

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

Spolupráce pedagogicko-psychologické poradny s rodiči dětí s ADHD

bakalářská práce

Autor: Lenka Příbylová

Studijní program: Speciální pedagogika

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D., MBA

Oponent práce: Mgr. Iva Košek Bartošová, Ph.D.

Hradec Králové

2024



Zadání bakalářské práce

Autor:	Lenka Příbylová
Studium:	P21P0756
Studijní program:	B0111A190019 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika
Název bakalářské práce:	Spolupráce pedagogicko-psychologické poradny s rodiči dětí s ADHD
Název bakalářské práce AJ:	Cooperation of a pedagogical-psychological counseling center with parents of children with ADHD

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem probíhá spolupráce rodičů dětí s ADHD s pedagogicko-psychologickou poradnou. V teoretické části bakalářské práce se text zabývá vymezením ADHD, představuje pedagogicko-psychologickou poradnu a vymezuje možnosti spolupráce rodiny a poradny v souvislosti s dětmi s ADHD. Kvalitativní výzkumné šetření bude realizováno prostřednictvím rozhovoru se členy týmu (včetně speciálních pedagogů) pedagogicko-psychologických poraden.

ANTAL, Martin. To dítě je nepozorné: jak žít s hyperaktivním dítětem : ADHD očima ADHD. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2898-1.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. Máme dítě s ADHD: rady pro rodiče. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5347-8.

VÁGNEROVÁ, Marie a Hana ŽÁČKOVÁ. Školní poradenská psychologie pro pedagogy: rady pro rodiče. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.

HUTYROVÁ, Miluše a Omar ŠERÝ. Možnosti a limity výzkumu ve speciální pedagogice: ADHD. Vyd. 4. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-244-3930-3.

Zadávací pracoviště: Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D., MBA

Oponent: Mgr. Iva Košek Bartošová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 15.11.2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Spolupráce pedagogicko-psychologické poradny s rodiči dětí s ADHD* vypracovala pod vedením vedoucí závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 15.5.2024

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. et Mgr. Petře Ambrožové, Ph.D., MBA za její odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování této bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině a příteli za podporu a trpělivost během studia.

Anotace

PŘIBYLOVÁ, Lenka. *Spolupráce pedagogicko-psychologické poradny s rodiči dětí s ADHD*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2024. 58 s. Bakalářská závěrečná práce.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem probíhá spolupráce rodičů dětí s ADHD s pedagogicko-psychologickou poradnou. V teoretické části bakalářské práce se text zabývá vymezením ADHD, představuje pedagogicko-psychologickou poradnu a vymezuje možnosti spolupráce rodiny a poradny v souvislosti s dětmi s ADHD. Kvalitativní výzkumné šetření bude realizováno prostřednictvím rozhovoru se členy týmu (včetně speciálních pedagogů) pedagogicko-psychologických poraden.

Klíčová slova: ADHD, porucha pozornosti s hyperaktivitou, pedagogicko-psychologická poradna, rodina, rodičovství.

Annotation

PŘIBYLOVÁ, Lenka. *Cooperation of a pedagogical-psychological counseling center with parents of children with ADHD*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2024. 58 pp. Bachelor Degree Thesis.

The aim of the bachelor's thesis is to find out how the parents of children with ADHD cooperate with a pedagogical-psychological consultancy. In the theoretical part of the bachelor's thesis, the text deals with the definition of ADHD, presents a pedagogical-psychological counseling center and defines the possibilities of family and counseling cooperation in connection with children with ADHD. The qualitative research investigation will be carried out through an interview with team members (including special educators) of pedagogical and psychological counseling.

Keywords: ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, educational and psychological counseling, family, parenting.

Prohlášení

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

Datum:

Podpis studenta:

Obsah

Úvod	10
1 Vymezení problematiky ADHD.....	12
1.1 Terminologický vývoj konceptu ADHD.....	12
1.1.1 Klasifikační diagnostické manuály (MKN, DSM)	13
1.2 Definiční vymezení pojmu	14
1.3 Symptomatologie ADHD.....	15
1.3.1 Porucha pozornosti	16
1.3.2 Hyperaktivita a impulzivita	16
1.4 Etiologie	16
1.5 Diagnostika	17
1.6 Terapie a léčba	20
2 ADHD a rodina	21
2.1 Význam a funkce rodiny pro dítě s ADHD.....	21
2.2 Problematika rodičovství u dětí s ADHD	22
2.2.1 Systémová podpora dítěte s ADHD a jeho rodiny.....	23
3 Partnerská spolupráce mezi pedagogicko-psychologickou poradnou a rodiči dětí s ADHD.....	25
3.1 Legislativní vymezení pedagogicko-psychologických poraden jako školského poradenského zařízení.....	25
3.1.1 Činnost pedagogicko-psychologické poradny	26
3.2 Způsob spolupráce rodiny a pedagogicko-psychologické poradny	27
4 Spolupráce pedagogicko-psychologické poradny s rodiči dětí s ADHD... 29	29
4.1 Vymezení cíle, metod a techniky výzkumu	29
4.2 Výzkumný soubor	31
4.3 Analýza výsledků.....	32
4.4 Závěrečné zhodnocení výzkumného šetření	41

Diskuze.....	43
Závěr	45
Seznam použitých zdrojů	47
Seznam tabulek	52
Seznam příloh.....	53

Úvod

Tato bakalářská práce pojednává o spolupráci rodin dětí s ADHD s pedagogicko-psychologickými poradnami. V rámci studia speciální pedagogiky se mi poštěstilo narazit na příběh Jessici McCabe. Jde o ženu, která je známá především ve spojitosti s tématem ADHD. Ona sama byla vždy považována za velice bystré a chytré dítě. Bohužel, ani to nestačilo k vykompenzování projevů, které byly později diagnostikovány jako ADHD. Tato diagnóza spolu s nedostatečnou informovaností a schopností ovlivnila její život. Vše vyvrcholilo v nepřijetí na vysokou školu, prostřídáním až patnácti prací mezi dvacátým až třicátým rokem života a rozvodem. Dnes jde již o ženu, která prohlubuje znalost o ADHD přes sociální sítě.

Tento příběh mě nechal přemýšlet, s kým se rodiče prvotně dostanou do kontaktu při zjištění diagnózy ADHD, kdo jim poskytuje prvotní informace a může poskytnout rady, jak pracovat s dítětem s ADHD a jak naučit dítě nakládat samo se sebou. Kdo je ten, který dokáže ovlivnit budoucnost dítěte a nenechá ho tápat v životě s problémy, které se možná v dětství tolerují, ale v dospělosti už tak moc ne. Český psychiatr MUDr. Goetz (2018) přitom upozorňuje na následující statistiky *„V případě fyzického zdraví je zde o 17 procent vyšší riziko nehod na kole, o 41 procent vyšší počet návštěv na pohotovosti, čtyřikrát častější jsou nehody v motorových vozidlech. V oblasti vzdělávání a zaměstnání je tato diagnóza provázena u téměř 11 procent vyloučením, u 35 procent předčasným ukončením a horšími studijními výsledky, nižším postavením v zaměstnání a častějšími finančními propady při ztrátě zaměstnání. ... V osobní a společenské oblasti je zde dvakrát vyšší riziko abúzu návykových látek, častější kouření cigaret a marihuany, přetrvávající sklony k opozičnímu a agresivnímu chování, úzkost, snížené sebehodnocení a rušivé chování pro okolí.“*

Instituce, které na sobě nesou velké břemeno v podobě formování dítěte, jsou dle mého názoru rodina a škola. Každopádně ani jedna instituce zpravidla nemá odborníky, kteří se na práci s dítětem s ADHD specializují. Dnes se sice už můžeme setkat se školními speciálními pedagogy, ale samozřejmě to rozhodně není. V tomto ohledu považuji za důležitou pedagogicko-psychologickou poradnu (dále jako PPP). Právě tam můžeme najít experty, kteří se na problematiku ADHD a specifických poruch učení zaměřují. Jejich orientace by měla zahrnovat celý výchovně vzdělávací proces a práci, jak s dítětem, tak i celou rodinou. Tak to je uvedeno aspoň v právních normách.

Bohužel všichni, kdo mají aspoň trochu možnost nahlédnout do školství, ví, jaký je přetlak na vyšetření. Jako dcera učitelky 1. stupně mám do této problematiky náhled též. Poradny tzv. praskají ve švech. Položila jsem si tedy otázku: *Mohou poradny opravdu naplnit to, co jim je tzv. nandáno?* Z mých postupných uvažování nakonec vzniklo téma této bakalářské práce, která si dává za cíl zjistit: Jak vypadá současná spolupráce pedagogicko-psychologické poradny a rodin dětí s ADHD v porovnání s 1. přílohou vyhlášky č. 72/2005 Sb., kde je uvedena nabídka standartních služeb, které mají poradny poskytovat.

Obsah práce je rozdělen na dvě části. Teoretická část představuje tři linie. Nejdříve pojednává o samotném ADHD ve smyslu terminologie, klasifikace, etiologie a symptomatologie. Nastíněny budou i možnosti terapie a léčby. Druhá linie směřuje do rodinného prostředí, kde se dítě s ADHD nachází. V této části je uvedeno vzájemné ovlivnění rodinné dynamiky a diagnózy ADHD. Konec teoretické části představuje náplň pedagogicko-psychologických poraden, kde jsou kromě obecného rámce zmíněny i možnosti spolupráce rodiny a poradny. V praktické části je realizován výzkum pomocí kvalitativní metody, který se zaměří na možnosti spolupráce PPP s rodinami dětí s ADHD, služby, které jsou rodinami dětí s ADHD nejvíce vyžadovány, a na názory pracovníků PPP na nabídku spolupráce pro rodiny s ADHD.

1 Vymezení problematiky ADHD

Jistě v nejedné době zaznělo spojení nevychované dítě. Dítě, které působilo neklidně a nesoustředěně. Jucovičová se Žáčkovou (2010, str.7) připomínají označení jako „živé stříbro“ či „děti z hadích ocásků“. Už to nám naznačuje, že takové děti tu byly a vždy budou. Současná doba už však přichází s poznatky, které nikdy předtím nebyly tak komplexní. Můžeme být divákem nových zjištění, které dávají podněty k novým závěrům a změnám, ať už v oblasti terminologie, etiologie či symptomatologie. Dnes již víme, že za určitým, typickým chováním je skryta diagnóza s označením ADHD či hyperkinetické poruchy.

1.1 Terminologický vývoj konceptu ADHD

Termín ADHD je dobře známým a rozšířeným pojmem mezi odbornou i laickou veřejností. Pojem, který až do počátku 20. století nesl jasnou nálepkou nevychovanosti a morálního defektu, je dnes některými naopak považován za výsledek podmínek výchovy v moderní společnosti. Tento zmíněný paradox bude v následující kapitole objasněn krátkým diskurzem do terminologického vývoje ADHD (Dobson, 2004).

Počátky ADHD jsou zpravidla propojeny s rokem 1902 a jménem Frederica Stilla. Každopádně řada dalších odborníků (zpravidla lékařů) zmínila případy podobné těm s ADHD ve svých publikacích již dříve. V 18. století to byl Melchior A. Weikarda. Ten ve své lékařské učebnici popisoval dospělé a děti, které působily nepozorně, impulzivně a roztržitě. V krátkém sledu následoval podrobnější popis podobných symptomů jako u ADHD v publikaci od skotského lékaře Alexandra Crichtona (Barkley, 2014). V mnoha odborných publikacích týkajících se historického přehledu ADHD je též výrazně poukázáno na jméno Heinricha Hoffmana. Dětského lékaře z Frankfurtu, který je s ADHD propojen především přes publikaci Ježipetr (v originálu *Der Struwwelpeter*), která vyšla v roce 1846. Kniha měla vyobrazovat příběhy popisující dětské psychopatologie z jeho lékařské praxe. Vyzdvihován bývá především „Příběh o neklidném Filipovi“ (*Die Geschichte vom Zappel-Philipp*). Filip je dle mnohých odborníků ukázkovým znázorněním dnešního definičního vymezení ADHD, hyperaktivity a impulzivity dle kritérií DSM-V (Ptáček a spol., 2020).

Samotné systematické uchopení symptomů se připisuje již jednou zmíněnému britskému pediatru Georgeovi Fredericu Stillovi. V sérii tří publikovaných přednášek popsal 43 dětí ze své klinické praxe, které se vyznačovaly (mimo jiné) problémem s udržení

pozornosti, neposlušností a impulzivitou. Still tak na základě uvedených projevů formuloval tzv. defekt morální kontroly. Postupné prohlubování znalostí a nových poznatků se odráželo na terminologickém označení ADHD. V druhé polovině 20. století byl na základě etiologické hypotézy uveden název minimální mozkové postižení. Následně Oxfordská mezinárodní skupina navrhla využívání termínu lehké mozkové dysfunkce (Lange In Ptáček a spol., 2020). Pojem LMD byl výsledek snažení o sjednocení terminologie v 60. letech. Definován byl následovně:

„Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení (impairment) ve vnímání, tvoření pojmů (conceptualization), řeči, paměti a v kontrole pozornosti, popudů (impulse) nebo motoriky.“

(Clements In Černá, 1999, str. 14)

Široké definiční rozhraní u LMD se ovšem ukazovalo jako problematické. Postupně se tak začalo od tohoto označení upouštět. V českém prostředí šlo o velice užívaný pojem až do konce 20. století (Danka, 2023). Jako důkaz tomu mohou být odborné publikace vydané po roce 2000, které ve svém názvu stále nesou termín LMD, příkladem můžeme mimo jiné uvést publikaci: „Proč se zlobím? LMD/ADHD“ z roku 2003 (Škvor, Škvorová).

1.1.1 Klasifikační diagnostické manuály (MKN, DSM)

Iniciativa spojená s rozmachem psychiatrie (a též rozvoje konceptu ADHD) ve 20. století se projevila aktivitou Americké psychiatrické společnosti ve směru vzniku Diagnostického a statistického manuálu (dále jako zkr. DSM) v 50. letech. V druhé revizi DSM zavedla Americká psychiatrická společnost pojem „Hyperkinetická dětská porucha“, která se ve třetí revizi (1980) rozvinula do za 1. poruchy pozornosti bez hyperaktivity (ADD), 2. poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) a 3. poruchy pozornosti reziduálního typu (ADD-RT). Při uskutečnění dodatečné revize třetího manuálu přezdívaného DSM-III-R byla představena nová terminologie, a to koncept ADHD, sjednocující všechny příznaky. Tato konceptualizace zdůraznila dva důležité body hrající významnou roli v současném pochopení ADHD. Nejprve šlo o diferenciaci

děti s průměrným a podprůměrným intelektem a vyvození prvotní definice jádrové triády (hyperaktivita, impulsivita, nepozornost).

