyučovali a zároveň podle toho, kolik dětí s touto diagnózou vyučovali (Sciutto et al., 2004).

Bakalářská práce si klade dva cíle. Prvním cílem je zjistit celkovou informovanost pedagogů o syndromu ADHD a přístupech k dětem s touto diagnózou ve třídě. Rádi bychom zjistili, zda informovanost pedagogů souvisí s délkou jejich praxe, se stupněm, na kterém vyučují, s tím, zda v současné době učí či neučí žáka s ADHD, se sebehodnocením jejich znalostí a potřebou dalšího sebevzdělávání. Zároveň bychom se chtěli zaměřit na jednotlivé položky a subtesty a zjistit, ve kterých respondenti skórují nejvýše a ve kterých nejnižše. Tímto cílem navazujeme na předchozí studie.

Naším druhým cílem je zjistit, jak často pedagogové ve třídě využívají různé doporučené přístupy k žákům s ADHD. Tento cíl úzce souvisí s prvním cílem. Domníváme se, že znalosti pedagogů pozitivně korelují s přístupy, které jsou doporučované při práci s žáky s ADHD. Nicméně je také možné, že někteří pedagogové mohou mít bohaté znalosti o syndromu ADHD, avšak tyto znalosti už neaplikují v praxi.

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

K naplnění cílů výzkumu byl zvolen kvantitativní design, který umožňuje získat data od většího počtu respondentů a analyzovat tato data statistickými metodami. Konkrétně se jedná o deskriptivní (explorační) studii.

Výzkum byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazníky byly respondentům předány prostřednictvím instituce (školy), ve které jsou zaměstnáni. Veškeré informace o výzkumu a etice byly sděleny ředitelům škol, kteří následně dotazníky s instrukcemi předali pedagogům. Po dohodě jsme si tyto dotazníky vyzvedli nebo nám byly zaslány poštou.

5.1 Testové metody

Pro tento výzkum byla použita jedna testová metoda. Jednalo se o dotazník vlastní konstrukce.

5.1.1 Dotazník informovanosti pedagogů

Dotazník se dělí na sociodemografické údaje a 4 části (A, B, C, D). Obsahuje 50 položek, z nichž je 45 uzavřených, 3 jsou s volnou odpovědí a 2 jsou otevřené otázky. 1 položka s volnou odpovědí je rozdělena na 2 části (*a*, *b*). V otevřených otázkách zjišťujeme, zda pedagogové znají jiné metody a přístupy nebo pomůcky při práci s dětmi s ADHD než ty, na které se ptáme v uzavřených otázkách. V dotazníku se objevují položky trichotomické nebo polytomické. Součástí dotazníku jsou i slovní škály s pětibodovou stupnicí. V sociodemografické části se objevují právě zmíněné 3 položky s volnou odpovědí, dichotomické a polytomické položky a u jedné položky je možnost zvolit odpověď *jiné (prosím, vypište)*, aby nedošlo k eliminaci odpovědí.

V úvodu dotazníku je popsán účel a cíle výzkumu, pro koho je dotazník určen a jak dlouho trvá jeho vyplnění. Nejsou také opomenuty etické principy při účasti ve výzkumu a kontaktní údaje na výzkumníka. Dotazník obsahuje i podrobný popis pokynů k vyplnění dotazníku, neboť některé části v dotazníku nejsou určeny pro všechny třídní pedagogy. Důležitá je zde i poznámka o tom, že pedagogové musí při vyplňování myslet na to, že položky v dotazníku se týkají dítěte s diagnózou ADHD, a tedy že je tento syndrom u

dítěte potvrzen na základě vyšetření odborníkem. V dotazníku nechybí ani poděkování respondentům za účast ve výzkumu.

V pokynech k vyplnění dotazníku je uvedeno, že celý dotazník (sociodemografické údaje a všechny části, tedy A, B, C a D) vyplňují třídní učitelé, kteří v současné době vyučují žáka s ADHD. Naopak třídní učitelé, kteří se nikdy nesetkali nebo se s žákem s ADHD setkali v minulosti, vyplňují dotazník bez části C.

Sociodemografické údaje jsou obsaženy v 8 položkách. Mezi těmito údaji je mimo jiné položka (položka č. 6), která ověřuje, zda pedagogové vědí, co je to syndrom ADHD. Část A obsahuje 13 položek, část B 11 položek, část C 14 položek a část D 3 položky.

Sociodemografické údaje obsahují:

- pohlaví,
- věk,
- titul,
- délka pedagogické praxe,
- stupeň, na kterém pedagog vyučuje,
- kde se o něm pedagog dozvěděl,
- s kolika žáky s ADHD se pedagog během své praxe setkal,
- vyučování žáka s ADHD v současné době pedagogem.

Část A (Základní znalosti ADHD u dětí) obsahuje:

- symptomy a příznaky ADHD,
- léčba ADHD,
- příčiny ADHD,
- specifické charakteristiky ADHD.

Část B (Žák s ADHD ve škole) obsahuje:

- specifické přístupy k žákům s ADHD,
- specifické charakteristiky ADHD,
- symptomy a příznaky ADHD.

Část C (Zkušenosti pedagoga s dítětem s ADHD ve třídě) obsahuje:

- praktické využití specifických přístupů k žákům s ADHD,

- efektivní komunikace s žákem a rodiči,
- jistota pedagoga.

Část D (Názor třídního učitele) obsahuje:

- dosavadní znalosti,
- rozšíření znalostí,
- preventivní programy.

Znalostní části A a B obsahují trichotomické (*ano, ne, nevím*) a polytomické položky. V části C a D respondenti odpovídají na pětibodové stupnici. Při zjišťování, jak často respondenti využívají doporučené přístupy k žákům s ADHD, je použita stupnice: *nikdy, někdy, občas, často, vždy*. Tato stupnice je použita u dalších položek v části C. Pro zjištění názorů pedagogů je pak použita stupnice: *rozhodně ne, spíše ne, nevím, spíše ano, rozhodně ano*. Respondenti v dotazníku volí vždy jednu odpověď. U stupně, na kterém vyučují, mohou zvolit i 2 odpovědi.

Dotazník byl inspirován dotazníkem KADDS (Sciutto et al., 2000). Položky v dotazníku byly vytvořeny na základě poznatků z odborné literatury. Ve znalostní části (část A a B) byla snaha střídat lehčí položky s těžšími a vytvořit různé typy odpovědí na položky, aby byl dotazník pro respondenty atraktivnější. Podoba dotazníku je uvedena v příloze 5.

5.2 Formulace hypotéz ke statistickému zpracování

H1: Výsledek znalostního testu souvisí s tím, na jakém stupni pedagogové vyučují.

H2: Výsledek znalostního testu souvisí s tím, zda pedagogové v současné době učí žáka s ADHD.

H3: Výsledek znalostního testu pozitivně koreluje s délkou pedagogické praxe.

H4: Výsledek znalostního testu pozitivně koreluje s tím, jak pedagogové hodnotí své znalosti.

H5: Výsledek znalostního testu negativně koreluje s tím, jak pedagogové vnímají potřebu dalšího sebevzdělávání.

H6: Četnost doporučených přístupů pozitivně koreluje s výsledkem znalostního testu.

6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

6.1 Sběr dat

Cílovou skupinou výzkumu byli třídní pedagogové základních škol Libereckého kraje. Liberecký kraj byl zvolen z důvodu blízké dostupnosti.

Pomocí webové stránky www.seznamskol.cz jsme e-mailem kontaktovali všechny základní školy, které **byly veřejné** a zároveň **nebyly**:

- alternativní (např. Waldorfské školy),
- praktické nebo speciální,
- při léčebnách, nemocnicích, diagnostických ústavech nebo dětských domovech,
- umělecké,
- logopedické,
- malotřídní.

Zmíněné typy škol jsme z cílové skupiny vynechali, abychom zabránili případnému zkreslení v datech. Tyto školy jsou totiž specifické a mohou využívat jiné metody a formy práce se svými žáky než běžné základní školy. Pokud by se však do výzkumu zapojila škola, která by měla jednu třídu speciální nebo např. dvě třídy spojené v jednu, byla by ve výběru ponechána. Do výzkumu by však třídní pedagogové těchto tříd nebyli zapojeni.

Jak už bylo řečeno, do výzkumu byli zařazeni pouze třídní pedagogové. Třídní pedagogové se svými žáky řeší všechny záležitosti, proto by dle našeho názoru měla být jejich informovanost na vyšší úrovni.

V první vlně kontaktování jsme zvolili metodu totálního výběru. Kontaktování proběhlo prostřednictvím e-mailu. Bohužel jsme však nedohledali kontakt na některé školy nebo uvedené kontakty byly neplatné a zároveň ochota spolupracovat ze strany škol byla velmi nízká, proto jsme se rozhodli pro další vlnu kontaktování. Při ní jsme kontaktovali školy nám nejbližší dostupné.

E-mailem jsme kontaktovali přímo ředitele a ředitelky jednotlivých škol. V e-mailu jsme jim sdělili podstatu výzkumu a žádost o osobní schůzku, díky které jsme mohli znovu výzkum představit a zodpovědět veškeré otázky. Pokud byla spolupráce dojednána,

představili jsme ředitelům a ředitelkám dotazník a sdělili jim k němu všechny instrukce. Instrukce byly popsány i v dotazníku, nicméně bylo důležité, aby je znali samotní ředitelé a ředitelky škol a uměli případně odpovědět na otázky respondentů. Následně jsme ponechali ředitelům a ředitelkám v obálkách dotazníky, které sami posléze třídním učitelům rozdali, a po určité době (podle časových možností ředitele/ředitelky) jsme si je vyzvedli. Ve dvou případech osobní schůzka neproběhla, proto jsme zaslali ředitelům dopis s veškerými informacemi a dotazníky v ofrankovaných obálkách. Vyplněné dotazníky nám pak byly zaslány na uvedenou adresu. Sběr dat tak probíhal od září 2019 do ledna 2020.

Podarilo se nám kontaktovat 106 základních škol Libereckého kraje (včetně 3 škol, které byly zapojené do pilotní studie). Ze zbylých 103 škol bylo 12 škol ochotných se do výzkumu zapojit. 4 školy měly 9 tříd, 1 škola měla 10 tříd, 1 škola byla po 16 třídách, 3 školy byly po 17 třídách a zbylé 3 školy měly po 18, 24 a 26 třídách. Z celkového počtu 181 dotazníků nám jich bylo vráceno 137, přičemž validních dotazníků bylo 135.

6.2 Pilotní studie

Dotazník byl pro zkontrolování předložen dvěma osobám. Po úpravě došlo k hlavnímu testování na prvních třech školách. Povšimli jsme si však nedostatky v dotazníku, kvůli kterým bylo mnoho z nich neplatných, proto jsme museli dotazník znovu opravit. Data od respondentů z těchto třech škol ($N = 20$) jsou tak považována za data pilotní studie. Pilotní studie proběhla v květnu a červnu 2019.

6.3 Popis výzkumného souboru

Náš výzkumný soubor obsahuje 135 pedagogů základních škol Libereckého kraje. Tabulka č. 2 zobrazuje rozdělení souboru dle věku a pohlaví. Níže zmíněné grafy znázorňují rozdělení respondentů dle délky pedagogické praxe, nejvyššího dosaženého vzdělání, stupně, na kterém vyučují, zdroje, odkud se poprvé pedagogové dozvěděli o syndromu ADHD a dle toho, zda v současné době vyučují žáka s ADHD. Odpovědi na položky týkající se délky pedagogické praxe a počtu dětí s ADHD, které respondenti vyučovali, jsme v grafu sjednotili do kategorií. V některých grafech je také znázorněna kategorie „jiné“, k níž jsou uvedeny odpovědi respondentů. Níže zmíněná tabulka č. 3 pak zobrazuje rozdělení respondentů dle počtu žáků s ADHD, které pedagogové v současné době vyučují.

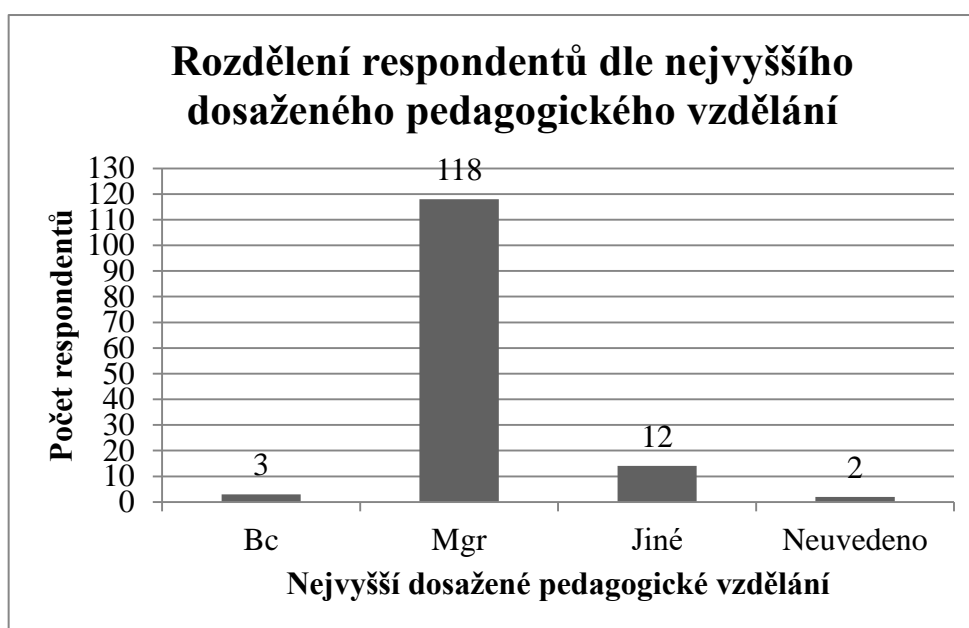
Tabulka č. 2: Deskriptivní charakteristiky souboru mužů a žen z hlediska věku

Skupina	Počet	Průměr	Sm.odch.	Minimum	Maximum
Ženy	122	45,9	9,89	23	65
Muži	10	44,1	10,81	30	61
Celý soubor	132	45,77	9,93	23	65

Pozn.: sm.odch. = směrodatná odchylka

Celý soubor obsahuje 135 respondentů, avšak 2 ženy a 1 muž neuvedli svůj věk. Z tabulky je zřejmé, že v našem souboru výrazně převažují ženy.

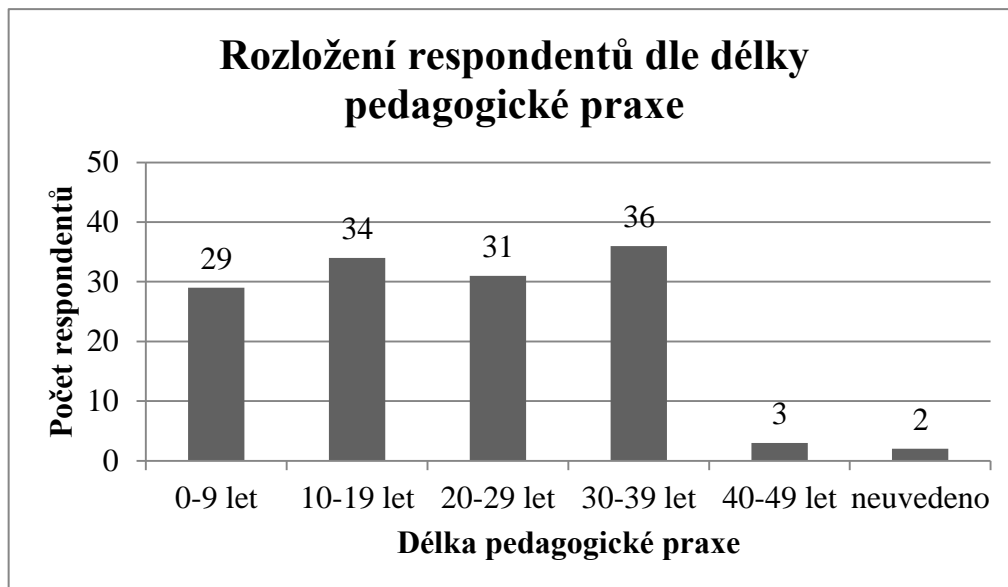
Graf č. 1: Sloupcový graf rozdělení respondentů dle nejvyššího dosaženého pedagogického vzdělání (otázka č. 3)



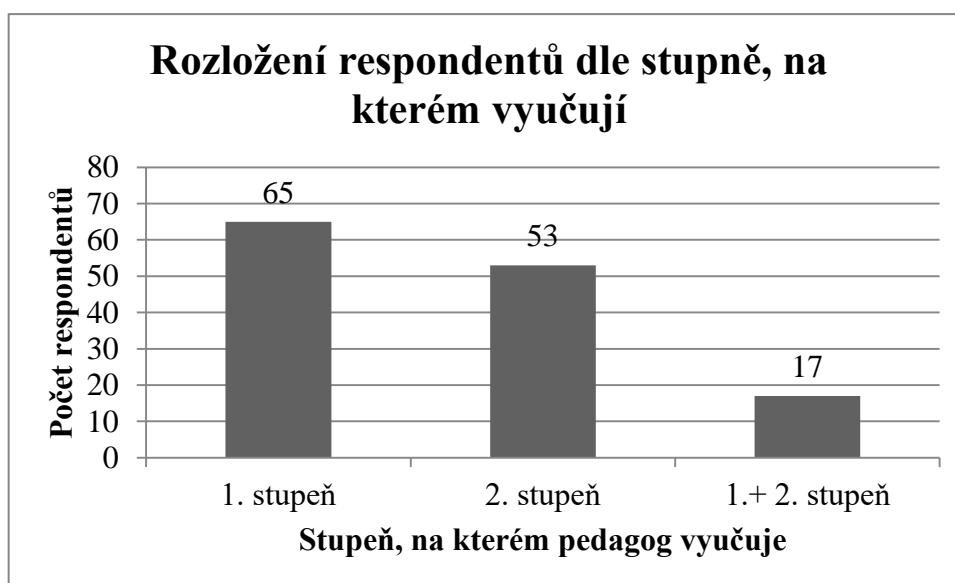
Odpovědi z kategorie „Jiné“ a počet respondentů:

