



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Působení dítěte s ADHD na atmosféru ve třídě na základní škole

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R029 – Speciální pedagogika pro vychovatele
Autor práce: **Ivo Kobr**
Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Roudná



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivo Kobr**
Osobní číslo: **P12000470**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika pro vychovatele**
Název tématu: **Působení dítěte s ADHD na atmosféru ve třídě na základní škole**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Popsat problematiku syndromu ADHD a zjistit, jaké výchovné metody a zásady jsou používány pro harmonizaci vztahů ve třídách se žáky s ADHD.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník, rozhovor.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O., 2007. Hyperkinetická porucha: ADHD. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2624-195.

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P., 2009. ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-304.

KULIŠŤÁK, P., 2011. Neuropsychologie. 2. akt. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-807-3678-913.

MELGOSA, J., POSSE, R., 2003. Umění výchovy dítěte. 1. vyd. Praha: Advent-Orion. ISBN 80-717-2613-3.

MUNDEN, A., ARCELUS, J., 2002. Poruchy pozornosti a hyperaktivita. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-717-8625-X.

RIEF, S. F., 1999. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-717-8287-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Pavlína Roudná

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2015**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

Prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Pavlíně Roudné, vedoucí mé bakalářské práce, která mi byla nápomocna svými cennými radami po celou dobu tvorby práce.

Ivo Kobr

Název bakalářské práce: Působení dítěte s ADHD na atmosféru ve třídě

Jméno a příjmení autora: Ivo Kobr

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2015/2016

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Pavlína Roudná

Anotace

Bakalářské práce se zabývá působením žáka s ADHD na atmosféru ve třídě. Hlavním cílem práce je popsat problematiku syndromu ADHD a zjistit, jaké výchovné metody a zásady jsou používány pro harmonizaci vztahů ve třídách se žáky s ADHD. Teoretická část se zaměřuje na vymezení syndromu ADHD na základě odborné literatury.

V rámci navazující empirické části je proveden výzkum zjišťující, zda pedagogové na vybraných školách běžně pracují se žáky s ADHD. V praktické části jsou dále zpracovány rozhovory s pedagogy, kteří ve své praxi užívají metody a zásady výchovy pro zkvalitnění vztahů mezi žáky. Získaná zjištění mohou být inspirativním podkladem ostatním studentům pro studium dané problematiky a později učitelskou praxi.

Klíčová slova: žák, ADHD, vliv, atmosféra, třída, metody, zásady, výchova, vzdělávání, výzkum

Title of the bachelor thesis: Effect of a Child with ADHD on the Atmosphere in the Classroom

Author: Ivo Kobr

Academic year of the bachelor thesis submission: 2015/2016

Supervisor: Mgr. Pavlína Roudná

Annotation

This bachelor's thesis deals with the effect on ADHD children to atmosphere in class. The main goal of this thesis is to describe the problem of ADHD syndrome and find out, which of these educational methods and rules are used for harmonization relationships in classrooms of ADHD children.

The theoretical part is pointing out the specific syndrome ADHD which is based on technical literature. Within the empirical part the thesis includes a research which looks into teachers from selected schools, whether they are working with children of such a disorder. Furthermore in the practical part there are conversations with teachers, who are using specific methods and rules of education for harmonization relationships in classrooms of ADHD children. Gained survey can be inspirational materials for other students when studying given issues and later on for teaching practice.

Key words: student, ADHD, effect, atmosphere, class, methods, principles, raising education, education, research

Obsah

Seznam grafů.....	10
Seznam použitých zkratk.....	11
Úvod.....	12
Teoretická část	13
1 Terminologie – dřívější a současná.....	13
1.1 Diagnostická kritéria	14
1.1.1 Diagnostická kritéria dle MKN-10: Hyperkinetická porucha	15
1.1.2 Diagnostická kritéria dle DSM-IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou	16
1.2 Kritéria závažnosti ADHD.....	18
1.3.1 Pedagogická diagnostika.....	19
1.3.2 Anamnestické pozorování.....	19
1.3.3 Pozorování dítěte.....	19
1.3.4 Psychologické vyšetření.....	19
1.3.5 Speciálně pedagogické vyšetření	20
1.4 Diferenciální diagnostika	21
1.5 Etiologie.....	22
1.6 Současné názory na biologické příčiny hyperkinetické poruchy	23
1.6.1 Negenetické faktory	23
1.6.2 Genetické faktory	24
2 Syndrom ADHD v dospělosti	25
2.1 Stanovení diagnózy u dospělých osob	25
2.1.1 Kritéria „UTAH“.....	26
2.2 Psychická onemocnění vyskytující se u dospělých osob	27
3 Reeducace	28
3.1 Základní postupy.....	28
4 Zdravotní péče o děti s ADHD (farmakoterapie).....	32
4.1 Metylfenidát (Ritalin).....	32
4.1.1 Vedlejší účinky.....	33
4.2 Tricyklická antidepresiva.....	33
4.3 Clonidin (Catapress).....	34
5 Psychologický přístup	35
5.1 Relaxační a jiné techniky	35
5.1.1 Legrace a smích.....	36
5.1.2 Kontrolované dýchání	36

5.1.3	Jóga a pomalá pohybová cvičení.....	37
5.1.4	Léčba pevným objetím.....	37
	Empirická část.....	38
6	Vymezení cíle a formulace hypotéz.....	38
7	Použité metody výzkumu.....	38
7.1	Dotazníková metoda.....	38
7.1.1	Zpracování výsledků dotazníkového šetření.....	39
7.1.2	Shrnutí výsledků dotazníkové metody.....	45
7.2	Metoda rozhovoru.....	45
7.2.1	Zpracování rozhovorového šetření.....	47
7.2.2	Shrnutí výsledků rozhovorů.....	56
7.2.2.1	Vyhodnocení jednotlivých otázek.....	56
	Závěr.....	60
	Zdroje.....	62
	Příloha – dotazník pro pedagogy.....	63

Seznam grafů

Graf č. 1: Věk.....	40
Graf č. 2: Délka pedagogické praxe.....	41
Graf č. 3: Stupeň ZŠ.....	41
Graf č. 4: S kolika dětmi se ve své pedagogické praxi v současnosti setkáváte?	42
Graf č. 5: Vaše míra informovanosti o poruše ADHD?.....	42
Graf č. 6: Informace o ADHD jste nabyli/a především při:	43
Graf č. 7: Uvítal/a byste prohloubení znalostí o ADHD?	43
Graf č. 8: Berete zřetel na diagnózu ADHD při vzdělávání žáků?	44
Graf č. 9: Do jaké míry ovlivňují žáci s ADHD atmosféru ve třídě?.....	44
Graf č. 10: Vnímáte přítomnost žáka s ADHD ve vaší třídě jako:.....	45

Seznam použitých zkratek

MBD – Minimální mozková dysfunkce

MMD – Malá mozková dysfunkce

LMD – Lehká mozková dysfunkce

LDE – Lehká dětská encefalopatie

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ADD – Attention Deficit Disorder

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

SPAD – Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti

CMAS – Dotazník míry úzkostnosti dítěte

JEPI – Jiné osobnostní dotazníky

UADD – Generalizované poruchy pozornosti

Úvod

Zlepšení kvality výchovy a vzdělávání žáků je v současné době jedním z hlavních zájmů vyspělých států. Pro zefektivnění výuky na školách je zapotřebí zmapovat školní prostředí a konkrétně se zaměřit na individuální potřeby žáků.

Bakalářská práce rozpracovává problematiku poruchy ADHD u žáků na základních školách. Prostřednictvím odborné literatury a vlastního pozorování definuji základní pojmy a za pomoci dvou výzkumných metod se pokusím zjistit, jakým způsobem se v současném školství se syndromem ADHD u žáků vyrovnávají jejich učitelé.

Tématu Působení žáka s ADHD na atmosféru ve třídě jsem se rozhodl věnovat, jelikož se s obdobnými typy dětí setkávám při své práci v mateřské škole. Díky podrobnějšímu studiu odborné literatury a výzkumu prováděného na základních školách je mi umožněno proniknout lépe do problematiky poruchy ADHD. Dále mám možnost nahlédnout do budoucích stupňů vzdělávání dětí, s nimiž se v současnosti setkávám a tím se jim více přiblížit. Můj průzkum by mohl obohatit další učitele o cenné techniky využívané jinými pedagogy v jejich běžné praxi.

Cílem práce je popsat problematiku syndromu ADHD a zjistit, jaké výchovné metody a zásady jsou používány pro harmonizaci vztahů ve třídách se žáky s ADHD. V úvodních kapitolách studiem odborné literatury zmíním několik základních pojmů týkajících se příčin vzniku, diagnostiky a možné reedukace syndromu ADHD. Dále pak vytyčím charakteristické rysy poruchy u dospělých jedinců a stručně představím postupy zdravotní a psychologické péče.

Vyjádření hypotéz a výzkumu uskutečním v empirické části. Dotazníkovou metodou zjistím, zda se na náhodně zvolených základních školách vyskytují učitelé pracující se žáky s ADHD. Následně se metodou rozhovoru se čtyřmi konkrétně vybranými učiteli ZŠ pokusím proniknout do metod a zásad užívaných v běžné praxi. Zakončení empirické části bude věnováno hodnocení výzkumu, komparaci a analýze získaných informací.

Hlavní náplní výzkumu bude zjistit, jaké výchovné a vzdělávací postupy jsou funkční a efektivní v procesu zkvalitňování vztahů ve třídním kolektivu. V závěru vyhodnotím verifikaci, či vyvrácení hypotéz a splnění cíle bakalářské práce.

Teoretická část

1 Terminologie – dřívější a současná

Terminologie užívaná k označování dětí hyperaktivních se měnila na základě pojetí jejich problematiky a získávání nových poznatků o ní. Počáteční poznatky o dětech hyperaktivních lze nejen v České republice, ale i jinde ve světě zaznamenat koncem první poloviny a v průběhu druhé poloviny dvacátého století (přesněji řečeno – přibližně od roku 1830), o exaktnější vymezení této problematiky se pokoušeli autoři na počátku dvacátého století. Roku 1930 byl prvně použit později ve světě hojně užívaný termín minimální mozková dysfunkce (neboli MBD), podle kterého byl i u nás užívan termín malá mozková dysfunkce (neboli MMD). Od poloviny dvacátého století byl v České republice (dříve Československá socialistická republika) užívan termín lehká dětská encefalopatie (neboli LDE), v šedesátých letech dvacátého století se započal pomalu prosazovat termín lehká mozková dysfunkce (neboli LMD). Tento termín byl v podstatě užívan více než třicet let, nová terminologie se v České republice započala velmi pomalu prosazovat od druhé poloviny devadesátých let dvacátého století a vcelku se prosadila teprve po roce 2000. Za tuto dlouhou dobu se termín lehká mozková dysfunkce stal obvyklým nejen pro expertní, ale i laickou veřejnost a v praxi bývá mnohdy dodnes užívan pro objasnění a sjednocení termínů v paralele s novou terminologií. Výše uvedené termíny vycházely nejprve z etiologie syndromu, od devadesátých let se začala ve světě prosazovat terminologie orientovaná spíše na deskripci projevů syndromu (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 9).

V dnešní době se pro děti hyperaktivní užívají nejčastěji dva termíny, které vycházejí z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, ICD-10), Světové zdravotnické organizace a z pojetí Americké psychiatrické asociace (podle DSM-IV), oba se datují svým počátkem do devadesátých let (1992 a 1994).

V souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí Světové zdravotnické organizace je používán termín hyperkinetická porucha a její subtypy – porucha pozornosti a aktivity a hyperkinetická porucha chování (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 9).

Hyperkinetická porucha chování je diagnostikována, pokud je porucha pozornosti a aktivity doplněna i problematikou v chování dítěte – agresí a opozičním chováním, popřípadě i jinými poruchami v oblasti chování (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 9).

V české terminologii se užívají i označení typu hyperkinetický či hyperaktivní syndrom, hypokinetický či hypoaktivní syndrom. Četněji se lze setkat se zkratkou ADHD, která vychází z terminologie Americké psychiatrické asociace – jedná se o označení pro syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou (neboli ADHD), nebo syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity (neboli ADD) (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 10).

Tyto syndromy označují děti, které jsou nadměrně aktivní, impulzivní a nepozorné. Jedná se o symptomy dlouhodobě trvající - chronické, které jsou patrné již od raných vývojových stádií a neodpovídají mentálnímu věku dítěte. Významně vystupují zejména v situacích, které jsou náročné na udržení pozornosti, kontrolu pohybů a tlumení impulzů. Jsou tedy patrné především v období nástupu dítěte do základní školy, která tyto situace navozuje (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 10).

Obě diagnostické kategorie se do určité míry překrývají, ale pojem ADHD zahrnuje mírnější, parciální poruchy a nezahrnuje poruchy chování. Syndrom ADHD lze diagnostikovat, pokud se u dítěte vyskytuje alespoň jedna porucha ze dvou (porucha pozornosti nebo hyperaktivita/ impulzivita) a pokud se objevuje buď v rodinném, či školním prostředí. Pojem hyperkinetický syndrom zachycuje závažnější příznaky, včetně poruchy chování, a lze jej diagnostikovat, pokud se příznaky objevují jak v rodinném, tak ve školním prostředí (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 10).

1.1 Diagnostická kritéria

„ADHD je diagnostikovatelné, pokud se jedná o déle trvající problematiku a pokud je přítomna alespoň jedna z dále uvedených poruch: porucha pozornosti, hyperaktivita s impulzivitou. Na základě toho lze diagnostikovat:

- *ADHD s převahou poruchy pozornosti,*
- *ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity,*
- *ADHD s poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou (kombinovaný typ) (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 14).“*

„Pro označení syndromu poruchy pozornosti bez hyperaktivity se také užívá označení ADD (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 14).“

1.1.1 Diagnostická kritéria dle MKN-10: Hyperkinetická porucha

Nepozornost – Alespoň šest z následujících projevů nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek neadaptivnost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:

1. často se mu nedaří pozorně se soustředit na detaily nebo chybuje z důvodu nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;
2. často neudrží pozornost při plnění různých úkolů nebo při hraní;
3. často se jeví, že neposlouchá, co se mu sděluje (Munden, Arcelus 2008, s. 16);
4. často nedokáže postupovat dle pokynů, dokončit školní ani domácí práce a povinnosti na pracovišti (nikoliv snad proto, že by zaujalo opoziční postoj či nepochopilo zadání);
5. často není schopen uspořádat si úkoly a činnosti;
6. často se vyhýbá domácím pracím a úkolům, které vyžadují soustředěnou mysl;
7. často ztrácí pomůcky potřebné pro vykonávání určitých úkolů nebo činností, například školní pomůcky, knihy, psací potřeby, hračky či nástroje;
8. často se dá snadno vyrušit vnějšími podněty;
9. často je při běžných denních činnostech zapomnětlivý (Munden, Arcelus 2008, s. 17).

