

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2011-2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Petra Nosková

Komorbidní poruchy u dětí s ADHD

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Renata Kreuzová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED (PART TIME) STUDIES

2011-2013

DIPLOMA THESIS

Petra Nosková

Affiliated disorders with the ADHD children

Prague 2013

The Diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Renata Kreuzová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 30. ledna 2013

Petra Nosková

Poděkování

Velice děkuji PhDr. Renatě Kreuzové za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování diplomové práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá syndromem ADHD a komorbidními poruchami u žáků I. a II. stupně základních škol.

Práci tvoří dvě stěžejní oblasti. Jedná se o část teoretickou, ve které je s použitím odborných zdrojů vymezena terminologie, příznaky a příčiny vzniku ADHD. Je popsán diagnostický postup, projevy poruchy v jednotlivých vývojových obdobích a možnosti jejich ovlivnění. Druhá kapitola teoretické části je věnována nejčastějším komorbidním poruchám u dětí s ADHD – poruchám chování, specifickým vývojovým poruchám školních dovedností, úzkostným poruchám, poruchám emocí a tikovým poruchám. Třetí kapitola teoretické části specifikuje možnosti vzdělávání žáků s ADHD a komorbidními poruchami.

Praktická část má za úkol pomocí dotazníkového šetření a rozhovoru s odborníkem zmapovat procentuální zastoupení komorbidních poruch u žáků s ADHD na I. a II. stupni základních škol v Jablonci nad Nisou. Zjišťuje, která komorbidní porucha se vyskytuje nejčastěji a zda převážná většina žáků základních škol trpí více než jednou komorbidní poruchou. Výsledky mohou být podnětné pro pedagogy i pro širší veřejnost, protože počet žáků s ADHD rozhodně není zanedbatelný a je potřeba jim věnovat zvýšenou pozornost.

Klíčová slova: ADHD, dotazníková šetření, komorbidní poruchy, poruchy emocí, poruchy chování, rozhovory, specifické vývojové poruchy školních dovedností, tikové poruchy, úzkostné poruchy.

Annotation

The diploma thesis deals with ADHD syndrom and komorbid disorders with pupils at the 1st and 2nd grades in elementary schools.

The work consists of two crucial areas. The theoretical part qualifies the terminology associated to ADHD, ADHD causes and symptoms using the specialized resources. Diagnostic process is described, disorder manifestations in particular developmental stages are mentioned and also the alternatives of their shaping are indicated. The second chapter of theoretical part goes into details about the most common komorbid disorders with ADHD children – behaviour disorders, specific developmental school skills disorders, anxiety disorders, emotional disorders and tic disorders. The third chapter of theoretical part specifies the educational alternatives for the pupils with ADHD and komorbid disorders.

The practical part using the enquiry research aims at mapping out the percentage representation of the pupils with ADHD and komorbid disorders at the 1st and 2nd degrees in Jablonec nad Nisou elementary schools. The research establishes the most often occurred komorbid disorders and gives statistics about the number of elementary school pupils suffering from more than one komorbid disorder. The results may be challenging for teachers, educationalists and the public at large, as the number of ADHD pupils is definitely not irrelevant and it is desirable to pay increased attention to them.

Key words: ADHD, anxiety disorders, behaviour disorders, dialogues, emotional disorders, komorbid disorders, questionnaire surveys, specific developmental school skills, tic disorders.

Obsah

Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 ADHD – vymezení terminologie.....	11
1.1 Příčiny vzniku ADHD.....	12
1.2 Základní příznaky ADHD.....	13
1.3 Diagnostický postup.....	15
1.4 Projevy ADHD v jednotlivých vývojových obdobích.....	16
1.5 Možnosti ovlivnění projevů ADHD.....	19
1.6 Doporučené výchovné postupy u dětí s ADHD.....	24
1.7 Školní intervence.....	26
2 Komorbidní poruchy u dětí s ADHD.....	28
2.1 Poruchy chování.....	29
2.2 Specifické vývojové poruchy školních dovedností.....	31
2.3 Úzkostné poruchy a poruchy emocí.....	40
2.4 Tikové poruchy.....	42
3 Vzdělávání žáků s ADHD.....	44
PRAKTICKÁ ČÁST	
4 Vymezení cíle.....	47
4.1 Hypotézy.....	47
4.2 Použité metody.....	47
4.3 Charakteristika souboru.....	48
4.4 Vyhodnocení dotazníku.....	49
4.5 Interpretace získaných dat.....	67
Závěr.....	72
Seznam použitých českých zdrojů.....	74

Seznam použitých zahraničních zdrojů.....	75
Seznam použitých internetových zdrojů.....	75
Seznam obrázků, tabulek, grafů.....	77
Seznam příloh	79

„O dětech se často říká, že jsou „solí“ života. O dětech s ADHD by se dalo říct, že jsou „solí a pepřem“ života. Kdo tyto děti zná, ví, že nám dokážou život silně „okořenit“. Ale kdo jim porozumí a má je rád, ví, že jsou prostě originální, že se s nimi zažije mnoho neočekávaného a neobvyklého (v dobrém i ve zlém). Na jejich spontánní projevy radosti a lásky se nezapomíná.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 227).

Úvod

Tématem diplomové práce jsou komorbidní poruchy u dětí s ADHD. Toto téma jsme si zvolili proto, že již třináctým rokem pracujeme s dětmi školního věku a frekvence výskytu ADHD a komorbidních poruch u žáků se neustále zvyšuje. Považujeme za velice důležité být jako učitel dobře seznámen s touto problematikou, protože dobrá informovanost a orientace se v problému, může předejít řadě nedorozumění.

Práce se skládá z části teoretické a části praktické. Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol. V první kapitole vymezíme terminologii ADHD a nastíníme historický vývoj pojmu. Popíšeme příčiny vzniku a základní příznaky – poruchu pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. Budeme se věnovat diagnostickému postupu a upozorníme na důležitost včasné diagnostiky. ADHD patří mezi onemocnění, která se vyvíjejí s růstem dítěte, a proto zmíníme projevy v jednotlivých vývojových obdobích. Pozornost je věnována možnostem ovlivnění projevů ADHD (farmakoterapii, kognitivně-behaviorální terapii, arteterapii, dramaterapii, muzikoterapii, EEG Biofeedbacku a relaxačním technikám) a doporučeným výchovným postupům ve škole i v rodině. Druhá kapitola se věnuje komorbidním poruchám u dětí s ADHD. Zaměřili jsme se zejména na děti školního věku a poruchy chování, specifické vývojové poruchy školních dovedností, úzkostné poruchy, poruchy emocí a tikové poruchy. Třetí kapitola popisuje možnosti vzdělávání žáků s ADHD a komorbidními poruchami. Teoretická část je zpracována s využitím odborných zdrojů.

Praktická část práce má za úkol pomocí dotazníkového šetření a rozhovoru s odborníkem zmapovat procentuální zastoupení komorbidních poruch (popsaných

v teoretické části v dané lokalitě – v Jablonci nad Nisou) u dětí s ADHD na základních školách. Blíže popíšeme použité metody průzkumu. Zpracujeme pomocí grafů a tabulek dotazník a vyhodnotíme předem dané hypotézy.

Pro rodiče i pedagogy je výchova dítěte s ADHD nelehkou cestou. Široké okolí považuje tyto děti za nezvladatelné a nevychované. Diplomová práce by měla poukázat na to, že počet dětí s ADHD a komorbidními poruchami není zanedbatelný. Klíčové symptomy, které stojí v pozadí ADHD, mohou často velmi znepříjemnit život nejen postiženým, ale také všem lidem okolo. Budoucnost dětí s ADHD ale nemusí být chmurná. Cílem rodiny, pedagogů a dalších odborníků by mělo být správné odhalení silných a slabých stránek dítěte, využití všech dostupných informací, zajištění adekvátní pomoci a vytvoření takových podmínek, aby už jedinec v dětském věku uvěřil ve své schopnosti a v to, že lze i s diagnózou ADHD vést šťastný a úspěšný život.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ADHD – vymezení terminologie

ADHD je anglickou zkratkou názvu Attention Deficit Hyperactivity Disorder (v českém překladu porucha pozornosti s hyperaktivitou nebo také syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou). Označuje onemocnění, které způsobuje obtíže při soustředění, nepřiměřeně zvýšenou aktivitu a impulzivitu dítěte.

ADHD je vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Často se projevuje již v raném dětství. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Tyto obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Mezi další příznaky je možné zařadit snížené výkony ve škole, agresivitu, problémy při navazování kontaktů s vrstevníky, nesnášenlivost, neschopnost podřídit se autoritě a obecně uznávaným pravidlům, agresivní řešení interpersonálních problémů (Zelinková, 2001). Jde o syndrom příznaků, které se mohou lišit nebo vyskytovat společně, ale mají vždy stejného jmenovatele – oslabené funkce centrální nervové soustavy (Train, 1997). Děti s ADHD mají inteligenci srovnatelnou s ostatními vrstevníky. Ačkoliv bývají vnímavé a citlivé, zažívají méně často pocit úspěchu než ostatní (Drtilková, 2007).

Je pravděpodobné, že každý se již setkal s názvy lehká mozková dysfunkce (LMD), minimální mozková dysfunkce (MMD) nebo lehká dětská encefalopatie (LDE). Tato pojmenování jsou starší a již překonaná a informace o nich tradované jsou zavádějící. Někdo by mohl namítnout, že jde o slovíčkaření a název není příliš důležitý, s tím se ale nedá souhlasit. Nová terminologie odráží i pokrok ve výzkumu příčin, projevů a léčby. Proto považujeme za důležité používat moderní označení a orientovat se na informace, která s novým názvem přicházejí (Goetz, Uhlíková, 2009).

Drtilková (2007) uvádí, že z dnešního pohledu je používání zastaralého pojmu LMD chybné. Dle Horta et al. (2008) se od užívání termínu LMD v současné

psychologické a psychiatrické praxi postupně upouští. Tento pojem je nahrazen výše zmíněným ADHD (popř. ADD – porucha pozornosti) a to pod vlivem zahraniční odborné literatury a v důsledku větší provázanosti naší odborné veřejnosti s mezinárodním děním. Tato terminologie vychází z americké klasifikace DSM-IV. V evropských státech je převážně užívána klasifikace MKN-10 (od roku 1994 platná i u nás v České republice). Podle ní jsou obtíže spojované s diagnózou LMD vedeny v oddíle Hyperkinetické poruchy (F90) jako porucha aktivity a pozornosti (F90.0), případně jako hyperkinetická porucha chování (F90.1). Přívlastek hyperkinetická zdůrazňuje nejvýraznější složku symptomatologie neklid. Oba nejrozšířenější současné klasifikační systémy MKN a DSM lze považovat za kompatibilní.

Paclt (2007) zmiňuje, že pojmy LMD, LDE MMD vycházely z etiopatogenetických představ o syndromu, zatímco termín ADHD vychází přísně ze symptomatického popisu poruchy.

V české terminologii se používají i označení typu hyperkinetický nebo hyperaktivní syndrom, nejčastěji se však setkáme s označením – ADHD (Jucovičová, Žáčková, 2010). Tato porucha byla poprvé popsána ve 40. letech minulého století (Pešatová, 2003).

1.1 Příčiny vzniku ADHD

Každý rodič dítěte s ADHD si zřejmě klade otázku, proč zrovna mé dítě, co je příčinou. Etiologie ovšem zůstává v mnohém neobjasněná.

Podle současných názorů je příčina ADHD pravděpodobně heterogenní. Dle Drtílkové (2007) se v etiologii mohou uplatňovat genetické i negenetické faktory. K rizikovým negenetickým faktorům je řazeno např. užívání alkoholu a kouření matky v době těhotenství, nízká porodní váha, nedonošenost, perinatální traumata spojená s hypoxií, úrazy a horečnatá onemocnění po porodu.

Jucovičová a Žáčková (2010) uvádějí jako nejčastější příčinu vzniku hyperaktivity drobné difúzní poškození mozku vznikající v období vývoje a zrání centrální nervové soustavy (CNS) a také zdůrazňují velký podíl genetických faktorů. To potvrzují nejen výzkumy, ale i dlouhodobé poznatky z praxe, kdy bývá hyperaktivní

někdo z rodičů či prarodičů. Ukazuje se, že hyperaktivita se dědí po mužské linii. Častou příčinou bývá ovšem kombinace obou výše uvedených faktorů. Přestože příčiny vzniku mohou být často nejasné a odborníkům se je nepodaří objasnit, je zřejmé, že se jedná o problematiku vrozenou či časně získanou a že se jedná o obtíže, které dítě samo z velké míry nemůže ovlivnit. Je ovšem nutné podotknout, že projevy ADHD, které popíšeme v následující kapitole, lze vhodně zvolenou terapií a správným výchovným působením ovlivnit.

Dle Kocurové (2012) je procentuální zastoupení příčin následující: 50 až 70 % dědičnost, 20 až 30 % komplikace během těhotenství a porodu, 10 % připadá na pozdější vlivy.

Dědičnost ADHD je velmi složitá, podílí se na ní mnoho genů a jejich vliv se sčítá s vlivy prostředí. Zhodnocením mnoha studií se došlo k závěru, že ADHD má až z 80 % dědičný základ a biologické vlivy, jako třeba průběh těhotenství, hrají roli podstatně menší (Goetz, Uhlíková, 2009).

Odborníci uvádějí, že tímto syndromem je postiženo 3 až 10 % dětí školního věku a mnohem častěji se vyskytuje u chlapců. Nejčastěji se udává poměr 6:2 (Škvorová, Škvor, 2003). Farrell (2008) uvádí výskyt u 7 % dětí ve věku 6 až 11 let. Dle Drtílkové (2007) je přítomnost ADHD u 30 až 50 % dospělých, kteří touto poruchou trpěli již v dětství. Na rozdíl od prevalence ADHD v dětství, kdy je výrazná převaha poruchy u chlapců, se v dospělosti poměr obou pohlaví vyrovnává. U menší části dětí se projevy ADHD opravdu zmírní nebo vymizí v období kolem puberty, ale problémy s chováním a školní neúspěchy, které děti provázely celé dětství, v mnoha případech již stačily negativně ovlivnit jejich psychiku a postoj jejich okolí. Týká se to zejména dětí, kterým nebyla v dětství poskytnuta vhodná odborná péče.

1.2 Základní příznaky ADHD

Mezi základní příznaky ADHD řadíme poruchu pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. Nyní se zaměříme blíže na každý z těchto příznaků.

Porucha pozornosti – pro děti s ADHD bývá typické, že jsou roztěkané a nesoustředěné, často nepozorné. Nebývají odolné vůči rušivým podnětům. Jejich

pozornost není výběrová a vzhledem k poruše CNS neumí dostatečně rozlišit a utlumit nepodstatné podněty (Jucovičová, Žáčková, 2010). Podrobněji dílčí poruchy pozornosti popisuje Vágnerová (2003). Zmiňuje slabou koncentraci pozornosti. Dítěti dělá potíže se soustředit na cokoli, ať už jde například o úkoly nebo hru. Dále pak délka soustředění (tenacita) je příliš krátká. Dítě nedokáže udržet pozornost žádoucím směrem po určitou, vzhledem k jeho věku standardní dobu. Často přebíhá od jedné nedokončené činnosti ke druhé. Rozsah pozornosti (distribuce) je příliš malý. Tyto děti jsou obvykle schopné vnímat jen malé množství informací, nedovedou se soustředit na komplexnější situaci, uvědomují si jen některé, často náhodně vybrané podněty. Pružnost pozornosti (vigilita) bývá rovněž nedostatečná. Děti nejsou schopné přenášet pozornost podle potřeby. A v neposlední řadě je třeba zmínit, že pozornost dětí s ADHD bývá často nevýběrová. Dítě se nedokáže zaměřit jen na podstatné znaky situace, ale věnuje pozornost všemu, co jeho smysly zachytí.

Hyperaktivita – bývá uváděna jako nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity. Popisovány jsou pohyby, které nejsou nezbytné ani potřebné (vrtění, neklid) a které neodpovídají dané situaci. V řečovém projevu se hyperaktivita projevuje nadměrným řečovým projevem, častými komentáři, skákáním do řeči, ale i vydáváním atypických zvuků (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Impulzivita – děti nejsou schopné brzdit aktuální impulsy a své chování ovládat. Často přerušují jiné, skáčou druhým do řeči, při vyučování vykřikují a reagují ještě dříve, než na ně přijde řada (Vágnerová, 2003). Impulzivní chování bývá popisováno jako okamžitá reakce na podnět, kdy chybí fáze rozmyšlení. Svým způsobem je impulzivní chování spojené se sníženými volnými a ovládacími schopnostmi (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Hort et al. (2008) mezi základní projevy (mimo výše zmíněné) řadí také poruchu emocí a afektů, kterou popisuje jako emoční a afektivní labilitu. Dále sociální maladaptaci, která se projevuje neadekvátní kontrolou, familiárností, která není příslušná věku, neschopností souhry s vrstevníky a častou frustrací ze sociální neúspěšnosti. Jako nejnapadnější expresi ADHD uvádí hyperaktivitu a impulzivitu.

Komorbidním poruchám u ADHD se budeme podrobněji věnovat ve 2. kapitole této práce.

1.3 Diagnostický postup

Správně stanovená diagnóza je dobrým základem každé kvalitní léčby. Diagnózu ADHD lze udělit, pokud byly u dítěte zaznamenány některé ze 14 příznaků uvedených v diagnostických kritériích podle DSM-IV (blíže viz tab. 1).

Tabulka 1: Kritéria podle DSM-IV pro diagnózu ADHD

<p>A) Porucha, trvající nejméně 6 měsíců, při níž se objevuje nejméně 8 z následujících 14 symptomů:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Často si neklidně pohrává s rukama, bezúčelně pohybuje nohama anebo se vrtí na židli.2. Má potíže s tím, aby vydržel/a klidně sedět, i když je o to požádán/a.3. Lehko ho/ji vyruší vnější stimuly.4. Ve hrách s pevně stanovenými pravidly či ve společenských situacích mu/jí dělá potíže vyčkat, dokud na něj/ni nepříjde řada.5. Často vyhrkne odpověď na otázku ještě předtím, než ji ten, kdo se ptá, vůbec stačí dovyslovit (což vede k častým chybám).6. Dělá mu/ji potíže řídit se instrukcemi jiných osob.7. Dělá mu/ji potíže soustředit se, ať už na úkoly, nebo při hrách.8. Často „přebíhá“ od jedné nedokončené činnosti ke druhé.9. Dělá mu/ji potíže hrát si tiše.10. Často je nadměrně povídavý/á, překotně hovoří.11. Často přerušuje jiné nebo jim skáče do řeči, např. se plete do her jiných dětí.12. Často to vypadá, jako že neposlouchá, co se mu/jí říká.13. Často ztrácí věci, které jsou nezbytné pro školní práci či celkově pro různé důležité činnosti, ať už doma, nebo ve škole.14. Často se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bral/a v úvahu možné následky.
<p>B) Nemoc začíná obvykle před 7. rokem věku.</p>
<p>C) Nesplňuje kritéria nezachvacující vývojové poruchy.</p>
<p>Ve věku: 3-5 let 10 a více příznaků, 6-12 let 8 a více příznaků, 13-18 let 6 a více příznaků.</p>

Zdroj: Paclt, 2007, s. 18

U většiny dětí se ADHD diagnostikuje mezi 6. až 9. rokem. Diagnóza se určuje velmi těžko. Neexistují pro ni žádné absolutně správné diagnostické testy, symptomy se

různí podle věku, situace a podmínek. Přítomnost jiných poruch může symptomy ADHD zakrýt, některé symptomy se mohou naopak objevit i u jiných poruch. Aby se u dětí, které mohou mít ADHD, dala stanovit přesná diagnóza, je nutné získat vyšetření kvalifikovaného odborníka – lékaře, obvykle dětského psychiatra (Munden, Arcelus, 2006). Dětský psychiatr obvykle přibírá ke spolupráci další odborníky (neurologa, psychologa, učitele) a teprve z komplexních informací může získat souhrnný obraz onemocnění dítěte. Základními součástmi vyšetření u dětského psychiatra jsou pohovor s dítětem, s rodiči a vyplnění dotazníků, které by měly napomoci posoudit závažnost onemocnění a zhodnotí celkový stav pacienta (Goetz, Uhlíková, 2009).

Zelinková (2003) a Jucovičová se Žáčkovou (2010) se shodují, že pedagogové a rodiče musejí v průběhu diagnostického procesu spolupracovat. Jejich údaje mají značnou váhu. Poskytují je formou vypracovaného školního dotazníku nebo samostatnou, písemně zpracovanou pedagogickou diagnostikou. Rozhovorem s rodiči lze zjistit nejen to, jaké má dítě projevy chování, jaké výchovné strategie rodiče využívají, jaké má dítě zájmy, ale formou vhodně zvoleného anamnestického dotazování se zjišťuje průběh těhotenství i porodu a celkový vývoj dítěte od narození.