- VŠ nespecifikováno – 4 respondenti
- doplněné pedagogické vzdělání – 2 respondenti
- SŠ – 2 respondenti
- Ing – 2 respondenti
- Dis – 1 respondent
- Paedr – 1 respondent

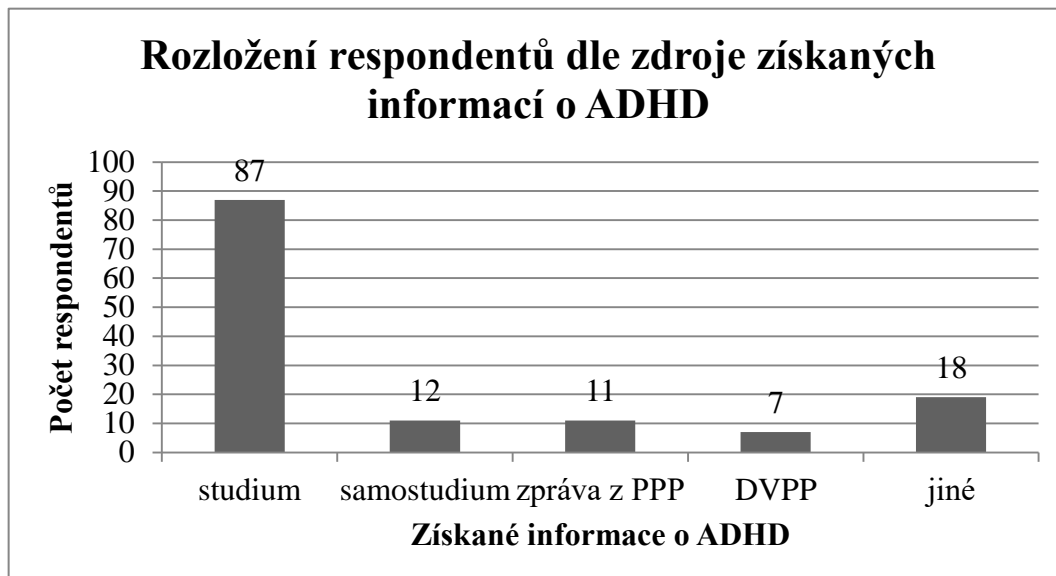
Graf č. 2: Sloupcový graf rozdělení respondentů dle délky pedagogické praxe (otázka č. 4)



Graf č. 3: Sloupcový graf rozdělení respondentů dle stupně, na kterém pedagogové vyučují (otázka č. 5)



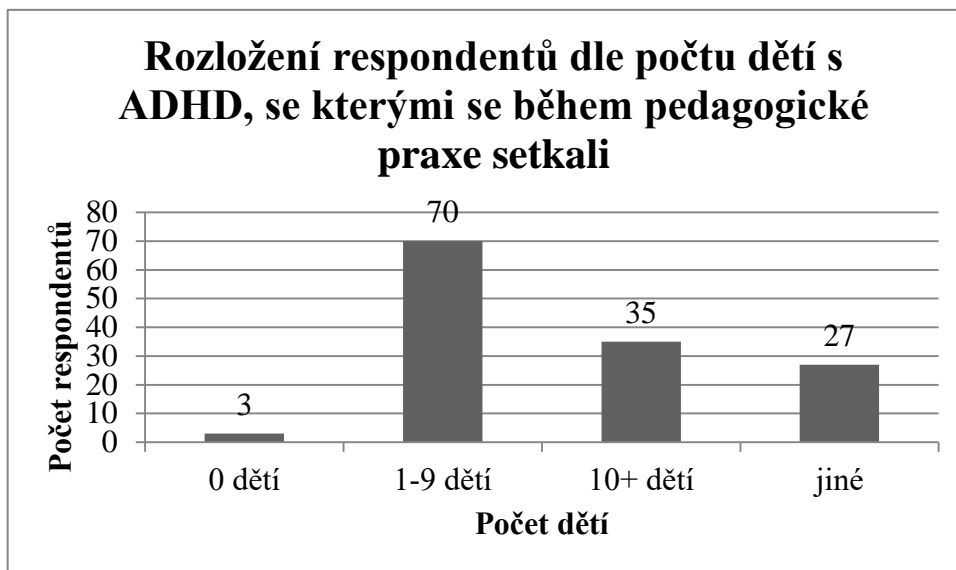
Graf č. 4: Sloupcový graf rozložení respondentů dle zdroje získaných informací o ADHD (otázka č. 7)



Odpovědi z kategorie „Jiné“ a počet respondentů:

- samostudium, DVPP – 3 respondenti
- nepamatuje si – 3 respondenti
- praxe – 3 respondenti
- studium a DVPP – 2 respondenti
- samostudium, zpráva z PPP, DVPP – 2 respondenti
- studium, samostudium, DVPP – 1 respondent
- samostudium, zpráva z PPP – 1 respondent
- studium, zpráva z PPP – 1 respondent
- studium, DVPP – 1 respondent
- tisk – 1 respondent

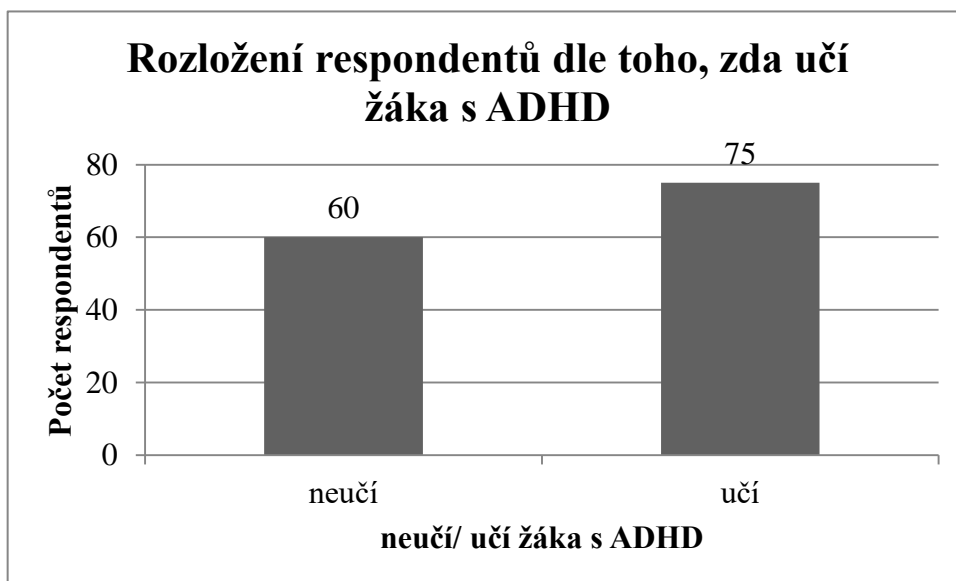
Graf č. 5: Sloupcový graf rozložení respondentů dle počtu dětí s ADHD, se kterými se během pedagogické praxe setkali (otázka č. 8)



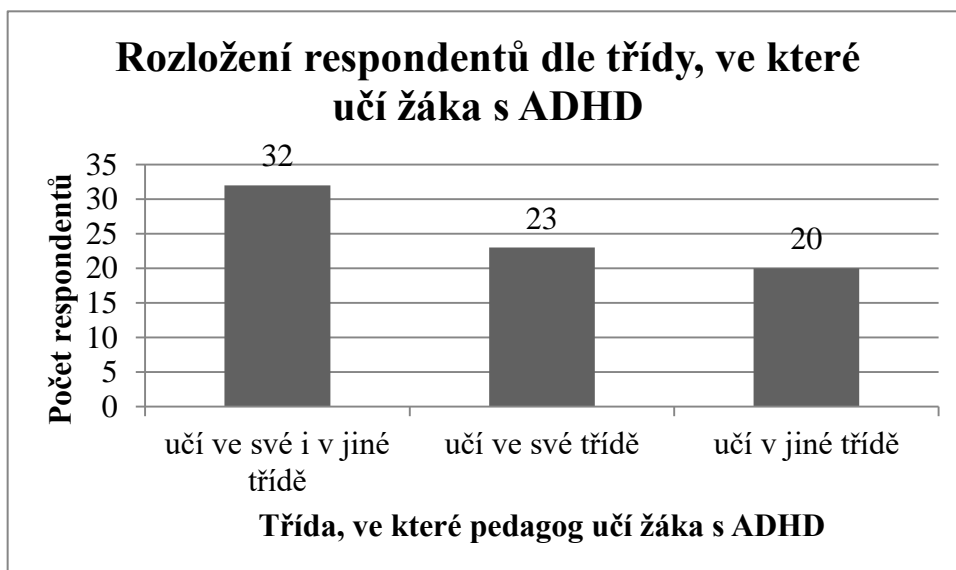
Odpovědi z kategorie „Jiné“ a počet respondentů:

- nedokážou odhadnout- 13 respondentů
- neuvedeno- 9 respondentů
- hodně- 5 respondentů

Graf č. 6: Rozložení respondentů dle toho, zda v současné době učí žáka s ADHD (otázka č. 9)



Graf č. 7: Rozložení respondentů dle třídy, ve které pedagogové učí žáka s ADHD (otázka č. 9)



Tabulka č. 3: Deskriptivní charakteristiky počtu dětí, které pedagog vyučuje

Třída	Průměr	Sm. odch.	Min.	Max.	Modus	Medián
Třída pedagoga	1,7	1,08	1	5	1	1
Jiná třída	2,89	2,05	1	9	1	2

Pozn.: sm.odch. = směrodatná odchylka, min. = minimum, max. = maximum

Z grafu č. 1 je patrné, že magisterský titul převažuje nad ostatními. Někteří respondenti uvedli, že pedagogické vzdělání ani nemají. Převaha magisterského titulu nás nepřekvapila, neboť pro výkon profese učitele bývá tento titul nezbytný. Délka pedagogické praxe (graf č. 2) se nejčastěji pohybuje v rozmezí 30-39 let, nicméně skoro stejné zastoupení má i rozmezí 10-19 let. Průměrná délka praxe činila 20,58 let. Nejvíce respondentů vyučuje na prvním stupni a někteří učí na obou stupních zároveň (graf č. 3).

Z grafu č. 4 vyplývá, že se respondenti o problematice ADHD nejčastěji dozvěděli při studiu. Tento fakt není překvapivý, neboť již při studiu musí mít budoucí pedagogové ponětí o žácích se specifickými potřebami. Někteří respondenti však uvedli i více zdrojů, odkud své znalosti získali. Nejvíce respondentů se setkala během své pedagogické praxe

s 1-9 žáky. Mnoho respondentů však nedokázalo počet žáků uvést, neboť si přesné číslo nepamatovali (graf č. 5).

V našem souboru zároveň převládají respondenti, kteří v současné době vyučují žáka s ADHD (graf č. 6). Z těchto respondentů (graf č. 7) jich většina učí žáka s ADHD ve své i v jiné třídě. Tabulka č. 3 pak popisuje deskriptivní charakteristiky počtu dětí, které pedagog v současné době vyučuje. Z tabulky je zřejmé, že pedagogové mají v průměru ve své třídě méně žáků s ADHD než v jiných třídách, ve kterých učí. Toto zjištění není překvapivé, neboť pedagogové mohou učit více tříd, tudíž i více žáků s ADHD.

6.4 Etické hledisko a ochrana soukromí

Při realizaci výzkumu a zpracování dat byly dodržovány etické zásady. V žádné části výzkumu nedocházelo ke klamání účastníků. Spolupráce škol na výzkumu byla anonymní a dobrovolná. Zároveň samotná spolupráce respondentů probíhala dobrovolně a anonymně. Ředitelům a ředitelkám byly etické aspekty sděleny osobně nebo v dopise. Respondenti s nimi byli seznámeni na úvodní straně dotazníku. K dotazníkům byly respondentům přiloženy obálky, do kterých dotazníky vkládaly. Obálky sloužily k uchování anonymity respondentů. Respondenti, kteří posílali vyplněné dotazníky poštou, měli opět k dispozici obálky. Tyto obálky byly ofrankované.

Vyplněním dotazníku dávali respondenti souhlas se zpracováním anonymních dat ve výzkumné části bakalářské práce. S daty dotazníku bylo zacházeno v souladu se Zákonem o zpracování osobních údajů č.110/2019 Sb., upřesňující Obecné nařízení o ochraně osobních údajů.

Respondenti měli možnost položky v dotazníku nevyplnit, neboť všechny byly nepovinné. Po přepsání dat do počítače, byly dotazníky v papírové formě skartovány. Data byla uchována v počítači opatřeným heslem.

7 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Data byla převedena z papírových archů do Microsoft Excel. Při čištění dat jsme vyřadili 2 respondenty, kteří vyplňování dotazníku nedokončili. Při kontrole dat jsme zjistili, že u otázky č. 7 respondenti označovali 2 odpovědi. Označené odpovědi jsme tak sloučili do kategorie *jiné*. Zároveň respondentům u otázky č. 8 dělalo problém uvést počet dětí, se kterými se během své pedagogické praxe setkali. Jejich slovní odpovědi s jejich četnostmi jsme popsali výše. Mimo jiné se v 5 případech u otázek č. 48, 49 a 50 vyskytly chybějící hodnoty. Také ve 3 případech nebyl uveden věk respondentů a ve 2 případech délka pedagogické praxe respondentů. V 1 případě nebyly zodpovězeny položky č. 44 a 45. Otevřenou otázku č. 46 zodpovědělo pouze 22 respondentů a otázku č. 47 jen 37 respondentů. Chybějící záznamy tak byly z analýz příslušných hypotéz vyřazeny.

Z jednotlivých analýz jsme vyřadili položku č. 24, neboť její úspěšnost byla 100 %. Zjistili jsme tak, že položka byla příliš jednoduchá z důvodu zřejmých distraktorů. Následně jsme také vyřadili položku č. 37. Tato položka byla chybná, neboť byla dvouhlavňová. Mimo jiné jsme u položky č. 31 tolerovali 2 správné odpovědi.

Po čištění dat následovalo jejich analyzování a realizace výpočtů. Jak již bylo uvedeno, dotazník obsahoval znalostní a praktickou část. Části A a B, které se týkaly znalostí o syndromu ADHD a specifikách přístupu k dětem s touto diagnózou, byly převedeny na hrubé skóry správně zodpovězených položek a následně byly tyto hrubé skóry z obou částí sečteny do jednoho hrubého skóru. Správné odpovědi na položky znalostního testu jsou uvedeny v příloze 6. Naopak část C (N=75), která se zaměřovala na praktické využití doporučených přístupů k dětem s ADHD a kterou vyplňovala jen část respondentů, byla vyhodnocena sečtením položek Likertova typu.

V části C se do celkového výsledku nepočítaly otázky č. 44-47. Otázky č. 44 a 45 považujeme za důležité, nicméně tyto položky obsahově neodpovídají ostatním položkám v části C, tedy neptají se na využívání doporučených přístupů. Pro zajímavost jsou ve výzkumné části četnosti odpovědí na tyto položky znázorněny graficky. Otázky č. 46 a 47 jsou otevřené. Jejich odpovědi s četnostmi jsou uvedeny v tabulkách níže. Položky z části D jsou rovněž znázorněny graficky. Graficky však není znázorněna položka č. 6, která

mapovala, zda respondenti vědí, co je to syndrom ADHD. Všichni respondenti odpověděli *ano*.

Statistické hypotézy jsme ověřovali pomocí programu STATISTICA 13. Zde byl pro ověření normality použit Shapiro-Wilkův test, který normální rozdělení pravděpodobnosti nepotvrdil. Z důvodu porušení normality byly pro výpočty zvoleny neparametrické testy. Při testování hypotéz byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$, tedy pokud p-hodnota klesla pod tuto hladinu, výsledek byl považován za signifikantní.

Na základě vytvořených hypotéz jsme zjišťovali, jak znalosti pedagogů souvisí s některými sociodemografickými údaji. Volili jsme ty, které stálo za to zkoumat a které jsme považovali za validní. Dále jsme zjišťovali, jak znalosti souvisí s hodnocením vlastních znalostí a potřebou dalšího sebevzdělávání. Odpovědi respondentů na tyto položky jsou uvedeny v grafech č. 10 a č. 11 v následující podkapitole. Poslední hypotéza byla zaměřena na souvislost mezi znalostmi a četností doporučených přístupů. Četnosti jsou uvedeny v následující podkapitole.

Na závěr jsme analyzovali položky celého dotazníku. Zjišťovali jsme jejich úspěšnost a úspěšnost jednotlivých subtestů. Také jsme zkoumali, jakých doporučených přístupů k dětem s ADHD pedagogové využívají nejvíce a jakých nejméně, a které další metody a pomůcky v hodinách používají.

7.1 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

H1: Výsledek znalostního testu souvisí s tím, na jakém stupni pedagogové vyučují.

Pro tuto hypotézu byl vybrán Kruskal- Wallisův test. Grupovací proměnnou byl stupeň, na kterém pedagogové vyučují (1. stupeň; 2. stupeň; 1. i 2. stupeň). Závislou proměnnou byl hrubý skór znalostního testu. Výsledkem byly hodnoty $H = 5,84$, $p = 0,05$. Mezi skupinami nebyl pozorován statisticky významný rozdíl, hypotézu **nepřijímáme**.

H2: Výsledek znalostního testu souvisí s tím, zda pedagogové v současné době učí žáka s ADHD.