Na druhé straně světa se tématem zabývala Světová zdravotnická organizace, ta přišla ve své šesté revizi tzv. Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen zkr. MKN) s kategorií „Primární porucha chování v dětství“. Široké terminologické vymezení bylo následně pozměněno na „Poruchu chování v dětství“ s podmínkou vyloučení poruchy intelektu. Ta největší změna v rámci MKN přišla s rokem 1979 (9. revize) a zavedením diagnostické kategorie „Hyperkinetický syndrom v dětství“, která rozeznávala další samostatné diagnostické kódy: Prostá porucha aktivity a pozornosti (314.0), Hyperkineze se zpožděním vývoje (314.1), Hyperkinetická porucha chování (314.2), Jiný hyperkinetický syndrom v dětství (314.8), Nespecifikovaný hyperkinetický syndrom v dětství (314.9).

Aktuální platnou úlohu v diagnostické sféře ADHD v České republice splňuje MKN 10, která představuje termín „Hyperkinetická porucha“ (Ptáček a spol., 2020). I přesto se v českých podmínkách můžeme častokrát setkat s termínem ADHD. Máloliterární publikace týkající se této problematiky upřednostňuje ve svém názvu terminologii dle Světové zdravotnické organizace. V odborných publikacích je toto obhajováno zejména z důvodu četnosti výzkumů, které jsou prováděny na území Spojených států amerických a lepšího laického povědomí (Stárková, 2016). Má práce se bude tohoto „trendu“ držet též, a tak bude v následujících řádcích spíše využíván zpopularizovaný pojem ADHD. Je nutno podotknout, že k tomuto rozhodnutí též přispěla 11. revize MKN, která vstoupila v platnost 1.1.2022 s pětiletým přechodným obdobím. MKN 11 nabízí spoustu změn, které se dotkly i termínu „Hyperkinetické poruchy“. V únoru 2024 byla Světovou zdravotnickou organizací zveřejněna oficiální česká verze, která již upouští od původního názvu a představuje terminologii „Porucha pozornosti s hyperaktivitou“ (6A05) (uzis.cz, 2024).

1.2 Definiční vymezení pojmu

Současná situace s ohledem na definiční vymezení syndromu ADHD se potýká s existencí již zmíněných dvou diagnostických klasifikačních systémů. Již zmíněný Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (aktuálně platná od roku 2023 pátá revize – DSM-5-TR.) vydávaný Americkou psychiatrickou asociací (dále jako APA) rozvíjí svůj koncept na pojmu ADHD se subtypy s převahou nepozornosti (predominantly inattentive presentation), hyperaktivity a impulzivity (predominantly hyperactive-impulsive

presentation) a kombinace zmíněného (combined presentation). Pojem představuje zkratku z angl. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, v českém jazyce překládáno jako porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou představující geneticky podmíněné predispozice k neklidnému, nestálému a nepředvídatelnému chování (Wolfdieter, 2013).

Druhý manuál neboli Mezinárodní klasifikace nemocí (v ČR stále platnost 10. revize) pod Světovou zdravotnickou organizací zastupuje pojem hyperkinetická porucha jako obdobu syndromu ADHD (ovšem nikoliv jako totožnou diagnostickou jednotku). V MKN 10. můžeme pod označením již zmíněné skupiny „Hyperkinetické poruchy“ najít podkategorie Porucha aktivity a pozornosti (F90.0), odpovídající kombinovanému podtypu ADHD a Hyperkinetická porucha chování (F90.1), odpovídající kombinovanému podtypu ADHD a poruchou chování (Theiner, 2012). Skupina hyperkinetických poruch je v klasifikaci charakterizována *„časným nástupem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou.“* (MKN 10, 2023).

1.3 Symptomatologie ADHD

Základní symptomy, jádrové symptomy či deficitní oblasti symptomů - všechna zmíněná pojetí představují ve spojení s ADHD jedno a to samé. Jde o tzv. symptomatickou triádu, kterou odborná literatura dělí na nepozornost, hyperaktivitu a impulzivitu. V rámci diagnostických manuálů hovoříme o struktuře osmnácti symptomů rozdělených dle tří zmíněných oblastí: 1. poruchy pozornosti, 2. zvýšené motorické aktivitě (hyperaktivitě) a 3. zvýšené impulzivitě (Swanson a spol., 1998, Theiner, 2012).

Základním výčtem projevů nelze symptomatologií popsat kompletně. V úvahu musíme brát též přidružené poruchy, které jsou neméně důležité při práci s dítětem s ADHD. Mezi ty můžeme zařadit percepčně motorické poruchy (poruchy motoriky, motorické a senzomotorické koordinace), poruchy percepčních funkcí (zejm. zrakového a sluchového vnímání), poruchy kognitivních funkcí (v oblasti myšlení a řeči), emoční poruchy a poruchy chování (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Mapování symptomů ADHD může být významné především pro vývoj dítěte. Projevy v průběhu života mohou způsobovat nesnáze jak malým dětem, tak i dospělým lidem

s ADHD. Uvědomění a systematická práce se symptomy jedince mohou být pro život „ádeháďáka“ zlomové (Goetz, Uhlíková, 2009).

1.3.1 Porucha pozornosti

Symptom poruchy pozornosti může v porovnání s hyperaktivitou a impulzivitou působit skrytým a lehce přehlédnutelným dojmem. Bohužel právě porucha pozornosti v mnohém výrazně znepríjemňuje lidem s ADHD život. Výrazná je tzv. nesoustředěnost či roztěkanost, která se může projevovat již od útlého věku například přes neschopnost dokončovat práci či neplnit úkoly. Řada neschopností dětí s ADHD vzniká právě v důsledku slabé koncentrace (lehce narušena vnitřními či vnějšími podněty), krátkodobosti, distribuce a selektivnosti pozornosti (Svoboda, Krejčířová & Vágnerová, 2001). „*Cena za neschopnost koncentrovat se může být značná, a to nejenom ve smyslu vzdělání a úspěchu ve škole, ale také co do schopnosti vést normální šťastný život s rodinou a přáteli.*“ (Munden, Arcelus, 2008, str. 24).

1.3.2 Hyperaktivita a impulzivita

Dítě, které neustále neseď na svém místě, vrtí se, vykřikuje, povídá či pošťuchuje ostatní. Hyperaktivita se projevuje nadměrnou či vývojově nepřiměřenou motorickou a hlasovou aktivitou. Děti vykazují aktivitu a pohyby, které se dají považovat za zcela bezúčelné. Literatura na tento rys nahlíží jako na psychomotorický neklid, projevující se jak v hrubé, tak i v jemné motorice (lze pozorovat i lehké záškuby mimického svalstva). Zvýšená aktivizační úroveň se poměrně významně projevuje i v řečovém projevu, kde může být přítomna překotnost, neustálá snaha o překřikování (neodhadnutí intenzity hlasu) a komunikační neukázněnost.

Impulzivita se podílí především na procesu okamžité reakce na podnět, která neodpovídá dané situaci. Jde o reakci bez fáze rozmyšlení, která promýšlí důsledek či následek momentálního jednání (Jucovičová, Žáčková, 2010). „*Dítě jedná okamžitě, na první popud, v podstatě bez zábran, zbrkle, což velmi často vytváří nebezpečné, ohrožující situace jak pro dítě, tak pro jeho okolí*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 33).

1.4 Etiologie

ADHD se řadí do neurovývojových poruch dětského věku. Projevy se manifestují ve třech základních symptomech (již zmíněné hyperaktivitě, nepozornosti a impulzivitě). Tyto charakteristiky se projevují v důsledku vývojových abnormalit v oblasti prefrontálního kortextu ve spojení s neurotransmitterovou poruchou dopaminerních a

noradrenergických drah (Kulhánek In Miovský, 2018). Samotná etiologie v případě syndromu ADHD je ovšem stále oblast, nad kterou „visí otazník“. U patofyziologie nejsou objasněné přesné příčiny. Zmiňována je často kombinace neurobiologických, genetických, biochemických a kognitivních činitelů (Pacl a kol., 2007).

Faktory, které se nadále mohou podílet na vzniku ADHD, můžeme rozdělit do genetických a negenetických. Velká pravděpodobnost výskytu je spojena se zastoupením ADHD u příbuzných tzv. prvního stupně (člen rodiny, který s určitým jedincem sdílí zhruba 50 % genů) (Stárková, 2016). Odborné práce a praxe též zmiňují větší pravděpodobnost výskytu v případě diagnostiky ADHD v mužské linii (Jucovičová, Žáčková, 2010). S více scénáři (rizikovými faktory) je operováno u příčin negenetických. Jedná se o působení negativních vlivů v období prenatalním (zdravotní stav, životní styl matky v době gravidity), perinatálním (komplikovaný porod-nedostatek kyslíku při porodu, předčasný/opožděný porod) a postnatálním (onemocnění, úrazy). V rámci tzv. zevních či negenetických příčin jsou zmíněné i vlivy ekologické, kam lze například zařadit zvýšený spad těžkých kovů a radioaktivity. Tyto vlivy mohou působit rizikově, tzn. mohou vést k syndromu ADHD, ale ani zmíněné okolnosti nemusí ADHD u všech dětí vyvolat (Hort, 2008).

1.5 Diagnostika

Syndrom ADHD je psychiatrickou diagnózou. Na základě toho tak lze odvodit, že diagnóza může být stanovena pouze dětským psychiatrem. V publikacích zabývajících se vyšetřením ADHD lze také najít možnost diagnostiky od neurologa. V tomto ohledu je dobré dodat, že vyšetření neurologa spíše působí jako vyšetření doplňkové. To znamená, že je žádoucí u pacientů s netypickými projevy ADHD, či u jedinců se známkami rozsáhlejšího postižení centrálního nervového systému (Goetz, Uhlíková, 2010). Každopádně lze najít i oficiální zdroje, které prezentují možnost diagnostiky klinickým psychologem. Takto tomu je například na oficiálních stránkách MŠMT ve složce: oblast poradenství (2024), kde se diagnostika prezentuje následovně: „*I nadále platí, že diagnózu ADHD, resp. Poruchy pozornosti a aktivity (protože ADHD není diagnóza zapsaná v MKN 10) určuje klinický psycholog či psychiatr, tak aby zdravotník vyhodnotil, zda dítě potřebuje medikaci či nikoliv.*“ (MŠMT, 2024)

Psychiatrie k diagnostice ADHD využívá manuál MKN 10 či DSM V. Ačkoliv se v rámci evropské psychiatrie setkáváme výhradně s diagnostikou dle Mezinárodní klasifikace

nemocí, v následujícím textu budou v komparaci popsány požadavky obou klasifikačních systémů.

U obou klasifikačních diagnostických systémů se můžeme setkat se souhrnem osmnácti symptomů rozdělených do oblasti nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Tyto symptomy, popsané v tabulce pod textem, by se pro diagnostiku ADHD měly vyznačovat několika charakteristikami následovně zmíněnými: 1. symptomy hyperaktivity, impulzivity a nepozornosti by měly přesahovat rámec normy odpovídající mentálnímu a chronologickému věku dítěte (bohužel samotné hodnocení nadměrné vyjádřenosti jednotlivých jádrových příznaků je poměrně subjektivní záležitost, která nebyla doposud přesněji kvantifikována), 2. příznaky by se měly projevovat po delší dobu (minimálně 6 měsíců), 3. projevy by se měly projevit ve více situacích, prostředích (př. doma, ve škole, na zájmovém útvaru), 4. dle MKN 10 by měly být projevy viditelné do 7 let věku (obvykle v prvních pěti letech života), dle DSM V. do 12 let věku.

Tab. 1 Typické příznaky ADHD v dětství (dle MKN 10 s dodatky DSM V.)
(Příhodová, 2011, cdc.gov, 2023)

Nepozornost (MKN 10- přítomnost 6/9 příznaků, DSM 5 – přítomnost 6/9 příznaků)
▪ Obtížná koncentrace pozornosti (dle DMS V. - přesněji opomíjení detailů, chyby z nedbalosti)
▪ Neschopnost udržet pozornost (dle DSM V. – při plnění úkolů, herních činnostech)
▪ Neposlouchání (dle DSM V. – při přímé mluvě, př. přednáška, konverzace)
▪ Nedokončením úkolů (dle DSM V. – zařazeno i neposlouchání instrukcí)
▪ Vyhýbání se úkolům vyžadující mentální úsilí
▪ Nepořádnost, dezorganizovanost
▪ Ztráta věcí
▪ Roztržitost (dle DSM V.- snadné přerušování soustředění vnějšími podněty)
▪ Zapomnětlivost (dle DSM V. – při denních aktivitách)
Hyperaktivita (MKN 10- přítomnost 3/5 příznaků, DSM V spojuje příznaky hyperaktivity s impulzivitou- přítomno musí být 6/9 příznaků)
▪ Neposedný, vrtí se (dle DSM V. často neúčelně pohybuje rukama nebo se vrtí na židli)

- Nevyrdrží sedět na místě (dle DSM V. často opouští místo v situacích, kdy je očekáváno, že zůstane na místě)
- Pobíhá kolem (dle DSM V. v situacích, kdy je to nevhodné)
- Vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho (dle DSM V. při volnočasových aktivitách)
- Je v neustálém pohybu
- Nadměrně mnohomluvný (DSM V. zařazuje do hyperaktivity, MKN 10 zařazuje do impulzivity)

Impulzivita (MKN 10- přítomnost 1/4 příznaků)

- Nezdrženlivě mnohomluvný
- Vyhrkne odpověď bez přemýšlení (dle DSM V. před dokončením otázky)
- Nedokáže čekat
- Přerušuje ostatní

Stanovení diagnózy ADHD je poměrně náročným procesem, který vyžaduje co nejkompexnější sběr informací o dítěti. Je nutné získat jednoznačnou představu o osobnosti dítěte, vztazích v rodině a mezi vrstevníky, o silných a slabých stránkách, školních potřebách. Informace lze získat z lékařských zpráv, rozhovorů (důležitý je osobní kontakt dítěte s lékařem), klinických pozorování a jiných vyšetření. Lze si též vyžádat posudky ze stran odborníků (např. k doplnění školní anamnézy - učitel, školní poradenský psycholog či speciální pedagog, zdravotní anamnézy- pediatr, logoped ...) (Munden, Arcelus, 2002). Data a informace o dítěti mají napomoci k co nejpřesnější anamnéze a přehledu symptomů, které mohou být např. zaměněny s příznaky jiných psychických onemocnění, případně mohou být symptomy důsledkem určitých obtíží, nikoliv příčinou. Symptomatologie ADHD se občasně prolíná s jinými poruchami, které je třeba vyloučit, či reakcí na životní situaci, ve které se dítě nachází. Nutnost vyžádání si co nejvíce podkladů a informací o dítěti podmiňuje fakt, že neexistuje jednotný diagnostický nástroj pro ADHD. (Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2013).

