



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

Bakalářská práce

Vybrané symptomy ADHD u dítěte mladšího školního věku

Vypracoval: Jiří Ber, Dis.

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jiří Kressa, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem autorem této bakalářské práce a že jsem ji vypracoval pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích dne:

Podpis:

Poděkování

Tímto bych chtěl poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. et Mgr. Jiřímu Kressovi, Ph.D. za jeho ochotu, odborné rady a užitečné připomínky. Dále bych rád poděkoval zákonným zástupcům dívky, která byla předmětem studie a bez jejichž svolení by má práce nevznikla. Současně děkuji všem dotazovaným za spolupráci a v neposlední řadě rodině za podporu.

Anotace

Tato bakalářská práce se věnuje tématu ADHD. Teoretická část práce představuje základní terminologii, diagnostiku, etiologii, prevalenci syndromu a variabilitu jeho projevů, ale především poruchu pozornosti jako centrální symptom ADHD a její vliv na chování i činnost jedinců, zejména u dětí mladšího školního věku. Současně tato část shrnuje základní principy práce s těmito dětmi včetně možné léčby vedoucí ke zmírnění projevů. Praktická část práce se věnuje případové studii dívky z prvního stupně základní školy s cílem získat a interpretovat poznatky o počátcích projevů ADHD a jejich vývoji v čase, a současně intervence vedoucí k optimalizaci výkonu dívky. Ke sběru dat byla využita metoda triangulace.

Klíčová slova: ADHD; porucha pozornosti a aktivity; symptomy; případová studie

Abstract

This bachelor thesis is dedicated to the topic of ADHD. The theoretical part of the thesis introduces the basic terminology, diagnosis, etiology, prevalence of the syndrome and the variability of its manifestations, but mainly attention deficit disorder as a central symptom of ADHD and its influence on the behaviour and activities of individuals, especially younger school-age children. At the same time, this section summarises the basic principles of working with these children, including possible treatments to alleviate the symptoms. The practical part of the thesis is devoted to a case study of a girl in the first grade of primary school, with the aim of obtaining and interpreting insights into the origins of ADHD symptoms and their development over time, as well as interventions leading to the optimization of the girl's performance. The method of triangulation was used to collect data.

Keywords: ADHD; predominantly inattentive presentation; symptoms; case study

OBSAH

Úvod.....	7
1 Terminologie spojená s ADHD	9
1.1 Základní behaviorální kritéria poruchy ve zkratce	9
1.2 Vývoj terminologie spojené s ADHD	10
1.3 Diagnostická kritéria.....	10
1.4 Diagnostika	17
1.5 Etiologie a prevalence	18
2 Variabilita projevů ADHD, symptom nepozornosti	20
2.1 Příznaky ADHD v jednotlivých obdobích	20
2.2 Symptom nepozornosti a jeho specifika u dětí s ADHD.....	22
2.2.1 Pozornost	23
2.2.2 Problémy se soustředěním, nepozornost.....	24
2.2.3 Vliv na organizaci činností, nepořádnost	25
2.2.4 Neschopnost dokončovat práci, malá vytrvalost	27
3 Možnosti léčby, práce s dětmi s ADHD ve školním prostředí.....	28
3.1 Léčebné metody.....	28
3.2 Práce s dětmi s poruchou ADHD ve školním prostředí	30
3.3 Školství - legislativní rámec	31
4 Praktická část – případová studie žákyně 4. třídy ZŠ.....	33
4.1 Cíl práce.....	33
4.2 Metodologie	34
4.2.1 Kvalitativní výzkum	34
4.2.2 Metody sběru dat	34
4.3 Případová studie.....	34
4.3.1 Osobní anamnéza dítěte	35

4.3.2	Rodinná anamnéza	36
4.3.3	Školní anamnéza	39
4.4	Analýza a interpretace dat	44
4.4.1	Odpovědi na výzkumné otázky	45
4.4.2	Limity výzkumu	47
4.5	Diskuze	48
5	Závěr	49
	Seznam použitých zdrojů	51

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybral téma porucha pozornosti a aktivity, v současnosti známé spíše pod názvem ADHD (ačkoliv se tyto dva termíny zcela nepřekrývají). Práce si klade za cíl průřezově představit problematiku ADHD s těžištěm v popisu symptomu nepozornosti a jeho specifik, neboť právě tento symptom je jedním ze základních kritérií poruchy ADHD. Vzhledem ke skutečnosti, že příznaky ADHD se nejčastěji začínají projevovat u dětí mladšího školního věku, je BP zaměřena právě na tuto věkovou skupinu.

V teoretické části se na úvod této problematiky věnuji vymezení pojmů, klasifikaci dle manuálů Světové zdravotnické organizace a Americké psychiatrické asociace sloužících k diagnostice poruchy, a jejich porovnání. Dále zde nastiňuji možnosti příčin poruchy a její četnost v populaci.

Ve druhé kapitole se věnuji jednotlivým vývojovým obdobím a možným indiciím vedoucím k poruše ADHD v těchto obdobích, ale zejména pak vybraným příznakům poruchy pozornosti (problémy se soustředěním, neorganizovanost, nepořádnost a malou vytrvalost) a jejich vlivu na školní výkonnost a výchovu. Tuto část vnímám a zároveň prezentuji jako centrální, a proto je rozpracována podrobněji.

V další kapitole představuji možné typy na léčbu či zmírnění nežádoucích projevů a podpůrné metody ke zkvalitnění výsledků výuky i mimoškolního života, a dále základní principy práce s dětmi s ADHD ve školním prostředí a legislativní rámec pro tuto oblast.

V praktické části se věnuji případové studii, zaměřené na poruchu pozornosti jako základní symptom ADHD u dívky, která nyní navštěvuje 4. ročník základní školy. Cílem studie je ze zajištěných dat interpretovat vznik a vývoj této poruchy a její specifika v čase a ve výuce, a dále představit způsoby práce s dívkou, které se v praxi osvědčily. Vzhledem ke skutečnosti, že výuka ve sledovaném období částečně probíhala kvůli pandemii Covidu 19 v on-line režimu, je tak důležitý nejen pohled pedagogických pracovníků, kteří byli s žákyní v dané době v kontaktu, ale zároveň pohled rodičů dívky, asistujících při výuce z domácího prostředí. V neposlední řadě pak budou součástí analyzovaných dat i zprávy odborníků z jednotlivých vyšetření.

Hlavní motivací pro vytvoření této práce je pro mě, jakožto rodiče vychovávajícího dítě s ADHD, pochopit danou problematiku a co nejlépe využít nabyté znalosti ke zkvalitnění života nevlastní dcery nejen ve školním, ale především ve společenském životě.

Ze své zkušenosti mohu říci, že někdy je poměrně náročné určit, co je stále ještě normou chování odpovídající danému věku, potažmo do jaké míry se do chování a jednání promítá tato porucha či projevy s ní spojené. K lepšímu pochopení dívčina chování je tedy potřeba znalost vzniku a projevů ADHD ve školním i domácím prostředí, jejich aktuální stav a možnosti, které by pomohly tyto projevy potlačit nebo zmírnit.

Dalším cílem je srozumitelně představit problematiku ADHD (v rámci možností vzhledem k rozsahu práce) a její vybrané rysy ve vztahu k dětem mladšího školního věku. Práce by mohla pomoci všem, které toto téma bude zajímat, a též poskytnout metodickou podporu nejen přátelům nebo ostatním rodičům, ale i začínajícím pedagogickým pracovníkům. Aplikace získaných poznatků může pomoci s dětmi efektivněji pracovat a zlepšit tak jejich výkon i výsledky, které by následně mohly vést k plnohodnotnějšímu životu bez zbytečných sociálních překážek. Z výše uvedených důvodů jsem se snažil čerpat z nejnovější odborné literatury.

1 TERMINOLOGIE SPOJENÁ S ADHD

Porucha, která je nazývána velkou částí odborné i laické veřejnosti jako ADHD, patří mezi specifické vývojové poruchy chování a vzniká na základě odchylek funkce CNS. Termín ADHD je anglickou zkratkou názvu Attention Deficit Hyperactivity Disorder, neboli porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou. Označuje syndrom (onemocnění) způsobující potíže se soustředěním, nepřiměřeně zvýšenou aktivitou a impulzivitou (Goetz & Uhlíková, 2013). ADHD je však také poruchou, která je „mimořádně variabilní ve všech ohledech – příčinách, projevech, vývoji, reakci na léčbu atp.“ Je to ovšem také „jedna z nejčastěji diagnostikovaných poruch v dětském věku“ a z tohoto pohledu také fenomén dnešní doby (Ptáček & Ptáčková, 2019, s. 11 - 12).

1.1 Základní behaviorální kritéria poruchy ve zkratce

V souvislosti s problematikou ADHD se pro posouzení a případné stanovení diagnózy sledují tři základní kritéria:

Nepozornost – „osoba s ADHD často nevěnuje pozornost detailům, dělá chyby z nedbalosti, nedodrží pokyny, nedokáže dokončit úlohy, má obtíže s organizováním činností, často zapomíná, lehce ztratí pozornost působením vnějších vlivů“ (Kendíková, 2019, s. 10).

Hyperaktivita – „Tyto děti vykazují zvýšený motorický neklid: mají neustále velké nutkání k pohybu, pobíhají, vstávají a své ruce a nohy neudrží dlouho v klidu. Kvůli motorickému neklidu mají potíže soustředit se. Často hodně, hlasitě a překotně mluví.“ K tomu mívají potíže s neobratně působící motorikou (Winter, 2019, s. 13).

Impulzivita – Děti jsou obtížně ovladatelné, snadno vyprovokovatelné, někdy i s agresivní reakcí (Kendíková, 2019). Konkrétní znaky impulzivity jsou potom nedočkavost (která se projevuje například vykřikováním při výuce), zbrkllost a menší schopnost tlumit reakce na vnější podněty, riskantní chování nebo třeba malá schopnost plánování. (Goetz & Uhlíková, 2013).

Uvedeným kritériím směřujícím k diagnostice poruchy se dále věnuji v rozdělení dle klasifikačních systémů.

1.2 Vývoj terminologie spojené s ADHD

Terminologie spojená s touto nemocí prošla celkem významnou proměnou. První zmínky o chování připomínající dnešní ADHD se objevily už na přelomu 19. a 20. stol., kdy britský lékař G. F. Still popsal „abnormální psychický stav“ u dětí a zavedl pojem „deficit morální sebekontroly“ tedy jako syndrom s nedostatečnou schopností udržet pozornost, neklidností, těkavostí a agresí (Munden & Arcelus, 2008, s. 11).

V roce 1930 byl poprvé použit termín minimální mozková dysfunkce – minimal brain damage (MBD), podle kterého byl i u nás používán termín malá mozková dysfunkce (MMD). Od padesátých let 20. století se u nás používal termín lehká dětská encefalopatie (LDE) a v šedesátých letech se začal pomalu prosazovat termín lehká mozková dysfunkce (LMD), jak uvádí Kendíková (2019). Pojem ADHD se poprvé objevil až koncem 80. let 20. stol. v rámci klasifikačního systému DSM-III-R Americké psychiatrické asociace (Ptáček & Ptáčková, 2019).

V současné době se běžně používají tyto termíny – **hyperkinetická porucha** (nebo také porucha pozornosti a aktivity, hyperkinetická porucha chování) dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10 (MKN 11), v originále zkratka ICD, Světové zdravotnické organizace (WHO) a nejčastěji už zmiňovaný pojem **ADHD** (zkratka anglického attention deficit hyperactivity disorder), což je porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou vycházející z klasifikace Americké psychiatrické asociace (APA), tedy DSM – 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Tento pojem byl akceptován odbornou i laickou veřejností a tudíž ho lze aktuálně považovat za nejlépe srozumitelný (Ptáček & Ptáčková, 2019).

Jak je dále uvedeno tamtéž, diagnostické přístupy k onemocnění ADHD se mírně liší v závislosti na použité klasifikaci.

1.3 Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria dle DSM-5 – ADHD

Tento manuál upravuje a doplňuje předchozí pohled na ADHD dle DSM- IV. Nejvíce patrná změna se týká hraničního věku, kdy by měla být porucha diagnostikována. Z původních maximálních 7 let se tato věková hranice posouvá ke dvanácti letům věku dítěte. Další posun nastává v chápání poruchy ADHD – dle manuálu DSM - 5 se již nejedná pouze o

poruchu typickou pro dětský věk, nýbrž o poruchu projevující se celý život. Pro lepší přehled a srovnání uvádí Americká psychiatrická asociace (2013) u klasifikace poruch v závorce taktéž označení dle světové zdravotnické organizace resp. MKN 10 (MKN 11).