Pro tuto hypotézu byl vybrán Kruskal- Wallisův test. Grupovací proměnnou bylo vyučování žáka s ADHD pedagogem v současné době (učí žáka s ADHD ve své třídě; učí žáka s ADHD v jiné třídě; učí žáka s ADHD ve své i v jiné třídě; neučí žáka s ADHD). Závislou proměnnou byl hrubý skór znalostního testu. Výsledkem byly hodnoty $H = 1,54$,

$p = 0,67$. Mezi skupinami nebyl pozorován statisticky významný rozdíl, hypotézu **nepřijímáme**.

H3: Výsledek znalostního testu pozitivně koreluje s délkou pedagogické praxe.

Pro tuto hypotézu byl vybrán Spearmanův korelační koeficient. Z důvodu nevyplnění položky o délce praxe ve 2 případech jsme tuto hypotézu testovali na zbylých 133 respondentech. Nalezli jsme pozitivní velmi slabou závislost, $r = 0,09$; $t(131) = 1,07$; $p = 0,28$. Korelace není statisticky významná na hladině $p < 0,05$, hypotézu **nepřijímáme**.

H4: Výsledek znalostního testu pozitivně koreluje s tím, jak pedagogové hodnotí své znalosti.

Pro tuto hypotézu byl vybrán Spearmanův korelační koeficient. Z důvodu nevyplnění položky o sebehodnocení v 5 případech jsme tuto hypotézu testovali na zbylých 130 respondentech. Nalezli jsme pozitivní slabou závislost, $r = 0,19$; $t(128) = 2,13$; $p = 0,04$. Korelace je signifikantní na hladině významnosti $p < 0,05$, hypotézu **přijímáme**.

H5: Výsledek znalostního testu negativně koreluje s tím, jak pedagogové vnímají potřebu dalšího sebevzdělávání.

Pro tuto hypotézu byl vybrán Spearmanův korelační koeficient. Z důvodu nevyplnění položky o sebehodnocení v 5 případech jsme tuto hypotézu testovali na zbylých 130 respondentech. Nalezli jsme pozitivní velmi slabou závislost, $r = 0,06$; $t(128) = 0,67$; $p = 0,5$. Korelace není statisticky významná na hladině $p < 0,05$, hypotézu **nepřijímáme**.

H6: Četnost doporučených přístupů pozitivně koreluje s výsledkem znalostního testu.

Pro tuto hypotézu byl vybrán Spearmanův korelační koeficient. Četnost doporučených přístupů vyplňovali pouze respondenti, kteří uvedli, že v současné době vyučují žáka s ADHD. Z toho důvodu byla tato hypotéza testována na 75 respondentech. Nalezli jsme pozitivní slabou závislost, $r = 0,27$; $t(73) = 2,4$; $p = 0,02$. Korelace je signifikantní na hladině významnosti $p < 0,05$, hypotézu **přijímáme**.

7.2 Další analýzy

Tato podkapitola je věnována dalším analýzám v našem výzkumu. Jedná se o analýzu subtestů a jednotlivých položek znalostního testu, analýzu položek doporučených přístupů, jiných položek z části C a D a otevřených otázek.

7.2.1 Analýza subtestů znalostního testu

Náš znalostní test se skládal z 5 subtestů. Jednalo se o subtesty *Symptomy a příznaky ADHD*, *Léčba ADHD*, *Příčiny ADHD*, *Specifické charakteristiky ADHD* a *Přístup pedagogů k žákům s ADHD*. Scitutto et al. (2000) ve své studii rozdělili položky do 3 subškál, a to *Symptomy/diagnostika ADHD*, *Léčba ADHD* a *Všeobecně o ADHD*. Protože jsme však vytvořili vlastní dotazník a naše položky se liší od této studie, samotné subtesty se také liší. Položka č. 24, která by patřila do subtestu *Přístup pedagogů k žákům s ADHD*, byla z deskriptivní charakteristiky tohoto subtestu vynechána.

Subtest *Symptomy a příznaky ADHD* obsahoval položky č. 11, 12, 13, 18, 19, 20 a 32, subtest *Léčba ADHD* položky č. 21 a 22, *Příčiny ADHD* položky č. 14, 15 a 16, *Specifické charakteristiky ADHD* položky č. 10, 17, 33 a *Přístup pedagogů k žákům s ADHD* položky č. 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30 a 31.

Deskriptivní charakteristiky jednotlivých subtestů a jejich porovnání s celkovým testem jsou popsány v následujících tabulkách:

Tabulka č. 4: Deskriptivní charakteristiky subtestu *Symptomy a příznaky ADHD*

Symptomy a příznaky ADHD	Průměr	Sm. odch.	Min.	Max.	Modus	Medián
	5,81	1,14	2	7	6	6
	Průměr [%]	Sm. odch. [%]	Min. [%]	Max. [%]	Modus [%]	Medián [%]
	83	16,33	28,57	100	85,71	85,71

Pozn.: sm.odch. = směrodatná odchylka, min. = minimum, max. = maximum

Tabulka č. 4 popisuje úspěšnost respondentů v subtestu *Symptomy a příznaky ADHD*. Subtest obsahoval celkem 7 položek. Z tabulky vyplývá, že průměrná úspěšnost byla vysoká. Žádný respondent neměl z tohoto subtestu 0 bodů.

Tabulka č. 5: Deskriptivní charakteristiky subtestu *Léčba ADHD*

Léčba ADHD	Průměr	Sm. odch.	Min.	Max.	Modus	Medián
	0,93	0,7	0	2	1	1
	Průměr [%]	Sm. odch. [%]	Min. [%]	Max. [%]	Modus [%]	Medián [%]
	46,3	34,89	0	100	50	50

Pozn.: sm.odch. = směrodatná odchylka, min. = minimum, max. = maximum

Tabulka č. 5 zobrazuje úspěšnost v subtestu *Léčba ADHD*. Tento subtest obsahoval 2 otázky. Z tabulky vyplývá, že respondenti v průměru odpověděli správně přibližně na 1 otázku. Někteří dokonce neodpověděli ani na jednu.

Tabulka č. 6: Deskriptivní charakteristiky subtestu *Příčiny ADHD*

Příčiny ADHD	Průměr	Sm. odch.	Min.	Max.	Modus	Medián
	1,67	0,82	0	3	2	2
	Průměr [%]	Sm. odch. [%]	Min. [%]	Max. [%]	Modus [%]	Medián [%]
	55,56	27,32	0	100	66,67	66,67

Pozn.: sm.odch. = směrodatná odchylka, min. = minimum, max. = maximum

V tabulce č. 6 je popsána úspěšnost subtestu *Příčiny ADHD*. Tento subtest obsahoval 3 položky. Tak jako v předchozím subtestu, i v tomto respondenti nedokázali odpovědět ani na 1 otázku, avšak našli se i tací, kteří odpověděli správně na všechny.

Tabulka č. 7: Deskriptivní charakteristiky subtestu *Specifické charakteristiky ADHD*

Specifické charakteristiky ADHD	Průměr	Sm. odch.	Min.	Max.	Modus	Medián
	2,56	0,62	1	3	3	3
	Průměr [%]	Sm. odch. [%]	Min. [%]	Max. [%]	Modus [%]	Medián [%]
	85,19	20,63	33,33	100	100	100

Pozn.: sm.odch. = směrodatná odchylka, min. = minimum, max. = maximum

Tabulka č. 7 zobrazuje úspěšnost dalšího subtestu, a to subtestu *Specifické charakteristiky ADHD*. Tento subtest obsahoval 3 položky. Z tabulky je patrné, že

úspěšnost tohoto testu je vysoká. Někteří respondenti dosahovali i maximálního počtu bodů a žádný z respondentů neměl 0 bodů.

Tabulka č. 8: Deskriptivní charakteristiky subtestu *Přístup pedagogů k žákům s ADHD*

Přístup pedagogů k žákům s ADHD	Průměr	Sm. odch.	Min.	Max.	Modus	Medián
	5,96	1,04	3	8	6	6
	Průměr [%]	Sm. odch. [%]	Min. [%]	Max. [%]	Modus [%]	Medián [%]
	74,54	12,99	37,5	100	75	75

Pozn.: sm.odch. = směrodatná odchylka, min. = minimum, max. = maximum

Tabulka č. 8 popisuje úspěšnost subtestu *Přístup pedagogů k žákům s ADHD*. Subtest obsahoval celkem 8 položek. Z tabulky je zřejmé, že průměrná úspěšnost je vcelku vysoká. Někteří respondenti dosahovali i maximálního počtu bodů. Ani jeden respondent neměl 0 bodů.

Tabulka č. 9: Deskriptivní charakteristiky *Celkového testu*

Celý test	Průměr	Sm. odch.	Min.	Max.	Modus	Medián
	16,92	2,65	10	22	17	17
	Průměr [%]	Sm. odch. [%]	Min. [%]	Max. [%]	Modus [%]	Medián [%]
	73,56	11,52	43,48	95,65	73,91	73,91

Pozn.: sm.odch. = směrodatná odchylka, min. = minimum, max. = maximum

Tabulka č. 9 popisuje úspěšnost celého testu. Jak již bylo uvedeno, znalostní test obsahoval 23 položek. Průměrná úspěšnost je vcelku vysoká, i když žádný z respondentů nedosáhl plného počtu bodů.

Tabulka č. 10: Deskriptivní charakteristiky porovnání jednotlivých subtestů a celkového testu

Porovnání jednotlivých subtestů a celkového testu	Subtest	Průměr [%]	Sm. odch. [%]	Min. [%]	Max. [%]	Modus [%]	Medián [%]
	Symptomy a příznaky ADHD	83	16,33	28,57	100	85,71	85,71
	Léčba ADHD	46,3	34,89	0	100	50	50
	Příčiny ADHD	55,56	27,32	0	100	66,67	66,67
	Specifické charakteristiky ADHD	85,19	20,63	33,33	100	100	100
	Přístup pedagogů k žákům s ADHD	74,54	12,99	37,50	100	75	75
	Celý test	73,56	11,52	43,48	95,65	73,91	73,91

Pozn.: sm.odch. = směrodatná odchylka, min. = minimum, max. = maximum

Poslední tabulka, tabula č. 10, obsahuje pouze relativní skóre jednotlivých subtestů a celého testu. Relativní skóre jsou vhodné pro naše porovnávání, neboť každý subtest obsahuje jiný počet položek. Z tabulky tedy vyplývá, že respondenti nejnižše skórovali v subtestu *Léčba ADHD* (2 položky) a nejvyšše v subtestu *Specifické charakteristiky ADHD* (3 položky). Nízký průměrný relativní skóre je i v subtestu *Příčiny ADHD* (3 položky), druhý nejvyšší průměrný skóre je v subtestu *Symptomy a příznaky ADHD* (7 položek) a průměrný relativní skóre subtestu *Přístup pedagogů k žákům s ADHD* (8 položek) je skoro srovnatelný s průměrným relativním skórem celého testu. Průměrný relativní skóre celého testu je 73,56 %.

7.2.2 Analýza položek znalostního testu

Kromě detailní analýzy jednotlivých subtestů jsme analyzovali úspěšnost jednotlivých položek. Jak již bylo uvedeno, položku č. 24 do analýzy nezahrnujeme, neboť její úspěšnost 100 % byla z důvodu zřejmých distraktorů. Úspěšnosti položek shrnuje následující tabulka:

Tabulka č. 11: Úspěšnost položek

Číslo položky	Subtest	Úspěšnost položky [%]
10	Specifické charakteristiky ADHD	86,67
11	Symptomy a příznaky ADHD	99,26
12	Symptomy a příznaky ADHD	61,48
13	Symptomy a příznaky ADHD	97,04
14	Příčiny ADHD	55,56
15	Příčiny ADHD	43,7
16	Příčiny ADHD	67,41
17	Specifické charakteristiky ADHD	70,37
18	Symptomy a příznaky ADHD	90,37
19	Symptomy a příznaky ADHD	77,78
20	Symptomy a příznaky ADHD	93,33
21	Léčba ADHD	22,22
22	Léčba ADHD	70,37
23	Přístup pedagogů k žákům s ADHD	85,93
25	Přístup pedagogů k žákům s ADHD	40,74
26	Přístup pedagogů k žákům s ADHD	91,85
27	Přístup pedagogů k žákům s ADHD	93,33
28	Přístup pedagogů k žákům s ADHD	31,11

29	Přístup pedagogů k žákům s ADHD	94,81
30	Přístup pedagogů k žákům s ADHD	59,26
31	Přístup pedagogů k žákům s ADHD	99,26
32	Symptomy a příznaky ADHD	61,48
33	Specifické charakteristiky ADHD	98,52

Z tabulky vyplývá, že vysoce úspěšné (nad 90 %) byly položky č. 18, 20, 26, 27, 29, 31 a 33. Položka č. 31 („U dětí s ADHD se nejvíce osvědčuje...“) je výjimečná tím, že správné odpovědi jsou dvě, a to *vizuální styl učení* a *multisenzorický styl učení*. Využití obou stylů je pro žáka s ADHD prospěšné, proto byly uznány obě odpovědi. Odpověď „vizuální styl“ uvedlo 23 respondentů a odpověď *multisenzorický styl* 111 respondentů.

Na druhou stranu, nejméně úspěšné (pod 50 %) byly položky č. 15, 21, 25 a 28. Úspěšnost těchto položek je detailně popsána v následujících tabulkách.

Tabulka č. 12: Chybné odpovědi na položku č. 15

Položka č. 15: Příčinou ADHD může být i poranění hlavy.			
Špatná odpověď	Ne	Nevím	Bez odpovědi
Počet respondentů	34	42	0

Celkový počet respondentů, kteří neodpověděli na položku č. 15 správně, je 76. Z analýzy položky vyplývá, že 34 respondentů má mylné představy o této možné příčině ADHD.

Tabulka č. 13: Chybné odpovědi na položku č. 21

Položka č. 21: Kognitivně-behaviorální terapie se nikdy neosvědčila v léčbě ADHD.			
Špatná odpověď	Ano	Nevím	Bez odpovědi
Počet respondentů	7	98	0

Celkový počet respondentů, kteří neodpověděli na položku č. 21 správně, je 105. Z analýzy položky vyplývá, že 7 respondentů má mylné představy o léčbě ADHD pomocí kognitivně-behaviorální terapie.

Tabulka č. 14: Chybné odpovědi na položku č. 25

Položka č. 25: Pro žáka s ADHD je vhodné...			
Špatná odpověď	pracovat na více úkolech a dělat mezi nimi přestávky	pracovat celou hodinu na jednom úkolu bez přestávek	Bez odpovědi
Počet respondentů	79	0	1

Celkový počet respondentů, kteří neodpověděli na položku č. 25 správně, je 80. Z analýzy položky je patrné, že téměř všichni respondenti odpověděli špatně odpovědí *pracovat na více úkolech a dělat mezi nimi přestávky*.

Tabulka č. 15: Chybné odpovědi na položku č. 28

Položka č. 28: Třída, ve které probíhá výuka, by pro žáka s ADHD měla být...			
Špatná odpověď	Hodně podnětná	Nezáleží na tom	Bez odpovědi
Počet respondentů	77	10	6

Celkový počet respondentů, kteří odpověděli na položku č. 28 špatně, je 83. Z analýzy položky vyplývá, že nejvíce zastoupená špatná odpověď je odpověď *hodně podnětná*.

7.2.3 Analýza položek doporučených přístupů

Jak již bylo uvedeno, v dotazníku v části C jsme se ptali na to, jak často pedagogové využívají různé přístupy k dětem s ADHD. Znění položek je uvedeno v dotazníku vlastní konstrukce v příloze 5. Následující tabulka obsahuje čísla položek doporučených přístupů a jejich relativní četnosti.

Tabulka č. 16: Deskriptivní charakteristiky doporučených přístupů

Číslo položky	Modus	Průměr
34	Vždy	4,07
35	Nikdy	1,45
36	Vždy	4,44

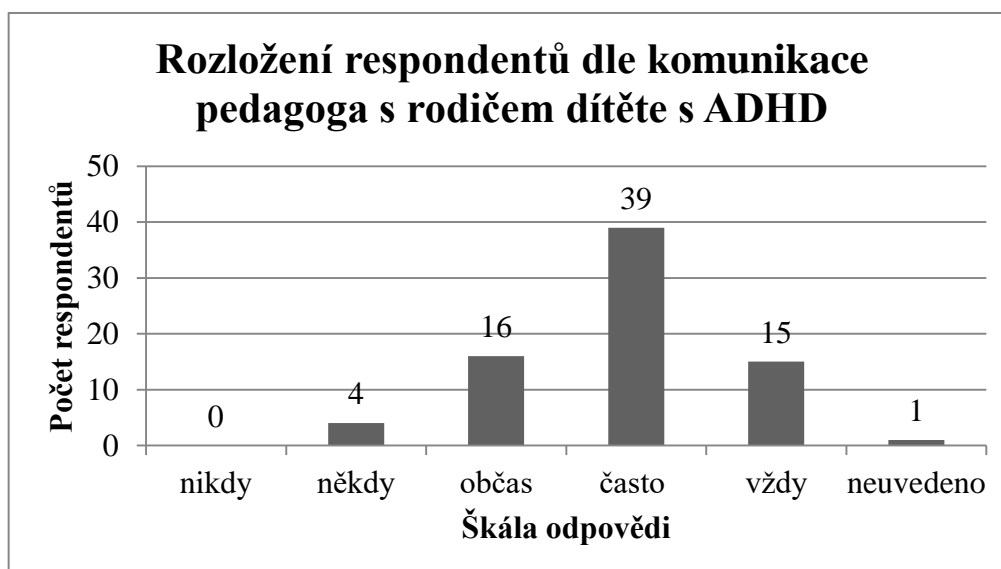
38	Často	3,4
39	Vždy	4
40	Často	3,48
41	Občas	3,03
42	Někdy	2,31
43	Často	3,29

Z tabulky č. 17 vyplývá, že respondenti v současné době nejvíce využívají přístupu ověřování si porozumění pokynů (položka č. 36). Nejméně v hodinách používají různé časovače, které dětem slouží k upozornění na změny (položka č. 35). Celkově však můžeme konstatovat, že kromě dvou případů doporučení (použití časovačů a využívání relaxačních technik) využívají ostatní přístupy v průměru častěji.