Je nutné zmínit diferenciální diagnostiku, protože zejména v dětském věku mohou různá onemocnění spojená se zvýšeným neklidem a excitací nebo onemocnění provázená změnami v emoční a kognitivní oblasti připomínat ADHD. Kromě toho je třeba při diagnostice zvážit, zda některé projevy nemohou souviset např. s vrozeným temperamentem. U dětí s podezřením na ADHD by měly být vždy zkontrolovány funkce smyslových orgánů, především sluch a zrak, protože nedostatky v této oblasti mohou imitovat poruchy pozornosti a snižovat školní výkon jedince. Zhoršená pozornost může také souviset s akutním nebo chronickým tělesným onemocněním (Drtilková, 2007).

1.4 Projevy ADHD v jednotlivých vývojových obdobích

V této kapitole popíšeme základní projevy ADHD v jednotlivých vývojových stádiích člověka.

ADHD patří mezi onemocnění, která se vyvíjejí s růstem dítěte a tím zejména rodiče staví do velmi nelehké situace, kdy se musí znovu a znovu přizpůsobovat novým reakcím svého dítěte a stále hledat nové výchovné postupy. Již dávno je překonáno tvrzení, že ADHD s věkem odezní. Naopak, u 80 % dětí přetrvává do adolescence a až 60 % jedinců z této skupiny může vykazovat příznaky ADHD i v dospělosti (Goetz, Uhlíková, 2009).

Hyperaktivita se může projevit už v novorozeneckém období. Zatímco novorozenec bez hyperaktivity si obvykle vytvoří určitý rytmus střídání bdělosti, pláče, krmení a spánku, hyperaktivní dítě mívá velmi nápadně nepravidelný režim. Někdy prospí celý den, jindy častěji pláče. U dětí ve vývojovém období kojence není ještě snadné hyperaktivitu rozpoznat. Ale přesto jsou zde určité příznaky. Hyperaktivní kojenci někdy hůře sají, bývají proto dokrmováni nebo je nutné přejít na umělou stravu. Často bez příčiny pláčou, jsou neklidní a podráždění. Špatně usínají, v noci se budí a některé hyperaktivní děti v tomto vývojovém období již odmítají odpolední spánek, což narušuje v budoucnosti jejich adaptaci v mateřské školce (Goetz, Uhlíková, 2009).

Batolecí období popisují Goetz s Uhlíkovou (2009) a Jucovičová se Žáčkovou (2010) jako období neklidu, živosti, zvýšené pohyblivosti, ale také jako období častých úrazů. Stále přetrvává nespavost. Děti s hyperaktivitou mohou působit jako neobratné, nedokážou se soustředit na hru, přebíhají od jedné věci ke druhé. Mohou se objevit první afektivní výbuchy a objevují se konflikty s okolím. Děti působí jako velice živé, zlobivé a nepřiměřené chování může být považováno za důsledek nezvládnuté výchovy. Někdy se u těchto dětí může projevit nevyrovnaný psychomotorický vývoj (tzn., že tyto děti umí např. dříve lézt než sedět). Nebývá výjimkou opožděný vývoj řeči.

Nerovnoměrný vývoj, hyperaktivita, zvýšená afektivita a emocionalita mohou být častou příčinou problémů dítěte při vstupu do předškolního zařízení. Přetrvávají potíže s delším soustředěním na jednu činnost, dítě buď u činnosti nevydrží vůbec, nebo pouze jen krátkou chvíli. I nadále mívají tyto děti častěji úrazy než intaktní jedinci. Příčinou jsou jednak poruchy motoriky a motorické koordinace, ale i impulzivní jednání jakoby bez zábran. Často bývá realizován odklad povinné školní docházky z důvodu nerovnoměrného zrání CNS (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Každé dítě je nutné posuzovat individuálně, nelze jednoznačně říci, že odklad povinné školní docházky vyřeší problémy. Pokud však není dítě zralé a připravené pro školní docházku, je odklad jednoznačně správným řešením, kterým se dá v mnohých případech předejít dalším problémům. Nástup do školy klade na dítě veliké nároky. Musí se přizpůsobit řadě pravidel – vydržet v klidu sedět, dávat pozor na výklad, spolupracovat s ostatními, řídit se pokyny vyučujícího, dokončovat úkoly. Školní období je pro děti s ADHD i jejich rodiče jedním z nejtěžších (Goetz, Uhlíková, 2009).

Vágnerová (1999) uvádí, že u školních dětí přetrvávající poruchy spánku a přijímání potravy. Popisuje, že dalším problémem je neschopnost dodržovat sociální normy, chovat se přiměřeně roli školáka. Déletrvající školní neúspěšnost a opakovaná kritika dětí s ADHD může vést ke změně vztahu ke školní práci.

Ve školním období mimo jiné rozvíjejí děti kamarádské vztahy s vrstevníky a můžeme se setkat s tím, že děti s ADHD mohou být v kolektivu odmítány. V bakalářské práci (termín odevzdání 2011) jsme se věnovali tématu přijetí dětí s ADHD v třídním kolektivu. Dotazníkové šetření mezi 105 dětmi II. stupně základní školy ukázalo, že děti s ADHD jsou kladně přijímány v třídním kolektivu i přes své časté rušivé chování. Spolužáci je označili za zábavné, férové a poukázali na to, že se s nimi nenudí a nechtěli by, aby tyto děti ze třídy odešly, považují je za své kamarády. Ze šetření vyplývá, že některé projevy dětí s ADHD vadí spolužákům více (např. agresivita), některé méně (např. ztrácení pomůcek).

Období adolescence zahrnuje provokující chování vůči dospělým včetně dětinské argumentace, demonstrace neposlušnosti a odpor vůči autoritám (v rodině i ve škole). Spolu s fyzickými změnami dochází ke změnám nálady a objevuje se větší citlivost na kritiku. Adolescent s ADHD prodělává stejné změny jako jeho vrstevníci, ale je méně připravený zvládnout zodpovědnost, která plyne z nabyté samostatnosti, kterou vyžaduje stejně jako každý v jeho věku. Výrazněji se mohou projevit komplikace v podobě přidružených psychických poruch (Goetz, Uhlíková, 2009). Blíže o nich hovoříme v podkapitole 2.3. Děti s ADHD mívají často horší školní prospěch, což může zákonitě ovlivnit i jejich postoj k dalšímu vzdělávání. V období adolescence, kdy jedinci stojí před rozhodnutím, v čem pokračovat po základní škole, bývá u adolescentů

s ADHD hlavním motivem jejich profesního rozhodování potřeba zbavit se školy. Výsledkem bývá nižší úroveň vzdělanosti. Projevy ADHD jako je impulzivita, nižší tolerance ke stresu nebo neschopnost systematické činnosti mohou snižovat pravděpodobnost úspěšnosti v jakékoli profesi (Vágnerová, 2002).

Mýty, že ADHD se dá vyléčit nebo zmizí s věkem, jsou již dávno překonané. Jak již bylo zmíněno výše, u 80 % dětí se s projevy příznačnými pro ADHD setkáme i v adolescenci a až 60 % může vykazovat některé příznaky ADHD i v dospělosti. Syndrom ADHD byl desítky let pokládán za onemocnění vázané typicky na dětský věk, dospělým jedincům s ADHD nebyla věnována větší pozornost. Hyperaktivita jako nejnapadnější symptom poruchy má v průběhu vývoje sestupnou tendenci a právě díky tomu je v mnohých případech onemocnění tímto syndromem mylně považováno za odeznělé (Drtilková, 2007).

U některých dospělých jedinců s ADHD se může projevit hyperaktivita a netrpělivost jako workoholismus, jiní nedosáhnou po profesní stránce takových pozic, které by odpovídaly jejich inteligenci. Setkáváme se s tím, že často mění zaměstnání, v mnohých případech i nedobrovolně. Pokud zmíníme přidružené psychické poruchy, jedná se stejně jako u adolescentů zejména o depresi a úzkostné poruchy spojené s nízkým sebehodnocením, mohou se objevit závislosti na drogách a alkoholu (Goetz, Uhlíková, 2009).

1.5 Možnosti ovlivnění projevů ADHD

Péče o dítě s ADHD není úkolem jen pro jednoho člověka. ADHD zasahuje všechny oblasti života dítěte, a proto by se na léčbě neměli podílet jen lékaři a psychologové, ale všichni, kteří jsou angažováni ve výchově a vzdělávání nebo mají s dítětem blízký vztah – vyučující, rodiče, sourozenci, prarodiče a další osoby. Jde o to vytvořit jakousi „terapeutickou alianci“, která spolupracuje na komplexní péči a vytvoří takový přístup, který má největší naději na úspěch. Cílem je pomoci dítěti s ADHD zvládnout celodenní režim. Dítě v dobré péči se dokáže nejen lépe učit, ale zlepšit se i chování a citové prožívání. Cílem léčby je pomoci dítěti zvládnout denní režim, využít své inteligence, zlepšit zařazení se do kolektivu a vztahy s blízkými osobami. K tomu je potřeba zaměřit se nejen na příznaky ADHD, ale také na prevenci nebo terapii

komorbidních poruch. Úplný léčebný přístup, který má největší naději na úspěch, se skládá z několika vzájemně se podporujících metod a zahrnuje farmakoterapii, terapeutické přístupy, režimová a výchovná opatření.

Farmakoterapie je jedna z možností ovlivnění příznaků syndromu. Potvrzení diagnózy ADHD ale ještě neznamená, že dítě musí být vždy léčeno farmakologicky. U části dětí se daří potlačit příznaky ADHD pouze pomocí psychologických, režimových a výchovných prostředků. Ty fungují zejména tehdy, jsou-li projevy ADHD mírné. Každý případ je však nutné posuzovat individuálně. Rozhodnutí, zda dítě bude dostávat léky, závisí především na dohodě rodičů s lékařem. Nejprve je potřeba zdůraznit, že se nejedná o žádné uspávací prostředky. Léky proti ADHD regulují činnost látek v mozku, které jsou důležité pro udržení pozornosti a schopnosti soustředění při řešení různých úkolů. Současně umožňují dítěti lépe ovládat své chování a tlumí jeho neposednost a mnohmluvnost (Goetz, Uhlíková 2009).

Při léčbě ADHD se u nás běžně používají tyto kategorie léků: stimulancia, nestimulační preparáty a tricyklická antidepresiva (Matek, 2012).

Farmakoterapie nesnímá z rodičů a vyučujících odpovědnost za výchovu hyperaktivního dítěte, naopak je neúčinnější v kombinaci s metodami a výchovnými postupy uvedenými v následující části práce. Farmakoterapie slouží jako podpůrný způsob léčby, resp. doplňkový. Nelze očekávat, že všechny problémy vyřeší medikace (Vágnerová in Nosková, 2011).

Psychoterapie je nezbytnou součástí komplexní péče o osoby s ADHD. Odpovědnosti za chování a adekvátnímu řešení sociálních situací je třeba dítě naučit. Je třeba vést dítě k sebepoznání, pochopení sebe sama a svých reakcí.

Z hlediska psychoterapie je nejvhodnější **kognitivně-behaviorální terapie** (KBT). Vznikla na konci 70. let minulého století. Je to psychoterapeutický směr, který v sobě integruje kognitivní a behaviorální přístupy. Kognitivní přístup pracuje s myšlenkami, postoji k sobě, k druhým a k okolnímu světu. Behaviorální přístup se zaměřuje především na zjevné chování a snaží se o změnu pro klienta žádoucím

směrem. KBT si u jedinců s ADHD neklade za cíl poruchu vyléčit, ale zaměřuje se na konkrétní, definovatelné problémy (Theiner in Drtílková, Šerý et al., 2007).

KBT je směřována na děti i adolescenty s ADHD, jejich rodiče i vyučující, případně i na dospělé jedince s ADHD a jejich partnery. Učí adaptivnímu chování pomocí různých technik (modelování situací, hraní rolí, sebeinstrukce). Dítě se snaží kontrolovat své projevy impulzivity a nepozornosti. Za optimální je považována individuální terapie dítěte v kombinaci s rodinnou terapií či s terapeutickým vedením rodičů, která vede k nastolení režimových a výchovných změn. Rodiče se dozvídají, jak k dítěti přistupovat. Tím mu mohou pomoci zvládnout běžné denní situace. Na tuto práci jsou zaměřeni především pracovníci v PPP, v některých Speciálně pedagogických centrech, ve Střediscích výchovné péče, případně i na pracovištích, která poskytují komplexní péči o tyto děti (jedná se o zdravotnická zařízení státní i nestátní, různá občanská sdružení – rozšířená je např. síť DYS-center po celé republice) (Jucovičová, Žáčková in Nosková, 2011).

Odborníci uvádějí, že kombinace medikamentózní léčby a KBT může být v řadě případů optimálním řešením při ovlivňování projevů ADHD, důležitá je ovšem úzká spolupráce s rodinou a konzultace se školou.

Jednou z terapeutických metod pro jedince s ADHD může být **EEG Biofeedback**. Tato metoda se v České republice objevila v polovině 90. let minulého století. Využívá biologické zpětné vazby k autoregulaci mozkové aktivity. Klient je zpětnovazebně informován o svém aktuálním stavu a výkonu a zároveň je operativním podmiňováním stimulována žádoucí aktivita a inhibována nežádoucí (Malá in Hort et al., 2008). EEG Biofeedback je vysoce specifická metoda vhodná především pro trénink pozornosti, soustředění, sebeovládání, sebekázně (zklidnění impulzivity a hyperaktivity) a zlepšení výkonu intelektu. Když se metoda EEG Biofeedback poprvé objevila, byla tak jako mnoho jiných metod, často přijata s nedůvěrou. Příprava na práci s EEG Biofeedbackem představuje 150 hodin průpravy z oboru neuropsychologie, neurologie, ale i znalosti k ovládnutí složitého počítačového programu. Pokud má být terapie EEG Biofeedback maximálně účinná, je dobré ji doplnit v některých případech o další terapeutické aktivity, např. dechová cvičení či autogenní trénink, které je třeba

naučit i rodiče dětí a to všechno vyžaduje mnoho času. Při této metodě se trénuje zejména pozornost. Může se zlepšovat kvalita a délka soustředění. EEG Biofeedback může zklidňovat nadměrnou aktivitu a neklid. Metoda bývá pro děti zajímavá, ale ze strany rodičů je to metoda náročná časově i finančně. Odborníci doporučují v průmětu 40 sezení. Ceny se pohybují od 200 do 500 Kč za jedno sezení. V počátku je vhodné trénovat pravidelně a intenzivně, průměrně 2x až 3x týdně. Pokud se dostaví zřetelné výsledky, může se tempo zvolnit na 1 až 2 sezení týdně. (EEG Biofeedback, 2012).

Z dalších terapeutických metod jsme vybrali muzikoterapii, arteterapii a dramaterapii.

Muzikoterapie je terapeutický přístup, který využívá působení hudby. Rychlá hudba může pomoci dítěti vybit energii, pomalá zpravidla zklidňuje. Lekce muzikoterapie se mohou prolínat s lekcemi dramaterapie. Vhodná je jak aktivní forma; tak i represivní forma muzikoterapie. Za hlavní cíle se považuje rozvoj motoriky a vizuomotorické koordinace (manipulace s nástroji, vyjadřování se pohybem), získání zkušeností se smysly (zlepšení koncentrace a rozvoj záměrné pozornosti), relaxace, schopnost psychosomatického uvolnění (prostřednictvím imaginativních technik) a zlepšení komunikativních dovedností (Nosková, 2011).

Arteterapie znamená léčbu výtvarným uměním. Arteterapie receptivní je vnímání uměleckého díla vybraného s určitým záměrem arteterapeutem. Cílem je pochopení vlastního nitra a poznávání pocitů jiných lidí. Arteterapie produktivní znamená využití konkrétních tvůrčích činností (např. kresby, malby, modelování). Arteterapii lze aplikovat formou individuální a skupinovou. Individuální terapie je vhodná pro klienty, jejichž problém vyžaduje celou pozornost terapeuta. Skupinová terapie je náročnější pro terapeuta, ale má řadu výhod – sociální učení probíhá rychleji a intenzivněji a zpětné vazby členů skupiny jsou podnětné pro každého jednotlivce ve skupině. K individuálním cílům patří uvolnění, sebeprožívání a sebevnímání, svoboda při hledání výrazů pocitů a emocí, rozvoj fantazie a osobnosti. Jako sociální cíl je uváděno vnímání a přijetí druhých lidí, navázání kontaktů, zapojení do skupiny a kooperace, komunikace a společné řešení problémů (Šicková-Fabrici, 2002).

Chování dětí s ADHD mohou významně ovlivnit a modifikovat i techniky **dramaterapie**, které mohou pomoci v odbourávání stresu, napětí, odvádění negativních emocí, prožívání emocí pozitivních. Doporučuje se zaměřit se na nácvik pozitivních forem chování. Je možné využívat četných dramaterapeutických technik, neverbálních technik, improvizací, rolových her, dramatizací, masek, kostýmů, živých obrazů, simulací a rituálů (Jucovičová, Žáčková in Nosková, 2011).

Je nutné zmínit také **relaxační techniky**, které u dětí s ADHD přispívají k jejich zklidnění, zlepšení jejich výkonnosti, sebeovládání a sebekontroly. Pozitivně ovlivňují afektivitu a agresivitu, které bývají u těchto dětí vnímány jako nejobtížnější. Zlepšují koncentraci pozornosti a vhodně tlumí zvýšenou aktivitu. Uvolněním svalového i fyzického napětí a regulací rytmu dýchání lze dosáhnout psychického uvolnění. Relaxační techniky navodí pocit psychické vyrovnanosti a příjemného duševního rozpoložení. Jedním z cílů relaxačních technik je naučit děti s ADHD rychle se uvolnit a zase rychle se zaktivizovat. Nácvik s dětmi je velmi náročný a dlouhodobý. Je důležité nenechat se odradit, neztratit nadšení a přesvědčení o správnosti relaxace (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Pokud mluvíme o relaxačních technikách, nejedná se pouze o klasickou relaxaci, ale lze sem zařadit i jógu a dechová cvičení. Cílem relaxačních technik je naučit nejen děti s ADHD uvolnit se kdykoliv během dne, ale opět se zaktivizovat zpět. Vhodné je před relaxačním cvičením zařadit pohybovou aktivitu, aby děti poznaly rozdíl pocitu plynoucího z pohybu a následného uvolnění a klidu. Relaxační a dechová cvičení se doporučují každý den nejen ve škole, ale dobré je zařadit uvolnění i v domácím prostředí. Ve škole se doporučuje zařadit relaxační cvičení kdykoliv během vyučování, když je na dětech znát únava. V domácím prostředí je zvláště vhodná doba pro zklidnění po příchodu ze školy a před usínáním. Pro relaxační chvílku v rámci vyučování je ideálním řešením relaxační místnost, tu však většina škol nemá. Pro relaxaci je možné využít tělocvičnu, popř. běžnou třídu. Relaxační cvičení je vhodné doplnit poslechem relaxační hudby, děti se při ní obvykle snáze uvolní (Jucovičová, Žáčková in Nosková, 2011).

1.6 Doporučené výchovné postupy u dětí s ADHD

Je zcela jasné, že dítě s ADHD potřebuje pomoc odborníka (dětského psychiatra, neurologa, psychologa a v neposlední řadě speciálního pedagoga). Nelze ovšem spoléhat na to, že oni za rodiče ve výchově vše vyřeší. Níže popíšeme doporučené výchovné postupy, které mohou dětem s ADHD pomoci maximálně využít jejich potenciál.

Důležité je vytvořit dítěti **klidné, citově proteplené rodinné prostředí**. Dítě by mělo cítit, že ho mají rodiče rádi, že v nich má oporu a že mu rodina poskytuje bezpečné zázemí, bezpečí a jistotu. Rodičům se doporučuje zůstat pokud možno při výchově klidnými a vyrovnanými, zejména ve vypjatých situacích, ke kterým dochází. Nervozita se přenáší i na dítě a v mnohých případech se afekt může ještě zhoršit. Láska a klid v rodině nejen s dítětem s ADHD tvoří základ pro další výchovné postupy.

Láska k dítěti by měla stát v rovnováze s **dodržováním určitého řádu**. Láskou k dítěti se nerozumí nekritické rozmazlování. Dítě by se mělo naučit, že své osobní zájmy a potřeby musí sladit a někdy i podřídit potřebám a nárokům ostatních nejen v rodině, ale i mimo ni (máme na mysli např. školní kolektiv). Při výchově dítěte s ADHD se doporučuje dodržovat pravidelný denní režim, který se může zdát až stereotypní. Ovšem svět dítěte se tím stane přehlednější a jasně uspořádaný.