Samotné vyšetření zahrnuje především „*klinické psychiatrické vyšetření (pohovor s rodiči a dítětem); vyplnění dotazníku o chování dítěte; pohovor lékaře s učitelem dítěte, včetně vyplnění škál o chování dítěte ve škole; IQ test školních dovedností (obvykle skrz psychologa); laboratorní vyšetření (v případě nutnosti).*“ (Goetz, Uhlíková 2009, str. 55)

1.6 Terapie a léčba

Terapie a léčba vyžaduje individuálně komplexní přístup, kdy je zapotřebí velké úsilí při spolupráci multidisciplinárního týmu. V tomto smyslu nehovoříme pouze o odbornících (příslušný lékař, psycholog, speciální pedagog, učitel atd.), ale veškerých i osobách podílejících se na výchově dítěte s ADHD. Tedy i rodiče, prarodiče či trenéra. „*Jde o to vytvořit jakousi terapeutickou alianci, která spolupracuje na komplexní léčbě*“ (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 81). Toto úsilí je často ponecháno na bedrech rodin, které v případě nevyhledání odborné pomoci bojují s ADHD osamoceni a bez pomoci (Šlapal, 2022).

Komplexní léčba dává důraz na výchovná a režimová opatření, která by se měla nastavit od nejtělejšího věku. Optimálně by měl být výchovný a vzdělávací přístup dodržován jak v domácím, tak i školském prostředí. Škola a zejména pedagogičtí pracovníci plní svou významnost nejenom v diagnostice, ale především při léčbě. V oblasti školství je nutné navázat silnou spolupráci trojúhelníku: škola, rodina, pedagogicko-psychologická poradna. Též psychoterapie hraje v celistvosti významnou, dalo by se říct nezastupitelnou úlohu. Terapie nabízí široké spektrum odlišných technik. Ve spojitosti s ADHD se nejčastěji zmiňuje kognitivně behaviorální terapie (KBT). Mezi další přínosné terapie můžeme uvést aplikovanou behaviorální analýzu (ABA), individualizovaný program jednoduchých pohybových aktivit (HANDLE), či metodu zaměřenou na neuromotorickou zralost (INPP). Velkým přínosem může být i terapie rodinná.

Častým a velice kontroverzním tématem je ADHD a léky. S ohledem na názorovou rozlišnost je třeba rodiče dostatečně informovat a poukázat na důležitost kontinuity podávání léků. Nutné je též sdělit informace o možnosti prvotního nevyhovujícího zvolení určitých medikamentů a hledání správné cesty ve zvolení vhodné farmakoterapie (Munden, Arcelus, 2008). Medikamenty užívané k léčbě ADHD můžeme rozdělit na stimulantia (ovlivňují dopaminový systém) a látky nestimulační (působí na metabolismus noradrenalinu). Nasazení léků je nejvhodnější mezi 5 až 7 rokem dítěte (před nástupem do ZŠ). Je nutné si uvědomit, že léčba farmaky by nikdy neměla být jediným a tím hlavním léčebným opatřením, začleněna by vždy měla být celková psychosociální, vzdělávací a behaviorální intervence (Šlapal, 2022, Goetz, Uhlíková, 2009).

2 ADHD a rodina

ADHD je často spojováno se slovem problém, a to především v prostředí školském. Překážky ovšem nenastávají pouze tam. Rodina je též místem, kde dokáže ADHD způsobit „pěkný zmatek“. V případě, že rodiče nejsou dostatečně připraveni, problematika ADHD může rodinu ovlivnit do značně negativní míry (známá je např. vyšší rozvodovost u rodin s dítětem a ADHD).

V souvislosti můžeme zmínit konceptualizaci rodin právě na základě dopadů ADHD. Rodiny lze dle fungování rozdělit na chaotickou, řízenou ADHD, přeživší a reinvestovanou. Chaotickou rodinu můžeme popsat jako nestrukturovanou, emočně vyčerpanou, bez vnější podpory a využívání jakýchkoliv copingových strategií. U rodiny řízené ADHD je centrum veškerého dění směřováno a obětováno diagnóze dítěte. Přeživší rodina má snahu, co nejlépe přečkat veškeré situace spojené s ADHD. Poslední typ, reinvestovaná rodina tzv. investuje do rozvoje rodičovských kompetencí, které mohou ovlivnit fungování rodiny s dítětem. Právě prohlubování rodičovských dovedností na základě dostatečné informovanosti může být jak pro dítě, tak i pro fungování rodiny (na bázi rodičovství, partnerství) klíčovým krokem ovlivňujícím budoucí blaho rodiny (Kendall, Shelton, 2003).

2.1 Význam a funkce rodiny pro dítě s ADHD

Pojem rodina představuje širokou škálu definic, které se nám spolu s dynamikou společnosti neustále proměňují. Jako důkaz tomu může být užití spojení tradiční, moderní a postmoderní společnosti. Charakteristiky, které jsou vztahovány ke společnosti, užíváme též ve spojitosti s historickým vývojem rodiny (Lašek, Loudová, Vondroušová, Kalibová, Květenská, 2015).

Pojetí rodiny v této práci bude směřováno především ke vztahu a významu k dítěti. Definice dle sociologického slovníku rodinu označuje jako „*obecně původní a nejdůležitější společenskou skupinu a instituci, která je základním článkem sociální struktury i základní ekonomickou jednotkou a jejímiž hlavními funkcemi je reprodukce trvání lidského biologického druhu a výchova, respektive socializace potomstva, ale i přenos kulturních vzorů a zachování kontinuity kulturního vývoje.*“ (Petrusek, 1996, str. 940).

Rodina představuje nenahraditelnou instituci. Jde o jeden z nejdůležitějších socializačních činitelů, který ovlivňuje všechny členy, jež jsou součástí. (Šulová, 2011). Dítěti předává „sociální hodnoty, normy a pravidla, způsoby komunikace, způsoby uvažování a řešení situací. Rodina poskytuje jedinci obraz sebe sama, permanentní zpětnou vazbu složenou často z nestejných postojů jednotlivých členů rodiny – vytváří základ pro formování vlastní identity, pro tvorbu sebeobrazu, pro postoj k sobě samému.“ (Šulová, 2011, str. 9)

Rodinné prostředí hraje významnou roli ve výchově dítěte s ADHD. Ačkoliv se etiologie přiklání k faktorům genetickým a neurochemickým, nelze opomenout tzv. psychosociální faktory. V záměru rodiny je tím myšlena stabilita rodiny, podpora prostředí či způsob interakce mezi rodiči a dětmi. ADHD je považována za poruchu závislou na prostředí, které dokáže ovlivnit intenzitu negativních příznaků projevujících se v dospívání (Kendall, Shelton, 2004). Rodina tak může „poučeným přístupem a podporou léčby nezastupitelně přispět ke zmírnění příznaků a tím pomoci svému dítěti žít klidněji, s méně konflikty a větší chutí do života“ (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 15).

2.2 Problematika rodičovství u dětí s ADHD

Život s dítětem s poruchou pozornosti a hyperaktivity může být frustrující. Rodič si často sám sebe představuje v roli vzoru a životního průvodce. „Většina rodičů chce dítěti zajistit, co nejkrásnější dětství a připravit ho co nejlépe na úspěšný život, ...“ (Šlapal, 2022, str. 41). Tyto představy bohužel často naráží na realitu, a o to více u dětí se syndromem ADHD. Rodiče často zmiňují pocity „vyčerpání připomínáním stále stejných věcí, neustálým dohledem nad psaním domácích úkolů a nakupováním znovu a znovu ztracených školních pomůcek, věčnými obavami z toho, s jakým úrazem se dítě vrátí z her s kamarády.“ (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 15). U rodin dětí s ADHD lze najít výskyt vyššího emocionálního stresu, vyčerpání a pocitu rodičovského selhání, který se projevuje v nízkém sebevědomí role rodiče spolu s vyšší mírou deprese. (Moen, 2014). Stěžejní fakt může být též věk diagnostiky ADHD. Podezření zpravidla přichází až při nástupu do školského zařízení. Do té doby může žít rodič v dojmu, že je neschopný vychovat své dítě. Okolím jsou děti považované za nevychované a špatně vedené (Goetz, Uhlíková, 2009).

Jak již bylo naznačeno, ADHD neovlivňuje pouze samotné dítě. Jde o záležitost, která dokáže závažně ovlivnit celou rodinu. Zasažena je oblast partnerských vztahů. Rodiny

s dětmi s ADHD často uvádějí výskyt manželských problémů (též vyšší míru rozvodovosti) právě v souvislosti s projevy ADHD u jejich dítěte. Rodiny jsou též často ohroženy sociální izolací. Symptomy dítěte s ADHD na veřejnosti mohou způsobit vyčlenění ze společenského života, a to ať už ze strany „unavených“ rodičů či stranících se kamarádů a příbuzných. Není výjimkou, že syndrom ADHD se též podepisuje na sourozeneckých vztazích nebo spíše vystupňované sourozenecké rivalitě.

Důsledky ADHD mohou být po stránce partnerské, rodinné i sociální poměrně rozsáhlé. Ačkoliv se často hledá pomoc pro děti s ADHD ve formě podpůrných opatření či farmakoterapie, je nutné si uvědomit celistvý přístup, který by měl napomoci celé rodině a jejímu směřování k co nejefektivnějšímu pochopení ADHD u daného dítěte. Uvědomění a přijetí jsou důležitými kroky, které rodině napomohou k porozumění. Ač dnes slyšíme slovo ADHD na každém rohu, přijetí psychiatrické diagnózy vlastního dítěte může být stále náročným procesem (Munden, Arcelus, 2008).

Nutné je zdůraznit, že rodinné nesnáze, které sebou může ADHD přinést, uzavírají tzv. začarovaný kruh. U dítěte s ADHD je mnohem důrazněji vyžadován pocit jistoty. Běžné hádky a konflikty mohou být pro dítě náročné. Roztěkanost, ve smyslu rozrušení a zmatku, situaci dítěti neulehčuje. Často pak může přijít neadekvátní reakce na prožívanou situaci (strategie úniku, regrese, popření, poutání pozornosti, útoku), která zapadne do obrazu „nevychovaného“ dítěte, které neumí rodič zvládnout (Train, 1997).

2.2.1 Systémová podpora dítěte s ADHD a jeho rodiny

ADHD je diagnóza prolínající se všemi oblastmi života dítěte včetně oblasti rodinné, jak již bylo naznačeno v předchozí kapitole. Přáním, které by vyřkl asi každý rodič, je pocit pochopení a přijetí ze strany společnosti. Dostatečná a srozumitelná informovanost by měla napomoci k porozumění jednání dítěte. Znalost ohledně aktuálního stavu dítěte dává rodičům či pečujícím osobám výhodu ujasnění a interpretování chování lidem, kteří do styku s ADHD dítětem přijdou (rodinní příslušníci, učitelé, pedagogové zájmových útvarů...).

Výchova dítěte s ADHD dokáže postavit do cesty překážky, které jsou často pro rodiny těžko překonatelné. Rodičovské kompetence jsou ve výchově dítěte s ADHD naprosto klíčovou oblastí. Rodiče zpravidla touží po podpoře a konkrétních radách, které by jim měly napomoci v každodenních situacích (Ptáček, Pemová, Purrová, Čeledová, 2010).

V odborné literatuře lze nejčastěji najít následující instituce, které by měly nabízet podporu v problematice ADHD:

- Školní zařízení
- Pedagogicko-psychologické poradny
- Speciálně pedagogická centra
- Ambulance klinického psychologa, psychiatra, neurologa či pediatra
- Občanská sdružení s odpovídajícím zaměřením (poskytující systematickou poradenskou, terapeutickou a vzdělávací podporu)
- Soukromá terapeutická pomoc
- Poradny pro manželství, rodinu
- Střediska výchovné péče

(Goetz, Uhlíková, 2009)

3 Partnerská spolupráce mezi pedagogicko-psychologickou poradnou a rodiči dětí s ADHD

Diagnóza ADHD je spojována se školním prostředím. Právě nástup do školského zařízení, který sebou nese zařazení do kolektivu a nutnost dodržování pravidel často vyzdvihne problémy v chování. Prvotní stimul s ohledem na problematiku chování se mnohdy pojí s pedagogickými pracovníky dané školy (Ptáček, Pemová, Purrová, Čeledová, 2010). Nástup do školy je tak místo pocitu zápalu nahrazen stupňujícími projevy, které negativně ovlivňují školní výkon dítěte. Dítě má ve škole problém s uposlechnutím pedagoga či zapadnutím mezi své spolužáky.

V případě podezření na diagnózu ADHD je školou doporučena návštěva školského poradenského zařízení. Pod tato zařízení spadají i pedagogicko-psychologická centra, která nejčastěji řeší zmíněnou školní problematiku (Kendíková, 2019). Díky vlivu, které má školní prostředí na dítě (jak po vzdělávací, tak po výchovné stránce), jsou pedagogicko-psychologické poradny frekventovaným zdrojem informací. Ptáček (2010) uvádí, že až 35 % informací jsou rodině zprostředkovány přes PPP, které se stávají součástí vzdělávacího procesu v případech, kdy je tento proces ztížen. PPP jsou z hlediska dítěte s ADHD klíčové z důvodu doporučení, na jehož základě mohou být přiznaná podpůrná opatření. Pomoc se ovšem netýká pouze samotného dítěte, ale i prostředí rodiny a školy, kde může PPP nabídnout své služby také.