A. Přetrvávající vzorec nepozornosti a/nebo hyperaktivita-impulzivita, která narušuje fungování nebo vývoj, jak je charakterizováno v (1) a/nebo (2):

1. Nepozornost: Šest (nebo více) z následujících příznaků přetrvává nejméně po dobu 6 měsíců v míře, která není v souladu s vývojovou úrovní a která má přímý negativní dopad na sociální a školní/pracovní aktivity:

Poznámka: Příznaky nejsou pouze projevem opozičního chování, vzdoru, nepřátelství nebo nepochopení úkolů nebo pokynů. Pro starší dorost a dospělé (ve věku 17 let a starších) je vyžadováno alespoň pět příznaků.

a. Často nevěnuje pozornost detailům nebo dělá chyby z nedbalosti při práci ve škole, v práci nebo při jiných činnostech (např. přehlíží detaily, práce je nepřesná).

b. Často má potíže s udržením pozornosti při plnění úkolů nebo herních činností (např. má potíže udržet pozornost během přednášek, konverzací nebo dlouhého čtení).

c. Často se zdá, že neposlouchá, když se s ním mluví přímo (např. je myšlenkami jinde i bez zjevného rozptýlení).

d. Často nedodrжуje pokyny a nedokončí školní úkoly, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (např. začíná úkoly, ale rychle ztrácí pozornost a se snadno rozptýlí).

e. Často má potíže s organizací úkolů a činností (např. potíže se zvládnutím navazujících úkolů; potíže s udržováním pořádku v materiálech a věcech; chaotická, neorganizovaná práce; špatně hospodaří s časem; nedodrжуje termíny).

f. Často se vyhýbá, nemá rád nebo se zdráhá zapojit se do úkolů, které vyžadují udržení duševního úsilí (např. školní nebo domácí úkoly; pro starší dospívající a dospělé příprava referátů, vyplňování formulářů, kontrola dlouhých dokumentů).

g. Často ztrácí věci potřebné k plnění úkolů nebo činností (např. školní pomůcky, tužky, knihy, náradí, peněženky, klíče, papíry, brýle, mobilní telefony).

h. Často jej snadno rozptýlí vnější podněty (pro starší adolescenty a dospělé lze zahrnovat i nesouvisející myšlenky).

i. Často zapomíná při každodenních činnostech (např. nedělá domácí práce; pro starší mladistvé a dospělé zapomíná telefonovat zpět, platit účty, dodržovat schůzky)

(DSM-5, 2013, s. 59-60)

2. **Hyperaktivita a impulzivita:** Šest (nebo více) z následujících příznaků přetrvává po dobu nejméně 6 měsíců v míře, která není v souladu s vývojovou úrovní a to má přímý negativní dopad na sociální a školní/pracovní aktivity.

Poznámka: Příznaky nejsou pouze projevem opozičního chování, vzdoru, nepřátelství nebo nepochopení úkolů nebo pokynů. Pro starší dorost a dospělé (ve věku 17 let a starších) je vyžadováno alespoň pět příznaků.

a. Často je neklidný nebo klepe rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli.

b. Často opouští místo v situacích, kdy se očekává, že zůstane sedět (např. své místo ve třídě, v kanceláři nebo na jiném pracovišti nebo jiných situacích, které vyžadují zůstat na místě).

c. Často pobíhá nebo šplhá v situacích, kdy je to nevhodné. (Pozn. u adolescentů nebo dospělých může být přítomen pocit neklidu.)

d. Často si nedokáže hrát nebo se v klidu věnovat volnočasovým aktivitám.

e. Je často „v pohybu“ a chová se, jako by byl „poháněn motorem“ (např. nedokáže být delší dobu v klidu nebo mu není příjemné být v klidu, jako v restauracích, na schůzkách; může být ostatními vnímáno jako neklidné nebo je s nimi obtížné vydržet).

f. Často přehnaně mluví.

g. Často vyhrkne odpověď dříve, než je otázka dokončena (např. dokončuje věty lidí; nemůže čekat, až na něj přijde řada v konverzaci).

h. Často má potíže čekat, než přijde na řadu (např. při čekání ve frontě).

i. Často přerušuje nebo vyrušuje ostatní (např. zasahuje do konverzací, her, popř. činností; může začít používat věci jiných lidí, aniž by je žádal o povolení; pro dospívající a dospělé, může vyrušovat ostatní nebo se jim plést do činnosti)

(DSM-5, 2013, s. 59-60)

B. Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity a impulzivity byly přítomny před 12. rokem věku.

C. Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity a impulzivity je přítomných ve dvou nebo více prostředích (např. doma, ve škole nebo v práci; v kontaktu s přáteli nebo příbuznými; při jiných činnostech).

D. Jsou přítomny jasné důkazy, že tyto příznaky ovlivňují kvalitu života v sociální, školní nebo pracovní oblasti.

E. Tyto příznaky se nevyskytují výhradně v průběhu schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy a jejich přítomnost nemůže lépe vysvětlit jiná duševní nemoc

(DSM-5, 2013, s. 60)

Klasifikace DSM-5 (2013):

314.01 (F90.2) Kombinovaná porucha. Pokud jsou obě kritéria A1 (nepozornost) a A2 (hyperaktivita a impulzivita) splněna po dobu delší než 6 měsíců.

314.00 (F90.0) Porucha s převahou nepozornosti. Pokud je splněno kritérium A1 (nepozornost), ale nikoliv kritérium A2 (hyperaktivita a impulzivita) v průběhu předchozích 6 měsíců.

314.01 (F90.1) Porucha s převahou hyperaktivity a impulzivity. Pokud je splněno kritérium A2 (hyperaktivita a impulzivita), ale nikoliv kritérium A1 (nepozornost) v průběhu předchozích 6 měsíců.

Klasifikace dle závažnosti:

Mírná – žádné nebo jen několik příznaků přesahujících hranici nutnou pro stanovení diagnózy, příznaky způsobují pouze mírně funkční narušení v sociální nebo pracovní oblasti.

Střední - příznaky nebo funkční narušení jsou mezistupněm „mírná“ a „závažná“.

Závažná - je přítomno mnoho příznaků nad rámec splnění diagnózy nebo jsou některé příznaky zvláště závažné a způsobují značné narušení v sociálního, školního a pracovního života.

(DSM 5, 2013, s. 60-61)

Diagnostická kritéria MKN - 10 (MKN - 11)

Tato Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů je publikací světové zdravotnické organizace (WHO). V současné době je v ČR v platnosti její jedenáctá revize, tedy MKN - 11 (v originále ICD - 11) platná od 1.1.2022, jejíž hlavní změnou oproti MKN - 10 (ICD - 10) je „posun v pojetí klasifikace z informačního produktu (typicky chápaného jako kniha) k informačnímu standardu (pravidla, databáze, elektronické nástroje)“ a dále některé nové kódovací schéma (ÚZIS ČR). Pro účely této práce si však dovoluji používat dřívější verzi MKN – 10, která je stále v platném pěti letém přechodovém období.

MKN - 10 užívá označení **hyperkinetická porucha (F90)**, pod níž je zařazena porucha aktivity a pozornosti (F90.0) a hyperkinetická porucha chování (F90.1) a dále podkategorie jiné hyperkinetické poruchy (F90.8) a hyperkinetická porucha nespecifikovaná (F90.9). Hyperkinetické poruchy se řadí do souboru dětských duševních poruch s označením **poruchy chování a emocí** a jsou označeny písmenem F a číselnou řadou 90 – 99. Písmeno F tak značí soubor duševních poruch.

U Hyperkinetické poruchy je nutná přítomnost výrazné nepozornosti, hyperaktivity a neklidu. Tyto projevy musí být trvalé a vyskytují se u nich příznaky, jež nejsou způsobeny jinými poruchami, uvádí Ptáček a Ptáčková (2019), kteří vychází z MKN–10, viz níže:

Nepozornost

Šest z následujících příznaků musí přetrvávat nejméně 6 měsíců a jsou takového stupně, který je maladaptivní a v rozporu s úrovní dítěte:

1. dítě není schopno věnovat plnou pozornost detailům nebo dělá chyby z nepozornosti ve školních úlohách, při práci nebo jiných aktivitách,
2. často není schopno udržet pozornost při úkolech nebo hře,
3. často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká,
4. často není schopno sledovat instrukce nebo dokončit školní úlohu, běžné pracovní povinnosti nebo úkoly na pracovišti (nikoliv pro opoziční chování nebo neschopnost pochopit instrukce),
5. často má potíže s organizováním úkolů a aktivit,

6. často se vyhýbá úkolům, které vyžadují trvalé duševní úsilí, nebo je má velice nerado,
7. často ztrácí věci, které potřebuje pro určité úkoly nebo aktivity, jako jsou např. školní potřeby, tužky, knihy, hračky nebo nářadí,
8. dá se snadno rozptýlit vnějšími podněty,
9. je často během denních aktivit zapomětlivé.

Hyperaktivita

Alespoň 3 z následujících příznaků musí přetrvávat nejméně šest měsíců a jsou takového stupně, který je maladaptivní a v rozporu s úrovní vývoje dítěte:

1. dítě často neklidně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli,
2. vstává ze židle ve třídě nebo v jiných situacích, kdy se očekává, že bude sedět,
3. často nadměrně pobíhá nebo si stoupá v situacích, kdy je to nevhodné (u adolescentů nebo dospělých mohou být přítomny pouze pocity neklidu),
4. často je nadměrně hlučné nebo má potíže věnovat se ve volném čase tiché hře,
5. trvale projevuje příliš vysokou motorickou aktivitu, která se podstatně nepřizpůsobuje sociálnímu kontextu nebo společenským požadavkům.

Impulzivita

Alespoň jeden z níže uvedených příznaků impulzivity přetrvává nejméně po dobu 6 měsíců, a to do takové míry, která je v rozporu s vývojovou úrovní dítěte:

1. dítě často vyhrkne odpovědi na otázky, které ještě nebyly dokončeny,
2. často není schopno čekat ve frontě, až na něho přijde řada ve hře ve skupinových hrách,
3. často přerušuje nebo se vnucuje jiným lidem (např. skáče do řeči)
4. často příliš mluví bez ohledu na sociální zábrany.

(Ptáček & Ptáčková, 2019, str. 18-19)

Rozdíl mezi klasifikacemi DSM - 5 a MKN – 10

Mimo již výše uvedené odlišnosti ve značení, vidím mezi klasifikacemi asi největší rozdíl v rozsahu příznaků potřebných pro diagnostikování poruchy.

Pro definování ADHD dle klasifikace DSM-5 je zapotřebí minimálně 6 příznaků pro nepozornost **nebo** 6 příznaků pro hyperaktivitu a impulzivitu. K potvrzení ADHD dle této klasifikace tak stačí přítomnost příznaků i jen jedné z oblastí.

Dle manuálu MKN-10 však musí být u jedince zastoupeny příznaky z obou těchto oblastí, aby mohla být diagnostikována hyperkinetická porucha. Další odchylky mezi jednotlivými klasifikacemi jsou v mezním věku pro určení příznaků, kdy MKN – 10 vymezuje hranici k určení poruchy dítěte do sedmi let věku (ne později), zatímco DSM-5 uvádí, že některé příznaky poruchy jsou přítomny před 12. rokem věku (dají se však diagnostikovat a léčit v průběhu celého života). Současně je zde rozdíl i v chápání poruchy v rámci souboru s názvem Poruchy chování, kdy v MKN-10 je tato porucha vedena jako samostatná podkapitola, zatímco v klasifikace DSM – 5 pouze jako komorbidní ve vztahu k ostatním poruchám chování.

Vývoj však nastal i v chápání rozdílů mezi odborníky. Zatímco podle Mundena a Arceluse (2008, s. 18) při srovnávání kritérií jednotlivých klasifikací (DSM-IV a MKN - 10) jsou rozdíly značné, dle Ptáčka a Ptáčkové (2019, s. 22) spolu kritéria MKN-10 a DSM-5 v zásadě korespondují. Určité rozdíly se objevují v kategorizaci, symptomech a diagnostických označeních a dále ve skutečnosti, že MKN – 10 tuto poruchu neuvádí jako celoživotní. Naopak obě klasifikace se shodují v tom, že spolehlivá diagnóza musí vycházet „z různých prostředí“ (domov, škola, volnočasové aktivity) a „od více hodnotitelů“ (rodiče, učitelé, terapeuti, apod.)

Komorbidní poruchy

Jak uvádí pátá revize DSM (2013) a jak již bylo zmíněno výše, ADHD se dle této klasifikace řadí do komorbidních psychických diagnóz odborně zvaných komorbidita - tedy přidružených poruch či diagnóz. Jedná se nejčastěji o spojení s poruchou opozičního vzdoru, poruchami chování nebo poruchami nálad – např. intermitentní výbušná porucha, jiné neurovývojové poruchy jako např. poruchy autistického spektra nebo Tourettův

syndrom. Dále sem patří třeba úzkostné, depresivní a bipolární poruchy, nebo poruchy učení.

Goetz a Uhlíková (2013) k tomu uvádí, že takovýchto případů může být 60 – 70 % a nejsou tedy nikterak vzácné. U jedinců s ADHD ale také existuje vyšší riziko užívání návykových látek (alkohol, nikotin) nebo experimentování s jinými drogami. Ptáček a Ptáčková (2019, s. 21) však současně upozorňují na nutnost „diferenciálního diagnostického rozhodnutí“ zda se primárně jedná o ADHD nebo například dvě diagnózy vyskytující se společně.

1.4 Diagnostika

Jak je specifikováno v manuálech MKN-10 a DSM-5, pro diagnostikování ADHD musí být zajištěny informace, vedoucí ke komplexnímu posouzení. Jde o informace z různých zdrojů, tedy z různých prostředí (škola, domov, společnost) a od více hodnotitelů (samotný posuzovaný, rodiče, učitelé, popř. speciální pedagogové a odborní lékaři (pediatr, psycholog, neurolog, dětský psychiatr), uvádí Ptáček a Ptáčková (2019).

Mezi základní součásti stanovení diagnózy je pozorování posuzovaného v jeho přirozeném prostředí, tedy kromě rodičů doma jde především o školská zařízení, kdy učitelé nebo speciální pedagogičtí pracovníci mající podezření na ADHD, doporučí vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně (PPP). Prvním zdrojem informací je tedy **pedagogická diagnostika**, která vychází z dlouhodobého pozorování a rozborů práce dítěte. V rámci speciálně pedagogického vyšetření se sleduje školní výkonnost a ovlivňování studijních schopností a dovedností, které většinou potvrzují poruchy v percepčně motorické oblasti. U dětí s ADHD se můžou často vyskytovat i specifické poruchy učení.