Další velice důležitou zásadou je **důslednost** ve výchově. Osobně považujeme tuto zásadu jako jednu z nejdůležitějších a zároveň nejtěžších při výchově našich dětí. Pravidla soužití, která jsme si stanovili, je nutné důsledně dodržovat. Nutná je také důsledná kontrola, která by měla být prováděna nenápadným a nedirektivním způsobem. Vyplatí se laskavost a trpělivost, naopak vymstít se může lenost a pohodlnost rodiče. Dítě velice rychle zjistí, že např. úkol vykonat nemusí, protože ho rodič nekontroluje.

Na důslednost velice úzce navazuje **sjednocení výchovy**. Za nejdůležitější se považuje sjednocení výchovného působení v rodině. Jakmile je jeden z rodičů ve výchově důsledný a druhý ne, dítě je uvedeno ve zmatek a výsledkem je to, že se naučí využívat nedůsledného rodiče, popř. neposlouchá ani jednoho. Tato zásada by měla být

probrána i s dalšími členy rodiny, kteří se na výchově podílejí (např. s prarodiči). Neméně důležité je sjednotit výchovné postupy se školou. Úzký kontakt a spolupráce všech, kteří se na výchově dítěte s ADHD podílejí, může dítěti jen pomoci.

Dítě s ADHD bývá zvýšeně aktivní, proto je nutné **usměrňování jeho aktivity a dostatečný přívod přiměřených podnětů**. Nedoporučuje se jejich energii násilně potlačovat, dítěti bychom uškodili. Zvýšená aktivita by se mohla projevit jindy, v jiné situaci, v mnohem větší míře a také negativním způsobem. Je důležité umět zvýšenou aktivitu využít pozitivním způsobem (např. dát dítěti možnost pohrát si, proběhnout se). Přívod přiměřených podnětů platí jak pro učení, tak pro rodinnou výchovu. Velké množství podnětů, které se na dítě hrnou ze všech stran, nepřiměřené množství příkazů a zákazů, vytváří u dítěte chaos a často se v nich nevyzná. Takovým situacím je nutné předcházet a vyvarovat se vzniku afektivních reakcí a negativního chování. Dětem s ADHD nejvíce vyhovují jednoduchá jasně formulovaná a pro ně přiměřená a pochopitelná pravidla.

K negativním reakcím a neadekvátnímu chování dítě dovedou časté neúspěchy, proto je třeba se ve výchově **soustředit na kladné stránky** jeho osobnosti. Je důležité objevit oblast, ve které je dítě úspěšné a na tu se zaměřit a umožnit mu prožít úspěch, nešetřit chválou i za malé, byť jen dílčí pokroky, povzbuzovat dítě k dalším výkonům, dávat mu najevo, že mu věříme, že to dokáže. Je dobré naučit se pracovat s odměnami a pochvalami než s tresty. Není vhodné používat nepřiměřené tresty, zákazy, vyčítání, ironizování nebo posmívání se. Nejlepší cestou je zabránit negativním projevům chování, předcházet jim (Žáčková, Jucovičová, 1998). Mezi často kladenou otázkou patří, jaké trestání je účinné a jaké nikoli. U dětí se jako nejúčinnější uvádí kladné zpevňování spolu s určitými sankcemi (Fontana, 2003).

Matějček (2011) doporučuje trpělivost, klid a optimistický výhled do budoucna. Zmiňuje, že dětem s ADHD vyhovuje spíše práce nárazová než dlouhodobá, není dobré soustavné zatěžování pozornosti. Mělo by být naším cílem zabránit u těchto dětí pocitu méněcennosti, ty se totiž mohou objevit všude, kde si dítě uvědomuje, že přes všechnu snahu nemůže dokázat to, co dokážou ostatní děti.

Výchova dítěte s ADHD je věc velice složitá, pokroky nejsou často viditelné hned a někdy je velice těžké dodržovat vše, co jsme uvedli výše. Přesto se vyplatí ve svém úsilí ve výchovné činnosti vytrvat. Za ideální rodinu je považována taková rodina, která je na jednu stranu tolerantní a uvědomuje si nedostatky svého dítěte, ale na druhé straně stanoví určité mantinely.

1.7 Školní intervence

V předešlé kapitole jsme se věnovali výchovným zásadám nejen v rodinném prostředí. Nyní popíšeme všeobecné zásady při práci s dítětem s ADHD ve škole tak, jak je zmiňuje Pokorná (2001).

Prostředí třídy by mělo působit útulným, harmonickým a klidným dojmem. Je dobré vyvarovat se nadbytku zrakových podnětů (např. pestré obrázky, výrobky dětí, školní pomůcky, věci zavěšené od stropu jako lampiony či kresby, které se pohybují proudem vzduchu). V zorném poli dítěte by měly být pouze ty pomůcky, které potřebuje ke splnění úkolu.

Dítě by mělo být pozitivně hodnoceno, pokud prokáže určitou schopnost. Důležitější než všeobecná pochvala je konkrétní upozornění na věc, která se dítěti daří.

Učitel by se měl snažit vyvarovat se činností spojených s rychlostí a závoděním, protože soutěžení podporuje impulzivní chování a zbrkllost.

Zadávané úkoly by měly být adekvátní věku dítěte, rozsahem však poněkud kratší. Dítě by je mělo zpracovat obsahově i formálně co nejlépe a doporučuje se postupně zvyšovat nároky. Je důležité se přesvědčit, že dítě chápe zadání, že jeho část nepřeslechlo a že je schopné se v něm orientovat.

Hodina by měla mít určitý řád a rutinní průběh. Dítě je klidnější, ví-li dopředu, co je čeká a usnadňuje mu to orientaci v průběhu hodiny.

Dobré je věnovat pozornost nácviku sociálních dovedností. Děti s ADHD se neučí sociálním dovednostem spontánně. Je třeba se nejprve zaměřit na to, zda dítě ví, jak se mělo a má chovat a až potom zvážit případný trest.

Důležité je podporovat utváření dobrých vztahů s vrstevníky a neztotožňovat poruchu dítěte s dítětem samým. Nepracujeme s problémovým dítětem, ale s problémy dítěte. Neptáme se, proč dítě věc udělalo, ale co se stalo, že k tomu došlo, co tomu předcházelo.

Netrestáme dítě za to, co nedokáže nebo udělalo nevědomky špatně. Dítě s ADHD není schopno pohotově rozlišovat mezi aktuálními podněty, může mít i nepřesné představy ohledně věcí, činností a jejich příčin. Proto je nutné se při každém nezdaru dítěte ptát, co si myslelo, jak to vidělo, co se pokazilo. Přivádíme je k tomu, aby sledovalo svoje vnitřní prožitky, myšlenky, pocity. Jen takové dítě, které samo sobě rozumí, je schopné své chování ovlivňovat.

Munden a Arcelus (2006) jako velmi vhodné opatření ve školním prostředí uvádějí posazení dítěte s ADHD do blízkosti učitele, který ho může nenápadně sledovat.

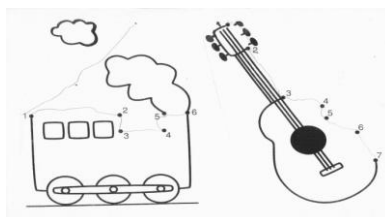
Dle Riefové (2010) děti s ADHD potřebují takovou třídu, která je strukturovaná, nikoli chaotická. V prostředí třídy se potřebují cítit bezpečně a zároveň je nutné, aby věděly, co se od nich očekává z hlediska učení a chování.

Obrázek 1: Ukázka práce žáka s ADHD



Zdroj: autorka práce

Obrázek 2: Ukázka práce žáka s ADHD



Zdroj: autorka práce

2 Komorbidní poruchy u dětí s ADHD

V 2. kapitole diplomové práce se zaměříme na komorbidní poruchy u dětí s ADHD. Dětem s komorbidními (přidruženými) poruchami je nutné věnovat zvýšenou pozornost.

Nové zobrazovací techniky mozku ukazují, že syndrom ADHD je členem větší skupiny neuropsychiatrických poruch, jejichž patofyziologický podklad zasahuje blízké nebo dokonce identické mozkové regiony, což může naznačovat souvislost s častým výskytem některých přidružených (komorbidních) poruch. V klinické oblasti je ADHD nejčastěji spojováno především s komorbidním výskytem **poruch chování, specifickými vývojovými poruchami školních dovedností, úzkostnými poruchami, poruchami emocí a tikovými poruchami** (Drtílková, 2007). Až 44 % dětí s ADHD trpí nejméně ještě jednou komorbidní poruchou, 32 % dětí trpí dvěma dalšími poruchami a 11 % dětí třemi a více poruchami (Paclt, 2007). Hort et al. (2008) zmiňují, že zlepšování prognózy ADHD s věkem platí stejně i u komorbidních poruch. Mimo výše zmíněné řadí k nejčastějším komorbidním poruchám také enurézu (zejména enuréza noční se objevila až u 43 % dětí s ADHD), balbuties a poruchy spánku. Uvádí, že 56 % dětí s ADHD dlouho trvá, než usnou ve srovnání s 23 % zdravých dětí a až u 39 % dětí s ADHD se mohou objevovat problémy s častým nočním probouzením. Přes 55 % dětí s ADHD je, jak rodiče uvádějí, unavených po probuzení ve srovnání s 27 % zdravých dětí.

Dle Drtílkové (2007) se údaje o procentuálním zastoupení jednotlivých komorbidních poruch v literatuře neliší.

Zkusme nyní porovnat (viz tabulka 2) četnost výskytu nejčastějších komorbidních poruch tak, jak je uvádí Drtílková (2007) a Paclt (2007).

Tabulka 2: Četnost výskytu komorbidních poruch

Komorbidní poruchy	Četnost výskytu (%) dle Drtílkové	Četnost výskytu (%) dle Paclta
Poruchy chování	25-50 %	20-56 %
Specifické vývojové poruchy školních dovedností	20-40 %	20-70 %
Úzkostné poruchy	10-40 %	10-40 %
Poruchy emocí	6-38 %	27 %
Tikové poruchy	15 %	20 %

Zdroj: Drtílková, 2007, Paclt, 2007

2.1 Poruchy chování

Obecně lze poruchy chování charakterizovat jako opakující se a trvalé projevy asociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které trvá alespoň 6 měsíců nebo déle. Dle MKN-10 se mezi symptomy zahrnují tyto projevy chování:

- **agrese k lidem a zvířatům** (častá šikana, vyhrožování, zastrasování druhých, nadměrné rvačky, projevy fyzické agrese a hrubosti k lidem a zvířatům, loupežná přepadení, vydírání, ale i vynucování si sexuální aktivity),
- **destrukce majetku a vlastnictví** (např. zakládání ohně se záměrem vážného poškození a ničení majetku druhých),
- **krádeže** (např. vloupávání se do domů, automobilů, krádeže bez konfrontace s obětí např. v obchodech) a **nepoctivosti** (např. padělání peněz, opakované lhaní k získání prospěchu),
- **vážné násilné porušování pravidel před 13. rokem** (opakované útěky z domova, toulky, opakované záškoláctví, velmi časté a prudké výbuchy zlosti, trvalá neposlušnost, vzdorovité a provokativní chování).

Důvodem pro stanovení diagnózy porucha chování není dětské rošťáctví, pubertální vzdorovitost, ani ojedinělé činy v kterémkoliv věku. Poruchy chování mohou být spojovány se špatným psychosociálním prostředím včetně neuspokojivých rodinných vztahů a selháváním ve škole. Zhoršují školní a pracovní výkony. Ovlivňují

vztahy k druhým. Poruchy chování se projevují u 10 až 15 % dětí a adolescentů. Z hlediska pohlaví jsou více zastoupeni chlapci a to v poměru 8:1 (Pešatová, 2003). Mezi dětmi školního věku má 5 až 20 % určité poruchy chování (Hort et al., 2008). Výskyt poruch chování u dětí s ADHD viz tab. 2.

Poruchy chování u dětí s ADHD bývají popisovány jako tzv. sekundární problematika (tj. problematika, která z poruchy nevyplývá, ale úzce s ní souvisí). Nejčastěji je zmiňováno opoziční chování (vzdorovité, odmítavé chování se schválnostmi, časté hádky s dospělými a aktivní a záměrné porušování pravidel. Někteří autoři řadí poruchu opozičního vzdoru jako zvláštní komorbidní poruchu, my ji zahrneme pod poruchy chování) a negativismus (odmlouvání, drzosti, hrubost, vulgárnost a provokace nejen vůči dětem, ale i dospělým, nerespektování autority dospělého, neposlušnost, neplnění povinností, nechuť a odmítání podřídit se nárokům sociálního okolí, nerespektování norem společnosti). Jedná se také o zvýšenou agresivitu, která se může projevit častými výbuchy vzteku spojenými se slovní nebo fyzickou agresí vůči věcem, sobě či ostatním. Tyto děti se často perou, nežádka mají sklony k šikaně a krutosti. Agresivita spolu s tzv. reaktivními poruchami (např. nevhodné reakce na negativní hodnocení či kritiku – vybití vzteku, verbální a fyzická agrese, útěky) v kombinaci s hyperaktivitou tvoří poměrně závažné poruchy chování (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Vzhledem k potížím s odlišením poruch chování od ADHD a vzhledem ke skutečnosti, že tyto poruchy často existují vedle sebe, je důležité velmi pečlivé vyšetření dítěte psychiatrem. Stejně tak je nedocenitelná pomoc školy a psychologa. Pokud se péče o tyto děti zanedbá, existuje reálné nebezpečí, že se u nich vytvoří vzorec opakovaného násilného chování (Munden, Arcelus, 2006).

Dle Drtílkové (2007) má až 50 % dětí s ADHD současně poruchy chování. Hort et al. (2008) uvádějí, že minimálně 40 % dětí s ADHD má poruchy chování, které až v 50 % přechází do dospělosti s diagnostickou nálepkou porucha osobnosti (nejčastěji disociální a emočně nestabilní). Disociální poruchu u dospělých lze charakterizovat trvale nezodpovědným a bezohledným postojem vůči společenským normám, chudými emocionálními postoji a nezájmem o city druhých. Lidé trpící touto

poruchou nemají výčitky a neznají pocit viny. Emočně nestabilní porucha osobnosti se vyznačuje impulzivním jednáním, afektivní nestálostí a nízkou sebekontrolou.

Dle Goetze a Uhlíkové (2009) trpí vážnějšími poruchami chování asi 14 % jedinců s ADHD. Poruchy chování se přidružují v pozdějším věku (dříve se vyskytuje porucha opozičního vzdoru) a stupňují se s dospíváním. Kombinace ADHD a poruch chování klade na rodiče a učitele značné nároky a její léčba je sice náročnější, ale o to více naléhavá.

Prevencí poruch chování je především kvalitní sociální okruh dítěte, tedy rodina, ani to však zdaleka nemusí stačit. Do nápravné a preventivní činnosti je nutné také zahrnout další okruhy dítěte (např. školu, která může být v tomto ohledu významným činitelem). Základním principem primární prevence rizikového chování u žáků je ve škole výchova k předcházení a minimalizaci rizikových projevů, rozvoj pozitivního sociálního chování, rozvoj psychosociálních dovedností a zvládání zátěžových situací. Do primární prevence lze zařadit aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu různých forem rizikového chování žáků. Dále je možné zde zmínit veškeré aktivity podporující u žáků zdravý životní styl a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využívání a organizace volného času.

2.2 Specifické vývojové poruchy školních dovedností

Specifické vývojové poruchy školních dovedností (dále jen SVPŠD) jsou jedním z aktuálních problémů současného školství. Patří mezi velice často diskutované téma, které se dostalo i do podvědomí laické veřejnosti. Pojem SVPŠD je nadřazen pojmům dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dysmúzie, dyspinxie a dyspraxie. Tři posledně jmenované jsou českým specifíkem, v zahraniční literatuře se s nimi neseznamujeme.

Pojem SVPŠD označuje různorodou skupinu poruch, které se projevují obtížemi při nabývání základních vzdělávacích dovedností jako je mluvení, čtení, psaní a počítání. Výkon dítěte v těchto dovednostech je podstatně nižší než odpovídá věku, inteligenci a vzdělávacím možnostem dítěte. Všechny příznaky SVPŠD způsobují

selhávání žáků ve školních výkonech a mohou se prolínat celým edukačním procesem. Znemožňují žákům přiměřeně reagovat, porozumět pokynům, plnit běžné úkoly a adekvátně reagovat na instrukce učitele. Obecně platí, že SVPŠD zasahují psychiku žáků a prolínají se do sféry sociální a psychologické. Její dopad na duševní zdraví dítěte je nezanedbatelný, proto vzbuzuje velkou pozornost u dětských psychiatrů (Bartoňová in Pipeková, 2010).

Metody a postupy při reedukaci těchto poruch mohou dětem pomoci rychleji a snadněji překonat jejich obtíže a tím eliminovat nebo zmírnit negativní dopady nejen na jejich školní úspěšnost. Proto je velmi důležité včasné rozpoznání a diagnostika, na jejímž podkladě je třeba zvolit adekvátní postupy při reedukaci (Jucovičová, Žáčková, 2008).

Podmínkou diagnózy SVPŠD musí být splnění těchto kritérií:

- stupeň poškození musí být klinicky významný a nezanedbatelný,
- postižení musí být specifické v tom smyslu, že je nelze přičíst mentální retardaci ani nižší celkové inteligenci,
- nesmí být přítomny vnější faktory, které by mohly být dostatečným důvodem pro školní potíže (např. špatná kvalita vyučování),
- porucha nesmí být přímo způsobena nekorigovanou zrakovou nebo sluchovou poruchou (Hort et al., 2008).

Diagnostiku SVPŠD provádí školská poradenská zařízení (Pedagogicko-psychologické poradny – PPP). Odborný tým na těchto pracovištích tvoří psycholog, speciální pedagog a další odborníci. Součástí diagnostiky je osobní a rodinná anamnéza dítěte. Psycholog zjišťuje úroveň rozumových schopností (nejčastěji se využívá test WISC III) a osobnostních charakteristik. Speciálně-pedagogické vyšetření zahrnuje speciálně-didaktické zkoušky, které se vztahují k příslušné věkové kategorii žáka a typu postižení (vyšetření čtení, psaní a hodnocení pravopisu, také může být zahrnuto vyšetření matematických schopností), dále pak zkoušky zaměřené na úroveň percepčně-kognitivních oblastí (úroveň sluchového a zrakového vnímání, úroveň audiometrické a pravolevé a prostorové koordinace, oblast řeči, motoriky, vyšetření pozornosti) (Průcha, 2009).

Zároveň je nutné zdůraznit, že pro samotnou diagnostiku jsou velice důležité zdroje informací z rozhovorů s rodiči, učiteli a také s dítětem samotným. Tyto informace slouží jako podklad pro stanovení diagnózy. Diagnostika jednotlivých SVPŠD je možná až po nástupu dítěte do základního vzdělávání.

Poradenské služby poskytují zejména PPP, mohou to být i Speciálně-pedagogická centra (SPC). Významnou roli hrají DYS – centra, která jednak pomáhají zajišťovat nápravy formou individuální nebo skupinovou, dále nabízejí kurzy pro další vzdělávání odborníků a rodičů v oblasti této problematiky (Průcha, 2009).

Lze říci, že výskyt SVPŠD se týká vysokého procenta dětské populace. Bartoňová in Pipeková (2010) uvádí, že tyto poruchy můžeme najít u 2 až 4 % dětí školního věku (vyšší výskyt u chlapců – 3:1 až 5:1). Říčan, Krejčířová et al. (1997) zmiňují, že v dětské populaci se nachází asi 3 % dětí se SVPŠD, tedy dětí, které potřebují speciální porozumění a pomoc.

Zelinková (2003) zmiňuje vzájemný vztah SVPŠD a ADHD. U dětí s ADHD se mohou, ale nemusejí projevit SVPŠD. Stejně tak SVPŠD mohou, ale nemusejí vznikat na podkladě ADHD, příčiny mohou být i jiné. Kocourková (2008) upozorňuje na vysokou komorbiditu mezi SVPŠD a ADHD, zmiňuje, že 20-25 % dětí s ADHD trpí některou specifickou poruchou. Podobná čísla uvádějí i Drtílková (2007) a Paclt (2007), blíže viz tab. 1. Goetz s Uhlíkovou (2009) píšou o 30 %.

ADHD spojené s výskytem SVPŠD odpovídá v základních rysech dřívějšímu pojetí lehké mozkové dysfunkce. Děti s těmito obtížemi často ve škole selhávají, pocity neúspěšnosti se mohou stát zdrojem sekundárních úzkostných a depresivních reakcí zejména v tom případě, kdy je na ně ze strany rodičů vyvíjen nepřiměřený nátlak na dobrý školní výkon. Pokud bychom zmínili léčbu SVPŠD, je nutné říci, že je potřeba multimodální přístup. Stejně jako u ADHD je nutná spolupráce učitelů, rodiny a dalších odborníků (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Nyní se budeme blíže věnovat jednotlivým poruchám, zejména dyslexii.