Hyperaktivita – Alespoň tři z následujících projevů hyperaktivity přetrvávají po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek neadaptivnost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu:

1. často samovolně pohybuje končetinami či se vrtí na židli;
2. při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo dítě zůstat klidně sedět, vstává ze židle (Munden, Arcelus 2008, s. 17);
3. často popochází či pobíhá v situacích, kdy to není příliš vhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se mohou vyskytovat pouze pocity neklidu);

4. často je enormně hlučné při hraní nebo má obtíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech;
5. trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou není schopno zásadně podřizovat společenským požadavkům a podmínkám (Munden, Arcelus 2008, s. 17).

Impulzivita – Alespoň jeden z následujících projevů impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, jehož důsledkem je tak neadaptivnost dítěte a chování neodpovídající jeho vývojovému stadiu:

1. často vykřikne odpověď dříve, než byla dokončena otázka tazatele;
2. často nedokáže vyčkat, až na něho přijde řada při hře nebo v kolektivu nebo nevydrží stát v řadě;
3. často se ostatním vměšuje do hovoru (např. vyrušuje při hře, vměšuje se jiným do řeči) nebo často přerušuje ostatní;
4. nadměrnou mluvou nebere ohled na společenské zvyklosti a omezení (Munden, Arcelus 2008, s. 18).

1.1.2 Diagnostická kritéria dle DSM-IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou

Nepozornost – Alespoň 1., nebo 2.: Šest nebo i více následujících projevů nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, jehož důsledkem je tak neadaptivnost dítěte a chování neodpovídající jeho vývojovému stadiu:

1. často se mu nedaří soustředit se na detaily nebo dělá chyby z důvodu nepozornosti ve škole, v práci či v jiných aktivitách;
2. často obtížně udržuje pozornost při hraní či při plnění úkolů;
3. často se jeví, že neposlouchá, když se na něho přímo mluví (Munden, Arcelus 2008, s. 16);
4. často nepostupuje dle pokynů pedagoga či rodiče a není s to dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoliv z důvodu zaujmutí opozičního postoje, či že by nepochopilo zadání);

5. často mívá problémy v oblasti organizační (organizace úkolu a činnosti);
6. často se rozpakuje vykonávat práce, které vyžadují soustředěnou mysl (školní či domácí úkoly), vyhýbá se vykonávání úkolů, nedělá je rádo;
7. často ztrácí potřebné pomůcky pro vykonávání úkolů či činností (například psací potřeby, knihy, hračky, školní pomůcky či nástroje);
8. často je vyrušitelný exogenními podněty;
9. často si nepamatuje každodenní povinnosti (Munden, Arcelus 2008, s. 17).

Hyperaktivita – šest (či více) následujících příznaků hyperaktivity či impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, jehož důsledkem je tak neadaptivnost dítěte a chování neodpovídající jeho vývojovému stadiu:

1. často samovolně pohybuje končetinami či se vrtí na židli;
2. často při vyučovacích hodinách ve škole či v jiných situacích vstává ze židle, zatímco by mělo zůstat sedět;
3. často popochází či pobíhá v situacích, kdy to není příliš vhodné (u dospívajících dětí či dospělých se takové chování může omezit na subjektivní pocit neklidu);
4. často není s to si tiše hrát či být v klidu při jiné činnosti;
5. bývá často v pohybu a jeví se jako neunavitelné;
6. často bývá nadměrně hovorné (Munden, Arcelus 2008, s. 17).

Impulzivita

1. často vyřkne odpověď dříve, než tazatel dokončil otázku;
2. často je netrpělivý, má-li vyčkat, až na něho přijde řada (Munden, Arcelus 2008, s. 18);
3. často se vměšuje do konverzace či ostatní přerušuje (Munden, Arcelus 2008, s. 18).

1.2 Kritéria závažnosti ADHD

Mírný typ ADHD

Jen menší počet příznaků, pokud vůbec nějaké z těch, které jsou zapotřebí k určení této diagnózy, se projevuje v nadměrné míře. Společenská a školní angažovanost dítěte strádá v tomto stupni poruchy nejméně anebo nikoli.

Schopnost koncentrace pozornosti u dítěte kolísá, celkově jsou zjevné výkyvy, převládající příznaky jsou zvládnutelné bez speciální péče, v rámci individuálního přístupu (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 16).

Střední typ ADHD

Příznaky nebo míra sociální funkční újmy kolísají mezi „vážnou“ a „mírnou“. U dítěte je zjevné nesoustředění, neklid, překotné reakce, emoční labilita, snížená schopnost sebekontroly aj. U dítěte je většinou zapotřebí kromě individuálního přístupu poskytnout i další péči (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 16).

Vážný typ ADHD

Mnoho příznaků potřebných k určení diagnózy se projevuje v nadměrné míře. Úhona, ať už se týká činností ve škole, doma či v přátelství s vrstevníky, je téměř zcela osobnostně postihující. Často je patrný u dítěte markantní neklid, patrný sklon k rizikovému chování, zjevné potíže v soužití s ostatními, nepatrná či nulová schopnost sebeovládání a sebekontroly. Často se objevuje ve spojitosti se specifickými poruchami učení. Následná speciální péče je nezbytná (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 16).

1.3 Diagnostický postup

„Diagnostika ADHD je v naprosté většině záležitostí týmové spolupráce – lékařů (pediatra, neurologa, psychiatra, psychologů a speciálních pedagogů) – a to zvláště v případech, kdy je stanovení diagnózy nejednoznačné. Lékařské vyšetření je někdy nutné i z důvodu vyloučení jiných příčin a posouzení případné medikace (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 17).“

Údaje o chování dítěte a symptomech ADHD se získávají z několika zdrojů:

1.3.1 Pedagogická diagnostika

Pedagogická diagnostika je pro odborníky cenným zdrojem, jenž vychází z pozorování a analýz práce dítěte. Pedagogové ji poskytují ve formě vypracovaného školního dotazníku či v podobě samostatné, písemně zpracované, pedagogické diagnostiky (stěžejní jsou např. informace porovnávající výkon dítěte ve vyučovací hodině a v jednotlivých předmětech, projevy chování, využívané metody práce s dítětem, pozitivní výsledky dítěte, spolupráce s rodinou atd.) (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 17).

1.3.2 Anamnestické pozorování

Prostřednictvím anamnestického dotazování se získávají důležité údaje o průběhu těhotenství, porodu a vývoji dítěte od narození po tzv. zlomové body – mateřská škola, vstup na základní školu, přechod na druhý stupeň základní školy, popřípadě i období dospívání. Rozhovorem s rodiči se zjišťují projevy chování dítěte, výchovné strategie rodičů a v neposlední řadě také i přístup dítěte ke školní výuce a k domácí přípravě, dále se pak zjišťují jeho sociální vztahy s vrstevníky a jeho zájmy (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 18).

1.3.3 Pozorování dítěte

Chování dítěte lze pozorovat ve hře, při psaní, čtení, počítání, v testové situaci a při rozhovoru. Projevy dítěte se také pozorují v jeho přirozeném prostředí - ve škole, školní družině či v zájmovém kroužku. Chování dítěte se značně mění, je-li v individuálním kontaktu s dospělou osobou, jež mu věnuje svou pozornost – na dítě v této situaci působí méně rušivých elementů, než ve skupině vrstevníků a při běžné školní práci, kdy si musí získávat pozornost dospělé osoby i vrstevníků (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 18).

1.3.4 Psychologické vyšetření

Psychologové zjišťují výrazné rozpory v jednotlivých výkonech v intelektových testech, kdy některé výkony dítěte byly ve svých výsledcích nadprůměrné či velmi dobře průměrné (v oblasti všeobecných vědomostí; ve schopnosti logického i abstraktního myšlení, pokud nedošlo k mírnému vývojovému opoždění; sociální orientovanosti) (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 18).

Oproti tomu výkony spadající až do oblasti podprůměru vykazují subtesty, které jsou ponejvíce ovlivněny symptomy poruchy v oblasti koncentrace pozornosti, narušené krátkodobé paměti (což se projevuje v testech zaměřených na opakování čísel a matematiku), tendence k impulzivním, většinou nesprávným, řešením a též i v neschopnosti analyzovat a syntetizovat, což se projektuje zejména do nonverbálních testů (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 18).

Jelikož je patrný rozdíl mezi částí verbální a nonverbální v rámci intelektových testů, je nezbytné realizovat obě části testu. Kompletní rezultat testu je pak poruchou ne zcela přesný a je z něho patrné, že dítě „má na víc“ (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 18).

1.3.5 Speciálně pedagogické vyšetření

Speciální pedagogové při tomto vyšetření pak ve většině případů potvrzují defekty v oblasti percepčně motorické, které jsou mnohdy ovlivněny kolísáním koncentrace pozornosti, impulzivitou a poruchou krátkodobé paměti. To se do výkonnosti dětí ve škole projektuje negativně - součástí vyšetření je i diagnostika školních dovedností a schopností (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 18).

Dítě navíc trpí nejen syndromem ADHD, ale také i specifickými poruchami učení. Z tohoto důvodu je integrální součástí speciálně pedagogického vyšetření i případné určení druhu a stupně specifické poruchy učení (popřípadě i kombinace poruch učení) a dalších případných ovlivňujících činitelů, jako jsou formy hodnocení, užívané strategie učení aj. (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 19).

Poruchu pozornosti lze stanovit i prostřednictvím speciálně zaměřených testů – nejčastěji užívaný je Číselný čtverec (Jirásek), Trail making test (nebo-li Test cesty), Test pozornosti (Bourdon; Toulos, Pieron) a Test koncentrace pozornosti (Kučera). O stupni pozornosti může poskytnout vypovídající data i Test obkreslování (Matějček, Vágnerová), Reyova-Osterriethova komplexní figura aj. (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 19).

Hodnotná data lze zjistit i z projektivních technik, například z kresby postavy. Posouzení aktuálního prožívání dítěte (jeho sebepjetí) je také součástí vyšetření – dotazník sebepjetí školní úspěšnosti (SPAS – Matějček, Vágnerová); dotazník míry úzkostnosti dítěte (CMAS), jiné osobnostní dotazníky (JEPI). Některé z výše uvedených testových metod a dotazníků jsou však zastaralé a z tohoto důvodu jsou jejich výsledky brány jako orientační (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 19).

1.4 Diferenciální diagnostika

Syndrom ADHD je třeba diferencovat od jiných komplikací, při kterých má dítě rovněž poruchu koncentrace pozornosti, chová se impulzivně, je hyperaktivní. U těchto dětí však nejsou tyto symptomy příznaky ADHD – vycházejí z jiného prvotního postižení, případně souvisejí se sociálními, sociokulturními okolnostmi dítěte. Základem diferenciální diagnostiky je diference ADHD od mentálního postižení (mentální retardace), poruch učení a emočních poruch. Od ADHD se separuje i nedostatečný kontakt s jazykem země, ve které dítě žije a je zde vzděláváno (situace dětí z etnických skupin), nedostatek příležitosti ke vzdělání. I vlivem reakcí na současný stres (ve formě krátkodobě existujících příznaků nechronické povahy, které vznikly v souvislosti s určitou stresovou příhodou) mohou být děti nesoustředěné a neklidné. Mezi stresující události patří:

- *rodinné* – úmrtí, rozvodové situace;
- *změny v prostředí dítěte* – změna školy, stěhování;
- *posttraumatické stresové reakce* – závažné úrazy, týrání, zneužívání (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 20);
- *chronická, bolestivá či traumatická onemocnění* - nesoustředěnost a psychomotorickým neklidem například strádají děti s kožními onemocněními, některými typy alergií, epilepsií apod. (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 20)

Projevy hyperaktivity (nikoliv však syndromu ADHD) mohou strádat i děti s určitou citovou deprivací a děti odpovídající na určitou zátěž či stres neurotickou reakcí. Dále se objevuje u dětí, u nichž nebylo zvládnuto výchovné vedení, které by nastavilo určitý řád poskytující dítěti pocity jistoty, bezpečí a stability. V odborných textech je upozorňováno na fakt, že poruchy koncentrace pozornosti vznikají i v důsledku dlouhodobého zatížení jednostranně působícími stimuly (zejména nadměrné užívání PC ke dlouhodobému hraní her) či přetížení (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 20).

Od syndromu ADHD se také diferencují tzv. generalizované poruchy pozornosti (UADD), při nichž dítě nestrádá hyperaktivitou, ale lze u něj sledovat nedostatek koncentrace pozornosti. V dřívější terminologii byly tyto děti označovány jako děti s LMD (lehkou mozkovou dysfunkcí) – hypoaktivní formou či také jako děti s hypokinetickým nebo

hypoaktivním syndromem. Hypoaktivní děti také strádají poruchou koncentrace pozornosti, avšak převažuje u nich pomalé pracovní tempo, pasivita až letargie. Často se uchylují do svých vlastních interních světů – zdají se být v těchto chvílích myšlenkami jinde – mnohdy lze u nich pozorovat tzv. denní snění. Hypoaktivní děti se často jeví jako dezorientované – mimo realitu (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 21).

Nechovají se však impulzivně, jejich reakce jsou spíše zpomalené. Jeví se jako apatické, čímž jsou stigmatizovány jako pohodlné (líné). Navzdory faktu, že nereagují na podněty ihned, bývá u nich patrná emoční labilita a nízká frustrační tolerance – delší čas nereagují a následně na slabý podnět zareagují nepřiměřeně prudce (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 21).