Další nezbytná součást k určení závažnosti poruch je **psychologická diagnostika**, kde se hodnotí anamnestické údaje, které pomáhají sledovat vývoj možných příčin vzniku poruchy, jako jsou rozhovory mezi dětským psychiatrem a dítětem (zjišťuje se chování, vystupování a vývojové schopnosti dítěte), dále rozhovory mezi lékařem a rodiči, ale zejména pak výkonnostní testy posuzovaného (psychodiagnostické vyšetření kognitivních funkcí pro posouzení intelektu, pozornosti a případných poruch učení), které napomohou zhodnotit stav jedince (Žáčková & Jucovičová, 2017).

Ke stanovení správné diagnózy napomáhá i zobrazovací metoda EEG (elektroencefalografie), tedy neurologické vyšetření, kdy se zkoumá aktivita mozku, která se zobrazuje v podobě záznamu složeného ze 4 hlavních typů EEG vln. Dle jejich vzájemného poměru se poté vyhodnotí záznam, ve kterém jedinci s ADHD mívají abnormální hodnoty typické pro mladší věk dítěte. Nález samotný není důkazem pro určení diagnózy, ale vede k její podpoře (Goetz & Uhlíková, 2013).

Stanovená diagnóza má potom zásadní vliv na přijatá opatření a komplexní léčbu posuzovaného jedince (do které patří například navržení stupně podpůrných opatření nebo využití práce asistenta pedagoga ve školním prostředí) a jejím cílem by tedy mělo být nejen přesné určení symptomů, ale i stanovení oblasti výkonů a činností, v nichž by se dítě mohlo dále zlepšovat (Andreánska in Lechta, 2016).

1.5 Etiologie a prevalence

Etiologii bych chtěl zde zmínit pouze okrajově, protože dané téma je velmi rozsáhlé a není hlavní podstatou této práce. Příčiny vzniku a rozvoje ADHD nejsou dosud plně objasněny, kromě nejvíce uváděných genetických a biologicko/fyziologických příčin se méně často také hovoří o možném poranění či komplikaci v těhotenství nebo například užívání alkoholu či drog v tomto prenatálním období (Riefová, 2010).

S tím v podstatě souhlasí i Ptáček a Ptáčková (2019), když uvádí, že největší vliv se přisuzuje dědičnosti (genetickým souvislostem) a biologickým faktorům (vývojovému poškození), určitou roli pak můžou hrát i environmentální faktory, tedy vlivy prostředí. Pokud bych mohl zmínit literaturu, která se nastolené problematice věnuje a je zároveň velmi kvalitní, podrobná a přehledná, určitě bych doporučil Vágnerovou (2020), nebo právě už zmiňované Ptáčka a Ptáčkovou (2019), kteří ve své publikaci rozdělují biologické příčiny na neuroanatomické, neurochemické a neurofyziologické a současně se zabývají i studii genů a jejich variant.

V případě počtu jedinců s výskytem poruchy ADHD (prevalenci) se jednotlivé zdroje ve svých údajích uváděných v procentech poměrně liší, některé dokonce velmi. Tyto rozdíly mohou být dány jednak geograficky – tedy lokalitou, kde se průzkum prováděl, dále jaké pohlaví a jaká věková skupina jsou zkoumány, ale zejména také tím, jaká je použita diagnostická

klasifikace. V tomto ohledu jsou diagnostická kritéria dle DSM 5 „měkčí“, takže pak je výskyt jedinců s ADHD vyšší – u dětí je uváděn výskyt v rozmezí 4-19 % dle DSM, podle MKN však pouze 1-3 % z populace (Jucovičová, Žáčková, 2017).

Většina zdrojů však uvádí výskyt syndromu ADHD v dětském věku v České republice v rozmezí 3-7 % (např. Goetz & Uhlíková, 2013; Winter, 2019). Starší literatura také uvádí, že vyšší výskyt jedinců s ADHD je u mužského pohlaví a to poměrově zhruba 3:1 než u ženského (dle průzkumů zaměřujících se na hyperaktivitu), avšak současné zdroje uvádí, že počet chlapců a dívek může být ve skutečnosti poměrově velmi podobný (Goetz & Uhlíková, 2013; Ptáček & Ptáčková, 2019). Poslední uvedený zdroj uvádí prevalenci u přibližně 5 % dětí a 2,5 % dospělých.

2 VARIABILITA PROJEVŮ ADHD, SYMPTOM NEPOZORNOSTI

2.1 Příznaky ADHD v jednotlivých obdobích

Zatímco procento výskytu jednotlivců s ADHD se uvádí s poměrně značnými rozdíly mezi jednotlivými zdroji, informace z totožných zdrojů se převážně shodují ve skutečnosti, že porucha i její příznaky jsou v průběhu věku velmi variabilní a ve 40 – 50 % případů přetrvávají až do dospělosti jedince (syndrom ADHD už tedy není vnímán pouze jako dětská porucha), v případě dospívajících se jedná až o 80 % (Goetz & Uhlíková, 2013). Stejně tak, jak se v průběhu věku mění příznaky, zároveň se také mění i jejich intenzita. Symptomy jsou dále variabilní v závislosti na okolnostech a sociálním prostředí (Ptáček & Ptáčková, 2019).

Kojenecké období

Toto období je vymezeno jako 1. rok života. Jedinec se velmi rychle vyvíjí a z minimálních kompetencí (vrozených dispozic) se rychle stává dětská osobnost, která si začíná vytvářet určitý vztah ke svému nejbližšímu okolí. V průběhu tohoto období už lze zaznamenat individuální rozdíly v chování a prožívání jednotlivců (Vágnerová, 2000).

U některých jedinců později diagnostikovaných poruchou ADHD lze určité příznaky vyzorovat již v tomto věku, kdy se může začít projevoval určitá hyperaktivita. Takové dítě pak nedokáže držet pravidelnost denního režimu, má tedy poruchu základních biorytmů (narušený spánek). To se může projevit podrážděností, křikem nebo bezdůvodným pláčem (Kendíková, 2019).

Batoletí období

Batoletí období vymezuje věk od 1 do 3 let života dítěte. V tomto období dochází k výraznému rozvoji dovedností a osobnosti dítěte. Jedinec se v tomto věku stává aktivnější a samostatnější osobou. Postupně se zde uvolňují vazby významné v předcházejícím vývoji (např. specifická vazba s matkou). Toto období je také někdy označováno jako autonomizace (Vágnerová, 2000).

U jedinců s příznaky ADHD se zde projevuje neklid, nadměrná živost i nepravidelné usínání. Začínající se také ukazovat emoční nerovnoměrnosti ve srovnání s vrstevníky, kdy tyto jedinci vyžadují pozornost dospělých nebo často přebíhají od jedné aktivity ke druhé (Goetz

& Uhlíková, 2013). Jak ale autoři dodávají, zmiňované znaky chování nemusí nutně souviset s poruchou ADHD, ale k běžným vývojovým charakteristikám.

Předškolní věk

Toto období je vymezeno od tří do přibližně 6 let věku. Konec této doby zde totiž není určen pouze fyzickým věkem, ale zejména důležitým sociálním mezníkem, kterým je nástup do školy. Toto období můžeme charakterizovat postupným uvolňováním pevných rodinných vazeb a rozvojem aktivity, například uplatněním se ve vrstevnické skupině. K tomu výrazně přispívá osvojení si běžných norem chování a přijatelná úroveň komunikace (Vágnerová, 2000).

Zde již mohou být projevy ADHD výraznější. Je to dáno především výraznější interakcí s vrstevníky nebo pedagogy v předškolních zařízeních. Zde se můžou začít projevovat problémy v komunikaci, neposlušnost, vzdor nebo například výrazná náladovost. Odchytky od normy mohou nastat i v jednání dítěte, kdy je po něm v zařízení požadováno dodržení pravidelného režimu (Kendíková, 2019).

Školní věk

Ve věku 6–7 let dochází k různým vývojovým změnám, které jsou podmíněny zráním i učením. Většina z nich je pro úspěšné zvládnutí role školáka důležitá, i když jejich význam může být různý. Tato doba představuje aktuální a zásadní změnu životního stylu, zvýšení nároků i větší důraz na jejich plnění. Role školáka zásadním způsobem ovlivní rozvoj dětské osobnosti a prožití celého zbývajícího dětství. Jedním z předpokladů pro její zvládnutí je však určitá úroveň zralosti CNS, která se může projevit například odolností vůči zátěži nebo schopností koncentrace pozornosti (Vágnerová, 2000). Ta zároveň rozděluje školní věk na ranný (6/7 - 8/9), střední (8/9 - 11/12) a starší (11/12 - 15) tzv. období pubescence, které již ale může být vnímáno jako součást období následného, tedy adolescence.

U jedinců s ADHD se již v tomto věku projevují kognitivní dysfunkce, jako výkyvy výkonu, nepozornost a nesoustředěnost. Mohou mít snížené sebevědomí nebo naopak být podrážděné a reagovat agresivně. Tyto dysfunkce mohou nakonec vést k neúspěšnosti, ačkoliv dítě může mít dobrý intelekt (Ptáček & Ptáčková, 2019). Děti s ADHD bývají méně citově vyžralí, a jejich pocity se okamžitě odrážejí v chování. To nakonec může vést až

k sociální izolaci. U některých jedinců mezi 7-10 rokem se dostávají poruchy chování, jako je časté lhaní, krádeže nebo úzkostné poruchy (Goetz & Uhlíková, 2013).

Období Adolescence

Období adolescence je po pubescenci druhou fází relativně dlouhého časového úseku dospívání, kde nejnápadnější je tělesné dospívání. Zároveň se však mění i osobnost a její sociální pozice. Trvá přibližně od 15 do 20 let s určitou individuální variabilitou, zejména v oblasti sociální a psychické, popř. i somatické (Vágnerová, 2000).

V tomto období se u jedinců s ADHD hyperaktivita sice zmírňuje, přetrvává však nesoustředěnost, nespolehlivost a nedostatečná vytrvalost, mohou se také projevit přidružené komplikace a obtíže (Kendíková, 2019). Další známky poruchy mohou být pocity sociální izolace a poruchy sebehodnocení, což přináší vyšší riziko experimentování s návykovými látkami či rizikové chování (Ptáček & Ptáčková, 2019).

Dospělost

Biologická a právní hranice dospělosti je 18 let, psychosociální vymezení dospělosti je složitější. Za charakteristické psychické znaky dospělosti lze považovat samostatnost a svobodu vlastního rozhodování a chování, které jsou ale spojeny se zodpovědností k sobě a především ve vztahu k druhým lidem (Vágnerová, 2000).

Dospělí jedinci s ADHD, přestože jsou již schopni své projevy lépe kontrolovat, mohou mít problémy v zaměstnání, ale i ve vztazích. Může se zde, podobně jako u adolescentů, projevovat celé spektrum přidružených psychických poruch a stávají se tak rizikovou skupinou pro užívání návykových látek nebo výskytu kriminality. Důležitá je zde struktura osobnosti, temperament, intelekt a emoční inteligence (Goetz & Uhlíková, 2013).

Z výše uvedeného tak vyplývá, že zásadní období pro diagnostikování poruchy je předškolní, resp. ranný školní věk, kdy začíná být zřejmé, že v projevech a chování dítěte se vyskytují odchylky, které jsou nepřiměřené k jeho věku.

2.2 Symptom nepozornosti a jeho specifika u dětí s ADHD

Symptom nepozornosti je klíčovým faktorem zejména u subtypu porucha aktivity a pozornosti (MKN - 10) resp. porucha s převahou nepozornosti (DSM -5). Podle Britského

Národního ústavu pro duševní zdraví (National Institute of Mental Health) je uvedený typ poruchy v počátečních fázích nejméně zřetelný a nesnadno rozpoznatelný, což může mít negativní vliv na včasné zahájení léčby (Dodson et al., 2023). S tímto souhlasí i Willcutt (in de la Peña et al., 2020), který uvádí, že právě u tohoto subtypu (autoři ho označují jako ADHD-PI) jsou značné „pozorovací deficity“ a to navzdory faktu, že jako jediný má symptomy nejvíce stabilní a prevalence je vzhledem k věku a celkovým počtům jedinců s ADHD vzrůstající (23% u dětí předškolního věku, 45% u dětí na základních školách a 75% u dospívajících). Své tvrzení pak opírá o 86 studií této problematiky, které byly na dětech a mládeži celosvětově provedeny.

Vágnerová (2020) uvádí, že v České republice je tento typ taktéž nejčastější formou poruchy ADHD a tvoří ji až 50 % všech případů u jedinců školního věku. Narušení činností mozku v důsledku různých etiologických faktorů má poté podle autorky zásadní vliv na vývoj pozornosti a exekutivních funkcí, které umožňují regulovat a řídit jednotlivé psychické procesy a projevy.

2.2.1 Pozornost

K téměř jakékoliv každodenní činnosti je zapotřebí pozornost. Její funkcí je regulace kognitivních procesů, ale zároveň i emočního prožívání a chování.

Pozornost můžeme definovat mnoha způsoby, například „pozornost je mentální proces, jehož funkcí je vpouštět do vědomí omezený počet informací, a tak ho chránit před zahlcením velkým množstvím podnětů“ (Plháková, 2007) nebo „pozornost umožňuje zaměření na určitý obsah nebo činnost, jeho udržení po určitou dobu a v případě potřeby i jeho přesun na jinou oblast“ (Vágnerová, 2020, s. 36).