7.2.4 Analýza dalších položek

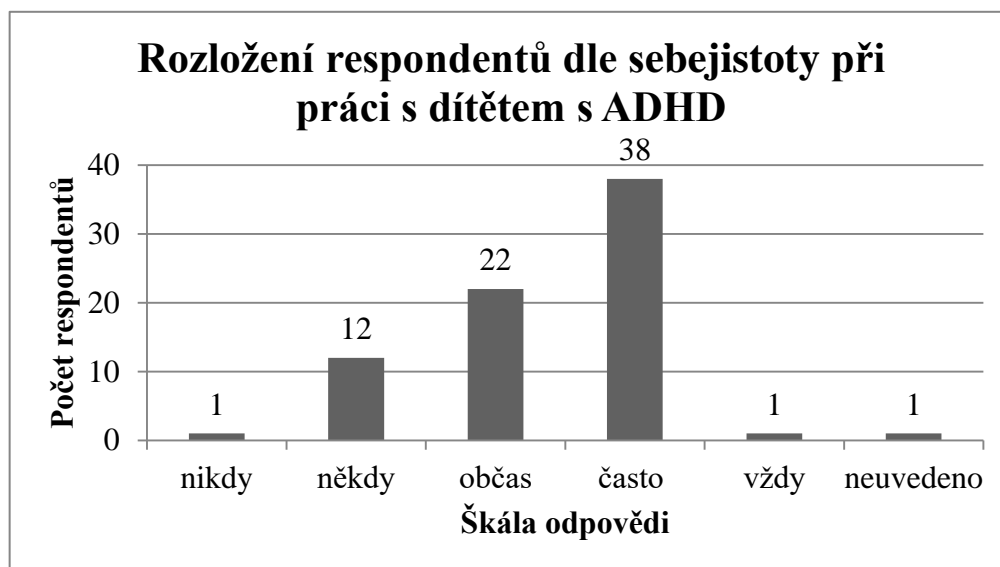
V našem dotazníku jsou 3 položky, které jsme do statických hypotéz nezahrnuli. Tyto položky nám umožňují zjistit doplňující informace, které považujeme za důležité a zajímavé. Následující grafy obsahují četnosti odpovědí na tyto položky. Jedná se o položky č. 44, 45 a 50.

Graf č. 8: Sloupcový graf rozložení respondentů dle četnosti komunikace pedagoga s rodičem dítěte s ADHD o jeho chování a práci ve škole (položka č. 44)



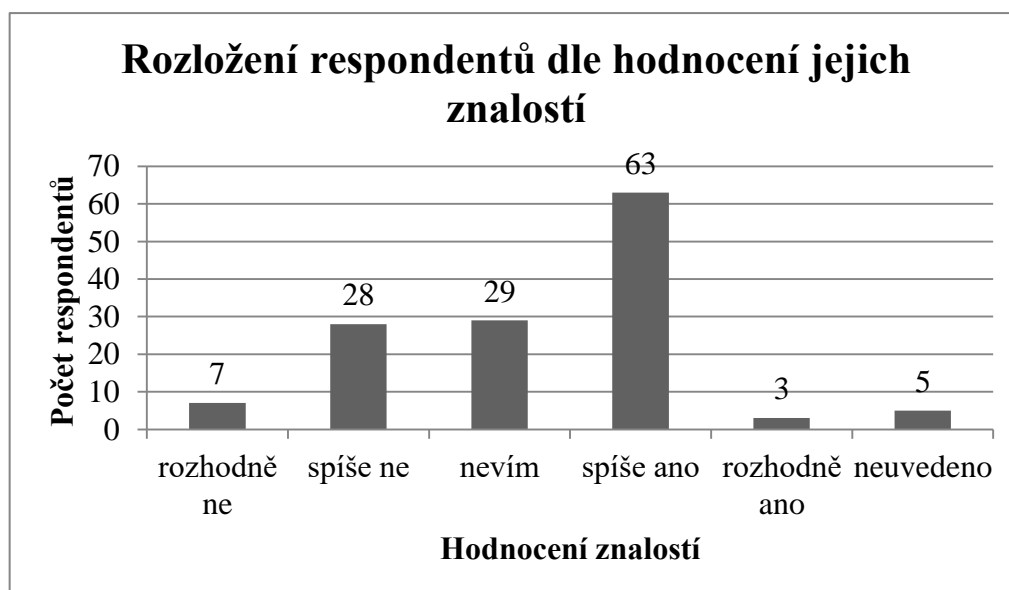
Z grafu č. 8 vyplývá, že pedagogové o chování dítěte a jeho práci ve škole *často* komunikují s jeho rodiči. Ani jeden respondent nevedl, že by *nikdy* s rodičem o dítěti s ADHD nekomunikoval.

Graf č. 9: Sloupcový graf rozložení respondentů dle jejich jistoty v krocích při práci s žákem s ADHD (položka č. 45)



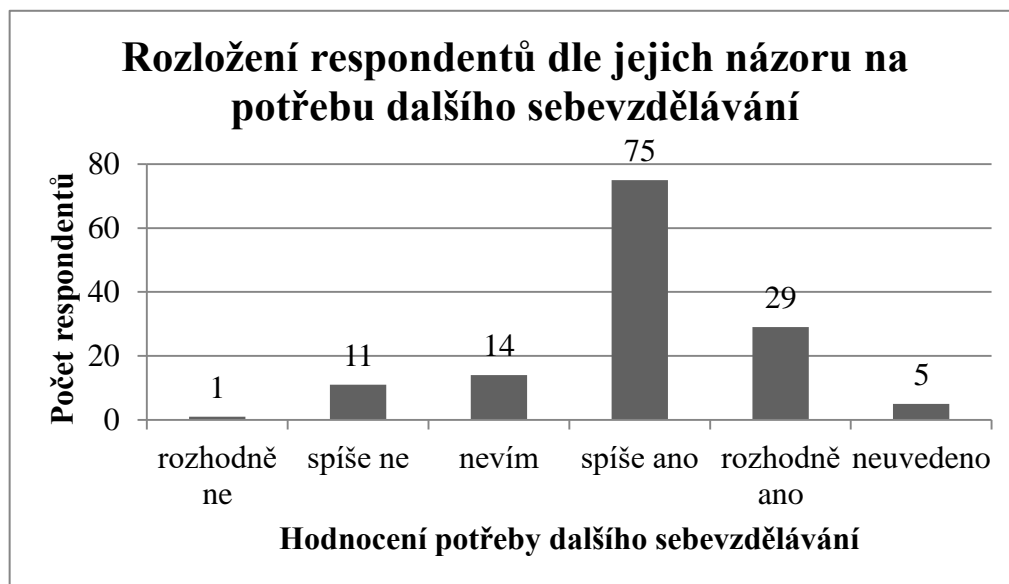
Graf č. 9 znázorňuje, že přes polovinu respondentů uvedlo, že si jsou *často* jistí ve všech krocích při práci s žákem s ADHD. Minimální avšak stejné procento respondentů uvedlo odpověď *nikdy* a *vždy*.

Graf č. 10: Sloupcový graf rozložení respondentů dle hodnocení jejich znalostí



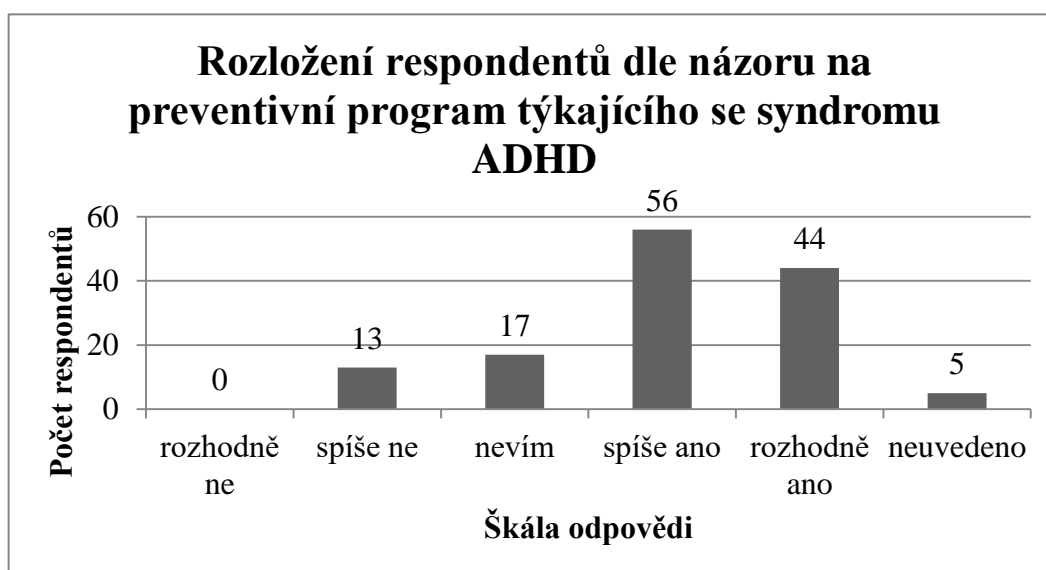
Z grafu č. 10 je patrné, že téměř polovina respondentů uvedla, že své znalosti o ADHD považují za *spíše* dostačující. Odpovědi *spíše ne* a *nevím* uvedl skoro stejný počet respondentů.

Graf č. 11: Sloupcový graf rozložení respondentů dle potřeby dalšího sebevzdělávání v oblasti ADHD



Z grafu č. 11 je zřejmé, že více jak polovina respondentů uvedla, že by se *spíše* chtěla více dozvědět o syndromu ADHD a způsobech práce s dětmi s tímto syndromem. Přibližně jedna pětina respondentů by *rozhodně* ocenila další sebevzdělávání.

Graf č. 12: Sloupcový graf rozložení respondentů dle jejich názoru na preventivní program týkajícího se žáků s ADHD pro učitele (položka č. 50)



Z grafu č. 12 vyplývá, že většina respondentů by byla *spíše* pro to, aby všechny školy prošly preventivními programy pro pedagogy, které by osvětlily problematiku ADHD u dětí. Druhá nejvíce zastoupená odpověď respondentů byla odpověď *rozhodně ano*.

7.2.5 Analýza položek s otevřenou odpovědí

V našem dotazníku se objevily dvě položky s otevřenou odpovědí. Jedná se o položky č. 46 a 47. Položka č. 46 se týká metod a přístupů k žákům s ADHD, které pedagogové využívají a položka č. 47 pomůcek, které pedagogové v práci se žáky s ADHD používají. Odpovědi respondentů s jejich četnostmi uvádíme v tabulkách níže.

1. Analýza položky č. 46

Na položku č. 46 odpovědělo 22 respondentů, kteří uvedli několik metod a přístupů k dětem s ADHD, které v hodinách využívají. Přístupy s jejich četnostmi jsou uvedeny v následující tabulce:

Tabulka č. 17: Kategorie přístupů pedagogů s jejich četnostmi

Specifické metody a přístupy	Četnost
aktivizující metody	8
individuální přístup	4
zjednodušení úkolů	3
tolerance pomalejšího tempa	3
pohyb	3
názornost	2
oční kontakt a dotek	2
metody k uvolnění napětí	2
relaxační metody	2
motivace	2
odměny	2
vlastní osvědčené metody	1
ústní projev na úkor písemnému	1
spravedlivý přístup	1
grafomotorické cvičení	1
mnemotechnické pomůcky	1
signalizace	1
reedukace	1
pomoc učitelce	1

Z tabulky č. 17 je patrné, že respondenti nejvíce uváděli aktivizující metody. Zároveň se snaží k žákům individuálně přistupovat a tolerují jejich tempo, kterému přizpůsobují úkoly. Pedagogové se také snaží do výuky zahrnovat různé pohybové aktivity.

2. Analýza položky č. 47

Na položku č. 47 odpovědělo 37 respondentů. Jedná se o položku mapující používání různých pomůcek. Pomůcky s jejich četnostmi jsou uvedeny v následující tabulce:

Tabulka č. 18: Kategorie pomůcek s jejich četnostmi

Pomůcky	Četnost
tabulky s přehledy	25
relaxační míčky	7
obrázky	7
počítačové programy	5
kartičky	4
upozornění (zvuková, světelná)	4
kostky	3
interaktivní tabule	3
číselné osy	3
skákací míče	2
kroužky	2
manipulační pomůcky v matematice	2
pomůcky pro podporu vnímání sluchem	2
hotové zápisy	1
stojánek na psací potřeby	1
puzzle	1
pomůcky doporučené poradnou	1
grafy	1
diář na úkoly	1
sešit s gramatickými pravidly	1
vlastnoručně vyrobené pomůcky	1
žvýkačka	1
pracovní listy	1

Z tabulky č. 18 vyplývá, že respondenti hojně využívají různé tabulky s přehledy. Dále také žákům umožňují ve výuce používat relaxační míčky a místo klasické výuky

mohou žáci využívat různé počítačové programy. K větší názornosti používají různé obrázky a kartičky a k upozornění na změny využívají různá světelná či zvuková upozornění.

8 DISKUZE

Následující kapitola se věnuje výsledkům výzkumné části bakalářské práce, limitům práce a doporučením pro další výzkumy na toto téma.

Naším hlavním cílem bylo zjistit informovanost pedagogů o syndromu ADHD a specifikách přístupu k těmto dětem a také nás zajímalo, jak často pedagogové využívají v práci se žáky s ADHD doporučené přístupy.

Před popisem výsledků statistických hypotéz se nejprve pozastavíme nad výsledky znalostního testu. Náš znalostní test (v dotazníku část A a B) obsahoval 24 otázek. Položka č. 24 byla z dotazníku vyřazena, neboť obsahovala zřejmé distraktory. Znalostní test vyplňovali všichni respondenti (N = 135).

Znalostní část obsahovala 5 subtestů, a to *Symptomy a příznaky ADHD*, *Léčba ADHD*, *Příčiny ADHD*, *Specifické charakteristiky ADHD* a *Přístup pedagogů k žákům s ADHD*. Z analýzy těchto subtestů vyplynulo, že respondenti nejnižší skórovali v subtestu *Léčba ADHD* a nejvíce v subtestu *Specifické charakteristiky ADHD*. Vzestupné pořadí skóre subtestů bylo: *Léčba ADHD*, *Příčiny ADHD*, *Přístup pedagogů k žákům s ADHD*, *Symptomy a příznaky ADHD* a *Specifické charakteristiky ADHD*. Průměrná úspěšnost se v subtestech *Specifické charakteristiky ADHD* a *Symptomy a příznaky ADHD* lišila přibližně o 2 %. Podobných výsledků dosáhly i předchozí studie, které došly k závěru, že pedagogové jsou nejvíce informováni o symptomech (Sciutto et al., 2000; Michalová & Pešatová, 2015). Nicméně i když jsou pedagogové obvykle seznámeni se symptomy ADHD, mohou mít potíže při jejich identifikaci u konkrétního žáka (Guerra & Brown, 2012). K vysokému průměrnému skóru v subtestu *Specifické charakteristiky ADHD* zřejmě přispěla položka č. 33, kterou zodpověděli skoro všichni respondenti správně. Nicméně, každý subtest obsahoval odlišný počet položek, tudíž mohou být tyto závěry zkreslené.

Průměrná úspěšnost celého testu byla vysoká, konkrétně se jednalo o 73,56 %. Úspěšnost se podobá zjištěním Jeromea et al. (1994), kteří uvedli průměrnou znalost 77,5 %. Sciutto et al. (2000) ve své studii uvedli průměrnou úspěšnost 47,8 % a o 4 roky později s použitím stejného dotazníku Kos et al. (2004) zjistili průměrnou znalost pedagogů 60,7 %.

Analýza jednotlivých položek přinesla zjištění, že u 4 položek byla úspěšnost pod 50 %. Položka č. 15 ze subtestu *Příčiny ADHD* byla především pro respondenty neznámá. Její malá úspěšnost může vyplývat i z předešlých zjištění, která podporují fakt, že pedagogové mají nízké znalosti z oblasti příčin syndromu ADHD (Ohan et al., 2008). Položka č. 21 ze subtestu *Léčba ADHD* také potvrzuje výsledky z předešlého výzkumu, který zjistil nízkou informovanost pedagogů v oblasti léčby (Sciutto et al., 2000). Naše položka byla zároveň ztížena dvojitým záporem, který mohl respondenty zmást. Přikláníme se však spíše k faktu, že respondenti o této možnosti léčby nevědí, neboť většina z nich tak odpovídala.

Položka č. 25 ze subtestu *Přístup pedagogů k žákům s ADHD* byla rovněž pro pedagogy problematická. Jucovičová a Žáčková (2010) uvádějí, že střídání činností ovlivňují hyperaktivitu dítěte a pomáhají mu v soustředění se. Nicméně neurologické studie uvádějí, že jedinci s ADHD mají potíže s přepínáním pozornosti mezi činnostmi, přičemž za tyto potíže jsou zodpovědné neuroanatomické změny mozečku (Riva & Giorgi 2000; Koziol et al. 2014, in Goetz, 2014). Místo střídání činností je tedy nutné při dané činnosti či aktivitě žáka s ADHD neustále motivovat s cílem obnovit jeho schopnost soustředit se (Goetz, 2014).

Poslední položka, která byla pro pedagogy obtížná, byla položka č. 28 ze subtestu *Přístup pedagogů k žákům s ADHD*. DSM-5 popisuje, že děti s ADHD se snadno rozptýlí vnějšími podněty (APA, 2015). Položka však může být spekulativní v tom, že místo správné odpovědi *málo podnětná* jsme mohli zvolit odpověď *méně podnětná*. Zároveň pedagogové možná nepochopili, na co se konkrétně ptáme, tedy že jde o to, že příliš rušivých podnětů ve třídě žáka s ADHD rozptyluje.