1.5 Etiologie

Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou je řazena mezi nejčastější příčiny psychiatrické terapie v období dětství. Dle různých studií jsou problémy v chování spojené s hyperkinetickou poruchou pozorovatelné u 5 – 8 % dětí, častěji však u chlapců. Epidemiologická data ukazují, že v zemích, ve kterých je ke kategorizaci užíván manuál DSM-IV (Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou), je převaha dětí s ADHD značně vyšší (4 – 19 %) než v zemích, ve kterých je užívána ke kategorizaci MKN-10 (Hyperkinetická porucha) (1 – 3 %). Tento fakt je dán tím, že kritéria DSM-IV jsou rozsáhlejší a „mírnější“, nevyžadují pro stanovení diagnózy existenci všech primárních symptomů, obsahují subtypy tvořené pouze poruchou pozornosti a subtypy tvořené pouze kombinací hyperaktivity a impulzivity, které nemají odpovídající protějšky v evropské kategorizaci. Dle kategorizace DSM-IV kombinovanému typu ADHD odpovídá pouze porucha aktivity a pozornosti dle MKN-10. Hyperkinetické poruchy jsou častěji diagnostikovány u chlapců než u dívek – některé odborné studie udávají poměr od 10:1 do 2,5:1. Kupříkladu porucha pozornosti bez hyperaktivity (ADD) může být u dívek obtížněji zjištělná, neboť není doprovázena nápadnými příznaky v chování a je tak pro okolí dívek méně nápadná (Drtílková, Šerý 2007, s. 29).

Je patrné, že evropská kategorizace (dle MKN-10) pojímá závažnější hyperkinetické poruchy, kdežto ty relativně méně závažné případy poruchy pozornosti bez hyperaktivity, které nevyhovují podmínkám dle kritérií MKN-10 pro stanovení diagnózy, nejsou v České republice brány na zřetel a léčeny (Drtílková, Šerý 2007, s. 29).

Detailnější diagnóza hyperkinetické poruchy, na níž byla zaměřena britská studie, prokázala vyrovnaný poměr chlapců a dívek. Poruchy pozornosti byly častěji registrovány u dívek, zatímco hyperaktivita a impulzivita u chlapců. Nejvyšší počet diagnostikovaných ADHD se nachází mezi 6. a 9. rokem věku dítěte a subtyp ADHD s vyšší mírou hyperaktivity a impulzivity bývá stanoven o tři až čtyři roky dříve než ostatní subtypy (v nichž převládá porucha pozornosti a typ kombinovaný). U dětí věku předškolního a u adolescentů je diagnostika ADHD méně častá. U dospělých osob s ADHD a hyperkinetickou poruchou neexistují dostatečná epidemiologická data (Drtílková, Šerý 2007, s. 30).

1.6 Současné názory na biologické příčiny hyperkinetické poruchy

Dle současných názorů odborníků je původ hyperkinetické poruchy s největší pravděpodobností heterogenní povahy. V etiologii se mohou upotřebit genetické i negenetické faktory spojené s neuroanatomickými a neurochemickými podněty, které zasahují zejména v prenatálním období (Drtílková, Šerý 2007, s. 41).

1.6.1 Negenetické faktory

Mezi ohrožující biologické negenetické faktory se řadí požití alkoholu a inhalace tabáku v období matčiny gravidity, předčasné porody, nízká váha dítěte, perinatální traumata ve spojitosti s hypoxií a zranění postihující frontální a nefrontální oblasti. Symptomy ADHD, zpravidla s převažující poruchou pozornosti, se mohou vyvinout u dětí, které utrpěly těžký úraz hlavy. V patofyziologii hyperkinetické poruchy hrají též významnou roli bazální ganglia, která patří k metabolicky nejagilnějším strukturám mozku a jsou velmi citlivá na hypoxické inzulty. Významnější se zdá být působení chronických faktorů (například toxémie) než akutních, traumatických příhod. Neurokognitivní poškození včetně symptomů ADHD může být způsobeno expozicí olovu během intrauterinního vývoje nebo postnatálně. Dle 24 klinických studií se verifikovalo zvýšené nebezpečí vzniku ADHD u dětí, jejichž matky kouřily během gravidity. Patrně existuje spojitost s aktivací nikotinových receptorů modulujících dopaminergní aktivitu, která má zásadní význam v patofyziologii ADHD (Drtílková, Šerý 2007, s. 42).

Hyperkinetické symptomy se též častěji projevují u dětí s fetálním alkoholovým syndromem (Drtílková, Šerý 2007, s. 42).

Z průzkumů a studií cílených na děti s ADHD a jejich rodiny vyplývá, že porucha se s větší pravděpodobností projeví u dětí, které žijí v nežádoucích psychosociálních podmínkách, zvláště jestliže dochází k jejich kumulaci (dlouhodobě konfliktní, disharmonické prostředí, menší sounáležitost rodiny a psychopatologie u rodiče – zejména u matky) (Drtílková, Šerý 2007, s. 42).

1.6.2 Genetické faktory

Četné rodinné a genealogické studie verifikují genetickou komponentu hyperkinetické poruchy. U mužů s hyperkinetickou poruchou je probabilita, že jejich příbuzní prvního stupně budou trpět touto poruchou, pětkrát vyšší ve srovnání s normálními kontrolními osobami. Jak demonstrují výsledky studií dvojčat, význačnější shoda ve výskytu hyperkinetické poruchy existuje u monozygotních párů než u dizygotních párů a iritabilita symptomů hyperkinetické poruchy se pohybuje mezi 0,39 a 0,91. Genetickou složku poruchy potvrdily adopční studie – biologičtí rodiče dětí s hyperkinetickou poruchou trpí sami touto poruchou v 7,5 % v porovnání s adoptivními rodiči, kteří trpí hyperkinetickou poruchou pouze ve 2,1 % (Drtílková, Šerý 2007, s. 43).

2 Syndrom ADHD v dospělosti

Symptomy poruchy pozornosti s hyperaktivitou přetrvávají až do dospělosti přibližně ve 30 – 50 % případů. Přibližně u 20 % dospělých nejsou pozorovány primární příznaky, leč subklinické příznaky zůstávají u tří čtvrtin z nich, ve formě sociálně-emocionálních obtíží a reliktních kognitivních a pozornostních nedostatků (Kulišťák 2011, s. 99).

Rucklidge a Kaplan (2000) porovnávali v měřítkách percepce a atribuce skupinu padesáti jedna žen ve věku přibližně čtyřiceti let se symptomy poruchy pozornosti s hyperaktivitou identifikovanými v jejich dětství. Došli k závěru, že ženy s poruchou pozornosti s hyperaktivitou měly symptomy více nezvládnuté, pasivní a úhrnné – uváděly nespokojenost ve vztazích k rodičům, vrstevníkům a pedagogům v dětství; nad negativními prožitky v tomto období cítily menší kontrolu než srovnávaná skupina žen bez poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Většina těchto žen manifestovala příznačný styl „osvojené bezmocnosti“ (tj. niterní nezvladatelnost). Z pozorování vyplynulo, že ačkoli přispívá deprese k rozrůznění této skupiny, není významnějším ukazatelem než příznaky ADHD, což napovídá, že atribuce a percepce nebyly jednoduchým odrazem stávající nálady a myšlení, známých činitelů působících na vybavování a hledání příčiny. Rucklidge a Kaplan soudí, že zdravotními hrozbami ADHD v dospělosti jsou velmi častý výskyt úzkosti, deprese a somatického onemocnění, též krajní pocit bezmocnosti. Autoři rovněž doporučují vytváření možných vysvětlení chyb a neúspěchů, což by mohlo vést ke snížení sebeobviňování a nízké sebeúctě.

I u mužů by se mělo uskutečnit obdobné sledování (Kulišťák 2011, s. 99).

2.1 Stanovení diagnózy u dospělých osob

Všeobecně se předpokládalo, že se porucha pozornosti s hyperaktivitou se vyskytuje převážně u dětí a během dospívání postupně sama od sebe zanikne (Munden, Arcelus 2008, s. 106).

Množství diagnostických kritérií pro poruchu pozornosti s hyperaktivitou se nedá aplikovat přímo u dospělých (např. „nedokáže počkat, až na něho přijde řada“ apod.) (Munden, Arcelus 2008, s. 106).

Jelikož bylo zjištěno, že klíčové symptomy nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity v některých případech přetrvávají až do dospělosti, kdy dále působí komplikace,

byly vykonány pokusy vyprojektovat jiný soubor diagnostických kritérií pro dospělé (Munden, Arcelus 2008, s. 106).

2.1.1 Kritéria „UTAH“

Ke splnění těchto kritérií musí být splněna podmínka existence projevů poruchy pozornosti s hyperaktivitou v dětství a dvě níže uvedené charakteristiky se musí vyskytovat v dospělosti:

- *Nedostatečné soustředění* - projevuje se neschopností udržet pozornost při práci, konverzaci či čtení. Zapomnětlivost, jež se projevuje například pozbyváním věcí nebo zapomínáním, kam byly různé předměty odloženy, či roztržitostí.
- *Přetrvávající motorická hyperaktivita* - například neschopnost vydržet u sedavých aktivit (čtení, sledování TV), neschopnost relaxovat; nepříjemný pocit při nečinnosti (Munden, Arcelus 2008, s. 106).

Vyjma těchto dvou antecedencí musí být splněny alespoň dvě z níže uvedených charakteristik:

- *Citová labilita* - transformace nálady v intervalu několika hodin až několika dní, od omrzelosti a nelibosti až k naprostému zanícení (Munden, Arcelus 2008, s. 106).
- *Potíže se sebeovládáním* - například snadná vznětlivost, přecitlivělost (Munden, Arcelus 2008, s. 106).
- *Neschopnost dokončit úkoly* - nedostatečná schopnost utřídit si práci v zaměstnání i doma, neschopnost řešit nesnáze a nakládat s časem, neschopnost udržet pozornost na jediný úkol v jednu chvíli (Munden, Arcelus 2008, s. 106).
- *Impulzivita* - bezmyšlenkovité rozhodování vyúsťující v unáhlený a nevyrovnaný pracovní výkon a nevyrovnané osobní vztahy, nezodpovědnost při aktivitách vyvolávající radost, asociální chování (Munden, Arcelus 2008, s. 106).
- *Špatná snášenlivost stresu* - vyúsťuje v depresi, zmatenost, úzkost či rozčilení pouze z toho důvodu, že je nezbytné potýkat se s charakteristickými každodenními situacemi (Munden, Arcelus 2008, s. 107).

Diagnóza předem vyloučí schizofrenii, schizoafektivní poruchu, primární afektivní poruchu a schizotypní nebo hraniční poruchu osobnosti => je-li přítomna alespoň jedna z těchto antecedencí, diagnózu nelze stanovit (Munden, Arcelus 2008, s. 107).

2.2 Psychická onemocnění vyskytující se u dospělých osob

Dospělé osoby s ADHD, jež splňují utahská kritéria, mají značné procento výskytu jiné psychopatologie. Shodně, jako děti s poruchou pozornosti s hyperaktivitou, i oni mohou mít jinou, časově limitovanou poruchu či chorobu (Munden, Arcelus 2008, s. 107).

„Shekim a kol. (1985) ukazuje, že z 56 dospělých mezi 19. - 65. rokem, kteří splňují kritéria „Utah“ pro ADHD u dospělých:

- *53 % může splňovat diagnostická kritéria pro generalizovanou poruchu nálady,*
- *34 % může splňovat také diagnostická kritéria pro nadměrné užívání alkoholu či závislosti na alkoholu;*
- *30 % může splňovat také diagnostická kritéria pro drogovou závislost;*
- *25 % může splňovat diagnostická kritéria pro dystymii (chronicky špatná nálada, která člověka omezuje, není však natolik vážná, aby byla splněna diagnostická kritéria pro depresivní poruchu);*
- *25 % může splňovat také diagnostická kritéria pro cyklotymii (střídání nálad od „vysoké“ do „nízké“, nikoli však v takové intenzitě, která by vyhovovala diagnostickým kritériím pro maniodepresivní psychózu) (Munden, Arcelus 2008, s. 107).“*

Diagnostická kritéria pouze pro poruchu pozornosti s hyperaktivitou splňovalo pouze čtrnáct procent osob, s poruchou pozornosti s hyperaktivitou měla současně jedna třetina čtyři další diagnózy. Z toho vyplývá, že porucha pozornosti je častým činitelem, jenž stojí za počátkem patologického hráčství (Munden, Arcelus 2008, s. 107).

3 Reedukace

Analýza všech dostupných informací vyplývajících z diagnostiky dítěte, sledování rodičů, učitelů i dalších dospělých i dětí, s nimiž jedinec s ADHD přichází do styku, je východiskem cílené reedukace. Hlavní postupy při reedukaci jsou vytyčovány na bázi syntézy poznatků. Při prvotním působení nemůže být primárním cílem úprava chování dítěte, ale kroky směřují nejprve ke změně podmínek, v nichž dítě žije, aby ubylo negativních stimulů, které mohou působit jako spouštěcí mechanismy. Z toho vyplývá, že participanty reedukačního procesu musejí být:

- dospělí (škola i rodina),
- vrstevníci,
- dítě samo (Zelinková 2003, s. 200).

Reedukaci zaměřenou pouze na dítě nelze uskutečňovat, neboť jeho chování je výslednicí nejen osobnostních charakteristik a nabytých vzorců chování, ale také odpovědí na stimuly z prostředí, odpovědí na způsoby chování rodičů a vrstevníků. K vytváření nových žádoucích forem chování by mělo iniciovat vhodné prostředí. Jednotlivé postupy nevedou tedy pouze k poklesu četnosti problémového chování, leč zaměřují se na modus života dítěte, snaží se měnit jeho styl existence, antecedence, v nichž dítě žije a které jsou živnou půdou pro vznik konfliktů. Z toho vyplývá, že dospělí, kteří přicházejí do styku s dítětem, musejí rozumět obtížím dítěte (Zelinková 2003, s. 200).

3.1 Základní postupy

- **Pozitivní posilování spolu s mírnými tresty** je stěžejním prvkem v intervenci zaměřené na poruchy chování. Musí následovat ihned po splnění úkolu, protože vede k uspokojení dítěte a snaze znovu získat uznání. Demonstruje též, že právě provedený postup byl nezbytný. Pochvaly se vztahují i na úkoly, které by měly být zdohány dětmi v mnohem nižším věku (Zelinková 2003, s. 200).
- **Četná zpětná vazba** vede k optimalizaci chování. O kvalitě výkonu podává informaci. Pozitivní evaluace a pochvala působí jako zpevnění žádoucího chování. Odměna musí být pro dítě smysluplná. Regresivní vazby nesmějí rušit dítě v právě prováděných úkonech. Musí následovat doporučení, jak se chyb vyvarovat, je-li zpětnou vazbou upozornění na chybu. Respekt a úctu vyžaduje i dítě s poruchou

chování, v jednání s ním je zapotřebí zachovávat klid, mluvit klidným hlasem, preferovat kontakt z očí do očí. Případné výčitky a upozorňování na chyby musejí probíhat v prostředí vzájemné důvěry a především v klidu. Dítě by mělo ve třídě být umístěno, je-li to možné, co nejbližší vyučujícímu, aby jeho chování mohl pozorovat a poskytovat ihned zpětnou vazbu (Zelinková 2003, s. 201).