Abychom tedy mohli být pozorní, musíme být schopni připravit a udržet jistou úroveň aktivity centrální nervové soustavy, která nám umožňuje provádět úkoly nebo úkony vyžadující duševní úsilí (Winter, 2019). Odborná literatura rozlišuje pět důležitých vlastností pozornosti. Tyto aspekty jsou následující: 1. koncentrace, 2. tenacita (délka soustředění), 3. distribuce (rozsah pozornosti), 4. vigilita (bdělost) a 5. selektivita (Vágnerová in Ptáček & Ptáčková 2019).

Winter (2019) označuje tyto vlastnosti jako aktivace (bdělost), zaměřenost, pružnost, délka soustředění a koncentrace, a dále uvádí, že doba řízené pozornosti (soustředěné aktivity) je u každého jedince různá a je závislá na zájmu, motivaci a ochotě vynaložit úsilí.

U jedinců s ADHD jsou však vlivem drobných odchylek v určitých funkcích mozku (CNS) narušeny různé aspekty pozornosti, ať už se jedná o narušení pozornosti ve všech oblastech nebo například problémy s jejím udržením či v oblasti vytrvalosti a úsilí (Ptáček & Ptáčková, 2019).

2.2.2 Problémy se soustředěním, nepozornost

Ačkoliv platí, že projevy ADHD jsou poměrně variabilní ve všech ohledech, jako centrální symptom můžeme uvést poruchu pozornosti, resp. potíže s koncentrací pozornosti, a to i přes fakt, že ani zde „nelze definovat jednoznačná neuropsychologická kritéria“, jak uvádí Ptáček a Ptáčková (2019, s. 50). Soustředěnost a pozornost kolísají bez zjevné příčiny, tzv. „nevýběrově“, což znamená, že děti (ale i dospělí) nedokáží oddělit podstatné od nepodstatného a tito jedinci se pak jeví jako „duchem nepřítomni“. Někdy může být pozornost naopak „ulpívavá“, kdy dítě ulpí na jendom konkrétním podnětu nebo způsobu řešení, od kterého se nedokáže odpoutat. Kvalita a rozsah pozornosti je oproti zdravým jedincům snížena, brzy dochází k odklonu, těkavosti nebo únavě (Žáčková & Jucovičová, 2017, s. 35-36). Tyto výkyvy se projevují v jednotlivých prostředích specificky, například v tom domácím může být problémem každodenní rutina jako hygiena, úklid či konzumace, ve školním prostředí je pro děti zase obtížné naslouchat a ve správnou chvíli vhodně reagovat (Winter, 2019).

Z krátkodobého horizontu mohou být projevy nepozornosti a nesoustředěnosti minimální a těžko odhalitelné (nebo se nemusí vyskytovat vůbec), a to například v situacích, kdy jedinec je pod přísným dohledem nebo je naopak často něčím odměňován – má tedy trvalé zevní stimuly, které ovlivňují jeho chování v přirozeném prostředí (Ptáček & Ptáčková, 2019).

Z vývojového hlediska je základním problémem dětí s ADHD nedostatek inhibiční kontroly (neschopnost regulovat svoje chování a potlačovat tendence k nežádoucím projevům), což následně vede i k narušení rozvoje dalších exekutivních funkcí. Inhibiční kontrola se u jedinců (dětí) s poruchou ADHD vyvíjí opožděně, a to přibližně o dva až tři roky. Tato

skutečnost se poté může projevit narušením všech složek pozornosti, zejména pak nedostatečnou regulací v jejím zaměření, přesouvání a rozdělování. Dochází pak k tomu, že dítě má slabou koncentraci pozornosti (projevující se nízkou odolností vůči rušivým vlivům), menší rozsah pozornosti (dítě je schopné vnímat pouze omezené množství informací a nedokáže tedy situaci vnímat komplexně), neschopnost soustředěnosti po dostatečně dlouhou dobu (dítě odbíhá od jedné činnosti k další), nedostatečnou flexibilitu pozornosti (dítě se obtížně přizpůsobuje změnám činností) a nízkou selektivní pozornost (dítě není schopno zaměřit se pouze na podstatné podněty), jak uvádí Vágnerová (2020).

Selektivní pozornost pak může být měřena průběžným výkonnostním testem (CPT) a její ukazatele mohou citlivě identifikovat konkrétní nedostatky pozornosti u jedinců s ADHD. Analýza dat, která zahrnovala různé verze CPT, dospěla k závěru, že jedním z nejvíce narušených rysů u jedinců s ADHD je počet opomenutí, což naznačuje právě deficit ve schopnosti reagovat na cílové podněty (Huang in de la Peña et al., 2020). V jiné studii CPT si jedinci s tímto subtypem vedli hůře než zdravé děti nejen v oblasti selektivní pozornosti, ale také v jiných oblastech pozornostního fungování, jako je schopnost udržovat konzistentní dobu odezvy po celou dobu úkolu, bdělost, rychlost zpracování, trvalá pozornost a inhibiční kontrola (Rossi in de la Peña et al., 2020).

Děti s ADHD (především ty, u nichž převažuje porucha pozornosti) mívají také problémy s pracovní pamětí. Narušená pracovní paměť se projevuje „neschopností zapamatovat si pokyny učitele nebo udržet v paměti postup řešení složitějšího úkolu“ (Schreiber et al., in Vágnerová, 2020, s. 198).

Testy pracovní paměti u dětí s ADHD pak potvrdily, že více než polovina z nich měla problémy s verbální pracovní pamětí a 61% s vizuálně - prostorovou pracovní pamětí (Alloway et al., in Vágnerová, 2020, s. 198).

2.2.3 Vliv na organizaci činností, nepořádnost

Také na organizaci činností a nepořádnost má výrazný vliv nedostatečná pracovní paměť, uvádí Crider (2022), odkazující se na studii z roku 2018 americké společnosti PubMedCentral, která se zabývá dětskou psychologií a psychiatrií. V této studii, která v USA zkoumala děti ve věku 8-13 let se zjistilo, že zhoršená pracovní paměť u dětí s ADHD

způsobuje, že je pro tyto děti mimořádně obtížné důsledně předvídat, plánovat, provádět a udržovat akce směřující ke konkrétnímu cíli.

Negativní vliv na organizaci činností mají i další skutečnosti – například to, že děti s poruchou pozornosti mívají potíže s porozuměním komplexního sdělení (zejména verbálního) a nejsou tedy schopny patřičně vnímat kauzální vztahy a souvislosti. Tyto děti ale mohou mít i slabší orientaci v prostoru (Vágnerová 2020).

Goetz a Uhlíková (2013) uvádí, že děti s ADHD působí často neuspořádaným dojmem, neorganizovaně a někdy až chaoticky. Mívají potíže dopředu plánovat nějakou činnost a posléze tento plán v postupných krocích plnit. Uchylují se často k improvizacím, které ale nemusí být vždy žádoucí. Jsou nespolehlivé, což má negativní vliv na možnosti spolupráce v kolektivu. Dalším znakem související s nepozorností je nižší schopnost udržet pořádek, což se může projevat nejen na věcech, se kterými dítě pracuje a na jejich pracovní ploše, ale i na vzhledu dětí samotných.

Ptáček a Ptáčková (2019, s. 51) tyto deficity shrnují pod pojmem exekutivní dysfunkce, což popisují jako narušení souboru „psychických procesů zodpovědných za řízení a ovládání kognitivních, emočních a behaviorálních funkcí, zejména během aktivního řešení nových problémů“, tedy nedostatek kompetencí „zodpovědných za účelové, na cíl a řešení problému zaměřené chování“. Právě tyto dysfunkce mají pak za následek horší plánování, omezené organizační schopnosti a nedostatek sebekontroly, popřípadě emoční labilitu.

Podle Vágnerové (2020, s. 135-136) se schopnost plánovat nejvíce rozvíjí v předškolním věku a ke zhodnocení této schopnosti slouží u dětí celá řada testů, z nichž nejčastěji využívané jsou „Londýnská věž“ a na podobném principu fungující „Hanojská věž“, která se skládá z několika disků různých velikostí umístěných na kolících. Úkol pak spočívá v přemístění disků do cílového uspořádání, s respektováním určitých pravidel. Sledované funkce se poté posuzují podle času potřebného ke splnění úkolu a počtu pohybů, které k tomu byly zapotřebí. U dětí s ADHD dochází vlivem dezorganizovaného chování a nesystematičnosti k horším výsledkům v těchto testech, mnohdy ani nejsou schopny ve stanoveném limitu úkol dokončit.

Jako zajímavost zde Langberg et al., (2012) uvádí, že děti s ADHD si svoje organizační potíže často vůbec neuvědomují, což je v kontrastu s objektivními pozorovateli, kteří

v dokumentování této oblasti zaznamenávají velké a konzistentní nedostatky ve fungování dětí.

2.2.4 Neschopnost dokončovat práci, malá vytrvalost

I tato charakteristika souvisí s tzv. poruchou exekutivních funkcí a s ní spojenými volnými schopnostmi. Jedinci s ADHD (děti i dospělí) pak vlivem snadného odklonu pozornosti a rychlé unavitelnosti mají tendence nedokončit započatou práci. Jedná se zde o oslabenou schopnost sebekontroly, tedy problém usměrnit své chování tak, aby dosáhli na vytýčené cíle (Žáčková & Jucovičová, 2017).

Děti navíc obvykle nejsou tak cílevědomé a vytrvalé, což má za následek rychlý úbytek zájmu a vzdání se aktivity při jakémkoliv dílčím neúspěchu. Tyto děti žijí tzv. „epizodicky“, tedy ztrácí přehled o celku a zaobírají se detaily nebo vyhledávají činnosti, kde je předpoklad nějakého ocenění či odměny při vytvoření pokud možno minimálního úsilí (Goetz & Uhlíková, 2013, s. 23).

Vágnerová (2020) však uvádí, že malá vytrvalost nemusí souviset s „vázaností na odměnu“ ale skutečností, že schopnost předvídání výsledku u dlouhodobější činnosti je u dětí s poruchou ADHD oslabena a nedochází tak u nich k uspokojení potřeb v průběhu realizace. Děti s ADHD zároveň mívají problémy s percepcí času, kdy jejich subjektivní představy o délce trvání nějaké činnosti bývají méně přesné (obvykle si myslí, že činnost bude trvat déle) a vedou tak k odklonu zájmu a nedokončení činnosti (Walg et al., in Vágnerová, 2020).

V případě nátlaku na jedince s ADHD pak tyto skutečnosti mohou vést až k paralýze spojené s vykonáním nějakého úkolu nebo činnosti. Zejména děti pak nejsou schopné žádným způsobem postoupit vpřed, přestože by samy chtěly zadanou práci vykonat. Mohou mít pocit, že zabředly do příliš velkého množství informací, což je zcela ochromuje. Přijít na způsob, jak a kde začít, se pro ně může zdát nemožné. Nakonec tyto negativní psychické vzorce začnou ovlivňovat i úroveň motivace a dochází k frustraci a rezignaci (Low, 2022).

Z uvedených důvodů je zejména jejich školní výkonnost nestálá, což může vést nejen k selhání v této instituci, ale později i v zaměstnání a v neposlední řadě má vliv i na sociální uplatnění a s tím spojenou duševní pohodu, celkovou úspěšnost a životní spokojenost (Ptáček & Ptáčková, 2019).

3 MOŽNOSTI LÉČBY, PRÁCE S DĚTMI S ADHD VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ

3.1 Léčebné metody

Přestože projevy ADHD nejsou pro děti bezprostředně ohrožující, mohou zásadním způsobem ovlivňovat kvalitu jejich školního ale i sociálního života, který má významný vliv na jejich uplatnění ve společnosti. Jedinci bez adekvátní léčby pak nedokáží plně uplatnit a využít svou inteligenci, obtížně se zařazují do kolektivu, což může vést k osamělosti a frustraci. V důsledku neúspěchů a problémů v sociálních vztazích je u těchto osob také zvýšené riziko dalších poruch nebo rizikového chování v podobě různých závislostí, jak uvádí Ptáček a Ptáčková (2019). Léčba ADHD je tak zcela zásadní a nezbytná pro rozvinutí schopností a dovedností s cílem dosáhnout odpovídajícího sociálního a posléze profesního postavení (Doggett in Ptáček & Ptáčková, 2019).

Léčebný přístup, který má mít největší naději na úspěch, musí být komplexní, tedy zahrnující všechny potřebné vzájemně se podporující metody. Zaměřuje se především na farmakoterapii, psychoterapii a režimová a výchovná opatření (Goetz & Uhlíková, 2013). Zároveň je však potřeba zdůraznit, že žádná z těchto metod příznaky zcela nenapraví, ale pouze potlačí, takže je potřeba věnovat se jí a aplikovat v dlouhodobém horizontu.

Farmakoterapie

Je jedna z nejúčinnějších metod z celého spektra, která se k léčení ADHD využívá. Medikamenty, které se v současné době využívají, se dělí na dvě skupiny, podle skutečnosti, zda stimulují systémy neuropřenašečů noradrenalinu nebo dopaminu (Goetz & Uhlíková, 2013). Mezi tzv. stimulancia, která jsou v České republice nejběžněji využívána a ovlivňují dopaminový systém, se řadí látky metylfenidát, dextroamfetamin nebo pemolin. Nejdostupnější metylfenidát má krátkodobě působící formu farmaka – Ritalin (účinek až 4 hod.) a lék s dlouhodobým účinkem – Concerta (efektivně působící 10-12 hodin).

