



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra psychologie a speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Sociální a emocionální vývoj jedince s ADHD

Vypracoval: Kokešová Lenka
Vedoucí práce: Mgr. Šnorek Václav

České Budějovice 2014

ABSTRAKT

Bakalářská práce „Sociální a emocionální vývoj jedince s ADHD“ (Attention Deficit Hyperactivity Disorders - hyperaktivita s poruchou pozornosti) se zabývá tím, jak se vyvíjí jedinci od narození, až do začátku dospělosti, a s jakými problémy se tito jedinci, jejich rodiče, pedagogové a celé okolí potýká. Vzhledem k tomu, že syndromem ADHD trpí minimálně 3-5 % dětské populace, je jisté, že s dítětem trpícím syndromem se setkává snad každý učitel. Osobnost učitele má důležitý vliv na vývoj žáka se syndromem ADHD, a převážně on ovlivní, zda bude mít dítě se syndromem ve škole odpovídající hodnocení a bude podávat odpovídající výsledky vzhledem ke svému intelektu, zda bude do školy chodit rádo, zda se mu v ní bude líbit nebo zda na školu bude mít jen špatné vzpomínky.

Syndrom poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou se v současné době označuje jako tzv. ADHD syndrom. Děti, kteří trpí touto poruchou bývají hyperaktivní, impulzivní a mají poruchu pozornosti. Z tohoto důvodu mají problémy s chováním a s učením převážně již od prvního stupně základní školy. I přes to, že inteligence dětí se syndromem ADHD není syndromem ovlivněna, ve většině případů jsou průměrně až nadprůměrně inteligentní, nedosahují tyto děti ve škole odpovídajících výsledků, často nosí špatné známky, za špatné chování poznámky či tresty, a jsou označeni před ostatními jako „lajdáci, hlupáci, grázlové, drzouni, atd.“.

Práce zahrnuje přehled současného poznání dané problematiky, především příčin vzniku ADHD, diagnostiky a typům ADHD, legislativě a možnostmi jak syndrom ADHD redukovat a ovlivňovat již od nejtělejšího věku, až po dokončení školní docházky. Ve výzkumu jsem se zaměřila na zhodnocení největších problémů jedinců, ovlivněných syndromem ADHD, které je provází od raného věku až do dospělosti, při studiu a trávení volného času, z pohledu učitelů, lékařů, rodičů a sociálních pracovníků. Výzkum bakalářské práce byl zpracován metodou kvalitativního výzkumu, kdy byla získány data pomocí 3 druhů anonymních dotazníků s uzavřenými, polootevřenými a otevřenými otázkami. Výběrovým souborem byli lékaři z dětského oddělení Nemocnice České Budějovice, z Dětské psychiatrické léčebny Opařany, učitelé ze základních škol v Týně nad Vltavou a pracovníci sociálního odboru MěÚ v Týně nad Vltavou.

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda žáci, pokud jsou jim zohledněny jejich specifické výchovné a vzdělávací potřeby, vykazují problémy ve výuce, zda jsou jedinci se syndromem ADHD v dětském kolektivu akceptováni a vzhledem k tomu, že dle výzkumů přetrvává syndrom ADHD až do dospělosti, zda je tato problematika laickou i odbornou veřejností vnímána či opomíjena.

Výzkumem bylo zjištěno, že žákům, kterým je pedagogicky umožněn jiný režim vyučovací hodiny, nebo jsou vyučovací hodiny rozděleny do více bloků a proloženy relaxačními prvky a je jim věnován individuální přístup, nevykazují odlišné výsledky v procesu edukace oproti zdravým dětem. Dále bylo výzkumem zjištěno, že děti se syndromem ADHD nejsou často akceptovány v kolektivu zdravých dětí, jelikož syndrom ADHD ovlivňuje život dítěte především zbrklostí, nepozorností, pohybovou nešikovností, svou impulsivitou, a to je důsledkem vyčleňováním těchto dětí z kolektivu a následná inklinace k problémovým vrstevníkům. Akceptovány jsou v kolektivu vrstevníků, kteří mají stejné nebo podobné výchovné a vzdělávací problémy. Jako poslední otázkou ve výzkumu zabýval tým, zda je problematika ADHD v dospělosti opomíjena či nikoliv. Z odpovědí lékařů bylo zjištěno, že více jak u 50 % jedinců syndrom ADHD v dětství neodezní a přetrvává až do dospělosti, u kterých je problém ADHD opomíjen. V osmnácti letech je jedinec propuštěn z péče sociálního pracovníka, v devatenácti letech je propuštěn z péče dětského psychiatra, psychologa a dětského lékaře. Od té doby, pokud se jejich psychický stav z nějakého důvodu nezmění, se již nikdo nezajímá o osud těchto lidí.

I přes to, že práce s dětmi nejenom se syndromem ADHD není lehká a vyžaduje od učitelů velkou dávku lásky, trpělivosti, znalostí a ochoty jim pomáhat, ač za to nejsou někdy dostatečně finančně ohodnoceni, přála bych všem dětem, a nejenom dětem se syndromem ADHD, kvalitní učitele, kteří nechodí do školy pouze „do zaměstnání“, ale berou tuto práci jako své poslání. Často svým přístupem ovlivní zbytek života žáka.

KLÍČOVÁ SLOVA: ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou, hyperaktivita, impulzivita, porucha pozornosti, poruchy chování, rodiče, učitel, lékař, učení, chování, vzdělávání

ABSTRACT

Bachelor thesis "Social and emotional development with individuals with ADHD" (Attention Deficit Hyperactivity Disorders) addresses how individuals develop from birth until early adulthood, and what problems these individuals, their parents, teachers and the whole neighborhood faces. Given that from ADHD syndrome suffer between 3-5% of the child population, it is certain that almost every teacher encounters with a child suffering from the syndrome. Personality of a teacher has an important impact on a development of a student with ADHD syndrome and influences mainly whether a child with the syndrome receives at school appropriate evaluation, will perform with adequate results with regard to their intellect and whether a child will like to go to school or will only have bad memories of school.

Syndrome of attention deficit disorder together with hyperactivity is also currently known as so-called ADHD syndrome. Children which suffer from this disorder tend to be hyperactive, impulsive and have attention deficit disorder. For this reason they have behavioral and learning problems mostly from the first grade of primary school. Despite the fact that the intelligence of children with ADHD syndrome is not affected by the syndrome and in most cases they have average to above-average intelligence the children do not reach adequate results at school. Often receiving bad grading or being criticized for bad behavior and receiving notes sent home. These children are identified by others as sloppy, fools, punk, thugs, cheeky, etc."

This thesis contains overview of up-to-date knowledge of this area (issue), above all reasons for ADHD, diagnostics and kinds of ADHD, legislation, possibilities of how to reduce ADHD syndrome and influence positively at a child as of very early age until the completion of the school attendance. In my research I have concentrated on evaluation of the main problems of individuals influenced by ADHD syndrome. These individuals suffer with ADHD as of early age up until adulthood during their studies and while spending free time. Taking into consideration the view of the teachers, doctors, parents and social workers. Study of the Bachelor thesis was prepared based on qualitative research method, the data were obtained from 3 kinds of anonymous surveys which were composed while using closed, semi-open and open questions. The studied group consist

of doctors from hospital - pediatric department in České Budějovice, from children psychiatric hospital in Opařany, teachers from the primary school in Týn nad Vltavou and social workers from department MěÚ in Týn nad Vltavou.

The aim of the research was to find out whether students if they are provided with specific educating and raising needs still show problems during tuition. If the individuals with ADHD syndrome are accepted by other children in a group, if based on the research persists syndrome ADHD until the adulthood and if this issue is perceived or ignored by layman and professional public.

During the research it was discovered that pupils, which are given by their teachers different mode/regime of lessons of if the lessons are divided into several blocks and interspersed with relaxation elements and is provided an individual approach, do not show different results in the process of education compared to healthy children. Furthermore I discovered that children with ADHD syndrome are often rejected from the group of healthy children, because ADHD syndrome affects a child's life especially by impetuosity, lack of concentration, carelessness, physical clumsiness, by impulsivity and it leads to exclusion of these children out from any team and subsequent inclination to similarly problematic peers. They are accepted in a group of peers who have the same or similar educational problems. The last topic of my research I addressed the issue of whether the ADHD syndrome is neglected in adulthood or not. From the responses of doctors I found that more than 50% of individuals with ADHD syndrome in childhood has not worn off and continues into adulthood, where the problem ADHD is neglected. At the age of eighteen years an individuals are released from the custody of a social worker, at the age of nineteen they are released from the custody of a child psychiatrist, a psychologist or pediatrician. If as of then their psychological condition does not change still nobody cares about the fate of these people.

Despite the fact that work with children with or without ADHD syndrome is not easy and requires from the teachers a great deal of love, patience, knowledge and willingness to help them, though sometimes their salary is not reflecting the dedication. I wish to all children and not just children with ADHD syndrome quality teachers who are not working at school only "to have a job", but see their job as its mission. Often with their approach

affects the rest of lives of their pupils.

KEYWORDS: ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder, , hyperactivity, impulsivity, attention deficit disorder, behavioral disorders, parents, teacher, doctor, learning, behavior

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2014

.....

Lenka Kokešová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Václavu Šnorkovi za trpělivost, odborné vedení, konzultace a podnětné rady. Mé poděkování patří i všem respondentům, kteří se trpělivě podíleli na empirickém šetření. Také bych chtěla poděkovat svým blízkým za podporou a trpělivost během studia.

OBSAH

ÚVOD	12
1 PŘEHLED KLÍČOVÝCH POZNATKŮ	13
1.1 Vývoj pojmu „ADHD“	13
1.2 Vznik ADHD	16
1.2.1 Dědičnost	16
1.2.2 Ostatní příčiny	17
1.3 Diagnostika a typy ADHD	18
1.3.1 Porucha pozornosti	19
1.3.2 Hyperaktivita	19
1.3.3 Impulzivita	20
1.4 Doprovodné příznaky ADHD	21
1.4.1 Porucha exekutivních funkcí	21
1.4.2 Nízká vytrvalost	21
1.4.3 Emoční labilita	21
1.4.4 Obtíže ve vztazích	22
1.4.5 Problémy v motorice	22
1.4.6 Jiné příznaky	22
1.4.7 Doprovodné zdravotní problémy	23
1.5 Příznaky ADHD podle věku dítěte	24
1.5.1 Kojenecký věk	24
1.5.2 Batolecí věk	24
1.5.3 Předškolní věk	25
1.5.4 Školní věk	25
1.5.5 Adolescence	25
1.5.6 Dospělost	26
1.6 Poradenský systém	27
1.6.1 Dětský psychiatr	27
1.6.2 Dětský lékař	27
1.6.3 Psycholog	27
1.6.4 Neurolog	27
1.6.5 Učitel	28
1.6.6 Školní speciální pedagog	28

1.6.7 Sociální pracovník	28
1.7 Poradenské služby a školská poradenská zařízení	29
1.7.1 Pedagogicko-psychologická poradna	29
1.7.2 Speciálně pedagogická centra	30
1.7.3 Střediska výchovné péče.....	30
1.8 Děti s ADHD mohou mít problémy doma	31
1.9 Pedagogické vedení dětí s ADHD	33
1.9.1 Osobnost učitele.....	33
1.9.2 Obecně doporučované pedagogické zásady	34
1.9.3 Role problémového dítěte	35
1.10 Školní docházka.....	37
1.10.1 Školní prospěch.....	37
1.10.2 První problémy dítěte v předškolním věku.....	38
1.10.3 Začátek školní docházky.....	39
1.10.4 Raný školní věk	40
1.10.5 Střední školní věk	40
1.10.6 Období puberty	41
1.11 Poruchy chování.....	43
1.11.1 Lhavost.....	43
1.11.2 Záškoláctví	44
1.11.3 Krádeže	44
1.11.4 Poruchy chování v době dospívání	44
1.11.5 Drogová závislost.....	45
1.12 Motivace učební činnosti	46
1.12.1 Demotivující činitele učení	46
1.12.2 Pozornost a učební výkony	47
1.12.3 Roztržitost.....	48
1.12.4 Zlepšování pozornosti žáků	48
1.12.5 Relaxace.....	48
1.13 Význam pohybu u dětí s ADHD.....	49
1.13.1 Psychomotorické hry	49
1.13.2 Jógová cvičení.....	51
1.14 Sociální význam syndromu ADHD	52

1.14.1 Učitel a hyperaktivní dítě.....	52
1.14.2 Rodiče a hyperaktivní dítě	53
1.14.3 Vztahy s vrstevníky.....	53
1.15 Volba vhodné školy pro uplatnění v budoucím životě.....	54
1.16 Legislativa a systém vzdělávání v České republice.....	56
2 VÝZKUM.....	57
2.1 Cíl výzkumu.....	57
2.2 Hypotézy.....	57
2.3 Místo a doba šetření	57
2.4 Metody	57
2.5 Výsledky výzkumného šetření u výzkumného vzorku č. 1	58
2.5.1 Souhrn výzkumu vzorku č. 1	66
2.6 Výsledky výzkumného šetření u výzkumného vzorku č. 2	70
2.6.1 Souhrn výzkumu vzorku č. 2	73
2.7 Výsledky výzkumného šetření u výzkumného vzorku č. 3	75
2.7.1 Souhrn výzkumu vzorku č. 3	78
3 DISKUSE.....	80
4 ZÁVĚR.....	84
5 POUŽITÉ ZDROJE	86
5.1 Knižní publikace	86
5.2 Internetové zdroje	88
5.3 Legislativa.....	89
6 PŘÍLOHY	90

ÚVOD

Téma ADHD jsem si vybral pro svou bakalářskou práci zejména proto, že se mě osobně dotýká. Diagnóza ADHD byla diagnostikována mému mladšímu synovi v sedmi letech, v průběhu první třídy základní školy, a již v té době jsme se začala zajímat o možnosti, jak co nejvíce zmírnit tento jeho hendikep, jak mu ulehčit školní i mimoškolní život. Cílem mé bakalářské práce je seznámit rodiče, pedagogy a sociální pracovníky s klady a zápory syndromu ADHD, s možností je co nejvíce eliminovat tak, aby jedinci s tímto syndromem mohli co nejlépe absolvovat školní docházku a vstup do rané dospělosti. V této souvislosti chci zhodnotit především přístupy pedagogických pracovníků k těmto dětem, kterým byl „dán do vínku“ tento syndrom a musí s ním žít a řešit každodenní problémy, co jim syndrom ADHD přináší.

Motto:

Nejlepším způsobem, jak dětem, jež nám jsou svěřeny, můžeme pomoci, je včasné diagnostikování poruchy a to, že co nejdříve provedeme rázné zásahy, aby se předešlo začarovanému kruhu selhání, frustrace a klesajícího sebevědomí dítěte. Naši odpovědností je, abychom se ve školách v týmové spolupráci společně se 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. Když děti podporujeme a odstraňujeme jim na cestě k úspěchu překážky, musíme být trpěliví, myslet pozitivně a snažit se dítě vnímat jako hodnotnou lidskou bytost, nikoli jako nositele některých specifických projevů chování.

(S. F. Riefová)

1 PŘEHLED KLÍČOVÝCH POZNATKŮ

1.1 Vývoj pojmu „ADHD“

Specifické poruchy učení a chování se objevovaly od samého počátku vzdělávání. Již od starověkého Řecka se dávaly do spojitosti faktory organické (tělesná konstituce) s osobnostními vlastnostmi. Z historického hlediska můžeme vědecký zájem o problematiku hyperaktivity pomyslně rozčlenit do tří stěžejních etap: na období jako „prehistorické“, trvající přibližně od 30. let 20. století, „historické“, které se datuje od počátku 60. let, jež je klasickou érou bádání, a období posledních 25 let, v němž se objevují stále nová empirická data, potvrzující neurologicko-biologický substrát syndromu a vzájemné interakce s dalšími etiologickými činiteli.⁽⁴⁾ V roce 1845 popsal německý lékař H. Hoffmann, jako první jev, který dnes nazýváme syndromem hyperaktivity. Popisná jednotka syndromu hyperaktivity často vycházela z etiologie a používala termíny jako syndrom minimálního mozkového postižení, minimální mozková dysfunkce, vývojová hyperaktivita anebo se označovala podle klinických příznaků jako hyperaktivní impulzivní porucha, hyperaktivní dětský syndrom a nověji porucha pozornosti s hyperaktivitou.⁽⁵⁾

Odborný zájem o poruchy učení a chování se datuje k přelomu 19. a 20. století, nicméně teprve v padesátých letech 20. století se stávají aktuálním problémem, kdy vzrostla důležitost vzdělání. Přispěl k tomu i pokrok v oblasti zobrazovacích metod v neurologii. Specifickými poruchami učení a chování se zabývali osobnosti jako Erasmus Rotterdamský, S. Kussmaul, P. Broca, P. Morgan, J. Kerr, A. Wernicke, S. T. Orton, J. A. Komenský, Brigitte Sindelarová a z našich odborníků psychiat prof. MUDr. Antonín Heveroch, Otakar Kučera, Otokar Chlup, J. Langmaier, J. Jirásek, MUDr. Z. Žlab, Karel Macek, který položil základy pediatrické diagnostiky lehkým mozkových postižení. Dřívější název syndrom minimálního mozkového poškození (Minimal Brain Damage Syndrome), který se přetransformoval do termínu minimální mozkové dysfunkce (Minimal Brain Dysfunction), pochází z 30. let 20. století. Vědci v této době rozlišovali skupiny osob s poraněním mozku od lidí s nepoškozeným mozkem a popsal

system narušení percepčních schopností, jazykových schopností, formování koncepcí, emocí a chování. Děti s poškozením mozkové tkáně byly označeny jako hyperaktivní (motoricky neklidné), roztěkané (řídící se impulzivně vnějšími podněty), impulzivní (neschopné plánovat dopředu své jednání), perseverativní (což zhoršovalo porozumění jejich záměrnému jednání), mající kognitivní deficity (zejména v oblasti předozadní orientace). U nás patří mezi první odborníky, kteří se zabývali problematikou lehkou mozkovou dysfunkcí, na přelomu 40. a 50. let v pražském sociodiagnostickém ústavu a v prvních pedopsychiatrických zařízeních, primář MUDr. Kučera, i když již v roce 1904 na tuto poruchu poprvé upozornil prof. Heveroch svými články „Dítě neposeda“. V roce 1962 doporučoval docent Šturma používání pojmu „lehká mozková dysfunkce“, protože zjistil, že se stále nemůže fakticky prokázat organické poškození mozku ve smyslu strukturálního poškození. Je to širší koncept, klade důraz na oslabené funkce bez ohledu na příčiny postižení, což umožňovalo zavádění psychologických a pedagogických intervencí. Nejznámější čeští zástupci, zabývající se tímto problémem, jsou prof. Matějček, Šturma, Langmeier.

Profesor Matějček považoval za významnou definici expertů z USA z roku 1980: „Poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci centrálního nervového systému. Když se porucha učení může vyskytnout souběžně s jinými formami postižení (jako např. smyslové vady, mentální retardace, sociální a emocionální poruchy) nebo souběžně s jinými vlivy prostředí (např. kulturní zvláštnosti, nedostatečná nebo nevhodná výuka, psychogenní činitelé), není přímým následkem takových postižení nebo nepříznivých vlivů“. ⁽¹⁹⁾

Pojem lehké dětské encefalopatie a posléze lehké mozkové dysfunkce byl podle Matějčka vytvořen proto, aby se dítě neoznačovalo nálepkou „darebák“, „lajdák“ atd. a vysvětlilo se okolí, že dítě za to, jaké je, skutečně nemůže, a proto ho ani nelze trestat.

(13)

Naše pedagogická i rodičovská veřejnost je v současné době poměrně dobře obeznámena s pojmy specifické vývojové poruchy učení (SPU) a lehké mozkové dysfunkce (LMD). V poslední době se však v literatuře stále častěji setkáváme s terminologií novou, Amerikou inspirovanou, která původní vžitě pojmy postupně nahrazuje. Nově zaváděné termíny přesněji vystihují stav dítěte, které má při učení určité problémy i přesto, že se ve svém názvu opírají pouze o jediný, i když podstatný symptom celkového stavu dítěte. Jedná se o syndromy označené zkratkami ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorders - hyperaktivita s poruchou pozornosti) a ADD (Attention Deficit Disorders - porucha pozornosti). Při popisu syndromu se upřednostňuje aspekt projevů v chování, což zesiluje význam rodičovské a učitelské diagnostiky. ⁽⁴⁰⁾

Syndrom ADHD je vývojovým opožděním, pro které je dále typická vysoká míra aktivity. Děti se syndromem ADHD tak nedokážou zůstat na jednom místě a jsou neustále v pohybu. Také jsou velmi impulzivní a mají malé sebeovládání. Tyto děti nejdříve na něco reagují nebo něco udělají a pak teprve přemýšlí. Dalšími příznaky syndromu ADHD jsou potíže s přechodem k jiné činnosti, nepřiměřené reakce dokonce i na drobné podněty, malá sebeúcta, sociální nevyzrálost a často také agresivní chování. Pro děti, které trpí syndromem ADHD, je typická porucha pozornosti, která se projevuje obzvláště tím, že se nechají snadno rozptýlit vnějšími podněty a mají problémy s nasloucháním a s plněním pokynů. Tyto děti se dále potýkají s tím, že příliš nedokážou zaměřit a udržet pozornost, velkým problémem pro ně je i soustředit se na úkol a dokončit jej. Je pro ně rovněž typické to, že podávají nevyrovnaný výkon ve škole – jsou jako by zasněné. Také bývají nepořádné a celkem často ztrácejí své věci. ⁽⁴⁰⁾

Výskyt syndromu ADHD se pohybuje zhruba u tří až pěti procent školáků, a to častěji u chlapců nežli dívek. Tuto poruchu jsou odborníci schopni zjistit až u dítěte staršího tří let. U lidí, kteří trpěli syndromem ADHD v dětství, se tato porucha často objevuje v období dospívání a bohužel přetrvává až do dospělosti. Většinou jsou to děti s průměrnou až nadprůměrnou inteligencí, těch s nadprůměrnou inteligencí v poslední době přibývá. Zhruba procento až dvě procenta dospělé populace splňuje kritéria pro syndrom ADHD.

1.2 Vznik ADHD

Příčiny vzniku syndromu ADHD jsou různorodé. Může za něj například dědičnost, onemocnění matky během těhotenství, strava během těhotenství, předčasný porod nebo užívání drog a alkoholu v těhotenství. Mezi lidmi je zažitý mýtus, že porucha ADHD je způsobena špatnou nebo nedostačující výchovou. I když tomu tak není, sám syndrom ADHD může výchovu dítěte výrazně zkomplikovat. Jakmile se ovšem psychologům v pedagogicko-psychologické poradně, kam dítě s tímto syndromem dochází, podaří nastartovat vhodný terapeutický program, symptomy ADHD, které řada lidí považuje za výsledek špatné výchovy, se zpravidla zmírní.

V současnosti se podíl vlivu jednotlivých faktorů odhaduje takto:

- dědičnost: 50 - 70 %
- komplikace během těhotenství, při a po porodu: 20 - 30 %
- pozdější vlivy 10 %

Jednotlivé vlivy se samozřejmě mohou vyskytnout pospolu: k dědičné dispozici se může přidat porodní trauma. Disponovaní jedinci mají pak i větší sklon k nehodám a úrazům. Z klinických zkušeností můžeme vyvodit, že vliv jednotlivých rizikových faktorů se kumuluje. ⁽³³⁾

1.2.1 Dědičnost

Již existuje řada důkazů, že na vzniku ADHD se dědičnost podílí přibližně z 80 %. Prozatím bylo objeveno již několik genů spojených s poruchou. Mnoho dětí má otce nebo matku, kteří v dětství trpěli také ADHD. Z výzkumů vyplývá, že více je dětí, které tuto poruchu zdědily po otci, a méně je těch, které ji zdědily po matce. Je známo, že ADHD se v některých rodinách vyskytuje opakovaně, má svůj původ v genech a proto jej nelze vyléčit, ale je možné dítěti pomoci, aby se s obtížemi dokázalo vyrovnat.