Položky č. 25 a č. 28 přinesly nová zjištění. Z odpovědí pedagogů vyplývá, že mají nedostatek informací o projevech poruchy pozornosti, která je typická pro ADHD. Domníváme se, že respondenti mohou mít informace, které nejsou položené na vědeckém základě. Respondenti obecně vědí, že žáci s ADHD mají poruchu pozornosti, nicméně mají mylné představy o adekvátním přístupu k těmto žákům.

Část C týkající se doporučených přístupů k žákům s ADHD a dalších doplňujících položek obsahovala 14 položek. Položka č. 37 byla z dotazníku vyřazena, neboť byla dvouhlavňová. Tuto část vyplňovalo pouze 75 respondentů.

Při analýze doporučených přístupů jsme zjistili, že až na dvě výjimky pedagogové v průměru od 3,03 (*občas*) až 4,44 (*často*) využívají tyto přístupy. Respondenti nejvíce využívají přístupu ověřování si porozumění pokynů a nejméně v hodinách používají různé časovače, které dětem slouží k upozornění na změny, a různé relaxační techniky. Je zřejmé, že použití časovače je problematické, neboť pedagogové nemusí mít vhodné prostředky. Zároveň využívání relaxačních technik v hodinách by mohlo být pro pedagogy překážkou, neboť na ně nemusí mít čas nebo dostatek prostoru.

Doporučených přístupů je však mnoho a pedagogové mohou využívat i jiné, proto jsme se zajímali i o metody a pomůcky, které využívají oni sami. Ne všichni nám však na tyto položky odpověděli. Na specifické metody odpovědělo 22 respondentů a 37 respondentů uvedlo pomůcky, které v hodinách používají. Domníváme se, že respondenti neodpovídali z toho důvodu, že jiné než uvedené přístupy nevyužívají nebo byli málo motivováni k popisu jednotlivých metod a pomůcek. Z jejich odpovědí však vyplývá, že nejčastěji do své výuky zahrnují aktivizující metody. Domníváme se, že aktivizující metody pedagogové volí z toho důvodu, že do aktivit je zapojena celá třída a žáci provádějí aktivity sami. Tyto metody podporují individuální přístup k žákům a vybízejí k pohybu. Individuální přístup a pohyb jsou rovněž zastoupené přístupy, které naši respondenti uváděli. Z pomůcek jsou pak hojně využívané tabulky s přehledy a relaxační míčky. Někteří mají dokonce možnost využívat interaktivní tabule či počítače a tablety s různými výukovými programy.

Z dalších analýz z části C jsme zjistili, že lehce přes polovinu respondentů uvedlo, že *často* komunikují s rodičem dítěte s ADHD o jeho chování a práci ve škole. Toto zjištění nás mile překvapilo, neboť komunikace mezi školou a rodiči či zákonnými zástupci je důležitá. Přes polovinu respondentů zároveň uvedlo, že si jsou *často* jistí ve všech krocích, které ve své výuce s žákem s ADHD využívají. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí byla odpověď *občas*. Ačkoliv jsme hypotézu týkající se souvislosti mezi znalostmi a sebestjoty statisticky nevyhodnocovali, z předchozí studie Ohana et al. (2008) vyplývá, že učitelé s průměrnou a vyšší znalostí si méně důvěřují v práci s dětmi s ADHD ve škole, než učitelé s nižší znalostí. 1 respondent neuvedl odpověď na tyto 2 položky.

Část D obsahovala 3 položky týkající se názorů respondentů na problematiku ADHD u dětí. Tuto část vyplňovali všichni respondenti (N = 135), nicméně 5 odpovědí chybělo, nejspíše z toho důvodu, že část D byla na konci dotazníku a respondenti si jí nevšimli. Téměř polovina respondentů hodnotila své znalosti za *spíše* dostačující. Zároveň

více jak polovina respondentů uvedla, že by se *spíše* ráda o syndromu ADHD dozvěděla více. Sebehodnocení a potřebu dalšího sebevzdělávání v souvislosti s výsledkem znalostního testu jsme také následně testovali na základě statistických hypotéz (viz níže). Mnoho respondentů by také *spíše* ocenilo, aby školy prošly preventivními programy pro učitele, které by poukázaly na problematiku ADHD. Z těchto zjištění můžeme konstatovat, že ačkoliv se pedagogové snaží s rodiči dítěte s ADHD komunikovat, jsou si jistí v práci s nimi a své znalosti považují za skoro dostačující, rádi by se v problematice ADHD více vzdělávali.

Co se týče testování statistických hypotéz, testovali jsme 6 hypotéz. Hypotézy vycházely z předešlých zjištění a odborné literatury. Testovali jsme celkovou znalost pedagogů v souvislosti se sociodemografickými a jinými údaji a doporučenými přístupy. Konkrétně se jednalo o stupeň, na kterém pedagogové vyučují, o to, zda učí (ve své, jiné či ve své i jiné třídě) či neučí žáka s ADHD, o délku pedagogické praxe, o hodnocení svých znalostí a potřebě dalšího sebevzdělávání a o souvislost mezi znalostmi a doporučenými postupy. Z počátku jsme chtěli zjišťovat znalosti pedagogů v souvislosti s dosaženým pedagogickým vzděláním, avšak z důvodu převahy magisterského vzdělání nebylo vhodné takovou hypotézu testovat. Zároveň jsme nemohli otestovat hypotézu znalosti pedagogů v souvislosti se zdrojem znalostí o ADHD. Usoudili jsme, že položka týkající se zdroje znalostí je nevalidní, neboť si respondenti nemusí přesně pamatovat, odkud se poprvé o ADHD dozvěděli. Stejný problém jsme řešili u položky se zkušenostmi pedagogů s žákem s ADHD. Mnoho z respondentů nedokázalo uvést přesné číslo žáků s ADHD, se kterými se setkali, proto jsme se rozhodli netestovat hypotézu o znalostech pedagogů v souvislosti s předešlými zkušenostmi pedagogů s žáky s ADHD.

Jak již bylo řečeno, testovali jsme 6 hypotéz. 4 hypotézy jsme nepřijali a 2 přijali. Hypotéza H1 nebyla přijata. Výzkum Baudyšové (2010) poukázal na statisticky nevýznamný rozdíl mezi skupinami pedagogů, i když pedagogové prvního stupně skórovali v testu o něco výše než pedagogové druhého stupně. V našem případě rovněž pedagogové na prvním stupni skórovali o něco výše, nicméně rozdíl mezi skupinami nebyl statisticky významný.

Hypotéza H2 nebyla rovněž přijata. Studie Youssefa et al. (2015) či studie Sciutta et al. (2000) potvrdily, že předchozí zkušenosti pedagogů s žákem s ADHD mají signifikantní vliv na jejich znalosti. Z těchto závěrů jsme tak předpokládali, že znalosti

díky zkušenosti pedagoga s žákem s ADHD v současné době se budou lišit od znalostí pedagogů bez současné zkušenosti.

Předešlé výzkumy potvrzují, že délka pedagogické praxe souvisí se znalostmi pedagogů o ADHD (Jerome et al., 1994; Veber, 2000; Sciutto et al., 2000). V našem případě jsme však hypotézu H3 nepřijali. Signifikantní vztah však nebyl nalezen ani ve studii Kosa et al. (2004). Je tedy zřejmé, že neexistují jednoznačné závěry o souvislosti mezi délkou pedagogické praxe a znalostmi pedagogů o ADHD.

Hypotézu, kterou jsme však přijali, je hypotéza H4. Ta byla přijata i ve výzkumu Michalové a Pešatové (2015). Co však tyto autorky nepřijaly, je hypotéza H5. Tuto hypotézu jsme ani my nepřijali. Zajímavé je, že nám vyšla, ačkoliv velmi slabá, pozitivní závislost mezi potřebou dalšího sebevzdělávání týkajícího se ADHD a výsledkem znalostního testu. Očekávali jsme totiž, že respondenti s nízkými znalostmi budou o dalším sebevzdělávání uvažovat více.

Poslední hypotéza, hypotéza H6, byla přijata. Znalosti učitelů mohou totiž ovlivnit jejich interakci a vzdělávání žáků s ADHD a díky pochopení těchto žáků k nim mohou lépe přistupovat (Holz & Lessing, 2002).

Limitace výzkumu a doporučení do budoucna:

V některých částech výzkumu už některé limity zazněly. Zde je shrneme a na základě nich popíšeme různá doporučení pro další výzkumy v této oblasti.

Domníváme se, že při větším souboru by možná více analýz dosáhlo signifikace. I tak si však myslíme, že náš soubor byl v celku velký, neboť se jednalo pouze o třídní učitele Libereckého kraje. Liberecký kraj byl zvolen z důvodu dosažitelnosti populace a také kvůli tomu, že dotazníky byly v tištěné podobě a autorka mohla osobně navštívit školy, které pro ni nebyly tak vzdálené. Navíc jsme se snažili kontaktovat všechny školy podle výše zmíněných kritérií daného kraje, avšak ochota spolupracovat byla ze strany škol nízká.

Druhým limitem byla nedokonalost dotazníku. Jak již bylo uvedeno, 2 položky jsme byli nuceni vyřadit. Položku č. 24 jsme vyřadili z důvodu zřejmých distraktorů a položka č. 37 byla dvouhlavňová. Zároveň část C mapující četnost doporučených postupů mohla být více specifikována. Zaměřili jsme se pouze na využívání doporučených přístupů v „současné době“, což pro respondenty mohl být široký pojem. Četnost přístupů (od *nikdy*

po *vždy*) také mohla být nahrazena Likertovou škálou od *rozhodně ne* po *rozhodně ano*. Obecně totiž každý chápe tyto časové pojmy trochu jinak. Zároveň jsme narazili na lingvistickou chybu a to na podobnost mezi „někdy“ a „občas“. Tyto výrazy však byly v dotazníku odstupňovány číslicí, tudíž bylo zřejmé, která četnost je nižší. Při kontrole odpovědí respondenti odpovídali na celé škále, tudíž jsme usoudili, že rozdíl pochopili. Myslíme si, že náš dotazník byl až na tyto drobné chyby dobře zpracovaný. Snažili jsme se vytvořit adekvátní počet položek, aby respondenti nebyli zahlceni a byli motivováni nám dotazník vyplnit. Zařadili jsme také různé typy odpovědí, aby dotazník nebyl jednotvárný a byl pro respondenty atraktivní.

Z limitů práce tedy plynou různá doporučení. Bylo by vhodné vytvořit standardizovaný dotazník pro českou populaci, neboť hojně používaný dotazník KADDS, i přes jeho vysokou reliabilitu, vychází z DSM-IV, který už v současné době neplatí. Při tvorbě vlastních dotazníků doporučujeme důkladnější kontrolu položek a zamyšlení se nad jinými alternativami odpovědí. Za vhodné také považujeme detailněji probádat, zda a jaké specifické přístupy k dětem s ADHD pedagogové ve své výuce využívají.

9 ZÁVĚR

Naše práce si kladla dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit informovanost pedagogů o syndromu ADHD a specifikách přístupu k těmto dětem v souvislosti s některými sociodemografickými údaji, hodnocením vlastních znalostí a potřebou dalšího sebevzdělávání. Zároveň jsme se zaměřili na jednotlivé položky a subtesty a zjišťovali jsme jejich úspěšnost.

Byla nalezena signifikantní korelace mezi hodnocením vlastních znalostí a výsledkem znalostního testu. Zároveň nebyla nalezena signifikantní souvislost mezi stupněm, na kterém pedagogové vyučují nebo tím, zda pedagogové učí či neučí žáka s ADHD a výsledkem znalostního testu. Také nebyla nalezena signifikantní korelace mezi délkou pedagogické praxe nebo potřebou dalšího sebevzdělávání a výsledkem testu.

Z analýzy subtestů vyplynulo, že respondenti nejnižší skórovali v subtestu *Léčba ADHD* a nejvyšší v subtestu *Specifické charakteristiky ADHD*. Co se týče jednotlivých položek, nejnižší skórovali (úspěšnost pod 50 %) u 4 položek ze subtestu *Příčiny ADHD*, *Léčba ADHD*, *Přístup pedagogů k žákům s ADHD*.

Druhým cílem bylo zjistit, jak často pedagogové využívají různé přístupy k žákům s ADHD a v jakém vztahu jsou tyto přístupy k celkové informovanosti pedagogů o ADHD. Průměrně pedagogové nejvíce využívají přístupu ověřování si porozumění pokynů a nejméně používají různé časovače, které dětem slouží k upozornění na změny. Při testování statistické hypotézy byla nalezena pozitivní signifikantní korelace mezi výsledkem znalostního testu a četností doporučených přístupů.

10 SOUHRN

Předmětem této bakalářské práce byla informovanost pedagogů o syndromu ADHD u dětí a specifikách přístupu k těmto dětem. Syndrom ADHD je v současné době jedním z nejvíce diagnostikovaných syndromů u dětí (Rowland et al., 2002). ADHD je neurovývojová porucha, jejímiž hlavními symptomy jsou porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Projevuje se již od raného dětství a postihuje přibližně 5 % dětí (APA, 2015).

V teoretické části byl popsán syndrom ADHD, jeho diagnostika, epidemiologie, průběh a prognóza, etiologie a léčba. Stěžejní byl i popis inkluzivního vzdělávání žáků s ADHD, poradenských a preventivních služeb, projevů ADHD ve školním prostředí a doporučeních pro učitele při práci s těmito žáky. Důraz byl kladen i na výzkumy informovanosti pedagogů o ADHD.

Pedagog, který žáka s ADHD vyučuje, by měl mít celkový přehled o tomto syndromu a specifikách přístupu k žákovi. Při výkonu jeho profese jsou nezbytné jeho znalosti z oblasti pedagogické diagnostiky, patopsychologie a sociální psychologie (Dytrtová, 2009). Učitelé na základě znalostí z diagnostiky mohou lehce rozpoznat projevy ADHD a díky ní také přispět k včasné pomoci těmto žákům (Vágnerová, 2005). Zároveň díky porozumění projevům ADHD pak mohou zlepšit vzdělávání těchto žáků a mohou k nim lépe přistupovat (Holz & Lessing, 2002).

Informovanost pedagogů o syndromu ADHD u dětí a specifikách přístupu k těmto dětem bylo právě to, co jsme mapovali v našem výzkumu. Jednalo se o kvantitativní výzkum, konkrétně deskriptivní (explorační) studii. Náš výzkumný soubor obsahoval 135 pedagogů základních škol Libereckého kraje, kteří byli do výzkumu zařazeni v první vlně kontaktování metodou totálního výběru a při další vlně jsme kontaktovali školy nám nejbližší dostupné. Oslovování respondentů probíhalo přes e-mail, telefonicky či osobně.

Metodou získávání dat byl dotazník vlastní konstrukce (v papírové podobě), který byl inspirován již existujícím dotazníkem KADDS (Sciutto et al., 2000). Dotazník obsahoval 4 části (A, B, C a D). Znalostní test byl zahrnut do prvních dvou částí, 3. část mapovala četnost využívání doporučených přístupů a 4. část se věnovala názorům pedagogů na problematiku syndromu ADHD. Všechny části vyplňovali ti respondenti, kteří v současné době vyučují žáka s ADHD (N = 75). Ostatní vyplňovali pouze části A, B

a D. Dotazník obsahoval celkem 50 položek, z nichž 3 položky byly s volnou odpovědí a 2 otázky byly otevřené. Vyplnění dotazníku trvalo přibližně 25 minut. Sběr dat probíhal od září 2019 do ledna 2020.

Naše práce si kladla dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké znalosti mají pedagogové o syndromu ADHD u dětí a specifikách přístupu k těmto dětem. Zjišťovali jsme úspěšnost položek a subtestů a také to, jak informovanost pedagogů souvisí se sociodemografickými a jinými údaji. Ve druhém cíli jsme se zaměřili na to, jak často pedagogové využívají různé přístupy k žákům s ADHD a v jakém vztahu jsou tyto přístupy k celkové informovanosti pedagogů o ADHD. Z jednotlivých analýz jsme vyřadili položku č. 24, neboť byla příliš jednoduchá z důvodu zřejmých distraktorů. Vyřazena byla i položka č. 37, která byla dvouhlavňová.

Jak již bylo uvedeno, náš soubor obsahoval 135 respondentů. Průměrný věk respondentů byl 45,77 a převážnou většinu tvořily ženy. Nejvíce respondentů mělo magisterský titul a učilo na prvním stupni základní školy. Délka pedagogické praxe byla v průměru 20,59 let. Respondenti nejčastěji uváděli, že se o syndromu ADHD dozvěděli již při studiu a během své pedagogické praxe se nejčastěji setkali s 1-9 žáky s ADHD. Většina respondentů také v současné době učí žáka s ADHD a to jak ve své, tak i jiné třídě.

Co se týče výsledků znalostního testu, průměrná úspěšnost byla 73,56 %. V návaznosti na předchozí studii Sciutta et al. (2000) jsme rozdělili náš test do 5 subtestů: *Symptomy a příznaky ADHD*, *Léčba ADHD*, *Příčiny ADHD*, *Specifické charakteristiky ADHD* a *Přístup pedagogů k žákům s ADHD*. Bylo zjištěno, že respondenti nejnižší skórovali v subtestu *Léčba ADHD* a nejvíce v subtestu *Specifické charakteristiky ADHD*. Skoro totožná byla i úspěšnost v subtestu *Symptomy a příznaky ADHD*. Z analýzy jednotlivých položek jsme zároveň zjistili, že respondenti u 4 položek (č. 15, 21, 25 a 28) skórovali pod 50 %.