Mezi účinné látky nestimulační (tzv. ne-stimulancia) patří atomoxetin, v ČR je užíván přípravek Strattera. Jeho výhodou je dlouhodobější působení (aplikace 1x denně), ale k plnému účinku dochází až po měsíci užívání. Má podobně jako u stimulancií pozitivní vliv

na zlepšení kognitivních (zlepšení koncentrace pozornosti, paměti a přesnosti, schopnosti dokončovat práci), motorických a sociálních funkcí (Ptáček & Ptáčková, 2019).

Potvrzení diagnózy ADHD však nezbytně neznamená, že jedinec má být léčen farmakologicky. Je zde potřeba důkladně posoudit všechny faktory, tedy nejen cíle léčby a její účinnost (popř. vedlejší účinky), ale i další podmínky, především pak postoj rodičů k aplikaci těchto přípravků (Goetz & Uhlíková, 2013).

Psychoterapie

Tento přístup je základní součástí komplexní léčby poruchy ADHD. Představuje širokou řadu technik a možností léčby jako například speciální sociální výcvik nebo klasickou či skupinovou terapii. Patří mezi ně ale i kognitivně behaviorální psychoterapie (KBT, CBT), která se jeví jako nejvíce prospěšná. Pracuje s principy rozpoznávání zažitých a opakujících se schémat myšlení nebo jednání dítěte a jeho cíl je poté pomocí rozboru nalézt a nacvičit optimální nebo vhodnější způsob chování vedoucí ke zlepšení výkonu (Goetz & Uhlíková, 2013). Dalším důležitým cílem terapie je prostřednictvím poradenství posílit vzájemnou spolupráci mezi dítětem, rodinou a psychoterapeutem při zvládnání projevů ADHD a to zejména v případech, kdy:

- dítě nebo jedinec má obtíže přijmout diagnózu a její farmakoterapii
- medikace je účinná pouze částečně nebo vůbec
- jedinec má komorbidní diagnózy (např. depresi či úzkostnou poruchu)

Behaviorální terapie je tedy cílenou intervencí nejen směrem k dítěti, ale zároveň učí pomáhat poruchu zvládat i rodiče a učitele, jak uvádí Ptáček a Ptáčková (2019).

Režimová a výchovná opatření

Tato metoda, která souvisí s ostatními jako součást celkové léčby, spočívá v principu systémové změny režimu ve školním prostředí a v rodině tak, aby dítě lépe a efektivněji pracovalo. Jde zejména o motivaci, organizaci času a rozdělení jednotlivých úkolů (Ptáček & Ptáčková, 2019). Velmi důležitá je v tomto ohledu spolupráce učitelů s rodiči tak, aby postupovali v rámci režimu jednotně a nastavili tak společně určitá pravidla. Žádoucí je zde

respektovat skutečnost, že každé dítě/žák s ADHD má své charakteristické vlastnosti a schopnosti a zvolené postupy tak nemusí nezbytně fungovat pro každého jedince stejně (Kendíková, 2019).

3.2 Práce s dětmi s poruchou ADHD ve školním prostředí

...Naší odpovědností je, abychom se ve školách v týmové spolupráci společně všemi prostředky zasadili o to, aby se účinně vycházelo vstříc potřebám těchto dětí. Musíme dětem vytvářet takové prostředí a vybavit je takovými dovednostmi a strategiemi, aby byly schopné se s dostatečným sebevědomím dále rozvíjet a aby prožívaly okamžiky uspokojení, ne pouze zklamání... (Riefová in Goetz & Uhlíková, 2013, s. 131)

Přestože práce s jednotlivými dětmi/žáky s poruchou ADHD má svá specifika, je zde několik zásad, která by měla být při práci s nimi dodržena. Jedná se především o pečlivé poznání žáka tak, aby spolupráce mezi ním a pedagogickým pracovníkem vedla k usnadnění vzdělávání a předcházela možným nedorozuměním. Je vhodné poznat jeho projevy nebo odlišnosti, jeho reakce na zátěžové situace, ale také jeho rodinné a sociální zázemí (Kendíková, 2019). Jak je následně uvedeno tamtéž, další důležitá pravidla jsou zejména:

- žáci s ADHD potřebují strukturovat režim tak, aby měl svá jasná a pevná pravidla. Mezi ně patří dodržování jednotlivých činností v určité pravidelnosti
- potřeba nalézt žákovy silné stránky a umožnit tak žákovi zažít pocit úspěchu například tím, že mu pedagog umožní prezentovat se jinou formou při ověřování jeho znalostí
- motivovat žáka například oceněním jeho práce v podobě pochvaly. To je nezbytná součást k růstu sebevědomí a posilování osobnosti žáka
- pracovat s celou třídní skupinou na vedení ke vzájemnému respektu, navzdory rozdílným schopnostem jednotlivých žáků. Zároveň však také monitorovat inkluzi žáků se SVP do kolektivu
- otevřeně komunikovat a to nejenom se žáky v dané školní skupině, ale zároveň s jejich rodiči, být přístupný ke spolupráci při řešení jednotlivých otázek a problémů
- nevěnovat žákovi s ADHD přílišnou pozornost zejména s ohledem na sebevědomí žáka
- být trpělivý, optimistický a nápomocný při plnění zadaných úkolů

Právě poslední uvedený bod je důležitý nejen k pomoci naplnění potřeb žáka s ADHD, ale zároveň také k uchování duševní pohody pedagogického pracovníka v rámci jeho činnosti (Lewisová, 2018).

Goetz a Uhlíková (2013) k výuce dětí s poruchou ADHD uvádí potřebu vhodného studijního prostředí, tedy ideálně usazení těchto žáků do první řady lavic s tradičním uspořádáním k omezení rušivých podnětů. Úkoly by měly být stručné, jasné a srozumitelné a v případě možnosti podpořeny různými učebními a instruktážními pomůckami. Zároveň je k úspěšnosti výuky důležité poskytnutí bezprostřední zpětné vazby v podobě hodnocení či pochvaly. Náročnější práce by měly být s ohledem na klesající schopnost dětí udržet pozornost prováděny ráno, s případnou změnou tempa k optimalizaci výkonu. Vhodné jsou i krátké přestávky nebo častější změny činností.

K eliminaci dalších typických příznaků dětí s ADHD jako je zapomínání, je vhodné vytvořit nějaký funkční podpůrný systém (např. diář, kartičky), při horších výkonech u samostatných činností (především písemných úkolů) pak využívat alternativní postupy, například ústní odpovědi. Případné tresty by pro tyto jedince měly být mírnější a rozhodně méně časté než pochvaly, tak, aby si děti neodnášely ze školy do dalšího společenského života pocity selhání a nízkého sebevědomí, zdůrazňuje dále Goetz a Uhlíková (2013).

3.3 Školství - legislativní rámec

Základní právní normu pro vzdělávání žáků představuje zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), do které zároveň spadá vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, tedy i žáků s poruchou ADHD. Problematice těchto žáků se věnuje především §16 – 19 výše zmíněného zákona, ale například i vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálně vzdělávacími potřebami a žáků nadaných (ve znění pozdějších předpisů), která doplňuje školský zákon. V případě vyhlášky se jedná se o předpis, který mimo jiné definuje pojem podpůrná opatření (PO), jejich zásady a uplatňování. Dále například upravuje náležitosti pro individuální vzdělávací plán (IVP), plán pedagogické podpory (PLPP) nebo činnosti asistenta pedagoga (Kendíková, 2019).

Žáci se speciálně vzdělávacími potřebami (SVP) mají tedy dle školského zákona právo na bezplatné poskytnutí podpůrných opatření, která se člení do pěti stupňů a pomáhají dětem lépe překonávat překážky při vzdělávání. Druhý až pátý stupeň PO je na doporučení školského poradenského zařízení a při jeho uplatnění se dbá, aby bylo vždy v souladu s potřebami a zájmem žáka. Je zde zároveň nutný informovaný (písemný) souhlas zákonného zástupce dítěte (Zákony pro lidi).

V souvislosti s tématikou ADHD zde uvádím také vyhlášku 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (v platném znění), kde jsou podrobně uvedeny činnosti odborných pracovníků ve školských zařízeních, tedy zejména speciálních pedagogických centrech (SPC) a pedagogicko-psychologických poradnách (PPP). Jedná se o pracovníky jako speciální pedagog, školní psycholog, výchovný poradce nebo metodik prevence, jejichž aktivity vedou ke zkvalitnění vzdělávacího a výchovného procesu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (MŠMT ČR, 2021).

4 PRAKTICKÁ ČÁST – PŘÍPADOVÁ STUDIE ŽÁKYNĚ 4. TŘÍDY ZŠ

4.1 Cíl práce

V této části bakalářské práce se věnuji případové studii zaměřené na poruchu pozornosti jako symptom ADHD u dívky - nevlastní dcery, která nyní navštěvuje 4. ročník základní školy v okrajové městské čtvrti krajského města. Cílem studie, která je časově ohraničena od nástupu dívky na ZŠ po ukončení 3. třídy, tedy mezi školní roky 2019/2020 až 2021/2022, je zjistit a interpretovat vznik a vývoj poruchy pozornosti a aktivity při vzdělávání, které se ovšem vlivem pandemie Covidu neomezilo pouze na školní prostředí, ale zároveň také částečně na to domácí. Důležitý tak bude pohled nejen pedagogických pracovníků, které byly s žákyní v uplynulých 3 letech v intenzivním kontaktu - bývalé třídní učitelky a asistentky pedagoga (ta nebyla přidělena přímo dívce, nicméně jí v mnoha úkolech pomáhala), ale také rodičů dívky, asistujících při výuce z domácího prostředí. Dalším důležitým cílem studie je shrnutí a interpretace vyzkoušených prostředků vedoucích k optimalizaci výkonu, tedy způsobu jak tyto příznaky zmírnit, což je podstatné a potřebné pro zkvalitnění a zefektivnění činnosti dívky nejen při další výuce.

Ke specifikaci a zhodnocení zmiňovaných cílů vedou níže položené výzkumné otázky.

Výzkumné otázky

- 1. Jaké byly projevy poruch ve výuce?**
- 2. Jaké byly projevy poruch v čase?**
- 3. Jaké jsou u dívky osvědčené způsoby k minimalizaci projevů a efektivnější práci?**

4.2 Metodologie

4.2.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je takovým přístupem, jehož smyslem je zkoumat určité jevy, události nebo jedince v přirozeném (autentickém) prostředí s cílem získat co nejucelenější obraz – tedy detailní a komplexní informace o studovaném předmětu nebo jevu z co nejvíce dostupných zdrojů. Tyto zdroje mohou být všechny formy pozorování a rozhovorů, analýzy jednotlivých dokumentů apod., a souhrnně se nazývají metody sběru dat. Podstatou výzkumu by pak mělo být odhalit a předložit zájemcům skutečnosti, jak tyto jevy ovlivňují a utvářejí sociální realitu. Jedním z přístupů, který patří mezi základní kvalitativní výzkumné designy nejenom ve společensko – vědních disciplínách je případová studie (Švaříček & Šedřová et al., 2007). Uvedená výzkumná strategie, která se někdy také nazývá kazuistika, je použita i zde.

4.2.2 Metody sběru dat

Data jsou pořízena a zpracovávána dle tzv. **triangulace**. Tato metoda má své specifikace, kdy její podstatou a zároveň největší předností je cílené hromadění co možná největšího možného množství dat a zdrojů pro komplexní zachycení lidského jednání (nebo studovaného jevu) z více perspektiv, což je podstatné pro celkový kontext studie a zároveň prohloubení úrovně zkoumaného jevu. Triangulace tedy rozšiřuje celkový záběr a dále ukazuje na různorodost pohledů. Je zde určitá míra pravděpodobnosti, že některá data získaná pomocí triangulace mohou být ve vzájemné kolizi, úkolem výzkumníka však není „rozhodovat o správnosti jednotlivých pohledů“, ale především hledat odpovědi na výzkumné otázky (Švaříček & Šedřová et al., 2007).

4.3 Případová studie

Účelem případové studie je zkoumání jedné či více událostí vedoucí k lepšímu porozumění objektu nebo sociálních jevů u sledovaného případu. Základem šetření je sběr skutečných dat, které se vztahují k případu či objektu výzkumu. Mezi největší přednosti případových studií patří zejména to, že výsledky jsou snadno srozumitelné širšímu spektru zájemců a dále fakt, že zachycují unikátní okolnosti zkoumaných problémů, které mohou být pro ostatní přístupy problematické. Mezi nedostatky můžeme uvést skutečnosti, že výsledky

není možno zobecnit, studie jsou často založeny na subjektivních interpretacích, které mohou být zkresleny například zaujatostí výzkumníka (Švaříček & Šedová et al., 2007).

Nasbíraná data, se kterými dále pracuji, lze rozdělit na jednotlivé anamnézy. Ze školního prostředí jsou to zejména reflexe pedagogických pracovníků v návaznosti na hloubkové polostrukturované rozhovory, jejichž cílem je získat detailní informace o studované žákyni. Rozhovory probíhaly formou otevřených otázek (předem připravených), které se v průběhu nepatrně doplňovaly a upravovaly dle potřeby studie. Dalšími zdroji dat poté byly reflexe rodičů z domácího prostředí a dále dokumenty z vyšetření.