Tímto problémem se zabýval ve svém studii doktor Biederm se svým kolektivem z Massachusettské všeobecné nemocnice uskutečněný již v r. 1990. Tento výzkumný tým zkoumal 457 nejbližších pokrevních příbuzných (biologických rodičů a sourozenců) 75 dětí s ADHD. Vědci je porovnali s rodinami 26 dětí s jinými psychickými poruchami

a s kontrolním vzorkem rodin 26 dětí (bez jakéhokoli psychického problému). Zjistili, že 25 % nejbližších příbuzných dětí s ADHD rovněž trpělo touto poruchou. V porovnání s pouze 5 % nejbližších příbuzných z kontrolní skupiny dětí s jinými psychickými poruchami to znamenalo 500 % nárůst rizika, že příbuzný dítěte s ADHD trpí touto chorobou také. ⁽¹⁷⁾

1.2.2 Ostatní příčiny

V ostatních případech při vzniku poruchy přispívá různou měrou problémové těhotenství, prenatální vystavení alkoholu a tabákovému kouři, předčasný porod s výrazně nižší vahou novorozeněte, extrémní množství olova v těle a poranění prefrontální kůry v mozku po porodu. Podle některých názorů má na vznik a rozvoj hyperaktivity vliv nadměrné užívání cukru, přídavných látek a nadměrné sledování televize nebo špatného zvládnutí dítěte rodiči. Symptomy ADHD se mohou prohloubit u dětí používajících léky na epilepsii v důsledku jejich vedlejších účinků, které jsou však napravitelné. ADHD je porucha typická neurovývojovým opožděním s odchylkami ve vývoji centrální nervové soustavy a porušenou regulací na úrovni neurotransmitterových systémů (noradrenergního a dopaminergního). Tímto jsou pak ovlivněny prakticky všechny kognitivní funkce, prostřednictvím kterých člověk vnímá svět kolem sebe, jedná, reaguje, zvládá různé úkoly. Myšlenkové procesy dávají člověku možnost učení, zapamatování, přizpůsobování se neustále se měnícím podmínkám okolního prostředí. Kognitivní funkce rovněž zahrnují kromě paměti i koncentraci, pozornost, řečové funkce, rychlost myšlení, schopnost pochopení informací. ADHD jsou také vysoce rizikovým faktorem pro vznik dalších psychiatrických poruch. ⁽³²⁾

1.3 Diagnostika a typy ADHD

Diagnózu ADHD není snadné určit. Je totiž závislá na několika vzájemně souvisejících faktorech a na tom, do jaké míry zasahují do každodenního života jedince. Proto je nutné kromě fyzického a psychického vyšetření dítěte vyhodnocovat také informace od osob, se kterými přichází dítě do styku. Především od rodičů a učitelů. ⁽³¹⁾

Kritéria pro diagnostikování ADHD poskytuje Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV), v naší odborné literatuře pak Mezinárodní statistická klasifikace nemocí. ⁽⁴⁵⁾

Dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů je možné zařadit postižené děti do kategorie pacientů s poruchami chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání, konkrétně do skupiny F90 – Hyperkinetické poruchy, která přesně popisuje tyto jedince: „*Skupina poruch charakterizovaná časným začátkem, nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušené a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení*“. ⁽⁴⁵⁾

Příznaky ADHD lze rozdělit do tří kategorií: - nepozornost
- hyperaktivita
- impulzivita.

Nejvíce nápadné jsou děti s převládající nadměrnou aktivitou, naopak děti s převahou příznaků pramenících z poruchy pozornosti mohou působit jako zasněné, netečné, líné a nedbalé. ⁽³⁶⁾

1.3.1 Porucha pozornosti

Porucha pozornosti se projevuje problémem se soustředěním, děti se snadno rozptýlí například pohledem z okna nebo nepořádkem na pracovním stole. Pracují rychle, ale povrchně, nekontrolují si svou práci, dělají mnoho chyb z nepozornosti, což sleduje učitel třeba v diktátech (vynechávání písmen, interpunkčních znamének). Jejich školní výkon i prospěch bývá značně nevyrovnaný, od výborných až po nedostatečné známky. Celkově jsou jejich známky horší, než odpovídá jejich inteligenci. Stále jim něco chybí a něco hledají, nemají pořádek ve svých věcech, ztrácejí školní pomůcky a přezůvky. Často nevěnují pozornost svému zevnějšku, nejsou učesaní, nemají zastrčenou košili, nezapínají všechny knoflíky, nezavazují si boty. Své knihy a sešity neudržují, ve školní tašce je mají promíchané se zbytky svačiny a přezůvkami. Pokud něco hledají, často vysypou celou tašku a probírají se jejím obsahem na zemi. Špatně se soustředí při rozhovoru s dospělými, unikají jim některé informace a instrukce, zvláště je-li hovor dlouhý a instrukcí více. Ke „svému“ učiteli často navazují po delší době pozitivně laděný výběrový vztah, o to hůře potom snáší změnu pedagoga. ⁽⁴⁴⁾

1.3.2 Hyperaktivita

Hyperaktivita znamená nápadnou pohyblivost a neklid. Děti nedokážou delší dobu klidně sedět, vrtí a houpou se na židli, opakovaně padají ze židle, vstávají, pobíhají od jedné věci ke druhé a u žádné z nich dlouho nevydrží. I během školního vyučování vstávají a procházejí se po třídě. Lezou po nábytku, skáčou po lavicích. Bývají hlučné, upovídané, doplňují výklad učitele poznámkami, ruší ostatní spolužáky. Jsou jen obtížně a krátkodobě usměrnitelné, ani opakované napomínání nevede k nápravě chování, stejně jako poznámky. Podobné problémy jako při vyučování mívají i ve školní družině a jídelně, jsou hlučné, odbíhají od jídla. ⁽⁴⁴⁾

Charakteristickým rysem rozumové činnosti hyperaktivních dětí je cyklický průběh. Děti mohou produktivně pracovat 5-15 minut, pak mozek 3-7 minut odpočívá a nabírá energii do dalšího cyklu. V tu chvíli je dítě nepozorné a nereaguje na učitele. Pak se jeho rozumová schopnost obnovuje a dítě zase může 5-15 minut pracovat. ⁽³¹⁾

V případě hyperaktivity se jedná o typickou neurovývojovou poruchu. Mimo typických příznaků je také charakterizována vývojovým opožděním a častým minimálním organickým poškozením s kumulací zevních stresů, vedoucích k maladaptivnímu chování s vysokou psychiatrickou komorbiditou. ⁽²⁶⁾

1.3.3 Impulzivita

Impulzivita u dětí s ADHD znamená, že spoustu věcí dělají ve chvíli, kdy je to právě napadne, bez ohledu na okolnosti: „nejdříve něco udělají a pak teprve přemýšlí“. Obtížně se ovládají, všechno chtějí mít a dělat hned, reagují zbrkle, skáčou do hovoru dětem i dospělým. Během vyučování překřikují ostatní, vyrušují bez přihlášení, nerespektují, že je učitel nevyvolal. Těžce nesou různá omezení, příkazy a řády, hůře se podrobují autoritám a disciplíně. Nesnáší čekat, až na ně přijde řada, předbíhají ve frontě ve školní jídelně. Pouštějí se zbrkle do nebezpečných aktivit, nepočkají na vysvětlení učitele, tak jim hrozí například v hodinách tělocviku nebo během přestávek nebezpečí úrazu. ⁽³⁶⁾

1.4 Doprovodné příznaky ADHD

1.4.1 Porucha exekutivních funkcí

U dětí se syndromem ADHD bývá častá malá schopnost seberegulace, nedokáží se ovládat a posoudit své chování. Pokud jim dospělí domlouvají, slíbí, že budou hodné, nebudou ostatní pošťuchovat, apod., ale vlastně neumí slíbené do svého chování zařadit. Objevují se i problémy v plánování činnosti: nedokáží předjímat, jak mají činnost provádět, provedení bývá chaotické, přelétají od jedné věci ke druhé. Může se jednat i o velmi jednoduché práce, které mají ostatní děti již automatizované. Na druhé straně ulpívají na jednom naučeném způsobu řešení, nevyužívají jiné možnosti, nesnadno se rozhodují. ⁽¹⁸⁾

1.4.2 Nízká vytrvalost

Rodiče mnohdy popisují v historii dítěte množství nejrůznějších zájmových činností, které dítě vystřídalo. Ale vždy vydrží jen krátkou dobu (za školní rok vystřídají i několik různých kroužků) a přecházejí jinam. ⁽¹⁸⁾

1.4.3 Emoční labilita

U dětí se v rychlém sledu střídají nálady, častou jsou vznětlivé, podrážděné, mohou se objevit i výbuchy vzteku. Můžeme najít projevy úzkosti, deprese, ale také agresivity, střídají aktivitu s pasivitou. K tomu se pojí rychlý nástup únavy a obtíže s usínáním. ⁽¹⁸⁾

Pro děti s ADHD je typické horší ovládnání emocí, které může i zdánlivě bezdůvodně vyústit v záchvat vzteku. Pokud rodič dítě dobře zná, lze těmto projevům z větší části předejít, ale někdy se jim zcela nevyhne. Postupy ke zvládnutí vzteklého dítěte mají jedno společné: dítěti by se neměla věnovat větší pozornost, když se vzteká, než když se chová správně. Záchvat vzteku může představovat extrémní způsob, jak získat pozornost rodiče nebo jinou výhodu. Jakékoli přehnané reakce ze strany rodiče celou situaci ještě zhorší, vůbec nejhorší je chování stejně nepřiměřené – křik, výprask, výčitky. Stejně škodlivá může být „odměna“, kdy rodič dítěti raději splní jeho přání. U malých dětí může

k uklidnění vést fyzická blízkost rodiče, lze použít „metodu pevného objetí“, účinné je i klidně dítěti sdělit, že se vám jeho chování nelíbí a pak je ignorovat, nechat vyvztekát a jen dávat pozor, aby sobě nebo někomu neublížilo. Někdy pomůžete poodejít, když dítě ztratí rodiče ze zorného pole, většinou se rychle zklidní. Léčba šokem může zapůsobit tehdy, když rodič použije něco naprosto nečekaného, ale pozitivního a veselého. Starší dítě se může naučit relaxovat, zakřičet si nebo používat boxovací pytel. Po zklidnění afektu je vhodné mluvit o tom, co se stalo, rozhovor by měl být vstřícný a měl by vycházet z pocitu rodičů („mrzí mě, co se stalo..“).⁽⁴¹⁾

1.4.4 Obtíže ve vztazích

Děti ne zcela přesně rozumí světu kolem sebe, mají nižší schopnost empatie, neumí se přizpůsobit probíhající sociální situaci. Jsou více soustředěné na sebe, jejich reakce mohou být nepředvídatelné. Mají komunikační obtíže jak se svými vrstevníky, tak s dospělými. V řeči odbíhají k jiným tématům, takže ostatní ztrácí linii děje, nenaslouchají ostatním okolo sebe.⁽¹⁸⁾

1.4.5 Problémy v motorice

Děti se mohou jevit jako méně obratné až nešikovné, vidíme nekoordinovanost pohybů. Obtíže se promítají i v jemné motorice, do psaní, kreslení, u činností vyžadujících zručnost. Problémy při sportu, v tělesné výchově mívají negativní dopad i v sociálních vztazích, pakliže se děti stávají kvůli své nešikovnosti terčem posměchu až vyřazení z některých aktivit.⁽¹⁸⁾

1.4.6 Jiné příznaky

Jiné příznaky spojené s ADHD se mohou projevat zvýšenou dráždivostí, děti se snadno nechají vyprovokovat a často také provokují ostatní. Někdy reagují agresivně a tím se dostávají do konfliktů s vrstevníky i autoritami. Často bývají ve třídě neoblíbené, nemají blízké kamarády. Nebo se přátelí pouze s dětmi s podobnými potížemi. Snadno se pro něco nadchnou, ale nebývají důslední ani vytrvalí. Při dlouhotrvajících (zejména

neléčených) potíží se kvůli opakovaným neúspěchům přestávají snažit, jsou bez zdravé ctižádosti. Jejich sebevědomí se snižuje a děti na opakované stížnosti a neúspěchy mohou reagovat depresivně. ⁽⁴⁴⁾

Diagnostiku ADHD pro neoborníka dále komplikuje řada dalších důvodů. Mnoho příznaků totiž může být způsobeno jinými situačními zátěžovými faktory či zátěží prostředí, nebo mohou být symptomy některých jiných psychiatrických či psychických problémů. Mezi ně mohou patřit takové události, jako změna školy, přestěhování, rozvod, problémy se zaměstnáním. A protože ADHD má tendenci vyskytovat se v celé rodině, může o zdravotním stavu dítěte napovědět důkladná anamnéza celé rodiny. ⁽⁴¹⁾

1.4.7 Doprovodné zdravotní problémy

ADHD může být často provázena dalšími jevy a zdravotními problémy. Jejich výskyt je velmi častý – asi 44 % dětí s ADHD trpí další psychickou poruchou (například nějakým typem specifické poruchy učení, nočními děsy, poruchami spánku, depresí a úzkostí, neuznáváním autorit atd.) a 32 % až dvěma poruchami. Komorbidita (výskyt společně s jiným onemocněním nebo poruchou) ADHD v dětství výrazně zvyšuje výskyt psychiatrických poruch 5.v dospělosti. ⁽³²⁾

1.5 Příznaky ADHD podle věku dítěte

ADHD patří mezi onemocnění, která se vyvíjejí zároveň s růstem dítěte. Rodiče to staví do nelehké situace, kdy se musí znovu a znovu přizpůsobovat reakcím svého potomka a hledat přiléhavé výchovné postupy. Jinými slovy – to, co fungovalo v šesti letech věku dítěte, nemusí už být účinné u osmiletého. Je dávno překonaným mýtem, že z ADHD děti ve většině případů vyrostou. Naopak, u 80% z nich se s touto diagnózou setkáme i v adolescenci a až 60% jedinců z této skupiny může vykazovat některé příznaky ADHD i v dospělosti. ADHD patří k poruchám, u kterých se příznaky a jejich intenzita mění během vývoje jedince, v souvislosti s dozráváním centrální nervové soustavy a výchovného působení. Rozdíly jsou také mezi chlapci a dívkami. Vždy je potřeba přihlížet k tomu, kolik je dítěti let a zamyslet se i nad tím, nemáme-li na něj například přehnané nároky. ⁽³⁵⁾

1.5.1 Kojenecký věk

Některé z příznaků ADHD jsou ve vývojově přiměřené podobě patrné již v kojeneckém a batolícím období. A byť u kojenců není ADHD možné diagnostikovat, dají se u nich vyzorovat určité projevy hyperaktivity. Zatímco si novorozenec bez příznaků hyperaktivity obvykle vytvoří určitý rytmus střídání bdělosti, pláče, krmení a spánku, hyperaktivní dítě mívá nápadně nepravidelný režim. Někdy prospí celý den, ale v noci je aktivní, projevuje se u něj zvýšená dráždivost, více křičí nebo pláče častěji a jakoby bez důvodu. Chování dítěte matku vyčerpává a vyvolává u ní otázku, zda svému dítěti správně rozumí. Dobrou zprávou však je, že se u většiny takto se projevujících novorozenců stav postupně upraví a ADHD se u nich plně nerozvine. ⁽³⁵⁾

1.5.2 Batolecí věk

Příznaky ADHD v batolecím období už mají mnohem konkrétnější obrysy. U dětí je možné pozorovat větší neklid, živost, nebo nevyrovnaný vývoj, kdy dítě například začíná lézt, aniž by umělo sedět, nebo dříve mluví a později chodí. Neklidné dítě vyžaduje od

členů rodiny a zejména od matky více pozornosti kvůli svým nepředvídatelným reakcím, nebezpečí pádů a úrazů. ⁽³⁵⁾

1.5.3 Předškolní věk

Předškolní hyperaktivní děti jsou velmi živé, jako by byly stále „na pochodu“. Neustále po něčem šplhají, někam se dobývají. Působí jako natažené na klíček, neustále vyžadují pozornost okolí, kterou však není nikdo schopný naplnit. Některé děti mívají problémy při začlenění do předškolních zařízení, protože i zde je již po dítěti požadována schopnost podřídit se a odložit na chvíli bezprostřední uspokojení svých potřeb. Pro rodiče pak největší zátěží bývá zvýšená náladovost dětí a sklon k podrážděnosti, hněvu a neposlušnosti. Jakkoliv je však toto období pro rodiče těžké, většinou považují dítě stále ještě za zvladatelné. ⁽³⁵⁾

1.5.4 Školní věk

Nejnápadněji se ADHD projevuje při nástupu do školy, o čemž svědčí také fakt, že nejvíce dětí je diagnostikováno mezi šestým a devátým rokem. Ve školním prostředí a při rostoucích nárocích na dítě se výrazněji projeví poruchy soustředění a neshody v kolektivu. Po dítěti se žádá ukázněnost, schopnost ovládat se, podat výkon, soustředit se. Tyto požadavky není schopno vzhledem ke svým problémům splnit. Ve školním věku se výrazněji projeví poruchy soustředění a neshody v kolektivu. Děti jsou pro různé přestupky velmi často napomínány. Za špatné školní výsledky a napomínání za různé přestupky je dítě v podstatě trestáno dvakrát, jednou ve škole, jednou doma. Vyrůstají problémy s vrstevníky. Rodiče prožívají pocity výchovné bezradnosti a neúspěšnosti, často jeden druhému vytýkají buď velkou přísnost, nebo benevolenci. ⁽³⁵⁾

1.5.5 Adolescence

S příchodem adolescence se hyperaktivita zmírňuje. Stále však přetrvává nesoustředěnost, nedostatečná vytrvalost, nespolehlivost a další přidružené komplikace jako jsou deprese, úzkosti, poruchy chování a zneužívání návykových látek.

Právě klesající hyperaktivita v tomto věku rozšířila mýtus o ústupu ADHD spolu s dospíváním. Současné průzkumy však jasně ukazují, že až u 80 procent adolescentů, kteří v dětství ADHD trpěli, projevy přetrvávají a až 60 procent pacientů může vykazovat některé příznaky ADHD i v dospělosti. ⁽³⁵⁾

1.5.6 Dospělost

Dospělým trpícím ADHD dělá problémy soustředit se na konverzaci, ztrácejí a hledají běžné předměty, zapomínají na schůzky a termíny. Často selhávají při organizaci práce, postupují chaoticky, nedokončují úlohy. Jsou impulzivní, což se projevuje netrpělivostí, ukvapenými rozhodnutími a nákupy, kterých později litují. Častěji riskují při jízdě, jsou původci četných dopravních nehod. Mají sklony ke zneužívání drog a alkoholu. Na druhou stranu bývají kreativní. ⁽³⁵⁾

1.6 Poradenský systém

1.6.1 Dětský psychiatr

Diagnóza ADHD by měl stanovit dětský psychiatr. Ke spolupráci na vyšetření přibírá další odborníky (neurologa, psychologa, učitele) a z komplexních informací získává souhrnný obraz onemocnění dítěte. Základními součástmi vyšetření u dětského psychiatra jsou pohovor lékaře s dítětem, s rodiči a vyplnění dotazníků, které napomohou posoudit závažnost onemocnění a zhodnotí celkový duševní stav pacienta. ⁽⁶⁾

1.6.2 Dětský lékař

Pediatr by měl vaše dítě znát nejlépe. Měl by dítě vyšetřit a vyloučit tělesná onemocnění, která někdy mohou vést ke změnám aktivity a chování. Pokud mají rodiče podezření na ADHD, měli by požádat dětského lékaře o zprostředkování kontaktu a doporučení ke specialistovi, kterým je dětský psychiatr. ⁽⁶⁾

1.6.3 Psycholog

Pokud dítě nebylo v nedávné době vyšetřeno v pedagogicko-psychologické poradně, bývá psychologické vyšetření součástí vstupního vyšetření při zahájení psychiatrické péče. Zahrnuje specifické testy na zhodnocení intelektu, pozornosti a na cíleně vyhledání poruch učení. Není vhodné psychologické vyšetření opakovat příliš často, obvykle se doporučuje maximálně 1x ročně, protože trénovanost dítěte vede ke zkreslení dosažených výsledků. ⁽⁶⁾

1.6.4 Neurolog

Neurologické vyšetření je doplňkové a vhodné u pacientů s ne zcela typickými projevy ADHD nebo známkami širšího postižení centrálního nervového systému. Jako další rozšíření vyšetřovacích metod může být použito zobrazovací vyšetření mozku,

nejčastěji magnetická rezonance nebo výpočetní tomografie a záznam elektrické aktivity mozku. ⁽⁶⁾

1.6.5 Učitel

Učitel tráví s dítětem hodně času a je pro ně velmi důležitý. Jeho názor by měl být nezbytnou součástí vyšetření. Odborník, který dítě vyšetřuje, se s učitelem může domluvit osobně nebo telefonicky. Obvykle se ptá na to, jak dítě ve škole prospívá, jak se chová ve třídě a v různých situacích při vyučování. ⁽⁶⁾

1.6.6 Školní speciální pedagog

Dle Vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky 116/2011 Sb., ze dne 15. dubna 2011, o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, má školní speciální pedagog za úkol vyhledávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich zařazení do speciálně pedagogické péče. Pedagogům má pomáhat s diagnostikou speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Žákům se speciálními vzdělávacími potřebami má zajistit krátkodobou i dlouhodobou individuální práci žáka s učitelem, participovat na vytvoření individuálního vzdělávacího plánu, ve spolupráci s třídním učitelem nebo učitelem odborného předmětu, průběžně vyhodnocovat účinnosti navržených opatření a dle potřeby realizovat úpravy, zajistit úpravy školního prostředí, zajišťovat speciální pomůcky a didaktické materiály a v neposlední řadě participovat při volbě vzdělávací cesty žáka. ⁽⁴⁹⁾

1.6.7 Sociální pracovník

Na zhoršení příznaků ADHD se může podílet také dlouhodobý stres, šikana nebo závažné problémy v rodině, včetně nezaměstnanosti rodičů a finanční tísně. V těchto případech je vhodné využít také orgány sociální péče, protože klidné zázemí umožňuje dítěti i celé rodině snáze se s ADHD vypořádat. Sociální péče doporučujeme využít též v případech, že škola odmítá přijmout žáka s ADHD. ⁽⁶⁾

1.7 Poradenské služby a školská poradenská zařízení

Poskytováním poradenských služeb se zabývá Vyhláška číslo 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění novely Vyhlášky číslo 116/2011 Sb., která vymezuje poskytování poradenských služeb, jejich obsah, školská poradenská zařízení a jejich dokumentaci, standardní činnosti poraden (diagnostiku, intervenci, informační a metodickou činnost), standardní činnost center pro jednotlivé druhy postižení a standardní činnost škol (výchovního poradce, metodika prevence, školního psychologa, školního speciálního pedagoga).⁽⁴⁹⁾

Školní poradenská pracoviště (ŠPP) jsou zřizovaná ve školách a jsou součástí škol. Poskytují poradenství a konzultace, nejenom žákům se syndromem ADHD, jejich zákonným zástupcům i pedagogům. Jsou do jisté míry zavázány mlčenlivostí a zaručují ochranu osobních údajů. Poradenství a odbornou metodickou podporu pracovníkům školního poradenského pracoviště zajišťují pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra a střediska výchovné péče.⁽⁴⁹⁾

1.7.1 Pedagogicko-psychologická poradna

U většiny dětí se ADHD projeví mezi 6. - 9. rokem, proto vzniká dojem, že první problémy začne mít dítě až po nástupu do školy. Učitelé pak doporučí vyšetření v příslušné poradně. Poradenský psycholog může provést testy pro posouzení intelektu, pozornosti, vyhledání případných poruch učení a problémů s chováním. Může být také odborníkem na psychoterapii, ale nemá oprávnění k předepsání léků a nemůže dítěti s ADHD poskytnout komplexní léčbu, proto by v pedagogicko-psychologické poradně měli při podezření na ADHD doporučit návštěvu dětského psychiatra. Poradna se dále může podílet na přípravě individuálního výukového plánu, případně na nápravě specifických vývojových poruch školních dovedností.⁽⁴³⁾