3.1 Legislativní vymezení pedagogicko-psychologických poraden jako školského poradenského zařízení

Pedagogicko-psychologické poradny patří do skupiny školských poradenských zařízení, které spadají pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Klíčový zákon zaměřující se na rámcové vymezení školských poradenských zařízení (dále je ŠPZ), kam dále spadají i speciálně pedagogická centra, je zákon č. 564/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, v platném znění (Kendíková, 2019). § 116 zmíněného školského zákona (č. 564/2004) definuje ŠPZ jako pracoviště „*zajišťující pro děti, žáky a studenty a jejich zákonné zástupce, pro školy a školská zařízení informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost, poskytují odborné speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby, preventivně výchovnou péči a napomáhají při volbě vhodného vzdělávání dětí, žáků nebo studentů a přípravě*

na budoucí povolání.“ V § 16 až 18 se nadále zákon věnuje poradenské pomoci ŠPZ, revizi, vzdělávání nadaných žáků a individuálnímu vzdělávacímu plánu (dále IVP).

Dokumentem detailněji rozebírající poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních je vyhláška č. 607/2020 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb. Tato vyhláška rozpracovává jak obecné zásady poskytování školských poradenských služeb (pravidla a účel poskytování, potřebná dokumentace), tak i přesnější vymezení činnosti pedagogicko-psychologické poradny (psychologická a speciálně pedagogická diagnostika, příloha č. 1 k vyhlášce č. 72/2005 Sb., standardní činnost poraden).

V souvislosti s náplní PPP nelze nezmínit vyhlášku č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů. Vyhláška operuje s pojmem podpůrná opatření, která jsou uplatnitelná pouze na základě doporučení školských poradenských center. Nadále stanovují postup, uplatňování, organizaci podpůrných opatření spolu s dalšími náležitostmi (zprávy a doporučení od ŠPZ).

3.1.1 Činnost pedagogicko-psychologické poradny

„Posláním poradny je vytvářet vhodné podmínky pro zdravý tělesný a duševní vývoj dětí a mládeže i pro jejich řádný sociální rozvoj.“

(Jedlička, Koťa, Slavík, 2018, s. 364)

Naplňováno to tak je přes speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby zaměřující se na vzdělávací a výchovné obtíže pro děti, žáky a studenty (Mikulková, Šrahůlková, 2014).

Činnosti PPP můžeme rozdělit do okruhu výchovného poradenství, informační činnosti, diagnostické činnosti, reedukační činnosti a činnosti metodické (Jedlička, Koťa, Slavík, 2018). Pod zmíněné oblasti lze zařadit služby odborné v rámci psychologické a speciálně pedagogické pomoci, konzultace s žáky, zákonnými zástupci či navštěvující školou, testování školní zralosti a zjišťování způsobilosti k přijímacím a maturitním zkouškám, diagnostiku příčin školní neúspěšnosti a specifických potřeb učení, řešení výukových obtíží, práce s poruchami chování, adaptační problémy, identifikace a vedení k vhodnému pojetí stylu učení, reedukace, výchovné a kariérní poradenství (Kendíková, 2019).

3.2 Způsob spolupráce rodiny a pedagogicko-psychologické poradny

Poradenská práce je zpravidla vázaná k dětským klientům. Právě z důvodu zmíněné cílové skupiny nelze opomenout spolupráci s rodinou. Zákonní zástupci jsou nedílnou a nepostradatelnou složkou celého poradenského procesu. Bez žádosti, kterou musí rodina podat, by byl jakýkoliv proces obyčejně nemožný. V předchozí části práce, která se věnovala rodině a jejímu významu k vývoji dítěte, byla již jasně naznačena jedinečnost rodiny (Hadj-Mousová, Duplinský, 2002). Silné postavení a význam rodiny si uvědomuje též poradenský proces, který je ve vztahu s klienty definován následovně: „*Proces, při kterém profesionál poskytuje druhému člověku (páru, rodině, skupině) ve vztahu partnerské spolupráce při řešení problému informace, rady, vedení a podporu přiměřeně k (nepříznivé) životní situaci člověka a jeho životním cílům a potřebám tak, aby se zlepšila schopnost jedince (páru, rodiny, skupiny) se ve své životní situaci orientovat a na základě využití vlastních sil a zdrojů okolí ji co nejlépe řešit nebo přijmout včetně přijetí odpovědnosti za důsledky rozhodnutí.*“ (Baštecká, 2009, str. 236). Z výše uvedené definice vyplývá významná spolupráce a provázanost, která přináší klientovi informace potřebné a především srozumitelné. Jako vhodný příklad (vzhledem k tématu a náplni této bakalářské práce) můžeme uvést dotaz na téma vhodného výchovného působení na dítě s ADHD z pohledu rodiče, příp. i školy.

V případě možností spolupráce rodiny s dítětem s ADHD a pedagogicko-psychologické poradny lze čerpat z 1. přílohy vyhlášky č. 72/2005 Sb. Zde je standartní činnost poraden popsána v třech částech: a) komplexní, věnující se činnosti v rámci psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky, b) intervenční, c) informačně-metodické (spolu s přípravou podkladů a odpovídající dokumentace). Pro tuto práci bude představena především druhá a třetí část, která detailněji zmiňuje možnosti spolupráce PPP a rodiny dítěte se specifickými poruchami učení a chování. Spolupráce může být naplňovaná přes následující nabídku služeb:

- Poradenská intervence u zákonných zástupců v životní krizi či nouzi spolu s poskytnutím individuální pomoci těmto jedincům při zpracování krize v případech, které negativně ovlivňují vzdělávání dítěte nebo žáka.

- Poradenské či poradensko-terapeutické vedení rodin s dítětem či žákem v případě problémů, které negativně ovlivňují jeho vzdělání.
- Poradenské konzultace a vedení zákonných zástupců dětí, žáků a studentů, jimž je poskytována skupinová či individuální diagnostická a intervenční péče.
- Metodické vedení může být zákonným zástupcům nabídnuto v rámci podpůrných rodičovských skupin.

4 Spolupráce pedagogicko-psychologické poradny s rodiči dětí s ADHD

4.1 Vymezení cíle, metod a techniky výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bakalářské práce je porovnat v jaké formě a rozsahu je naplňována spolupráce rodiny dítěte s ADHD a pedagogicko-psychologické poradny dle uvedené nabídky standartních služeb zmíněných v první příloze vyhlášky č. 72/2005 Sb., v aktuálním znění. Hlavní cíl je následně rozložen do třech **dílčích cílů**:

- Zjistit nabízené možnosti spolupráce pedagogicko-psychologické poradny s rodinami dětí s ADHD
- Zjistit jaké služby jsou rodinami dětí s ADHD nejvíce vyžadovány.
- Zjistit názor pracovníků PPP na nabídku spolupráce pro rodiny s ADHD.

Vytyčený hlavní cíl a dílčí cíle práce poskytly základ **tazatelským otázkám** využívaných v rámci rozhovorů s respondenty:

VO₁: V jakých oblastech mohou PPP rodičům dětí s ADHD pomoci?

VO₂: Jaké služby PPP rodičům s dětmi ADHD nabízí?

VO₃: Jaké služby jsou rodičům dětí s ADHD doporučeny mimo působnost PPP?

VO₄: Jaké služby nejčastěji rodiče dětí s ADHD žádají, diagnostické, jiné ?

VO₅: Jaké služby by poradna doporučila jako potřebné pro rodiny dětí s ADHD?

VO₆: Co může být překážkou pro následnou podporu a spolupráci po stanovení diagnózy dítěte s ADHD?

VO₇: Jeví se vám poskytované služby ze strany PPP dostatečně?

VO₈: Pokud by umožňovaly podmínky, jaká by byla Vaše představa o spolupráci a pomoci rodině dětí s ADHD?

Metodologie a metodika výzkumu:

V teoretické části bakalářské práce byla provedena obsahová analýza publikací blízkých tématu práce v oblastech syndromu ADHD a jeho vztahu k rodinnému prostředí, možností pomoci rodině s dítětem ADHD se zaměřením na podporu přes pedagogicko-psychologické poradny dle legislativního ukotvení.

Pro výzkumnou část bylo použito kvalitativní šetření. Přístup kvalitativního výzkumu nabízí hlubší porozumění zkoumaného problému. „*Získává podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu*“ (Hendl, str. 50). Přesnější definiční náhledy se dle Švaříčka a Šed'ové a kol. (2007) spíše odlišují. „*Prakticky každá definice zdůrazňuje jiný znak kvalitativního výzkumu jako zásadní odlišující aspekt*“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 13). Z obecného hlediska lze soudit, že neexistuje všeobecně uznávaný způsob jednotného vymezení kvalitativního výzkumu (Hendl, 2023). Každopádně na vymezení lze nahlížet z pohledu užití metody sběru dat, dle metody usuzování, typu dat a způsobu analýzy (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

Snaha kvalitativního výzkumu spočívá v porozumění kontextu a prostředí, kde se zkoumaný jev nachází. „*Jak jsou významy i praxe ovlivňovány prostředím, lidským (sociálním) i ne-lidským (příroda živá i neživá, lidské výtvořiny), a naopak, jak toto prostředí zpětně ovlivňuje, vytvářejí*“ (Novotná, Špaček, Šťovíčková, 2019, str. 259). Právě tento důvod byl zohledněn při výběru výzkumného přístupu pro tuto práci. Výzkumná část by měla zvážit kontextuální pochopení, perspektivu ze strany poradenských pracovníků a zvážení specifických potřeb. Zmíněné důvody pro volbu kvalitativního výzkumu můžeme označit za jeho přednosti. Mnozí autoři však výzkum dosahující výsledků bez statistických metod či jiných způsobů kvantifikace vnímají negativně. V kritice je zmíněná především malá zobecnitelnost a obtížnější kvantitativní predikce. Z důvodu kvalitativního způsobu dat je též zvýšená časová náročnost na sběr dat. Často je také zmiňovaná lehčí ovlivnitelnost ze strany osobních preferencí výzkumníka (Hendl, 2023).

Pro sběr dat byla vybrána metoda rozhovoru, kterou lze chápat jako „*kontextuální událost, při níž jsou ve vzájemné interakci či spolupráci mezi tazatelem a dotazovanými konstruovány významy a porozumění.*“ (Novotná, Špaček, Šťovíčková, 2019, str. 317). Vedení rozhovoru ze strany tazatele lze označit uměním i vědou. U tazatele se vyžadují dovednosti, promyšlení, příprava i teoreticko-metodický přehled stejně tak, jako zvědavost a schopnost naslouchání. Pokud není rozhovor veden uváženě, zjištěná data mohou vést k reprodukci obvyklých předsudků či názorů (Novotná, Špaček, Šťovíčková, 2019).

Pomocí rozhovorů byli dotazováni pracovníci pěti pedagogicko-psychologických poraden. Sběr dat byl koncipován v rámci polostrukturovaného rozhovoru, který umožnil

větší otevřenost a flexibilitu. Rozhovor byl strukturován s částečně připravenou oporou, která byla jakýmsi průvodcem napříč klíčovými tématy. „*U rozhovoru s rámcovou tematickou osnovou není pořadí témat neměnné, výzkumník flexibilně reaguje na odpovědi dotazovaného a sleduje linii vyprávění, nicméně obvykle se snaží položit všechny otázky, které si připravil.*“ (Novotná, Špaček, Šťovíčková, 2019, str. 322). Zjištěná data byla následně kategorizována dle otevřeného kódování, přes které budou identifikovány klíčové vzory a témata relevantní k tématu bakalářské práce (Švaříček, Šedřová a kol., 2007).

4.2 Výzkumný soubor

Pro účel praktické části této práce byl výzkumný vzorek složen z pracovníků pedagogicko-psychologických poraden. V anotaci nebyl popis respondentů více charakterizován. Každopádně realizace rozhovorů nakonec vždy probíhala s profesí speciálního pedagoga jako zaměstnance pedagogicko-psychologické poradny. Ve všech případech se jednalo o ženy ve věkovém rozložení od 40 do 50 let s minimálně desetiletou praxí.

První kontakt probíhal emailovou formou, kde byly uvedeny veškeré informace s prosbou o spolupráci (emailový kontakt získán přes webové stránky). Osloveny byly poradny v Praze, Středočeském, Ústeckém, Královehradeckém, Pardubickém a Libereckém kraji. V případě projevení zájmu ze strany pedagogicko-psychologické poradny byl následně sjednán termín rozhovoru. Rozhovory probíhaly v průměru 35 minut. Respondentky byly před počátkem rozhovoru seznámeny se zachováním anonymity. Tazatelé bylo též uděleno svolení nahrávat rozhovory pro účel přepsání a přesnějšího zpracování v rámci analýzy získaných dat.

Respondent 1 (R1): Žena, dosažené magisterské vzdělání - obor speciální pedagogika, psychoterapeutický výcvik, praxe v poradenském zařízení okolo 15 let. S klienty s ADHD se setkává především v rámci vyšetření, reedukačních (v rámci SPU) a psychoterapeutických intervencí.

Respondent 2 (R2): Žena, dosažené magisterské vzdělání - obor speciální pedagogika, absolventka rigorózní zkoušky s udělením titulu PaedDr., praxe v poradenském zařízení kolem 30 let, vedoucí poradenského zařízení. Aktuálně se s klienty ADHD setkává především v rámci vyšetření, spíše pracuje s dětmi se SPU, pro které vede reedukační intervence.

Respondent 3 (R3): Žena, dosažené magisterské vzdělání - obor speciální pedagogika, absolventka rigorózní zkoušky s udělením titulu PaedDr., praxe v tzv. třídě pro žáky s poruchou školní nepřizpůsobivosti, působnost v poradenském zařízení kolem 20 let. Aktuálně se s klienty ADHD setkává především v rámci vyšetření, reedukace dysortografie, skupinových programů pro rodiny s ADHD, matka dvou synů s ADHD.

Respondent 4 (R4): žena, dosažené magisterské vzdělání - obor speciální pedagogika, praxe 4 roky ve středisku výchovné péče (zástup za mateřskou dovolenou), působnost v poradenském zařízení kolem 10 let. S klienty s ADHD se setkává především v rámci vyšetření, konzultačních hodin a při spolupráci se školskými zařízeními (MŠ, ZŠ).