4.3.1 Osobní anamnéza dítěte

Šárka se narodila v roce 2013, do 1. třídy základní školy vstupovala ve školním roce 2019/2020. Škola se nachází v jedné ze čtvrtí krajského města, ve stejné lokalitě bydlí i dívka. Ve volném čase Šárka ráda sportuje (atletika, plavání) a baví jí číst. Ve školském zařízení byla Šárka monitorována s podezřením na poruchu pozornosti od začátku druhé třídy, na konci školního roku proběhlo vyšetření v PPP s doporučením vést dívku dle 2. stupně PO a podstoupit následné vyšetření psychiatrické pro potvrzení diagnózy. Následovalo vyšetření diagnostickou metodou EEG (elektroencefalografie), kdy tato metoda odhalila lehkou abnormalitu v přední části mozku (CNS). Porucha pozornosti a aktivity (ADHD) u Šárky byla definitivně stanovena (diagnostikována) v průběhu třetí třídy před koncem 1. pololetí, kdy byla zároveň nasazena podpůrná medikace.

V rámci systému klasifikací se porucha značí jako porucha s převahou nepozornosti (314.00) dle manuálu DSM 5, nebo porucha aktivity a pozornosti (F90.0) dle manuálu MKN 10.

Pozn. Data k jednotlivým anamnézám byla poskytnuta zákonným zástupcem dívky (matky) a s informovaným souhlasem obou zákonných zástupců také použita pro účely této práce.

Dokumenty z vyšetření

Z pedopsychiatrické zprávy (ze dne 17.1.2022)

Těhotenství matky bylo bez komplikací, porod v termínu, bez potíží. Kojena tři měsíce. V devátém měsíci měsíční rehabilitace dle Vojty – dívka nechtěla sedět, jinak psychomotorické funkce v pořádku. Období vzdoru v jednom roce, jako miminko hodně

uplakaná a vzteklá. Samostatná chůze ve 13. měsících, řeč až po 3. roce. Zraková korekce od dvou let. V péči logopeda od 5 do 7 let, nyní bez potíží. Píše levou rukou.

Od dvou let navštěvovala jesle, od tří let mateřskou školu. Adaptace na pobyty v předškolních zařízeních probíhaly v pořádku, v MŠ vyhledávala často kontakt dospělých, kamarádky neměla. Nástup do 1. třídy základní školy byl řádném termínu.

Ze zprávy ŠPZ (PPP) ze dne 8.6.2021:

Do druhého pololetí 2. třídy nebyla dívka ve škole vedena podle žádného ze stupňů podpůrných opatření, ale při vyučování bylo zohledněno její pomalé tempo, byla využívána sdílená asistentka pedagoga a spolupracovalo se se školním psychologem.

❖ Část speciálně pedagogická (percepčně-motorické funkce)

Sluchová paměť krátkodobá i pracovní jsou oslabeny, je nutná stimulace (je potřeba se opakovaně přesvědčovat, zda dívka chápe instrukce a zda se neodchyluje od zadání). Sluchová analýza i syntéza, sluchová diferenciaci, fonologická manipulace a prostorová orientace jsou na dobré úrovni – odpovídají stupni výuky.

Percepce a reprodukce rytmu, vizuální diferenciaci a grafická motorika (test obkreslování) jsou na podprůměrné úrovni, objevují se zde chyby a nepřesnosti.

❖ Základní školní dovednosti

U čtení slabik, bezobsažného textu a souvislého textu – pomalejší pracovní tempo, chybovost. Čtení s porozuměním – dobré pracovní tempo (odpovídá stupni výuky) chyby z nepozornosti, diktát – pomalejší pracovní tempo – chybovost minimální.

Závěr z vyšetření

Na základě vyhodnocení výsledků vyšetření, ale zejména s přihlédnutím k poruše soustředění se doporučuje dívku vést podle převažujícího 2. stupně podpůrných opatření.

4.3.2 Rodinná anamnéza

Šárka žije v současné době ve čtyřčlenné domácnosti, tedy s matkou, matčíným partnerem (nevlastním otcem) a mladší sestrou. Rodina žije v bytě 4+1 v bytovém domě v klidné lokalitě městské zástavby. V minulosti spolu biologičtí rodiče žili do dvou let věku dívky, dále

bydlela matka s dcerou sama. Se současným partnerem spolu začali bydlet ve čtyřech letech věku dívky. Otec (biologický) se aktuálně se Šárkou vídá pravidelně o víkendech, mají spolu pěkný vztah. Spolupráce otce a matky ve vztahu k Šárce je velmi dobrá až nadprůměrná. Vztahy v domácnosti jsou klidné, po narození mladší sestry (2018) je občasné znát rivalitu obou dívek. Zázemí rodiny je stabilní, volný čas tráví společnými výlety nebo návštěvami dětských center. Dále je Šárka v pravidelném kontaktu s prarodiči, u kterých příležitostně tráví volný čas. Kontakt se školskými zařízeními obstarává matka, ve výchově se partneři shodují, a to včetně biologického otce. Domácí přípravu do školy dělá dívka většinou s matkou.

Matka (1985), otec (1980), ani matčin současný partner (1984) se s ničím neléčí ani netrpí žádnou vývojovou poruchou.

Reflexe matky (z rozhovoru do zprávy PPP)

„Neudrží pozornost, jakmile je nějaký jiný podnět, tak se otáčí. Musí hned všechno sdělit“

„S učením vyloženě problém není, ale vadí jí časový tlak, pak vynechává slova, je stále roztěkaná a neustále kouká kolem. Vynechává háčky a čárky, zaměňuje písmena“

„Je bordelářka, má ve všem strašný chaos“

„Špatně čte, přestože to trénujeme každý den půl hodiny. Stejně tak má velký problém naučit se třeba hodiny, to také velmi často trénujeme, ale další den si to už nepamatuje“

„Do školy chodí ráda, baví jí, je nadšená“

„Do kolektivu až do třetí třídy moc nezapadala, kamarádky neměla, držela se dospělých. Nemá potřeby navazovat kontakty s dětmi. Nikdo za ní ze školy nechodil, scházeli jsme se s dětmi mých kamarádek. Až poslední dobou se to zlepšuje, občas už si přivede kamarádku k nám, jsem za to velmi ráda“

„Nerozčiluje se, nevzteká, výchovné problémy ve škole nemá.“

„Denní rutinu stále moc nezvládá, ani ve stejném režimu... pořád jí musíme připomínat základní věci, ať si vyčistí zuby, ať se napije, ať si připraví tašku, ať si po sobě uklidí...“

Reflexe nevlastního otce (z pozorování)

V době docházky do předškolního zařízení jsme u Šárky nezaznamenali žádné vývojové abnormality psychického ani fyzického charakteru. Zpozorovali jsme pouze skutečnosti, že Šárka dává přednost kontaktu s dospělými lidmi před vrstevníky a vždy si něco u sebe nosila po kapsách, což nám ale vůbec nepřišlo jako něco zvláštního. Po nástupu do první třídy ZŠ jsme úměrně zvýšili požadavky na Šárčinu „vlastní obsluhu“ jako například samostatná hygiena, oblékání se, uklízení si ve svém dětském pokoji. Tam jsme pozorovali problémy, o nějaké souvislosti s ADHD jsme však neměli tušení. O této poruše jsme vlastně ani nic nevěděli. Ještě jsme si u Šárky všimli takových „nemotornějších“ pohybů, které působily někdy až legračně, ale nepřikládali jsme tomu žádnou váhu. Ze školy jsme měli signály o určité roztěkanosti, výchovné problémy nebyly žádné. Možnost náhledu do výuky pro nás přišla v době, kdy začala kvůli pandemii Covidu 19 výuka on-line (konec první třídy a začátek druhé třídy) a my měli možnost sledovat jednotlivé činnosti ve vyučovacích blocích (a měli srovnání s ostatními dětmi při výuce). Šárka často nestíhala tempu výuky, odcházela od počítače nebo si prostě jen s něčím hrála a nevěnovala se výuce, případně vykřikovala na paní učitelku odpovědi ještě před dokončením zadání, při psaní vynechávala písmenka. Z přestávek jsme vyzorovali, že oproti ostatním dětem je sociálně méně „vyzrálá“, témata, které řešily ony, ji nezajímaly, a naopak...

V průběhu druhé třídy, po návratu do školy, jsme se s paní učitelkou a školním psychologem shodli na dalších vyšetřeních pro potvrzení poruchy. Na začátku 3. třídy vzhledem k větší obtížnosti i objemu domácích úkolů jsme se dostávali až na limitní možnosti Šárky zvládat je obsahově správně a nestrávit u nich celý den (zejména angličtina a přepisování textů), a to i přesto, že jsme se snažili využívat veškeré prvky, které nám při učení pomáhaly - tedy eliminovat veškeré rušivé podněty, učit se ve stejnou dobu v pevně daném režimu a využívat časté přestávky. Na konci pololetí při potvrzení diagnózy jsme se na podnět ze školního prostředí po konzultaci s lékařem rozhodli pro podpůrnou medikaci (Ritalin), jejíž užívání mělo pozitivní vliv na koncentraci pozornosti, což jsme ověřili o víkendech při domácí přípravě. Zde byly patrné rozdíly mezi kvalitou práce Šárky po nasazení stimulační látky a běžným stavem, tyto rozdíly se však během několika málo hodin vytrácely. Postupně se podle mne situace stabilizovala a příznaky spojené s poruchou pozornosti a pracovním

tempem už se nezhoršovaly, tudíž nebyly nutné další opatření jako například žádat o individuální vzdělávací plán nebo nějaké úlevy při výuce.

4.3.3 Školní anamnéza

Pozorování speciálního pedagoga (ze zprávy PPP):

„Šárka je velmi milá a šikovná dívenka, která bez problémů navázala kontakt. Zadaným pokynům rozuměla. Při práci je pečlivá, pracuje ale pomalým tempem. Během činností se nechá lehce rozptýlit např. zvuky z chodby a auta z ulice – a tím se i prodlužuje potřebný čas k jejich zvládnutí. Nerada píše, a tak se během diktátu opakovaně ptá. Kolik ještě zbývá vět do konce. O škole hovoří dobře a má i své kamarády.“

„Potíže dívka pociťuje v českém jazyce (diakritika, záměna tvarově podobných písmen) a v anglickém jazyce (paměť na slovíčka). Obecně má potíže s udržením dostatečné pozornosti, s neklidem a pomalým pracovním tempem. Z předmětů vyniká v matematice a tělocviku. Ve škole sedí v první lavici.“

Rozhovor třídní učitelka

(T - tazatel , TU – třídní učitelka), rozhovor probíhal dne 21.12.2022

T: *Co se Vám vybaví, když řeknu jméno ŠH?*

TU: Zprvu, když jsem Šárku viděla, tak mě napadlo, že je to takové to spokojené dítě, které se do školy těší, že je taková společenská, ale že jí to víc táhne k dospělým než k dětem. Měla ze všeho radost, cokoliv se povedlo, ani se nehroutila, když se něco nepovedlo, a snažila se dotahovat věci do konce i když věděla, že tam má nějaké problémy, žádné úlevy nechtěla. Snažila se mít všechno precizně a být ve stejné rovině jako všechny ostatní děti.

T: *Kdy jste si u Šárky začala všímat projevů, které by mohly mít spojitost s poruchou ADHD?*

TU: Zprvu jsme si myslely (s asistentkou pedagoga), že se tam jedná jen o sociální nezralost, ale na úrovni těch základních znalostí tam jiné problémy nebyly. Začalo se to projevovat, až když ostatní děti dělaly větší pokroky třeba v četbě a ona se nedokázala soustředit na ta písmenka, nedokázala ta slova spojovat tak rychle... takže tam asi jsme začaly bystřit, co se děje, že to asi nebude jenom ta nezralost (ale analýzu a syntézu zase měla úplně v pohodě)

a potom jako přicházela rychle únava, byť ona nevyrušovala, ale bylo vidět, že už jí ta práce stojí daleko více sil. Pořád se tady bavíme o první třídě. Pak se přešlo do druhé třídy, tam už byly třeba opisy delší a tam už se začínaly projevovat i ty chyby, už to nestačila po sobě kontrolovat, už se na ní projevovale ta rychlejší únava, tam už jí začal unikat i text, co má psát... tam už jsme věděli...

T: Lze označit nějaké předměty, kde byly poruchy pozornosti zřetelnější?

TU: Nedělila bych to na předměty, ale spíše jednotlivé činnosti. Obecně se dá říct že větší problém byl v písemných činnostech než když se jen povídalo... a třeba u stříhání nebo jiných motorických věcí s tím trochu zápolila.

T: Jak se z Vašeho pohledu u Šárky projevovala nesoustředěnost a nepozornost?

TU: Když už budu mluvit o té druhé třídě - myslím po návratu z online výuky - kdy už to bylo zjevné, tak už začala pozorovat děti, začala znervózňovat, když už měly hotovo a ona ne, tak třeba jsme se snažily, abychom jí to zkrátily, abychom jí ulevily, ale ona sama nechtěla, spíše ty práce dělala déle... chvíli trvalo, než se s tím naučila pracovat, že jiné děti dělají už něco jiného než ona. Mezi pracemi pak potřebovala oddech, jinak se špatně soustředila na tu další činnost. Takže obecně jsme na ní musely jít pomaleji, ale chtěla ty věci dokončovat. Ve třetí třídě už začalo i otáčení se, taková ta roztěkanost, pořád něco držet v ruce, ukazovat dětem věci z aktovky a tak...

T: Jak se u Šárky vyvíjely projevy s ohledem na věk a množství učiva?