Dyslexie (specifická porucha čtení) je nejznámější z celých SVPŠD. Hlavním rysem je specifické a výrazné narušení vývoje dovedností ve čtení, které nelze přičítat, jak již bylo zmíněno, mentálnímu věku, problémům zrakové ostrosti nebo neadekvátnímu způsobu výuky. Tato porucha se nejčastěji projeví v důsledku požadavků školního vyučování. I při optimálních intervencích je zlepšování pomalé a reziduální potíže mohou přetrvávat do dospělosti (Kocourková, 2008).

Otázka obsahu definice dyslexie není v podstatě uzavřena. V České republice dosud známé definice členíme na etiologické, behaviorální a neurologické. O první definici se v českém prostředí pokusili již v roce 1960 Matějček s Langmeierem (Michalová et al., 2012).

Čísla uváděná v dobře dokumentovaných studiích zpravidla nepřesahují 10 % dětí, přičemž v zemích s foneticky důsledným pravopisem zůstávají pod hranicí 4 %. V České republice se střízlivé odhady pohybují od 1 do 2 % dětí, které trpí vážnými obtížemi ve čtení, tj. takovými, které by samy bez odborné, cílevědomé pomoci velmi pravděpodobně nepřekonal. V literatuře se shodně uvádí vyšší výskyt dyslexií u chlapců než u dívek, a to v poměru 4–10:1 (Specifické poruchy učení, 2012).

Příčiny a projevy dyslexie

Zelinková (2008) popisuje dyslexii jako poruchu, která má biomedicínské příčiny. Zmiňuje jako jednu z příčin dědičnost a uvádí, že u nejbližších příbuzných je 40 až 50% pravděpodobnost dědičného výskytu poruchy.

Na 2. místě za dědičností jsou uváděny neuropsychologické aspekty. Dyslexie může být způsobena poruchou v souhře mozkových hemisfér. Přílišná rigidní převaha jedné hemisféry může osvojování čtení komplikovat (Michalová, 2008).

Zelinková (2008) mezi další příčiny řadí hormonální změny a biochemické změny. Z výše uvedeného vyplývá, že nelze určit jen jedinou příčinu dyslexie.

Specifické chyby při čtení:

- snížená schopnost spojovat psanou a zvukovou podobu hlásek,
- odchylky ve zrakovém vnímání, nedostatek schopnosti diferencovat optické obrazy, obtížné rozeznávání tvarů, záměna podobných písmen,
- záměna zvukově blízkých hlásek, znělosti, nerozlišení sykavek,
- nedodržení pořadí, nedostatečná schopnost pravolevé orientace, inverze,
- nedostatečná analyticko-syntetická schopnost, obtíže při spojování písmen do slabik a slov,
- vynechávání písmen, slabik, částí slov, problém číst skupiny hlásek,
- nedodržení délek, vynechání interpunkce,
- dvojí čtení (při výuce čtení analyticko-syntetickou metodou),
- nejistota, těžkopádnost,
- domýšlení, neporozumění, čtení bez porozumění,
- odlišné oční pohyby při čtení,
- odchylky ve sluchovém vnímání, deficit v oblasti jazyka (Michalová, 2008).

Kritéria pro stanovení diagnózy dyslexie

Diagnostika je proces rozpoznávání, poznávání. Měli by ji sice provádět především odborní pracovníci, kteří jediní mohou správně použít a vyhodnotit odpovídající testy, ale na diagnostickém procesu se současně podílejí všichni lidé, kteří s dítětem přicházejí do styku. Každý jej vidí ze svého pohledu a k celkovému hodnocení vývoje jedince může tedy přispět i svými poznatky o něm (Zelinková, 2008).

U jedince s podezřením na dyslexii by měly být splněny následující okolnosti:

- potíže se prokazatelně objevují od počátku školní docházky, nedaří se je odstranit individuálním přístupem učitele za pomoci stanovených příslušných pedagogických opatření ani v úzké spolupráci s rodinou,

- potíže se objevily v pozdějším věku, například při přechodu z 1. na 2. stupeň základní školy či z 2. na 3. stupeň (Michalová, 2008).

Obecná doporučení a zásady

Nyní uvedeme obecná doporučení, která zmiňuje Michalová (2008):

- vyjít z celkové analýzy případu dítěte a z co nejpřesněji provedené diagnostiky, jak psychologické, tak speciálně pedagogické,
- nechat dítě zažít pocit úspěšnosti hned při první hodině prováděné reedukace,
- postupovat po malých krocích,
- reedukaci zahájit vždy raději na nižší úrovni náročnosti, postupně požadavky zvyšovat,
- dodávání sebedůvěry dítěti v jeho vlastní schopnosti,
- reedukaci provádět pravidelně a dlouhodobě,
- pravidelně informovat rodiče o výsledcích jednotlivých sezení, zapojit je aktivně do práce s dítětem.

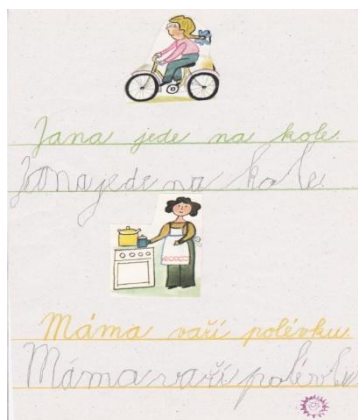
Podle zjištěné závažnosti dyslexie je nutné se postupně zaměřovat na osvojování písmen, rozlišování a fixaci tvarově podobných písmen, spojování hlásek a písmen do slabik, spojování slabik do slov a na závěr čtení textu. Při léčbě dyslexie byly popsány příznivé zkušenosti s piracetamem (příznivě ovlivňuje látkovou výměnu nervových buněk) s paralelně probíhající logopedickou péčí.

Dysgrafie je specifická porucha grafické stránky projevu, neschopnost napodobit a zapamatovat si tvar písmen a neschopnost psát čitelně, stejnoměrně a úhledně. Podkladem této poruchy bývá nejčastěji porucha motoriky, zvláště jemné (Jucovičová, Žáčková, 2008).

Lze říci, že jedince s dysgrafií psaní vyčerpává a nezbyvá mu energie na jiné činnosti se psaním spojené (např. sledování aplikace gramatických pravidel). Tempo

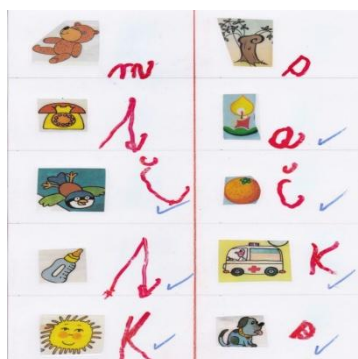
psaní je neúměrně pomalé a úprava grafického projevu je nevhledná. Dysgrafické dítě si obtížně zapamatovává tvary písmen (a to i ve vyšších ročnících). Písmena jsou nestejně velká a mají různý sklon. Objevuje se časté psaní za okraj, nad linku či pod linku sešitu. Velice obtížné je pro tyto děti spojování tvarů písmen a často preferují psaní velkými tiskacími písmeny místo psacími. Dysgrafii nelze nijak napravit, lze ji pouze kompenzovat. Pokud se někdo setkal s dysgrafikem, který se naučil tzv. hezky psát, je velice pravděpodobné, že měl špatně stanovenou diagnózu (Michalová, 2008). U dětí na II. stupni ZŠ je základním kompenzačním mechanismem používání tiskacího písma, protože je jednodušší. Dále se doporučuje postupný přechod na psaní na počítači.

Obrázek 3: Ukázka práce žáka s ADHD a dysgrafií



Zdroj: autorka práce

Obrázek 4: Ukázka práce žáka s ADHD a dysgrafií



Zdroj: autorka práce

Dysortografie je specifická porucha pravopisu, která vzniká na podkladě poruchy fonemického sluchu, narušena je sluchová percepce (zejména schopnost sluchového rozlišování, schopnost sluchové analýzy a syntézy). Dysortografické děti mají často zhoršený jazykový cit a obtíže se prohlubují, pokud je přítomno ADHD. V praxi to znamená, že dítě slyší diktovaná slova, ale nedokáže je správně rozlišit a napíše je většinou nesprávně. K typickým chybám patří vynechávání nebo přidávání písmen, slabik a slov, přesmykování slabik (kolo – loko), dochází k záměnám zvukově podobných hlásek a slabik. Často se nedodrží hranice slov v písmu. U gramatických chyb je nutné říci, že je nutné rozlišit disproporci mezi ústním a písemným projevem a odlišit chybovost způsobenou neznalostí. Dysortografické dítě často gramatická pravidla ústně ovládá, nedokáže je však správně využít v písemném projevu.

Děti s dysgrafií a dysortografií budou mít potíže všude tam, kde budou závislé na psaní. Cílem učitelů by mělo být vytváření situací, v nichž může dítě objektivně projevit své skutečné dovednosti a znalosti (upřednostnit ústní ověřování znalostí), zajistit kvalitní reedukaci, která by měla být vždy individuální záležitostí, vycházet z aktuálního stavu dítěte a konkrétních projevů poruch (Jucovičová, Žáčková, 2008).

Dyskalkulie je specifická porucha matematických schopností. Praktognostická dyskalkulie je porucha matematické manipulace s konkrétními či nakreslenými předměty a jejich přiřazování k symbolu čísla, jedinec nedospěje k pojmu číslo. U verbální dyskalkulie má dítě potíže při označování množství a počtu předmětů. Nezvládá ústně označovat matematické úkony. Lexická dyskalkulie je typická neschopností číst matematické znaky a jejich kombinace a symboly. Grafická dyskalkulie se projevuje narušenou schopností psát numerické znaky. Při operacionální dyskalkulii žák nezvládá provádění matematických operací. Typická je neschopnost zvládnout násobku a dělení, často neschopnost pochopit její princip. Poslední typ – dyskalkulie ideognostická je poruchou v chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi. Jedinec nedovede z paměti vypočítat příklady, které by vzhledem ke své inteligenci měl zvládnout bez obtíží.

V pedagogických studiích je dyskalkulie dávána do souvislosti s dyslexií, obtížemi v percepci a s hyperaktivitou. Kromě metodických doporučení je obzvláště

zdůrazňován přístup k žákům s dyskalkulií, který je jedním z nejdůležitějších momentů práce. U žáků s problémy v matematice je nutné věnovat pozornost způsobu, jakým jsou zadávány pokyny a jak na pokyny žák reaguje (Zelinková, 2003).

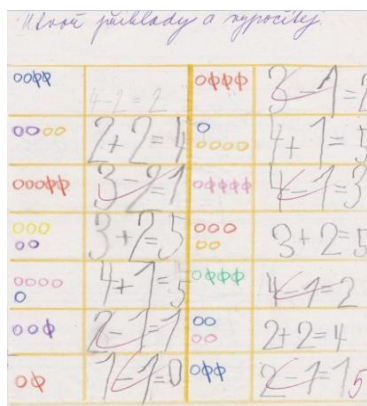
Simon (2006) uvádí, že je nutné u dětí s dyskalkulií procvičovat operace, schopnost rozpoznávat a používat struktury, tvořit analogie a argumentovat, napomáhat tomu, aby si dítě osvojilo pojem číslo a podporovat pochopení probírané látky v matematice, nevysvětlovat však nic v naději, že to dítě ihned pochopí.

Obrázek 5: Ukázka práce žáka s ADHD a dyskalkulií



Zdroj: autorka práce

Obrázek 6: Ukázka práce žáka s ADHD a dyskalkulií



Zdroj: autorka práce

Dysmúzie je specifická porucha hudebních schopností. Jedná se konkrétně o narušení schopnosti vnímání a reprodukce hudby a rytmu. Nemá závažný vliv na zvládnání výuky jako ostatní poruchy.

Dyspinxie je specifická porucha kreslení. Je charakteristická nízkou úrovní kresby z hlediska vlastního provedení, jedná se o neschopnost zobrazit určité předměty a jevy adekvátně věku.

Dyspraxie je známá jako vývojová porucha motorické koordinace. V minulosti byla tato porucha známa jako syndrom nešikovného dítěte. Jedná se o poruchu v uspořádání pohybů. U 50 % dětí s ADHD je možné se setkat s nápadnou motorickou neobratností a to zejména v oblasti jemné motorické koordinace při vizuálně prostorových kognitivních úkolech (např. zapínání knoflíků, tkaniček, chytání míče). Dítě celkově působí jako neobratné a nešikové. Právě neobratnost spojená s hyperaktivitou a impulzivitou zvyšuje riziko různých úrazů (Michalová, 2008).

Součástí léčby SVPŠD musí být specifický nácvik, podpurná psychoterapie a také volba vhodného školního zařazení. Některé aspekty učení a paměti mohou příznivě ovlivnit nootropika (látky používané ke zlepšení mentálních schopností zdravých lidí). Na druhé straně však jejich lehce stimulující působení může u dětí s ADHD zvýraznit neklid. Výskyt komorbidních SVPŠD u dětí s ADHD není kontraindikací pro standardní postup v souladu s klinickými vodítky léčby (Drtílková, 2007).

2.3 Úzkostné poruchy a poruchy emocí

Současný výskyt ADHD s úzkostnými poruchami je poměrně častý. Komorbidita se uvádí dle Drtílkové (2007) v širokém intervalu 10 až 40 %. Stejná čísla uvádí i Paclt (2007). Goetz s Uhlíkovou (2009) uvádějí, že až 30 % dětí s ADHD trpí zároveň nějakou úzkostnou poruchou. Údaje o výskytu poruch emocí (zahrnující i depresi) u dětí s ADHD velmi kolísají. Drtílková (2007) zmiňuje široké rozpětí 6 až 38 %, Paclt (2007) 27 %. U dětí s ADHD bývá narušena regulace emotivity a je pravděpodobné, že část úzkostných a depresivních příznaků vzniká jako reakce na různé druhy frustrace (např. školní neúspěchy či problémy v mezilidských vztazích), které

jsou přímým důsledkem psychopatologie základní poruchy. Emočním poruchám provázejícím ADHD je věnována zvýšená pozornost teprve v poslední době. Podle některých studií je u dětí s ADHD a s komorbidní úzkostnou či depresivní poruchou léčba stimulancii méně úspěšná než u dětí bez těchto komorbidních poruch. Existují rovněž studie, které uvádějí, že naopak rychlý účinek stimulačních látek, který redukuje symptomy ADHD, může mít současně příznivý vliv na úzkostné a depresivní symptomy. Výjimkou jsou ovšem případy se suicidální tendencí, které vyžadují léčbu antidepresivy nebo antipsychotiky. Velká většina depresivních pacientů je s úspěchem léčena pomocí antidepresiv. U depresí, které mají mírnější formu, lze s úspěchem použít psychoterapii.

Nyní přiblížíme, čím jsou charakteristické úzkostné poruchy a poruchy emocí.

„Úzkostné poruchy jsou charakteristické chronickou nepřiměřenou úzkostí, která se může projevovat vyhrocenými akutními atakami, nebo iracionálním a vystupňovaným strachem. Nemocní nejsou schopni svoje pocity a z nich vyplývající jednání ovládat. Úzkost je definována jako nepříjemný citový stav, v němž převažují pocity napětí a obav neurčitého obsahu. Tato porucha může mít podobu generalizované úzkosti, fobické či panické poruchy a obsedantně-kompulzivní poruchy. Úzkostnou poruchou trpí přibližně 10 % populace.“ (Vágnerová, 2003, s. 5).

Emoce jsou výrazem našeho subjektivního vztahu ke světu i k sobě samému. Slouží jako prostředek aktuální orientace a s tím související regulace chování. Vyjadřují, zda je pro nás něco příjemné či nepříjemné. Vyvolávají určité reakce, aktivizují naše jednání nebo je naopak tlumí. Emoce a jejich poruchy lze velmi zjednodušeně rozdělit podle jejich intenzit, délky trvání (afekty a nálady) nebo podle kvality emočního prožitku (smutek či veselost). Do poruch afektů můžeme zařadit patický afekt, který je charakteristický silným emočním výbuchem, často bývá spojený s krátkodobou poruchou vědomí, a fobie, které se projevují jako vtíravé a chorobné strachy. Do poruch nálad, které se vyznačují méně intenzivním emočním prožitkem, ale přetrvávajícím mnohem déle, řadíme např. depresivní náladu, která je po dlouhá desetiletí stabilně řazena mezi vůbec nejrozšířenější psychické onemocnění. Vyznačuje se extrémně smutnou náladou a celkovým útlumem (Vágnerová, 2003).

Navrhovaná opatření při výchově úzkostných dětí by se dala shrnout takto – dítěti je nutné dodat jistotu v sebe, čili sebevědomí, ale i pocit bezpečí ve svém životním prostředí. Měli bychom naučit dítě, aby účelně hospodařilo se svými silami a ovládalo své slabosti. Velice důležité je vybudovat systém pojistek, které dítěti včas signalizují nebezpečí selhání (Matějček, 2011). Úzkostné poruchy jsou léčitelné, přinejmenším je možné dosáhnout určitého zlepšení zdravotního stavu. Je to dáno tím, že postoj k léčbě jedinců bývá pozitivní, protože vědí o svých potížích a chtějí svůj stav zlepšit.

2.4 Tikové poruchy

U dítěte, které trpí tikovou poruchou, je možné pozorovat rychlé, bezděčné a často opakované pohyby určité části těla nebo také neodolatelné nutkání vydávat zvuky. Nyní popíšeme tři typy tikových poruch tak, jak se o nich zmiňuje Train (2001).

Pro **přechodnou tikovou** poruchu je charakteristické, že se tiky projeví mnohokrát za den, trvají nejméně 4 týdny a méně než 1 rok. Obvyklé jsou tiky v oblasti očí, obličeje, hlavy, krku a horní poloviny těla. Tato porucha se projevuje mezi 3. a 10. rokem věku dítěte a chlapci jsou více ohroženi než dívky. Při **chronické motorické a vokální tikové** poruše mívá postižené dítě buď motorické (pohybové) nebo vokální (zvukové) tiky. Nevyskytují se však obě formy najednou. Dochází k nim mnohokrát za den a vyskytují se po dobu delší než 1 rok. Porucha se může vyskytnout kdykoli během dětství u chlapců i děvčat. Symptomy nejsou tak vážné jako u dítěte s **Tourettovým syndromem**. To je nejzávažnější tiková porucha. Dítě trpí četnými motorickými tiky a nejméně jedním tikem vokálním. Tiky se objevují i několikrát během dne a jsou patrné déle než jeden rok. Motorické tiky obvykle postihují horní polovinu těla a hlavu, vokální tiky mohou zahrnovat např. různá slova, ale i mlaskání, chrochtání, funění.

Drtílková (2007) uvádí komorbiditu tikových poruch u 15 % dětí s ADHD, Paclt (2007) uvádí 20% výskyt a Goetz s Uhlíkovou (2009) se přiklání k 10 %.

Komorbidní výskyt ADHD a tikové poruchy znamená pro dítě větší handicap, než kdyby se jednalo pouze o jednu z těchto poruch. Závažnost a intenzita obou poruch se u jedinců liší, u některých dětí jsou v popředí příznaky ADHD, u jiných jsou naopak

v popředí tiky. Pokud se nejedná přímo o těžkou formu Tourettova syndromu, větší problémy působí dítěti zejména ve škole projevy ADHD. Okolí dítěte chápe tiky jako formu „nervové poruchy“, avšak např. pro kázeňské problémy mívá menší pochopení. V případě komorbidního výskytu ADHD a tikové poruchy se doporučuje kombinace léčby stimulancii a některými antipsychotiky (Drtílková, 2007). Stejný názor na kombinovanou farmakologickou léčbu má i Goetz s Uhlíkovou (2009).

Je nutné si uvědomit, že dítě s ADHD s komorbidní tikovou poruchou může trpět depresí, ztrácet sebevědomí a často mít pocit trapnosti. Není jednoduché ani jeho postavení ve školním kolektivu. Zde může atmosféru velice kladně ovlivnit osobnost učitele, který citlivě popíše ostatním, o co se jedná, zabrání možnému utahování si z takto postiženého jedince a zabrání, aby školní práce nebyla negativně ovlivněna v důsledku výskytu těchto poruch. Pomoci může KBT, ale ta s dalšími typy psychoterapie hraje při léčbě jen pomocnou roli. Tyto postupy však mohou nejen těmto dětem, ale i členům rodiny poskytnout důležitou emocionální podporu a mohou zamezit tomu, že bude dítě v důsledku výskytu těchto poruch izolováno, ale naopak že se aktivně zapojí do všech aktivit.