1.7.2 Speciálně pedagogická centra

SPC jsou zřizována při speciálních školách. Specializují se na určitý typ zdravotního postižení. Tým odborných pracovníků je tvořen speciálním pedagogem, psychologem a sociálním pracovníkem, případně dalšími odborníky dle druhu a stupně zdravotního postižení. Poradenské služby jsou určeny dětem a žákům od 3 let věku do ukončení školní docházky, rodičům, školám a školským zařízením s integrovanými žáky. Jejich forma práce je převážně ambulantní. Navštěvují děti v prostředí, ve kterém žijí (rodina, instituce) nebo realizují činnost (ve škole či v diagnostických zařízeních).⁽⁴³⁾

1.7.3 Střediska výchovné péče

Střediska výchovné péče a jejich pracoviště, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, které postupují dle zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, dále ze zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a z vyhlášky č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče. Střediska dle zákona nabízejí všestrannou preventivně výchovnou péči dětem a mládeži s negativními projevy chování, přičemž poskytují svou intervenci také rodičům (zákonným zástupcům), u nichž ještě nejsou důvody pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy ve speciálních výchovných zařízeních. Od roku 1991 jsou součástí sítě školských zařízení preventivně výchovné péče a školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy. Ve střediscích pracují pedagogičtí pracovníci, speciální pedagogové a psychologové, na které se lze obracet v případech problémů v chování dětí, žáků a studentů. V současné době má ČR 37 středisek výchovné péče, které zřídilo MŠMT.^{(48), (47), (46)}

1.8 Děti s ADHD mohou mít problémy doma

Děti s ADHD mívají problémy i doma. Rodiče často vyzkoušeli doslova všechno možné, jen aby se jejich dítě chovalo lépe. Vzájemné vztahy mezi jednotlivými členy i v těch nejpozornějších a nejtrpělivějších rodinách mají tendenci dostávat se po řadu let do výjimečného napětí. Stejným způsobem, jakým ADHD útočí ve škole, přináší pohromu i domů a postihuje lidi i majetek. ⁽¹⁷⁾

Děti s ADHD často potřebují spát méně než ostatní, v důsledku čehož jsou všichni chronicky unavení a rodiče mají na sebe málo času. Neustálé breptání, hluk, pohyb, hádky, ničení různých přístrojů a „všeho cenného“, to je typický obrázek rodinného života, jak ho většinou rodiče popisují. Zdá se, že děti nikdy nemají nic pohromadě; někdy dokonce ani jednu nepoškozenou hračku. ⁽¹⁷⁾

Rodiny často uvádějí, že mají vážné manželské problémy, alespoň zčásti způsobené projevy ADHD jejich dítěte. Sourozenecká rivalita, problém, který se i tak vyskytuje v mnoha rodinách, se může přítomností ADHD vystupňovat. Někdy je dětí trpících ADHD v rodině více. Nepostižené děti mají problémy se s tím vyrovnat. Rodiče jsou zničení z opakujících se stížností na chování dětí ve škole, někdy dochází i k vyloučení. Může být velmi lákavé svalovat vinu na nesprávné lidi. ⁽¹⁷⁾

Rodiče mívají dojem, že se jich jiné rodiny a přátelé straní, že je chování jejich dítěte vyčlenilo ze společenského života. Mohou mít pocit, že jsou neschopní; dokonce jsme se na klinikách setkali s rodiči, kterým to řekli příbuzní nebo odborníci. Někdy jsou obviňováni z toho, že se pokoušejí přisuzovat problémy svých dětí zdravotním příčinám, jen aby se zbavili své vlastní nedostatečnosti. ⁽¹⁷⁾

1.8.1 Desatero pro rodiče dětí se syndromem ADHD

1. Obrníme se klidem a velikou trpělivostí – víme, že dítě nám to nedělá naschvál.
2. Stále hledáme dobré stránky našeho dítěte, za které můžeme dítě pochválit, mluvíme o nich a posilujeme je (mezi všemi těmi průšvihy se snadno ztratí to, co dítě udělalo dobře).

3. Místo zadávání úkolů raději s dítětem aktivně a v klidu spolupracujeme. Máme je tak na očích, pomáháme mu soustředit se na cíl a dáváme mu jistotu, že nám na něm záleží.
4. Práci a činnost dělíme na velmi krátké časové úseky, cca 10-15min., které prokládáme odpočinkem. Odpočinek je dobré spojit s nějakým pohybem.
5. Dbáme na to, aby dítě každý den mělo možnost vybit svou „přebytečnou“ energii v pohybu a volných hrách (ale pozor - organizované kroužky k tomu nejsou příliš vhodné).
6. Dovolíme mu vrtět se na židli či pracovat v různých polohách: vkleče, vleže na koberci apod. Je-li to možné, požádáme učitele, aby se mohlo dítě čas od času projít i během hodiny.
7. Spolupracujeme se školou, ptáme se na úspěchy našeho dítěte, žádáme, aby dítě mohlo sedět co nejbliže učiteli a pokud možno co nejdál od rušivých podnětů.
8. Dbáme na celkové dobré zdraví dítěte, aby nebylo zbytečně zatěžováno dalšími potížemi.
9. Nenecháváme dítě s jeho průšvihy a neúspěchy samotné, šetrně je s ním probíráme, hledáme cesty, jak to příště udělat lépe.
10. Včas uvažujeme o vhodném budoucím povolání dítěte. Intelektová kapacita dětí s ADHD se neliší od ostatních dětí, musíme však zvažovat zejména míru jejich aktivity – tyto děti často bývají spokojené spíše v praktickém povolání. Nejdůležitější je jejich spokojenost s pracovní činností. ⁽³⁷⁾

1.9 Pedagogické vedení dětí s ADHD

Úkolem pedagoga není odstraňování nežádoucích projevů dítěte. V možnostech pedagoga je však upravovat podmínky výuky tak, aby se minimalizoval vliv negativních projevů dítěte na výsledky jeho školní práce, práci celé třídy a vztahy v kolektivu dětí. Pohled dítěte může být často odlišný od vnímání situace ze strany učitele. Dětem by proto měly být ze strany pedagogů vytvářeny příležitosti ke sdělení svých pocitů a prožívaných obtíží ve výuce nebo mezi spolužáky. Základem je vztah založený na důvěře a respektování přirozené autority pedagoga. ⁽³⁸⁾

Užitečnou pedagogickou strategií je častá zpětná vazba, nebo-li zpětně podávaná informace o kvalitě výkonu a chování. ⁽²⁷⁾

Pochvala a pozitivní hodnocení působí jako zpevnění žádoucího chování. Pozitivní posilování musí následovat ihned po splnění úkolu, vztahuje se přitom i na úkoly, jejichž plnění očekáváme u jiných dětí jako samozřejmé. Zpětné vazby by neměly dítě rušit v právě prováděných činnostech. Je-li zpětnou vazbou upozornění na chybu, musí následovat konkrétní doporučení, jak se chyby vyvarovat. Případné upozorňování na chyby by mělo být konkrétní, krátké a jasné. V jednání s dítětem zachováváme klid, mluvíme klidným hlasem, upřednostňujeme kontakt z očí do očí. K posilování žádoucího chování je vhodné využívat také činností, které má dítě rádo. Podávané instrukce by měly obsahovat jen několik málo kroků. K ověření pochopení a zapamatování je vhodné dítě nechat instrukce zopakovat. Náročnost a rozsah zadávaných úkolů by měly vycházet z konkrétních pracovních výsledků daného dítěte. ⁽³⁸⁾

1.9.1 Osobnost učitele

Osobnost učitele hraje ve výchově a vzdělávání všech žáků (včetně žáků se speciálními vzdělávacími potřebami) velmi významnou roli. Má vliv na formování osobnosti žáka. Osobnost pedagoga utváří jeho charakterové a morální hodnoty, řídicí schopnosti, jeho objektivnost, odbornost a spravedlivé a kladné postoje k žákům. Učitel nejen vyučuje a vzdělává, ale také vychovává, dává pozitivní příklad a koordinuje mnohostranné činnosti vlastní i dalších jedinců. Měl by působit na žáky za účelem vstřípení vědomostí, dovedností,

návyků a správných způsobů chování. Každý učitel má svůj osobitý charakter, profil osobnosti zahrnující primární, sekundární a terciální vlastnosti. Primární jsou vrozené nebo získané v dětství - dominance, emocionální stabilita, sociabilita, frustrační tolerance, sebekontrola, sebejistota. Sekundární jsou získané výchovou a vzděláváním - schopnost koordinovat činnost skupiny, sociální odpovědnost, odbornou kompetenci, pedagogické dovednosti, schopnost ovlivňovat druhé, adekvátní slovník. Terciální vlastnosti jsou nadstavbové vlastnosti, obsahově zaměřené postoje - motivace a angažovanost. ⁽¹¹⁾

1.9.2 Obecně doporučované pedagogické zásady

- Žák by neměl sedět přímo u okna, aby nebyl vyrušován dalšími vnějšími podněty, vhodné je místo v blízkosti vyučujícího. Doporučuje se, aby seděl v lavici s klidnějším žákem.
- Na stole by měl mít pouze to, s čím se pracuje.
- Kontakt s učitelem by měl být co nejpřímější.
- Učitel by měl znát způsob, jak dítě uklidnit, např. pohledem očí, položením ruky na rameno.
- Učitel musí používat přímé a výstižné věty, důležité pokyny mají být posíleny např. tělesným či zrakovým kontaktem.
- Nepřiměřené chování by učitel neměl přehlédnout, měl by však reagovat tiše a klidně. Žáka by však neměl neustále okřikovat a kárat.
- Žákovu nekázeň nelze považovat za projevy schválnosti.
- Důležité je snažit se podchytit snahu žáka a uspořádat podmínky určitých činností tak, aby dítě bylo úspěšné. Většina těchto dětí lépe pracuje, když může hovořit (písemný projev bývá horší).
- Je vhodné pracovat v co nejmenších skupinách a umožnit, aby žák alespoň část práce udělal správně, než aby udělal celou práci chybně.
- Učitel by neměl odměňovat jen výsledek práce, ale i zájem a pohotovost.
- Důležitý je řád a pravidelnost.
- Žák potřebuje k uvolnění mnoho pohybu a někdy i bezúčelnou činnost, aby zregeneroval své síly.

- Vhodné je umožnit těmto dětem pohyb i v průběhu hodiny, zařadit uvolňovací sekvence pomocí her.
- O přestávkách jsou nezbytné četné pohybové aktivity
- Důležité je tyto žáky nepodceňovat (dítě má tendenci se ztotožňovat s tím, za co je okolím pokládáno), je nutné dítěti důvěřovat a podporovat je (např. slovy “pokus se to dokázat” apod.).
- Nezbytné je trpělivě vysvětlovat, co je správné chování a co ne.
- Důležitá je neustálá tolerance a také naděje, že se dítě zlepší. ⁽⁴³⁾

1.9.3 Role problémového dítěte

Důležitým kritériem je obecná charakteristika projevů, které se liší od aktuálně přijímané normy, a často bývají v nějakém rozporu se školskými požadavky. Vzhledem ke stávajícím sociokulturním normám jsou určité dětské projevy považovány za problematické a nežádoucí. Dítě se vzhledem k některé z uvedených charakteristik stává pro učitele problematické. Problémový žák vyžaduje od učitele odlišný přístup, zpravidla náročnější a přináší mu méně uspokojení, protože výsledek jeho práce často neodpovídá vynaloženému úsilí. Při vymezování obsahu role problémového žáka se do určité míry projeví i individuálně typická tolerance k různým projevům dětí, daná osobností učitele, jeho zkušenostmi, typem temperamentu, zdravotním stavem, věkem, aktuálním laděním apod.. V tomto směru je významná osobní citlivost, vázaná na určité projevy dětí, které učiteli vadí, dráždí je, vyčerpávají, popřípadě v něm vyvolávají pocity profesionální bezmocnosti a nejistoty. ⁽²⁴⁾

Přiřčení role problémového dítěte je výsledkem vzájemné interakce učitele a žáka. Hodnocení učitele a jeho postoj k dítěti se postupně v nějaké podobě zafixuje. Stává se stereotypem, který je dosti rigidní, odolný ke změně. V rámci tohoto stereotypu rozděljuje třídu na děti přijatelné a problematické. Bez významu není ani skutečnost, že jeho názor bývá v této podobě dále verbálně předáván ostatním učitelům. Ti jej většinou bez korekce vlastní zkušeností akceptují, protože je pro ně takový postup jednodušší. Přisouzení role problémového dítěte může fungovat jako sociální stigmatizace, která mnohdy nepříznivě

ovlivňuje další úspěšnost tohoto jedince v roli školáka, jeho vztah ke škole, akceptaci učitele, i možnou budoucí profesní roli, kterou úspěšnost v základní škole předurčuje. ⁽²⁴⁾

Učitel od takového dítěte očekává většinou jen další potíže, jeho anticipace bývá negativně zabarvena. Představuje negativní model, do něhož může být dítě učitelskými postoji manipulováno. V této zjednodušující podobě zpravidla eliminuje pozitivní motivaci dítěte, která se stane zbytečnou, pokud učitel od dítěte stejně nic dobrého neočekává. Takový přístup bývá dosti obvyklý. Když se například neprosívajícímu dítěti něco podaří, je to chápáno jako náhoda, štěstí apod., zatímco špatný výsledek je akceptován jako něco samozřejmého. Učitel nerad mění svoje hodnocení. Problém je v tom, že takto hodnocené dítě nemá žádný důvod se jakkoliv snažit. Jeho úsilí nebývá přiměřeně oceněno, nepřináší mu potřebný emotivní zisk a nemůže tudíž zlepšit ani jeho sebehodnocení. ⁽²⁴⁾

Osobnost učitele s jeho charakteristickými rysy může zvyšovat riziko vzniku problémů v určité oblasti. Děti ve třídě tvoří značně nesourodou skupinu. Liší se z hlediska výkonu, chování, prožívání i zevnějšku. V každé oblasti jsou nejčtenější běžné a průměrné projevy, zatímco krajnosti bývají vzácnější. To znamená, že i hodnocení dítěte jako problémového vyplývá z rozložení četnosti určitých znaků a projevů. V tomto smyslu se může stát sociálně problematický i jedinec, který se nějak odlišuje. Například proto, že si s ním učitel neví rady a není si jistý, jak se k němu má chovat, aby dosáhl žádoucího efektu. ⁽²⁴⁾

Označení dítěte jako problémového lze akceptovat jako signál učitele, že dítě nelze běžnými pedagogickými metodami ovlivňovat natolik, aby se jeho projevy nelišily od normy. Je to zároveň jakýsi signál potřeby odborné pomoci a vzdání se části pravomoci i zodpovědnosti za prosperitu dítěte. Učitel potřebuje výsledek odborného vyšetření jako podporu svého názoru i jako pomoc v řešení potíží. ⁽²⁴⁾

1.10 Školní docházka

1.10.1 Školní prospěch

Nástup do vzdělávací instituce představuje pro žáka, nejenom se syndromem ADHD důležitý sociální mezník v jeho životě. Riziko školního selhání u žáka s ADHD v tomto případě dvakrát až třikrát vyšší než u běžné populace. Munden uvádí, že ve Spojených státech amerických:

- 90% dětí s ADHD není dostatečně výkonných ve škole;
- 90% dětí s ADHD nepodává ve škole výkon, který by odpovídal jejich schopnostem;
- 60% dětí s ADHD má výrazné obtíže ve psaní;
- 30% dětí s ADHD v USA nedokončí kvůli svým potížím školní docházku;
- 20% dětí s ADHD má problémy se čtením;
- 5% lidí s ADHD ukončí akademické studium (oproti 25% z celkové populace).⁽¹⁶⁾

Škola je místem učení, kde se dosažená úroveň ověřuje prostřednictvím výkonu, který je klasifikován. Děti školního věku mají potřebu úspěchu, chtějí ukázat, že něco dobře umí a v něčem vynikají. Do školy ovšem chodí i děti, které nejsou schopné dosáhnout požadovaných výsledků, tj. úspěchů, protože k tomu nemají předpoklady. Eventuálně nejsou ke školní práci dostatečně motivovány, protože nemají žádný subjektivně přijatelný důvod, který by potřebovaly, aby byly ochotny se namáhat.⁽²⁴⁾

Vypělost a dobrá úroveň rozumových schopností je jedním ze základních předpokladů pro dobrý školní prospěch, ale není jediným. Výsledky ve škole jsou ovlivňovány celou řadou dalších faktorů. Pro komplexní povahu školní adaptace i jejích nedostatků lze rozdělit příčiny školního neúspěchu do několika základních kategorií. Jako první příčinou školního neúspěchu je snížená úroveň rozumových schopností, dále nerovnoměrné nadání a v neposlední řadě příčinou školního selhání nejsou nedostatky rozumových schopností, ale jiné okolnosti, které výkon dítěte nepříznivě ovlivnily, mezi které patří často i děti se syndromem ADHD.⁽²⁴⁾

Mezi nejčastější příčiny, které výkon dítěte nepříznivě ovlivňují, jsou různé druhy poruch učení. Dítě, ač je průměrně či nadprůměrně nadané, nedosahuje přijatelných výsledků.

„Poruchy učení je termín označující heterogenní skupinu potíží, které se projevují při osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky. Tyto potíže mají individuální charakter a vznikají na podkladě dysfunkcí centrální nervové soustavy. Ačkoliv se poruchy učení mohou vyskytovat souběžně s jinými handicapujícími podmínkami (např. sensorická postižení, mentální retardace, poruchy chování) nebo vnějšími vlivy (např. kulturní odlišnosti, nedostatečné, popř. neúměrné vedení), nejsou poruchy učení přímým důsledkem těchto podmínek nebo vlivů.“ ⁽²⁸⁾

1.10.2 První problémy dítěte v předškolním věku

V době, kdy je matka s dítětem pouze doma, a režim dne přizpůsobí jeho potřebám, nedochází u dítěte k větším problémům. Obtíže zpravidla vznikají až v předškolním věku (3 – 6 let), kdy dítě přichází do mateřské školy. V tomto období je pohyb nejpřirozenější potřebou dítěte. Pro předškolní věk je charakteristická obrovská potřeba pohybu, pro dítě je namáhavější klid než pohyb. Mateřská škola nabízí dítěti kontakt s druhými dětmi téhož věku a přibližně téže vývojové úrovně. Jde tedy o zásadně jinou strukturu než sourozeneckou. Dítě, které si v předchozím období vytvořilo svou identitu ve vztahu k rodičům, případně k dalším členům rodiny, doplňuje a dotváří toto vědomí vlastního já vztahem ke svým vrstevníkům, k dětem s týmiž potřebami, týmiž zájmy a týmiž nároky. Úkolem mateřských škol je umožnit dosáhnout dítěti průměrné úrovně ve všech oblastech jeho vývoje, jak po stránce tělesné a pohybové, rozumové výchovy, po stránce řeči a vyjadřování, tak po stránce citové, chování se zvláštním zaměřením na kázeň a morální oblast, což se dětem se syndromem ADHD nedaří plnit tak, jako ostatním dětem. Zde se tyto děti začínají odlišovat od svých vrstevníků svým chováním od ostatních a rodiče na tuto skutečnost bývají upozorněni pedagogy. Pedagogové v mateřských školách poměrně spolehlivě rozpoznají tyto případy. Ale stále to ještě není na dětech v mateřských školkách zcela rozpoznatelné, jelikož jejich činnost ve školkách není plánovaně zaměřena na proces dlouhodobého učení, děti střídají nejrůznější činnosti, mají možnost

pohybového uvolnění a nemusejí se po dlouhou dobu soustředit na jednu činnost. Ve většině případů, pokud je činnost natolik nezaujme, samy ji lehce vymění za jinou, jim přitažlivější. V tomto věku ještě syndrom ADHD nepřináší dětem, rodičům a okolí takové starosti a vypětí, jako v následné době školní docházky. ⁽³⁴⁾

1.10.3 Začátek školní docházky

S nástupem do školy obvykle problémy vyvrcholí. Dítě nevydrží klidně sedět na místě, je - li přinuceno k sezení, vrtí se, vyskakuje, mává rukama, vykřikuje. Často běhá v situaci, kdy je to nevhodné, není schopno si klidně hrát nebo provádět klidnou činnost. Často vyhrkne odpověď na otázku, ještě než byla dokončena. Nechá se snadno strhnout podnětem z okolí, jeho pozornost je snadno odklonitelná vnějšími vlivy. Často dělá chyby z nepozornosti, má potíže koncentraci na školní práci nebo hru, nevydrží se koncentrovat ani na činnost, která je pro ně zábavná. Působí jako “duchem nepřítomné“, jako by nevnímalo, co se mu říká. Má nepořádek ve svých věcech. Dělá mu problémy dokončit započatou práci, neumí si svou práci zorganizovat. Často zapomíná úkoly, instrukce, ztrácí věci. V neposlední řadě se často jedná o velkou zátěž i pro rodiče, kteří mimo to, že jsou vyčerpáni domácí péčí o své náročné dítě, musí neustále řešit stížnosti ze strany školy nebo poznámky v deníčku. ⁽³⁴⁾

Pro dítě s těmito problémy se může stát školní docházka utrpením, protože požadavky kladené na něj týkající se přiměřeného chování ve výuce jsou pro ně často nesplnitelné, i když se většinou jedná o děti s dobrým nebo nadprůměrným intelektem. ADHD inteligenci žádným způsobem neovlivňuje. ⁽³⁴⁾

Pro úspěšnou výchovu a vzdělávání žáků se syndromem ADHD je nezbytná především odborná připravenost pedagoga se znalostí dané problematiky a respektování specifických problémů žáka. Každý pedagog ovlivňuje žáky, a nejen ty s ADHD, svým vlastním přístupem, postoji a komunikací.

Psychologové zdůrazňují, že formování chování dítěte pomocí jasných a pevných hranic umožní dítěti s ADHD zařadit se lépe nejen do třídního kolektivu, ale v budoucnosti do společnosti. V praxi se osvědčuje zavedení různých bodovacích systémů. Z nich je pro dítě jasné, které chování je správné a naopak. Při školním výkonu

potřebuje i dítě s ADHD zažít úspěch, proto je vhodné je chválit i za drobné pokroky a snahu. U dítěte se tím přispívá k utváření a posilování žádoucích způsobů chování. ⁽⁸⁾

Při výuce je lepší střídat činnosti tak, aby bylo dítě schopno se na činnost soustředit. Pokud práci dítěti s ADHD rozdělí pedagog na dílčí úkoly, je pro dítě snazší je zpracovat a hlavně dokončit. Umožnění provedení krátkého relaxačního cvičení má pro dítě pozitivní vliv na zlepšení koncentrace i snížení neklidu. Zvláště na 1. stupni je pak lze využít i pro celou třídu. Mimo vyučování je pak vhodné umožnit dítěti dostatek příležitostí k pohybovému uvolnění. Na drobný psychomotorický neklid během výuky je lepší nereagovat a naučit nereagovat na něj i spolužáky. Pro výchovu a vzdělávání dítěte s ADHD je nezbytné tuto problematiku vysvětlit a zapojit do intervence i celý třídní kolektiv. Nedostatečná informovanost spolužáků může vést k izolovanosti a vyřazení dítěte z kolektivu. Jednotnost výchovných postupů by měla být zajištěna mezi rodinou a školou, ale i mezi jednotlivými vyučujícími. ⁽²⁷⁾

1.10.4 Raný školní věk

Pro každé období školního věku jsou typické určité problémy v chování, které signalizují dosažení nějaké vývojové fáze. V raném školním věku jde především o projevy nezralosti nebo nepřipravenosti. Některé děti bývají natolik infantilní, že nedovedou přijmout omezení daná rolí školáka. Tyto děti nejsou schopné ovládat svoje aktuální impulsy a některé si dokonce ani neuvědomují, že se něco podobného ve škole nesmí. Většina dětí se po určité době ve škole adaptuje a začne se chovat přiměřenějším způsobem. V tomto věku ještě většinou nejde o poruchy, ale spíše o drobnější problémy nezralého a dosud nedostatečně socializovaného chování. ⁽²⁴⁾

1.10.5 Střední školní věk

I když se většinou dítě do školy těší, téměř vždy se pro něj i pro rodiče po několika dnech školní docházka stává „katastrofou“. Dítě není schopno se podřídít řádu, neumí poslouchat, je dráždivé a výbušné. Jeho činy jsou náhlé a překotné – napřed jedná, pak myslí. Sešity má počmárané, zmuchlané, košili umazanou. Vyhrkne, co ho zrovna

napadne, skáče druhým do řeči, pošťuchuje spolužáky, dělá grimasy. Roztěkanost mu kazí prospěch, pracuje s velkými výkyvy - jednou za jedna, jindy za pět. Role školáka může vést k situacím, ve kterých je dítě ze subjektivního hlediska nadměrně stimulováno, eventuálně stresováno osobně neúměrnými požadavky, frustrováno nedostatkem aktuálně očekávaného uspokojení atd.. Hyperaktivita může být jedním z možných projevů bezradnosti a nejistoty v situaci, se kterou si dítě neví rady.