Nízký skór u položek č. 15 a č. 21 vyplývá ze zjištění z předešlých studií, tedy že respondenti mají nedostatek znalostí z oblasti příčin a léčby ADHD. Naše práce však přinesla nové zjištění a to, že v případě položek č. 25 a č. 28 mají respondenti mizivé informace o přístupech k žákům s ADHD týkajících se projevů poruch pozornosti. Z jejich odpovědí vyplynulo, že informace, které mají, se tak zdají být vědecky nepodložené.

Při zjišťování, jaké doporučené přístupy k žákům s ADHD v současné době pedagogové využívají nejčastěji a méně často, jsme došli k závěru, že respondenti nejvíce

využívají přístupu ověřování si porozumění pokynů. Nejméně v hodinách používají různé časovače, které dětem slouží k upozornění na změny.

Kromě našich uvedených doporučených přístupů jsme se zajímali i o jiné metody a pomůcky, které využívají pedagogové sami. Na tyto položky však neodpověděli všichni respondenti. Z jejich odpovědí ale vyplývá, že nejčastěji do své výuky zahrnují aktivizující metody a využívají takových metod, aby k žákovi přistupovali individuálně a s ohledem na jeho potřeby. Z pomůcek hojně využívají tabulky s přehledy a relaxační míčky.

Co se týče dalších analýz, přes polovinu respondentů uvedlo, že *často* komunikují s rodičem dítěte s ADHD o jeho chování a práci ve škole a jsou si *často* jistí ve všech krocích, které ve své výuce s žákem s ADHD využívají. Téměř polovina respondentů hodnotila své znalosti za *spíše* dostačující. Více jak polovina respondentů pak uvedla, že by se *spíše* ráda o syndromu ADHD dozvěděla více. Mnoho z nich by také *spíše* ocenilo, aby školy prošly preventivními programy pro učitele, které by poukázaly na problematiku ADHD.

Pro ověřování statistických hypotéz jsme použili program STATISTICA 13 a z důvodu porušení normality jsme pro výpočty zvolili neparametrické testy.

Stanovili jsme 6 hypotéz:

- **H1:** Výsledek znalostního testu souvisí s tím, na jakém stupni pedagogové vyučují.
- **H2:** Výsledek znalostního testu souvisí s tím, zda pedagogové v současné době učí žáka s ADHD.
- **H3:** Výsledek znalostního testu pozitivně koreluje s délkou pedagogické praxe.
- **H4:** Výsledek znalostního testu pozitivně koreluje s tím, jak pedagogové hodnotí své znalosti.
- **H5:** Výsledek znalostního testu negativně koreluje s tím, jak pedagogové vnímají potřebu dalšího sebevzdělávání.
- **H6:** Četnost doporučených přístupů pozitivně koreluje s výsledkem znalostního testu.

Na základě p- hodnoty jsme přijali hypotézy H4 a H6. Ostatní hypotézy jsme nepřijali.

Hlavním limitem naší práce byla nedokonalost dotazníku vlastní konstrukce. U části C jsme nezvolili adekvátní typ odpovědí na položky a využívání doporučených přístupů k dětem s ADHD bylo nevhodně časově ohraničeno. Do budoucna bychom tedy doporučili se těmto nedostatkům vyhnout a vytvořit kvalitní dotazník, který by vycházel ze současných poznatků o syndromu ADHD. Také bychom doporučili prozkoumat více praktické využití doporučených přístupů k žákům s ADHD.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- 1) Adi-Japha, E., Landau, Y., Frenkel, L., Teicher, M., Gross-Tsur, V., & Shalev, R. (2007). ADHD and Dysgraphia: Underlying Mechanisms. *Cortex*, 43, 700–709. Získáno 6. prosince 2019 z https://www.academia.edu/20712168/ADHD_and_Dysgraphia_Underlying_Mechanisms
- 2) American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- 3) Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3. vyd.). New York: The Guilford Press. Získáno 15. listopadu 2019 z <https://aws.amazon.com/s3/>
- 4) Barvíková, J. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sluchového postižení nebo oslabení sluchového vnímání: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 5) Baudyšová, E. (2010). *Informovanost pedagogů o poruchách chování* (Diplomová práce). Získáno 18. března 2020 z https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/6428/bc_17493.pdf?sequence=1
- 6) Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., ... Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 150(12), 1792–1798. doi: 10.1176/ajp.150.12.1792
- 7) Borg, S. (2009). ADHD and problem-solving in play. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 14(4), 325–336. doi:10.1080/13632750903303161
- 8) Butulová, A. (2015). *Problematika compliance u klientů s ADHD* (Diplomová práce). Získáno 15. února 2020 z <https://theses.cz/>

- 9) Cahová, P., Pejčochová, J., & Ošlejšková, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie pro praxi*. 11(6), 373–377. Získáno 6. října 2019 z <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2010/06/04.pdf>
- 10) Carlson, C. L., Mann, M., & Alexander, D. K. (2000). Effects of Reward and Response Cost on the Performance and Motivation of Children with ADHD. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 87–98. doi:10.1023/a:1005455009154
- 11) Čáp, J., & Mareš, J. (2007). *Psychologie pro učitele* (2. vyd.). Praha: Portál.
- 12) Daley, D., & Birchwood, J. (2010). ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom?. *Child: care, health and development*, 36(4), 455-464. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.01046.x
- 13) Davídek, P. (2019). *Podpora pozitivních vztahů mezi dětmi s ADHD a jejich spolužáky* (Diplomová práce). Získáno 6. listopadu 2019 z <https://theses.cz/>
- 14) Deboo, G., & Prins, P. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*, 27(1), 78–97. doi:10.1016/j.cpr.2006.03.006
- 15) Drtílková, I. (2004). Diferenciální diagnostika dětské manie a hyperkinetické poruchy ADHD. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 309–312. Získáno 15. listopadu 2019 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/05.pdf>
- 16) Drtílková, I. (2014). Diagnostika a léčba dětí s ADHD a komorbidní úzkostí. *Pediatric pro praxi*, 15(3), e10–e12. Získáno 11. února 2020 z <http://www.solen.sk/pdf/c443ec8c001fcf16023a1c68fde5b9ec.pdf>
- 17) Drtílková, I., Šerý, O., Balaščíková B., Theiner, P., Uhrová, A., Žáčková, M. (c2007). *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Praha: Galén.
- 18) Dudová, I., & Kocourková, J. (2013). Kontroverze v Pojetí ADHD - Vyhraněné Postoje Nebo Spolupráce? *Československá Psychologie*, 57(2), 190–197. Získáno 20. února 2020 z

<https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=be31fa17-ec91-45e3-ab27-67a30b08a16c%40sdc-v-sessmgr02>

- 19) DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2014). School-based interventions for elementary school students with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(4), 687–697. doi:10.1016/j.chc.2014.05.003
- 20) DuPaul, G. J., & Henningson, P. N. (1993) Peer Tutoring Effects on the Classroom Performance of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *School Psychology Review*, 22(1), 134–143. doi: 10.1080/02796015.1993.12085642
- 21) DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (3. vyd.). New York: The Guilford Press. Získáno 16. března 2020 z <https://books.google.cz/>
- 22) DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., & Janusis, G. M. (2011). ADHD in the Classroom: Effective Intervention Strategies. *Theory Into Practice*, 50(1), 35–42. doi:10.1080/00405841.2011.534935
- 23) Dytrtová, R. (2009). *Učitel- příprava na profesi*. Praha: Grada Publishing. Získáno 20. ledna 2020 z <https://books.google.cz/>
- 24) Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., ... Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 1–23. doi:10.1038/nrdp.2015.20
- 25) Faraone, S. V., & Mick, E. (2010). Molecular Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(1), 159–180. doi:10.1016/j.psc.2009.12.004
- 26) Garnock-Jones, K. P., & Keating, G. M. (2009). Atomoxetine. *Pediatric Drugs*, 11(3), 203–226. doi:10.2165/00148581-200911030-00005
- 27) Geng, G. (2011). Investigation of teachers' verbal and non-verbal strategies for managing attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) students' behaviours within a classroom environment. *Australian Journal of teacher education*, 36(7), 2. doi: 10.14221/ajte.2011v36n7.5

- 28) Germanò, E., Gagliano A. M. D., & Curatolo P. (2010): Comorbidity of ADHD and Dyslexia. *Developmental Neuropsychology*, 35(5), 475–493. doi:10.1080/87565641.2010.494748
- 29) Gevensleben, H., Rothenberger, A., Moll, G. H., & Heinrich, H. (2012). Neurofeedback in children with ADHD: validation and challenges. *Expert review of neurotherapeutics*, 12(4), 447–460. doi:10.1586/ern.12.22
- 30) Goetz, M. (2014). *Cerebelární funkce u poruchy pozornosti s hyperaktivitou* (Dizertační práce). Získáno 18. února 2020 z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/115180/>
- 31) Goldstein, S., & Naglieri, J. A. (2008). The school neuropsychology of ADHD: Theory, assessment, and intervention. *Psychology in the Schools*, 45(9), 859-874. doi: 10.1002/pits.20331
- 32) Guerra Jr, F. R., & Brown, M. S. (2012). Teacher knowledge of attention deficit hyperactivity disorder among middle school students in South Texas. *RMLE online*, 36(3), 1–7. Získáno 17. března 2020 z <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ989795.pdf>
- 33) Hammond, D. C. (2007). What Is Neurofeedback? *Journal of Neurotherapy*, 10(4), 25–36. doi:10.1300/j184v10n04_04
- 34) Hájková, V., & Strnadová, I. (2010). *Inkluzivní vzdělávání*. Praha: Grada Publishing.
- 35) Holtmann, M., Sonuga-Barke, E., Cortese, S., & Brandeis, D. (2014). Neurofeedback for ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 789–806. doi:10.1016/j.chc.2014.05.006
- 36) Holz, T., & Lessing, A. (2002). Reflections on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in an inclusive education system. *Perspectives in Education*, 20(3), 103-110. Získáno 17. března 2020 z <https://journals.co.za/content/persed/20/3/EJC87144>

- 37) Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J., Bažant, J., Bažantová, V., Bušková, J., ... Žirková, I. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
- 38) Hynd, G. W., Semrud-Clikeman, M., Lorys, A. R., Novey, E. S., Eliopoulos, D., & Lyytinen, H. (1991). Corpus Callosum Morphology in Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: Morphometric Analysis of MRI. *Journal of Learning Disabilities*, 24(3), 141–146. doi:10.1177/002221949102400302
- 39) ICD10Data. (2018). *F90-F98 Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence: Attention-deficit hyperactivity disorders F90*. Získáno 15. února 2020 z <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F90-F98/F90->
- 40) Iseman, J., Jeweler, S., & Silverman, S. (2010). *101 school success tools for students with ADHD*. Waco: Prufrock Press Inc. Získáno 13. ledna 2020 z <https://books.google.cz/>
- 41) Jedlička, R., Kořá, J., & Slavík, J. (2018). *Pedagogická psychologie pro učitele: psychologie ve výchově a vzdělávání*. Praha: Grada Publishing.
- 42) Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1065–1079. doi: 10.1097/00004583-199708000-00014
- 43) Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A Comparison of American and Canadian Teachers' Knowledge and Attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Adhd). *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39(9), 563–567. doi:10.1177/070674379403900909
- 44) Jochmannová, L. (2019). *Psychická a vývojová traumata u dětí: Shody se syndromem ADHD, rozdíly a diagnostická rozlišení* (Dizertační práce). Získáno 10. února 2020 z <https://theses.cz/>
- 45) Jucovičová, D., & Žáčková, H. (2010). *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada Publishing.

- 46) Junod, R. E. V., DuPaul, G. J., Jitendra, A. K., Volpe, R. J., & Cleary, K. S. (2006). Classroom observations of students with and without ADHD: Differences across types of engagement. *Journal of School Psychology, 44*(2), 87–104. doi: 10.1016/j.jsp.2005.12.004
- 47) Knotová, D., Hloušková, L., Kánská, M., Lazarová, B., Ondráčková, L., Šafrová, A., ... Vašáková, A. (2014). *Školní poradenství*. Praha: Grada Publishing.
- 48) Kratochvil, C. J., Newcorn, J. H., Arnold, L. E., Duesenberg, D., Emslie, G. J., Quintana, H., ... Biederman, J. (2005). Atomoxetine alone or combined with fluoxetine for treating ADHD with comorbid depressive or anxiety symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(9), 915-924. doi:10.1097/01.chi.0000169012.81536.38
- 49) Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2010). *Dětská psychoterapie* (3. vyd.). Praha: Portál.
- 50) Laver-Bradbury, C., Thompson, M., & Weeks, A. (2016). *Šest kroků ke zvládnutí ADHD: manuál pro rodiče i učitele*. Praha: Portál.
- 51) Ledbetter, M. (2006). Atomoxetine: a novel treatment for child and adult ADHD. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2*(4), 455. Získáno 16. března 2020 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2671957/>
- 52) Levy, F. (2014). DSM-5, ICD-11, RDoC and ADHD diagnosis. *Aust NZJ Psychiatry, 48*(12), 1163–1164. Získáno 4. listopadu 2019 z https://www.researchgate.net/profile/Florence_Levy/publication/267814505_DSM-5_ICD-11_RDoC_and_ADHD_diagnosis/links/548f688d0cf225bf66a80104.pdf
- 53) Malá, E. (2002). Hyperkinetické poruchy. *Pediatric pro praxi, 3*, 121–124. Získáno 15. února 2020 z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2002/01/04.pdf>
- 54) Malá, E. (2008). ADHD- symptomy a pohlaví. *Česká a slovenská psychiatrie, 104*(4), 172–179. Získáno 21. prosince 2019 z http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_4_172_179.pdf
- 55) Matějček, Z. (2011). *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál.

- 56) Masi, L., & Gignac, M. (2015). *ADHD and Comorbid Disorders in Childhood Psychiatric Problems, Medical Problems, Learning Disorders and Developmental Coordination Disorder*, 1(5), 1–9. Získáno 3. listopadu 2019 z https://www.researchgate.net/profile/Laura_Masi4/publication/307088576_ADHD_and_Comorbid_Disorders_in_Childhood_Psychiatric_Problems_Medical_Problems_Learning_Disorders_and_Developmental_Coordination_Disorder/links/5851726b08ae7d33e012a6bb/ADHD-and-Comorbid-Disorders-in-Childhood-Psychiatric-Problems-Medical-Problems-Learning-Disorders-and-Developmental-Coordination-Disorder.pdf
- 57) Masopust, J., Mohr, P., Anders, M., & Příkryl, R. (2015). Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatria pre prax*, 16(2), 67–72. Získáno 10. listopadu 2019 z <http://www.solen.sk/pdf/964a11be2541c28067c89ffdf4ce45d8.pdf>
- 58) Mertin, V. (2004). ADHD- Pohled psychologa. *Pediatric pro praxi*, 2, 58–61. Získáno 19. února 2020 z <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/02/02.pdf>
- 59) Michalová, Z., & Pešatová, I. (2015). *Determinanty inkluzivního vzdělávání dětí s ADHD*. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta Univerzity J.E. Purkyně.
- 60) Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. (nedat.a). *Podpůrná opatření*. Získáno 6. října 2019 z <http://www.msmt.cz/vzdelavani/podpurna-opatreni>
- 61) Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. (nedat.b). *Individuální vzdělávací plán*. Získáno 6. října 2019 z <http://www.msmt.cz/vzdelavani/individualni-vzdelavaci-plan-1>
- 62) Miranda, A., Presentación, M. J., & Soriano, M. (2002). Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal of learning disabilities*, 35(6), 547–563. doi: 10.1177/00222194020350060601
- 63) Munden, A., & Arcelus, J. (2002). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha: Portál.
- 64) Novotná, L. (2004). *Mimořádně nadané děti s handicapem*. Získáno 19. února 2020 z <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/Z/22/MIMORADNE-NADANE-DETI-S-HANDICAPEM.html>

- 65) Ohan, J. L., Cormier, N., Hepp, S. L., Visser, T. A., & Strain, M. C. (2008). Does knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions?. *School Psychology Quarterly*, 23(3), 436–449. <https://doi.org/10.1037/1045-3830.23.3.436>
- 66) Ošlejšková, H. (2010). Neurovývojové poruchy a jejich důsledky v dospělém věku. *Neurologie v praxi*, 11(6), 368. Získáno 20. února 2020 z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/06/02.pdf>
- 67) Paclt, I. et al. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing.
- 68) Piek, J. P., Pitcher, T. M., & Hay, D. A. (1999). Motor coordination and kinaesthesia in boys with attention deficit–hyperactivity disorder. *Developmental medicine and child neurology*, 41(3), 159-165. doi: 10.1017/s0012162299000341
- 69) Pliszka, S. R. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 9(3), 525–540. doi: 10.1016/S1056-4993(18)30105-6
- 70) Pokorná, V. (2015). *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Portál.
- 71) Průcha, J. (2002). *Učitel: současné poznatky o profesi*. Praha: Portál.
- 72) Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2018). *ADHD - variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Karolinum.
- 73) Rief, S. F. (2010). *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD* (4. vyd.). Praha: Portál.
- 74) Rief, S. F. (2012). *How to reach and teach children with ADD/ADHD: practical techniques, strategies, and interventions* (2. vyd.). San Francisco: Jossey-Bass. Získáno 18. ledna 2020 z <https://books.google.cz/>
- 75) Rowland, A. S., Lesesne, C. A., & Abramowitz, A. J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 162–170. doi: 10.1002/mrdd.10036