2 Vzdělávání žáků s ADHD

V této kapitole se budeme věnovat možnostem vzdělávání žáků s ADHD (popř. s komorbidními poruchami) a popíšeme legislativu týkající se tohoto problému.

ADHD se nejvíce projeví v situacích, kdy se dítě musí podřídít pravidlům a respektovat jiné. Výuka je náročnější a občas také vyčerpávající, někdy i zdánlivě beznadějná. Vyžaduje odhodlání pracovat s žákem individuálně a dlouhodobě. Práce učitele může být ztížena i tím, že dítě může mít např. nedostatečnou lékařskou péči, slabé sociální zázemí. V každé škole také není možnost prosadit postupy, které dítěti s ADHD usnadní vzdělávání. V kapitole 1.7 jsme zmínili doporučené postupy ve škole ze strany učitelů. Vzhledem k vysokému výskytu ADHD mezi žáky by mělo být ctí žádostí každého vedení školy, aby mělo v pedagogickém sboru učitele vybavené moderními znalostmi a s dobrou orientací v této problematice. Je to právě dobrá informovanost o ADHD, která může předejít řadě nedorozumění mezi žáky, učiteli a rodiči. Pro příklad uvádíme, že informovaný učitel může být prvním, kdo upozorní rodiče na problém ADHD u dítěte, nenechá se zmást výkyvy ve výkonech a je schopen v chování žáka odlišit projevy poruchy.

K obtížnému zvládnutí ADHD přispívá proměnlivost příznaků v jednotlivých obdobích života. Proto patří k nelehkým úkolům učitele hledání stále nových individuálních postupů, které mohou být při vzdělávání těchto dětí úspěšné. Výuka dětí s ADHD vyžaduje od učitele ochotu pracovat s dítětem na osobní rovině, musí vynaložit více času, energie a celkového úsilí na to, aby svůj způsob výuky přizpůsobil i dětem s ADHD (Goetz, Uhlíková, 2009).

Vzdělávání žáků s ADHD se řídí především zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), novelizovaného zákonem č. 472/2011 Sb., kterým se mění školský zákon a nabyt účinnosti dne 1. ledna 2012. Dále vyhláškou č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami jsou žáci, kterým je nutné věnovat zvýšenou péči a dělí se na žáky se zdravotním postižením (zrakovým, sluchovým, tělesným nebo mentálním, s vadami řeči, s více vadami, s autismem, se specifickými poruchami učení nebo chování závažnějšího charakteru), žáky se zdravotním znevýhodněním (zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení nebo chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání), žáky se sociálním znevýhodněním (např. děti s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou, ze znevýhodněného rodinné prostředí, z cizojazyčného prostředí - např. děti přicházející v rámci migrace ze zahraničí) (Jucovičová, Žáčková, 2006).

„Děti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, a na vytvoření takových podmínek, které jim toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení“ (Školský zákon).

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami může probíhat formou individuální integrace, skupinové integrace, ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením nebo kombinací výše uvedených forem. Individuální integrace znamená vzdělávání žáka v prostředí běžné školy, případně v prostředí školy určené pro žáky s jiným druhem postižení. Skupinová integrace je pojem, který představuje vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení (Vyhláška č. 147/2011Sb.).

V současném přístupu lze pozorovat tyto základní možnosti péče:

- individuální péče prováděná v rámci vyučování učitelem kmenové třídy. Tato forma se uplatňuje u mírnějších forem v rámci třídy základní školy. Učitel by měl vytvořit co nejlepší podmínky pro reedukační postupy. Žák může být do třídy integrován a je pro něho zpracován individuálně vzdělávací plán,
- individuální péče prováděná speciálním pedagogem (např. v rámci kroužků),
- třídy individuální péče, které jsou zřizovány při základních školách (do těchto tříd dochází žák v průběhu dne),

- cestující učitel, který dochází do základní školy, kde v průběhu vyučování provádí reedukační péči, tuto péči zajišťuje žákům i mimo vyučování,
- speciální třídy, ve kterých je obvykle snížený počet žáků, zřizují se při základních školách a reedukační péče probíhá v průběhu celého vyučovacího procesu,
- pro žáky se SVPŠD (poruchami učení) byly vytvořeny speciální školy,
- dětské psychiatrické léčebny, kde jsou vzděláváni žáci s těžkým stupněm postižení,
- individuální a skupinová péče při PPP, SPC, střediscích výchovné péče (SVP), kde se pracuje formou edukativních a stimulačních skupin a individuálně vedenou reedukací (Fischer, Škoda 2008).

ADHD se nejvíce projevuje v situacích, kdy se dítě musí podřídit nějakým stabilním pravidlům. Výuka dětí s touto poruchou je náročnější a může se zdát někdy beznadějná. Vyžaduje odhodlání pracovat s těmito dětmi individuálně a dlouhodobě (Goetz, Uhlíková 2009).

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části diplomové práce zpracujeme dotazník, který jsme rozdali výchovným poradcům všech základních škol v Jablonci nad Nisou. Dále využijeme informací získaných z rozhovoru s dětským psychiatrem.

3 Vymezení cíle

Děti s různými druhy poruch přibývá. U dětí s ADHD se mohou vyskytovat přidružené (komorbidní) poruchy. Jedná se o vrozené nedostatky, které mohou dětem s normální inteligencí ztěžovat úspěšně zvládat výuku. Těmto dětem je třeba věnovat zvýšenou pozornost ve školním i mimoškolním prostředí. Jejich léčba je poměrně složitá a výběr vhodných léčebných postupů musí naordinovat odborník.

Cílem průzkumu v praktické části diplomové práce je zmapování procentuálního zastoupení nejčastějších komorbidních poruch u dětí s ADHD v dané lokalitě. V našem případě bude danou lokalitou město Jablonec nad Nisou.

4.1 Hypotézy

Pro průzkum jsme si stanovili dvě hypotézy.

Hypotéza č. 1: Převážná část dětí s ADHD na základní škole trpí více než jednou komorbidní poruchou.

Hypotéza č. 2: Nejčastější komorbidní poruchou u dětí s ADHD je dyslexie.

Obě hypotézy jsme odvodili z literárních podkladů.

4.2 Použité metody

Pro zjištění potřebných dat jsme zvolili metodu dotazníku a rozhovoru. *„Dotazník je způsob písemného kladení a získávání písemných odpovědí. Umožňuje získat údaje od velkého množství respondentů v poměrně krátkém čase. Mají-li mít údaje získané dotazníkem informační hodnotu a obecnější platnost, je třeba věnovat dostatečnou pozornost přípravě, zadávání a vyhodnocení údajů. Ve vstupní části jsou*

uvedeny cíle dotazníku a pokyny k vyplnění, druhá část obsahuje vlastní otázky (položky). Na konci bývá poděkování za spolupráci. Podle stupně otevřenosti rozlišujeme položky uzavřené (nabízejí hotové alternativy odpovědi), polozavřené a otevřené. Dotazník, kde respondent volí jednu z odpovědí, se snáze zpracovává, otevřené položky mohou přinést více informací, protože dávají volnost odpovídajícímu. Jsou však náročnější na zpracování.“ (Zelinková 2001, s. 35).

„Obsahem rozhovoru jsou otázky, které stejně jako v dotazníku mohou být uzavřené, polozavřené a otevřené, a odpovědi. Užíváme je tam, kde hledáme bezprostřední, osobní a mnohdy i důvěrné odpovědi. Rozhovor může být strukturovaný, kdy máme předem vytyčený cíl a cestu, jak k němu chceme dojít, tj. otázky a alternativy odpovědi jsou dány. Nestrukturovaný rozhovor znamená volné vyprávění, ve kterém podněcujeme mluvčího.“ (Zelinková 2001, s. 31).

Dotazník vytvořený pro výchovné poradce základních škol se skládá ze 13 položek (konkrétní podoba dotazníku viz Příloha A). Byl rozdán 11 výchovným poradcům osobně na setkání v PPP. Ke zpracování se po 14 dnech vrátilo 11 správně vyplněných dotazníků (tedy 100 %). Vyplnění jednotlivých položek nebylo pro výchovné poradce jednoduché. Velká část odpovědí se vztahovala k uvedení přesných počtů.

Jako druhou metodu pro zjišťování údajů jsme zvolili rozhovor. Byl veden v přímé interakci s odborníkem – dětským psychiatrem. Zjištěné informace byly zapisovány do záznamového archu a jsou použity jako doplňující informace k vypracovaným grafům a tabulkám. Při sběru dat jsme se setkali ze strany výchovných poradců i dětského psychiatra s velice vstřícným přístupem.

4.3 Charakteristika souboru

Dotazníky byly distribuovány v říjnu 2012 na metodickém setkání v PPP 11 výchovným poradcům základních škol v Jablonci nad Nisou a byly zcela anonymní.

Pro rozlišení jednotlivých základních škol použijeme označení A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K.

ZŠ A: Počet žáků: 105. Počet tříd 8 (1. stupeň - 4 třídy, 2. stupeň - 4 třídy).

ZŠ B: Počet žáků: 98. Počet tříd: 9 (1. stupeň – 5 tříd, 2. stupeň – 4 třídy).

ZŠ C: Počet žáků: 396. Počet tříd: 18 (1. stupeň 10 tříd, 2. stupeň 8 tříd).

ZŠ D: Počet žáků: 399. Počet tříd: 18 (1. stupeň 10 tříd, 2. stupeň 8 tříd).

ZŠ E: Počet žáků: 284. Počet tříd: 14 (1. stupeň 10 tříd, 2. stupeň - 4 třídy)

ZŠ F: Počet žáků: 184. Počet tříd: 9 (1. stupeň 5 tříd, 2. stupeň - 4 tříd).

ZŠ G: Počet žáků: 236. Počet tříd: 12 (1. stupeň 8 tříd, 2. stupeň 4 třídy).

ZŠ H: Počet žáků: 602. Počet tříd: 26 (1. stupeň 15 tříd, 2. stupeň - 11 tříd).

ZŠ I: Počet žáků: 429. Počet tříd: 20 (1. stupeň 11 tříd, 2. stupeň - 9 tříd).

ZŠ J: Počet žáků: 364. Počet tříd: 18 (1. stupeň 10 tříd, 2. stupeň - 8 tříd).

ZŠ K: Počet žáků: 280. Počet tříd: 13 (1. stupeň 7 tříd, 2. stupeň - 6 tříd).

9 základních škol zřizuje statutární město Jablonec nad Nisou, ostatní 2 základní školy jsou zřizovány jiným zřizovatelem (církví a obecně prospěšnou společností).

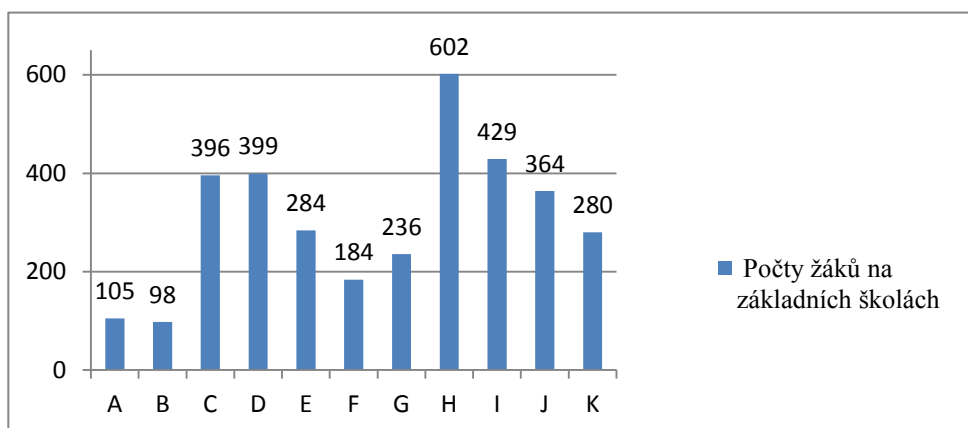
4.4 Vyhodnocení dotazníku

Nyní zpracujeme a vyhodnotíme 13 položek dotazníku. Bylo rozdáno 11 dotazníků. 100 % se jich vrátilo správně vyplněných. U každé položky dotazníku je pro přehlednost vypracována tabulka, popř. i graf. Každá položka je opatřena komentářem.

1. položka

Počet žáků na jednotlivých ZŠ, počet tříd na I. a II. stupni ZŠ, počet žáků na I. a II. stupni.

Graf 1: Počty žáků na základních školách



Zdroj: autorka práce

Tabulka 3: Počet tříd a žáků na I. a II. stupni ZŠ

Základní škola	Počet tříd		Počet žáků		
	I. st.	II. st.	I. st.	II. st.	celkem
A	4	4	61	44	105
B	5	4	53	45	98
C	10	8	238	158	396
D	10	8	261	138	399
E	10	4	218	66	284
F	5	4	102	82	184
G	8	4	166	70	236
H	15	11	398	204	602
I	11	9	271	158	429
J	10	8	190	174	364
K	7	6	166	114	280
Celkem	95	70	2 124	1 253	3 377

Zdroj: autorka práce

Na 11 ZŠ dané lokality je celkem 3 377 žáků. Na I. stupni je celkem 95 tříd se 2 124 žáky, na II. stupni je 70 tříd s 1 253 žáky.

2. položka

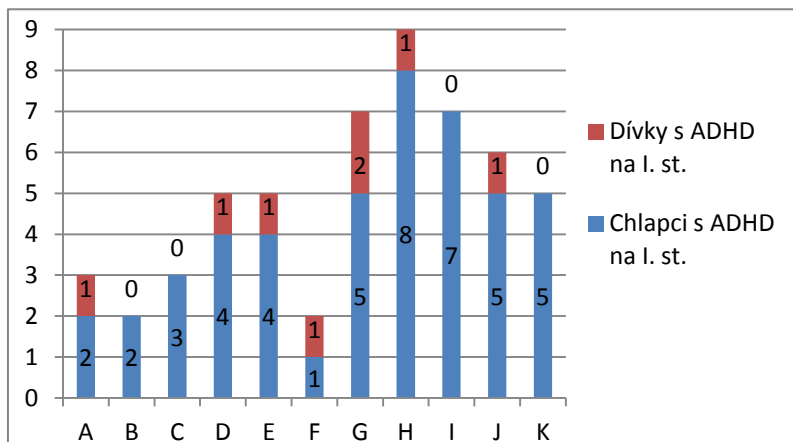
Počet žáků (chlapců, dívek) na základních školách na I. a II. st., počet žáků s ADHD na základních školách na I. a II. st. (podloženo lékařským posudkem)

Tabulka 4: Počty žáků na I. st. ZŠ, počty žáků s ADHD na I. st. ZŠ

Základní škola	Počet žáků I. st.			Počet žáků I. st. s ADHD		
	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem
A	40	21	61	2	1	3
B	25	28	53	2	0	2
C	121	117	238	3	0	3
D	125	136	261	4	1	5
E	102	116	218	4	1	5
F	72	30	102	1	1	2
G	99	67	166	5	2	7
H	193	205	398	8	1	9
I	115	156	271	7	0	7
J	94	96	190	5	1	6
K	67	99	166	5	0	5
Celkem	1 053	1 071	2 124	46	8	54

Zdroj: autorka práce

Graf 2: Počty chlapců a dívek s ADHD na I. st. ZŠ



Zdroj: autorka práce

Celkový počet žáků na I. stupni základních škol je 2 124. Počet chlapců a dívek na I. stupni základních škol je velmi vyrovnaný. Chlapců je 1 053, dívek je 1 071.

Výchovní poradci uvedli na I. stupni 54 žáků s ADHD (46 chlapců a 8 dívek), tj. 2,5 %

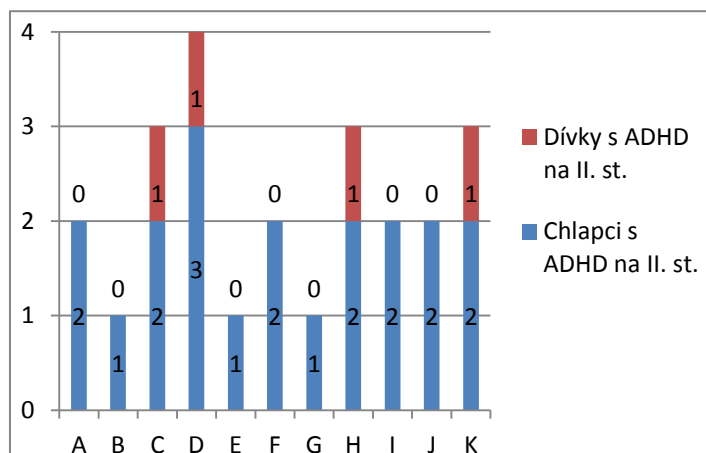
z celkového počtu žáků. Výrazně vyšší počet chlapců je zaznamenán v grafu 2. Ve 4 ZŠ není na I. stupni ani jedna dívka s ADHD.

Tabulka 5: Počty žáků na II. st. ZŠ, počty žáků s ADHD na II. st. ZŠ

Základní škola	Počet žáků II. st.			Počet žáků II. st. s ADHD		
	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem
A	30	14	44	2	0	2
B	21	24	45	1	0	1
C	90	68	158	2	1	3
D	66	72	138	3	1	4
E	32	34	66	1	0	1
F	39	43	82	2	0	2
G	40	30	70	1	0	1
H	112	92	204	2	1	3
I	93	65	158	2	0	2
J	86	88	174	2	0	2
K	59	55	114	2	1	3
Celkem	668	585	1253	20	4	24

Zdroj: autorka práce

Graf 3: Počty chlapců a dívek s ADHD na II. st. ZŠ



Zdroj: autorka práce

Celkový počet žáků na II. stupni základních škol je 1 253. Chlapců je 668, dívek je 585. Výchovní poradci uvedli na II. stupni 24 žáků s ADHD (20 chlapců a 4 dívky), tj. 1,9 % z celkového počtu žáků. Výrazně vyšší počet chlapců je zaznamenán v grafu 3. Na 7 ZŠ není na II. stupni ani jedna dívka s ADHD.

Bylo zjištěno, že syndromem ADHD trpí v dané lokalitě 2,3 % žáků základních škol. Poměr počtu chlapců a dívek je 11:2 (5-6:1). Při rozhovoru s dětským psychiatrem nám bylo sděleno, že výskyt žáků s ADHD by mohl v dané lokalitě dosahovat až 5 %. Jako možné důvody nižšího čísla uvádí, že u mnoha jedinců není tento syndrom odborně diagnostikován.

3. položka

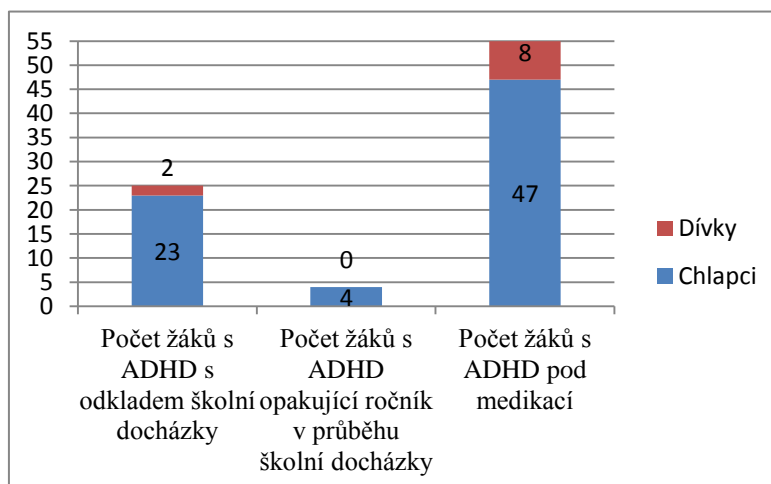
Počet žáků ZŠ s ADHD s odkladem školní docházky, počet žáků s ADHD opakující ročník v průběhu školní docházky, počet žáků s ADHD pod medikací.

Tabulka 6: Počet žáků ZŠ s ADHD – s odkladem školní docházky, opakující ročník v průběhu školní docházky, pod medikací

	Počet žáků s ADHD s odkladem školní docházky			Počet žáků s ADHD opakující ročník v průběhu školní docházky			Počet žáků s ADHD pod medikací		
	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem
Počet	23	2	25	4	0	4	47	8	55
%	34,8 %	16,6 %	32,1 %	6,1 %	0 %	5,1 %	71,2 %	66,7 %	70,5 %

Zdroj: autorka práce

Graf 4: Počet žáků ZŠ s ADHD – s odkladem školní docházky, opakující ročník v průběhu školní docházky, pod medikací



Zdroj: autorka práce

Odklad povinné školní docházky má 25 žáků s ADHD (23 chlapců a 2 dívky) z celkového počtu 78 žáků. Jedná se o 32,1 % z celkového počtu žáků s ADHD.