Pro život v rodině platí totéž. Ponechá-li se dítě s ADHD dlouhodobě bez dozoru, nelze se následně divit nevhodnému chování dítěte a trestat jej za to (Zelinková 2003, s. 201).

- **Pokyny a instrukce** musejí obsahovat pouze několik kroků, při kterých by měl dospělý jedinec udržovat oční kontakt. Dítě instrukci zopakuje, aby bylo očividné, že ví, co má konat. Rozsah úkolů a obtížnost vzrůstá v závislosti na výsledcích. Je zapotřebí klást důraz na kvalitní plnění a dokončování úkolů než na chování (Nevykřikuj, sed' rovně.). Dítě nezlobí, je-li zaujato úkolem. Není opět podstatné, zda úkol odpovídá svou náročností danému ročníku, či nikoliv. Podstatné je, aby dítě vykonávalo „něco“ smysluplného (Zelinková 2003, s. 201).
- **Úkoly**, které dítě dostává, musejí být krátké, snadné a splnitelné. Je-li zapotřebí, rozdělíme delší úkol na části a zadáváme je postupně. Po zadání úkolu utvoříme podmínky takové, aby dítě bylo co nejméně vyrušováno (Zelinková 2003, s. 201).
- **Nediskutujeme o vhodnosti chování.** Dospělý je povinen stanovit mantinely, které je zapotřebí dodržovat. Pravidla nesporně vytyčená přispívají k pocitu bezpečí, jenž je velmi nezbytný pro další vývoj dítěte (Zelinková 2003, s. 201).

Dítě musí mít pocit, že mu dospělí rozumějí a chtějí mu pomoci. Je-li dítě káráno, musí vědět, že vztah rodičů k němu se nemění, pouze se jim nelíbí to, co právě provedl (Zelinková 2003, s. 201).

- **Kamarádům, spolužákům** je zapotřebí sdělit adekvátní formou podstatu obtíží. Nelze dopustit, aby bylo dítě separováno od ostatních pro své obtíže. Je zapotřebí hledat příležitosti, aby se cítilo součástí kolektivu, zapojovalo se do aktivit ve třídě. Vhodný model chování k napodobení poskytuje pozitivní vzor kamaráda (popř. spolužáka v lavici) (Zelinková 2003, s. 201).
- **Respektování stylu učení.** Styl učení zahrnuje charakteristické afektivní, kognitivní a fyziologické formy chování, které jsou relativně trvalým ukazatelem, jak je činný

učící se jedinec. Tzv. globální styl učení je pro dítě s ADHD - většinou - charakteristický. Dítě vnímá především celek. Pokud se zaměřuje na detaily, pak nesystematicky, na bázi charakteristiky, která ho upoutá. Tomuto stylu učení odpovídají nadcházející doporučení:

- Vycházet z toho, co dítě o daném jevu ví a předkládat mu úkol jako celek. Nejprve o tématu hovořit, následně pak vytyčit požadavky a jednotlivé úkoly (Zelinková 2003, s. 201).
- Nepředpokládat systematicčnost a nechat sbírat informace různými způsoby (smysly, modalitami) (Zelinková 2003, s. 202).
- Personalizace obsahu upoutá pozornost dítěte, tj. oživení informacemi, které se vztahují k učiteli nebo ke studentovi. Osobní údaje a příběhy o spisovatelích, zážitky z prázdnin, statistiky z kopané, užití údajů, které jsou důvěrně známé žákovi s ADHD (Zelinková 2003, s. 202).
- Dávat problému určitou strukturu - získané poznatky zpracovávat do přehledů. Není patřičné nabízet přespříliš způsobů řešení, jelikož příliš mnoho volnosti škodí. Dítě není s to se rozhodnout, potřebuje mantinely. Je třeba pomoci mu hledat souvislosti (Zelinková 2003, s. 202).
- Utváření automatismů. Při zautomatizování naučených postupů a poznatků má dítě s ADHD obtíže. Též naučené neumí převádět z jedné oblasti do druhé. Potřebuje přeučení. Automatismy se týkají nejen poznatků, též i pracovních postupů (Zelinková 2003, s. 202).
- Je zapotřebí sledovat nejen to, co dítě dělá, ale také to, co o tom míní (Zelinková 2003, s. 202).
- Z hlediska řídicích forem globálnímu stylu učení odpovídá kolektivní práce spojená s výměnou nápadů, názorů (Zelinková 2003, s. 202).
- Úprava třídy a pomůcky jsou význačným prvkem působení na dítě s ADHD. Přespříliš podnětů, pestrosti a pomůcek dítě rozptyluje (Zelinková 2003, s. 202).

- **Nácvik metakognitivních strategií.** Učení se o vlastním stylu učení znamená nácvik metakognitivních strategií. Poskytuje odpověď na otázku, jakou metodou se učím, jak aplikuji své znalosti, z jakého důvodu se učím. Impulzivní dítě při řešení úkolu neuvažuje o nejvhodnějších postupech, pracuje rychleji, než-li myslí, svou práci nekontroluje, přeskakuje od jednoho úkolu ke druhému. Metakognitivní strategie jsou zaměřené na: a) ovládání sebe samého, b) pozorování vlastních pracovních postupů, c) autoevaluaci. Pro všechny jedince, tím spíše pro děti s ADHD, je obtížné zvládnutí metakognitivních strategií. I nepatrný krok vpřed v této oblasti znamená postupné zvládnutí seberegulačních mechanismů. Nadto vede ke spoluzodpovědnosti za výsledky (Zelinková 2003, s. 202).
- **Sebekontrola a sebehodnocení** jsou u běžné populace náročné, tím spíše u jedinců se syndromem ADHD. Soustavně vést dítě k tomu, aby si své chování uvědomovalo, klasifikovalo jej, snažilo se nejprve přemýšlet a posléze jednat (Zelinková 2003, s. 202).
- **Optimismus a pevné nervy** dospělých jsou nezbytné při výchově dítěte s ADHD. Vyžadováním pravidel jsou charakteristické sociální kontakty; účast ve společenských aktivitách. S charakteristikami dětí s ADHD jsou tyto nároky inkompatibilní. Jejich primární projevy narušují ve škole proces učení a vedou k sociálně hůře přijatelnému chování mimo školu (Zelinková 2003, s. 202).
- Vyjma výše uvedených doporučení je záhodno, aby byl dítěti zajištěn pravidelný denní režim, zdravá strava, dostatek spánku, pravidelná příprava na vyučování v klidném prostředí a účast v zájmové činnosti. Je však záhodno vyloučit přespříliš divoké aktivity především před usínáním (akční filmy apod.) a poskytnout vhodný vzor chování (Zelinková 2003, s. 202).

4 Zdravotní péče o děti s ADHD (farmakoterapie)

Chování dítěte může ovlivňovat celá řada vnějších faktorů a jeho podoba se může změnit jen za předpokladu, že jsou dítěti v rodinném prostředí vytvořeny vhodné podmínky a škola pro něj zrealizuje speciální individuální program (Train 1997, s. 47).

Pokud však dítěti nepomáhá nic, co rodiče ve spolupráci s učiteli zkusili, je příhodné uvažovat o zdravotní péči. Medikamenty umožňují lepší koncentraci a potlačují hyperaktivitu a impulzivitu. Děti se chovají přiměřeněji a rodiče a učitelé mají pocit, že jejich snaha není marná (Train 1997, s. 47).

V rámci farmakoterapie mohou být dítěti předepsány tyto medikamenty:

4.1 Metylfenidát (Ritalin)

Jedním z nejužívanějších medikamentů pro léčbu ADHD je stimulantium metylfenidát. Přípravek, jenž je znám pod komerčním označením Ritalin, se používá od padesátých let. Zpočátku vyvolalo podávání přípravku dětem jistou kontroverzi, avšak po zevrubném výzkumu jeho účinků bylo zjištěno, že je bezpečný a že má na některé děti blahodárné účinky (Train 1997, s. 47).

Na první pohled se zdá nesmyslné podávat hyperaktivnímu dítěti stimulantium. Dle předpokladů však tento přípravek posiluje účinnost neurotransmiterů. Při užití stimulantia je dítě schopné se lépe soustředit a jeho hyperaktivní a impulzivní chování zeslábne (Train 1997, 47).

Naordinovaným užíváním nehrozí vznik závislosti na Ritalinu. Šetření neprokázaly ani pozdější existenci návykovosti tímto způsobem léčených dětí na alkoholické nápoje ani na jiná narkotika. Dětem se však obvykle podávají malé dávky (Train 1997, s. 47).

Zatímco u některých stimulantů, např. pemolin (Cylert) - trvá čtyři až šest dnů, než-li dosáhnou maximálního efektu, jsou efekty Ritalinu zjevné již od třiceti do devadesáti minut. Ritalin se aplikuje perorálně a jeho efekt trvá od tří do pěti hodin. Přípravek kladně působí na poznávací schopnosti dítěte a dle výzkumů může povzbudit krátkodobý mentální výkon až o 40 %. U dětí, které užívají přípravek Ritalin, dochází ke zvýšení míry sebekontroly a koncentrace, snižují se konfrontační postoje a agresivita. Tyto efekty lze pozorovat při školní výuce i při spontánních aktivitách s vrstevníky (Train 1997, s. 48).

Nejen u dětí, ale i u adolescentů lze pozorovat příznivé účinky. U této věkové skupiny je však užívání léku mnohem problematičtější. Adolescenti neochotně přiznávají, že mají určité obtíže, byť se chtějí diferencovat od ostatních, rozhodně nedychtí po pocitu - připadat si něčím „méněcenní“ (Train 1997, s. 48).

Děti užívající medikamenty se jeví mnohem poddajnější a rodiče i učitelé mají tendenci k nim přistupovat kladněji. Děti se tak cítí více akceptovány a jejich lepší chování se tak dále posiluje (Train 1997, s. 48).

4.1.1 Vedlejší účinky

Děti s hyperaktivitou již přes padesát let užívají stimulantia. Tyto medikamenty se považují za nenávykové a bezpečné. Avšak jejich vedlejší účinky (vyskytující se u všech léků) jsou minimální. Působí-li medikamenty na děti negativně, je nezbytné terapii ukončit. Děti užívající stimulantia mohou zprvu pozbyť chuť k jídlu nebo mít potíže se spaním. Mohou trpět obstipací, být excitované či pociťovat bolesti hlavy a nevolnost. Všechny tyto symptomy však pominou, až si na medikament zvyknou (Train 1997, s. 48).

Ve vážných případech se může objevit i Tourettův syndrom a u některých dětí se mohou objevit tiky. U jiných dětí naopak může dojít k protireakci a jejich chování se na určitou dobu po užití medikamentu ještě zhorší. Lékař se z tohoto důvodu před započítím léčby táže, zdali někdo v rodině dítěte netrpěl úzkostnými stavy či tiky. Užívání stimulantů by v takovém případě nebylo vhodné (Train 1997, s. 48).

U správně aplikovaných stimulantů jsou však vážné vedlejší účinky výjimečné. Nemají-li preparáty očekávaný účinek, může se od jejich užívání po poradě s lékařem upustit. Všeobecně se však usuzuje, že stimulantia jsou v porovnání s psychoaktivními medikamenty bezpečnější a mají méně vedlejších účinků (Train 1997, s. 48).

Pokud je Ritalin účinný, může značně působit na chování dítěte. V opačném případě jsou lékařem doporučeny jiné medikamenty, které by mohly případně Ritalin nahradit (Train 1997, s. 49).

4.2 Tricyklická antidepresiva

U dětí, u kterých nezabírá Ritalin nebo u nichž se projevovaly vedlejší účinky, se od 70. let dvacátého století předepisují desiprimin (Noraprimin), imipramin (Tofranil) a amytriptylen (Elavil). Dětem, které mají snížené sebevědomí a trpí depresemi, se

předepisují tyto medikamenty. Zvýšená schopnost koncentrace, snížená agresivita i hyperaktivita byla prokázána u 70 % dětí, které užívaly tyto medikamenty. Nicméně však trvá, než se efekt medikamentů dostaví (Train 1997, s. 49).

I při užívání těchto medikamentů se mohou objevit vedlejší účinky – sucho v ústech, zácpa, zvýšený krevní tlak, dezorientace, a výjimečně se vyskytly i případy paroxysmů a maniakálního chování. Kvůli těmto vzácným, leč poměrně nebezpečným vedlejším efektům, jsou děti, které užívají antidepresiva, velmi bedlivě pozorovány (Train 1997, s. 49).

4.3 Clonidin (Catapress)

Catapress je aplikován u dětí značně hyperaktivních, agresivních a také u dětí s chronickým Tourettovým syndromem. Catapress je lékaři doporučován až v případě, že nezabrala stimulancia ani antidepresiva. Medikament se buď podává perorálně, či je obsažen v náplasti, která se přiloží na dermu – takto se udržuje po dobu až pěti dnů stálá hladina přípravku (Train 1997, s. 49).

Po uplynutí dvou týdnů, začíná Catapress působit, a jeho optimální efekt se může projevit až po osmi či dvanácti týdnech. Medikament zvyšuje chuť k jídlu, má pozitivní vliv na spánek a může také napomáhat růstu. Leč asi šedesát minut po aplikaci Catapressu se projeví vedlejší sedativní (tlumivý) efekt, který trvá až hodinu (Train 1997, s. 49).

5 Psychologický přístup

Mnoho odborníků se domnívá, že každá lidská bytost se nachází v jistém bodě distribuční křivky, která má přibližně tvar zvonu. Všichni jsme si například vědomi faktu, že máme v porovnání s ostatními určitý inteligenční kvocient (IQ) – některé lidské bytosti jsou značně inteligentní, jiní málo, a inteligence majority z nás se pohybuje kdesi uprostřed. Shodně jsme na tom s tělesnou konstitucí – někteří jsou silní, jiní slabí, a majorita ostatních se nachází někde ve středu. Svou distribuční křivku má i emocionalita, které přechází od rezistence ke zranitelnosti, a našemu umístění na ní se dá přiřadit emocionální kvocient (Train 1997, s. 50).