V tomto věku vzrůstá význam skupiny vrstevníků, v tomto případě třídy, jako normativní skupiny. Skupina žáků středního školního věku má ovšem svoje vlastní normy, dost specifické, radikálně generalizované, platné pro všechny stejně, bez rozdílu. Jestliže některé dítě tomuto očekávání nevyhovuje, bývá odmítáno. V tomto směru už dovede skupina jednat jako celek a odlišné či méně kompetentní dítě se stává terčem různých aktivit, kterými se odmítavý postoje projevuje. To je důvodem, proč se objevuje šikanování, případně i další skupinové prohřešky proti školním normám. Současně je ovlivněn i třídní kolektiv, kde je přítomno dítě s ADHD. Dochází zde častěji ke konfliktním situacím. ⁽²⁴⁾

Toto je období, kdy si děti spojují úspěchy či neúspěchy dokonce se sebehodnocením a vlastní identitou, neboť soutěživé pohybové hry a pohybové dovednosti jsou v tomto věku vysoce ceněné. Z tohoto pohledu jsou děti se specifickými poruchami učení, zažívající trvale neúspěch při školní práci, ohroženy pocity méněcennosti více než jejich vrstevníci. ⁽¹⁶⁾

1.10.6 Období puberty

V období dospívání má na vývoj, výchovu a vzdělávání jedince největší vliv rodina a školní prostředí. U žáků se specifickými poruchami učení jsou rodinné a sociální vztahy jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňující jejich psychický vývoj. Ve výchově je nutné poskytnout dospívajícím důsledné vedení s dostatkem volnosti a rozhodování.

V tomto období je důležitým vývojovým znakem změna myšlení, daná rozvojem formálních logických operací. Jejich podstatou je schopnost uvažovat i o jiných variantách čehokoliv, než jsou ty reálně existující. Takový přístup vede ke zvýšení kritičnosti k existujícím požadavkům a normám. Odráží se v pubertálním negativismu,

kterým dává dospívající najevo potřebu projevit svůj vlastní názor. V realitě se tato tendence projeví drzostí, polemizováním s učitelem, demonstrativně důsledným plněním různých formálnějších požadavků i demonstrativním provokováním. Podstatou všeho je počínající osamostatňování od autority nejen rodinné, ale i školní. ⁽²⁴⁾

Přechodná fáze emancipace nevede hned k dosažení individuální, samostatné identity, ale zůstává zatím někde uprostřed. Dospívající se už neidentifikuje s rodinou, ale jednoznačně s vrstevnickou partou, kde získává novou, tzv. sociální identitu. Ta je dána jeho příslušností ke skupině. Vzhledem k tomu mají pravidla proklamovaná partou jednoznačnou prioritu. Problém je pouze v tom, že takové normy nejsou vždycky obecně sociálně přijatelné. Zde už nejde jen o porušení norem, ale komplexní změnu respektovaných norem chování směrem k nežádoucí variantě. Mluvíme o tzv. poruchách chování. ⁽²⁴⁾

1.11 Poruchy chování

Poruchy chování lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy dítě není schopné respektovat běžné normy chování na úrovni odpovídající jeho věku. Základním rysem těchto poruch je chování, kterým jsou v různé míře, opakovaně a dlouhodobě narušovány sociální normy. Poruchy chování jsou z pohledu učitele projevem určitého, většího či menšího, morálního selhání, případně jeho chronického nedostatku. Učitele obtěžují, ruší je v práci a vyžadují od něho řešení problémů, které považuje za zbytečné. Nejčastějšími poruchami chování ve školním věku jsou lhavost, záškoláctví, v pozdějších školním věku krádeže a experimenty s drogami, gamblerství a squatterství. ⁽²⁴⁾

1.11.1 Lhavost

Z hlediska učitele je lhaní projevem, který symbolizuje určitou formu odmítnutí respektu k autoritě. Je to varianta úniku z osobně tíživé situace, kterou dítě nedovede vyřešit jinak. Učiteli vadí ještě z dalšího důvodu: staví je do pozice klamaného, kterému je prezentováno něco, co není pravd. Aby získal potřebné informace, musí vynaložit určité, ze svého hlediska zbytečné úsilí. Pátrání po takových informacích jej obtěžuje a zdržuje. Znalý a proškolený učitel by měl rozeznávat různé varianty zdánlivého lhaní, kde chybí základní podmínka lži, což je úmysl. Potom ovšem nejde o poruchu chování, ale o odchylku jiného typu. ⁽²⁴⁾

Pravá lež je charakteristická úmyslem a vědomím nepravdivosti. Obyčejně jde o obranný mechanismus, který má nějaký účel. Ve většině případů se dítě potřebuje vyhnout potížím anebo získat nějakou, obyčejně ne zcela zaslouženou výhodu. Toto se převážně vyskytuje ve školním věku, kdy už jsou děti schopné rozlišit omyl od vědomého záměru a vzpomínku od vlastní fantazie. Při hodnocení dětských lží je nutné sledovat frekvenci lhaní, tj. jak často dítě lže, dále výběr osob, kterým dítě lže, specifčnost situací, ve kterých obyčejně lže a účel, který dítě vede ke lhaní. Obranný mechanismu lži spočívá v zapírání nějaké, obyčejně často zjiřitelné skutečnosti, která dítě nějakým způsobem ohrožuje. ⁽²⁴⁾

1.11.2 Záškoláctví

Záškoláctví představuje porušení jednoho ze základních pravidel vymezujících roli školáka. Povinností žáka je chodit do školy, kde se učí novým poznatkům a učí chovat žádoucím způsobem. V některých případech lze záškoláctví charakterizovat jako komplex obranného chování únikového charakteru a jeho cílem je vyhnout se subjektivně neúnosné zátěži, kterou v tomto případě představuje škola. Jeho počátkem bývá obvykle impulsivní jednání, které je typickým znakem dětí se syndromem ADHD, jehož následky s sebou nesou nutnost dělat další přestupky proti obecně platným normám, např. lhát, podvádět, utíkat apod. Záškoláctví bývá spojeno s negativním hodnocením školy, strachem a odporem, který v dítěti vyvolává. ⁽²⁴⁾

1.11.3 Krádeže

Pro učitele je krádež významným porušením normy, které je nutné potrestat a morálně odsoudit. Je pro ně jakousi osobní degradací žáka, který se tímto činem dostává do jiné kategorie, zejména pokud takový čin opakoval. Dítě, které kradlo, získává roli špatného jedince, které se těžko zbavuje a někdy se jí nezbaví vůbec. Typickým rysem postoje k takovým dětem je generalizovaná nedůvěra a tendence podezírat je kdykoliv v budoucnosti i bez závažnějšího důkazu. ⁽²⁴⁾

Děti se syndromem ADHD, které reagují impulsivně, někdy nesledují úmysl se obohatit nebo někomu způsobit škodu. Většinou dostanou nějaký nápad, který okamžitě realizují, aniž by si uvědomili, že ten čin, který právě provedli je charakterizován jako krádež. Například ve škole, kdy dítě vidí u spolužáka nějakou věc, kterou si chce také vyzkoušet, bez dovolení si ji vezme, vyzkouší a odloží. Už ji nevrátí spolužákovi zpět. Ve třídě začne vyšetřování, a pokud učitel zjistí, že dítě spolužákovi vzalo danou věc, aniž by zjišťoval důvody a příčiny, okamžitě ho odsoudí a dá mu nálepku před ostatnímu spolužáky „zloděj“.

1.11.4 Poruchy chování v době dospívání

„Typickým rysem některých dospívajících, zejména adolescentů, je tendence

dosáhnout uspokojení svých potřeb bezodkladně a pokud možno bez vynaložení vlastního úsilí.“ (23)

Bohužel i mezi tyto dospívající patří ve větším množství dospívající se syndromem ADHD, kteří jsou zvědaví, hyperaktivní a impulsivní, neustále mající potřebu nového poznání. Chtějí všechno hned a zadarmo. Z této potřeby vyplývá celá řada nepříznivých důsledků, které nevyvolávají problémy jenom v současnosti, ale mohou negativně ovlivnit i jejich budoucnost. To si ovšem dospívající nedovedou a ani nechtějí připustit. Nejčastější poruchou chování je gamblerství, squatterství a problém s drogami. (25)

1.11.5 Drogová závislost

Drogy vyvolávají v člověku příjemný pocit uvolnění, štěstí, sebevědomí a dostatečné sebejistoty. Zbavují jej úzkosti, strachu a nejistoty, která se vyskytuje také u jedinců se syndromem ADHD. Riziko drog je v době dospívání zvýšeno z mnoha důvodů. Jedním z nich je fakt, že v této době má osobně největší význam přítomnost. To jak se cítím právě teď. Dalším významným činitelem je i zvýšená tendence riskovat, mladistvým chybí zkušenost a náhled na vlastní zranitelnost. Prostřednictvím drogy nově objevený pocit euforie, uvolnění a hlavně dostatečné sebejistoty dodává klamný pocit, že všechno je snadné a možné zvládnout. V této době běžný experimentující začátečník o případném riziku vůbec neuvažuje. To znamená, že není motivován k nápravě a násilím ho k abstinenci nelze přinutit. To je pouze mylná představa zoufalých rodičů. (25)

Tendence zkusit drogu je posilována sociálně. K první zkušenosti dohází nejčastěji ve společnosti vrstevníků a je mnohdy záležitostí osobní prestiže neodmítnout. Do určité míry jde i o módu a moralizování nemůže touze po takové zkušenosti zabránit. Ve škole mají fetující jedinci problémy vždycky. Ztráta motivace vede k zanedbávání školních povinností a následkem toho ke zhoršení prospěchu, mnohdy dosti výraznému. U dospívajících se syndromem ADHD nutno k tomu ještě přičíst lajdáctví, nepořádnost, náhlé změny nálad a podrážděnost. Ve vztahu k učení zpočátku nejvíce vadí ztráta motivace. Později nepříznivě působí i zvýšená únava. Nízké sebevědomí zvyšuje tendenci unikat před situacemi, kde by měl žák podat nějaký výkon a prokazovat tak svoje kompetence. Dochází k záškoláctví a k následnému návržení na vyloučení ze školy. (25)

1.12 Motivace učební činnosti

Učitelé, výzkumní pracovníci i rodiče se shodují v názoru, že pozitivní motivace učební činnosti žáka je důležitou, pokud ne přímo zásadní podmínkou jeho školní úspěšnosti. Učitel, který ve vyučování uplatňuje adekvátní způsoby vnější i vnitřní motivace, klade pevné základy pozitivního rozvoje osobnosti žáka. Motivaci musí přizpůsobovat cíli a obsahu vyučování a věku žáků. Vhodná motivace může vyvolávat a udržovat zájem dítěte o učení vůbec, o daný předmět, o určitou učební činnost. V jiných případech však může učitel nevhodným používáním motivačních činitelů rozvíjení žákova vztahu k učení brzdit nebo přímo vyvolávat nezájem, indiferentní postoj, či dokonce odpor. Jedním z prvořadých cílů výchovy a vzdělávání je proto formulovat a rozvíjet především vnitřní motivaci žáků k učení jako formě seberealizace. Učební činnost, tak jako každé chování je vyvolávána, udržována a usměrňována množstvím motivů, které na sebe navzájem působí, jsou hierarchicky uspořádané a působí na pozadí celého individuálního motivačního systému osobnosti a konkrétní sociální situace. Motivace je účinným prostředkem zvyšování učebních výkonů i řešení mnoha školních obtíží, ale je třeba si uvědomit, že zasahuje celou osobnost žáka, všechny její složky a funkce. Pokud má učitel hledat optimální přístup k motivování žáků ve vyučování, musí zjistit, které potřeby jsou v individuální hierarchii daného žáka dominantní. Zefektivnění vzdělávacího procesu není možné bez poznání motivace konkrétního žáka, jejího ovlivňování a formování, a posléze i sledování a hodnocení změn, struktury, kvality a zaměření. ⁽¹⁴⁾

1.12.1 Demotivující činitele učení

1. Autokratický styl vyučování a výchovy, kde učitel nařizuje, rozhoduje, kontroluje, trestá a žáci pasivně čekají na program od učitele. Žáci více poslouchají, než produkují, více je zdůrazňována disciplína a poslušnost než akceptace žáka učitelem.
2. Rigidita, strnulost vyučovacích metod, přístupů, úkolů, obsahu činnosti ve vyučování, fádnot.

3. Málo tvořivosti, vyučování je zaměřeno na konvergentní produkci, málo se rozvíjí fantazie, imaginace, divergentní myšlení, flexibilita, originalita myšlení a řešení problémů.
4. Důraz na školní známky, zejména pokud se jimi vyjadřuje i známka za chování. Když se klasifikuje bez individuálních hodnocení jen pomocí testů, písemek a školní úspěch se měří průměrem, žáci se zaměřují na memorování a nerozvíjejí psychické funkce důležité pro život.
5. Zdůrazňování soutěží. Demotivačně působí neustálé srovnávání s nejlepšími žáky ve třídě. Pokud se soutěží v disciplíně, ve známkách apod., může se to negativně odrazit ve fixaci vlastností osobnosti. ⁽¹⁴⁾

1.12.2 Pozornost a učební výkony

Na výkonnost žáků při vyučování mají silný vliv jejich psychické stavy, motivace, zájmy aj. Primárním ukazatelem výkonnosti člověka je pozornost, jež nejvíce podléhá vlivu únavy. Pokles soustředěnosti a stálosti pozornosti se pokládá za nejtypičtější příznak snížení výkonnosti. Školní činnost klade na pozornost žáků velké nároky, a to především na úroveň její koncentrace. Cíle školy vyžadují, aby žák pozorně poslouchal výklad učitele a odpovědi spolužáků, aby se soustředil na formulaci svých odpovědí. To znamená, že se musí při plné pozornosti aktivně zúčastňovat vyučování. Pozornost je proto mimořádně důležitým činitelem, determinujícím učební výkonnost a školní úspěšnost žáků. ⁽¹⁴⁾

Problém nepozornosti nabývá zvláštního významu u žáků s poruchami chování, ale i specifickými poruchami čtení, psaní, počítání atd., pro něž je charakteristická snížená výkonnost a zvýšená unavitelnost. Právě porucha pozornosti se stala klíčovým kritériem vymezení celé skupiny poruch, nejčastěji u žáků trpících syndromem ADHD a ADD. ⁽¹⁴⁾

Stupeň koncentrace pozornosti je u jednotlivých lidí rozdílný. Ani u téhož člověka není vždy stejná. Znamená to, že koncentrace je duševní stav člověka, závislý na různých podmínkách. Schopnost koncentrace pozornosti závisí jak na podmínkách vnitřních (osobnostních), tak vnějších (situačních). ⁽¹⁴⁾

1.12.3 Roztržitost

Roztržitost je opakem koncentrace pozornosti. Charakterizuje ji určitý stupeň slabosti pozornosti a její koncentrace. Je to jeden ze základních znaků dětí se syndromem ADHD (nepozornost). Všechny stavy roztržitosti mají jedno společné, člověk do určité míry přestává ovládat řízení koncentrace pozornosti, a tím i úplnou orientaci v okolní realitě. Lehce podléhá nepříjemným myšlenkám, fantazii, záporným emocím a představám. Jeho vnímání je nepřesné a nejasné. Většinu pracovního i volného času věnuje nepodstatným věcem. U žáků tyto stavy mohou vést ke snížení jejich učebního výkonu, často jsou i příčinou jejich školních neúspěšností, což je vede ke snižování sebevědomí a jejich uplatnění v kolektivu. ⁽¹⁴⁾

1.12.4 Zlepšování pozornosti žáků

Pokud učitel využívá poznatky o věkových a individuálních zvláštностech svých žáků, může aktivizovat jejich pozornost jednak promyšlenou přípravou a vedením vyučování, jednak specifickými rozvíjejícími cvičeními a tréninkem koncentrace pozornosti, a konečně pomocí metod psychofyzické relaxace, autogenního tréninku, některých specifických cvičení jógy apod.. ⁽¹⁴⁾

1.12.5 Relaxace

Termín relaxace znamená uvolňování svalového napětí, regulace rytmu dýchání a tím dosahování a uvolnění psychického napětí. Proto o relaxaci hovoříme jako o technice psychofyzického uvolňování. Současné škola a organizace vyučování klade vysoké nároky na funkční zdatnost žáků a jejich psychosomatický potenciál. Celkové prodloužení denní doby, během níž žák „pracuje“, způsobuje, že dětem zůstává málo prostoru na odpočinek a volný čas „pro sebe“. Dlouhodobé přetěžování nepřiměřené věku a značná emocionální zátěž v řadě školních situací mohou negativně ovlivnit nejen výkonnost žáků ve vyučování, ale i jejich osobní pohodu a dlouhodobě tělesné i duševní zdraví. Využití relaxace přímo ve vyučovacím procesu na základní škole představuje její originální uplatnění a otevírá nové perspektivy pedagogické teorie a praxe. ⁽¹⁴⁾

1.13 Význam pohybu u dětí s ADHD

Pohybové aktivity mají velký význam pro všestranný rozvoj dítěte. Každý, kdo měl možnost pozorovat děti, jež mají zakázáno běhat, ví, že pro předškolní dítě je omezení pohybu velkým trestem a slast z pohybu, často divoce útočného, je jeho živelnou potřebou. Toto je smyslová tělesná radost zdravého dítěte. ⁽¹²⁾

Pohyb je tedy nedílnou součástí zdravého vývoje, dozrávání a formování dítěte, a je spojen s vývojem nejen fyzickým, ale i psychickým a sociálním. Výběr konkrétních pohybových aktivit je však důležité dobře zvážit, pokud totiž nerespektujeme procesy vyvíjejícího se organismu dítěte, můžeme mu nevhodnou pohybovou aktivitou i ublížit. V tomto věku jsou vhodné aktivity spíše všestranného rázu. Pohyb by měl děti těšit a měl by být pojat spíše formou hry. ⁽²⁹⁾

U dětí s ADHD se vyskytují obtíže v koordinaci pohybů, v různých druzích poskoků i v rovnovážných cvičeních. Deficity se také týkají jemné motoriky rukou, koordinace oko-ruka, pravolevé orientace a orientace v prostoru. Tyto děti většinou neumí odpočívat a mají problém se uvolnit, jejich svaly jsou po většinu času v tenzi. ⁽²⁹⁾

Děti jsou neustále v pohybu, na který se však nesoustředí. V souvislosti s tím mají nedostatečný přehled o okolním dění a nejsou schopny předvídat a registrovat nebezpečí. Pro svůj neklid a pohybovou neobratnost nezvládají soutěživé a výkonnostní úkoly. ⁽²⁹⁾

Z výše uvedeného vyplývá, že nevhodnější aktivity pro tyto děti jsou ty, které pracují se střídáním napětí a uvolnění, dechová a relaxační cvičení, cvičení rozvíjející jemnou motoriku a koordinaci. Jako prospěšné jsou v odborné literatuře uváděny také taktilní hry, při kterých se děti vzájemně dotýkají. Tato forma her umožňuje odbourání přílišného ostychu a pomáhá budovat lepší vzájemné porozumění a vztahy mezi dětmi. ⁽²¹⁾

Mezi optimální aktivity řadíme psychomotorické hry a jógová cvičení.