Opakovali (popř. opakují) ročník 4 žáci (4 chlapci, žádná dívka) s ADHD. Jedná se o 5,1 % žáků s celkového počtu žáků s ADHD.

Pod medikací je 55 žáků (47 chlapců, 8 dívek). Jedná se o 70,5 % žáků s ADHD.

V teoretické části práce jsme zmínili, že při léčbě ADHD se u nás běžně používají tyto kategorie léků: stimulancia, nestimulační preparáty a tricyklická antidepresiva.

Z rozhovoru s odborníkem, dětským psychiatrem (Matek, 2012) vyplynulo, že 3 výše zmíněné kategorie léků se opravdu využívají při léčbě ADHD. Jako lék 1. volby uvedl dětský psychiatr methylfenidát (obchodní název Ritalin), který se řadí se mezi stimulancia. Je předepisován nejčastěji, jeho výhodou je nízká cena, nevýhodou krátkodobý účinek. Musí se podávat 3x denně, to znamená i během vyučování. Dle názoru dětského psychiatra je prý někdy složité toto zabezpečit (popř. zkontrolovat). Druhá varianta methylfenidátu (obchodní název Concerta) je tableta s prodlouženým účinkem (12 hodin). Může se podávat max. 1x denně, ale bohužel její nevýhodou je vyšší cena.

Pokud není dostatečně zvládnuté ADHD výše zmíněnými methylfenidáty (Ritalinem, Concertou), přidává se ještě Risperidon, což je atypické neuroleptikum, které snižuje agresivitu, dráždivost a hyperaktivitu. Může se podávat dětem od pěti let věku.

Jako lék 3. volby se používá nestimulační preparát atomoxetin (obchodní název Strattera), je ale drahý a má dost nežádoucích účinků na kardiovaskulární systém (zvyšuje krevní tlak a tepovou frekvenci).

Jako antidepresivum při léčbě ADHD dětský psychiatr uvedl clomipramin (obchodní název Anafranil). Zároveň ale zmínil, že tricyklická antidepresiva se využívala zejména u starších pacientů s ADHD, kteří přidruženě trpěli depresí. Od jejich užívání se upouští pro jejich nežádoucí vedlejší účinky. Tricyklická

antidepresiva způsobují tzv. ortostatickou hypotenzi, což je náhlé snížení tlaku (člověk může ztratit vědomí), tachykardii (bušení srdce), suchost sliznic (nos, ústa) a zároveň způsobují ospalost, snižují duševní a fyzickou aktivitu. Lidé se cítí ospale a unaveně.

4. položka

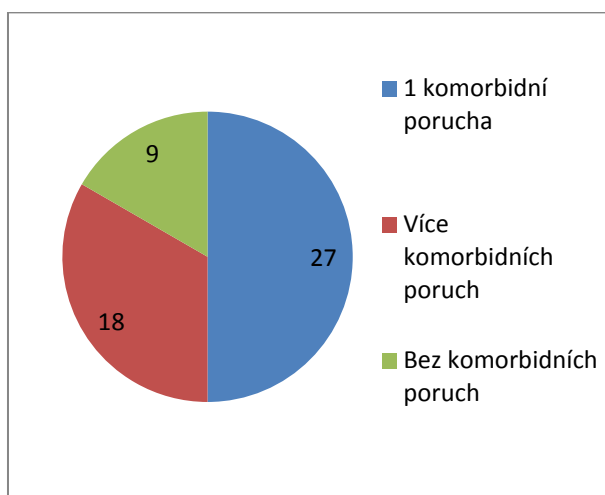
a) Počet žáků s ADHD s 1 komorbidní poruchou, počet žáků s ADHD a více komorbidními poruchami na I. stupni ZŠ

Tabulka 7: Počet žáků s ADHD s 1 komorbidní poruchou, počet žáků s ADHD a více komorbidními poruchami na I. st. ZŠ

	Počet žáků I. st. s ADHD a 1 komorbidní poruchou			Počet žáků I. st. s ADHD a více komorbidními poruchami		
	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem
Počet	25	2	27	17	1	18
%	54,3 %	25,0 %	50,0 %	37,0 %	12,5 %	33,3 %

Zdroj: autorka práce

Graf 5: Počet žáků s ADHD na I. st. ZŠ s 1 komorbidní poruchou, více komorbidními poruchami a bez komorbidních poruch



Zdroj: autorka práce

Na I. stupni trpí 1 komorbidní poruchou 27 žáků (25 chlapců a 2 dívky), jedná se o 50,0 % žáků s ADHD. Více komorbidními poruchami trpí 18 žáků (17 chlapců

a 1 dívka), jedná se o 33,3 % žáků s ADHD. U 9 žáků se neobjevila žádná komorbidní porucha (viz graf 5).

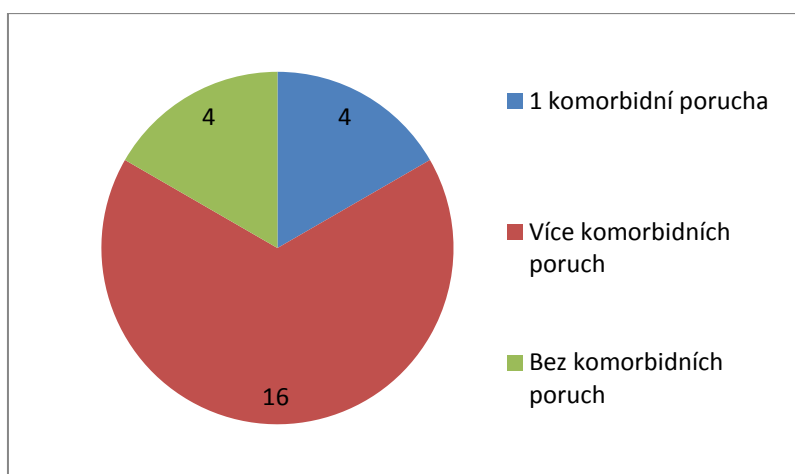
b) Počet žáků s ADHD s 1 komorbidní poruchou, počet žáků s ADHD a více komorbidními poruchami na II. stupni ZŠ

Tabulka 8: Počet žáků s ADHD s 1 komorbidní poruchou, počet žáků s ADHD a více komorbidními poruchami na I. stupni ZŠ

	Počet žáků II. st. s ADHD a 1 komorbidní poruchou			Počet žáků II. st. s ADHD a více komorbidními poruchami		
	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem
Počet	3	1	4	14	2	16
%	15,0 %	25,0 %	16,7 %	70,0 %	50,0 %	66,7 %

Zdroj: autorka práce

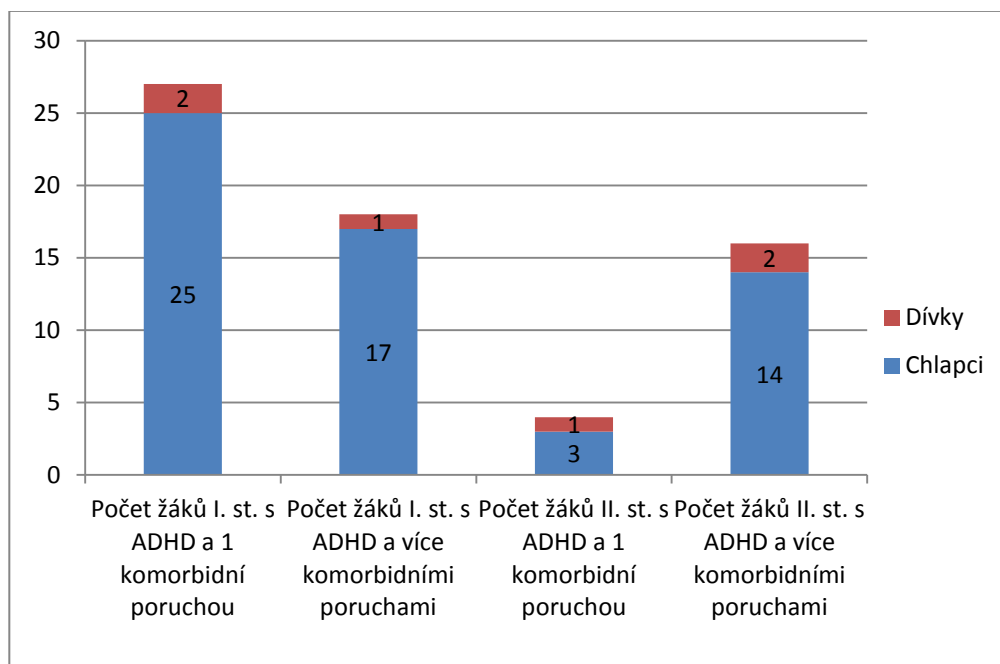
Graf 6: Počet žáků s ADHD na II. st. ZŠ s 1 komorbidní poruchou, více komorbidními poruchami a bez komorbidních poruch



Zdroj: autorka práce

Na II. stupni trpí 1 komorbidní poruchou 4 žáci (3 chlapci a 1 dívka), jedná se o 16,7 % žáků s ADHD. Více komorbidními poruchami trpí 16 žáků (14 chlapců a 2 dívky), jedná se o 66,7 % žáků s ADHD. U 4 žáků se neobjevila žádná komorbidní porucha (viz graf 6).

Graf 7: Porovnání počtu chlapců a dívek na I a II. st. ZŠ s 1 komorbidní poruchou a více komorbidními poruchami



Zdroj: autorka práce

V grafu 7 jsme porovnali počty chlapců a dívek s 1 komorbidní poruchou a více komorbidními poruchami na obou stupních ZŠ. Je zcela patrná převaha počtu chlapců.

Goetz a Uhlíková (2009) uvádějí přítomnost další poruchy u 60-70 % případů. Z našeho šetření vyplývá, že v dané lokalitě trpí komorbidní poruchou (popř. poruchami) 65 žáků s ADHD (tj. 83,3 %).

5. položka

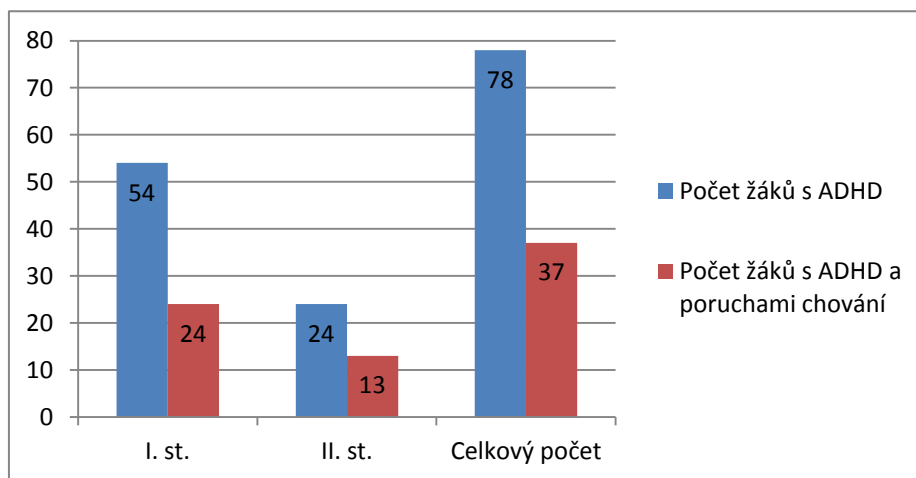
Počet žáků s ADHD a poruchami chování

Tabulka 9: Počet žáků I. a II. st. ZŠ s ADHD a poruchami chování

	Počet žáků I. st. s ADHD a poruchami chování			Počet žáků II. st. s ADHD a poruchami chování		
	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem
Počet	24	0	24	13	0	13
%	52,2 %	0,0 %	44,4 %	65,0 %	0,0 %	54,2 %

Zdroj: autorka práce

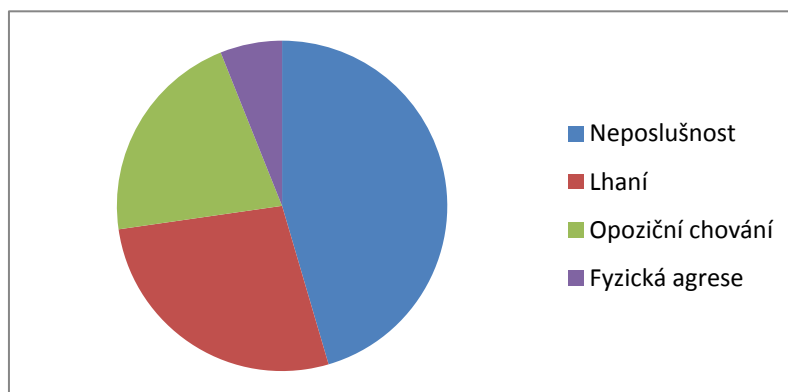
Graf 8: Počty žáků s ADHD na I. a II. st. ZŠ, počty žáků s ADHD a poruchami chování na I. a II. st. ZŠ



Zdroj: autorka práce

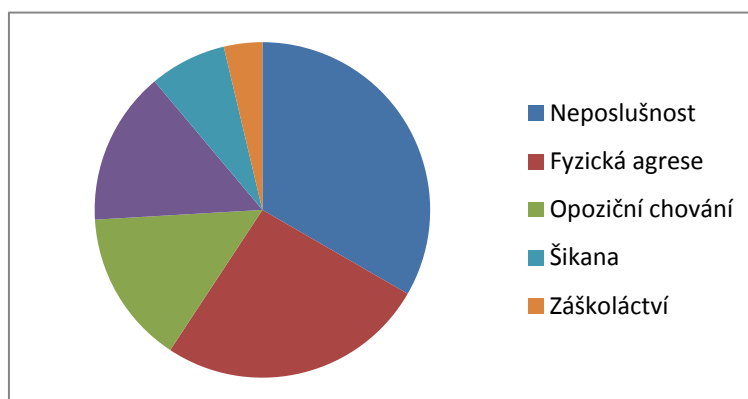
Z celkového počtu 54 žáků s ADHD na I. stupni trpí 24 žáků (24 chlapců) poruchami chování, jedná se o 44,4 % žáků s ADHD na I. stupni. Na II. stupni trpí ADHD a poruchami chování 13 žáků (13 chlapců), což je 54,2 % žáků s ADHD na II. stupni. Z celkového počtu 78 žáků s ADHD na I. a II. stupni ZŠ trpí poruchami chování 37 žáků (tj. 47,4 %).

Graf 9: Nejčastější projevy poruch chování u žáků s ADHD na I. st.



Zdroj: autorka práce

Graf 10: Nejčastější projevy poruch chování u žáků s ADHD na II. st. ZŠ



Zdroj: autorka práce

Jak je patrné z grafu 9 a 10, jako nejčastější projevy poruch chování uváděli respondenti na I. stupni neposlušnost, lhání, opoziční chování a agrese. Na II. stupni uvedli jako nejčastější projev také neposlušnost, dále opoziční chování a fyzickou agrese. Oproti I. stupni se objevuje šikana, záškoláctví a provokativní chování.

6. položka

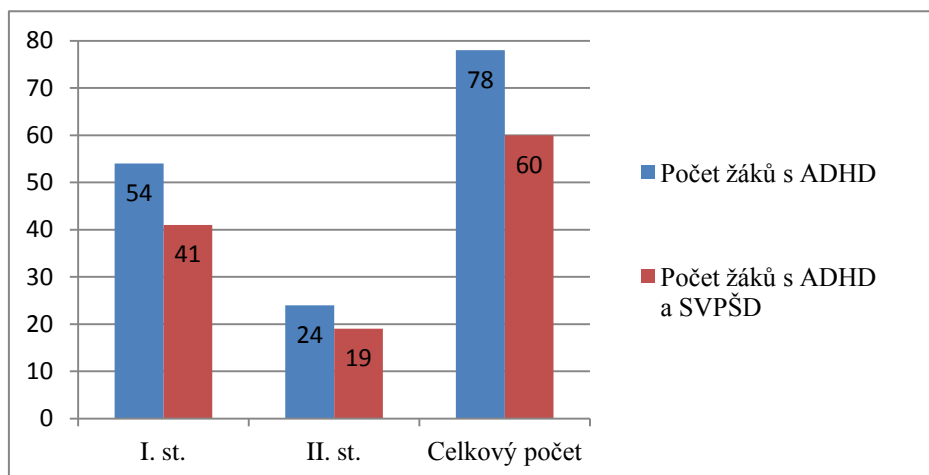
Počet žáků s ADHD a SVPŠD, typ poruchy

Tabulka 10: Počet žáků I. a II. st. ZŠ s ADHD a SVPŠD

	Počet žáků I. st. s ADHD a SVPŠD			Počet žáků II. st. s ADHD a SVPŠD		
	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem
Počet	37	4	41	17	2	19
%	80,4 %	50,0 %	76,0 %	85,0 %	50,0 %	79,2 %

Zdroj: autorka práce

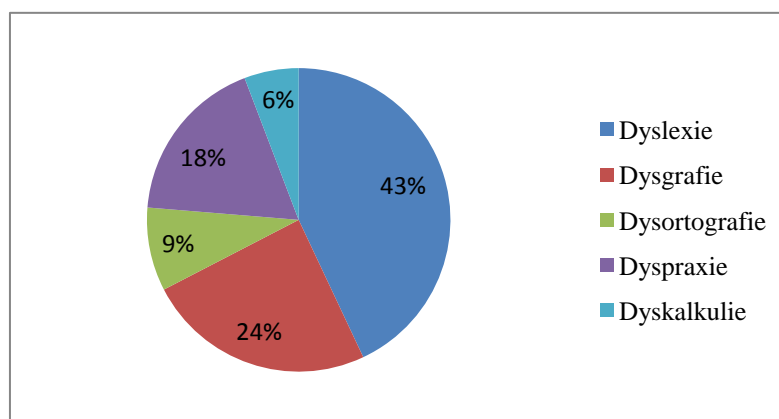
Graf 11: Počty žáků s ADHD na I. a II. st. ZŠ, počty žáků s ADHD a SVPŠD na I. a II. st. ZŠ



Zdroj: autorka práce

Mezi žáky s ADHD v dané lokalitě trpí SVPŠD na I. stupni 41 žáků (37 chlapců a 4 dívky), jedná se o 76,0 % žáků s ADHD na I. stupni. Na II. stupni trpí ADHD a SVPŠD 19 žáků, což je 79,2 % žáků s ADHD na II. stupni. Při srovnání výskytu sledovaných komorbidních poruch jsme došli k závěru, že SVPŠD jsou nejčastěji objevující se komorbidní poruchou u žáků s ADHD (viz graf 17).

Graf 12: Nejčastější SVPŠD u žáků s ADHD



Zdroj: autorka práce

V grafu 10 je znázorněn výskyt jednotlivých SVPŠD. Poměr vyskytujících se SVPŠD u žáků s ADHD v dané lokalitě je tento: 43,0 % dyslexie, 24, 4 % dysgrafie, 17,9 % dyspraxie, 8,9 % dysortografie a 5,8 % dyskalkulie.

7. položka

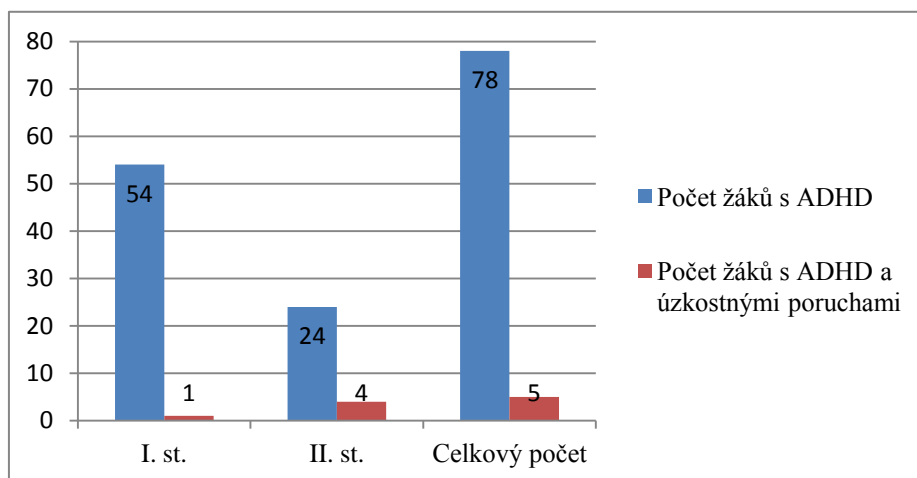
Počet žáků s ADHD a úzkostnými poruchami

Tabulka 11: Počet žáků I. a II. st. ZŠ s ADHD a úzkostnými poruchami

	Počet žáků I. st. s ADHD a úzkostnými poruchami			Počet žáků II. st. s ADHD a úzkostnými poruchami		
	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem
Počet	1	0	1	3	1	4
%	2,2 %	0,0 %	1,9 %	15,0 %	25 %	16,7 %

Zdroj: autorka práce

Graf 13: Počty žáků s ADHD na I. a II. st. ZŠ, počty žáků s ADHD a úzkostnými poruchami na I. a II. st. ZŠ



Zdroj: autorka práce

Respondenti uvedli, že v dané lokalitě trpí ADHD a úzkostnými poruchami 5 žáků (tj. 6,4 % z celkového počtu žáků s ADHD), 1 chlapec na I. stupni a 4 žáci (3 chlapci a 1 dívka) na II. stupni.