- 76) Rudisel, C. M. (2009). Working with Atypical Learners. *Changing English*, 16(4), 413–416. doi:10.1080/13586840903392003
- 77) Sava, F. A. (2000). Is Attention Deficit Hyperactivity Disorder an exonerating construct? Strategies for school inclusion. *European Journal of Special Needs Education*, 15(2), 149–157. doi:10.1080/088562500361583
- 78) Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal risk factors and the etiology of ADHD— review of existing evidence. *Current psychiatry reports*, 19(1), 1. Získáno 16. prosince 2019 z <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-017-0753-2>
- 79) Scitutto, M. J., Terjesen, M. D., & Frank, A. S. B. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 37(2), 115–122. doi:10.1002/(sici)1520-6807(200003)37:2<115::aid-pits3>3.0.co;2-5
- 80) Sharma, A., & Couture, J. (2013). A Review of the Pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Annals of Pharmacotherapy*, 48(2), 209–225. doi:10.1177/1060028013510699
- 81) Shealy, A. H. (1994). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder? Etiology, Diagnosis, and Management. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 7(2), 24–36. doi:10.1111/j.1744-6171.1994.tb00193.x
- 82) Smith, M. (2017). Hyperactive around the world? The history of ADHD in global perspective. *Social History of Medicine*, 30(4), 767-787. doi: 10.1093/shm/hkw127
- 83) Stárková, L. (2016). ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatric pro praxi*, 17(1), 16–21. Získáno 16. ledna 2020 z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/01/04.pdf>
- 84) Storebø, O. J., Andersen, M. E., Skoog, M., Hansen, S. J., Simonsen, E., Pedersen, N., ... & Gluud, C. (2019). Social skills training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). doi: 10.1002/14651858.CD008223.pub3

- 85) Storebø, O. J., Ramstad, E., Krogh, H. B., Nilausen, T. D., Skoog, M., Holmskov, M., ... & Gillies, D. (2015). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), 1–773. doi: 10.1002/14651858.CD009885.pub2
- 86) Světová zdravotnická organizace (WHO). (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum
- 87) Šerý, O., Štaif, R., & Didden, W. (2007). Neurobiologie hyperkinetické poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103(1), 28–46. Získáno 20. února 2020 z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_1_28_46.pdf
- 88) Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2015). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (3. vyd.). Praha: Portál.
- 89) Theiner, P. (2012). ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 13(4), 148–150. Získáno 3. října 2019 z file:///C:/Users/Uzivatel/Downloads/Solen_psy-201204-0002.pdf
- 90) Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994–e1001. doi: 10.1542/peds.2014-3482
- 91) Vašutová, J. (2004). *Profese učitele v českém vzdělávacím kontextu*. Brno: Paido
- 92) Wender, P. H. (2000). *ADHD: Attention- Deficit Hyperactivity Disorder in Children, Adolescents, and Adults*. New York: Oxford University Press. Získáno 26. února z <https://books.google.cz/>
- 93) Winter, B. (2018). *Jak na ADHD a problémy s pozorností: Poruchy koordinace a koncentrace, malá sebedůvěra, nepozornost, společné vzdělávání*. Brno: Edika.
- 94) Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336–1346. doi:10.1016/j.biopsych.2005.02.006

- 95) World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Získáno 18. března 2020 z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- 96) Young, S., & Bramham, J. (2012). *Cognitive behavioral therapy for ADHD in adolescents and adults: A psychological guide to practice* (2. vyd.). Malden: John Wiley & Sons. Získáno 28. prosince 2019 z <https://books.google.cz/>
- 97) Youssef, M. K., Hutchinson, G., & Youssef, F. F. (2015). Knowledge of and attitudes toward ADHD among teachers: Insights from a Caribbean nation. *Sage Open*, 5(1), 1–8. doi: 10.1177/2158244014566761
- 98) Zapletalová, J. (nedat.). *Školní poradenská pracoviště (ŠPP)*. Získáno 13. října 2019 z <http://www.nuv.cz/t/pedagogicko-psychologicke-poradenstvi/skolni-poradenska-pracoviste>
- 99) Zákony pro lidi. (2019). *Vyhláška č. 248/2019 Sb., vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů*. Zlín: AION CS. Získáno 10. ledna 2020 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-248>

PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha 1: Abstrakt v českém jazyce

Příloha 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha 3: Seznam použitých zkratk

Příloha 4: Seznam grafů a tabulek

Příloha 5: Dotazník vlastní konstrukce

Příloha 6: Správné odpovědi na položky znalostního testu

Příloha 7: Krabicový graf k hypotéze číslo 1

Příloha 8: Krabicový graf k hypotéze číslo 2

Příloha 9: Bodový graf k hypotéze číslo 3

Příloha 10: Bodový graf k hypotéze číslo 4

Příloha 11: Bodový graf k hypotéze číslo 5

Příloha 12: Bodový graf k hypotéze číslo 6

Příloha 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Informovanost pedagogů o syndromu ADHD u dětí a specifikách přístupu k těmto dětem

Autorka práce: Kristýna Týlová

Vedoucí práce: PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 88, 141 639

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 99

Abstrakt: Cílem této bakalářské práce bylo zjistit celkovou informovanost pedagogů o syndromu ADHD a přístupech k dětem s touto diagnózou. Také jsme zkoumali, jak často pedagogové využívají doporučené přístupy. Teoretická část popisovala syndrom ADHD, situaci žáka s ADHD ve školním prostředí a zabývala se problematikou informovanosti pedagogů o syndromu ADHD. Výzkum byl realizován prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce. Jednalo se o kvantitativní výzkum, konkrétně o deskriptivní studii. Výzkumný soubor obsahoval 135 respondentů, pedagogů základních škol Libereckého kraje. Bylo zjištěno, že znalosti zkoumaných pedagogů pozitivně korelují s hodnocením jejich znalostí a četností doporučených přístupů. Z těchto přístupů nejméně využívají relaxační techniky a časovače upozorňující na změny. Jako nízká se ukázala informovanost respondentů v oblasti léčby ADHD, naopak nejvyšší informovanost je v oblasti specifických charakteristikách ADHD a symptomů ADHD. Nově byly zjištěny silné nedostatky v informovanosti pedagogů o některých přístupech k žákům s ADHD týkajících se projevů poruch pozornosti. Průměrná úspěšnost celého testu byla 73,56 %.

Klíčová slova: ADHD, informovanost pedagogů, přístup k žákům s ADHD, základní škola

Příloha 2: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF BACHELOR THESIS

Title: Teachers' knowledge of ADHD and specific attitudes toward children with ADHD

Author: Kristýna Týlová

Supervisor: PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.

Number of pages and characters: 88, 141 639

Number of appendices: 12

Number of references: 99

Abstract: The aim of this thesis was to explore teachers' knowledge of ADHD and specific attitudes toward students with this diagnosis. We also tried to find out how often teachers use recommended attitudes toward these students. The theoretical part described ADHD, the situation of students with ADHD at school, teachers' knowledge of ADHD and studies about teachers' knowledge of ADHD. The research was realized through a questionnaire consisted of questions we constructed. For this study we used quantitative research, specifically a descriptive study. The research sample contained 135 respondents, teachers of elementary schools of the Liberec Region. It was found out that the teachers' knowledge positively correlated with the evaluation of their knowledge and the frequency of recommended attitudes. From these attitudes they didn't use relaxation techniques and time alarms too much. Also, we found out that teachers had lack of information of the treatment of ADHD, but they were mostly informed about the specific characteristics and symptoms of ADHD. New findings show that they had lack of information of some attitudes toward ADHD students regarding symptoms of inattention. However, the average success rate of the test was 73,56 %.

Key words: ADHD, teachers' knowledge, attitude toward ADHD students, elementary school

Příloha 3: Seznam použitých zkratk

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) – porucha pozornosti s hyperaktivitou

APA – American Psychiatric Association

DSM-4 – Diagnostický a statistický manuál, verze 4

DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál, verze 5

ICD-10 – International Classification of Diseases, 10th Revision

ICD-10-CM – International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification

IVP – individuální vzdělávací plán

IVýP – individuální výchovný plán

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

MKN-11 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize

MŠMT ČR – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

PLPP – Plán pedagogické podpory

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

SPC – speciálně pedagogické centrum

SVP – středisko výchovné péče pro děti a mládež

ŠPZ – školské poradenské zařízení

Příloha 4: Seznam grafů a tabulek

Graf č. 1: Sloupcový graf rozdělení respondentů dle nejvyššího dosaženého pedagogického vzdělání

Graf č. 2: Sloupcový graf rozdělení respondentů dle délky pedagogické praxe

Graf č. 3: Sloupcový graf rozdělení respondentů dle stupně, na kterém pedagogové vyučují

Graf č. 4: Sloupcový graf rozložení respondentů dle zdroje získaných informací o ADHD

Graf č. 5: Sloupcový graf rozložení respondentů dle počtu dětí s ADHD, se kterými se během pedagogické praxe setkali

Graf č. 6: Rozložení respondentů dle toho, zda v současné době učí žáka s ADHD

Graf č. 7: Rozložení respondentů dle třídy, ve které pedagogové učí žáka s ADHD

Graf č. 8: Sloupcový graf rozložení respondentů dle četnosti komunikace pedagoga s rodičem dítěte s ADHD o jeho chování a práci ve škole

Graf č. 9: Sloupcový graf rozložení respondentů dle jejich jistoty v krocích při práci s žákem s ADHD

Graf č. 10: Sloupcový graf rozložení respondentů dle hodnocení jejich znalostí

Graf č. 11: Sloupcový graf rozložení respondentů dle potřeby dalšího sebevzdělávání v oblasti ADHD

Graf č. 12: Sloupcový graf rozložení respondentů dle jejich názoru na preventivní program týkajícího se žáků s ADHD pro učitele

Tabulka č. 1: Projevy nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity

Tabulka č. 2: Deskriptivní charakteristiky souboru mužů a žen z hlediska věku

Tabulka č. 3: Deskriptivní charakteristiky počtu dětí, které pedagog vyučuje

Tabulka č. 4: Deskriptivní charakteristiky subtestu *Symptomy a příznaky ADHD*

Tabulka č. 5: Deskriptivní charakteristiky subtestu *Léčba ADHD*

Tabulka č. 6: Deskriptivní charakteristiky subtestu *Příčiny ADHD*

Tabulka č. 7: Deskriptivní charakteristiky subtestu *Specifické charakteristiky ADHD*

Tabulka č. 8: Deskriptivní charakteristiky subtestu *Přístup pedagogů k žákům s ADHD*

Tabulka č. 9: Deskriptivní charakteristiky *Celkového testu*

Tabulka č. 10: Deskriptivní charakteristiky porovnání jednotlivých subtestů a celkového testu

Tabulka č. 11: Úspěšnost položek

Tabulka č. 12: Chybné odpovědi na položku č. 15

Tabulka č. 13: Chybné odpovědi na položku č. 21

Tabulka č. 14: Chybné odpovědi na položku č. 25

Tabulka č. 15: Chybné odpovědi na položku č. 28

Tabulka č. 16: Deskriptivní charakteristiky doporučených přístupů

Tabulka č. 17: Kategorie přístupů pedagogů s jejich četnostmi

Tabulka č. 18: Kategorie pomůcek s jejich četnostmi

Příloha 5: Dotazník vlastní konstrukce

Dotazník informovanosti pedagogů o syndromu ADHD u dětí a specifikách přístupu k těmto dětem

Dobrý den,

obracím se na Vás s žádostí o spolupráci ve výzkumu, do kterého byla vybrána Vaše škola. Výzkum je součástí mé bakalářské práce, která se zabývá informovaností pedagogů o specifických metodách učení a výchovy dětí s ADHD.

Syndrom ADHD je stále diskutovaným tématem mezi odborníky i laickou veřejností. Cílem tohoto výzkumu je zjistit, zda třídní učitelé základních škol vědí, co všechno syndrom ADHD obnáší, a jak k dětem s tímto syndromem přistupovat.

Vyplnění dotazníku je zcela **anonymní** a **dobrovolné**. S daty dotazníku bude zacházeno v souladu se Zákonem o zpracování osobních údajů č.110/2019 Sb., upřesňující Obecné nařízení o ochraně osobních údajů. Vyplněním dotazníku tedy souhlasíte se zpracováním anonymních dat ve výzkumné části mé bakalářské práce.

Pokyny k vyplnění

Dotazník je určen pro **třídní učitele** a obsahuje 4 části s 50 otázkami. Jeho vyplnění Vám zabere přibližně 25 minut. Každou otázku si prosím pečlivě přečtěte a pravdivě zodpovězte. Nezapomeňte, že položky v dotazníku se týkají dítěte s diagnózou ADHD, tedy že je tento syndrom u dítěte **potvrzen na základě vyšetření odborníkem**.

Celý dotazník (sociodemografické údaje a všechny části, tedy A, B, C a D) vyplňují třídní učitelé, kteří v SOUČASNÉ DOBĚ vyučují žáka s ADHD.

Třídní učitelé, kteří se NIKDY nesetkali nebo se s žákem s ADHD setkali v MINULOSTI, vyplňují dotazník BEZ části C.

V dotazníku se objevují zaškrtačací položky se čtverečkem:

Odpověď, kterou chcete vybrat, zaškrtněte křížkem:

Pokud chcete vybrat jinou odpověď, původní čtvereček začerněte:

Součástí dotazníku jsou i posuzovací škály. Při vyplňování opět zaškrtněte Vámi zvolenou odpověď křížkem. Pro představu zde uvádím procentuální rozmezí.

Nikdy (0-20%)	Někdy (21%-40%)	Občas (41%-60%)	Často (61%-80%)	Vždy (81%-100%)
------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Rozhodně ne (0-20%)	Spíše ne (21%-40%)	Nevím (41%-60%)	Spíše ano (61%-80%)	Rozhodně ano (81%-100%)
------------------------	-----------------------	--------------------	------------------------	----------------------------

V dotazníku se také objevují otevřené otázky, u kterých je vyznačené místo na odpovědi.

Vyplněný dotazník prosím vložte do přiložené obálky a zanechte u ředitele/ředitelky školy.

Předem děkuji za Vaši účast v mém výzkumu.

Kristýna Týlová

Katedra Psychologie FF UP

kristyna.tylova01@upol.cz

Část A: Základní znalosti ADHD u dětí. (Tuto část vyplňují všichni třídní učitelé.)

Prosím, označte křížkem vždy jen jednu odpověď.

10. Syndromem ADHD trpí jen děti, u dospělých se už nevyskytuje.

1 ano 2 ne 3 nevím

11. Hlavními příznaky ADHD jsou porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita.

1 ano 2 ne 3 nevím

12. Děti s ADHD mívají problém s motorikou.

1 ano 2 ne 3 nevím

13. Emoční labilita a poruchy chování se rovněž mohou vyskytovat u dětí s ADHD.

1 ano 2 ne 3 nevím

14. ADHD může být dědičné.

1 ano 2 ne 3 nevím

15. Příčinou ADHD může být i poranění hlavy.

1 ano 2 ne 3 nevím

16. Příčinou ADHD může být nevhodná výchova ze strany rodičů.

1 ano 2 ne 3 nevím

17. ADHD se více vyskytuje u dívek než u chlapců.

1 ano 2 ne 3 nevím

18. Děti s ADHD se obvykle dobře přizpůsobují změnám.

1 ano 2 ne 3 nevím

19. Některé děti s ADHD mají problém se spaním.

1 ano 2 ne 3 nevím

20. Děti s ADHD mívají problémy s organizací svých věcí a času.

1 ano 2 ne 3 nevím

21. Kognitivně-behaviorální terapie se nikdy neosvědčila v léčbě ADHD.

1 ano 2 ne 3 nevím

22. Farmakoterapie je jedinou možností, jak léčit děti s ADHD.

1 ano 2 ne 3 nevím

Část B: Žák s ADHD ve škole. (Tuto část vyplňují všichni třídní učitelé.)

Prosím, označte křížkem vždy jen jednu odpověď.

23. Pravidla, která pedagog vytváří pro žáka s ADHD by měla být:

- 1 striktní
- 2 stejná jako pro ostatní žáky
- 3 srozumitelná

24. Aby pedagog zamezil u dítěte s ADHD neustálé zapomínání plnění domácích úkolů, měl by:

- 1 to ignorovat
- 2 kontrolovat ho a připomínat mu, co má udělat a přinést
- 3 žáka s ADHD potrestat

25. Pro žáka s ADHD je vhodné:

- 1 pracovat na více úkolech a dělat mezi nimi přestávky
- 2 pracovat celou hodinu na jednom úkolu bez přestávek
- 3 pracovat celou hodinu na jednom úkolu s přestávkami

26. Žák s ADHD by měl ve třídě sedět:

- 1 v zadní lavici
- 2 blízko oken
- 3 v přední lavici

27. Žáka s ADHD je nutné odměňovat:

- 1 pouze za dokončený úkol
- 2 za malé pokroky
- 3 pouze za to, co zvládne splnit na úrovni ostatních žáků

28. Třída, ve které probíhá výuka, by pro žáka s ADHD měla být:

- 1 hodně podnětná
- 2 málo podnětná
- 3 nezáleží na tom

29. Žákovi s ADHD by mělo být umožněno:

- 1 využívat některé úlevy (např. psaní zkrácené verze diktátu)
- 2 během hodiny mluvit, i když není zrovna vyvolán
- 3 pracovat jen na úkolech, které se mu líbí

30. Porovnávat výtvary žáka s ADHD s ostatními žáky, aby si uvědomil své případné slabiny, je:

- 1 vhodné
- 2 někdy vhodné
- 3 nevhodné

31. U dětí s ADHD se nejvíce osvědčuje:

- 1 auditivní styl učení
- 2 vizuální styl učení
- 3 multisenzorický styl učení

32. Děti s ADHD problém s krátkodobou pamětí:

- 1 mají
- 2 nemají
- 3 nebylo to zatím zjištěno

33. Žáci s ADHD:

- 1 mohou být mimořádně nadaní
- 2 nemohou být mimořádně nadaní
- 3 mají IQ kolem 50-60

Část C: Zkušenosti pedagoga s dítětem s ADHD ve třídě. (Tuto část vyplňují třídní učitelé, kteří v SOUČASNOSTI vyučují ve vlastní či jiné třídě žáka s ADHD.)