1.13.1 Psychomotorické hry

Psychomotorika je pedagogická disciplína zaměřená na výchovu pohybem. Cílem psychomotoriky je bezděčné prožívání radosti z pohybu, ze hry a z tělesných cvičení

a vytvoření tzv. bio – psycho – socio – spirituální pohody člověka. Může být formou podpory a zmírňování projevů ADHD. ⁽²⁾

Psychomotorické hry mohou mít pro problémové děti velmi pozitivní přínos. Účastnit se jich mohou i děti méně obratné, které jindy hry ostatních kazí a proto mohou být za to odmítány. Psychomotorické hry se od běžných her odlišují zejména použitím netradičních pomůcek, ale i tím, že zde není vítězů ani poražených. Vítězové jsou všichni, kteří se těchto her zúčastňují. Dítě má tedy příležitost zakusit úspěch ze své činnosti. Je zde chváleno a povzbuzováno, což se mu mnohdy v jiných činnostech a oblastech nedostává. Dítě je součástí skupiny, není na něho kladen nárok na nutnost podat výkon. Problémové děti nedostanou žádnou speciální terapii, je tu však snaha odstranit těžkosti. Samozřejmě k žádoucímu úspěchu je možno dojít jenom v delším procesu, který trvá týdny a měsíce. ⁽⁷⁾

Psychomotorické hry jsou pohybové aktivity zaměřené na stimulaci, rozvoj a podporu psychomotoriky. Spojují motorický a psychický projev do jednoho vyjádření. ⁽²⁰⁾

"Hry v psychomotorice umožňují projevovat individualitu osobnosti a současně zapojují člověka do kolektivního cítění a poutají jedince ke kolektivu. Hra je zdrojem nových, neopakovatelných zážitků, při nichž se projevují všechny složky duševního života -- rozum, fantazie i city". ⁽³⁾

Pro tyto hry je vhodné využívat pestré pomůcky, náradí i náčiní. Možností je nepřehledné množství, lze využívat i běžné předměty z okolí nebo vlastnoručně vyrobené pomůcky. Vše závisí především na tvořivosti pedagoga. Mohou být použity např. padáky, šlapáky, chůdy, míče, švihadla, ale i novinový papír, pivní podtácky, kelímky, apod. ⁽²⁾

Psychomotorické hry jsou účinné, jestliže se hrají pravidelně, plánovitě, po delší dobu a vychází-li z úrovně psychomotorických schopností dětí. Důležité je také dbát na dodržování pravidel. Všechny hry by měly být uváděny nenásilnou formou. Pro děti, zvláště pro ty se syndromem ADHD, by to vždy měla být zábavná činnost, na kterou se těší. ⁽⁴²⁾

1.13.2 Jógová cvičení

„Díky józe může civilizovaný člověk najít znovu radost ze života. Jóga svými ásanami, které vracejí pružnost páteři, skutečné životní ose, uklidňují podrážděné nervy, uvolňují svaly, oživují orgány a nervová centra, dává zdraví a dlouhověkost. Dechová cvičení pranajámy přinášejí kyslík a energii každé buňce, pročišťují organismus spalováním škodlivin, vypuzují toxiny, přičemž uvolnění celého těla pomáhá zachovat odolnost nervového systému, obrňuje proti neurózám a zbavuje člověka nespavosti.“ (15)

Aby však mohlo být těchto pozitivních efektů dosaženo, musí být cvičení prováděna pravidelně a podle určitých pravidel. Důležité je také zmínit, že jóga není pouze cvičením, je to spíše životní styl a měl by v sobě kromě uváděného zahrnovat také zdravý způsob stravování a myšlení. Jógová cvičení pro děti mají specifickou metodiku, která je přizpůsobena právě tomuto věkovému období. Základem je hra, tvořivost a respektování věkových stádií vývoje dítěte. Cvičení vede děti ke zdravému způsobu života, probouzí v nich radost a lásku k sobě i okolí a pomáhá jim zbavit se stresu, kterým dnes často trpí i malé děti. Základem cvičení je, jak jsme již zmínili, hra a tvořivost, ale i poznání sebe sama. Děti se lépe zapojí do kolektivu, učí se vnímat své pocity a dokážou se lépe soustředit. (42)

Velkými přínosy jógových cvičení pro děti s ADHD jsou zejména zlepšení prostorového vnímání, rovnováhy a celkově lepší koordinace těla. Pomocí relaxačních cvičení se dítě učí uvolnění, které je pro něj za normálních podmínek velmi náročné. Významné je i rytmické dýchání, které nejen zklidňuje, ale také učí děti citu pro rytmus, lepšímu vnímání svého těla a soustředění. Vzhledem k nesoutěžnímu charakteru těchto cvičení se také posiluje zdravé sebevědomí (děti zde neprožívají pocity selhání a sociálního vyloučení). (42)

„Často i velmi hyperaktivní děti s velkým vnitřním neklidem se začnou cítit spokojeně, když „objeví svůj dech“ či „objeví klid“ v ásaně jako je třeba zajíc, a dokonce se jim ani nechce příslušné cvičení ukončit.“ (10)

1.14 Sociální význam syndromu ADHD

Mnohé změny osobnostního vývoje neklidného dítěte jsou dány sekundárně. To znamená, že jsou důsledkem negativních reakcí okolí, které vyvolává primární porucha, tj. hyperaktivní projev. Je třeba zdůraznit, že tyto děti bývají častěji hůře citově akceptovány, zažívají častou kritiku a bývají častěji hodnoceny jako neúspěšné, tj. negativně posuzovány i z hlediska rozumového. ⁽²⁴⁾

Pro rozvoj vlastní identity je důležitý přenos hodnocení a postojů jiných lidí do sebepojetí a sebehodnocení dítěte. Obrana vlastní identity často funguje tím způsobem, že nepříznivou informaci neakceptuje, popře ji a vytvoří si nějaký nereálný, idealizovaný obraz vlastního já, nebo se jeho realizace přesouvá do budoucnosti, kde mu nemůže být upřena určitá možnost. Reakce, které z takových obran vycházejí, zcela zákonitě vedou ke konfliktům, protože nevycházejí z reality. Při větší zátěži mohou být obrany skutečně až maladaptivního charakteru (např. agresivita a neurotické projevy). ⁽²⁴⁾

Hyperaktivní dítě vyvolává napětí ve všech lidech, kteří s ním musí být v delším kontaktu. Jeho problémem je, že působí nepříjemně, a tomu obyčejně odpovídá zpětná vazba, kterou dostává. Neklidné dítě bývá pro učitele i ostatní žáky zdrojem nadměrné stimulace. Jeho projev je nejen ruší, ale i dráždí a vyčerpává. V tomto smyslu pro ně existence neklidného dítěte ve třídě představuje specifický zátěžový faktor, na který reagují různým způsobem. Zejména pro učitele závisí zvládnutí uvedené situace na interpretaci příčiny potíží. ⁽²⁴⁾

1.14.1 Učitel a hyperaktivní dítě

Postoj učitele k hyperaktivním žákům bývá dosti jednoznačný. Učitel se domnívá, že dítě školního věku by mělo umět ovládat své jednání, a tak je hyperaktivita interpretována z morálního hlediska, jako porucha chování. Jako projev, kterým je dítě vinno, protože se nechce chovat lépe. Školsky nepříznivým projevem hyperaktivity je snadnost rozptýlení a neschopnost dokončit započatou činnost. Učiteli takový projev připadá jako důsledek nedostatečné snahy a úsilí, považuje jej za projev malého respektu ke školní práci. Významným problémem hyperaktivního dítěte ve škole je také neschopnost dodržovat

specifické sociální normy, chovat se přiměřeně své roli školáka. Neschopnost respektovat školní normy považuje učitel za nevychovanost. ⁽²⁴⁾

1.14.2 Rodiče a hyperaktivní dítě

Typický projev neklidného dítěte rodiče vyčerpává a přivádí do stavu, kdy se cítí bezmocní, protože dítě nereaguje pozitivně na žádný výchovný zákrok. Rodiče jsou stále více nespokojeni a zklamáni, případně po určité době rezignují. Mnohdy hledají vinu i v sobě, mají pocit, že oni sami v rodičovské roli selhali. Rodiče, jejichž dítě trpí diagnózou ADHD, se musejí sami vyrovnat se všemi jejími důsledky, ale také s reakcemi okolí. Jejich děti jsou často považovány za nevychované, neposlušné, drzé, zlé, hloupé apod. Rodiče zase bývají nařčení z neschopnosti vychovávat své dítě, což sebou nese konflikty nejen s okolím, ale mnohdy i v rámci rodiny (s partnery, prarodiči dítěte a ostatními příbuznými). Z tohoto vyplývá, že děti s ADHD a zvláště pak jejich rodiny mohou vykazovat specifické potřeby, a to nejen v oblasti zdravotní péče, ale šířeji i v oblasti sociální a vzdělávací. ⁽²⁴⁾

1.14.3 Vztahy s vrstevníky

Zde se projevují také specifické potíže. Bez ohledu na příčinu hyperaktivity bývají tyto děti opožděny v sociálním vývoji. Vzhledem k tomu se nedovedou chovat stejně jako jejich spolužáci, kteří od nich ovšem obvyklé chování očekávají. Výsledkem bývají problémy ve vztazích s dětmi, častější odmítání a nízký sociální status ve třídě. ⁽²⁴⁾

Hlavní potíže socializace hyperaktivního dítěte ve vrstevnické skupině lze shrnout do několika bodů:

1. děti mívají nízkou frustrační toleranci
2. neschopnost podřídít se normám
3. neschopnost řešit běžné konflikty
4. jejich chování bývá nestálé a nepředvídatelné
5. primitivní, nezralá emotivita, citové vzněty a impulsy se téměř okamžitě odrážejí v chování ⁽²⁴⁾

1.15 Volba vhodné školy pro uplatnění v budoucím životě

„Volba povolání je dalším důležitým úkolem adolescenta. Jde o úkol náročný, neboť mladistvý nemusí být ještě zájmově vyhraněný, není zcela dokončen jeho vývoj schopností, identity a nezávislosti. Volba povolání spadá do osmnáctého roku, kdy tyto předpoklady nejsou zřejmé. Často se zde střetává zájem dospívajícího jedince a rodičů, kteří jsou představiteli postojů celé společnosti. Výsledkem tohoto střetu mohou být důvody pro určitou volbu. Buď mladý člověk volí podle přání a rozhodnutí rodičů, pasivně se podvolí, neboť sám je tak nevyhraněný, že to oslabuje jeho aktivní prosazení, nebo má jedince určitá přání a zájmy, avšak jeho představy jsou nejasné, nevyhraněné, a proto volí částečně i pod vnějším tlakem. Malá skupina dospívajících má natolik vyhraněné životní cíle, že volba povolání je jejich logickým vyústěním. Ti mívají silné seberealizační tendence a povolání volí podle svých představ“⁽²²⁾

Často už od narození dítěte si mnozí rodiče kladou otázky a sprádají sny, jaký život jejich dítě prožije, jaké bude mít povolání, zkrátka čím jejich dítě bude. Někdy, a to spíše výjimečně, má dítě svoji volbu jasnou, má vyhraněné zájmy a vytyčené cesty, jak dosáhnout svého cíle. To se ovšem týká dětí se syndromem ADHD jen zřídka. Volba povolání se stává skutečným problémem pro dospívající s ADHD i pro jejich rodiče. Dospívající potřebují pomoc s výběrem povolání, střední školy či učebního oboru, které dnes zajišťují výchovní poradci na základních školách a středních školách, nebo pedagogicko - psychologické poradny. V okresních městech též fungují poradenská centra působící na Úřadech práce.

Dětem s ADHD je nutné v rámci poradenství na základní škole věnovat zvýšenou pozornost. Je tomu tak nejen proto, že jejich obtíže často prohlubuje kombinace se specifickou poruchou učení, ale také proto, že porucha pozornosti i další obtíže z ní vyplývající znesnadňují studium na středních školách nebo učilištích. Proto jsou děti s ADHD více ohroženy selháním na třetím stupni vzdělávání. Z tohoto důvodu je třeba výběr další formy vzdělávání dětem s ADHD přímo „ušít na míru“, aby bylo nebezpečí selhání a nedokončení studia co nejvíce eliminováno. Hyperaktivní děti bývají někdy označovány ve svém přístupu k učení jako příliš „bohémské, rozevláté, příliš free“. I když

se nejedná o žádné odborné termíny, situaci dětí plně vystihují. Přestože se jedná často o děti s velmi kvalitními intelektovými předpoklady, nemusí je při studiu uplatnit právě vlivem mimointelektových faktorů. Ať už jsou to obtíže plynoucí z kombinace se specifickou poruchou učení a chování zároveň nebo i jejich osobnostní charakteristiky a volní vlastnosti, včetně schopnostmi, které se ale neumí nebo nechce učit, a naopak zvládne méně nadané dítě, které ale má učební návyky, umí se učit. ⁽⁸⁾

Hyperaktivita s poruchou pozornosti je nejčastěji u dětí spojována s problémy s učením, se špatným soustředěním, impulzivním chováním či hyperaktivitou. U vysokoškolských studentů byl ale odhalen jeden pozitivní prvek této poruchy, a to vyšší míra tvořivosti. Vysokoškoláci s ADHD zaznamenali oproti studentům bez této poruchy větší úspěchy v oblasti dramatu, humoru, hudby, výtvarného umění, tvůrčího psaní, invence a vědeckých objevů. I když ADHD s sebou přináší určitá omezení, lidé s touto poruchou mohou být velkým přínosem v oblasti inovací a tam, kde jsou vítány nové myšlenky, postupy a nápady. Tyto informace tedy udávají směr, jakým by se mohli lidé s ADHD vydat při volbě svého povolání. Správná volba je zaměstnání, které nabízí hodně svobody a volnosti. Povolání, kde se můžete volně pohybovat, mluvit a setkávat se s mnoha lidmi a přemýšlet mimo pevně zavedená pravidla a směry. ⁽⁴⁰⁾

Dle výzkumu v USA se to ale týká maximálně 5% žáků s ADHD, kteří dosáhnou vysokoškolského vzdělání.

1.16 Legislativa a systém vzdělávání v České republice

V roce 1948 přijala Organizace spojených národů Všeobecnou deklaraci lidských práv. Jedná se o dokument, který není právně pro členské země OSN závazný, ale slouží jako výchozí bod pro mezinárodní úmluvy chránící lidská práva a svobody. Ve Všeobecné deklaraci lidských práv, ve článku 26 je napsáno, že každý má právo na vzdělání, které má být bezplatné a základní vzdělání má být povinné pro všechny. Jednotlivé státy OSN pak z deklarace vycházejí v rámci svých právních norem.

Listina základních práv a svobod, která byla přijata ČNR v prosinci 1992 (zákon č. 2/1993 Sb.), je součástí ústavního pořádku České republiky, ve které je také obsaženo právo na vzdělání v hlavě čtvrté, v článku 33.

Od 1. ledna 2005 vstoupil v platnost školský zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném, který již byl několikrát novelizován. Upravuje předškolní, základní, střední, vyšší odborné a některé jiné vzdělávání ve školách a školských zařízeních. Zahrnuje vzdělávací programy, vzdělávací soustavu, školská zařízení a jejich právní postavení, dlouhodobé záměry, hodnocení a klasifikaci, práva a povinnosti žáků, atd. Hlavními zásadami a cílem vzdělávání je rovný přístup všech občanů bez ohledu na rasu, národnost, etnický původ, zdravotní stav apod. V zákoně je zahrnuto i vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

V České republice veškerá školská zařízení musí postupovat v souladu s mnoha právními předpisy, a to především:

- Vyhláška MŠMT č. 43/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 14/2005 Sb., *o předškolním vzdělávání.*
- Vyhláška č. 48/2005 Sb., *o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky,*
- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., *o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních,*
- Vyhláška č. 73/2005 Sb., *o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných,*

a mnoha dalšími předpisy.

2 VÝZKUM

2.1 Cíl výzkumu

Cílem práce bylo popsat a analyzovat největší problémy v oblasti sociální a emocionální, které provází od raného věku až do dospělosti jedince, kteří trpí syndromem ADHD, jaké pozitivní a negativní zážitky je provází během školní docházky, při studiu a při trávení volného času. Pohled na děti a mládež se syndromem ADHD je zaujímán z hlediska učitelů, lékařů a rodičů. Problematika je diskutována mimo jiné také z hlediska sociální práce a institucí péče o děti (OSPOD).

2.2 Hypotézy

- 1) Jedinci se syndromem ADHD vykazují problémy v procesu edukace, i když jsou jejich specifické výchovné a vzdělávací potřeby zohledněny.
- 2) Jedinci se syndromem ADHD nejsou všeobecně v dětském kolektivu akceptováni.
- 3) Problematika ADHD v dospělosti je laickou i odbornou veřejností mimo oblast psychiatrie a psychologie opomíjena.

2.3 Místo a doba šetření

Výběrovým soubor tvořili lékaři z dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a z Dětské psychiatrické léčebny Opařany, učitelé ze základních škol v Týně nad Vltavou a pracovníci sociálního odboru MěÚ v Týně nad Vltavou.

2.4 Metody

K dosažení cílů byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, ve formě 4 druhů anonymních dotazníků s uzavřenými, otevřenými a polootevřenými otázkami. První dotazník byl pro pedagogy na prvním a druhém stupni základní školy. Při vyhodnocování byly rozlišeny výsledky šetření u pedagogů z I. a z II. stupně – výzkumný vzorek č. 1. Dotazník byl sestaven z 23 otázek. Otázky v dotazníku byly koncipovány do 9 základních

výzkumných okruhů a měly zodpovědět vyřčené hypotézy. Druhý dotazník byl pro lékaře pediatrie a psychopediatrie, a byl sestaven z 13 otázek. Odpovědi lékařů byly vzaty jako výzkumný vzorek č. 2. Otázky v dotazníku jsou koncipované do 6 základních výzkumných okruhů. Dotazník číslo tři byl pro sociální pracovníky na MěÚ, který byl sestaven z 11 otázek, koncipovaných do 5 výzkumných okruhů.

2.5 Výsledky výzkumného šetření u výzkumného vzorku č. 1

Respondentů z prvního stupně, kteří se zúčastnili výzkumu, bylo celkem 13 pedagogů. Z toho bylo 92 % žen a 8 % mužů, s průměrnou délkou praxe 19,8 roku. Respondentů z druhého stupně bylo celkem 8 pedagogů. Z toho bylo 62,5 % žen a 37,5 % mužů, s průměrnou délkou praxe 19,1 roku. Z tohoto výsledku se dá usuzovat, že respondenti byli většinou zkušení pedagogové (pouze 2 pedagogové na prvním stupni s praxí do 10 let), kteří by měli mít bohaté zkušenosti se žáky se syndromem ADHD.

Výzkumné okruhy u dotazníků pro pedagogy:

Okruh č. 1 - otázky č. 1, 2 a 3 zjišťují, zda pedagogové mají ve třídě žáky se syndromem ADHD, v jakém množství a v jakém zastoupení.

Okruh č. 2 – otázky č. 5, 7 a 9 zjišťují, zda pedagogové berou ohled na žáky s ADHD (zařazování relaxačních prvků, jiný režim vyučovací hodiny či zvláštní pozornost)

Okruh č. 3 – otázky č. 4, 6 a 8 zjišťují projevy syndromu ADHD

Okruh č. 4 – otázky č. 11 a 12 se zabývají otázkou vzdělavatelnosti žáků se syndromem

Okruh č. 5 – otázky č. 13, 14 a 16 se zabývají tím, jak se projevuje žák se syndromem, zda je oblíben, zda se dostává do konfliktů a jaké má sebevědomí

Okruh č. 6 – otázky č. 10 a 15 zjišťují, zda má pedagoga potřebu se průběžně vzdělávat

Okruh č. 7 – otázky č. 17 a 18 se zabývají problémy a příznaky u dětí se syndromem

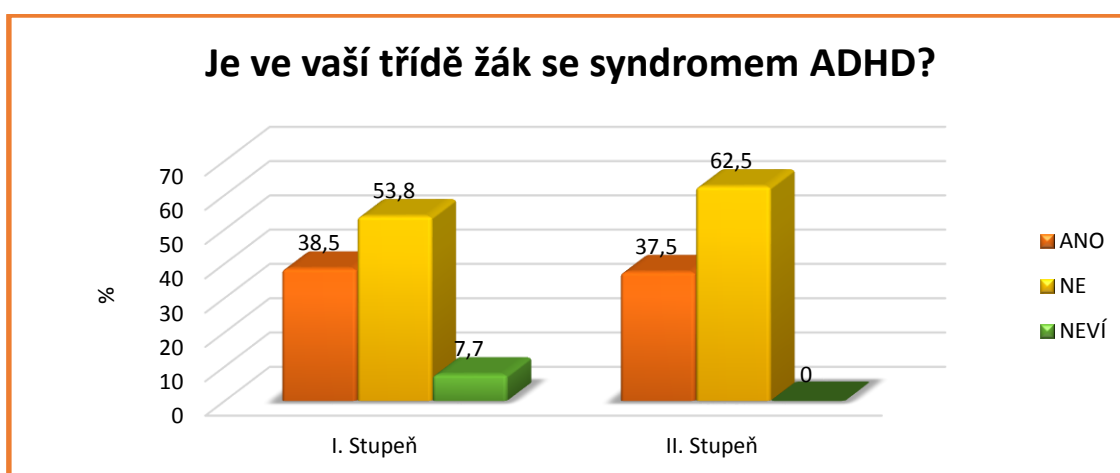
Okruh č. 8 – otázky č. 19, 20 a 21 se zabývají přístupy k dětem

Okruh č. 9 – otázky č. 22 a 23 zjišťují názor pedagogů na stanovování diagnózy ADHD

Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 1 (otázky č. 1, 2 a 3)

Při vyhodnocení a porovnání výsledků bylo zjištěno, že více respondentů - pedagogů na prvním stupni, má ve třídě žáků se syndromem ADHD do 10%, na čemž se shodli i s respondenty- pedagogy z druhého stupně. Většina pedagogů dále uvedla, že se syndrom více vyskytuje u chlapců než u dívek. Pouze dva respondenti, jeden na prvním a jeden na druhém stupni uvedli, že je zastoupení chlapců a dívek se syndromem ve stejném poměru. Žádný z dotázaných respondentů nevedl, že by převládal syndrom ADHD u dívek, viz. graf č. 1.

Graf č. 1

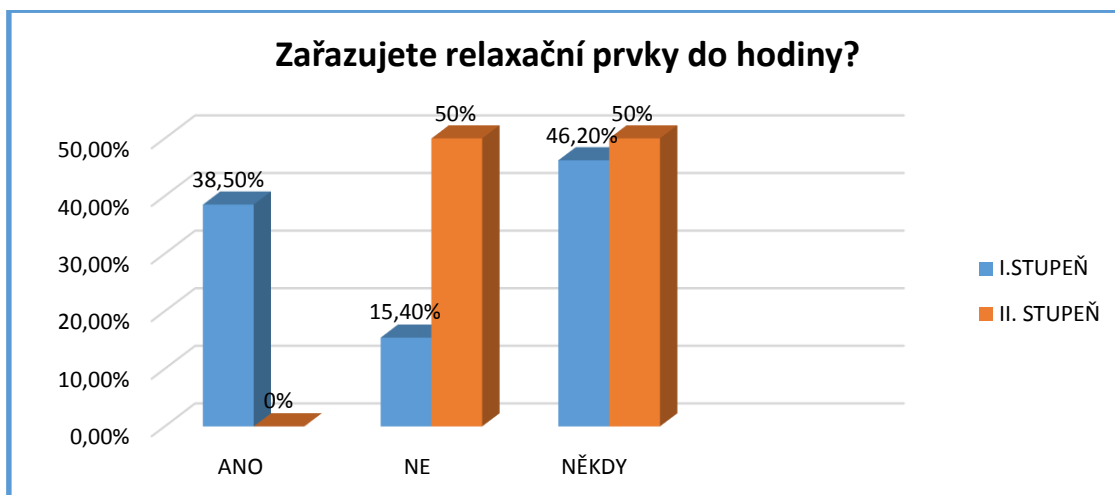


Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 2 (otázky č. 5, 7 a 9)

Při vyhodnocování otázek v druhém okruhu byly zjištěny velké rozdíly mezi odpověďmi pedagogů z prvního a z druhého stupně. Druhý okruh otázek zjišťoval, jak pedagogové usnadňují žákům se syndromem zvládnání školní výuky, například zařazováním relaxačních prvků do hodiny, nebo umožnění zvláštního režimu žákům při vyučovací hodině a zda věnují žákům se syndromem zvláštní pozornost, například kontrolou zaznamenávání domácích úkolů, aby rodiče věděli, jakou přípravu mají s dětmi zvládnout doma. Na tuto poslední otázku odpovědělo zhruba 60% pedagogů z I. stupně a 50 % pedagogů z II. stupně, že věnují žákům zvláštní pozornost.

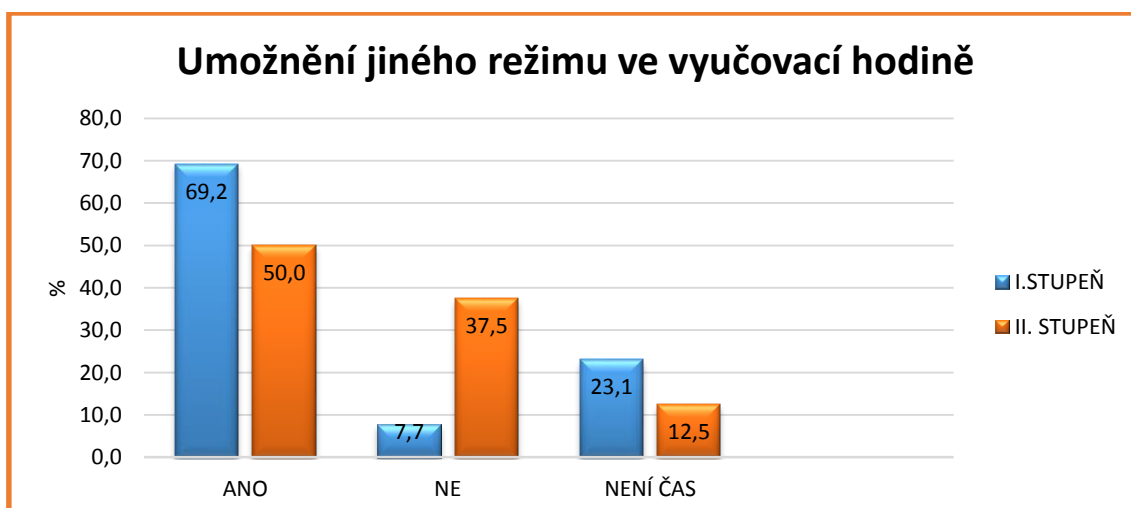
Na otázku, zda zařazují do vyučovacích hodin relaxační prvky, které pomohou žákům s ADHD se lépe koncentrovat, odpověděli respondenti nejčastěji „někdy“, viz. graf č. 2.

Graf č. 2



Téměř totožné byly odpovědi respondentů na otázku, zda umožňují žákům se syndromem ADHD jiný režim vyučovací hodiny, například rozdělením hodiny na několik částí, aby neupadala jejich pozornost a zda věnují těmto žákům zvláštní pozornost, viz. graf č. 3.