Majorita z nás se opět pohybuje ve středu, avšak někteří lidé jsou od zrození velmi odolní a jiní jsou naopak značně zranitelní (Train 1997, s. 50).

Převeďte-li se teorie „přirozené odlišnosti“ od medicínské terminologie, lze říci, že dítě s ADHD se nachází v té části distribuční křivky, pro niž jsou charakteristické nedostatečně fungující neurotransmitery (což jsou látky umožňující mezi neurony v mozku přenos signálu). Ti, kteří jsou s to se lépe soustředit, se nacházejí na druhém konci křivky; jejich rozhodnutí jsou uvážena a jsou schopni plného sebeovládání. My ostatní se opět nacházíme mezi těmito dvěma extrémy a tomu odpovídají i naše schopnosti (Train 1997, s. 51).

Jak medicínský, tak i psychologický pohled zdůrazňují, že lidské bytosti se od sebe liší již od zrození. Chování utváří nejen prostředí, nýbrž i významné hereditární předpoklady, které mohou vést k hyperaktivitě s poruchou pozornosti (Train 1997, s. 51).

Vlastní terapeutický postup je charakteristický pro každý z přístupů. Zatímco součástí medicínskému přístupu je aplikace medikamentů zlepšujících funkci neurotransmiterů, pak psychoterapeutický přístup je naopak založen na různých technikách podporujících navýšení sebedůvěry a vyrovnanosti. Obě metody tedy usilují o usnadnění života dítěte, o posílení a zlepšení jeho výkonnosti (Train 1997, s. 51).

5.1 Relaxační a jiné techniky

Děti s poruchou pozornosti s hyperaktivitou nezdědka zakoušejí stresové situace, zejména ve škole. Důsledky stresu však lze zmírnit, pakliže si děti osvojí strategie, které jim pomohou se zklidnit a uvolnit. Především impulzivní/hyperaktivní děti mají největší prospěch z učebních metod, které jim napomáhají relaxovat mentálně i somaticky, nabýt kontaktu se

svými niternými pocity a uvolnit svůj vnitřní neklid. Tyto strategie v dětech posílí pocit sebekontroly a klidu (Riefová 1999, s. 129).

5.1.1 Legrace a smích

Nejlepší způsob, jak uvolnit stres a znovu získat mentální pohodu, představuje smích. Při smíchu se v těle uvolňují chemické látky, které zmenšují bolest a napětí. Smích a humor nelze ničím nahradit (Riefová 1999, s. 129).

5.1.2 Kontrolované dýchání

Uvědomělé (kontrolované) dýchání uvolňuje svalové napětí a zmenšuje stres. Předpokládá se, že kontrolované dýchání napomáhá léčbě, možná i vyléčení, některých somatických potíží a neduhů (Riefová 1999, s. 129).

- vědomé a hluboké dýchání,
- hluboký nádech nosem (popřípadě ústy) a pomalý výdech ústy,
- dechová relaxační cvičení se provádějí vsedě na židlích, vsedě na podlaze se zkříženými nohama a zavřenými očima, vleže či ve stoje,
- dětem bude nápomocné, pakliže budou s to si při pocitech nervozity, stresu a vzteku uvědomit napětí v určitých částech těla. Dokážou-li poznat, kdy jim tuhnou čelisti, zatínají se pěsti či břišní svaly, pak jsou také schopni své tělo uvolnit a získat nad ním kontrolu. Sebekontrolu nabudou opět tak, že započnou dýchat zhluboka, vědomě své výdechy „posílat“ do ruky a v mysli se ponoukat k uvolnění, do doby než pěst povolí a prsty se uvolní. Je třeba vysvětlit dětem, že když se somaticky uvolní, budou s to lépe přemýšlet a plánovat (Riefová 1999, s. 130),
- Navodit dětem imaginaci - s každým vdechem se jejich tělo plní tisíci barvou, vůní, světlem, tisíci zvukem, teplem či jiným, uklidňujícím, příjemným pocitem – tyto představy uklidňují, uvolňují a tiší. Vdechování s „distribucí“ po celém těle se procvičuje se zavřenými očima. Zvolí-li si dítě například „zelenou barvu“, je poté navedeno k imaginaci – zelená barva sestupuje hrdlem, šíjí a hrudníkem dolů do žaludku a dále, až se mu uklidňující zelenou barvou naplní celé tělo, dítě se uvolní a nad svým tělem tak získá kontrolu (Riefová 1999, s. 130).

5.1.3 Jóga a pomalá pohybová cvičení

Existuje velké množství jógových pozic, cvičení a her s pomalým pohybem, jež jsou zábavné a pro děti adekvátní. Doporučuje se ztlumené osvětlení a tichá atmosféra. Pozice na zádech, břiše a vsedě je vyučována za pomoci příměru k hadrové panence, splasklému balonu, svíčke, pluhu, rybě, kolu, květině apod (Riefová 1999, s. 130).

Během těchto „pozic“ děti setrvávají v tichosti, potřebují-li něco sdělit, pak jen velmi potichu. Při předvádění zmíněných pozic jsou děti cvičitelem vedeny k tomu, aby prováděly pomalé pohyby, jež zaměstnávají jejich kreativitu a uklidňují je:

- děti plavou „ve vzduchu“,
- děti jsou vlnou nebo větrem,
- děti nesou někomu křehký dárek,
- děti lezou na pyramidu,
- děti dělají páva (Riefová 1999, s. 30).

5.1.4 Léčba pevným objetím

Léčba pevným objetím může být efektivní a rychlou metodou zklidnění dítěte, leč využívat by se měla pouze přechodně u mladších dětí a v rámci celostní léčby poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Dle zkušeností rodičů tato samostatná metoda však funguje jen do doby, než je dítě přemůže. Tato metoda - ve své podstatě - účinkuje pouze na hyperaktivitu dítěte a nikoli na další symptomy ADHD (Goetz, Uhlíková 2009, s. 152).

Empirická část

6 Vymezení cíle a formulace hypotéz

Cílem praktické části je za pomoci dvou zvolených výzkumných metod zjistit, jaké výchovné postupy a zásady jsou používány pro harmonizaci vztahů ve třídách se žáky s ADHD.

Kvantitativní dotazníkové šetření má za úkol zmapovat, zda se na vybraných ZŠ vyskytují žáci s ADHD a do jaké míry jsou zdejší učitelé o zmíněné problematice informováni. Jsou stanoveny 2 hypotézy:

- H1: Na základních školách se vyskytují žáci s diagnostikovanou poruchou ADHD.
- H2: Učitelé na základních školách běžně pracují se žáky s diagnostikovanou poruchou ADHD.

Kvalitativní metoda rozhovoru obsahuje šest konkrétně sestavených otázek a tři podotázky připravené pro čtyři učitele ze škol z dotazníkového šetření. Provedená interview mají za úkol potvrdit hypotézu:

- H: Učitelé na základních školách užívají konkrétní metody a postupy k efektivnímu začlenění žáka s ADHD do třídního kolektivu.

7 Použité metody výzkumu

Při výzkumu byly použity dvě metody – metoda dotazníku a rozhovoru.

7.1 Dotazníková metoda

Kvantitativní dotazníková metoda se zakládá na hromadném sběru dat shromážděných pomocí dotazování osob.

Tato metoda byla zvolena pro zajištění objektivitu při získávání základních dat. Výběr respondentů byl náhodný, všichni dotazovaní měli stejné podmínky. Dotazník se stal pomocnou konstrukcí při získávání informací a přispěl k přehlednějšímu zpracování dat.

Otázky použité v dotazníku byly voleny záměrně a konkrétně formulovány tak, aby každý respondent rozuměl jejich obsahu. Jednotlivé otázky mají za úkol zjistit základní

poznatky o pedagogických pracovnících na ZŠ s ohledem na jejich informovanost v oblasti práce se žáky s ADHD.

Dotazník je tvořen uzavřenými a strukturovanými otázkami. Respondenti mají za úkol označit vždy pouze jednu adekvátní odpověď. Zvolená forma uzavřených položek má za úkol nastínit, jestli se na náhodně zvolených ZŠ vyskytují žáci s ADHD a zda jsou tamní pedagogové zvyklí na práci s nimi.

7.1.1 Zpracování výsledků dotazníkového šetření

Popis zkoumaného vzorku:

ZŠ a ZUŠ Jablonné v Podještědí

ZŠ a ZUŠ v Jablonném v Podještědí s téměř pětáctyřicetiletou tradicí je běžnou státní základní školou na menším městě o cca 3500 obyvatelích. Tuto školu navštěvuje okolo 400 žáků, je koncipována jako osmnácti třídní (1. a 2. stupeň) a působí zde zhruba 30 pedagogických pracovníků. Součástí organizace je i základní umělecká škola, pro jejíž provoz je určena samostatná budova.

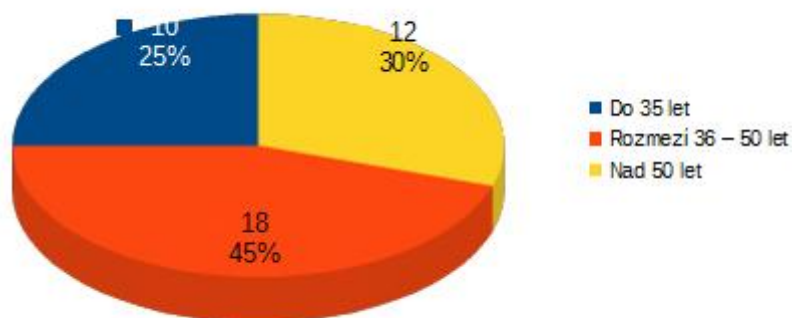
Doctrina – střední škola, základní škola a mateřská škola, s. r. o.

Soukromý subjekt Doctrina zaměřený na vzdělávání pod sebe sdružuje tři organizace a tím nabízí svým klientům v možné návaznosti vzdělání předškolní, základní a budoucí středoškolské na úrovni gymnázia. Soukromá základní škola Doctrina je jednou z množství ZŠ města Liberec (cca 100 000 obyvatel), v současnosti ji tvoří 10 tříd (6 tříd 1. stupně a 4 třídy 2.) a kapacitně je nastavena spíše pro menší třídní kolektivy za účelem dosažení rodinné atmosféry (max. 22 dětí ve třídě). Působí zde okolo 20 pedagogů.

V rámci libereckých ZŠ je Doctrina ve srovnání s předchozí základní školou konkurenčně pod větším tlakem. Jako soukromý subjekt má naopak větší prostor pro pružné reagování na požadavky svých klientů - rozšíření náplně výuky a zájmových činností.

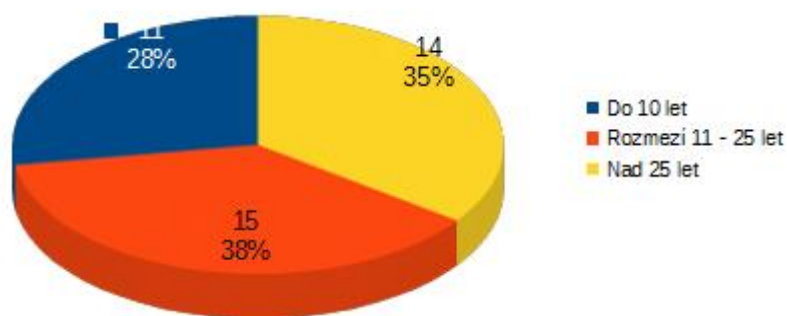
Vybrané školy a zvolení respondenti:

			ZŠ a ZUŠ Jablonné v Podještědí	DOCTRINA - střední škola, základní škola a mateřská škola, s.r.o.
		%		
Celkem	40	100	20	20



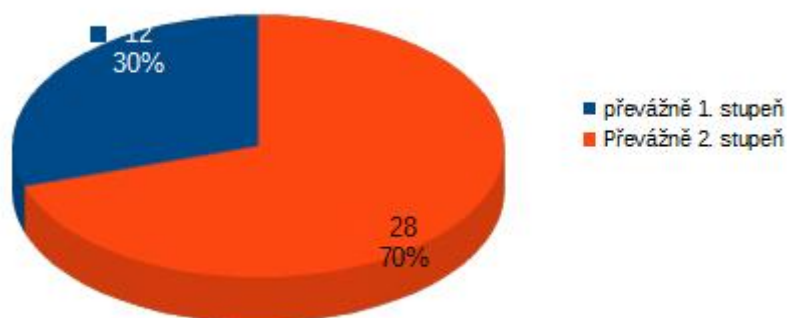
Graf č. 1: Věk

Z grafu č. 1 vyplývá, že z celkového počtu respondentů se věk většiny pedagogů pohybuje v rozmezí let 36 – 50. Jedná se tedy převážně o učitele v produktivním pracovním období. 75 % pedagogů spadá do kategorie do 50 let a nejméně respondentů 25 % bylo ve věku do 35 let.



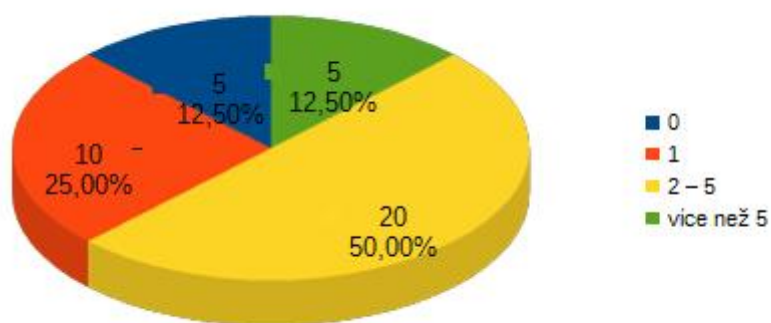
Graf č. 2: Délka pedagogické praxe

Graf č. 2 mapuje délku pedagogické praxe respondentů. Nadpoloviční většina dotazovaných se v učitelské profesi pohybuje déle než 10 let. Do 10 let praxe spadá 28 % učitelů. Z celkového množství oslovených učitelů lze zařadit více než polovinu mezi zkušené pedagogy.