Respondent 5 (R5): Žena, dosažené magisterské vzdělání - obor speciální pedagogika, dvouletá praxe asistenta pedagoga ve třídě s dítětem s ADHD (při mateřské dovolené), praxe v poradenském zařízení kolem 10 let. S klienty s ADHD se setkává především v rámci vyšetření, reedukačních (v rámci SPU) a individuálních intervencí, teta chlapce s ADHD.

4.3 Analýza výsledků

Již v popisu metodologie bylo zmíněno otevřené kódování, které posloužilo ke zpracování získaných rozhovorů. V procesu otevřeného kódování byly přepsány nahrané rozhovory, jež byly několikrát důkladně přečteny. Následně jsem do vytisknutých rozhovorů zaznamenávala své poznámky a zvýrazňovala jevy, které by mohly zapadat do určitých skupin. Po rozepsání a rozdělení jednotlivých výroků jsem dopracovala kategorizování, které se v některých oblastech překrývalo, či se nevztahovalo k ústřednímu tématu práce. Závěrem bylo vytvořeno šest kategorií, které spadají pod dílčí výzkumné otázky uvedené v následující tabulce.

Tab. 2 Souhrn kategorií z výsledků výzkumného šetření

Dílčí výzkumné otázky	Kategorie	Kódy
Jaké konkrétní možnosti spolupráce nabízí pedagogicko-psychologická poradna rodinám dětí s ADHD?	Poskytované služby rodinám dětí s ADHD pedagogicko-psychologickou poradnou.	<i>Diagnostické vyšetření, spolupráce se školou, podpůrná opatření, intervence skupinová a individuální</i>
	Doporučené služby mimo možnosti pedagogicko-psychologické poradny.	<i>Sít odborníků z oblasti ADHD (neurolog, psychiatr, klinický psycholog, etoped, psychoterapeut)</i>
Které služby jsou žádané a potřebné pro rodiny dětí s ADHD v rámci spolupráce s pedagogicko-psychologickou poradnou?	Zakázka rodin.	<i>Podpůrná opatření, spolupráce se školou, neznalost možností</i>
	Služby doporučené pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny.	<i>Skupinová setkání, spolupráce rodina-škola-PPP, metodická podpora PPP</i>
	Překážky v následné péči.	<i>Nemotivovanost rodičů, nízká nabídka, nezájem, nedostatečná kapacita PPP, nedostatek času, čekací doba.</i>
Jaký je postoj pracovníků pedagogicko-psychologické poradny k možnostem či nabídce spolupráce u rodin dětí s ADHD ?	Postoj pracovníka pedagogicko-psychologické poradny k nabídce služeb pro rodiny dětí s ADHD.	<i>Náplň práce speciálního pedagoga, nabídka služeb, kapacita služeb, vzdělání, představy.</i>

Kategorie 1: Poskytované služby rodinám dětí s ADHD pedagogicko-psychologickou poradnou

(kódy: diagnostické vyšetření, spolupráce se školou, podpůrná opatření, intervence skupinová a individuální, konzultační hodiny s rodinou)

Pedagogicko-psychologická poradna bývá z důvodu obrovské poptávky spojována především s diagnostikou a procesem získání podpůrných opatření. Nabídka jejich služeb v zákoně (již v teoretické části zmíněné příloze č. 1 ve vyhlášce č. 72/2005 Sb.) je ovšem mnohem pestřejší. První kategorie otevřeného kódování výzkumné části, která se odvinula od první dílčí výzkumné otázky - *Jaké konkrétní možnosti spolupráce nabízí pedagogicko-psychologická poradna rodinám dětí s ADHD?* se vztahuje právě ke službám, které jsou schopny dotazované PPP nabídnout. R3 zmiňuje: „*Podstatnou část naší práce zabírá diagnostika. My nedagnostikujeme ADHD, ale symptomy. To znamená, vidíme tam poruchy aktivity ve smyslu hyperaktivity či naopak.*“ R2 doplňuje, že činnost jejich poradny vychází ze současných požadavků: „*Aktuálně to bývá vytvoření nějakých podpůrných opatření do vzdělávání, to bývá i ta prvotní zakázka, protože problémy se zpravidla začnou objevovat u těch dětí buď ve školce nebo ve škole ...*“ Souhlasně na tyto výroky navazují i další respondenti, kteří zmiňují diagnostiku jako hlavní aktuální náplň jejich práce, kdy s povzdechem R1 během rozhovoru dodala: „*Té diagnostiky je fakt hodně*“. Ač respondenti přijímají fakt, že převážnou částí jejich práce jsou vyšetření, nejedná se o jejich jedinou náplň. R5 dodává: „*Samozřejmě diagnostikou se snažíme, aby to nekončilo. Rodiče i škola dostávají výstupy zejména ve smyslu doporučení.*“ R4 vidí spolupráci trojúhelníku rodič, škola, PPP jako klíčovou: „*S našima školama jsme v kontaktu hodně. To dítě, sem přichází již s informacemi od školy o tom daném dítěti, co škola udělala, aby se daná situace zlepšila. Potom, co proběhne vyšetření a my stanovíme nějaká podpůrná opatření, znovu je konzultujeme se školou, zda to, co my navrhuje, je pro školu realizovatelné.*“ Za velkou výhodu považuje tuto spolupráci i R3: „*Naší velkou výhodou je, že jsme v úzkém kontaktu, mnohdy i pravidelném, se školami a v případě nejasností nebo kdy je to hodně problematické, tak máme možnost jít se podívat do výuky, sledovat to dítě ve výuce, hovořit s jednotlivými vyučujícími o tom, jak dítě v té škole funguje, jaké má problémy, zda je má u všech vyučujících a podobně.*“ R1 popsala úlohu poradny jako tzv. spojku mezi rodinou a školou: „*Když třeba vážne komunikace, tak my bychom to tam nějakým způsobem měli mediovat a spojovat. Snažit se odstranit nějakou případnou averzi.*“ Úzkou spolupráci mezi školou a

pedagogicko-psychologickou poradnou uvedly všechny respondentky jako důležitou a poměrně standartní službu. U všech respondentek byla uvedena dobrá a blízká spolupráce se školami v jejich místě působení. Jak již vyplynulo z odpovědí respondentek, jde především o metodické vedení pedagogů při uplatňování podpůrných opatření. V rámci práce s rodinou všechny odpovědi zahrnovaly tzv. individuální konzultaci, která vždy přichází po výsledcích vyšetření. R5 péči po vyšetření pro rodinu popisuje takto: „*Tak ona by vždycky poté diagnostice měla nastat nějaká intervence. Tím je myšleno intervence se zákonným zástupcem a samotným dítětem. Doporučujeme pochopitelně to, co dítě potřebuje. Obezpečíme zákonného zástupce s prací, jak by ta práce měla vypadat, režimová opatření, opatření pro tu práci a výuku. Dáváme i materiály, které si mohou rodiče prostudovat. Píšeme to i do zpráv, třeba seznam literatury pro děti s ADD/ADHD, to si taky můžou nastudovat.*“ R1 tuto intervenci vnímá především jako uklidnění pro rodiče, kteří jsou často ze svých dětí nešťastní: „*Prací speciálních pedagogů v tom výchovně vzdělávacím procesu je vysvětlit důsledky toho, jak se to tam může projevat a co s tím dělat, jak to mírnit a jak tomu předcházet, aby nebyli rodiče vyděšení, až jim učitel něco řekne. Rodiče si to pak často vztahují k sobě.*“ Za důležitou zmínku v oblasti ADHD považují slova respondentky R4, která v rozhovoru zmínila důležitost seznámení s diagnózou ADHD v kontextu soukromého a rodinného života. Ostatní respondentky se tohoto tématu spíše dotkly přes výchovná doporučení, která spolu s podpůrnými opatřeními patří k hlavní náplni intervence. Hlubší nápomoc pro rodinu a dítě je pak nabídnuta přes další činnosti poraden, které se značně liší. R1 popsala v souvislosti s nabídkou služeb pro rodiny s dítětem s ADHD následující možnosti: „*My v rámci naší poradny třeba poskytujeme reedukační nápravy, dřív se prováděl KUPOZ, takový výcvik zaměřený na práci s pozorností dítěte. Já ho nemám, ale některé kolegyně to tu dělaly. Tady u nás v poradně spíše preferujeme psychoterapie, protože je teď u nás poptávka velká, ale není to něco, co je vyloženě cíleného na ADHD.*“ R2 a R4 uvedly rovněž nabídku programu KUPOZ, který zpravidla trvá kolem 15 týdnů, kdy rodič denně pracuje s dítětem na úkolech (kolem 15 až 20 minut) a každý týden jedno sezení probíhá s odborníkem. Tento program se soustřeďuje na rozvoj pozornosti. Spolu s touto metodou R2 zmiňuje i Feuersteinovu metodu instrumentálního obohacování, která se soustřeďuje na řešení problémů, především jejich postupů. Programy soustřeďující se vyloženě na rodiny dětí s ADHD nabízí pouze poradna u respondentek R3 a R5. R3: „*... naše poradna má i různé skupinové programy, jako je třeba XXX, který není určený pouze pro děti s ADHD, ale třeba i pro děti se sociálními a komunikačními problémy včetně*

problémů se začleněním do společnosti atd. Máme program XXX, který je určený pro děti s ADHD, a to je třeba program, kam docházejí rodiče spolu s dětmi. Následně se rozdělí, dětskou skupinu vede kolegyně, já vedu tu rodičovskou a vlastně při těch vzájemných setkáních si navzájem vyměňujeme zkušenosti, ukazujeme si možnosti, jak řešit takové ty typické problémy dětí s ADHD.“ R5 zmínila dva programy, které její poradna poskytuje: „My nabízíme dva takové programy, které se vztahují k dětem s ADHD. Jeden je HYPO, já ho teda nedělám, to vede kolegyně XXX. Je to hlavně pro předškolní děti nebo děti věkem okolo první třídy, které potřebují procvičit různé návyky pro zvládnutí základní školy, tedy hlavně toho prvního ročníku. Pak tu máme program pro rodiče, jmenuje se to Edukativní rodičovská terapie. Na to tu budeme mít dvě kolegyně. Jde většinou o jedno sezení, které trvá kolem jedné hodiny asi jednou za měsíc. Tam oni vlastně probírají rodičovské kompetence vzhledem k té situaci, ve které ta rodina je.“

Kategorie 2: Doporučené služby mimo možnosti pedagogicko-psychologické poradny.

(kódy: síť odborníků z oblasti ADHD, neurolog, psychiatr, klinický psycholog, etoped, psychoterapeut)

Druhá kategorie se stále vztahuje k prvnímu dílčímu cíli, tedy k možnostem spolupráce. Tentokrát byly respondentky doptávány na služby, které může pracovník PPP doporučit i mimo působnost poradny. Při položení tazatelské otázky „*Jaké služby jsou rodičům dětí s ADHD doporučeny mimo působnost PPP?*“, byla odpověď u respondentek ihned stočena především k odborníkům zaměřující se na diagnostiku ADHD. V těchto oblastech mají poradny seznamy specialistů, které mohou doporučit rodinám dětí s ADHD. R3 zmínila přímo sdílené seznamy pro celou poradnu: „*Máme na našem intranetu seznamy odborníků z různých oblastí a rodičům, pokud je to potřeba vždycky, doporučujeme, kam se mohou obrátit. Samozřejmě konkrétní volba je pak už na rodičích. Ale spolupracujeme jak s dětskými lékaři, neurology, psychiatry, klinickými psychology, logopedy, ta škála je poměrně široká, takže ty kontakty u nás rodiče dostanou.*“ Podobné povědomí vypověděly i ostatní respondentky, které zmínily, že jejich poradna má seznam odborníků pro jejich okres, který je schopna nabídnout v případě potřeby. Při konkrétním nasměrování otázky na organizace či kurzy, které mohou být pro rodiny dětí s ADHD nápomocné převládala nejistota respondentů. R1 zodpověděla: „*Já vím, že jsou různé programy, třeba i něco online nebo v edukaci těch rodičů, aby se s tím seznámily, ale teď*

mě vyloženě nic nenapadá. My spíše máme takové ty kontakty ohledně psychiatrů, neurologů, psychoterapeutických sezení a takhle.“ R2 pak uvedla, že jako vedoucí pracoviště není toto hlavní náplň její práce. Byla schopna zmínit jeden program, který probíhá pod vedením místní dětské psychiatricky se zaměřením na psychosociální dovednosti, přesněji podotkla: *„A o dalších nevím, není to můj stěžejní záměr, možná kolegové vědí.*“ Od respondentek bylo dodáno, že v případě projevení motivace ze strany rodičů, je poradna určitě schopna detailnější informace poskytnout. R4 formulovala svou odpověď následovně: *„K té nabídce přistupujeme velice cíleně tam, kde vidíme, že ten samotný rodič zájem sám projeví.*“ R5 v tomto směru též souhlasně odpověděla: *„Pokud rodič chce a je motivovaný, jsme schopni nabídnout více, ale s časovým náparem diagnostických vyšetření k tomu nepřistupujeme celoplošně, to určitě ne.“* Tyto dvě odpovědi se opakovaly u dalších třech respondentek, které souhlasně vypověděly, že při poptávce je poradna rozhodně schopna vyhovět a pomoci v oblasti podání nabídky těchto služeb.