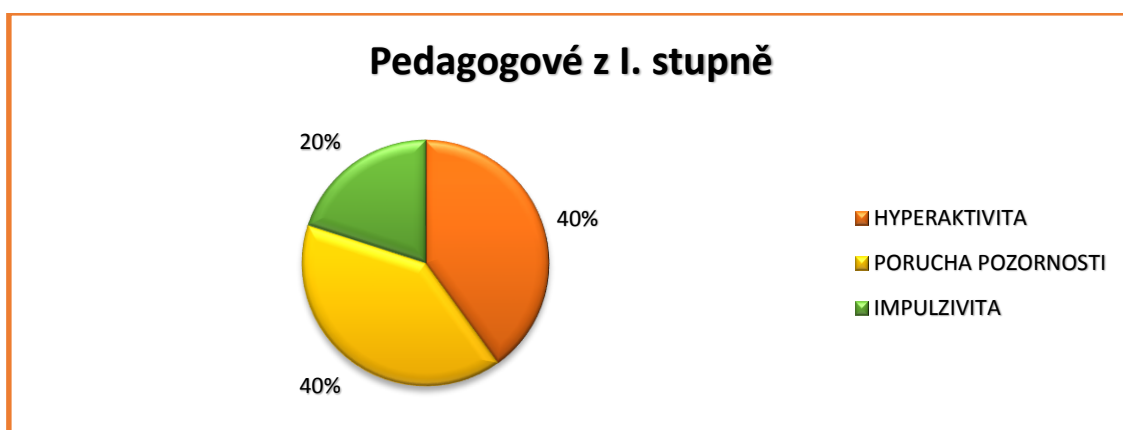
Graf č. 3



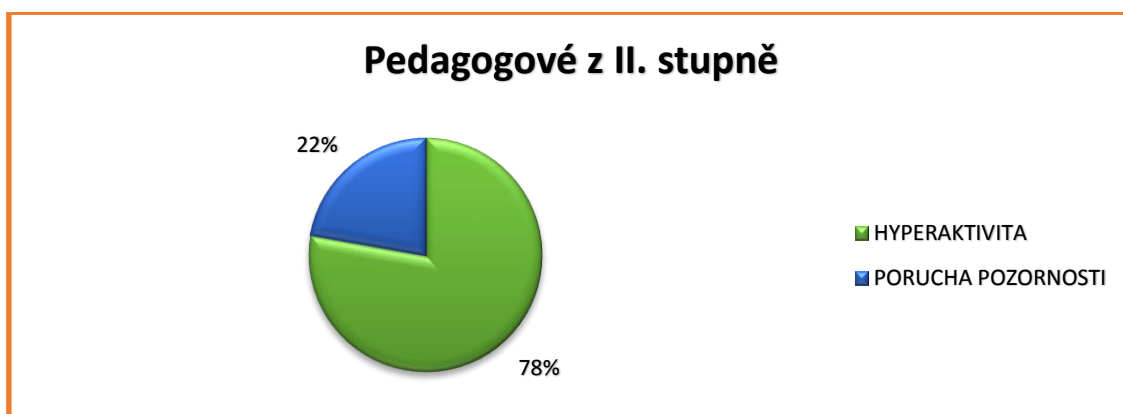
Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 3 (otázky č. 4, 6 a 8)

Třetí okruh otázek byl zaměřen na zjištění projevů syndromu při vyučování. Téměř většina pedagogů shodně uvedla, že syndrom ADHD se projevuje nejvíce hyperaktivitou a poruchou pozornosti, viz. graf č. 4 a 5. Třetina pedagogů z prvního stupně uvedla, že syndrom ADHD se projevuje také impulzivitou. Příznak impulzivity nevedl ani jeden pedagog z druhého stupně. Otázka číslo 6 byla zaměřena na uspořádání pomůcek na lavici a otázka číslo 8 na pečlivost a přesnost při samostatné práci. Většina pedagogů se shodla na tom, že u žáků se syndromem na lavici vládne zmatek a nepořádek a že tito žáci nejsou při samostatné práci přesní a pečliví, jsou nesoustředění, roztěkaní, ale se svými výsledky jsou spokojeni.

Graf č. 4



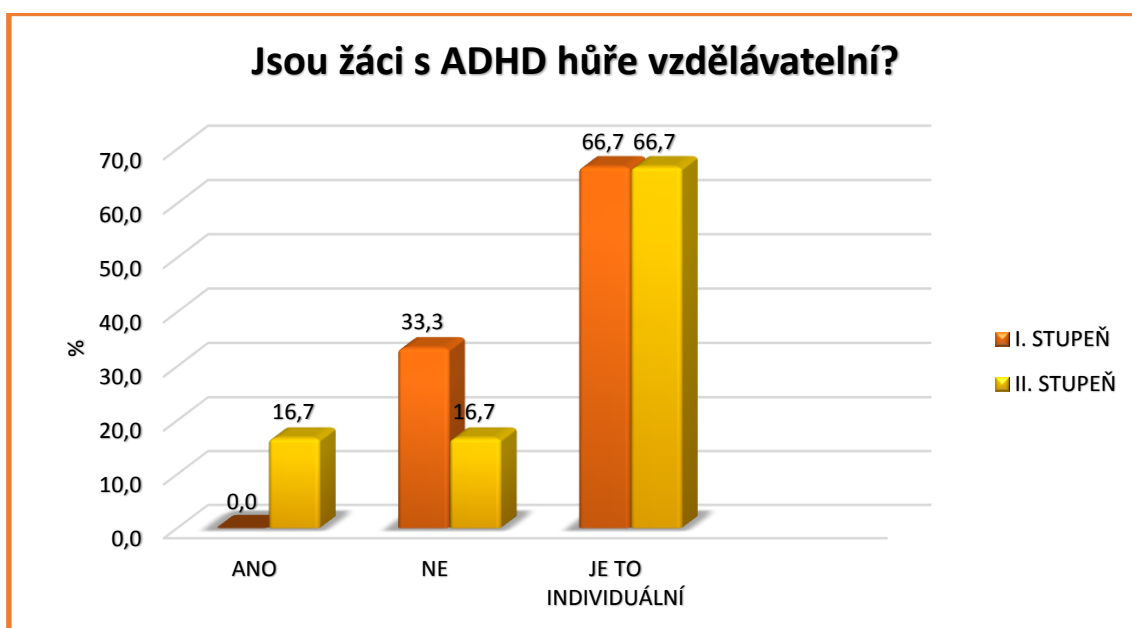
Graf č. 5



Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 4 (otázka č. 11 a 12)

Čtvrtý okruh otázek se zabýval otázkami, zda jsou žáci se syndromem hůře vzdělavatelní a pokud ano, tak v čem. Dvě třetiny učitelů, jak z prvního, tak i z druhého stupně, se shodli na tom, že toto je individuální. Téměř třetina učitelů uvedla, že žáci nejsou hůře vzdělavatelní. Pouze jeden učitel z II. stupně uvedl, že žáci s ADHD jsou hůře vzdělavatelní, viz. graf č. 6. A na otázku v čem jsou žáci hůře vzdělavatelní, pedagogové uváděli velmi podobné příčiny. Nejčastěji to byla nesoustředěno, nepozornost, potíže učit se, zvládání menšího množství úkolů a problémy při práci v jemné motorice. Odpověď pedagožky s 13 letou praxí byla, že děti s ADHD ztěžují vzdělávání svým spolužákům.

Graf. č. 6

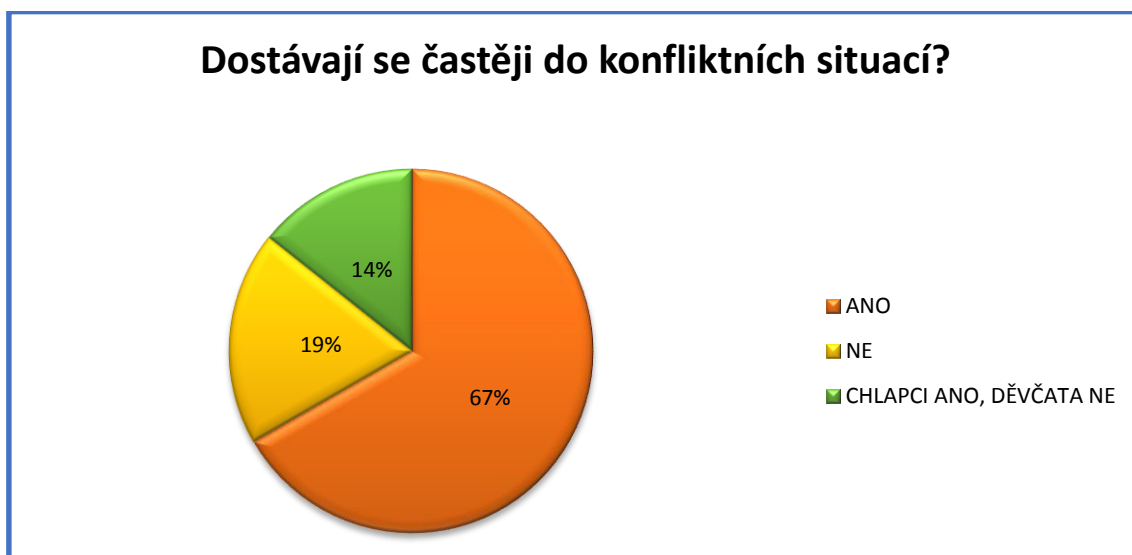


Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 5 (otázky č. 13, 14 a 16)

Tento okruh otázek se zabýval přímo žákem se syndromem ADHD a jeho duchovnem. Pedagogové měli odpovědět na otázky, jaké mají žáci s ADHD sebevědomí, zda jsou v kolektivu oblíbení a zda se dostávají, vzhledem k impulsivitě a hyperaktivitě

častěji do konfliktních situací. Na otázku, jaké mají děti sebevědomí, většina pedagogů uvedla, že normální a zbytek pedagogů, že mají tito žáci nižší sebevědomí. Nikdo z pedagogů neuvedl, že by žáci se syndromem měli vyšší sebevědomí. Na otázku, zda jsou žáci v kolektivu oblíbení, většina pedagogů uvedla, že toto je individuální. Při dotazu, zda se častěji dostávají do konfliktních situací, se odpovědi pedagogů rozcházely. Názor většiny pedagogů byl, že se žáci častěji dostávají do konfliktních situací, ale část jich uvedla, že tomu tak není. Zbylá část uvedla, že chlapci se dostávají častěji do konfliktních situací, děvčata nikoliv. Procentní zastoupení na I. a II. stupni bylo téměř stejné, viz. graf č. 7.

Graf č. 7



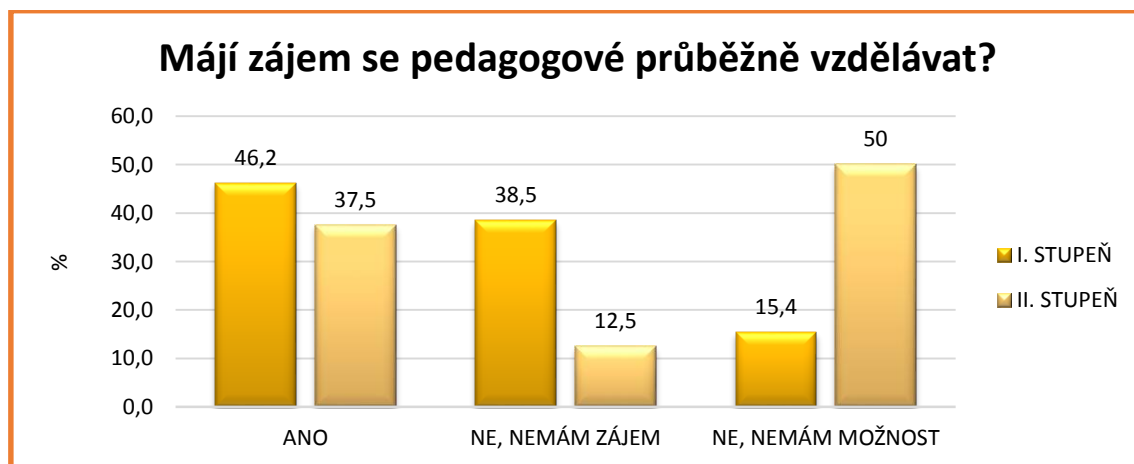
Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 6 (otázka č. 10 a 15)

Tyto otázky se týkaly přímo pedagogů. Pro dokreslení celkové situace nutné vědět, jakou mají pedagogové délku praxe, zda se zúčastňují průběžně dalšího vzdělávání, týkajícího se osvojování nových metod při vyučování žáků se specifickými poruchami učení a zda si průběžně zvyšují kvalifikaci. Výsledky výzkumu byly překvapivé. Více jak polovina učitelů uvedla v obou případech, že ano. Ale třetina učitelů uvedla, že nemá zájem se dále průběžně vzdělávat a ani si zvyšovat kvalifikaci, viz. graf č. 8. V současné

době, kdy se množství hendikepovaných žáků zvyšuje rok od roku, a je spousta organizací, které se zabývají nejnovějšími metodami, jak co nejvíce usnadnit hendikepovaným žákům školní život, formou kurzů, školení, seminářů a nově otevřených výukových programů na vysokých školách, je nepochopitelné, že jsou ještě lidé, v tomto případě pedagogové, kteří nechtějí a nemají zájem si nové metody osvojit. Je smutné, že jediný kdo bude tímto ovlivněn, nebude „nevzdělaný“ pedagog, ale žáček v lavici.

Při vyhodnocování dotazníků jsem byla v jednom případě nemile překvapena. Šlo o ženu – pedagožku s 2letou praxí. Na otázku zda se zúčastňuje průběžně dalšího vzdělávání, odpověděla „ne, nemám zájem“ a na otázku, zda si průběžně zvyšuje kvalifikaci, odpověděla, také „ne, nemám zájem“. Nelze ale říci, že by tato respondentka byla zdatná kantorka a že by se nepotřebovala vzdělávat. Na otázku, jaké jsou nejčastější příznaky u dětí se syndromem ADHD odpověděla „nevím“ a na otázku, v čem jsou žáci se syndromem hůře vzdělavatelní, odpověděla také „nevím“. Odbornost některých pedagogů je k zamyšlení.

Graf č. 8



Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 7 (otevřené otázky č. 17 a 18)

První otázka v tomto informačním okruhu se zabývala nejzávažnějším problémem dětí se syndromem. Jednalo se o otevřenou otázku, kdy pedagogové uváděli širokou škálu problémů, kdy nejčastěji uvedli, že je to hyperaktivita, nesoustředěnost, neklid, nízká

pozornost, zbrkllost, odezva okolí na jejich chování, nepřijetí v kolektivu a poruchy chování. Druhá otázka se zabývala nejčastějšími příznaky, kde respondenti opětovně odpovídali, že je to nízká pozornost, hyperaktivita, roztěkanost, zbrkllost, impulsivita a nevyrovnanost. Pedagogové z druhého stupně uváděli již jenom hyperaktivitu a nepozornost. Respondent z druhého stupně, s 26 letou praxí, uvedl nečekanou odpověď „nepořádek na lavici, v písemnostech, v hlavě“.

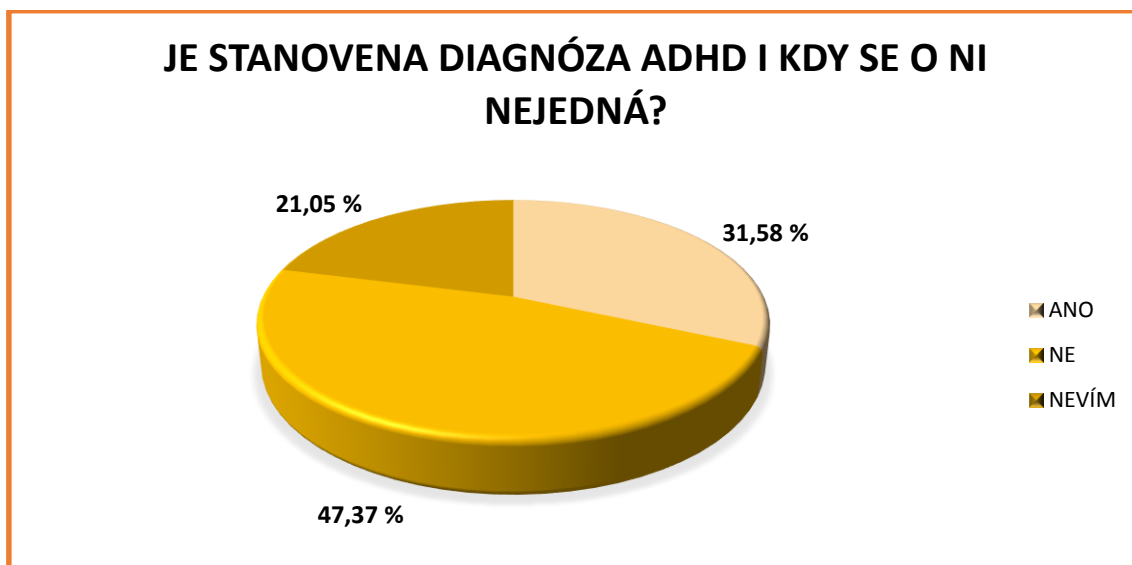
Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 8 (otevřené otázky č. 19, 20 a 21)

Tyto otázky se zabývaly přístupy pedagogů k dětem. První otázka se respondentů dotazovala, jaký je dle nich nejvhodnější přístup k dětem se syndromem ADHD. Respondenti shodně uváděli, že je to individuální přístup, klidný přístup, vytiženost dítěte, důslednost, jasně krátce zadávat úkoly a přesně stanovit dětem řád. Druhá otázka se ptala respondentům, jaký přístup by měli podle nich uplatňovat k dětem se syndromem rodiče. Na toto respondenti odpovídali podobnými odpověďmi, jako u předchozí otázky. Trpělivý, klidný přístup, soustavné vysvětlování problémů, tolerance, důslednost, dostatek času na splnění úkolů, stanovení si hranic, co dítě smí a co již ne a pevný režim dne. Poslední otázka v tomto okruhu byla, zda si respondenti myslí, že je vhodné děti se syndromem trestat. Na tuto otázku nadpoloviční většina odpověděla, že ano, ale přiměřeně k přestupku a „onemocnění“. Jasně „ano“ na trestání odpověděla pětina respondentů. Ostatní odpověděli jasně „ne“.

Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 9 (otevřené otázky č. 22 a 23)

Tyto otázky se týkaly přímo stanovování diagnózy. První otázka zněla, zda si respondenti myslí, že je stanovena diagnóza ADHD i v případech, kdy se o ni nejedná. Na tuto otázku, ač byla otevřená, odpovídali respondenti třemi druhy odpovědí: ano, ne, nevím, viz. graf č. 9. Druhá otázka z tohoto okruhu se respondentů ptala, zda si myslí, že je diagnóza nadužívána? Na toto většina respondentů odpověděla, že ne, pouze jeden respondent odpověděl, že neví a dva respondenti odpověděli, že ano.

Graf č. 9



2.5.1 Souhrn výzkumu vzorku č. 1

Na základě výzkumného šetření u výzkumného vzorku číslo 1, kde byly respondenty pedagogové z I. a II. stupně základní školy, bylo zjištěno, že někteří pedagogové mají ve své třídě žáky se syndromem ADHD a více než polovina dotázaných pedagogů odpověděla, že ne. Vzhledem k tomu, že v Týně nad Vltavou byla zrušena speciální základní škola a děti byly integrováni do běžných základních škol, není pravděpodobné, že by více než polovina pedagogů neměla ve svých třídách děti se syndromem ADHD. V současné době jsou pedagogové, kteří jsou ochotni se přizpůsobit situaci, kdy mají ve třídě žáka se syndromem ADHD. Bohužel jsou i tací, kteří nejsou ochotni přizpůsobit situaci a nehledají způsoby, jak těmto žákům usnadnit školní docházku a vzdělávání. Odpovědi některých pedagogů jsou znepokojující a v žádném případě uspokojující. Více jak polovina pedagogů nezařazuje do vyučovacích hodin relaxační prvky, které mohou pomoci žákům, následně se koncentrovat. Na prvním stupni to nepomáhá pouze žákům se syndromem ADHD, ale dle mého názoru skutečnosti všem dětem. Při přechodu z předškolního zařízení do školy, kde musí dítě, co bylo do té doby zvyklé si hrát a jednat impulzivně, sedět 45 minut strnule v lavici, by uvítalo vhodné relaxační prvky, např. protažení na koberci. Pokud se žák má něco při hodině naučit, musí být soustředěný. Neulehčilo by to život pouze žákům, ale i samotným pedagogům, což si někteří

pedagogové neuvědomují. Na otázku, zda jsou žáci se syndromem ADHD pečliví a přesní při samostatné práci, 55% pedagogů odpověděla, že toto je individuální, a 45 % odpověděla, že ne, protože při delší stejné činnosti upadá jejich pozornost, jsou nesoustředění, roztěkaní, jednají impulzivně. Toto jsou všechno příznaky syndromu ADHD, které ovlivňují život dítěte, pro které je hůře vzdělavatelné, ale ne nevzdělatelné, než obyčejné zdravé děti. Zde opět záleží pouze na přístupu pedagoga. Pedagogové dále uvedli, že děti se syndromem zvládají menší množství úkolů, mají problémy při práci jemné motoriky a hůře si osvojují sociální chování, což vede k tomu, že mají problémy při začleňování do kolektivu, jsou méně oblíbení a následkem toho trpí jejich sebevědomí.

Pedagogové, ač vědí, že nejzávažnější příznaky syndromu ADHD je hyperaktivita, nepozornost, impulzivita, neklid, poruchy chování, malé sebevědomí, atd., a jaký je dle nich nejvhodnější přístup k těmto dětem, část jich je ochotna si vyučovací hodiny přizpůsobit, aby vyhovovaly i dětem se syndromem ADHD, ale část ne a někteří dokonce tvrdí, že na to není při vyučování prostor. Pokud na to má při vyučování prostor jeden pedagog, tak proč ne druhý? Z tohoto lze vyvodit, že jsou pedagogové ochotní se průběžně vzdělávat, osvojovat si nové metody a zvyšovat si kvalifikaci, týkající se vzdělávání dětí se specifickými vadami učení, mají poznatky jak přizpůsobit vyučovací hodinu, aby byla vhodná i pro děti se speciálními potřebami, a dále jsou pedagogové, kteří nemají zájem si doplňovat vzdělání a zvyšovat kvalifikaci, a raději budou při pedagogických poradách dále označovat tyto děti za nevychované, lajdáky, drzé, hloupé, atd..

Názory pedagogů, že je u dětí stanovena diagnóza ADHD i v případech, kdy se o ni nejedná, a některých pedagogů, že je diagnóza nadužívána, jsou neadekvátní. Vystudovaný pedagog nemůže posuzovat, z medicínského hlediska, zda žák má syndrom ADHD a diagnóza je stanovena správně, či nikoliv. Snadnější je, pro některé pedagogy, o žákovi říci, že je neukázněný, roztěkaný, hloupý, lajdák, atd., než přijmout fakt, že s tímto žákem je nutné pracovat odchylně než s jinými žáky, aby bylo dosaženo stejného výsledku, pokud je to možné. Jsou samozřejmě případy, kdy ani při speciálním přístupu, nedosáhne žák se syndromem ADHD stejného výsledku, jako zdravý žák, např. při výtvarné výchově.

Z vyplněných dotazníků nejvíce vybočovaly dva dotazníky pedagogů z prvního stupně svými nestandardními odpověďmi. Jeden negativně a druhý pozitivně.