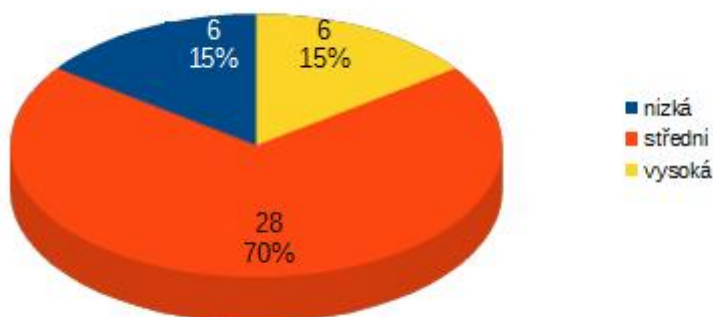
Graf č. 3: Stupeň ZŠ

Z grafu č. 3 lze vyčíst, že 70 % pedagogů působí převážně na 2. stupni ZŠ. Setkávají se tedy ve svých hodinách především se žáky ve věkovém rozmezí 12 – 15 let. Pouze 30 % oslovených pracuje povětšinou s dětmi ve věku 6 – 11 let. Použité výchovné postupy při práci s žáky s ADHD se mohou s ohledem na věk dětí lišit (viz níže v rozhovoru).



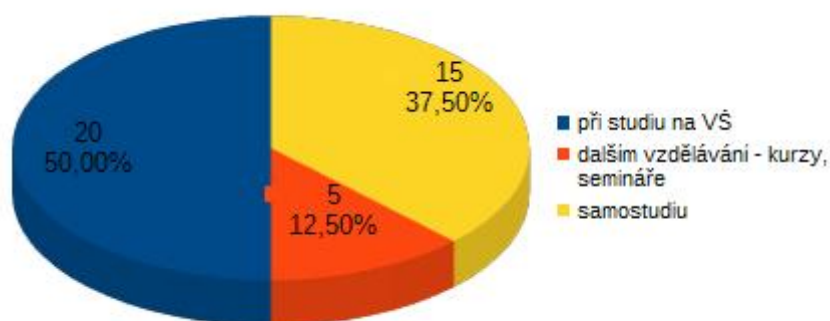
Graf č. 4: S kolika dětmi se ve své pedagogické praxi v současnosti setkáváte?

Z grafu č. 4 vyplývá, že většina dotazovaných pedagogů uvedla, že se ve svých hodinách setkávají se žáky s ADHD. Pouze 12,50 % si obdobného kontaktu nejsou vědomi.



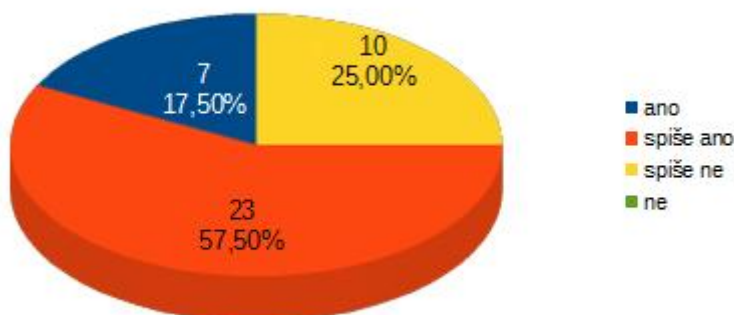
Graf č. 5: Vaše míra informovanosti o poruše ADHD?

V otázce č. 5 měli učitelé obecně zhodnotit, kolik toho vědí o poruše ADHD. Většina z nich 70 % hodnotí své znalosti jako průměrné. 15 % označují svou informovanost za nadprůměrnou. Zbývající pedagogové se domnívají, že jsou jejich vědomosti o ADHD nedostatečné. Míra informovanosti zkoumaného vzorku má za úkol zjistit, jestli se mezi pedagogy najdou nějakí odborníci v oboru poruch chování a do jaké míry je třeba učitele dále školit.



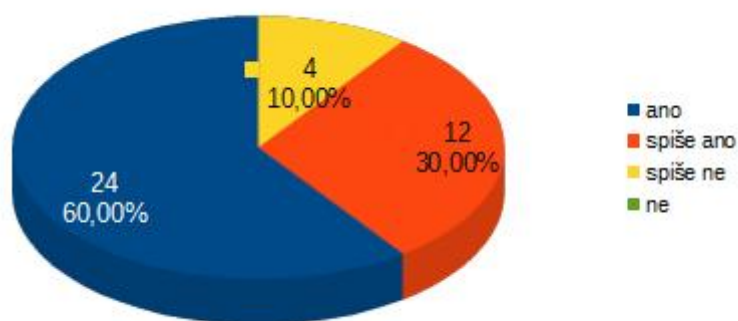
Graf č. 6: Informace o ADHD jste nabyli/a především při:

Graf č. 6 mapuje zdroje získaných vědomostí o ADHD u oslovených pedagogů. 50 % z nich zmiňuje, že si většinu svých nabytých znalostí osvojili na vysoké škole. 37,50 % si rozšiřují informovanost především samostudiem a zbylý vzorek své znalosti získal z dostupných kurzů a školení. Vzhledem k výše uvedenému věku pedagogů je zřejmé, že jejich znalosti nabyté na vysoké škole je třeba v současnosti revitalizovat a doplňovat.



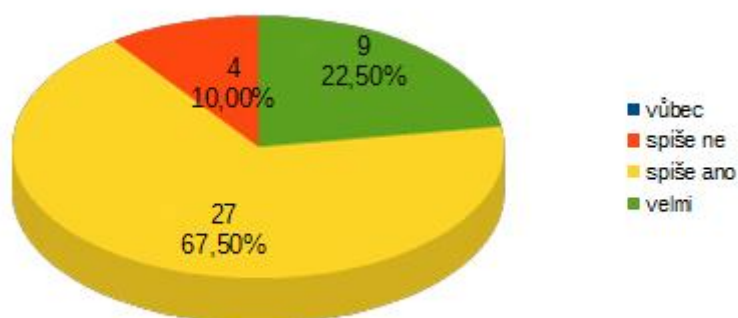
Graf č. 7: Uvítal/a byste prohloubení znalostí o ADHD?

Většina dotázaných 75 % dle grafu č. 7 odpověděla, že by ocenila rozšíření vlastních obzorů, co se týče poruch chování u žáků. Pouze 25 % nepocítuje potřebu prohloubení znalostí.



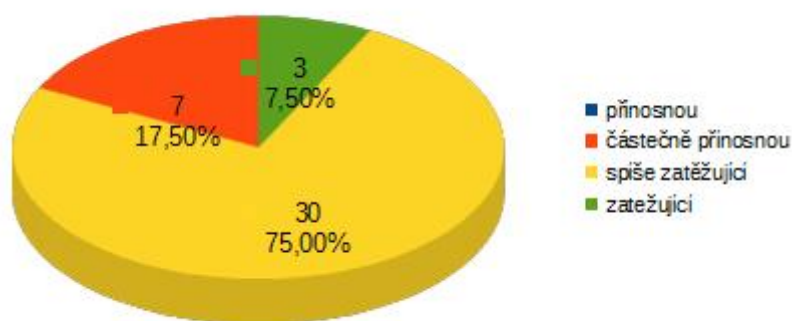
Graf č. 8: Berete zřetel na diagnózu ADHD při vzdělávání žáků?

Graf č. 8 zobrazuje, že 60 % učitelů při svých hodinách běžně počítá i s potřebnými obměnami příprav a výchovných postupů v závislosti na přítomnosti žáků s ADHD. 30 % pedagogů se své hodiny přizpůsobit minimálně snaží. Zbylé procento přiznává, že se ve výuce zmíněným žákům příliš nepřizpůsobuje.



Graf č. 9: Do jaké míry ovlivňují žáci s ADHD atmosféru ve třídě?

V rámci otázky č. 9 se učitelé měli za úkol zamyslet, jestli ve svých hodinách pociťují vliv žáků s ADHD. 22,50 % si přítomnost těchto žáků uvědomuje velmi zřetelně, 10 % spíše ne. Většina oslovených učitelů působení žáků s ADHD ve třídě minimálně registruje.



Graf č. 10: Vnímáte přítomnost žáka s ADHD ve vaší třídě jako:

Dle grafu č. 10 valná většina oslovených respondentů hodnotí přítomnost žáků s ADHD ve svých hodinách jako spíše zatěžující. Svou roli zde nejspíše sehrává míra informovanosti o dané problematice, nejistota při práci s těmito dětmi, vyšší náročnost na přípravu učitele na hodinu a její konkrétní realizace (v neposlední řadě také často téměř nulové odměny za vynaložené úsilí). Pouze 17,50 % učitelů uvedlo, že žáci s ADHD mohou třídní kolektiv a učitele v určitých případech i obohatit.

7.1.2 Shrnutí výsledků dotazníkové metody

Stanovené hypotézy předpokládaly, že se na základních školách vyskytují žáci s ADHD, tamní učitelé s nimi při svých hodinách přicházejí běžně do kontaktu a pracují s nimi. Výsledky dotazníkového výzkumu provedeného na dvou základních školách (v Liberci a v Jablonném v Podještědí) prokázaly, že ZŠ vzdělávají žáky s poruchou ADHD a větší procento oslovených pedagogů potvrdilo svou práci s nimi.

Jednotlivé grafy zobrazují procento označených odpovědí, které na nabízené škále zaznamenali oslovení respondenti.

7.2 Metoda rozhovoru

Kvalitativní metoda rozhovoru byla zvolena díky možnosti přímé verbální komunikace výzkumníka a dotazovaného. Pomocí této metody je zároveň umožněn i bližší vhled do konkrétních situací v rámci oblasti ADHD očima vybraných pedagogů. Je možné navázat bližší vztah s respondentem, sledovat jeho bezprostřední reakce na kladené otázky a korigovat další průběh konverzace.

Pro rozhovor byli zvoleni čtyři respondenti. Po dohodě s vedením škol byl vybrán vždy jeden učitel z 1. a 2. stupně obou ZŠ. Namátkový výběr by mohl obsahovat učitele, kteří

nemají dostatečné znalosti v oblasti práce se žáky s ADHD a do rozhovoru by příliš nepřispěli, cíl práce by tedy nebyl naplněn.

U všech čtyř rozhovorů bylo logicky zpočátku třeba seznámit nezávazně respondenty s obsahem a případným přínosem práce, dále pak navodit příznivou a uvolněnou atmosféru, aby se necítili vyslýcháni či kontrolováni. Splnění základních požadavků potřebných pro práci tedy předcházela zdvořilá neutrální konverzace.

Pro realizaci rozhovoru bylo sestaveno 6 hlavních otázek a 3 upřesňující (viz níže). Pořadí otázek má svůj smysl, proto zůstávalo ve všech rozhovorech zachováno, stejně tak i přesné znění připravených otázek. Pokud respondent sám nevědomky zodpověděl následující otázku nebo otázky dále předcházející, další průběh rozhovoru bylo nutné přizpůsobit. Tazatel mohl klást upřesňující a doplňující otázky, pokud se dotazovaný odchýlil od jádra otázky nebo bylo třeba jeho odpověď specifikovat či rozšířit.

Způsob vedení rozhovoru umožňoval různé alternativy odpovědí a vlastní iniciativu a realizaci dotazovaných. Na různé působení subjektivních psychologických faktorů byl tazatel připraven. Získané odpovědi byly v průběhu rozhovoru zaznamenávány kvůli možnosti pozdějšího přesného zpracování.

Hlavním cílem jednotlivých rozhovorů je nastínit, jak konkrétně se oslovení pedagogové vyrovnávají s žáky s ADHD ve třídě. Dále pak zmapovat vztahy mezi žáky a konečně sestavit strukturovaný systém možných přístupů a metod využívaných při práci se zmíněnými žáky s ohledem na jejich harmonické a efektivní působení ve školním kolektivu.

Popis zkoumaného vzorku:

Respondent č. 1:

- učitelka ZŠ, 1. stupeň
- 15 let praxe
- běžná práce se žáky s ADHD
- znalosti o ADHD - samostudium, kurzy

Respondent č. 2:

- učitel ZŠ, 2. stupeň
- 5 let praxe
- běžná práce se žáky s ADHD
- znalosti o ADHD – kurzy

Respondent č. 3

- učitelka ZŠ, 2. stupeň
- 20 let praxe
- běžná práce se žáky s ADHD
- znalosti o ADHD - samostudium, prohloubení specializace - Speciální pedagogika

Respondent č. 4

- učitelka ZŠ, 1. stupeň
- 9 let praxe
- běžná práce se žáky s ADHD
- znalosti o ADHD - samostudium, kurzy

7.2.1 Zpracování rozhovorového šetření

1. "Objevily se při práci se žákem s ADHD problémové momenty?"

Otázka má za úkol zmapovat situace, které pedagog pociťuje/pociťoval při práci s dětmi s ADHD jako zatěžující a zjistit, jakým způsobem v daných chvílích reagoval. Zda se řešení osvědčilo, nebo bylo třeba reakci přehodnotit.

"Pro mne bývají nejtěžší chvíle po návratu žáků do školních lavic po letních prázdninách. Neutuchající energii, kterou mohl žák s ADHD během volných dní dle potřeby ventilovat, musí nyní ve škole držet na uzdě, což není v jeho moci. Vzniká tak mnoho konfliktních situací."

"Problémů se během školního roku objevuje opravdu přehršel - vždy je to odvislé od aktuálního (emočního) rozpoložení daného žáka. Některé situace se dají předvídat, jiné však překvapí. Díky tomu však nabývám cenných zkušeností, na kterých mohu v budoucnu stavět."

"Problémových momentů, které je zapotřebí během školního roku řešit, není zrovna málo. Někdy se dá jejich vznik předpokládat a lze jim zabránit. V některých nepřehledných situacích však pedagog nemusí mít dostatečný vhled a nestihne tak konfliktům předejít."

"Ano, objevily a objevují. Během školní docházky jsou pozorovatelné výkyvy v chování žáka s ADHD - v některých chvílích se svými spolužáky bez obtíží kooperuje a jindy se interakce neobejde bez ataků (ať už ve formě verbálních nebo fyzických)."

2. "Můžete popsat některé konkrétní situace, které běžně se žákem s ADHD ve třídě řešíte?"

Otázkou č. 2 tazatel zjišťuje, jestli přítomnost žáka s ADHD ve třídě nějakým způsobem (negativně – pozitivně) ovlivňuje chod třídy. Dotazovaný může prostřednictvím konkrétních příkladů představit běžný chod třídy.