Kategorie 3: Zakázka rodin dětí s ADHD

(kódy: podpůrná opatření, spolupráce se školou, neznalost možností)

Třetí kategorie navazuje na druhou dílčí otázku, která se ptá: *„Které služby jsou žádané a potřebné pro rodiny dětí s ADHD v rámci spolupráce s pedagogicko-psychologickou poradnou?“* V procesu pokládání této otázky respondentky své odpovědi odvíjely od očekávání klientů. Často tak odvětily ve velice obecných rovinách. Odpověď u R2 byla: *„To je těžké, když se odpíchnu od toho jejich očekávání, co rodiče chtějí - nepřichází se zakázkou, že chtějí odlehčit.“* Více tento pohled rozvíjí R5, která dodává: *„To se různí. Jsou rodiče, kteří si sem jdou vyloženě pro papír, aby nemuseli dělat nic s tím děckem. A pak jsou rodiče, co se opravdu snaží. Často jsou to bezradní rodiče, kteří nevědí, jak na to, a těm se i potom nebráníme věnovat více. To si pak toho rodiče pozveme i na jindy, ale to pouze v případě, že má opravdu zájem, že s tím děckem chce vážně dělat.“* Dle R4 je často poradna prvním pojítkem, které spojí rodinu s validními informacemi. Rodiče tak přichází do poradny zpravidla bez velkých požadavků. R4 zmiňuje: *„Často je ten požadavek a zakázka prostá žádost o pomoc, uvedení do té problematiky, která je pro rodiče bez SPU či ADHD těžko pobratelná.“* Následně považuje tato respondentka za klíčový rozhovor v úvodu vyšetření: *„Nějaká očekávání se nám odkrývají hlavně v počátku šetření, kdy máme rozhovor, který se zaměřuje na tu anamnézu, jak na*

rodinnou, tak tu školní. Tam už se ty rodiče svěří. Většinou přicházejí s tím, že se něco nedaří, je to špatně, mají obavy a strach, jestli to dělají dobře. Obavy jsou určitě hlavně na podkladu školního selhávání dítěte, ať je to z příčin dysporuch či pozornostních deficitů.“ Z rozhovorů lze nabýt dojem, že nelze zvolit jednoznačnou odpověď. Pokud rodiče přichází s určitými požadavky, zpravidla jde dle výpovědí respondentů o pomoc především v edukačním procesu. Bohužel se najdou i tací rodiče, kteří berou vyšetření v poradně jako formalitu. Ve spojení s tímto tvrzením lze zmínit příběh od R2, která ze své praxe zmínila následovně: „... i jsem se s tím v poradně setkala, že mi rodiče přímo řekli: „No u vás je to jenom formální, my sem jdeme jenom pro ten papír, ve škole nám řekli, že ho potřebujem.“ Tím to pro ně skončilo.“ Ovšem zmínit můžeme i skupinu rodičů, kteří přichází za pracovníky PPP s obavami a prosbou o pomoc. Často je tato pomoc spíše nedefinovaná a přímo nenasměrovaná. Zde je pak už třeba, aby poradna plnila svou úlohu a dovedla přes své služby rodině zakázku interpretovat a následně jim v tom pomoci, případně přesměrovat ji někam dál.

Kategorie 4: Služby doporučené pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny

(kódy: skupinová setkání, spolupráce rodina-škola-PPP, metodická podpora PPP)

Taktéž čtvrtá kategorie se odvíjela od druhé dílčí otázky. Respondentky byly dotazovány na pohled z hlediska odborníka. Během hledání respondentů se ovšem dvakrát skloubila osobní, přesněji řečeno rodinná zkušenost s dítětem s ADHD. U respondentek 3 a 5 tak bude poukázáno i na osobní zkušenost. Služby, které budou zmíněny z pohledu respondentů, nespádají pouze pod působnost PPP. To se projevilo hned v odpovědi u R2, která uvedla službu SVP, tedy středisko výchovné péče. Jde o službu, která v okrese chybí, rodiče tak musí být často odkazováni na dojíždění. Z pohledu speciálního pedagoga, rodiče a učitele odpověděla R3: „Já bych právě třeba doporučila ty skupinové kurzy. Jednak je to právě výhodné v tom, že se tam kumulujete více rodičů právě dětí s podobnými problémy a vidím tam jako nosné vlastně to, že rodiče si vyslechnou zkušenosti těch ostatních s podobnými problémy a obohacují se navzájem a hlavně vidí, že v tom nejsou sami. Takže to vidím docela vhodné, že se tam mohou o ty zkušenosti podělit a nabrat zase nové podněty, jak třeba s těmi dětmi doma pracovat a zvládat těžké situace.“ R4 odpověděla ve stejné rovině jako respondentka 3. Čerpala především ze své zkušenosti práce ve středisku výchovné péče, kde se konala skupinová setkání rodičů: „Z mé strany bych vždycky doporučila ta skupinová setkání. Nemám s tím zkušenosti

v poradně, ani si nejsem jistá, jestli by se něco takového naplnilo ze strany rodičů. Ale pamatuju si to z mé práce v SVP. Tam si ty rodiče z toho vždycky udělali takový příjemný večer.“ R5 především zdůraznila nutnost komunikace mezi službami či institucemi a sebevzdělávání rodičů v oblasti deficitů dítěte. R5: „Je to vždycky případ od případu. Doporučit samozřejmě můžeme programy, které rozvíjí pozornost dítěte, nebo to, jak s ním má rodič pracovat. Každopádně to je dle mě něco, co by měla poskytnout každá poradna a škola. Pro mě je vždycky nejdůležitější ta spolupráce. Pokud rodič ví, co se děje ve škole a učitel zase, co se děje doma, často je to účinnější než využívat řadu dalších služeb.“ První a druhá respondentka poukázaly na již zmíněné služby, které jsou nabízeny jejich PPP či již byly zmíněné v kategorii 2.

Kategorie 5: Překážky v následné péči

(kódy: nemotivovanost rodičů, nízká nabídka, nezáměr, nedostatečná kapacita, nedostatek času, čekací doba)

Kategorie 5 se již částečně promítla do odpovědí, které respondentky zmiňovaly v kontextu tvoření si zakázky, tedy toho, co od PPP požadují rodiče dětí s ADHD. Zde již byla zmíněná nemotivovanost rodičů. R2: „Už jsem tady dlouho, 30 let, a vidím ten posun od prvotní zakázky, kdy rodič přicházel s tím: „Poradte mi, co máme dělat“, k tomu „dejte nám papír, aby bylo zohledňováno“. Tohle je opravdu velký posun a velká změna.“ Ačkoliv toto pojetí PPP víceméně zmínily v rozhovorech všechny respondentky, nutno dodat, že např. u R1, R2 a R3 bylo též zmíněno naplnění a zájem o aktuální nabídku individuálních, skupinových či reedukačních programů. V tomto ohledu je nutné dle R4 tzv.: „Nestrkat všechny do stejného pytle“. S touto problematikou lze propojit aktuální pojetí a charakteristiku, kterou sebou PPP nese. R5 zmiňuje: „Myslím, že se rozšířilo mezi veřejností, že na samotnou diagnostiku a podpůrná opatření je velký přetlak. Takže bych skoro řekla, že další očekávání od poradny nejsou.“ V tomto směru potvrzují všechny respondentky zmíněné tvrzení přes odpověď na otázku: „Jaká je aktuální čekací doba jejich PPP na vyšetření?“. Odpovědi se pohybují v 3 až 6 měsících, kdy rodiče dětí musí čekat na volný termín vyšetření. Respondentky v odpovědích reflektovaly aktuální náplň práce speciálního pedagoga v PPP. V tom směru R3 poznamenala především nárůst práce s novými klienty a nárůst diagnostiky, která ukrajuje pracovníkům PPP hodně z pracovního času. Posun v práci pedagoga posoudila R3 z pohledu dlouhodobé praxe takto: „No, tak dřív ta práce speciálního pedagoga byla trochu jiná v tom směru, že měl

více času na individuální reedukace. Zažívala jsem doby, kdy ke mně mohli chodit klienti třeba jednou za týden a vlastně jsem měla každého klienta půl hodiny a po odpolednách jsem dělala individuální reedukace. Dnes už si to málokterý speciální pedagog může dovolit. “ Právě z důvodu diagnostického tlaku nejsou schopny PPP naplnit pestrost svých služeb. R5 zdůraznila: „*Kolegové tady v tom jsou motivováni, protože nikdo nechce dělat jenom diagnostiku, nikdo nestudoval psychologii a speciální pedagogiku, aby zadával testy. Pracovníci jsou motivováni pro následnou péči, ale musí především zvládnout čekací dobu a to, co se požaduje. Právě teď jsou to vyšetření.*“ Stejná respondentka též uvedla, že činnosti mimo vyšetření není nějakým způsobem vyžadována a nařízená od vedoucích pracovníků. Právě v této oblasti lze najít rozdíl všech dotazovaných s respondentkou 3, která zdůrazňuje: „*... tady máme podporu vedení v to, abychom měli ty skupiny a kurzy pro rodiče a pro děti, takže je to tady podporováno, což je tedy velmi dobře. Zároveň je to pro nás taky takový očistný proces.*“ Další pozitiva jsou pak viděna možnosti poznat děti i jinak než jen v rámci jednoho odpoledne. Informace směrem k pedagogům či rodičům jsou poté nosnější, nejsou to pouze domněnky pracovníka. U všech respondentů byl prezentován názor, že větší aktivita v tomto směru je pro ně v aktuálním systému absolutně nereálná. Celistvost problému pak zmiňují v celkovém nedostatku služeb, jako je nedostatek dětských psychiatrů, neurologů, psychoterapeutů. Též organizace jako střediska výchovné péče často zavádějí čekací lhůty.

Kategorie 6: Postoj pracovníka pedagogicko-psychologické poradny k nabídce služeb pro rodiny dětí s ADHD

(kódy: náplň práce speciálního pedagoga, nabídka služeb, kapacita služeb, vzdělání, představy)

Šestá kategorie se odvíjela od poslední dílčí otázky, která směřovala k postoji pracovníků pedagogicko-psychologické poradny v rámci možností a nabídky spolupráce u rodin dětí s ADHD. Odpovědi se projevovaly v úzké souvislosti s překážkami, které byly zmíněny v předchozí kapitole. Odpovědi se shlukovaly především do dvou oblastí. Jedna oblast se dotýkala aktuální nabídky poradny, ve které pracují. Druhá oblast se věnovala porovnání toho, co by měla PPP dle zákona nabízet.

Veškeré respondentky si uvědomují, že náplň poraden je značně omezená z důvodu rozvržení náplně jejich práce. R3 na toto téma zmiňuje: „*Kdyby mohl člověk věnovat 50 % svého pracovního času té následné péči, tak to by asi bylo úžasné.*“ Všechny respondentky se shodly, že následná intervence je klíčová. Některé poradny se tomu snaží

přizpůsobit a zaměřit se na služby, které nejsou tak časově náročné. Tento případ nastal například u R1: „*Ony tyhle reedukační intervenční věci jsou hezký, ale musí na ně být čas a prostor a tím, že jsme hodně diagnosticky vytížený, tak spíše tady u nás v poradně preferujeme psychoterapie.*“ S výjimkou R3 ostatní uvádějí, že vedení si je vědomo přetížení, a tak na ně není kladena potřeba naplňování těchto služeb. R3 naopak uvádí velkou podporu, která v poradně v rámci těchto služeb probíhá. Její postoj k aktuální nabídce vyjádřila následně: „*Já jsem tady ráda za to, že vůbec můžeme nabízet to, co tady nabízíme. Ať jsou to třeba individuální konzultace, i když tedy v omezeném poměru, nebo ty skupinové aktivity, to je určitě skvělé.*“ Ačkoliv si respondentky uvědomují situaci, v které se poradenská pracoviště nacházejí, umí si představit, že by naplňovaly požadavky, které jsou jim uloženy právní normou. Jednotlivé respondentky, mají kromě magisterského studia speciální pedagogiky absolvovány spousty dalších výcviků a specializovaných kurzů, které by mohly využít. R1 má doplněn psychoterapeutický výcvik, v poradně u R4 jsou dvě pracovnice specializující se na rodičovské kompetence. Respondentky dále zmiňovaly výcvik na program KUPOZ, Feuersteinovu metodu instrumentálního obohacování či ROPRATEM. V případě možnosti větší intervence by např. R3 ráda pracovala s dětskou skupinou, ráda by využila i intervenci u předškolních dětí. I další respondentky by využily tyto možnosti. R4 by zase raději pracovala s pojetím celé rodiny v oblasti dětí s ADHD. Ačkoliv má na rodinnou intervenci v rámci zvýšení rodičovských kompetencí rozšířené vzdělání, nemá časové možnosti tyto intervence provádět.

4.4 Závěrečné zhodnocení výzkumného šetření

Hlavním výzkumná otázka byla položena následovně:

Jaká je aktuální náplň a činnost pedagogicko-psychologické poradny ve spolupráci s rodinami dětí s ADHD v porovnání s nabídkou standartních služeb uvedených v první příloze vyhlášky č. 72/2005 Sb?

Aktuální činnost PPP je jednoznačně přetížena vyšetřeními a diagnostikou. Role pedagogicko-psychologické poradny se proměnila v důsledku poptávky, kterou jednoznačně tvoří žádosti o stanovení podpůrných opatření. Často jsou tak poradny vnímány pouze z hlediska diagnostického. Celkové vědomí o přetížení v tomto směru a čekacích lhůtách tak navodilo dojem, který nevybízí k jakémukoliv jinému očekávání. Z důvodu přetížení je tak jakákoliv hlubší intervence cíleně směřovaná pouze na rodiče,

u kterých je projevna vlastní iniciativa a silná motivace. Tato cílenost je bohužel způsobená řadou překážek, které souvisí s počtem pracovníků, rozložením jejich práce a obrovským převisem v rámci poptávky vyšetření. Speciální pedagogové a psychologové nemají dostatek pracovního času na intervence, na které mají mnohokrát absolvované i dodatečné vzdělání. Mezi aktuální standardní služby, které jsou dle vyhlášky č. 72/2005 Sb., schopny poradny poskytnout je poradenská intervence zákonným zástupcům v rámci konzultačních hodin, poradenská intervence zákonným zástupcům při sdělování výsledku vyšetření a metodické vedení školského zařízení. Tyto služby jsou aktuálně schopny nabídnout všechny poradny účastníci se výzkumu. Jakékoliv nadstavbové služby, které by mohly nabídnout spolupráci rodinám dětí s ADHD jsou dosti individuální.

Diskuze

Sleduji internet a nacházím diskuze rodičů o pedagogicko-psychologické poradně. Poslední položená otázka v diskusním fóru se ptá: „*S jakým předstihem je dobré se k vyšetření objednat?*“. Výsledky celého výzkumu této bakalářské práce doprovázela právě problematika nedostatečné kapacity PPP.