V prvním případě šlo o ženu - pedagožku s dvouletou praxí. V průběhu dotazníku z jejich odpovědí vyplynulo, že tato pedagožka nemá tušení, co to je syndrom ADHD. Na otázku zda se vyskytuje více u chlapců, dívek, nebo ve stejném poměru neodpověděla, jak se projevuje syndrom také neodpověděla, zda zařazuje do vyučovacích hodin relaxační prvky, odpověděla „ne“, dle paní pedagožky je pracovní plocha dítěte se syndromem uspořádaná a uklizená, žákům nevěnuje zvláštní pozornost, ani neumožňuje jiný režim vyučovací hodiny, v čem jsou žáci se syndromem hůře vzdělavatelni odpověděla „nevím“, ale co mě nejvíce udivilo, byly odpovědi, zda se průběžně zúčastňuje dalšího vzdělávání a zda si průběžně zvyšuje kvalifikaci, když na obě tyto otázky odpověděla „ne, nemám zájem“. Určitě stojí k zamyšlení, zda tato pedagožka je erudovaná a vhodná k práci s dětmi.

V druhém případě šlo o pedagoga - muže s 30 letou praxí. Na první otázky v dotazníku odpověděl, že ve třídě nemá žáka se syndromem ADHD, přesto ale znal přesně, čím se vyznačuje syndrom ADHD a co přináší za problém při výuce. Na otázky týkající se výuky odpovídal standardně, jako ostatní pedagogové. Do vyučovacích hodin zařazuje relaxační prvky někdy, podle času, kontrolu u dětí se syndromem provádí dle potřeby, dětem se syndromem ADHD umožňuje jiný režim vyučovací hodiny. Nečekaně odpověděl, že nemá zájem se průběžně vzdělávat a doplňovat si kvalifikaci. Vysvětlení se mi dostalo v závěru dotazníku. Na otázky, co je nejzávažnější problém dětí se syndromem ADHD, jaké jsou nejčastější příznaky, jaký je nejvhodnější přístup k dětem se syndromem a zda je vhodné děti trestat neodpověděl. Místo pro odpověď proškrtl, ale v závěru dotazníku uvedl: „S žáky tohoto typu mám minimální zkušenost, ale všichni takto označení žáci se chovají při normálním lidském přístupu přijatelně“.

V životě jsem se setkala s pedagogy, kteří byly srdcem i duší pedagogy a s pedagogy, kteří do školy docházeli jako do zaměstnání, na určitý počet hodin týdně. Výše citovaný pedagog se v závěru dotazníku zmínil o lidském přístupu, což bylo milé překvapení. Je to pedagog tělem i duší a své zaměstnání má jako poslání. Kéž by byly všichni pedagogové stejní a děti se setkávali jenom s těmito pedagogy.

Hypotéza č. 1

Z pohledu pedagogů není jednoznačné, zda jedinci se syndromem ADHD vykazují problémy v procesu výchovy a vzdělávání. V tomto se odpovědi pedagogů rozcházejí. Většina respondentů uvedla, že toto je individuální. Uvedli širokou škálu doprovodných příznaků, které ovlivňují vzdělávací schopnosti žáka. Ale při vhodném pedagogickém zvolení přístupu, například zařazením relaxačních prvků do vyučovacích hodin, rozdělením vyučovací hodiny na víc částí, nebo přizpůsobením vyučovací hodiny potřebám tohoto žáka a vhodnou spoluprací s rodiči, lze žákovi se syndromem ADHD co nejvíce usnadnit vzdělávání a život během školní docházky. Ne každý pedagog dá žákovi se syndromem ADHD nálepku „lajdák, hlupák, nevychovaný, atd..“

Hypotéza č. 2

Zda splyne dítě se syndromem ADHD s kolektivem a je akceptováno, není z odpovědí pedagogů zcela jasné. Většina pedagogů je názoru, že toto je individuální, záleží na osobnosti žáka se syndromem. Ale vzhledem ke špatnému osvojení si sociálního chování, hyperaktivitě a impulsivitě, nejsou děti se syndromem ADHD v kolektivu akceptovány a hůře se zapojují a začleňují do kolektivu. Spíše jsou akceptovány v kolektivu, který má podobné problémy.

Hypotéza č. 3

Tuto hypotézu mi pedagogové ze základních škol nepotvrdili ani nevyvrátili, jelikož již nemají kontakt s těmito jedinci v dospělosti. S žáky na základní škole pracují do 15 let věku.

2.6 Výsledky výzkumného šetření u výzkumného vzorku č. 2

Respondentů, kteří odpověděli na otázky v dotazníku, bylo celkem 6 lékařů, z toho 83,3 % žen a 16,4 % mužů, s průměrnou délkou praxe 25,6 roku. Z délky průměrné praxe se dá usuzovat, že jsou všichni zkušení lékaři, kteří se setkali s dostatečným počtem dětí se syndromem ADHD. Žádný z oslovených lékařů neměl délku praxe pod 10 let.

Výzkumné okruhy u dotazníků pro pedagogy:

Okruh č. 1 - otázky č. 1, 2 a 3 zjišťují, zda pedagogové mají ve třídě žáky se syndromem ADHD, v jakém množství a v jakém zastoupení.

Okruh č. 2 – otázky č. 4, 5 a 6 se zabývají projevy a následky syndromu ADHD u dětí.

Okruh č. 3 – otázky č. 7, 8 a 9 se zabývají otázkou, zda je syndrom ADHD vyléčitelný či ne.

Okruh č. 4 – otázky č. 10, 11 a 12 zjišťuje, jak ovlivňuje syndrom život dítěte.

Okruh č. 5 – otázka č. 13 zjišťovala, zda je diagnóza ADHD nadužívána.

Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 1 (otázky č. 1, 2 a 3)

Při vyhodnocení a porovnání výsledků bylo zjištěno, že všichni respondenti – lékaři mají jako pacienty děti se syndromem ADHD a shodně odpověděli, že se syndrom vyskytuje více u chlapců. Vzhledem k tomu, že mezi respondenty byli pediatři a psychopediatři, různily se jejich odpovědi na otázku, kolik % dětí se syndromem je u nich registrováno. Dětské lékaři udávali, že mají klientů se syndromem do 10% a dětské psychiatry shodně uvedli, že mají pacientů se syndromem více než 20%.

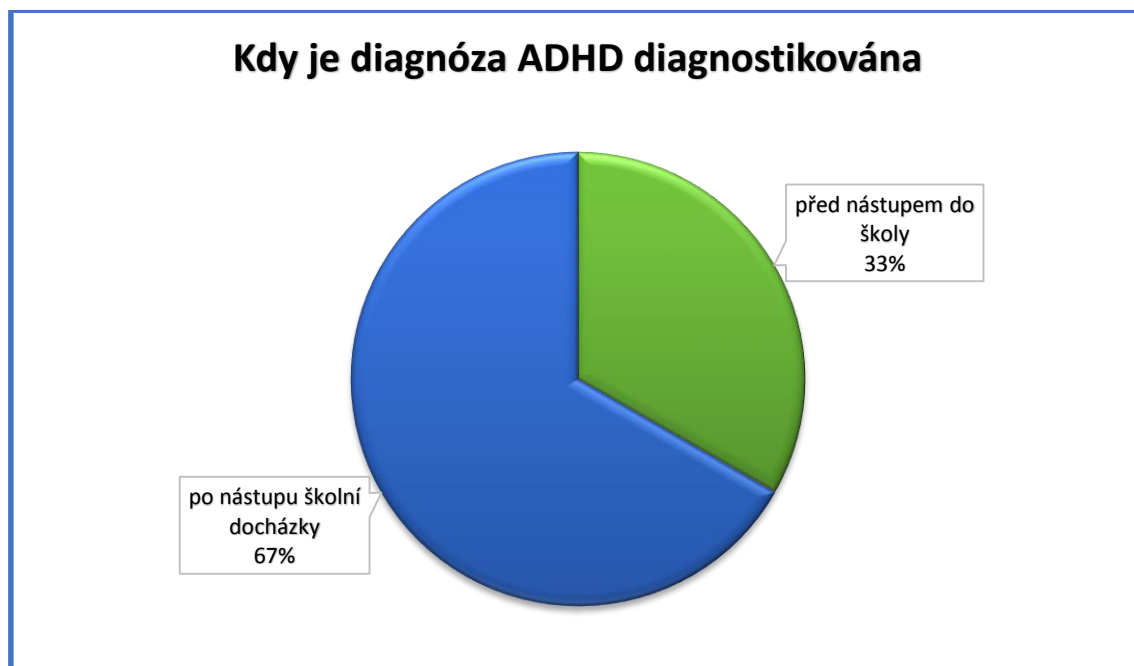
Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 2 (otázky č. 4, 5 a 6)

Tyto tři otázky měly zjistit, z pohledu lékaře, jak se nejčastěji projevuje syndrom ADHD u dětí, kdy se diagnostikuje a zda jsou tito jedinci více náchylní k úrazům.

Všichni lékaři se shodli na tom, že se syndrom nejčastěji projevuje hyperaktivitou, poruchou pozorností a polovina lékařů uvedla, že i impulzivitou. Dle většiny lékařů je

syndrom ADHD diagnostikován u dětí na I. stupni základní školy. Někteří lékaři uvedli, že ještě než nastoupí povinnou školní docházkou, viz. graf č. 10.

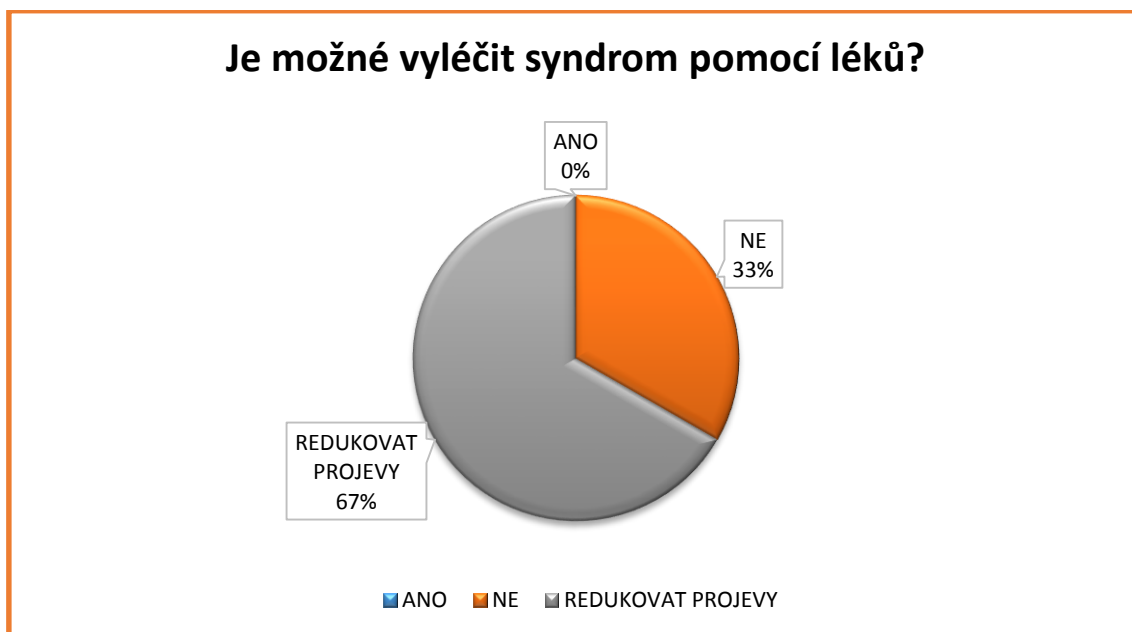
Graf č. 10



Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 3 (otázky č. 7, 8 a 9)

Tyto otázky byly zaměřeny na zjištění, zda syndrom ADHD lze snahou rodičů eliminovat či pomocí léků a péčí lékařů vyléčit a kdy odeznívá. Polovina lékařů uvedla, že nelze péčí rodičů syndrom eliminovat a druhá polovina lékařů uvedla, že je individuální, zda péčí rodičů lze syndrom ADHD u dítěte eliminovat. Podobné byly i názory lékařů na to, zda lze syndrom ADHD vyléčit pomocí léků a péčí dětského lékaře. Žádný lékař neuvedl, že je možné pomocí léků vyléčit syndrom ADHD, viz. graf č. 11. Část lékařů uvedla, že není možné zcela vyléčit syndrom pomocí léků a většina lékařů uvedla, že je možné pouze pomocí léků redukovat projevy syndromu a zlepšit funkčnost dítěte.

Graf č. 11



Odpovědi lékařů na odeznívání syndromu ADHD se také téměř shodovaly. Většina lékařů odpověděla, že přibližně polovina jedinců se syndromem ADHD přetrvává až do dospělosti. Pouze jeden z lékařů uvedl, že syndrom odeznívá do 18 let věku jedince.

Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 4 (otázky č. 10, 11 a 12)

Zde byly uvedeny otázky, jak nejčastěji ovlivňuje syndrom ADHD život dítěte a co je pro dítě nejzávažnější problém z pohledu lékaře. Otázky byly otevřené, a proto každý lékař měl možnost zde uvést, co z jeho pohledu nejvíce ovlivňuje děti a jejich život. Byla to široká škála odpovědí, co ovlivňuje dětský život ve škole, ale nejčastěji se zde objevovaly odpovědi: syndrom limituje školní výkony žáka, jeho výsledky neodpovídají intelektu, horší prospěch a poznámky také negativně ovlivňují vztahy v rodině, špatná komunikace s dospělými, dále horší prospěch a poznámky negativně ovlivňuje vztah žáka ke škole a k vyučování, což má vliv i na navazování a udržování vztahů v kolektivu a odmítání kolektivu, a následnému inklinování k problémovým vrstevníkům, s následným rozvojem poruch chování. Velké problémy s pozorností, hyperaktivitou a impulzivitou, můžou ostatní vnímat jako nezáměr o výuku, lajdáctví, vyrušování

a následně si je „zařadí“ do kolonky zlobivé a nezvladatelné. Jako nejčastější příznaky u dětí se syndromem ADHD lékaři uváděli poruchu pozornosti, nemožnost se delší dobu soustředit, neklid, netrpělivost, nepředvídatelné chování, poruchy řeči, zapomínání, impulsivita, a u kojenců plačtivost a nespavost.

Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 5 (otázka č. 13)

Poslední otázka v dotazníku pro lékaře byla totožná, jako otázka pro pedagogy. Otázka měla zjistit, co si myslí lékaři o nadužívání diagnózy ADHD. Na tuto otázku odpověděli všichni lékaři shodně, že se nedomnívají o nadužívání diagnózy ADHD.

2.6.1 Souhrn výzkumu vzorku č. 2

Na základě výzkumného šetření u výzkumného vzorku číslo 2, kde byli respondenti pediatři a psychopediatři, bylo zjištěno, že syndrom ADHD není možno vyléčit léky, ani ho není možné odbourat péčí rodičů a lékařů. Nasazením vhodné medikace lze pouze projevy syndromu u dětí eliminovat a usnadnit dětem jak školní, tak i mimoškolní život. Nejčastěji ovlivňuje syndrom jedince tím, že díky hyperaktivitě, poruše pozornosti, nemožnosti se delší dobu soustředit, zapomínání, impulsivitě, neklidu, nepředvídatelnému chování či poruše řeči, které jsou dle lékařů nejčastějšími příznaky syndromu, znesnadňuje život žákovi tím, že ve škole neodpovídají jeho výsledky jeho intelektu, dosahuje horšího prospěchu, poznámky a špatné hodnocení od pedagogů také negativně ovlivňuje vztahy v rodině, žák se uzavírá, ztrácí sebevědomí, špatně komunikuje se spolužáky, ale i s dospělými, horší prospěch a poznámky negativně ovlivňuje vztah žáka ke škole a k vyučování, což má velký vliv i na navazování a udržování vztahů v kolektivu třídy. Kolektiv třídy žáka nechce přijmout, jelikož je problémový a má nálepku od učitelů „lajdák, zlobil, hlupák“, tak dojde k tomu, že ho kolektiv odmítne, a žák se syndromem následně inklinuje k problémovým vrstevníkům, častěji k mladším, kde je pro něho život snadnější a lehčí, s následným rozvojem poruch chování. Velké problémy s pozorností, hyperaktivitou a impulzivitou, můžou neznalí a nevzdělaní pedagogové vnímat jako nezáměr o výuku, lajdáctví a vyrušování, a

následně dají žáčkovi „nálepku“ zlobivé a nezvladatelné dítě.

Hypotéza č. 1

Z pohledu lékaře nejsou tyto děti, po zvolení vhodného vzdělávacího přístupu, hůře vzdělavatelní a vychovatelní. Jsou to průměrně, často nadprůměrně inteligentní žáci, kteří ale bez odborné pomoci pedagogů nedosahují výsledků, které by odpovídaly jejich intelektu. Po zvolení vhodného přístupu a vhodné medikaci, jsou tito jedinci standartně vzdělavatelní, jako ostatní žáci.

Hypotéza č. 2

Žáci se syndromem ADHD z pohledu lékařů jednají často bezmyšlenkovitě, impulzivně, jsou nepozorní, projevují se sociálně nepřijatelným chováním, což vede k tomu, že odrazují svým chováním spolužáky, a následně jsou vyčleněni z kolektivu, kde jsou bezproblémové děti. Lze tomu předejít tím, když pedagogové spolužákům žáků se syndromem ADHD vysvětlí, co je to syndrom ADHD a čím se vyznačuje, aby lépe pochopili jednání a chování svých spolužáků se syndromem.

Hypotéza č. 3

Z pohledu lékařů je syndrom diagnostikován na I. stupni základní školy a z cca 50% přetrvává do dospělosti. Syndrom ADHD nelze vyléčit, pouze pomocí medikace redukovat projevy syndromu a zlepšit fungování jedince. Vzhledem k tomu, že syndrom ADHD limituje školní výkony a velká část těchto jedinců dosáhne učňovského vzdělání, někteří pouze základního vzdělání, silně to ovlivní život jedince se syndromem i v dospělosti, jak po stránce sociální (nízké finanční ohodnocení v zaměstnání vede k dalším negativům v životě těchto jedinců), tak po stránce emocionální, kdy si jedinci nevěří a nedosahují odpovídajícího postavení ve společnosti.

2.7 Výsledky výzkumného šetření u výzkumného vzorku č. 3

Respondentů ze sociálního odboru, kteří se zúčastnili výzkumu, bylo celkem 5 zaměstnanců, které tvořilo 100% žen.

Výzkumný okruhy u dotazníků pro pracovníky na sociálním odboru:

Okruh č. 1 - otázky č. 1, 2 a 3 zjišťují, zda sociální pracovníci mají jako své klienty děti se syndromem ADHD, v jakém zastoupení a čím se nejčastěji syndrom vyskytuje.

Okruh č. 2 – otázky č. 4, 5 a 6 zjišťují, kdy a z jakého důvodu jsou nejčastěji odesílání děti k sociálním pracovníkům, a zda je možné za spolupráce rodičů, pedagogů a lékařů syndrom vyléčit

Okruh č. 3 – otázky č. 7 a 8 na co si nejčastěji stěžují rodiče a pedagogové dětí se syndromem ADHD

Okruh č. 4 – otázky č. 9 a 10 zjišťuje, kdy práce sociálních pracovníků s těmito jedinci končí a zda je otázka ADHD u těchto jedinců opomíjena v dospělosti

Okruh č. 5 – zjišťuje názor sociálních pracovníků, na nadužívání diagnózy ADHD

Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 1 (otázky č. 1, 2 a 3)

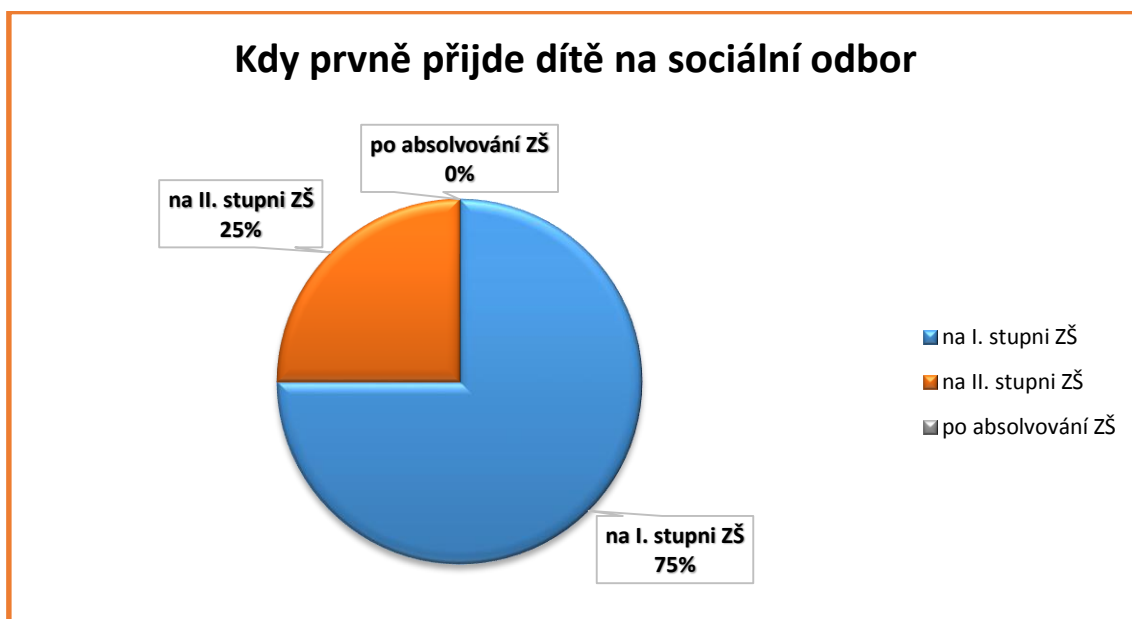
Při vyhodnocení výsledků bylo zjištěno, že 60 % respondentů – pracovníků na sociálním odboru městského úřadu mají jako klienty děti se syndromem ADHD a shodně odpověděli, že se syndrom vyskytuje více u chlapců a projevuje se hyperaktivitou, poruchou pozornosti a impulzivitou.

Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 2 (otázky č. 4, 5 a 6)

Tyto otázky byly zaměřeny na to, kdy jsou odesílány děti se syndromem ADHD na sociálním odbor městského úřadu, z jakého důvodu jsou odesílány a zda za spolupráce rodičů, pedagogů a lékařů lze syndrom ADHD vyléčit. 75 % sociálních pracovníků uvedlo, že jsou k nim děti odesílány v době docházky na I. stupeň základní školy a 25% uvedla, že až na II. stupni základní školy. Všichni sociální pracovníci se shodli na tom, že

jsou k nim děti odesílány z kázeňských důvodů. Z dotazníků bylo zjištěno, že 80 % sociálních pracovníků je názoru, že nelze za spolupráce všech zúčastněných syndrom vyléčit a 20 % pracovníků uvedlo, že syndrom lze zmírnit.