"Ve třídě často řeším konfliktní situace mezi žáky vyvolané neadekvátním upozorňováním na sebe ze strany žáka s ADHD - často se jedná o pošťuchování, strkání, posměšky či brání věcí apod."

"V mé třídě si žák s diagnostikovanou poruchou ADHD vynucuje pozornost prostřednictvím vulgárního vyjadřování a to i během výuky."

"Během roku řeším zejména častá zranění z důvodu různých pádů (uklouznutí na schodech, skok ze schodů, apod.) a rozbité věci (okno, dveře, zlomený klíč v zámku u šatní skříňky, atd.)."

"Zpočátku jsem takřka každý den řešila se žákem s ADHD jeho agresivní chování (mírné fyzické a hrubé verbální) vůči spolužákům. Chlapec se mnohdy vulgárně vyjadřoval i během vyučovací hodiny, když byl vyvolán, nebo když nastala chvíle změny činnosti, která ho bavila. Ke konci školního roku se však již více ovládá, byť čas od času předvede nějaký ten exces."

3. „Jak běžně reaguje třídní kolektiv na žáka s ADHD podle Vašich zkušeností?“

Prostřednictvím třetí otázky má respondent za úkol popsat, jaké je chování žáků ke spolužákovi s ADHD. Stěžejní je zde popis průběhu nástupu žáka do třídy, jak ho vnímají, popř. přijímají/odmítají ostatní děti ve třídě a jak si na něho zvykají v delším časovém úseku. Podotázky slouží jako podpůrné k dotvoření celkového obrazu života třídy s ohledem na přítomnost žáka s poruchou. Oslovený by měl zmínit roli žáka s ADHD ve třídě, jestli se jeho pozice nějak proměňuje v závislosti na použití nápravných metod a přizpůsobení se třídy.

"Nejprve žáci oceňovali projevy svého spolužáka smíchem. Postupem času však někteří dospěli k názoru, že hrubé přerušování výuky a velebení hlavního strůjce je ve výsledku kontraproduktivní. Spolužáci tak počali zastávat názory odsuzující chování žáka s ADHD, což nakonec vždy na určitý čas vedlo k umírnění negativních projevů."

"Pozornost žáka s ADHD často upoutávají různé vjemy, díky nimž pak není s to držet krok s tempem výkladu a na jeho obsah se dodatečně ptá, vyžaduje zopakování diktované části apod."

"Vždy záleží na tom, jací žáci se ve třídě sejdou - v jedné třídě jsem měl například žáka, jehož projevy (narušování vyučovací hodiny) byly třídním kolektivem odsuzovány, ve druhé třídě se však vždy k narušiteli ochotně přidali další a zbytek třídy, až na výjimky, různá alotria oceňoval, což narušitele nadále motivovalo."

"V mé praxi jsem se u spolužáků žáka s ADHD spíše setkávala s odmítáním jeho negativních projevů než s oceňováním. Zvláště jednalo-li se o pošťuchování (strkání, bouchání) spolužáků, vykřikování během vyučovací hodiny nebo rozbíjení věcí z důvodu nedomyšlení důsledků."

a) „Jaká je dle Vašeho názoru pozice žáka s ADHD ve třídním kolektivu?“

"Ihned dětem vysvětluji, co ADHD je a jaká jsou jeho specifika. Mým cílem je, aby žáci nedávali na prvním dojem, ale aby si vždy uvědomili, že daný spolužák se chová pod vlivem ADHD a tudíž v mnoha případech své jednání není s to ovlivnit. Nejtěžší je tento fakt akceptovat. V tomto případě pak závisí na míře empatie spolužáků."

"V mé praxi jsem zažila jak žáky, kteří ve třídě nevycházeli s nikým a spíše se kolektivu stranili, tak i žáky, kteří se do kolektivu vlivem mírnější formy ADHD bez nutnosti zásahu pedagoga začlenili velmi dobře."

"Pozice žáka s ADHD ve třídě je z počátku velmi nejistá, neboť nikdy nelze plně předvídat, jak se spolužáci k projevům ADHD postaví a také, jak se podaří takového žáka vhodně vzdělávat a vychovávat. Než si však žáci stihnou vytvořit prvotní dojem na základě určité situace, vysvětluji dětem, co ADHD obnáší. Někteří žáci pochopí a stanou se

podporovateli dotyčného žáka v jeho snaze o dodržování pravidel, ale jiní se naopak k jeho osobě budou stavět odmítavě a selhání budou radikálně odsuzovat. Mou úlohou pak je, ve spolupráci s asistentem pedagoga, aby spolužáků s negativním přístupem k žákovi bylo co nejméně a v ideálním případě aby nebyl žádný."

"Během let své praxe se setkávám spíše se žáky s ADHD, kteří se kolektivu straní. Tito žáci si nevěděli rady s tím, jak se sblížit se svými vrstevníky (pozornost si vynucovali společensky nepřijatelnými prostředky) či spíše raději navazovali vztahy se žáky z nižších ročníků. Byť byla integrace žáků s ADHD do kolektivu dětí zpočátku velmi náročná, postupem času se stala úspěšnou."

b) "Je dle Vašeho názoru třeba posilovat jejich sebevědomí více než u ostatních žáků?"

"Zcela jistě ano. Bez přiměřeného posilování sebevědomí u žáka s ADHD bych u něho nedosáhla posunu v oblasti chování a zlepšení sebeúcty, kterou tyto děti velmi potřebují."

"Ano, posilováním jeho sebevědomí dochází ke snižování frustrace, zlepšení chování a ke zkvalitnění sociability."

"Pozitivní hodnocení a pochvala vedou žáka s ADHD k opakování vhodného chování a tím i k eliminaci nedůvěry v sebe sama, která vždy vede k neadekvátním reakcím."

"Pokud žákovi explicitně vyjadřuji důvěru, že se v určitých situacích zachová správně, zvyšuje se tak pravděpodobnost úspěchu."

4. *"Mění se chování žáka s ADHD v souvislosti se změnami v denním režimu (střídání činností a volna)?"*

Čtvrtý dotaz se snaží o nástin změn chování žáka s ADHD v průběhu dne v porovnání s ostatními dětmi. Učitel uvádí příklad běžného denního rozvrhu žáka, a jak se s ním žák konkrétně vypořádává – odchylky od normálu x běžné reakce.

"Žák s ADHD se se změnou v denním režimu vyrovnává velmi těžce - trvá delší dobu, než se uklidní v hodině po právě skončené přestávce; zpravidla nemá ani připravené pomůcky a jejich přípravou pak ruší své spolužáky. Z tohoto důvodu každé ráno informuji žáky o programu na dnešní den a každou vyučovací hodinu jim vyznačím na papírových hodinách, které jsme si na začátku roku společně vyrobili a umístili vedle funkčních hodin, v kolik budeme končit, aby si v klidu stihli všichni práci dokončit.

Za zvládnutí přechodů děti chválím; za nezvládnutí nekárám - vyjadřuji podporu, že příště se to jistě povede. Po mentálně či fyzicky namáhavější činnosti pravidelně zařazuji na konec hodiny relaxační techniky."

"Přechodové fáze jsou pro žáky s ADHD velmi stresující. Z nabytých znalostí z teorie se mi v praxi osvědčilo informování dětí o plánu činností na týden a konkrétně pak i na každý den zvlášť (každý učitel před započítím výuky informuje žáky o průběhu hodiny a stanoví konec vyučovací hodiny tak, aby se žáci stihli připravit na změnu v denním režimu)."

"Počátkem školního roku bylo zvonění pro jednoho žáka s ADHD signálem k úprku ze třídy na chodbu si hrát, aniž by si uklidil své pracoviště a připravil se na hodinu následující. Trvalo delší dobu, než-li si osvojil pravidla fungování denního režimu v jeho přechodových fázích. V současné době však již respektuje změny, jelikož je s nimi dostatečně a s předstihem seznámen."

"Pro žáky s ADHD je střídání činností značně frustrující. Těžko se jim navrací z přestávky do vyučovací hodiny, kdy je zapotřebí se již uklidnit a soustředit se na výuku."

5. "Jaké způsoby práce se Vám při práci s dětmi s ADHD osvědčily?"

Pátou otázkou se tazatel snaží zjistit, jaký systém vzdělávacích a výchovných postupů se učiteli při práci se žáky s ADHD nejlépe osvědčil. Respondent by měl popsat vývoj vlastních zjišťovaných poznatků o problematice a jejich konkrétní uplatnění v praxi – reakce dětí. Podpurná otázka zjišťuje, jestli učitel vnímá spolupráci s domácím prostředím žáka v daném kontextu jako podpurnou a obohacující a tedy potřebnou pro jeho pozitivní vývoj v prostředí školním.

"Žáci velmi rádi zkouší hranice trpělivosti, a proto je nesmírně důležité reagovat s klidem a s rozvahou a zároveň i důsledně lpět na stanovených pravidlech. Mně se nejvíce osvědčil určitý partnerský přístup, kdy nechávám na žákovi možnost volby. Zpočátku jsem byla velmi benevolentní, což se ve výsledku projevilo jako kontraproduktivní. Nyní již ze zkušeností vím, že vhodná je volba ze dvou možností."

"Hned na počátku nového školního roku, během vypracovávání souhrnu pravidel a následků za jejich porušení, je třeba přizpůsobit zasedací pořádek tak, aby práce kolektivu byla produktivní. Například nekumulovat větší počet žáků s ADHD nebo žáků živějších. Po stanovení pravidel, ještě před samotnou činností, je nutné si se žákem domluvit organizaci jeho pracoviště, jelikož tito žáci mají problémy s uspořádáním pomůcek a zapomínáním. Osvědčila se mi metoda využití barevných polí rozmístěných po lavici jako nápověda."

"Žáci s ADHD mají tendenci během hodiny vykřikovat, horlivě se dotazovat mimo probírané téma a skákat do řeči. Pokud mě odpověď příliš nezdržuje, rychle odpovím a upozorním žáka na právě probírané téma. V opačném případě připomenu pravidla o neskákání do řeči, poté ho ubezpečím, že na svůj dotaz dostane odpověď později a vrátím ho opět k probírané látce. Důležitá je prevence problémového chování v podobě připomenutí společně ustanovených pravidel - do řeči si nemají skákat ani žáci navzájem."

"K žákovi přistupuji s respektem, chválím ho i za malé úspěchy, abych mu pomohla budovat zdravé sebevědomí a víru ve vlastní schopnosti. Seznámím jeho spolužáky s typickými situacemi, které mohou nastat ve spojitosti s poruchou ADHD. Společně si vypracujeme pravidla, která si pravidelně připomínáme. Ustanovíme si systém práce v rámci harmonogramu, který se přizpůsobuje měnícím se podmínkám. U žáka s poruchou soustředění je třeba časté střídání činností a využívání pestrých způsobů motivace."

a) "Považujete za důležité spolupracovat s rodiči žáků s ADHD?"

"Spolupráce s rodiči je nedílnou součástí procesu integrace žáka s ADHD do třídního kolektivu - bohužel se však setkávám spíše s rodiči, kteří diagnózu ADHD pojali jako omluvu za chování svého potomka a zároveň i jako alibi své nečinnosti."

"Ano! Spolupráci s rodiči pokládám za velmi důležitou, neboť jen tak lze dosáhnout u žáka s ADHD značných pokroků."

"Bez spolupráce s rodiči by integrace žáka s ADHD do kolektivu dětí neměla příliš velký úspěch. Bohužel však v mnoha případech nebyli rodiče na naší straně - období prázdnin se pak mnohdy stalo spíše regresivní."

"Mým cílem v práci se žákem s ADHD je zmírnit projevy poruchy tak, aby se žák mohl kvalitativně vzdělávat. Toho lze dosáhnout jedině tak, že veškerá snaha nebude pouze na straně školy, ale i na straně rodičů. Důležité je rodiče motivovat ke spolupráci, za případné neúspěchy nekárat a zviditelnit úspěchy, které vyplynuly ze spolupráce všech tří subjektů (tedy školy, rodičů a žáka samotného)."

6. "Jak se mění klima třídy po uplatnění nápravných metod?"

V závěru rozhovoru je třeba si ověřit, jestli (a popř. jakým způsobem) zareagoval třídní a školní kolektiv na žákovu změnu v chování a práci po zavedení nápravných opatření. Otázka zjišťuje, jak vývoj procesu proměny a popř. jakým úskalím se bylo třeba vyhnout.

"Na počátku školního roku je důležité pozorovat interakce mezi žáky. Z výsledků pozorování pak vypracovat pedagogickou diagnostiku a určit slabší a silnější místa v sociálních vztazích. Dle mé zkušenosti je zapotřebí, aby učitel fungoval jako prostředník mezi žákem s ADHD a jeho spolužáky. Má za úkol především vyzdvihnout kladné stránky žáka a upozorňovat na ně spolužáky. Sám k žákovi přistupuje s emocionálním zájmem, s tolerancí a lidskostí."

"Pro kvalitu výuky je žádoucí eliminovat smyslové podněty, usadit žáka na místo vzdálené od okna vedle vhodného typu spolužáka a v blízkosti pedagoga, motivovat atraktivní formou k práci a srozumitelně vysvětlit obsah zadaného úkolu. Ve chvílích, kdy žák není s to se již soustředit, je možné využití doplňkových aktivit (křížovky, doplňovačky, apod.). Zmíněné postupy poté eliminují či alespoň zredukuje případné excesy vyplývající ze syndromu ADHD, což vede ke zlepšení či stabilizaci třídního klimatu."

"Je zapotřebí vysvětlit všem žákům, že všichni táhneme za jeden provaz. Že se ve svém životě všude budou setkávat s různými lidmi. Je třeba z toho vytěžit to pozitivní. Projevy žáka s poruchou ADHD (vykřikování, zapomínání, nepořádnost, padání věcí, nepřiměřené projevy radosti, zbrkllost) rozčilují - z těchto důvodů ho spolužáci nezačleňují či v mnoha případech separují ze svých her a interakcí. Proto je potřeba ho naučit sdílet s někým myšlenky, přijmout kompromis, poděkovat a umět říkat ostatním hezké věci. Osvojení si těchto dovedností je pak základním předpokladem pro budování kvalitních vztahů ve třídě."