Prosím, označte křížkem vždy jen jednu odpověď.

34. Sdělujete dítěti s ADHD změny v rozvrhu či plánovaném programu dostatečně předem?

1 nikdy 2 někdy 3 občas 4 často 5 vždy

35. Používáte v hodině budík nebo jiný časovač jako upozornění na změnu, která má přijít (např. od jednoho úkolu k druhému)?

1 nikdy 2 někdy 3 občas 4 často 5 vždy

36. Ověřujete si u žáka s ADHD, zda správně porozuměl Vaším pokynům?

1 nikdy 2 někdy 3 občas 4 často 5 vždy

37. Používáte ve výuce grafy, tabulky, číselné osy či myšlenkové mapy?

1 nikdy 2 někdy 3 občas 4 často 5 vždy

38. Dohlížíte na uspořádání věcí na žakově lavici?

1 nikdy 2 někdy 3 občas 4 často 5 vždy

39. Necháváte žáka s ADHD pracovat s ostatními ve skupině?

1 nikdy 2 někdy 3 občas 4 často 5 vždy

40. Zaměstnáváte během výuky žáka s ADHD různými úkoly spojenými s pohybovou aktivitou (např. utřít tabuli, rozdat písemky apod.)?

1 nikdy 2 někdy 3 občas 4 často 5 vždy

41. Zahrnujete do své výuky pohybové aktivity či pohybové hry?

1 nikdy 2 někdy 3 občas 4 často 5 vždy

42. Jsou součástí Vaší výuky i relaxační cvičení?

1 nikdy 2 někdy 3 občas 4 často 5 vždy

43. Snažíte se ve výuce využívat multisenzorický přístup, tzn., aby byly u žáka s ADHD zapojovány všechny smysly?

1 nikdy 2 někdy 3 občas 4 často 5 vždy

44. Komunikujete s rodiči dítěte s ADHD o jeho chování a práci ve škole?

1 nikdy 2 někdy 3 občas 4 často 5 vždy

45. Jste si jistý/á ve všech krocích, které ve své výuce při práci s dítětem s ADHD využíváte?

1 nikdy 2 někdy 3 občas 4 často 5 vždy

46. Používáte ve výuce nějaké další specifické metody učení, které žákovi s ADHD pomáhají? Pokud ano, které? (prosím, vypište)

.....
.....
.....
.....

47. Má žák s ADHD ve Vaší výuce možnost používat různé specifické pomůcky? Pokud ano, které? (prosím, vypište)

.....
.....
.....

Část D: Názor třídního učitele. (Tuto část vyplňují všichni třídní učitelé.)

U každého výroku vyberte jednu možnost.

	1	2	3	4	5
	Rozhodně ne	Spíše ne	Nevím	Spíše ano	Rozhodně ano
48. Své znalosti o ADHD u dětí považuji za dostačující.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Chtěl/a bych se dozvědět víc o ADHD u dětí a způsobech práce s nimi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Myslím si, že každá škola by měla projít preventivním programem zaměřeným na ADHD, aby nedocházelo k nejasnostem ve výchovných a vyučovacích metodách dětí s ADHD.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zkontrolujte, prosím, zda jste odpověděl/a na všechny otázky.

Děkuji Vám za spolupráci a za Váš čas.

V případě jakýchkoliv dotazů se obraťte na mou e-mailovou adresu
kristyna.tylova01@upol.cz.

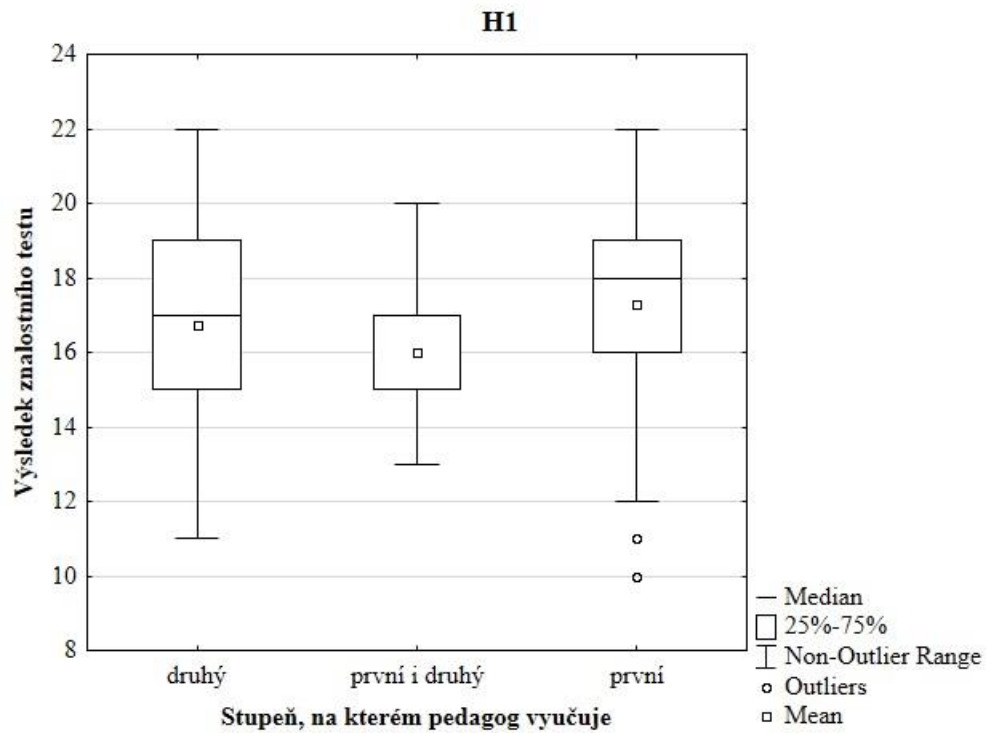
Příloha 6: Správné odpovědi na položky znalostního testu

Číslo a znění položky	Správná odpověď
10. Syndromem ADHD trpí jen děti, u dospělých se už nevyskytuje.	Ne
11. Hlavními příznaky ADHD jsou porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita.	Ano
12. Děti s ADHD mívají problém s motorikou.	Ano
13. Emoční labilita a poruchy chování se rovněž mohou vyskytovat u dětí s ADHD.	Ano
14. ADHD může být dědičné.	Ano
15. Příčinou ADHD může být i poranění hlavy.	Ano
16. Příčinou ADHD může být nevhodná výchova ze strany rodičů.	Ne
17. ADHD se více vyskytuje u dívek než u chlapců.	Ne
18. Děti s ADHD se obvykle dobře přizpůsobují změnám.	Ne
19. Některé děti s ADHD mají problém se spaním.	Ano

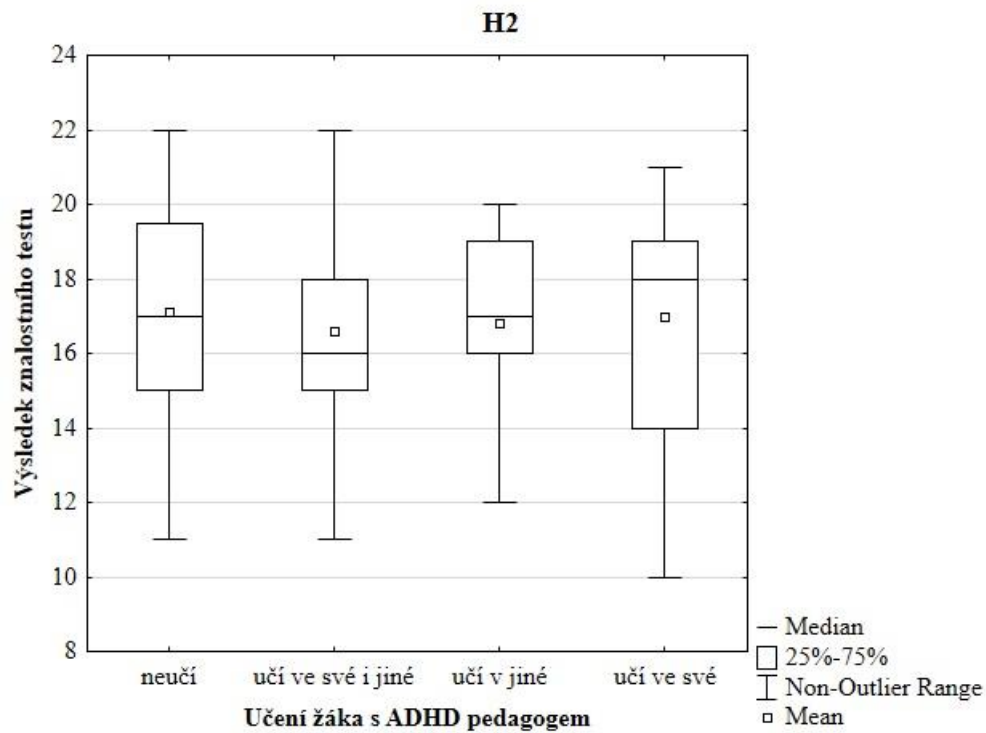
20. Děti s ADHD mívají problémy s organizací svých věcí a času.	Ano
21. Kognitivně-behaviorální terapie se nikdy neosvědčila v léčbě ADHD.	Ne
22. Farmakoterapie je jedinou možností, jak léčit děti s ADHD.	Ne
23. Pravidla, která pedagog vytváří pro žáka s ADHD by měla být:	Srozumitelná
24. Aby pedagog zamezil u dítěte s ADHD neustálé zapomínání plnění domácích úkolů, měl by:	Kontrolovat ho a připomínat mu, co má udělat a přinést
25. Pro žáka s ADHD je vhodné:	Pracovat celou hodinu na jednom úkolu s přestávkami
26. Žák s ADHD by měl ve třídě sedět:	V přední lavici
27. Žáka s ADHD je nutné odměňovat:	Za malé pokroky
28. Třída, ve které probíhá výuka, by pro žáka s ADHD měla být:	Málo podnětná
29. Žákovi s ADHD by mělo být umožněno:	Využívat některé úlevy (např. psaní zkrácené verze diktátu)
30. Porovnávat výtvořky žáka s ADHD s ostatními žáky, aby si uvědomil své případné slabiny, je:	Nevhodné
31. U dětí s ADHD se nejvíce osvědčuje:	Vizuální styl učení Multisenzorický styl učení

32. Děti s ADHD problém s krátkodobou pamětí:	Mají
33. Žáci s ADHD:	Mohou být mimořádně nadaní

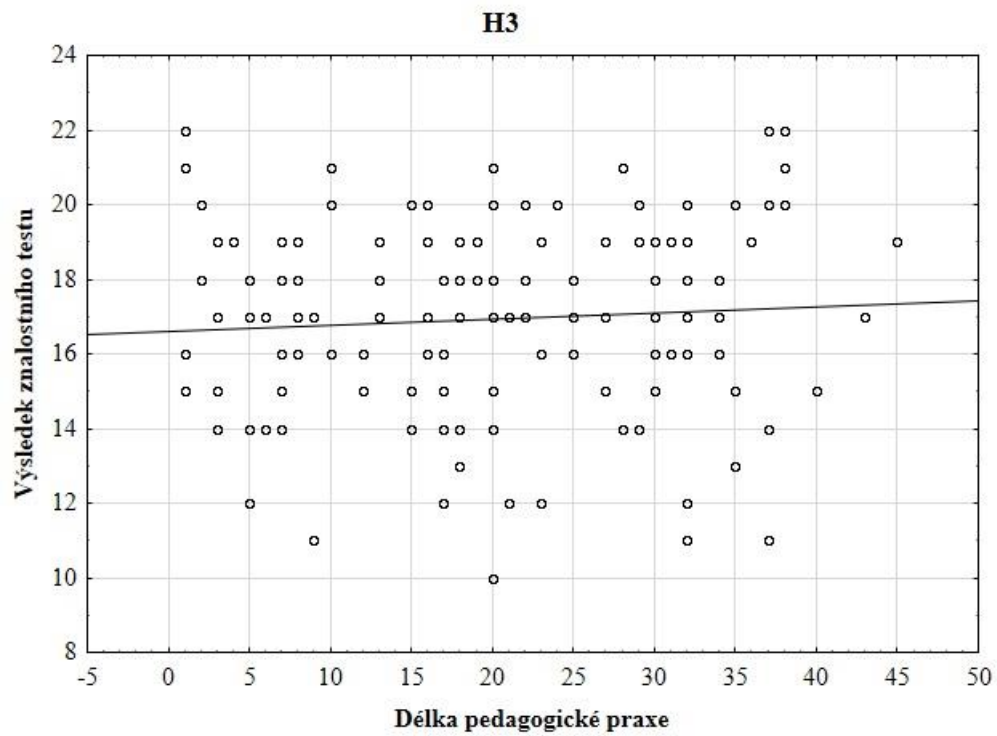
Příloha 7: Krabicový graf k hypotéze číslo 1



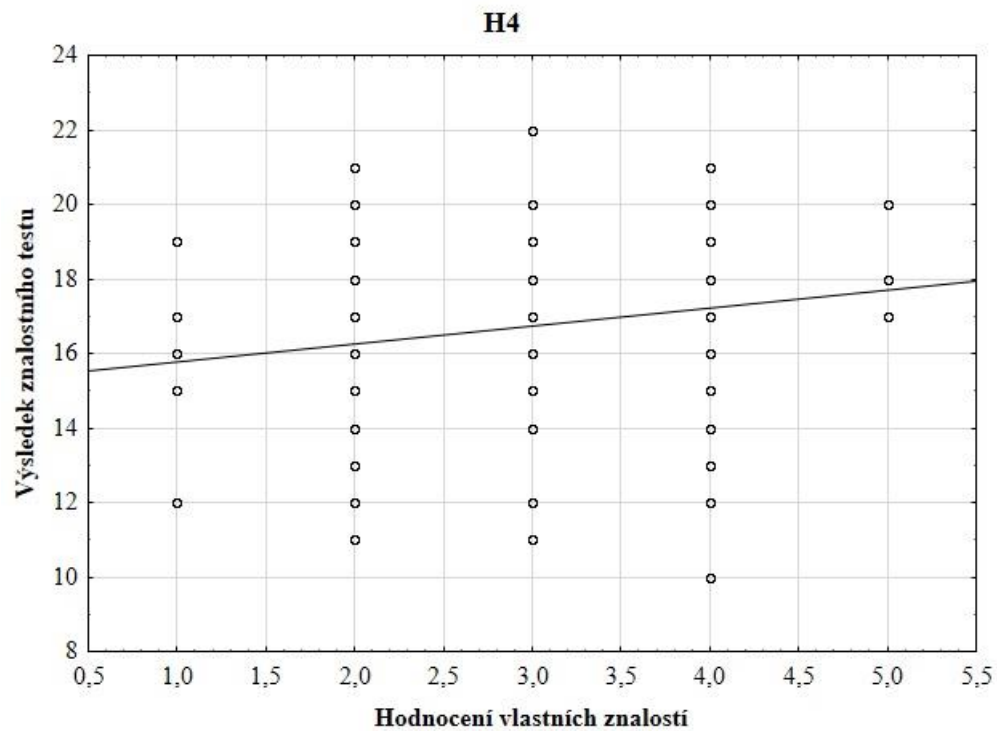
Příloha 8: Krabicový graf k hypotéze číslo 2



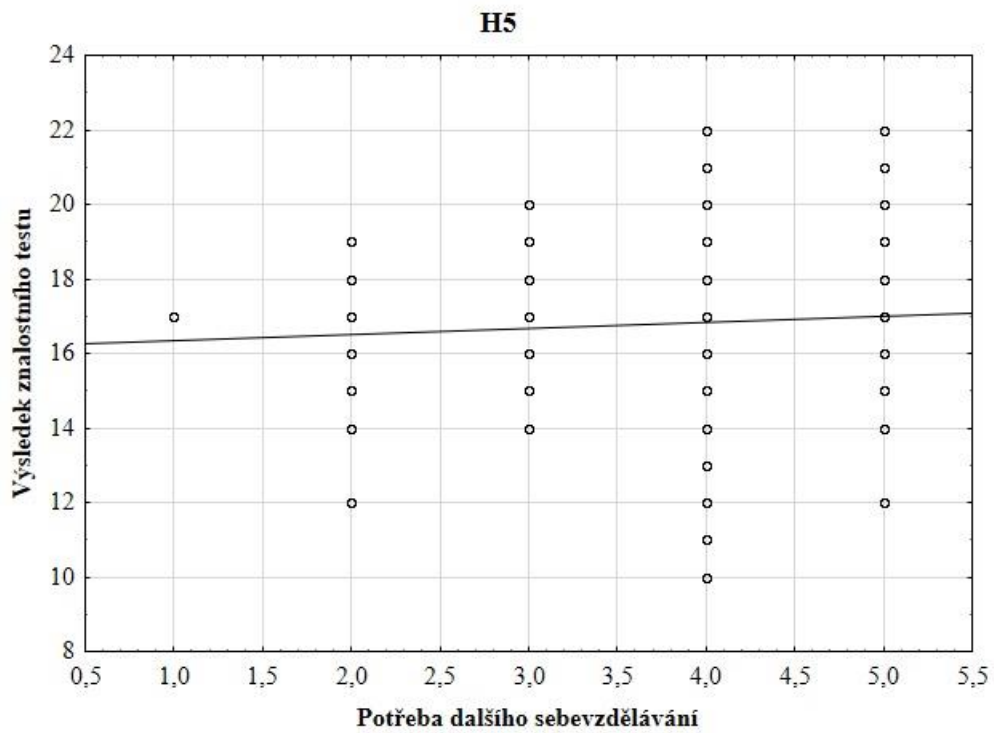
Příloha 9: Bodový graf k hypotéze číslo 3



Příloha 10: Bodový graf k hypotéze číslo 4



Příloha 11: Bodový graf k hypotéze číslo 5



Příloha 12: Bodový graf k hypotéze číslo 6