8. položka

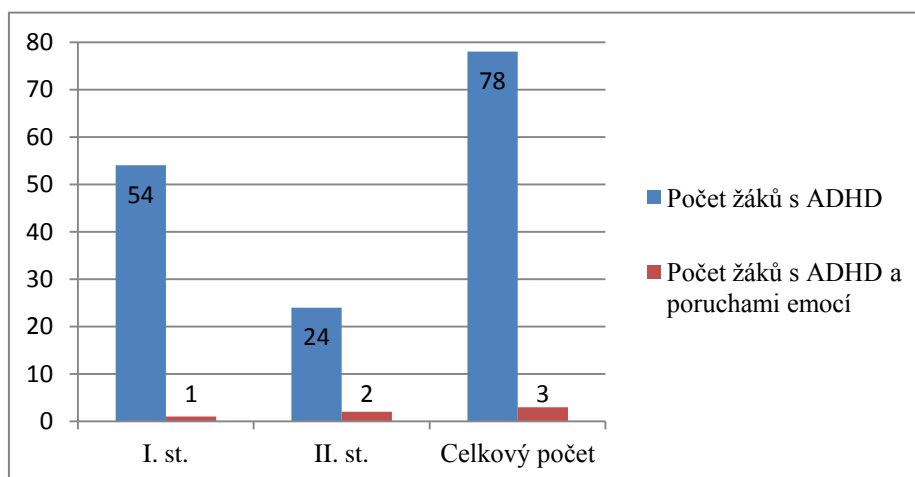
Počet žáků s ADHD a poruchami emocí

Tabulka 12: Počet žáků I. a II. st. ZŠ s ADHD a poruchami emocí

	Počet žáků I. st. s ADHD a poruchami emocí (zahrnující i depresi)			Počet žáků II. st. s ADHD a poruchami emocí (zahrnující i depresi)		
	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem
Počet	0	1	1	2	0	2
%	0,0 %	12,5 %	1,9 %	10,0 %	0,0%	3,7 %

Zdroj: autorka práce

Graf 14: Počty žáků s ADHD na I. a II. st. ZŠ, počty žáků s ADHD a poruchami emocí na I. a II. st. ZŠ



Zdroj: autorka práce

Poruchy emocí u žáků s ADHD se vyskytují velmi zřídka. Respondenti uvedli pouze 1 dívku na I. stupni a 2 chlapce na II. stupni. Jedná se o 3,8 % z celkového počtu žáků s ADHD.

9. položka

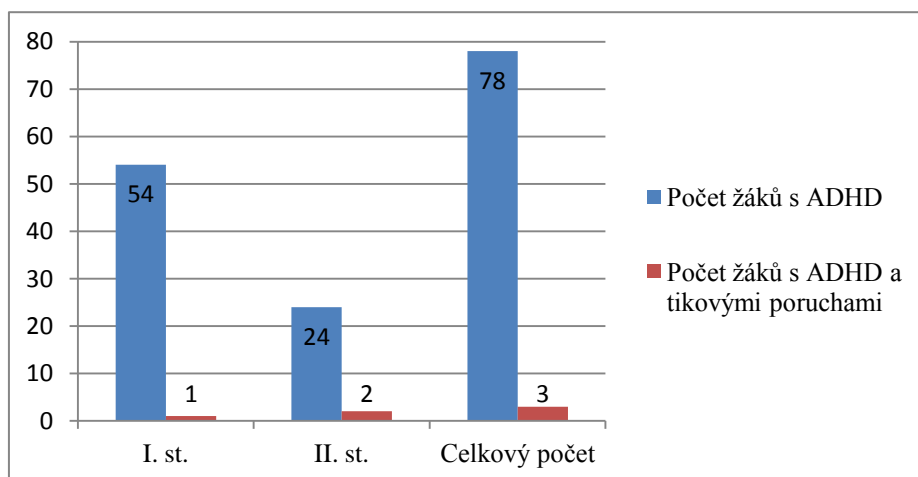
Počet žáků s ADHD a tikovými poruchami

Tabulka 13: Počet žáků I. a II. st. ZŠ s ADHD a tikovými poruchami

	Počet žáků I. st. s ADHD a tikovými poruchami			Počet žáků II. st. s ADHD a tikovými poruchami		
	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem
Počet	1	0	1	3	1	4
%	2,2 %	0,0 %	1,9 %	15 %	25 %	16,7 %

Zdroj: autorka práce

Graf 15: Počty žáků s ADHD na I. a II. st. ZŠ, počty žáků s ADHD a tikovými poruchami na I. a II. st. ZŠ



Zdroj: autorka práce

Tikovými poruchami trpí na I. stupni základní školy v dané lokalitě 1 chlapec. Tato porucha nepatří u žáků I. stupně mezi častou komorbidní poruchu. Na II. stupni trpí tikovými poruchami 4 žáci (3 chlapci a 1 dívka). Jedná se o 3,8 % z celkového počtu žáků s ADHD. Nejzávažnější tikovou poruchou (Touretteovým syndromem) trpí 2 chlapci na II. stupni.

10. položka

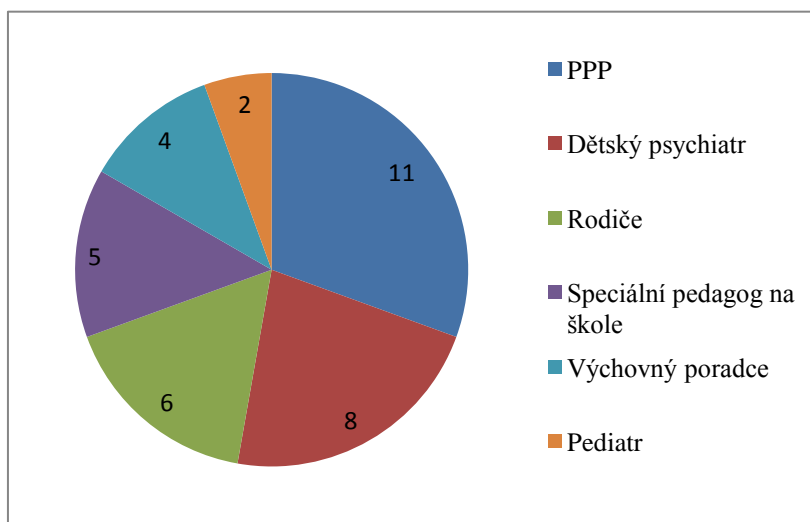
Kdo Vám pomáhá ve Vašem okolí při práci se žáky s ADHD?

Tabulka 14: Kdo Vám pomáhá ve Vašem okolí se žáky s ADHD?

Varianta odpovědi	Počet odpovědí
PPP	11
Dětský psychiatr	8
Rodiče	6
Speciální pedagog na škole	5
Výchovný poradce	4
Pediatr	2

Zdroj: autorka práce

Graf 16: Pomoc pedagogům s žáky s ADHD



Zdroj: autorka práce

Všichni výchovní poradci uvedli, že při práci s dětmi s ADHD jim nejvíce pomáhá PPP, která poskytuje odbornou psychologickou a pedagogickou péči a konzultaci nejen žákům a rodičům, ale také učitelům. Dále zmínili dětského psychiatra, který odborným posudkem může pomoci učitelům správně postupovat se žákem nejen s ADHD. Velice důležitou roli hrají rodiče a speciální pedagog na škole. Respondenti označili také sebe (výchovné poradce) jako pomoc. Byl zmíněn i pediatr.

11. položka

Máte u některého žáka s ADHD asistenta pedagoga? Pokud ano, trpí tento žák komorbidní poruchou/komorbidními poruchami? Pokud ano, jakou/jakými?

Tabulka 15: Počet asistentů pedagoga u žáků s ADHD

Varianta odpovědi	Počet odpovědí	%
Ano	0	0,0 %
Ne	11	100,0 %
Celkem	11	100,0 %

Zdroj: autorka práce

Ani na jedné ZŠ dané lokality není u žáka s ADHD asistent pedagoga. Děti s ADHD se v běžných školách často potýkají s velkými vzdělávacími problémy. Učitelé při své náročné práci nemohou poskytovat v takovém rozsahu speciální péči, aniž by nezanedbávali ostatní žáky. Domníváme se, že asistent pedagoga by byl v těchto třídách potřeba.

12. položka

Máte pocit, že by Vám usnadnilo mít ve škole speciálního pedagoga? (Pokud speciálního pedagoga máte, neodpovídejte.)

Tabulka 16: Potřeba speciálního pedagoga na ZŠ

Varianta odpovědi	Počet odpovědí	%
Ano	6	54,5 %
Ne	0	0,0 %
Bez odpovědi	5	45,5 %
Celkem	11	100,0 %

Zdroj: autorka práce

Na 5 ZŠ mají speciálního pedagoga (tj. 45,5 % škol). Zbylých 6 dotazovaných škol speciálního pedagoga ve svém sboru nemá, ale výchovní poradci mají pocit, že jeho přítomnost by jim usnadnila práci. Jsou si vědomi toho, že úkolem speciálního pedagoga na ZŠ je přispívat zejména k prevenci a řešení výukových obtíží žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu těchto dětí by učitelé pomoc ze strany dalšího odborníka uvítali.

13. položka

Zaškrtněte všechny varianty vzdělávání žáků s ADHD (popř. s komorbidními poruchami) na Vaší škole.

Tabulka 17: Varianty vzdělávání žáků s ADHD (popř. s komorbidními poruchami)

Varianta odpovědi	Počet škol
Vzdělávání v běžné třídě (zahrnující i integraci)	11
Individuální péče prováděná speciálním pedagogem	5
Třídy individuální péče	1
Cestující učitel	4
Speciální třídy	0

Zdroj: autorka práce

Všichni respondenti (tj. 11 výchovných poradců) zaškrtnuli, že žáci s ADHD (popř. s komorbidními poruchami) jsou vzděláváni v běžných třídách a jejich vzdělávání probíhá v rámci kmenové třídy. Individuální péče prováděná speciálním pedagogem (např. v rámci kroužků) je realizována na 5 ZŠ dané lokality. Nemělo by se jednat o běžné doučování, ale o práci speciálně-pedagogickými metodami, při jejichž důsledném dodržování a ve spolupráci s rodiči dochází ke zlepšení obtíží dítěte. Tato forma se používá u dětí integrovaných do běžných tříd ZŠ.

Pouze na 1 škole je vytvořena třída individuální péče, kam může žák s ADHD (popř. s komorbidními poruchami) během dne docházet. Cestující učitel, který provádí reedukační péči, je zmíněn u 4 ZŠ. Péči žákům zajišťuje v rámci projektu Poradenství Libereckého kraje mimo vyučování v odpoledních hodinách. Výchovní poradci uvedli individuální nápravnou péči po vyučování, adekvátní intervenci, popř. kompenzaci SVPŠD. Dále pak terapie v rámci projektu Poradenství v Libereckém kraji, kde se žákům a jejich rodičům věnují speciální pedagogové. Zmíníme projekt „Umím to“, který není určen pro žáky ZŠ, ale pro předškolní děti a jeho cílem je včasné odhalení speciálních vzdělávacích potřeb a úspěšné zahájení školní docházky.

Speciální třídy, ve kterých je obvykle snížený počet žáků a reedukační péče probíhá v průběhu celého vyučovacího procesu, nejsou zřízeny ani v jedné ZŠ.

Reedukace v těchto třídách bývá velice intenzivní a prolíná celým vyučováním. Tuto formu lze doporučit pro žáky s těžkým stupněm specifické vývojové poruchy učení. Vhodná je též pro žáky se sklony k neurotickým projevům a k dalším emocionálním poruchám, které jsou zvýrazněné vlivem tlaku na výkon v běžné základní škole.

Z rozhovoru s dětským psychiatrem vyplynulo, že pacientům s ADHD a komorbidními poruchami je doporučována individuální a skupinová péče při PPP. Cíleně vedená reedukace odborníkem je pro dětské pacienty velkým přínosem. Speciální pedagog provádí reedukaci za přítomnosti rodičů a zaměřuje se (kromě přímé práce se žákem) na odborné vedení rodiče, který s dítětem stejným způsobem doporučená cvičení pravidelně realizuje v domácím prostředí.

4.5 Interpretace získaných dat

V předešlé kapitole jsme vyhodnotili 13 položek dotazníku. Nyní shrneme výsledky a vyhodnotíme dvě předem dané hypotézy.

Průzkum samotný byl zaměřen na lokalitu v severních Čechách. Dle dostupných statistik z roku 2009 má město Jablonec nad Nisou 45 254 obyvatel. Údaje o počtu žáků uvedli výchovní poradci jednotlivých škol.

Město má celkem 11 základních škol běžného typu, na nichž plní povinnou školní docházku 3 377 žáků. Na I. stupni je v letošním školním roce 2 124 žáků (1 053 chlapců a 1 071 dívek) v 95 třídách, na II. stupni je 1 253 žáků (668 chlapců a 585 dívek) v 70 třídách. Na I. stupni je 54 žáků s diagnózou ADHD (46 chlapců a 8 dívek). Jedná se o 2,5 % z celkového počtu žáků na I. stupni. Na II. stupni trpí ADHD 24 žáků (20 chlapců a 4 dívky), tj. 1,9 % z celkového počtu žáků. Celkový počet žáků s ADHD v dané lokalitě na základních školách je 78, tj. 2,3 % žáků základních škol. Poměr počtu chlapců a dívek je 5-6:1. Zjištění koresponduje s Drtílkovou (2007), která uvádí, že tato porucha se vyskytuje u 1-3 % dětí, častěji u chlapců od 2,5-10:1. Škvor a Škvorová (2003) uvádějí vyšší procento výskytu (3 až 10 % dětí školního věku), ale shodně uvádějí vyšší výskyt u chlapců.

Výchovní poradci dále uvedli, že 25 žáků s ADHD (32,1 %) mělo odklad povinné školní docházky. Z rozhovoru s dětským psychiatrem vyplynulo, že udělení

odkladu povinné školní docházky je velice individuální a nelze jednoznačně říci, že pro každé dítě s ADHD je vhodné. Přesto lze uvést, že velká část dětí s ADHD se projevuje jako nezralá a odklad povinné školní docházky bývá dobrým krokem.

Bylo zmíněno, že žáci s ADHD mohou mít horší prospěch. Přesto jen 4 žáci – 4 chlapci (5,1 %) ze 78 žáků opakují (opakovali) ročník v průběhu povinné školní docházky.

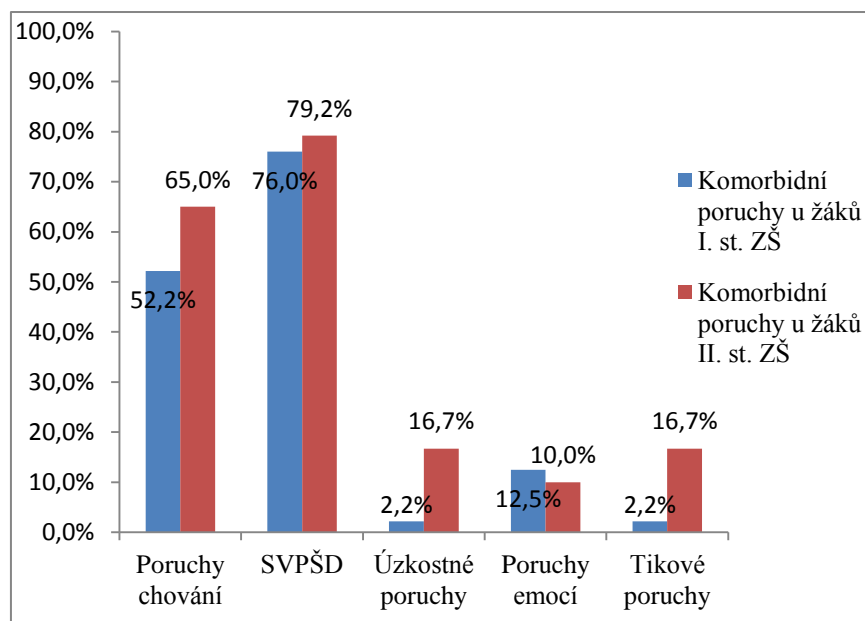
Pod medikací je na základních školách v Jablonci nad Nisou 55 žáků (70,5 %) ze 78. Farmakoterapie je jedna z možností ovlivnění projevů ADHD. Dle dětského psychiatra musí být při volbě správné medikace k dispozici komplexní informace o dětském pacientovi. Je velice důležité, aby v tomto směru spolupracovala rodina a také škola, protože zde dítě tráví velkou část dne. Dle jeho názoru lze při správné medikaci vyloučit vznik závislosti. Nasazení správné medikace považuje za jednu z cest ke zmírnění potíží, které provázejí ADHD.

Pouze jednou komorbidní poruchou trpí na I. stupni 27 žáků (25 chlapců a 2 dívky), tj. 50,0 %. Na II. stupni byli uvedeni s jednou komorbidní poruchou pouze 4 žáci (3 chlapci a 1 dívka), tj. 16,7 %. Více komorbidními poruchami trpí na I. stupni 18 žáků (17 chlapců a 1 dívka), tj. 33,3 %, na II. stupni 16 žáků (14 chlapců a 2 dívky), tj. 66,7 %. U mladších žáků uvedli výchovní poradci výskyt ve větší míře pouze jedné komorbidní poruchy, u žáků starších je naopak u většiny jedinců výskyt více komorbidních poruch. Jednou komorbidní poruchou trpí 39,7 % žáků s ADHD, více komorbidními poruchami trpí 43,6 % žáků s ADHD. Tato zjištění korespondují s odbornými zdroji. Paclt (2007) uvádí, že 44 % dětí s ADHD trpí nejméně jednou komorbidní poruchou, 32 % dětí trpí dvěma dalšími poruchami a 11 % dětí třemi a více poruchami.

Pro porovnání výskytu jednotlivých komorbidních poruch uvádíme graf 17. Nejčastěji se vyskytující přidruženou poruchou jsou na I. i II. stupni základních škol SVPŠD. Jde zejména o dyslexii, kterou výchovní poradci uvedli u 53 jedinců. Druhou nejčastěji vyskytující se přidruženou poruchou jsou poruchy chování, opět na obou stupních ZŠ. Úzkostné a tikové poruchy se ve větší míře projevují u starších dětí. Výskyt poruch emocí je na obou stupních vyrovnaný. Goetz a Uhlíková (2009) zmiňují,

že zastoupení komorbidních poruch u jedinců s ADHD se mění s věkem a stoupá jejich závažnost. Jak pacient s ADHD získává během dospívání větší samostatnost, klesá možnost rodičů některým věcem zabránit a tím zmírnit rizika, která ze základní poruchy ADHD nebo komorbidní poruchy plynou. Je tedy velice důležité věnovat dětem pozornost a zahájit léčbu včas.

Graf 17: Výskyt jednotlivých komorbidních poruch u žáků na I. a II. st. ZŠ



Zdroj: autorka práce

Procentuální zastoupení jednotlivých komorbidních poruch v porovnání s údaji v odborných zdrojích uvádíme v tabulce 18.

Tabulka 18: Procentuální zastoupení komorbidních poruch

Komorbidní poruchy	Četnost výskytu (%) dle Drtílkové	Četnost výskytu (%) dle Paclta	Četnost výskytu (%) dle autorky práce
Poruchy chování	25-50 %	20-56 %	58,6 %
Specifické vývojové poruchy školních dovedností	20-40 %	20-70 %	77,6 %
Úzkostné poruchy	10-40 %	10-40 %	9,5 %
Poruchy emocí	6-38 %	27 %	11,3 %
Tikové poruchy	15 %	20 %	9,5 %

Zdroj: Drtílková, 2007, Paclt, 2007, autorka práce

Pedagogové uvedli, že jim se žáky s ADHD nejvíce pomáhá PPP, ocenili pomoc dětského psychiatra, spolupráci rodičů a také speciálního pedagoga, který je přítomen na 5 ZŠ. Zbýlých 6 ZŠ uvádí, že by jim přítomnost speciálního pedagoga na škole usnadnila práci. Ani v jedné třídě se žákem s ADHD není přítomen asistent pedagoga, ani v jedné třídě není snížený počet žáků z důvodu integrace žáka s ADHD. Domníváme se, že tato skutečnost velmi stěžuje práci pedagogů. V teoretické části práce jsme zmínili možnosti vzdělávání žáků s ADHD a komorbidními poruchami. Varianty, které se vyskytují v dané lokalitě, jsou tyto – vzdělávání v běžné třídě (zahrnující i integraci) v 11 ZŠ, individuální péče prováděná speciálním pedagogem v 5 ZŠ, třída individuální péče se vyskytuje na 1 ZŠ a cestující učitel, který provádí reedukační péči, je uváděn ve 4 ZŠ.

Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1: Převážná část dětí s ADHD na základní škole trpí více než jednou komorbidní poruchou.

Tabulka 19: Porovnání počtu žáků s ADHD a 1 či více komorbidními poruchami

	Počet žáků s ADHD	Počet žáků s ADHD a 1 komorbidní poruchou	%	Počet žáků s ADHD a více komorbidními poruchami	%
I. stupeň	54	27	50,0 %	18	33,3 %
II. stupeň	24	4	16,7 %	16	66,7 %
Celkem	78	31	39,7 %	34	43,6 %

Zdroj: autorka práce

Na základě vyhodnocení položek 2 a 4 jsme zjistili, že na základních školách dané lokality je 78 žáků s ADHD. Výchovní poradci uvedli, že pouze 13 žáků s ADHD netrpí žádnou komorbidní poruchou (tj. 16,7 %). Jednou komorbidní poruchou trpí 31 žáků (tj. 39,7 %). Více komorbidními poruchami trpí 34 žáků (tj. 43,6 %). Vzhledem k malému rozdílu počtu žáků s jednou a více komorbidními poruchami nelze jednoznačně říci, že převážná většina dětí s ADHD na základní škole trpí více než jednou komorbidní poruchou. **Hypotézu se nám tedy nepodařilo potvrdit.**

Z tabulky 19 je patrné, že více komorbidními poruchami trpí převážná většina žáků s ADHD pouze na II. stupni.

Hypotéza č. 2: Nejčastější komorbidní poruchou u dětí s ADHD je dyslexie.

Po vyhodnocení položek 5, 6, 7, 8 a 9 jsme zjistili, že SVPŠD jsou nejčastěji se vyskytující komorbidní poruchou u žáků s ADHD na I. i II. stupni ZŠ (viz graf 17). Celkem jimi trpí 60 žáků s ADHD, tj. 76,9 % (na I. stupni ZŠ 41 žáků, tj. 76,0 %, na II. stupni 19 žáků, tj. 79,2 %). Z grafu 12 je patrné, že nejčastější SVPŠD je dyslexie, která se vyskytuje u 43 % žáků s ADHD s komorbiditou SVPŠD.

Hypotézu se nám podařilo potvrdit.

Závěr

Tématem diplomové práce byly komorbidní poruchy u dětí s diagnózou ADHD. Syndrom ADHD je členem skupiny neuropsychiatrických poruch a v klinické oblasti je nejčastěji spojován s komorbidním výskytem poruch chování, specifickými vývojovými poruchami školních dovedností, úzkostnými poruchami, poruchami emocí a tikovými poruchami. Pro pedagogy je práce s hyperaktivními dětmi běžnou praxí. Často bývají prvními, kteří na problém u dítěte upozorní a bývají tak klíčovou osobou při rozpoznání příznaků. Společně s rodinou a odborníky jsou důležitým partnerem při spolupráci na komplexní terapii.

V teoretické části jsme s pomocí odborných zdrojů vymezili terminologii vztahující se k tématu a historický vývoj pojmu. ADHD se vyvíjí s růstem dítěte, proto jsme popsali projevy v jednotlivých vývojových obdobích. Za velice důležité považujeme včasnou diagnostiku a vhodně zvolenou terapii, pozornost je věnována diagnostickému postupu a možnostem ovlivnění syndromu ADHD. Popsali jsme nejčastější komorbidní poruchy, četnost jejich výskytu, projevy a možnou reedukaci.

Výuka dětí s ADHD je velmi náročná. Neexistuje jednotný postup a vždy je potřeba přistupovat k dítěti s poruchou individuálně, hledat cesty, jak mu pomoci a naprosto nutné je respektovat specifický přístup k těmto dětem. Popsali jsme možnosti vzdělávání a legislativu spojenou s touto problematikou.

Cílem práce bylo zmapovat procentuální zastoupení komorbidních poruch u žáků s ADHD na I. a II. stupni základních škol v dané lokalitě (v Jablonci nad Nisou). Domníváme se, že se nám cíl podařilo splnit. Vyhodnocením dotazníkového šetření a z rozhovoru s dětským psychiatrem jsme došli k závěru, že na 11 základních školách je 78 žáků s diagnózou ADHD, což je 2,3 % žáků základních škol dané lokality (poměr počtu chlapců a dívek je 5-6:1). Dle dětského psychiatra by výskyt žáků s ADHD mohl dosahovat až 5 %. Mnoho dětí nemá tento syndrom odborně diagnostikován a jsou často považovány pouze za „nevychované“. Jednou komorbidní poruchou trpí na I. stupni 50 % žáků, na II. stupni 16,7 % žáků. Více komorbidními poruchami trpí na I. stupni 33,3 % žáků, na II. stupni 66,7 %. Z těchto počtů je patrné, že se nám nepodařilo potvrdit hypotézu, že převážná část dětí s ADHD na základní škole trpí více než jednou

komorbidní poruchou. Tento předpoklad platí pouze pro žáky II. stupně. Nejčastější komorbidní poruchou je u žáků I. i II. stupně dyslexie, která se vyskytuje u 43 % žáků s ADHD. Tento výsledek průzkumu potvrdil druhou hypotézu, že nejčastější komorbidní poruchou u dětí s ADHD je dyslexie. Nejméně se vyskytující komorbidní poruchou jsou v dané lokalitě na I. stupni úzkostné a tikové poruchy, na II. stupni poruchy emocí.

Pedagogové při práci s dětmi s ADHD nejvíce oceňují pomoc PPP, která provádí nejen diagnostickou a poradenskou činnost, ale také je informační a metodickou podporou při výchovném a vzdělávacím vedení. Ve všech školách dané lokality jsou žáci s ADHD (popř. s komorbidními poruchami) vzděláváni v běžné třídě. Individuální péče prováděná speciálním pedagogem je realizována v 5 základních školách. Pouze jedna základní škola má vytvořenu třídu individuální péče. Ani jeden žák s ADHD (popř. s komorbidními poruchami) nemá na základní škole v Jablonci nad Nisou asistenta pedagoga. Pedagogové by při své náročné práci mohli s pomocí asistenta věnovat žákům s ADHD větší péči.

Výsledky mohou být podnětné pro pedagogy i pro širší veřejnost, protože počet žáků s ADHD rozhodně není zanedbatelný a je potřeba jim věnovat zvýšenou pozornost. Navzdory všem nárokům, které na pedagogy klade péče o děti s ADHD a přidruženými poruchami, je na prvním místě ochota všech poskytovat těmto dětem zvláštní péči a porozumění, které je bezesporu potřebné k tomu nejdůležitějšímu, aby byly děti ve škole šťastné a úspěšné.

Seznam použitých českých zdrojů

1. DRTÍLKOVÁ, Ivana, ŠERÝ, Omar, et al., 2007. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-419-5.
2. FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří, 2008. *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.
3. FONTANA, David, 2003. *Psychologie ve školní praxi*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-626-8.
4. GOETZ, Michal, UHLÍKOVÁ, Petra, 2009. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-630-4.
5. HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, KOCOURKOVÁ, Jana, et al., 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9.
6. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana, 2006. *Metody hodnocení a tolerance dětí s SPU*. 2. akt. vydání. Praha: D&H. ISBN 80-903579-4-6.
7. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana, 2008. *Reedukace specifických poruch učení u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-474-8.
8. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana, 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2697-7.
9. KOCUROVÁ, Marie, 2012. *SVPŠD* [rozhovor]. Praha.
10. MATEK, Petr, 2012. *ADHD a komorbidní poruchy* [rozhovor]. Jablonec nad Nisou.
11. MATĚJČEK, Zdeněk, 2011. *Praxe dětského psychologického poradenství*. 2. aktualizované a upravené vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0000-0.
12. MICHALOVÁ, Zdeňka, 2008. *Vybrané kapitoly z problematiky specifických poruch učení*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-318-7.
13. MICHALOVÁ, Zdeňka, et al., 2012. Přípravenost učitelů na inkluzivní vzdělávání v oblasti specifických poruch učení. *Speciální pedagogika*, ročník 22, č. 1, s. 30–45. ISSN 1211-2720.
14. MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon, 2006. *Porucha pozornosti a hyperaktivita*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-188-3.
15. NOSKOVÁ, Petra, 2011. *Porucha pozornosti s hyperaktivitou u dětí*. [19. 9. 2012]. Liberec: TUL. Vedoucí kvalifikační práce: Mgr. M. Meier, Ph.D.
16. PACLT, Ivo, et al., 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1426-4.
17. PEŠATOVÁ, Ilona, 2003. *Vybrané kapitoly z etopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-750-0.
18. PIPEKOVÁ, Jarmila, et al., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepr. a rozšířené vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.
19. POKORNÁ, Věra, 2001. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. rozšířené. a upravené vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-570-9.

20. PRŮCHA, Jan (ed.), 2009. *Pedagogická encyklopedie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-546-2.
21. RIEFOVÁ, Sandra, 1999. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-287-4.
22. ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana, et al., 1997. *Dětská klinická psychologie*. 3. přepr. a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-512-2.
23. SIMON, Hendrik, 2006. *Dyskalkulie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-104-2.
24. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava, 2002. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-616-0.
25. ŠKVOROVÁ, Jaroslava, ŠKVOR, David, 2003. *Proč zlobím?* 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-407-1.
26. TRAIN, Alan, 1997. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-131-2.
27. TRAIN, Alan, 2001. *Nejčastější poruchy chování dětí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-503-2.
28. VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0.
29. VÁGNEROVÁ, Marie, 2003. *Úvod do vývojové psychopatologie III*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-669-5.
30. ZELINKOVÁ, Olga, 2001. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-544-X.
31. ZELINKOVÁ, Olga, 2003. *Poruchy učení*. 10. zcela přepr. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-800-7.
32. ZELINKOVÁ, Olga, 2008. *Dyslexie v předškolním věku?* 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-321-5.
33. ŽÁČKOVÁ, Hana, JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, 1998. *Metody práce s dětmi s LMD – především pro rodiče a vychovatele*. 2. vyd. Praha: D&H.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

1. FARRELL, Michael, 2008. *Educating special children*. 1. vyd. Abington Oxon: Routledge. ISBN 978-0-415-46315-7.

Seznam použitých internetových zdrojů

1. *EEG Biofeedback* [online]. [cit. 10. 9. 2012]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.eeg-biofeedback.cz/>>.
2. *Specifické poruchy učení* [online]. [cit. 19. 9. 2012]. Dostupné na World Wide Web: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Specifick%C3%A9_poruchy_u%C4%8Den%C3%AD>.

3. Vyhláška č. 147/2011Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 19. 10. 2012]. Dostupné na World Wide Web: <http://spc-info.upol.cz/profil/wp-content/uploads/2011/05/147_2011sb.pdf>.
4. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), novelizovaného zákonem č. 472/2011 Sb. In *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 19. 10. 2012]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>>.

Seznam obrázků, tabulek, grafů

Seznam obrázků

Obrázek 1: Ukázka práce žáka s ADHD	27
Obrázek 2: Ukázka práce žáka s ADHD	27
Obrázek 3: Ukázka práce žáka s ADHD a dysgrafií	37
Obrázek 4: Ukázka práce žáka s ADHD a dysgrafií	37
Obrázek 5: Ukázka práce žáka s ADHD a dyskalkulií	39
Obrázek 6: Ukázka práce žáka s ADHD a dyskalkulií	39

Seznam tabulek

Tabulka 1: Kritéria podle DSM-IV pro diagnózu ADHD	15
Tabulka 2: Četnost výskytu komorbidních poruch	29
Tabulka 3: Počet tříd a žáků na I. a II. stupni ZŠ	50
Tabulka 4: Počty žáků na I. st. ZŠ, počty žáků s ADHD na I. st. ZŠ	51
Tabulka 5: Počty žáků na II. st. ZŠ, počty žáků s ADHD na II. st. ZŠ	52
Tabulka 6: Počet žáků ZŠ s ADHD – s odkladem školní docházky, opakující ročník v průběhu školní docházky, pod medikací	53
Tabulka 7: Počet žáků s ADHD na I. st. ZŠ s 1 komorbidní poruchou a více komorbidními poruchami	55
Tabulka 8: Počet žáků s ADHD na II. st. ZŠ s 1 komorbidní poruchou a více komorbidními poruchami	56
Tabulka 9: Počet žáků I. a II. st. ZŠ s ADHD a poruchami chování	57
Tabulka 10: Počet žáků I. a II. st. ZŠ s ADHD a SVPŠD	59
Tabulka 11: Počet žáků I. a II. st. ZŠ s ADHD a úzkostnými poruchami	61
Tabulka 12: Počet žáků I. a II. st. ZŠ s ADHD a poruchami emocí	62
Tabulka 13: Počet žáků I. a II. st. ZŠ s ADHD a tikovými poruchami	63
Tabulka 14: Kdo Vám pomáhá ve Vašem okolí se žáky s ADHD?	64
Tabulka 15: Počet asistentů pedagoga u žáků s ADHD	65
Tabulka 16: Potřeba speciálního pedagoga na ZŠ	65
Tabulka 17: Varianty vzdělávání žáků s ADHD (popř. s komorbidními poruchami)	66

Tabulka 18: Procentuální zastoupení komorbidních poruch	69
Tabulka 19: Porovnání počtu žáků s ADHD a 1 či více komorbidními poruchami	70

Seznam grafů

Graf 1: Počty žáků na základních školách	50
Graf 2: Počty chlapců a dívek s ADHD na I. st. ZŠ	51
Graf 3: Počty chlapců a dívek s ADHD na II. st. ZŠ	52
Graf 4: Počet žáků ZŠ s ADHD – s odkladem školní docházky, opakující ročník v průběhu školní docházky, pod medikací	53
Graf 5: Počet žáků s ADHD na I. st. ZŠ s 1 komorbidní poruchou, více komorbidními poruchami a bez komorbidních poruch	55
Graf 6: Počet žáků s ADHD na II. st. ZŠ s 1 komorbidní poruchou, více komorbidními poruchami a bez komorbidních poruch	56
Graf 7: Porovnání počtu chlapců a dívek na I a II. st. ZŠ s 1 komorbidní poruchou a více komorbidními poruchami	57
Graf 8: Počty žáků s ADHD na I. a II. st. ZŠ, počty žáků s ADHD a poruchami chování na I. a II. st. ZŠ	58
Graf 9: Nejčastější projevy poruch chování u žáků s ADHD na I. st.	58
Graf 10: Nejčastější projevy poruch chování u žáků s ADHD na II. st.	59
Graf 11: Počty žáků s ADHD na I. a II. st. ZŠ, počty žáků s ADHD a SVPŠD na I. a II. st. ZŠ	60
Graf 12: Nejčastější SVPŠD u žáků s ADHD	60
Graf 13: Počty žáků s ADHD na I. a II. st. ZŠ, počty žáků s ADHD a úzkostnými poruchami na I. a II. st. ZŠ	61
Graf 14: Počty žáků s ADHD na I. a II. st. ZŠ, počty žáků s ADHD a poruchami emocí na I. a II. st. ZŠ	62
Graf 15: Počty žáků s ADHD na I. a II. st. ZŠ, počty žáků s ADHD a tikovými poruchami na I. a II. st. ZŠ	63
Graf 16: Pomoc pedagogům s žáky s ADHD	64
Graf 17: Výskyt jednotlivých komorbidních poruch u žáků na I. a II. st. ZŠ	69

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník pro výchovné poradce

I

Příloha A

Dotazník pro výchovné poradce

Vážení výchovní poradci,

studuji obor Speciální pedagogika – učitelství pro I. st. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který slouží pro potřeby mé diplomové práce.

Za vyplnění dotazníku Vám předem velice děkuji.

Bc. Petra Nosková

1. Prosím, doplňte počty žáků/chlapců na I. a II. st. a počty tříd na I. a II. st.

Počet žáků na I. st./počet chlapců	
Počet žáků na II. st./počet chlapců	
Počet tříd na I. st.	
Počet tříd na II. st.	

2. Uveďte počet žáků s ADHD (podloženo lékařským posudkem).

Počet žáků s ADHD na I. st./počet chlapců s ADHD na I. st.	
Počet žáků s ADHD na II. st./počet chlapců s ADHD na II. st.	

3. Prosím, doplňte počty žáků s odkladem povinné školní docházky, počet žáků opakující ročník v průběhu povinné školní docházky, počet žáků pod medikací.

Počet žáků s ADHD s odkladem povinné školní docházky	
Počet žáků s ADHD opakující ročník v průběhu povinné školní docházky	
Počet žáků s ADHD pod medikací	

4. Prosím doplňte počty žáků s komorbidními poruchami.

Počet žáků s ADHD a 1 komorbidní poruchou na I. st.	
Počet žáků s ADHD a 1 komorbidní poruchou na II. st.	
Počet žáků s ADHD a více komorbidními poruchami na I. st.	
Počet žáků s ADHD a více komorbidními poruchami na II. st.	

5. Doplňte počet žáků/chlapců s ADHD a poruchami chování a jejich nejčastější projevy na I. a II. st.

Počet žáků s ADHD a poruchami chování na I. st./počet chlapců	
Počet žáků s ADHD a poruchami chování na II. st./počet chlapců	

Nejčastější projevy:

6. Doplňte počet žáků/chlapců s ADHD a SVPŠD a vypište, zda se jedná o dyslexii, dysgrafii, dysortografii, dyskalkulii, dyspraxii, popř. dyspinxii, dysmúzii.

Počet žáků s ADHD a SVPŠD na I. st./počet chlapců	
Počet žáků s ADHD a SVPŠD na II. st./počet chlapců	

7. Počet žáků s ADHD a úzkostnými poruchami

Počet žáků s ADHD a úzkostnými poruchami na I. st./počet chlapců	
Počet žáků s ADHD a úzkostnými poruchami na II. st./počet chlapců	

8. Počet žáků s ADHD a poruchami emocí

Počet žáků s ADHD a poruchami emocí na I. st./počet chlapců	
Počet žáků s ADHD a poruchami emocí na II. st./počet chlapců	

9. Počet žáků s ADHD a tikovými poruchami

Počet žáků s ADHD a tikovými poruchami na I. st./počet chlapců	
Počet žáků s ADHD a tikovými poruchami na II. st./počet chlapců	

10. Kdo Vám pomáhá ve Vašem okolí při práci se žáky s ADHD?

- a) Pedagogicko-psychologická poradna
- b) Speciálně pedagogické centrum
- c) Středisko výchovné péče
- d) DYS-centra
- e) pediatr
- f) neurolog
- g) psychiatr
- h) psychoterapeut
- i) rodiče
- j) jiní (prosím, doplňte, kdo):

11. Máte u některého žáka s ADHD asistenta pedagoga? Pokud ano, trpí tento žák komorbidní poruchou/komorbidními poruchami? Pokud ano, jakou/jakými?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste odpověděli ne, máte pocit, že by byl potřeba?

12. Máte pocit, že by Vám usnadnilo mít ve škole speciálního pedagoga? (Pokud speciálního pedagoga máte, neodpovídejte.)

- a) Ano
- b) Ne

13. Zaškrtněte všechny varianty vzdělávání žáků s ADHD (popř. s komorbidními poruchami) na Vaší škole.

- a) Individuální péče prováděná v rámci vyučování učitelem kmenové třídy. Tato forma se uplatňuje u mírnějších forem v rámci třídy základní školy. Žák může být do třídy integrován a je pro něho zpracován individuálně vzdělávací plán.
- b) Individuální péče prováděná speciálním pedagogem (např. v rámci kroužků)
- c) Třídy individuální péče, které jsou zřizovány při základních školách (do těchto tříd dochází žák v průběhu dne).
- d) Cestující učitel, který dochází do základní školy, kde v průběhu vyučování provádí reedukační péči, tuto péči zajišťuje žákům i mimo vyučování.

- e) Speciální třídy, ve kterých je obvykle snížený počet žáků, zřizují se při základních školách a reedukační péče probíhá v průběhu celého vyučovacího procesu.

Bibliografické údaje

Jméno autora: Petra Nosková

Obor: 7506T042 - Speciální pedagogika - učitelství (Mgr. SPPGU)

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Komorbidní poruchy u dětí s ADHD

Rok: 2013

Počet stran textu: 65

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů českých použitých zdrojů: 33

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 4

Vedoucí práce: PhDr. Renata Kreuzová