TU: No, čím se nabalovalo více učiva, tak tam už to nezvládala ani tou snaživostí, tam už jsme si k ní musely občas sednout a vysvětlovat, že je lepší udělat méně a kvalitněji... tam u ní to bylo opravdu tabulkově, že čím víc toho bylo, tím se ta nepozornost projevovala víc a víc. Zezačátku to nebylo poznat vůbec, potom už začala sledovat co se děje okolo, když to děti začaly nosit (vypracované úlohy) a potom už to vlastně bylo, že už si po sobě nedokázala kontrolovat ty práce, pracovat s takovou precizností, kterou by sama chtěla... takže čím více učiva tím to bylo o kousek horší... a pak už vlastně šla i známka trochu dolů a už jí to začalo i trápit, že jakoby nedostává ty jedničky... hrozně moc chtěla, hrozně moc se snažila a teď ono to nešlo... tak tam už jsme měly strach, aby se jí ta práce neznechutla. U angličtiny už pak měla úlevy, to byla pro ní fakt zátěž.

T: Jaký vliv měly podle Vás problémy s koncentrací pozornosti na její organizaci činnosti, pořádek nebo spolehlivost?

TU: Tu strukturu neměla, no, musely jsme jí věci nakrokovat, co jakoby dělat. Když jsme jí řekly tři pokyny najednou tak už nezvládala, začínala se cítit nejistě a dlouho jí trvalo srovnat se s tím systémem...ona měla třeba problém připravit si věci, slabší tu organizační schopnost, jak se říká "přehodit tu výhybku na jinou činnost" s tím zezáčátku strašně moc bojovala a vlastně se to projevilo, až když už to bylo nad tu její kompenzační schopnost. Ale takových dětí tam bylo více, takže se nečekalo jenom na Šárku, nebyla v tomhle sama... a spolehlivost si myslím, že na ADHD neměla vůbec vliv, to je spíš věc vlastností dětí, ona to chtěla mít všechno dobře. Pořádek na stole nebo organizace věcí, to jí bylo tak jako jedno... ale se spolehlivostí neměla žádný problém.

T: Jaké způsoby práce se Šárkou se ukázaly jako nejúčinnější s ohledem na tu koncentraci pozornosti?

TU: Hm, nejúčinnější... třeba jsme ji pak už neoslovovaly, ale klepaly ji na rameno, na oslovení buď nereagovala, nebo se pak zas naopak lekla, takže klepání na rameno se osvědčilo... pak pomáhalo, že mezi jednotlivými pracemi se chodila projít a pak až si práci třeba kontrolovala a pak se nám osvědčilo, aby si připravovala věci na další hodinu už před přestávkou, protože když pak (po přestávce) zazvonilo, tak strašně zmatkovla při té přípravě a trvalo to déle...

T: Osvědčuje se nějaká motivace Šárky k lepším výkonům, nebo motivujete jí nějak, je to vůbec třeba?

TU: Motivujeme každé dítě jinak, individuálně. Šárka šla po těch známkách a pochvale, takže Šárku nebylo potřeba nějak zvlášť motivovat. Chtěla sama všechno dokončit, i když jí to trvalo déle, dělala to ještě třeba celou přestávku... to jsme se jí snažily vysvětlit, že je lepší dát si tu přestávku, tam už stejně pozorovala jiné děti (o přestávce) a v další výuce už byla nesoustředěná, neodpočínutá. Takže Šárka se motivovala snadno, tam už byl hlavní motivátor ten její chtíč, spíš někdy až byla přemotivovaná.

T: Jak často bylo potřeba věnovat se Šárce při výuce ve srovnání s ostatními dětmi a jaké byly Vaše možnosti?

TU: Já mám hroznou výhodu, že tam byla přítomná paní asistentka, takže když bylo potřeba, učily jsme i tandemově, aby ta výuka byla plynulá ale všichni ji zvládali. Šárka konkrétně neměla problémy se zadáním úloh, ale potom bylo třeba ji právě ohlídat, aby jen nekoukala, aby opravdu pracovala, protože když zachytila začátek, byla schopna vyrovnat se tempu těm pomalejším „zdravým“ dětem. A bylo třeba ohlídat, aby měla připravené před prací věci, aby měla připravené jen ty věci, které jsou nutné a aby ji nerozptylovalo nic okolo a občas jen dotykem postrčit jako teď máš pracovat – pak to bylo dobré, pak nebyla potřeba nějaká speciální péče.

T: *Super, děkuji za rozhovor.*

Rozhovor asistentka pedagoga

(T - tazatel , AP – asistentka pedagoga), rozhovor probíhal dne 21.12.2022

T: *Co Vás napadne, když řeknu jméno ŠH, co se Vám vybaví?*

AP: No, holka, která potřebuje pozornost dospělých, s dětma se moc úplně nekamarádí nebo nenašla tam to pochopení pro sebe, jinak jako hodná, milá taková jako dobrosrdečná holka a v oblasti učení si myslím, že docela nemá problém až na to, že jí všechno trvalo dýl jakoby... ale byla snaživá a vlastně jí to ani nerozhodilo, že něco dělá dýl. Dokud prostě to nedodělala, tak furt pracovala...

T: *Kdy jste si u Šárky začala všímat projevů, které by mohly mít spojitost s poruchou ADHD?*

AP: No, my jsme si začly určitě říkat už od té první třídy, že Šárka je taková jako zvláštní, ale nepřirazovaly jsme to ADHD, ale spíš jako nedozrálosti nebo takovému nějakému zpožděnému vývoji..hlavně v té jako sociální stránce bych řekla..takže od první třídy nám přišlo, že je jakoby jiná než ostatní děti..takže v podstatě už od začátku..protože máme porovnání s ostatními dětmi, takže ona v tomhle vyčnívala, stejně tak jako vyčnívají jiné děti v něčem jiném...

T: *Jak se z Vašeho pohledu u Šárky projevovala nesoustředěnost a nepozornost?*

AP: Určitě měla problém s tím, že si hodně nosila spoustu věcí nebo si hrála s věcma v penále, měla vždycky kolem sebe prostě hromady věcí, které jí pořád jakoby přitahovaly, aby si s tím hrála, místo aby něco dělala, takže to jsme se postupně snažily eliminovat a

braly jí věci a tak. Potom když třeba ona, jakmile se něco dělo, že třeba děti odevzdávají paní učitelce práci a dělají tu řadu, tak Šárka v tom okamžiku přestávala pracovat a koukala co se kde děje, co kdo kde říká a tak... takže v tom taky jí to pak zabraňovalo v práci... a no jakmile se něco stalo, někomu něco spadlo tak ona samozřejmě hned koukala co se děje.

T: Jaký vývoj měly u Šárky tyto projevy s ohledem na věk a množství učiva?

AP: Takhle, já si myslím, že na začátku zas tolik učiva nebylo, takže projevy nebyly tak poznat, ale myslím si, že s tím věkem (nevím jak je to teďkon) ale nepřijde mi, že by se to úplně zhoršovalo, že ta její jakoby ta práce v hodině byla víceméně pořád stejná. Mě přišlo, že na začátku toho možná bylo míň a my než jsme věděly co jakoby jí je, tak jsme se soustředily spíše na to, že má na lavici nepořádek a pořád si s něčím hraje – to jsme později teda jako odstranily, ale v tom učení si myslím, že zas takový problém úplně neměla... možná jí pak vadilo když už bylo těžší počítání nebo něco takového, ale už si to přesně asi nevzpomenu – to už začínaly ty on-line výuky, a to už mi splývá... pamatuji si hlavně až tu třetí třídu a ta je těžší pro všechny děti, ale nepřijde mi, že by se to věkem a učením zhoršovalo, spíš si myslím, že ona se s tím už možná učila líp pracovat. Takový ty náročnější předměty jako je možná ta matika čeština, tam to bylo znatelnější, protože třeba prvouka zase není tak náročná na tu pozornost – tak ta intenzita není taková a není to tak náročné pro děti obecně... možná i angličtina, ta pak pro ní začla být těžší, no...

T: Jaký vliv měly podle Vás problémy s koncentrací pozornosti na její organizaci činností, pořádek nebo spolehlivost?

AP: No, tak jak jsem říkala má ta porucha (pozornosti) docela zásadní vliv na to podle mě, protože pořád jí něco vypadávalo z lavice – různé věci – měla tam vždycky hrozně moc věcí a ten pořádek se jí těžko udržoval, protože do školy nosila hodně věcí navíc nebo si kreslila různé dárky pro někoho a tak, takže to jí určitě ovlivňovalo v činnostech. A spolehlivost u Šárky... ona jako zrovna spolehlivá byla... když jsme po ní něco chtěly nebo tak, tak ona na to jako myslela, nemůžu říct, že ta porucha pozornosti by ji ovlivnila jako jiné děti, (máme tam dva další s ADHD a ještě jednoho s jinou poruchou) tak to se nedá porovnat.

T: Jaké způsoby vedoucí ke zlepšení koncentrace pozornosti se na základě Vaší zkušenosti ukázaly jako nejúčinnější?

AP: No určitě co nejmíň rušivých podnětů pro ní, takže omezit jí pracovní plochu jenom na to co vyloženě je nutný, a myslím, že hned v první třídě jsme jí přesadily a nechávaly jsme jí sedět v první lavici, aby jakoby neviděla ty děti před sebou, a pak výběr spolužáků s kým seděla – tam taky byl docela rozdíl. Takže jsme k ní vybíraly děti, který už byly takový klidný, soustředěný a nepovídaly si při hodinách.

T: Co se Vám osvědčilo při motivaci Šárky k udržení pořádku a dokončování zadaných školních prací?

AP: Nějaká extra motivace nebyla úplně třeba, protože ona je taková svědomitá a ona spíš si přijde pro to sama - jako třeba „paní asistentko už to mám hotový, podívejte se, tady se mi povedlo tohle a tohle“ ... takže ona si spíš o tu zpětnou vazbu řekne sama, přijde si pro tu pochvalu... a byla v tomhle důsledná, třeba když už všechny děti dopočítaly nějaké příklady a hrály si už na koberečku tak ona si to v klidu dopočítala...

T: Jak často bylo potřeba věnovat se Šárce při výuce ve srovnání s ostatními dětmi a jaké byly Vaše možnosti?

AP: No takhle, jako asistentka jsem byla přidělena jinému dítěti, ale jako práce asistenta je pomoci tam, kde je to potřeba. Takže občas jsem za Šárkou zašla, když se tam něco dělo, ale bylo tam jiné dítě, které mělo problém pořádk, takže jsem trávila hodně času s ním. Vlastně snažila jsem se pomáhat paní učitelce, aby výuka byla co nejplynulejší. Takže Šárce jsem se věnovala jen o trochu víc než ostatním dětem, spíš jen při dodělávání prací a úklidu, nebo nějaké upozorňování... nebylo to vyloženě, že bych s ní seděla a něco musela procvičovat jako s mým svěřencem...

T: Perfektní, já si myslím, že to takto úplně stačí, moc Vám děkuji za rozhovor

4.4 Analýza a interpretace dat

Jak uvádí Švaříček, Šedová a kol. (2007) u případových studií nejsou prozatím vyvinuty zaručené „specifické analytické procedury“, tedy celkové a obecně uznávané přístupy k zajištěným datům, což znamená, že každá studie je do jisté míry individuální s originálním analytickým a interpretativním výstupem. Určitým rámcovým návodem, jak při analýze zpracovávat empirická data mohou být dva přístupy. U prvního přístupu se jedná o

definování určitých témat nebo oblastí, mezi kterými se následně hledají vztahy. Druhým analytickým přístupem je pak orientace na celistvost zkoumaného případu nebo jevu, kdy cílem celé studie je popsat příčiny a následky, vývoj v čase a podobně. Oba přístupy je zároveň možno kombinovat a využít tak výhod obou typů (uvedeno tamtéž).

4.4.1 Odpovědi na výzkumné otázky

1. Jaké byly projevy poruch ve výuce?

Na základě názoru třídní učitelky lze uvést, že projevy poruch pozornosti byly u Šárky přímo úměrné k množství a obtížnosti probíraného učiva, tedy nejprve žádné nebo minimální a postupně se stupňující. Uvádí nejprve především **roztěkanost** plynoucí z vnějších podnětů (hraní si s předměty, otáčení se), poté slabší koncentraci pozornosti zejména při písemných činnostech a **pomalejší pracovní tempo**. Dále také **horší organizační schopnosti, nepořádek ve věcech** a rychlejší únavu, vedoucí ke generování chyb. V rozporu s tím se může jevit pohled asistentky pedagoga, která pozorovala projevy poruch ve výuce po celou dobu spíše konstantní a zejména zmiňovala (ve shodě s třídní učitelkou) projevy nesoustředěnosti (hraní si s předměty, které nebyly k výuce potřeba, reakce na rušivé podněty), nepořádek ve věcech a **obtížnější dokončování prací**. Obě ve shodě uvádí, že největší zátěží byla pro Šárku čeština a angličtina, asistentka zmiňuje i matematiku. S těmito projevy v podstatě souhlasí i speciální pedagog, který na základě náhledového pozorování uváděl **neklid, pomalejší tempo práce, snadné rozptýlení vnějšími podněty, potíže v opisech** v českém a anglickém jazyce. Totožné projevy poruch zmiňují i rodiče z výuky v domácím prostředí. S chováním, spolehlivostí ani motivací naopak neměla Šárka problémy žádné, všichni dotazovaní ji hodnotí jako „milou, šikovnou, dobrosrdečnou a pečlivou dívku“, s čímž se ztotožňuje i zpráva ze ŠPZ (PPP), která dále uvádí oslabenou sluchovou a pracovní paměť, pomalejší pracovní tempo u čtení i psaní a **podprůměrné grafomotorické schopnosti**.