"V první řadě, dojde-li k typickému projevu žáka se syndromem ADHD, je nutné ho nekárat a vyzdvihnout jeho kladné stránky před spolužáky (smysl pro spravedlnost, upřímnost, schopnost pomoci). Žákovi pak poskytnout výcvik v sociálních dovednostech a komunikaci. Pro výsledný stupeň integrace je zapotřebí, aby byl učitel ve svém působení neměnný a důsledný."

7.2.2 Shrnutí výsledků rozhovorů

Stanovená hypotéza předpokládala, že učitelé na základních školách užívají konkrétní metody a postupy k efektivnímu začlenění žáka s ADHD do třídního kolektivu. Výsledky výzkumu provedeného na dvou výše zmíněných školách hypotézu potvrdily.

Souhrn otázek využitých při rozhovorech obecně mapuje školní prostředí z hlediska problematiky práce se žáky s ADHD. Jednotlivé dotazy položené zvoleným učitelům ZŠ zjišťují konkrétní vliv žáků s poruchou ADHD na výuku a atmosféru ve třídě a jejich schopnost začlenění do kolektivu. Oslovení respondenti seznamují tazatele se specifiky práce se žáky s ADHD.

7.2.2.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek

1. *"Objevily se při práci se žákem s ADHD problémové momenty?"*

Dotazovaní pedagogové se v této otázce vyjádřili shodně, že při práci se žákem s ADHD se problémové momenty během školního roku objevují a to v mnoha případech i frekventovaně. Nejvyhrocenější okamžiky bývají pozorovatelné zpravidla po nástupu do školy, přesněji řečeno v počátku školního roku, a následně pak po vánočních, jarních či velikonočních prázdninách nebo po dlouhodobější absenci žáka - např.: z důvodu nemoci. Žák se navrácí do školy z domácího prostředí, kde v některých případech neexistuje ustálený řád a jeho přítomnost ve školním prostředí s pevně danými pravidly tak ústí v konfliktní situace, ať už se spolužáky nebo s pedagogy. Významnou roli také hraje emoční rozpoložení daného žáka nebo dodržování či spíše nedodržování lékařem předepsané farmakoterapie.

2. *"Můžete popsat některé konkrétní situace, které běžně se žákem s ADHD ve třídě řešíte?"*

Oslovení pedagogové ve své praxi běžně řeší se žáky s ADHD zejména hlasité vyrušování, skákání do řeči učiteli i spolužákům, nedomýšlení důsledků (mnohdy tito žáci vykonávají nebezpečné činnosti), potíže spojené s přechodem k jiné aktivitě, agresivitu či konflikty mezi žáky vyvolané z důvodu sociální nevyzrálosti žáka s ADHD.

3. "Jak běžně reaguje třídní kolektiv na žáka s ADHD podle Vašich zkušeností?"

Dle vyjádření dotázaných pedagogů zpočátku spolužáci oceňují "revoltu" žáka s ADHD - v souvislosti s narušováním výuky, postavením se pedagogovi apod. Později však začne převládat odmítavý postoj, který se mnohdy překlene v tendenci označovat žáka s ADHD za hlavního strůjce veškerého negativního dění ve třídě. Jedná-li se pak o žáka, který své spolužáky uzurpuje nadměrně hlasitým projevem a zejména pak určitými fyzickými a verbálními ataky, kolektiv toto chování nese se značnou nelibostí.

a) „Jaká je dle Vašeho názoru pozice žáka s ADHD ve třídním kolektivu?“

Oslovení pedagogové se v odpovědích na tuto otázku shodli, že mnozí žáci s ADHD si ve třídním kolektivu budují vztah obtížně - v některých případech totiž ani nestojí o vztahy s vrstevníky a spíše navazují přátelské vazby se žáky z nižších ročníků.

Na pedagogovi pak je, dle odpovědí dotázaných, aby pomáhal vztahy budovat, aby nedocházelo k vyčleňování žáka z kolektivu. Je důležité, aby byly spolužákům ukazovány kladné stránky žáka.

b) "Je dle Vašeho názoru třeba posilovat jejich sebevědomí více než u ostatních žáků?"

Žáci s ADHD bývají mnohdy neadekvátně trestáni za své chování lidmi, jež nejsou v této problematice odborněji vzděláni. Často se tak děje bez vysvětlení, proč se k tomu či onomu trestu přiklonili. Následkem toho se u takto trestaného dítěte snižuje sebeúcta a naopak narůstá frustrace z neustále se opakujících neúspěchů. Na základě tohoto faktu se všichni dotazovaní shodli na tom, že je nesmírně důležité pro lepší integraci dítěte do kolektivu pozitivně posilovat jeho sebevědomí v podobě pochval za úspěchy, byť i marginální.

4. "Mění se chování žáka s ADHD v souvislosti se změnami v denním režimu (střídání činností a volna)?"

Změny v denním režimu (střídání činností v rámci výuky s dobou, kdy je přestávka) činí žákům s ADHD velké potíže; žákovi trvá, než se po přestávce uklidní - není s to se usadit a být připraven na výuku, připravuje si pomůcky, které mu však díky roztěkanosti padají, apod. Důležité je se vyhýbat neočekávaným událostem - žáci musí být seznámeni s programem; vždy je nutné žáka na změnu připravit nástinem blížící se situace a též

i smluveným signálem, který žákům říká, aby pomalu dokončovali svou rozdělanou práci, jelikož za 5 minut dojde ke změně aktivity. Vyžaduje-li výuka určitého tématu soustředění po delší časový úsek, nebo se jedná o hodinu tělesné výchovy, je nutné zařazovat relaxaci pro uvolnění mysli i těla. Velmi důležité je chválit žáka za zvládnutí přechodové fáze.

5. "Jaké způsoby práce se Vám při práci s dětmi s ADHD osvědčily?"

Vzdělávání a výchova žáka s ADHD je vždy hodnocena jako obtížná, protože se ponejvíce osvědčuje trpělivost, klidný přístup, ale zároveň důslednost v dodržování pravidel. Současně je zapotřebí žáka často chválit i kvůli drobným úspěchům.

Mezi konkrétními způsoby práce se osvědčil vhodně zvolený zasedací pořádek, přizpůsobená organizace pracoviště a v rámci hodiny časté a smysluplné střídání činností.

Někteří pedagogové zdárně využívají tzv. partnerský přístup, ve kterém je žákům umožněna potencialita volby bez nutnosti pouze přijímat pokyny dospělé osoby. Tento přístup v některých případech vede k většímu respektu, důležité však je opět nezapomenout na stanovená pravidla a řád. Možnost volby musí mít svá explicitní omezení.

Dále pak jsou v praxi hojně využívána relaxační cvičení v průběhu či před koncem hodin, vhodné přestávky či poskytnutí tělocvičny nebo školního hřiště pro uvolnění nashromážděné energie.

a) "Považujete za důležité spolupracovat s rodiči žáků s ADHD?"

Chtějí-li pedagogové, aby žák s ADHD uspěl ve svém souboji s poruchou, nejde tento boj realizovat pouze na jedné frontě - v první řadě je nutné rodiče přesvědčit, že se v jejich případě nejedná o selhání ve výchově a že pouze kooperací se školou lze dosáhnout pozitivních výsledků. Spolupráce s rodiči je pak uskutečňována v podobě důsledného dodržování pravidel, které jsou vypracovány i se samotným žákem. Je žádoucí si s rodiči vyhotovit plán informovanosti o úspěších a neúspěších žáka v určitém pravidelném časovém intervalu (ideálně vždy v pátek po vyučování). Dle uplynulého týdne pak rodiče například volí program na následující víkend.

6. "Jak se mění klima třídy po uplatnění nápravných metod?"

Klima třídy se po uplatnění nápravných metod mění pomalu, ale mění. Důležitá je role pedagoga, která tkví v klidném jednání (nejen) se žákem s ADHD, v jeho schopnosti vyjadřovat se srozumitelně - být systematický, dále pak v důsledném dodržování stanovených pravidel a ve chválení žáka s ADHD i za drobné úspěchy. Jsou-li spolužáci svědky tohoto pozitivního přístupu, stávají se postupem času empatičtějšími, mají důvěru v pedagoga, důslednost a zároveň i v jeho smysl pro spravedlnost.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo popsat problematiku syndromu ADHD a zjistit, jaké výchovné metody a zásady jsou používány pro harmonizaci vztahů ve třídách se žáky s ADHD.

Při zpracování teoretické části jsem vycházel z odborné literatury a vlastních zkušeností z praxe. V této části práce jsem se zaměřil na terminologii, příčiny, vývoj, projevy a metody reedukace poruchy ADHD.

V českém prostředí se pro diagnostické potřeby práce s dětmi neschopnými adekvátního soustředění rozšířilo používání zkratk ADHD (označující děti nadměrně aktivní a nepozorné) a ADD (označující děti nepozorné v důsledku zpomalené aktivity). Možný výskyt syndromu u dítěte lze nejvýrazněji sledovat v situacích náročnějších na udržení pozornosti, zejména pak v období vstupu dítěte na ZŠ.

Nejzásadnějším úkolem v procesu diagnostiky ADHD je odhalení projevů poruchy a jejich zařazení dle stanovených kritérií – ve smyslu správného rozklíčování chování dítěte. Na základě vyhotovení diagnostického posudku s dítětem dále pracuje pedagog dle doporučených metod nápravy – dle vlastního uvážení po vyhodnocení situace aplikuje metody do výuky. Učitelé reagují na potřeby konkrétního žáka – stanovují a přizpůsobují zaběhlý systém pravidel ovlivňujících jak práci, tak volnočasové aktivity žáka, zařazují relaxační cvičení. Empaticky, lidsky a zároveň důsledně působí na třídní kolektiv jako celek a pravidelně komunikují s rodiči žáků. Pouze systematická a komplexní péče o žáka přizpůsobená jeho potřebám vede k pozitivním výsledkům procesu vzdělávání.

Informace získané studiem odborných textů jsem prohloubil a konkretizoval prostřednictvím svého výzkumu v následující empirické části.

Empirická část práce je věnována výzkumu provedenému na dvou náhodně vybraných základních školách. Počáteční dotazníkové šetření potvrdilo hypotézy: H1: Na základních školách se vyskytují žáci s diagnostikovanou poruchou ADHD a H2: Učitelé na základních školách běžně pracují se žáky s diagnostikovanou poruchou ADHD. Navazující metodou rozhovoru jsem se snažil získat informace o výchovných a vzdělávacích postupech využívaných pedagogy při práci s dětmi s ADHD a potvrdit tak hypotézu, že H: Učitelé na základních školách užívají konkrétní metody a postupy k efektivnímu začlenění žáka s ADHD do třídního kolektivu. Vyslovená hypotéza se potvrdila.

Po vyhodnocení dotazníků a rozhovorů se čtyřmi zvolenými učiteli jsem získané odpovědi shrnul a zaznamenal nejčastější osvědčené postupy vedoucí k harmonizaci vztahů mezi žáky ve třídě. Oslovení pedagogové se shodují například v používání ustáleného řádu činností, přizpůsobení zasedacího pořádku nebo střídání a doplňování činností. Dále upozorňují na nutnost adekvátního reagování na situační rozpoložení žáka s ADHD (též dodržování předepsané farmakoterapie) a potřebné aktivní zapojení učitele do vztahů ve třídě. Správným působením na sebevědomí jednotlivých žáků prostřednictvím práce s pochvalou se tak integrace žáka s ADHD do kolektivu usnadní.

Nežádoucí projevy žáka s poruchou soustředění jako jsou vykřikování, hlasité poznámky mimo téma nebo neposednost se v určitém časovém horizontu dají zmírnit až eliminovat. Metody nápravy jsou nejvíce efektivní v ruce pedagoga, který dosahuje kvalit v rovině emočního působení a jenž je schopen reagovat trpělivě a důsledně.

Teoretické i praktické zkušenosti rozšířily moje dosavadní poznatky týkající se tématu ADHD. Naučil jsem se, jak postupovat v konkrétních krizových situacích, ve chvílích, kdy je zapotřebí žákům s poruchou ADHD pomoci začlenit se do kolektivu a tím zkvalitnit proces jejich vzdělávání. Stanovený cíl bakalářské práce byl tedy naplněn.

Zdroje

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O., 2007. *Hyperkinetická porucha / ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2624-195.

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P., 2009. *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-304.

KULIŠŤÁK, P., 2011. *Neuropsychologie*. 2. aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-807-3678-913.

MUNDEN, A., ARCELUS, J., 2002. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-717-8625-X.

RIEF, S. F., 1999. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-717-8287-4.

TRAIN, A., 1997. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-131-2.

ZELINKOVÁ, O., 2003. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-717-8800-7.

Příloha – dotazník pro pedagogy

Příloha č. 1 – Dotazník pro pedagogy (viz text na s. 38)

Dobrý den,

jsem studentem 3. ročníku speciální pedagogiky na Technické univerzitě v Liberci a provádím průzkum, který se zabývá problematikou žáků s ADHD ve školním prostředí. Chtěl bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Výsledky budou použity pro mou závěrečnou práci.

Děkuji za Váš čas a Vaše odpovědi, Ivo Kobr.

Vyberte prosím vždy pouze jedinou odpověď.

1. Věk

- a) Do 35 let
- b) Rozmezí 36 – 50 let
- c) Nad 50 let

2. Délka pedagogické praxe

- a) Do 10 let
- b) Rozmezí 11 - 25 let
- c) Nad 25 let

3. Na kterém stupni ZŠ převážně učíte?

- a) 1. stupeň
- b) 2. stupeň

4. S kolika dětmi s ADHD se ve své pedagogické praxi v současnosti setkáváte?

- a) 0
- b) 1
- c) 2 - 5
- d) více než 5

5. Vaše míra informovanosti o poruše ADHD je:

- a) nízká
- b) střední
- c) vysoká

6. Informace o ADHD jste nabyli/a především při:

- a) při studiu na VŠ
- b) dalším vzdělávání (kurzy, semináře)

c) samostudiu

7. Uvítal/a byste prohloubení znalostí o ADHD?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

8. Berete zřetel na diagnózu ADHD při vzdělávání žáků?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

9. Do jaké míry ovlivňují žáci s ADHD atmosféru ve třídě?

- a) vůbec
- b) spíše ne
- c) spíše Ano
- d) velmi

10. Vnímáte přítomnost žáka s ADHD ve vaší třídě jako:

- a) přínosnou
- b) částečně přínosnou
- c) spíše zatěžující
- d) zatěžující