Tato práce měla představit spolupráci rodin dětí s ADHD a PPP. Na realizaci jakékoliv intervence je však nutné mít čas, který díky vysoké poptávce po diagnostice dětí se SVP chybí. Možnost reedukace či skupinové a individuální práce je v praxi naplňováno minimálně. Poměrně velká nabídka služeb, které můžeme najít na každých webových stránkách pedagogicko-psychologické poradny tak ztrácí na významu díky časovým možnostem, ale také nedostatku pracovníků (resp. přidělených úvazků jednotlivým poradnám). V tomto ohledu je nutné vypíchnout, že nechybí dostatečná motivace pracovníků či jejich pracovní kompetence. Jako poměrně rozhodující se v těchto případech také ukázala podpora vedení jednotlivých pracovišť směrem ke svým zaměstnancům. Polemizovat by se dalo i o zájmu o tyto služby ze stran rodin. Samy pracovnice si nebyly jisty, jak toto téma uchopit. Na jednu stranu si byly vědomy změnou poptávky, která je jasně orientovaná na vyšetření, na druhou stranu služby, které jejich poradna nabízí prezentovaly jako plně využívané. V tomto ohledu se tedy domnívám, že by bylo třeba uskutečnit další šetření, které by zahrnovalo větší vzorek a pohled jak pracovníků PPP, tak i rodičů jako žadatelů o službu. Jako výzkumná metoda by v tomto směru mohla být využita focus group, která by mohla podnětně posloužit výzkumníkovi k sestavení vhodných otázek v rámci následujících rozhovorů.

Mezi další limity mého výzkumu považuji lokace PPP, které se účastnily výzkumu. Při realizaci oslovování respondentů bylo pracováno s otázkami: „*Mají být osloveny poradny z jednoho kraje?*“ či „*Má být každá poradna z kraje jiného?*“. Z důvodu malého vzorku respondentů nakonec lokalizace respondentů nebyla při výběru zohledňována.

Celý výzkum ovšem také ukázal na problematiku přehlcení služeb spojených s diagnostikou ADHD a následnou pomocí rodinám. Důležité je rodičům vysvětlit, co diagnóza ADHD obnáší a nabídnout pomoc přímo v PPP, případně nasměrovat rodiče k dalším odborníkům. V části teoretické byly představeny způsoby diagnostiky. Diagnostika dětí s ADHD je spojená rovněž s obory psychiatrie, neurologie či klinické psychologie. Jako důkaz přeplněnosti i v těchto oborech můžeme uvést aktuální

stanovisko výboru Společnosti dětské neurologie ČLS JEP (2024, str. 1). *„Kapacita ambulancí dětské neurologie v České republice je dlouhodobě na hranicích možností a sil dětských neurologů, o čemž vypovídají i obvyklé objednací doby. Rodiče se v takové situaci oprávněně cítí frustrováni. Vyšetření, jež jim psycholog doporučí, totiž nemůže dětský neurolog z kapacitních důvodů (s výjimkou akutní či neodkladné péče, o níž se obvykle nejedná), poskytnout vůbec nebo přinejmenším ne v termínu, který rodič (i psycholog) očekávají.“* V této spojitosti by bylo též zajímavé zjistit obecnou dostupnost služeb, které jsou zmíněny jako systémová podpora v této práci. Z mé praxe, kterou jsem tento rok konala v SVP Náchod, jsem si vědoma dlouhých čekacích dob i v těchto zařízeních.

Ze zjištěných dat mám spíše pocit, že místo zodpovězení hlavního výzkumného cíle se mi nabídlo mnoho dalších otázek, které by ještě potřebovaly být položeny a zodpovězeny. Zajímala by mne motivace rodičů systematicky pracovat se svým dítětem na odstranění potíží a zda je tato motivace nějak ovlivňována dlouhými čekacími dobami týkajícími se dostupnosti odborných služeb: *„Počkají rodiče na tyto služby?“* *„Způsobí to odrazení rodičů od hledání pomoci ve školních poradenských zařízeních nebo je to nasměruje k hledání pomoci v soukromém sektoru?“*

Problematika, která byla v práci představena, je dle mého názoru poměrně aktuální i vzhledem k budoucnosti. Trend inkluze a individuality téměř nekoresponduje se systémem školství, který je aktuálně nastaven více na výkon. Učitelé nejsou speciální pedagogové, často potřebují odbornou radu a pomoc v podobě speciálního pedagoga jako zaměstnance školy, který může ihned pomoci. Školní speciální pedagog tak může přebrat část kompetencí, které musí metodicky řešit PPP. Z mého pohledu se jedná především o stránku ovlivňující vzdělávání ale i chování žáků. To by snad mohlo lehce uvolnit náporu PPP. Též bych uvítala oficiální rozložení práce speciálního pedagoga v PPP. Jak odpovídaly naše respondentky: *„Rozvržení práce 50 na 50 s ohledem na vyšetření a intervenci by bylo krásné.“*

Závěr

Často bezradní rodiče dětí s ADHD velice těžce hledají pomoc v jejich snažení, kde nevidí téměř žádné výsledky. Pochopení podstaty diagnózy ADHD je naprosto klíčové pro další práci rodiny, která by se mohla opřít o vedení odborníků. Pedagogicko-psychologická poradna je místem, kde tuto pomoc lze najít. Místo plné speciálních pedagogů a psychologů nabízí bezplatnou pomoc jak v oblasti výchovné, tak vzdělávací. Právě spolupráci PPP s rodinami dětí s ADHD popsala tato práce.

Teoretická část obsahuje témata, která představují nutný přehled znalostí pro orientaci v bakalářské práci. V počátcích byl popsán stručný vývoj terminologie ADHD, který ukázal neustálý boj proti termínu nevychovanosti. Zmínky o současném terminologickém pojetí naznačily vážnost, s kterou je diagnóza ADHD brána v odborné veřejnosti. K tomu by měla sloužit jako opora i zmínka Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, kde ADHD můžeme najít pod vrozenými neurovývojovými poruchami. Popsání symptomatologie jako samostatné kapitoly navodilo alespoň mírnou představu toho, co si musí rodiny dětí s ADHD zažít a do jaké míry to může ovlivnit či snad „zničit“ rodinný život. Bohužel již zmíněné statistiky nám napovídají, že ADHD je v tomto směru opravdu zákeřná (neviditelná) porucha, která dokáže negativně ovlivnit všechny stránky rodinného i individuálního života- profesní, sociální i psychickou.

Výzkumná část seznámila respondentka již v úplném počátku s hlavním cílem, od kterého se odvinuly cíle dílčí. Dále byly uvedeny metody výzkumu, které představily kvalitativní způsob šetření přes techniku polostrukturovaného rozhovoru. Následně byl průběh šetření postaven do teoretického základu. To zdůraznilo definiční aspekty a vhodnost výběru zmíněného způsobu sběru dat, též ovšem upozornilo na případné překážky u kvalitativního výzkumu. Představeny byly i respondentky, které poskytly rozhovory. Šlo celkem o pět speciálních pedagogů působících v PPP. V návaznosti na charakteristiku respondentek byly představeny jednotlivé kategorie vytvořené na základě otevřeného kódování. Šest kategorií zahrnovalo témata: poskytování služeb PPP pro rodiny dětí s ADHD, doporučení služeb mimo působnost PPP, zakázka rodiny, služby doporučené pracovníkem PPP pro rodiny dětí s ADHD, překážky následné péči a postoj k nabídce služeb pro rodiny dětí s ADHD.

Tyto kategorie poskytly rámec na analýzu dat, která sloužila jako podklad k zodpovězení výzkumné otázky. Bohužel, jak už z praktické části vyplynulo, aktuální náplň PPP je vyšetření, diagnostika a vystavení podpůrných opatření. Čas na spolupráci s rodinou, a hlavně pomoc a metodické vedení je na okraji činnosti poraden. Z pohledu budoucího speciálního pedagoga a potenciálního zaměstnance pedagogicko-psychologické poradny jde o závěr, který považuji za silně demotivující. Celkovou situaci pak samozřejmě za neefektivní pro všechny zúčastněné strany- rodinu, školu, PPP.

Seznam použitých zdrojů

BARKLEY, Russel Alan. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 4rd ed. The Guilford Press, 2014. ISBN 9781462517725.

BAŠTECKÁ, Bohumila. Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.

CENTERS FOR DIASESE CONTROL AND PREVENTION. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). Online. 2023. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/diagnosis.html>. [cit. 2024-05-15].

CLEMENTS, Sam D. Minimal Brain Dysfunktion in Children. In ČERNÁ, Marie. Lehké mozkové dysfunkce. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-880-8.

ČERMÁKOVÁ, Markéta; Hana PAPEŽOVÁ a Petra UHLÍKOVÁ. Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD): příručka pro dospělé. [online]. 2013 [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/attachments/article/17/ADHD-ADD-Web1.pdf>

ČESKO. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných - znění od 1. 1. 2021. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 15. 5. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27#p2-1>

ČESKO. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních - znění od 1. 1. 2021. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 15. 5. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72#p1a-1>

ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) - znění od 1. 1. 2024. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 15. 5. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561#p4-3>

DANKA, Martin. Historie ADHD: Vývoj diagnostické kategorie. [online]. Akrasia. 2023. [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://www.akrasia.cz/wiki/historie-adhd/>

DOBSON, Roger. Could Fidgety Philipp be proof that ADHD is not a modern phenomenon? Online. BMJ. 2004, roč. 329, č. 7467. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7467.643-c> [cit. 2024-03-02].

GOETZ, Michal a UHLÍKOVÁ, Petra. ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4.

GOETZ In KOLÁŘOVÁ, Zdenka. Porucha ADHD často přechází z dětství do dospělosti. Online. In: Medical Tribune. 2018. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/porucha-adhd-casto-prechazi-z-detstvi-do-dospelosti/>. [cit. 2024-05-13].

HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana; DUPLINSKÝ, Josef a UNIVERZITA KARLOVA. PEDAGOGICKÁ FAKULTA (PRAHA, Česko). Diagnostika: pedagogickopsychologické poradenství II. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7290-101-X.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace. Páté, přepracované vydání. Praha : Portál, 2023. 494 stran. ISBN 978-80-262-1968-2.

HORT, Vladimír. Dětská a adolescentní psychiatrie. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

JEDLIČKA, Richard; KOŤA, Jaroslav a SLAVÍK, Jan. Pedagogická psychologie pro učitele Psychologie ve výchově a vzdělávání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-2163-2.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra. Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině. Grada, 2010. ISBN 978-80-247-6947-9.

KENDALL, Judy a SHELTON, Kathleen. A Typology of Management Styles in Families with Children with ADHD. Online. Journal of Family Nursing. 2003, roč. 9, č. 3, s. 257-280. ISSN 1074-8407. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1074840703255446>. [cit. 2024-04-16].

KENDÍKOVÁ, Jitka. ADHD krok za krokem. Praha: Raabe, 2019. ISBN 978-80-7496-438-1.

KULHÁNEK, Adam. Epidemiologie ADHD. In MIOVSKÝ, Michal. Diagnostika a terapie ADHD : dospělí pacienti a klienti v adiktologii. Vydání 1. Praha : Grada, 2018. 204 stran. Psyché. ISBN 978-80-271-0387-4.

LANGE, Klaus. REICHL, Susanne. LANGE, Katharina, TUCHA, Lara. TUCHA, Oliver. The history of attention deficit hyperactivity disorder. In PTÁČEK, Radek; PTÁČKOVÁ, Hana a BRATEN, Ellen. K historii diagnostické kategorie ADHD. Online. Česká a Slovenská psychiatrie. 2020, roč. 116, č. 4, s. 190-196. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1344>.

LAŠEK, Jan; LOUDOVÁ, Irena; VOUNDOUŠOVÁ, Jindra; KALIBOVÁ, Petra; KVĚTENSKÁ, Daniela. Čtyři pohledy na rodinu. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-531-8.

MIKULKOVÁ, Gabriela; ŠRAHŮLKOVÁ, Kateřina a kol. Integrovaná síť školních a školských poradenských služeb. Praha: NÚV, 2014. ISBN 978-80-7481-061-9.

MOEN, Øyfrid Larsen. Everyday life in families with a child with ADHD and public health nurses' conceptions of their role [online]. Karlstadt, 2014 [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://kau.diva-portal.org/smash/get/diva2:697269/FULLTEXT01.pdf> Disertace. Karlstad University Faculty of Health, Science and Technology Department of Health Sciences.

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ REPUBLIKY [MŠMT ČR]. Vzdělávání. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/oblast-poradenstvi>. [cit. 2024-05-15].

MUNDEN, Alison; ARCELUS, Jon a TOMKOVÁ, Dagmar. Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-430-4.

NOVOTNÁ, Hedvika; ŠPAČEK, Ondřej a ŠTOVÍČKOVÁ, Magdaléna. Metody výzkumu ve společenských vědách. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2019. ISBN 978-80-7571-025-3.

PACL, Ivo. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 234 s. ISBN 978-80-247-1426-4.

PETRUSEK, Miloslav; MAŘÍKOVÁ, Hana a VODÁKOVÁ, Alena. Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.

PŘÍHODOVÁ, Iva. Porucha pozornosti s hyperaktivitou (attention deficit/hyperactivity disorder – ADHD). Online. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2011, roč. 4, č. 4, s. 408 - 418. Dostupné z: <https://www.csmn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2011-4/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-35776>. [cit. 2024-03-18].

PTÁČEK, Radek; PEMOVÁ, Terezie; PURROVÁ, Jana a Libuše ČELEDOVÁ. Potřeby rodin dětí se syndromem ADHD. Praktický lékař. 2010, 90(5), 308 - 310. ISSN 0032-6739.

PTÁČEK, Radek; PTÁČKOVÁ, Hana a BRATEN, Ellen. K historii diagnostické kategorie ADHD. Online. Česká a Slovenská psychiatrie. 2020, roč. 116, č. 4, s. 190-196. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1344>.

Stanovisko společnosti dětské neurologie ČLS JEP k žádostem o neurologická vyšetření ze strany školských poradenských zařízení In MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ REPUBLIKY [MŠMT ČR]. Vzdělávání. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/oblast-poradenstvi>. [cit. 2024-05-15].

STÁRKOVÁ, Libuše. ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. Pediatrie pro praxi [online]. 2016, 2016-2-1, 17(1), 16-21 [cit. 2024-03-19]. ISSN 12130494. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2016.004

SWANSON, JM; SERGEANT, JA; TAYLOR, E; SONUGA-BARKE, EJS; JENSEN, PS et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. Online. The Lancet. 1998, roč. 351, č. 9100, s. 429-433. ISSN 01406736. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)11450-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)11450-7). [cit. 2024-04-23].