2. Jaké byly projevy poruch v čase?

Asistentka pedagoga i třídní učitelka se shodují ve tvrzeních, že od nástupu do první třídy po celý **průběh prvního pololetí** nezaznamenaly ještě v důsledku nízké intenzity výuky **projevy poruch žádné**, obě se však také shodly ve zjištění, že Šárka působila dojmem

opožděného vývoje, resp. sociální nezralosti s upřednostněním kontaktu s dospělými jedinci než vrstevníky (tuto skutečnost uvádí i rodiče dívky a později i sociální pedagog). **Projevy poruch** a možná spojitost s ADHD **začaly** být dle tvrzení třídní učitelky patrné **v průběhu druhého pololetí první třídy** (menší pokrok v četbě, chyby v písemných činnostech, horší jemná motorika a rychlejší únava). Asistentka pedagoga uvádí, že kromě neustálého hraní si s předměty v jejím dosahu si žádné změny ve vývoji poruch v průběhu první třídy nevybavuje.

Vliv na pozorovatelnost projevů poruch v čase měla ale i pandemie Covidu 19, což zmiňuje ve shodě třídní učitelka, asistentka pedagoga i nevlastní otec dítěte, podle kterého nastává **viditelný bod** u těchto **projevů** při výuce z prostředí domova (**přelom první a druhé třídy**). Dle vyjádření třídní učitelky byly po návratu do školy (**konec prvního pololetí druhé třídy**) už **projevy nepozornosti** a pomalejší tempo „**zjevné**“. Na konci druhého pololetí 2. třídy (věk dívky v této době 8 let a 5 měsíců) po konzultaci mezi rodiči a pedagogickými pracovníky absoluuje Šárka vyšetření v PPP, které doporučilo vést dívku dle 2. stupně PO (zejména brát ohled na pomalejší pracovní tempo). **Na začátku třetí třídy** zmiňuje třídní učitelka větší obtížnost výuky, což podle ní vedlo i ke **zvýraznění projevů nepozornosti** a ke **zhoršení studijních výsledků**. S tímto se shoduje i nevlastní otec a uvádí potíže s domácími úkoly. To je v kontrastu s tvrzením asistentky pedagoga, podle které se projevy poruch v čase nezhoršovaly. **Na konci 1. pol. třetí třídy** byla u Šárky **potvrzena porucha pozornosti a aktivity (ADHD), ve druhém pololetí** už se pedagogičtí pracovníci o změnách - tedy zhoršení ani zlepšení - projevů poruch nezmiňují. Dle konstatování rodičů dochází ke **stabilizaci projevů** a to i s přispěním nasazeného podpůrného farmaka.

3. Jaké jsou u dívky osvědčené způsoby k minimalizaci projevů a efektivnější práci?

Třídní učitelka, asistentka pedagoga i rodiče shodně uvádí jako osvědčený způsob k větší efektivitě práce redukovat tzv. „rušivé“ podněty na minimum, tedy **omezit pracovní plochu a pomůcky** na to nejnútnejší, co je k práci potřeba a dále umožnit Šárce pravidelné a dostatečně dlouhé **přestávky** k eliminaci únavy. Ve školním prostředí se pak osvědčilo **přesazení** Šárky do první řady s vhodným výběrem spolužáka do sdílené lavice, dále **asistence** s přípravou pomůcek a poté i **dohled** v průběhu činností, což mělo zásadní vliv na

jejich dokončování. Osvědčenou metodou k práci se dle třídní učitelky ukázal místo oslovení podnět dotykem, tedy poklepání na rameno, příp. **jemné popostrčení**. V neposlední řadě to byla **zpětná vazba** vyučujících, ať už v podobě pochvaly či dobré známky, motivující Šárku k dalším činnostem. V domácím prostředí Šárky pak nevlastní otec zmiňoval **pevný strukturovaný režim**, který se ukázal jako účinný a efektivní.

Rekapitulace dat

Odpovědi na výkumné otázky 1 a 2 (projevy poruch ve výuce a v čase) tedy potvrdily rysy syndromu, na jehož variabilitu měly i v tomto případě zásadní vliv osobnostní charakteristiky dívky, ale i vlivy prostředí a interakce s ostatními jedinci. Zároveň lze konstatovat, že uvedené poznatky korespondují se závěry předních českých odborníků na tuto problematiku, kteří ve své literatuře zmiňují významnou variabilitu a individualitu nejen u příčin a projevů, ale i celkového vývoje poruchy ADHD. V bodě 3 (intervence, vedoucí k minimalizaci projevů poruchy a ke zlepšení výkonnosti), však už lze nalézt prvky, které můžeme s jistou opatrností generalizovat. Jedná se zejména o vytvoření adekvátních podmínek pro efektivnější práci. Patří sem především redukce okolních (rušivých) podnětů na minimum a individuální přístup k dítěti v komunikaci i v plnění úkolů. Velmi důležitý je také pevný a strukturovaný režim a zvláště pak pozitivní přístup (schopnost ocenit a pochválit), který dítě motivuje k dalším činnostem a aktivitě.

4.4.2 Limity výzkumu

V této věci (tedy analýze dat a následných zjištění) si zároveň uvědomuji, že data, která jsem zajistil jako výzkumník a současně také nevlastní otec dívky, mohla být při rozhovorech s pedagogickými pracovníky podvědomě ovlivněna a zkreslena právě touto skutečností. Stejně tak i moje interpretace závěrů (odpovědí na výkumné otázky) by mohla být nestranným hodnotícím posuzována jako zaujatá, ačkoliv já sám jsem se snažil o maximální míru objektivitu.

4.5 Diskuze

Také z mého pohledu je patrné, že u Šárky docházelo a stále dochází k vývoji poruchy, a to jak v průběhu času, tak i v návaznosti na zvyšující se množství a obtížnost učiva. Současné projevy se tak mohou stále transformovat (ať už žádoucím či nežádoucím směrem), nebo i zcela vymizet.

V souvislosti se vznikem poruchy a jejím vývojem v čase bych ještě rád poukázal na dva časové úseky.

Tím prvním je mezidobí od nástupu dívky do školy do doby, kdy byly zpozorovány první projevy této poruchy (druhé pololetí první třídy). Uvedené mezidobí jen potvrzuje fakt prezentovaný v předchozí části BP, že tento typ poruchy (ADHD s převahou nepozornosti, resp. porucha pozornosti a aktivity) je v počátečních fázích málo zřetelný a obtížně rozpoznatelný.

Druhým časovým rozmezím je pak doba od postřehnutí prvních projevů poruchy po stanovení diagnózy. Toto období trvalo téměř dva roky (diagnostické manuály pracují s min. dobou 6 měsíců). Zmíněná prodleva byla v tomto případě způsobena nejen časem potřebným ke komplexnímu posouzení stavu dívky pedagogickými a speciálními pracovníky ve školství a monitoringem jejích projevů, ale i zcela specifickými okolnostmi doby a jejími opatřeními, včetně poměrně dlouhé objednávací lhůty k vyšetření psychiatrickému pro konečné stanovení (potvrzení) diagnózy.

Právě konečné stanovení diagnózy pak vnímám jako zcela zásadní faktor, který v tomto případě umožnil užší spolupráci mezi odborníky v prostředí školy, i námi jako vychovávajícími rodiči. Tím došlo k lepší koordinaci denního režimu ve školním i domácím prostředí a vytvoření takových podmínek, které podstatně lépe vyhovují potřebám Šárky a zároveň také optimalizují a zkvalitňují společné soužití.

5 ZÁVĚR

Práce s dětmi s diagnostikovanou poruchou ADHD nebo jejími jednotlivými subtypy a komorbitami má svá specifika nejen při výuce, ale i výchově, jak už bylo zmíněno. Jako nezbytnou zde vnímám potřebu disponovat dostatečným množstvím informací o této problematice, ale i dovednost umět tyto znalosti aplikovat - tedy v podstatě být schopný využít souboru postupů, prostředků a metod, jak nejlépe a nejefektivněji pomáhat těmto dětem studovat a vyrůstat ve společnosti bez zbytečných sociálních překážek. Při práci s těmito jedinci je nutno respektovat nejen individuální projevy jejich poruch, ale zároveň osobnostní charakteristiky dětí samotných a jejich potřeby. Velmi důležitou součástí snahy usnadnit a zefektivnit práci při výuce i výchově dítěte s poruchou ADHD je komunikace a vzájemná součinnost mezi školou, rodinou, dítětem samotným i jednotlivými lékaři a odborníky.

V této práci, která měla být základním přehledem poznatků o poruše pozornosti a aktivity (ADHD), se volně prolínají dvě roviny. V první řadě je to rovina akademická, která je zcela zásadní pro vznik a kvalitu práce a která cílí na obsahovou souvislost jednotlivých kapitol a jejich celistvost, s důrazem na ústřední symptom „nepozornosti“ a jeho příznačné prvky u dětí mladšího školního věku. Dále jsou to také základní principy práce s těmito dětmi.

Rovina osobní, která strukturu práce utvářela a ovlivňovala, měla potom zásadní vliv na výběr témat do kapitol tak, abych sám získal co nejvíce informací, potřebných k podpoře dětí k překonávání bariér v osobním i školním životě. V souvislosti s tímto však musím zmínit, že ne všechna literatura, kterou jsem měl možnost díky této práci pročíst a studovat, byla na takové úrovni, abych z ní mohl nějaká data čerpat. Je to problém jak starší odborné literatury, která už je z hlediska terminologie a dále vlivem nových poznatků o variabilitě příčin, projevů a léčby poruchy nepřesná, tak zejména zdrojů z webových stránek, kde je vzhledem k aktuálnosti tématu značné množství informací, ale řada z nich bohužel neúplně kvalitní.

Tato práce mi přesto velmi pomohla pochopit okolnosti a ujasnit si jednotlivé souvislosti spojené se vznikem a vývojem této poruchy, ale zejména způsobům její eliminace. To bylo možné i díky údajům získaným z rozhovorů s pedagogy, kteří mi tak dali rozšířenou zpětnou vazbu, které si velmi cením. Tyto poznatky hodlám využít v budoucnu při práci s nevládní

dcerou a současně i s ostatními dětmi, budu-li k tomu mít příležitost. Pokud se mi zároveň podařilo touto prací vzbudit zájem o nastolenou problematiku byť jen jediného čtenáře, budu to také považovat za úspěch.

Stále je však potřeba mít na paměti, že porucha ADHD je problém zdravotní, který v současné době nelze zcela vyléčit, ale pouze mírnit jeho variabilní projevy. K tomu je zapotřebí kombinace všech dostupných typů léčby, které pak mají zásadní vliv na další osobní, školní i sociální život.

Seznam použitých zdrojů

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistic manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5™)*, Washington DC: American Psychiatric Association.
- Crider, C. (2022, July). *Can ADHD cause you to be chaotic and disorganized?* Healthline. <https://www.healthline.com/health/adhd-and-messy>
- De La Peña, I. C., Pan M. C., Thai, Ch. G., Alisso T. (2020, May). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Predominantly Inattentive Subtype/Presentation: Research Progress and Translational Studies*. National Library of medicine. PubMed Central. DOI:10.3390/brainsci10050292. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7287898/#B19-brainsci-10-00292>
- Dodson, W. (ed.) (2023) *What Is Inattentive ADHD? ADD Symptoms, Causes, Treatment*. Additude. <https://www.additudemag.com/slideshows/symptoms-of-inattentive-adhd/>
- Goetz, M., Uhlíková, P. (2013). *ADHD, porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén.
- Jucovičová D., Žáčková, H. (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita*. Praha: Grada.
- Kendíková, J. (2019). *ADHD – krok za krokem*. Praha: Dr. Josef Raabe.
- Kofler, M. J., Sarver D. E., Harmon S. L., Moltisanti A., Aduen P. A., Soto E., Ferretti N. (2017, 6. července). *Working Memory and Organizational Skills Problems in ADHD*. National Library of medicine. PubMed Central. DOI: 10.1111/jcpp.12773 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5729117/#R36>, 59(1): 57–67.
- Langberg J. M., Epstein J. N., Becker S. P., Girio-Herrera E., Vaughn A. J. (2012). *Evaluation of the Homework, Organization, and Planning Skills (HOPS) Intervention for Middle School Students with ADHD as Implemented by School Mental Health Providers*. National Library of medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209597/>, 41(3): 342–364.
- Lechta, V. (ed.) (2016). *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál. 341 – 351
- Lewisová, D. M. (2018, 5. listopadu). *10 Behaviour Management Tips For Children With ADHD*. Teachertoolkit. <https://www.teachertoolkit.co.uk/2018/11/05/behaviour-adhd/>
- Low, K. (2022, March 2). *ADHD and Motivation Problems*. Werywellmind. <https://www.verywellmind.com/adhd-and-motivation-20470>
- Ministerstvo Školství, Mládeže a Tělovýchovy (2021). *Vyhlášky ke školskému zákonu, Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských*

poradenských zařízeních. <https://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasiky-ke-skolskemu-zakonu?highlightWords=vyhl%C3%A1%C5%A1ka+72%2F2005>

- Munden, A., Arcelus, J. (2008). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.
- Plháčková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.
- Ptáček, R., Ptáčková H. (2019). *ADHD – Variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Karolinum.
- Riefová S. F. (2010). *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Praha: Portál.
- Švaříček, R., Šedová, K., et al. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (n.d.). *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)* <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2020). *Vývoj pozornosti a exekutivních funkcí*. Praha: Raabe.
- Winter, B. (2018). *Jak na ADHD a problémy s pozorností*. Brno: Edika.
- Zákony pro lidi (n.d.). *Vyhláška č. 27/2016 Sb. Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>
- Zpráva školského poradenského zařízení (PPP). (2021).
- Zpráva z neurologie. (2021).
- Zpráva z pedopsychiatrického vyšetření. (2022).