ŠLAPAL, Radomír. ÁDÉHáĎáci: kteří to vlastně jsou a co s nimi? Brno: Facta Medica, 2022. ISBN 978-80-88056-13-3.

ŠKVOROVÁ, Jaroslava a ŠKVOR, David. Proč zlobím?: lehká mozková dysfunkce LMD/ADHD. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-407-1.

ŠULOVÁ, Lenka. Rodina a rodičovství - současné projevy v ČR. [online]. Banská Bystrice: Referát pro 9. Slovenskou konferenci o sexualitě, sexuálním zdraví a sexuální výchově. 2011 [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: https://www.academia.edu/10067596/Rodina_a_rodi%C4%8Dovstv%C3%AD_sou%C4%8Dasn%C3%A9_projevy_v_%C4%8CR_Sou%C4%8Dasn%C3%A1_%C4%8Desk%C3%A1_rodina

ŠVARŤÍČEK, Roman - ŠEĎOVÁ, Klára. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vydání první. Praha : Portál, 2007. 377 stran. ISBN 978-80-7367-313-0.

THEINER, Pavel. ADHD od dětství do dospělosti. Online. Psychiatrie pro praxi. 2012, roč. 13, č. 4, s. 148 - 150. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/02.pdf>. [cit. 2024-03-18].

TRAIN, Alan. Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi. Speciální pedagogika (Portál). Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Online. MKN-10 2023. 1993, 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/> [cit. 2024-04-02].

WOLFDIETER, Jenett, ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele. Rádce pro rodiče a učitele. Brno: Edika. 2013. ISBN 978-80-266-0158-6.

Seznam tabulek

- Tab. 1 Typické příznaky ADHD v dětství (dle MKN 10 s dodatky DSM V.)
- Tab. 2 Souhrn kategorií z výsledků výzkumného šetření

Seznam příloh

Příloha 1 - Přepis strukturovaného rozhovoru tazatele (T) s respondentem 3 (R3)

Příloha 1: Přepis strukturovaného rozhovoru tazatele (T) s respondentem 3 (R3)

T: Nejdříve bych chtěla poděkovat, že jste mi uskutečnila s Vámi vést rozhovor, který bude sloužit jako podklad mé výzkumné části v bakalářské práci. Má práce se zaměřuje na spolupráci pedagogicko-psychologické poradny s rodinami dětí s ADHD. Nejdříve bych Vás ráda seznámila s mými dílčími cíli a následně bych začala pokládat tazatelské otázky. Dílčí cíle práce se zaměřují na zjištění nabízených možností spolupráce pedagogicko-psychologické poradny s rodinami dětí s ADHD, dále zjištění, jaké služby jsou rodinami dětí s ADHD nejvíce vyžadovány a zjištění názoru pracovníků PPP na nabídku spolupráce pro rodiny s ADHD. Nadále budou pokládány otázky v rámci tohoto tématu a dílčích cílů. Pouze se chci zeptat, zda byste mi mohla o sobě něco málo říct, a to hlavně v souvislosti s Vaší praxí.

R3: Po absolvování speciální pedagogiky jsem nic netuše, nebo bez jakýchkoliv představ nastoupila do třídy, která se tenkrát nazývala třída pro žáky s poruchou školní přizpůsobivosti. Myslím, že ten název byl velice výstižný, dnes už se samozřejmě nepoužívá. Byla to třída, kde bylo patnáct žáků, kteří byli na hranici zvladatelnosti. Vlastně to byly děti, které byly vyčleněné z běžných tříd a docházely do téhle třídy. Těchto tříd bylo tenkrát velmi málo, takže se tam dostávaly opravdu ty nejtěžší případy. Byla to zkušenost neocenitelná a celoživotní, z které jsem následně čerpala při výchově svých synů s ADHD i ve své poradenské praxi. Je pro mě velikou výhodou, že jsem mohla ve své práci zúročit zkušenosti učitelky, poradenského pracovníka a zároveň rodiče v jedné osobě.

T: Moc děkuji. Já bych se rovnou přesunula k první otázce rozhovoru. V jakých oblastech může pedagogicko-psychologická poradna rodičům dětí s ADHD pomoci?

R3: Podstatnou část naší práce zabírá diagnostika. My nedagnostikujeme ADHD, ale symptomy. To znamená poruchy aktivity ve smyslu hyperaktivity či naopak hypoaktivity, výkyvy pozornosti a podobně. K dispozici máme celou řadu testových materiálů. Navíc je naší velkou výhodou, že jsme v úzkém kontaktu, mnohdy i pravidelném, se školami a v případě nejasností, nebo problémů máme také možnost jít se podívat do výuky, sledovat projevy dítěte v průběhu vyučování, hovořit s jednotlivými vyučujícími o tom, jak dítě ve škole funguje, jaké má problémy, zda je má u všech vyučujících a tak dále. Takže si myslím, že to je obrovská výhoda a je pro nás hodně nosné, když se můžeme opřít při diagnostice také o informace a výstupy z dané školy. Samozřejmě se snažíme, aby

péče o děti s ADHD nekončila diagnostikou. Rodiče i škola dostávají konkrétní doporučení pro práci s dítětem. Se školami například konzultujeme, jak daná doporučení realizovat ve výuce. Nabízíme i individuální konzultace jak pro učitele, tak i v poradně pro rodiče, pokud je to potřeba a zejména pokud ve škole nepracuje školní speciální pedagog či psycholog. Kromě toho má naše poradna i různé skupinové programy, jako je to třeba XXX, který není určený pouze pro děti s ADHD, ale třeba i pro děti se sociálními problémy, komunikačními a začleněním do společnosti. Máme program XXX, který je určený pro děti s ADHD, a to je třeba program, kam docházejí rodiče spolu s dětmi. Následně se rozdělí, dětskou skupinu vede kolegyně, já vedu tu rodičovskou skupinu a vlastně si při těch vzájemných setkáváních navzájem vyměňujeme zkušenosti a ukazujeme si možnosti, jak řešit typické problémy dětí s ADHD.

T: Je o takové programy zájem? Máte naplněnou kapacitu?

R3: Skupiny se nám daří celkem dobře naplňovat. Skupina je otevřená pro děti 1. stupně ZŠ, protože byl velký zájem i u rodičů předškolních dětí s projevy ADHD, otevřeli jsme i skupinu pro předškolní děti. Z časových důvodů jsme od toho pak museli ustoupit.

T: Jaká je intenzita těchto programů?

R3: Třeba skupina XXX, která je určena především pro děti s dysortografií, poruchou pravopisu, je celoroční. Od začátku října po celý školní rok, jednou týdně. Dochází tam samozřejmě i děti s ADHD, protože bývá častá kombinace se specifickými poruchami učení. Některé kurzy v naší poradně bývají dlouhodobější, ale náš kurz XXX (kurz pro rodiny dětí s ADHD) má šest setkání. Tzn. šestkrát se sejdeme v průběhu šesti týdnů. Rodiče dostávají řadu námětů včetně odkazů na odbornou literaturu, pomůcky, dostávají také řadu písemných materiálů. Rodičům nabízíme i možnost individuální konzultace po ukončení kurzu. Tento kurz vyhlášíme zhruba dvakrát ročně, většinou na podzim a na jaře. Snažíme se tam dávat věkově přibližně stejné děti. Je to pro děti prvního stupně základní školy, takže někdy se nám sejdou víc prvňáci, druháci, jindy třeba třetíci, čtvrtáci, pátáci. Do skupiny bereme maximálně 8 dětí.

T: Kapacita převyšuje či nepřevyšuje poptávku?

R3: Jak kdy. Ono někdy, když dojde na lámání chleba, rodiče této nabídky nevyužijí. To se také stává. Pak samozřejmě hrají roli i časové možnosti rodičů. I když sem chodí rodič

s dítětem, může mít doma další dítě, o které se v době kurzu musí někdo postarat. Takže chápu, že je to složité, že to není jenom o tom: „mám zájem, nemám zájem“.

T: V případě, že jsou tyto služby např. naplněny, doporučujete i jiné služby, které jsou mimo působnost pedagogicko-psychologické poradny?

R3: Určitě. Máme na našem intranetu seznamy odborníků z různých oblastí a rodičům, pokud je to potřeba, vždy doporučujeme, kam se mohou obrátit. Spolupracujeme například s dětskými lékaři, neurology, psychiatry, klinickými psychology, logopedy, ta škála je poměrně široká, takže ty kontakty u nás rodiče rozhodně dostanou. Samozřejmě konkrétní volba je pak už na rodičích.

T: Pokud bychom to konkretizovali, jaké služby rodiny děti s ADHD žádají?

R3: Netroufám si to vyjádřit procentuálně. Ale určitě přicházejí rodiče, kteří vnímají návštěvu poradny jako formální, jdou si pouze pro „papír pro školu“. Jednou mi to rodiče přímo řekli: „No u Vás je to jenom formální, my sem jdeme jenom pro ten papír, ve škole nám řekli, že ho potřebujeme“. Tím to pro ně skončilo. Tak by to samozřejmě být nemělo a mnohdy to tak ani není, protože součástí výstupů z vyšetření v poradně jsou nejen doporučení pro školu, ale i doporučení pro rodiče, pro domácí přípravu apod. My konzultujeme se školou realizaci doporučení, a to se týká také přístupu rodiny k té problematice a k tomu, jakým způsobem potom probíhá konkrétní spolupráce se školou. Snažíme se tedy opravdu zabránit formalismu, ale je to někdy složité.

T: Má další otázka bude směřovat k tomu: Jaké služby považuje pedagogicko-psychologická poradna za potřebné pro rodiny s dětmi s ADHD? Vy to vlastně můžete porovnat hned z několika rovin.

R3: Já bych doporučila právě třeba ty skupinové kurzy. Je to výhodné třeba i v tom, že se zde potkávají rodiče dětí s podobnými problémy a vidím tam jako nosné to, že si rodiče vyslechnou zkušenosti ostatních s podobnými problémy a obohacují se navzájem a také vidí, že v tom nejsou sami. Takže to vidím jako docela vhodné, že tam se mohou o ty zkušenosti podělit a nabrat zase nové zkušenosti, podněty, jak třeba s těmi dětmi doma pracovat a zvládat běžné každodenní situace i náročná období.

T: V rámci té následné péče, co považujete za překážky pro následnou podporu a spolupráci po stanovení diagnózy ADHD?

R3: Jedna z překážek je, že následná péče musí být většinou dlouhodobější a je časově náročná. Co se týče konkrétně možnosti poraden, určitě bych si ji přála jako daleko intenzivnější. Kdyby mohl člověk věnovat 50 % svého pracovního času následné péči, tak by to bylo úžasné. Takhle to bohužel není, alespoň se snažíme nějakou část té následné péče zachovat, ale je to náročné z časových i kapacitních důvodů.

T: Jak vaše poradna zvládá tyto překážky vybalancovat a stále poskytovat tyto služby?

R3: Jednak tady máme podporu vedení v tom, abychom realizovali skupiny a kurzy pro rodiče a pro děti, což je tedy velmi dobře. Zároveň je to pro nás také takový očištný proces, protože přímá práce s dětmi je pro nás obohacující, je to zdroj další inspirace. Děti při dlouhodobější práci daleko lépe poznáváme než jen v rámci dopoledne, kdy v poradně stráví čas v rámci psychologického a speciálně pedagogického vyšetření, snadněji hledáme konkrétní způsob práce s problematickým dítětem, naše informace při komunikaci s učiteli jsou nosnější a podobně. Takže na jednu stranu je to velká zátěž, ale na druhou stranu i velký přínos - je to pro nás i očištné a vlastně zpětnovazební.

T: Zmínila jste, že v poradenských službách pracujete už nějakou dobu. Jak vnímáte poptávku, se kterou rodiče přicházejí za Vámi do poradny?

R3: Dříve se činnost poradenského speciálního pedagoga lišila zejména v tom, že měl více času na individuální reedukace. Zažívala jsem doby, kdy ke mně mohli chodit klienti třeba jednou za týden a vlastně jsem měla na každého klienta půl hodiny a po odpoledních hodinách jsem prováděla individuální reedukace. Dnes už si to málokterý speciální pedagog může dovolit. U mě je to omezené ještě kvůli tomu, že vedu skupiny, ale i tak se snažím poskytovat individuální reedukace a konzultace těm klientům, u kterých je problematika komplikovaná. Přednost dávám klientům, v jejichž škole není poradenské pracoviště apod. Někdy se jedná pouze o jednorázovou konzultaci, jindy dlouhodobější proces. Bohužel zde je ale ten prostor značně omezený. To je to porovnání trochu minusové, řekla bych s tou dobou minulou. V současné době je velký nárůst nových klientů, kteří přicházejí do poraden právě za účelem diagnostiky, takže na další aktivity moc času nezbyvá. Samozřejmě je to také o počtu speciálních pedagogů v poradenských zařízeních.

T: Já už se pomalu přesunu k dalšímu bodu našeho rozhovoru, který se bude zaměřovat na Váš osobní postoj. Jeví se Vám nabídka poskytovaných služeb ze strany pedagogicko-psychologických poraden dostatečná?

R3: Asi záleží, jak která poradna. Já si v naší poradně vážím toho, že vůbec můžeme nabízet to, co tady nabízíme, ať jsou to třeba individuální konzultace a reedukace i když tedy v omezeném počtu, nebo skupinové aktivity. Jak jste ale sama asi zjistila, jsme spíše výjimkou, mnoho poraden to nenabízí. Ideální by bylo rozvržení diagnostické a následné péče v poměru 1: 1, ale momentálně to takhle nejde.

T: Pokud by to umožňovaly podmínky, jaká by byla Vaše představa o spolupráci a pomoci rodině dětí s ADHD?

R3: Já bych určitě ráda měla více dětských skupin. Mnohdy se mi totiž stýská po tom, když jsem učila, možná by mě to rychle přešlo, ale občas se mi stýská. Takže já bych určitě ráda využila možnost pracovat s více dětskými skupinami, a to i předškolními, kde lze v rámci včasného vhodného přístupu a prevence významným způsobem přispět k bezproblémovému vývoji.