Graf č. 12



Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 3 (otázky č. 7 a 8)

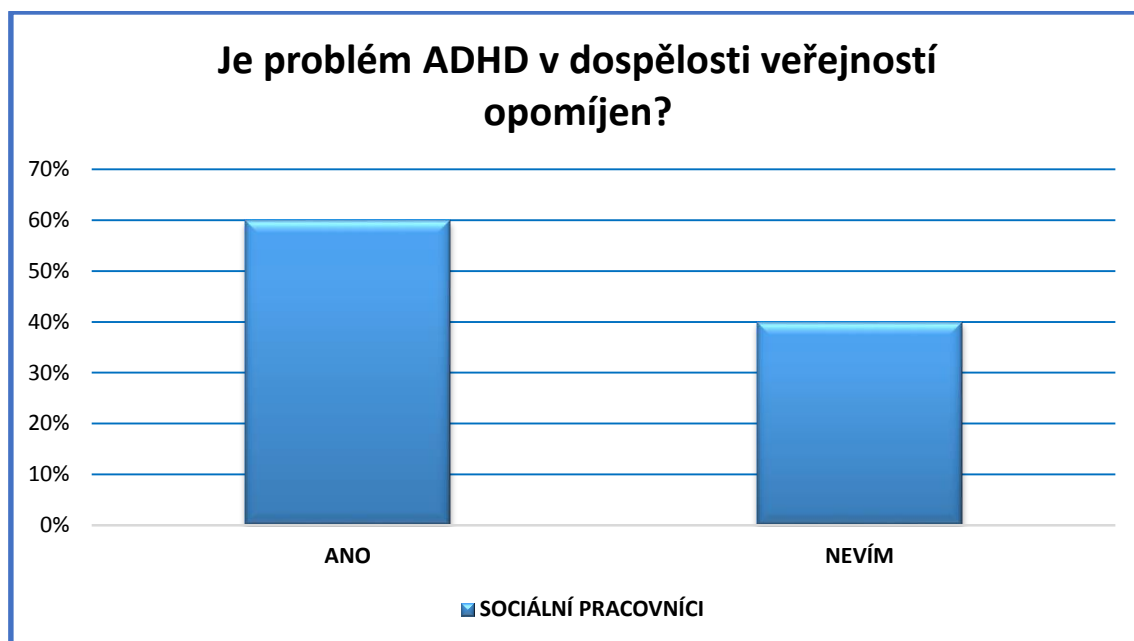
Tyto otázky měly odpovědět na otázku, na co si nejčastěji stěžují rodiče dětí se syndromem ADHD a na co si naopak stěžují pedagogové. Jelikož otázky byly otevřené, respondentky odpověděly širokou škálou odpovědí. Rodiče si dle respondentek stěžují na špatné výsledky dětí ve škole, netoleranci pedagogů, neposednost dětí, neposlušnost a na nezvladatelnost dětí. Pedagogové si také stěžují na roztěkanost žáků, dále na nepozornost, výchovné problémy, drzost žáků a na rušení ostatních spolužáků.

Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 4 (otázky č. 9 a 10)

První otázka v tomto okruhu se respondentů dotazovala, kdy končí jejich práce s jedinci, kteří jsou ovlivněni syndromem ADHD. Na otázku všichni shodně odpověděli, že jejich práce končí zletilostí. Druhá otázka v tomto okruhu se týkala období po dosažení

zletilosti a to konkrétně tím, jestli problém ADHD je v dospělosti veřejností opomíjen. 3 respondenty uvedly, že ano, a dvě respondentky uvedly, že neví, viz. graf č. 13.

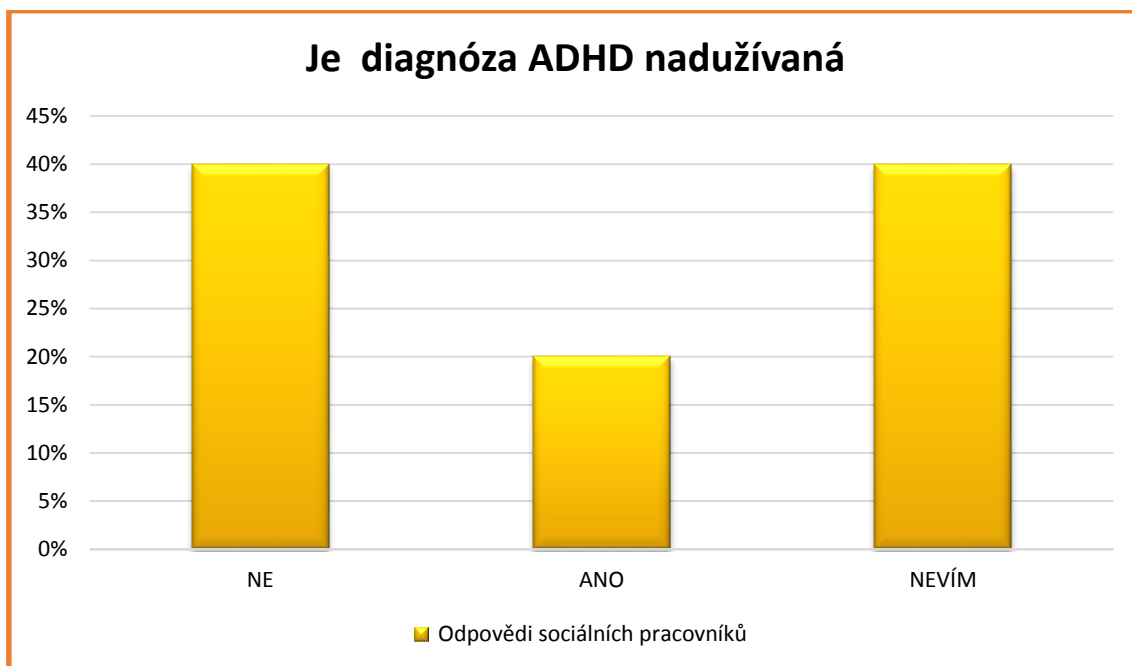
Graf č. 13



Porovnání výsledků šetření výzkumného okruhu 5 (otázka č. 11)

Poslední otázka tohoto dotazníku pro sociální pracovníky byla stejná, jako otázka v předchozích dotaznících pro lékaře a učitele. Ptala se respondentů, jestli si myslí, že je diagnóza ADHD nadužívaná. Dvě respondentky uvedly, že ne, jedna že ano, a zbylé dvě neví, zda je diagnóza nadužívaná, viz. graf č. 14.

Graf č. 14



2.7.1 Souhrn výzkumu vzorku č. 3

Na základě výzkumného šetření u výzkumného vzorku číslo 3, kde byly respondenty sociální pracovnice městského úřadu, bylo zjištěno, že část sociálních pracovníků s takovými dětmi nepřichází do styku a nemají s nimi zkušenosti, a část pracovníků, především dětské kurátorky, které se s těmito dětmi stýkají, v dotazníku uvedly, že se více vyskytuje syndrom u chlapců, a nejčastěji se syndrom projevuje hyperaktivitou a poruchou pozornosti. Děti jsou na sociální odbor k dětskému kurátorovi odesílány nejčastěji na I. stupni základní školy z kázeňských důvodů. Při návštěvách na sociálním odboru, si nejčastěji rodiče stěžují na špatné výsledky dětí ve škole, na netoleranci pedagogů k těmto dětem, na neposednost dětí, neposlušnost a na nezvladatelnost dětí. Pedagogové, kteří odesílají děti na sociální odbor, si stěžují na nepozornost žáků, na výchovné problémy, drzost žáků a na rušení ostatních spolužáků během vyučování. Děti docházejí na pravidelné pohovory k sociálnímu kurátorovi, většinou za přítomnosti rodičů nebo zákonných zástupců, a pokud se problém nevyřeší v určitém časovém úseku, jejich docházení končí zletilostí jedince. Na otázku, zda je diagnóza nadužívaná se respondenty v odpovědích rozcházely.

Hypotéza č. 1

Z pohledu sociálního pracovníka mají děti se syndromem ADHD, i po zvolení vhodného vzdělávacího přístupu, problémy v procesu edukace. Jejich problémy jsou pouze zmírněny, nikoliv eliminovány.

Hypotéza č. 2

Sociální pracovníce se shodly na tom, že děti se syndromem ADHD jsou zátěží pro dětský kolektiv, protože ostatní děti nechápou jejich impulsivitu, nepozornost, drzost k dospělým a pokud jim není problém syndromu ADHD vysvětlen, tak tyto jedince odsoudí a vyčlení z kolektivu.

Hypotéza č. 3

Na otázku, zda je problematika ADHD v dospělosti opomíjena, 3 sociální pracovníce se shodly na tom, že ano, jelikož i v 18 letech, kdy jejich komunikace s těmito jedinci končí, příznaky ADHD stále u těchto jedinců přetrvávají a odnášejí si je do dospělosti.

3 DISKUSE

K ověření tří hypotéz byla zvolena forma kvalitativního výzkumu. Sběr dat probíhal pomocí tří anonymních dotazníků s uzavřenými, polootevřenými a otevřenými otázkami.

Výzkum k bakalářské práci probíhal ve dvou základních školách v Týně nad Vltavou, ve dvou zdravotnických zařízeních – Nemocnici České Budějovice a Dětské psychiatrické léčebně Opařany a na sociálním odboru Městského úřadu v Týně nad Vltavou.

Dotazníky pro pedagogy byly rozdány vždy celému učitelskému sboru. Žádná omezení zde nebyla, testy mohli vyplnit všichni pedagogové. Z jedné základní školy se nevrátil ani jeden vyplněný dotazník od pedagogů z druhého stupně. Celkem bylo rozdáno 20 dotazníků pedagogům z prvního stupně a 20 dotazníkům pedagogům z druhého stupně. Vyplněných dotazníků bylo shromážděno 21 (52,5 %), z toho 13 (62 %) dotazníků od pedagogů z prvního stupně a 8 (38%) dotazníků od pedagogů z druhého stupně. Dotazníky pro lékaře, byly po telefonické konzultaci odeslány elektronickou poštou, kdy bylo potvrzeno, že dotazníky budou v psychiatrické léčebně i v nemocnici předány lékařům. Zde jsem se setkala s neochotou vyplnit dotazníky. Vyplněných dotazníků od lékařů bylo shromážděno pouze 6. Dotazník všem 5 sociálním pracovníkům, pracujících na sociálním odboru městského úřadu, byl předán osobně a všech 5 dotazníků (100 %) bylo vyplněno.

Cílem práce bylo popsat a analyzovat největší problémy, které jedince se syndromem ADHD, v oblasti sociální a emocionální, provází od raného věku až do dospělosti a jaký je na tyto jedince pohled ze strany pedagogů, lékařů a sociálních pracovníků. Z. Matějček uvedl, že dětí se syndromem ADHD bylo, v době zpracování jeho práce, 3 až 5 procent. Tento stav se ale v současné době stále mění. Dle učitelů dětí se syndromem ADHD přibývá. V současnosti některé statistiky udávají, že má 6 až 8 % dětí příznaky syndromu ADHD. Mezinárodně uznávaná odbornice na ADHD terapeutka Cordula Neuhausová z německého Esslingu tvrdí, že ADHD je dědičně podmíněná porucha, a že počet dětí dnes je proto obdobný jako dříve, ale jediné co se změnilo, jsou dnešní životní podmínky, které dávají syndromu ADHD více vyniknout. V současné době, se dle Neuhausové, svět příliš zrychlil a přeplnil přemírou podnětů, všude je spousta hluku a techniky, které způsobují, že i zdraví lidé se cítí přetížení a přestávají být schopni filtrovat vnější podněty.

Dle Neuhausové rodiče podléhají někdy trendu doby, kteří pro každý problém hned hledají padnoucí diagnózu, nechávají své děti vyšetřit odborníky a dítě si pak může odnést „nálepku“ ADHD, aniž by u něho nakonec byla diagnóza potvrzena. V tomto názoru se s terapeutkou Cordulou Neuhausovou nemůžu ztotožnit. Z výzkumného šetření u lékařů (výzkumný vzorek č. 2) bylo zjištěno, že diagnóza ADHD není nadužívaná. Z 18 pedagogů (výzkumný vzorek č. 1), kteří odpověděli na tu samou otázku, odpovědělo 15 pedagogů, že diagnóza ADHD není nadužívaná, jeden pedagog neznal odpověď a 2 pedagogové jsou názoru jako terapeutka Neuhausová, že je diagnóza nadužívaná.

Dle lékařů je nejčastěji ADHD u dětí diagnostikováno na 1. stupni základní školy. V té době dítě přechází z předškolního zařízení, kde mu bylo umožněno volně se pohybovat, hrát si, komunikovat kdy se mu zachtělo, a po přechodu do školy je nuceno k vytrvalejší a cílevědomější činnosti a zůstat v klidu celou vyučovací hodinu. Škola na dítě má požadavky, jako jsou například podřídit se autoritě a poslouchat pedagoga, prokázat znalosti, které jsou vyučovány, schopnost řídit se danými pravidly, pracovat ve skupině spolužáků, ale i navazovat kamarádské vztahy. V tomto období se začínají projevovat rozdíly mezi dětmi, které jsou ovlivněny syndromem ADHD. Děti s ADHD jsou hyperaktivní, nepozorné, jednají impulzivně, nesledují výklad učitele, zlobí spolužáky, nahlas vykřikují, běhají po třídě, atd., oproti zdravým dětem, které tyto problémy nemají. Dle odpovědí učitelů, jsou to nejčastější projevy syndromu ADHD. Děti s ADHD nejsou schopny vydržet sedět celou vyučovací hodinu, nejsou ani schopné se soustředit na výuku. Pokud jim pedagogové neumožní jiný vyučovací režim, například rozdělit vyučovací hodinu na více částí, s maximální délkou 15 minut, nebo nezařadí do vyučovacích hodin relaxační prvky, které pomohou žákům se uvolnit, a následně se lépe koncentrovat při výuce, přestože jsou tyto jedinci průměrně až nadprůměrně nadaní, nedosáhnou odpovídajících školních výsledků. Zkušený pedagog by měl vědět, jaký nejvhodnější způsob výuky zvolit, aby dítě plně využilo svých schopností a podalo odpovídající výsledky. Je smutné, že jsou stále pedagogové, kteří nechtějí respektovat potřeby těchto dětí. Nevím, zda je to neznalostí, nemožností nebo nezájmem pedagogů.

Při vyhodnocování dotazníků se jevilo jako překvapující, že jsou v současné době stále pedagogové, kteří nemají zájem se zúčastňovat průběžně dalšího vzdělávání, či

doplňování si kvalifikace. V dnešní době, kdy jsou prováděny různorodé výzkumy s novými poznatky, a jsou stále objevovány nové výukové metody pro žáky se specifickými poruchami učení, tito pedagogové se dále nevzdělávají a ustrnuli v určitém bodě, což je pro ně pohodlnější, nikoliv však pro daného žáčka.

Odpovědi v dotaznících byly obdobné, pouze jeden dotazník vybočoval ze standardu. Byl vyplněn mužem vyučujícím na I. stupni základní školy s30 letou praxí. Na první otázku, zda má ve třídě žáky se syndromem ADHD, odpověděl „ne“. Ale na další otázku znal odpovědi, a z toho vyplynulo, že problematiku syndromu ADHD zná. Na otázku, zda se zúčastňuje průběžně dalšího vzdělávání a zda si doplňuje průběžně kvalifikaci, odpověděl „ne, nemá zájem“, což bylo udivující. Šest posledních otevřených otázek nezodpověděl, prostor pro odpověď proškrtl. V závěru dotazníku tento pedagog napsal: *„S žáky tohoto typu mám minimální zkušenosti, jelikož všichni takto označení žáci se chovají při normálním lidském přístupu přijatelně“*. Tato odpověď vysvětlila, proč pedagog neodpověděl na část otázek. Nerozlišuje děti se vzdělávacími problémy a bez problémů. K dětem, které mají dle lékařů zdravotní problémy, a nemusí to být pouze syndrom ADHD, zvolí adekvátní lidský přístup a děti se dle jeho slov chovají přijatelně. Tento pedagog bere práci s dětmi jako celoživotní poslání, nebere ji pouze jako zaměstnání. Je to kantor „tělem i duší“, kterého by si zasloužili všichni žáci.

Další otázka, která byla v práci řešena bylo, zda jsou děti se syndromem ADHD v dětském kolektivu akceptovány. Jelikož jsou tyto děti hyperaktivní, impulsivní a nepozorní, což způsobuje nadměru jejich pohybu o vyučovacích přestávkách, často i v hodinách, nečekají na vyvolání a během hodiny vykřikují, jsou nedočkaví, nedávají pozor, atd., a tím na sebe často upoutávají pozornost učitelů, kteří to berou jako překročení hranic chování a trestají je za to, ostatní děti tohoto jedince berou za zlobivého a nemají o něj v kolektivu zájem. Učitelé ve svých odpovědích uvedli, že toto je individuální, zda jsou děti se syndromem ADHD v kolektivu akceptovány. Samozřejmě, pokud je kolektiv obyčejných dětí odmítne, a tyto děti chtějí mít kamarády, chtějí patřit do nějakého kolektivu, inklinují následně k dětem s podobnými poruchami, nejčastěji s poruchami chování, kde se cítí lépe. A tehdy nastane pro rodiče i pedagogy velký problém.

Poslední otázkou, kterou jsem se ve své práci zabývala, měla mi dát odpověď na to, zda je problematika ADHD v dospělosti laickou i odbornou veřejností opomíjena.

Názory lékařů (výzkumný vzorek č. 2) potvrdily známou skutečnost, že ADHD přetrvává až do dospělosti. Dospělý jedinec, kterému byla zjištěna diagnóza ADHD v dětství, již nemusí naplňovat všechna kritéria požadovaná pro stanovení diagnózy, a přesto může mít závažné funkční postižení. Představa, že ADHD v dospívání vymizí, je do jisté míry artefaktem toho, jak se provádí vyšetření.

Například, dle Josepha Biedermana, který ve své studii z roku 2000 uvedl, že objevil příznaky ADHD u dospělých, kteří se s ADHD léčili v dětství, ve 40 % případů, ale pokud provedl diagnostický pohovor se samotnými pacienty, tak ho objevil u 66 % případů, a pokud prováděli během výzkumu pohovor i s rodiči nebo rodinnými příslušníky, tak byly příznaky ADHD u 90 % případů. ⁽¹⁾

Jako nejčastější příznaky, které přetrvávají do dospělosti, je dle lékařů výbušnost, náladovost, nesoustředěnost, nestálost, což má vliv na pracovní výsledky a následné finanční ohodnocení. Toto má samozřejmě vliv na psychiku daného jedince, na jeho partnerský a rodinný život a jeho celkovou životní pohodu.

V současnosti malé procento lidí zná problematiku ADHD u dětí, ale domnívám se, že ještě méně lidí ví o tom, že ADHD přetrvává až do dospělosti. Pokud se zdraví lidé potkají nebo musí spolupracovat s lidmi se syndromem ADHD, mají je často za „flákače, lajdáky, co u ničeho dlouho nevydrží a neumějí pořádně pracovat“. Neví, že bohužel jim to neumožňuje jejich zdravotní stav.

4 ZÁVĚR

Cílem práce bylo zhodnotit, jaké problémy jedince se syndromem ADHD provází během školní docházky a dospívání, zda jsou akceptováni v kolektivu a zda má veřejnost povědomí o tom, že syndrom ADHD přetrvává až do dospělosti.

Cíle práce byly splněny.

V anonymních dotaznících byly ověřovány předem stanovené tři hypotézy:

- 1) Jedinci se syndromem ADHD vykazují problémy v procesu edukace, i když jsou jejich specifické výchovné a vzdělávací potřeby zohledněny.
- 2) Jedinci se syndromem ADHD nejsou všeobecně v dětském kolektivu akceptováni.
- 3) Problematika ADHD v dospělosti je laickou i odbornou veřejností mimo oblast psychiatrie a psychologie opomíjena.

První hypotéza nebyla potvrzena. Pokud učitelé zařadí do vyučovacích hodin relaxační prvky, budou dětem se syndromem ADHD věnovat zvláštní pozornost, nebo jim umožní jiný režim vyučovacích hodin, než zdravým žákům a zvolí k nim lidský přístup, nebudou tyto děti vykazovat problémy v procesu edukace.

Druhá hypotéza byla potvrzena. Potýkala jsem se zde s problematikou akceptování jedinců se syndromem ADHD v kolektivu. Na tuto otázku odpovědělo 70 % učitelů, že „je to individuální“, 15 % učitelů že „ano“ a zbylých 15 % učitelů, že „ne“ (výzkumný vzorek č. 1). Z odpovědí lékařů (výzkumný vzorek č. 2) je patrné, že mimo jiné syndrom ADHD ovlivňuje život dítěte především začleněním do kolektivu, hledáním kamarádů, navazováním vztahů, vyčleňováním z kolektivu a inklinací k problémových vrstevníkům. Z výše uvedeného vyplývá, že děti se syndromem ADHD nejsou všeobecně v dětském kolektivu akceptováni. Akceptováni jsou v kolektivu vrstevníků, kteří mají stejné nebo podobné výchovné a vzdělávací problémy.

Třetí hypotéza byla potvrzena. Problematika ADHD je skutečně v dospělosti opomíjena. Z odpovědí lékařů (výzkumný vzorek č. 2) bylo zjištěno, že u více jak 50 % jejich klientů syndrom neodezní a přetrvává až do dospělosti. Z odpovědí sociálních pracovníků (výzkumný vzorek č. 3) je patrné, že s těmito jedinci přestávají pracovat s jejich zletilostí a vyřazují je z evidence. Pokud se léčí u dětských psychiatrů, ti je vyřazují z evidence dosažením 19 roku věku. Od pediatriů také odchází k praktickým

lékařům pro dospělé nejpozději do 19 roku věku. V tento moment, pokud u nich nenastanou rapidní změny v psychickém zdravotním stavu, již nikdo u těchto jedinců, kterým v dětství byl diagnostikován syndrom ADHD, se problémem nezajímá.

5 POUŽITÉ ZDROJE

5.1 Knižní publikace

1. BIEDERMAN J, MICK E, FARAONE S.V. Age dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry* 2000. s.816 – 818.
2. BLAHUTKOVÁ, M. *Psychomotorika*. s. 11. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3067-4
3. BLAHUTOVÁ, M.; KLENKOVÁ, J.; ZICHOVÁ, D. *Psychomotorické hry pro děti s poruchami pozornosti a pro hyperaktivní děti*. Brno : Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3627-3
4. ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha : Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-880-8
5. DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperkinetická porucha*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5
6. GOETZ, M., UHLÍKOVÁ P. *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou : příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 160 s. ISBN 978-807-2626-304.
7. HERMOVÁ, S. *Psychomotorické hry*. s. 31. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-018-9.
8. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Dyslexie*. Nakladatelství D+H, Praha 2004.
9. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada, 2010
10. KLIMEŠ P. a kol.. *Cvičíme s dětmi – Jógová cvičení a hry pro radost*. s.7-8. Vyd. 1. - Praha - Společnost Jóga v denním životě, 2002. - 82 s
11. KOHOUTEK, R. *Základy pedagogické psychologie*. 1.vyd. Brno: CERM, 1996. 184 s. ISBN 80-85867-94-X.
12. KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 1997-98*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998, ISBN 80-7178-244-0.
13. LOKŠOVÁ, Irena a Jozef LOKŠA. *Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve*

- škole*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 199 s. Pedagogická praxe. ISBN 80-717-8205-X.
14. Lysebeth, A.V., *Učím se jógu. I*. Praha: Argo, 1998. 271 s. ISBN 8072030736
 15. MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 4.Vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3673-253.
 16. MUNDEN, A. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 2. vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-188-3.
 17. PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠAMALÍK. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1216-4.
 18. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
 19. ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Publisher, Portál, 2006. ISBN, 8073671247
 20. SZABOVÁ, M. *Preventivní a nápravná cvičení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 143 s.
 21. ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu*. Praha : Portál, 2008
 22. ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. a kolektiv. *Přehled vývojové psychologie*.s.117. Olomouc : Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-244-0629-2.
 23. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie problémového dítěte školního věku, s.76*. Praha, 1997. 170 s. ISBN 80-7184-488-8.
 24. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha, 1997. 170 s. ISBN 80-7184-488-8.
 25. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4
 26. WIENER, J. M., DULCAN M. K. 2003. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. 3. vyd. Washington DC : American Psychiatric Publishing, Inc, 2003. ISBN: 1585620572.
 27. ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-800-7.
 28. ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. s. 10., Praha: Portál.2003. ISBN 80-7178-800-7.
 29. ZEMÁNKOVÁ, Marie a Jana VYSKOTOVÁ. *Cvičení pro hyperaktivní děti: [speciální pohybová výchova]*. Vyd. 1. Praha, 2010, 55 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4732-787

5.2 Internetové zdroje

30. ADHD [online] [cit. 2014-02-25] Dostupné z: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/ADHD>>
31. ADHD asociace dospělých pro hyperaktivní děti. *Diagnostika a typy ADHD* [online] [cit. 2014-03-13] Dostupné z: <<http://www.adehade.cz/diagnostika/diagnostika-a-typy-adhd/>>
32. ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou. Podezření na ADHD – *kdy je vhodné obrátit se na profesionály*. [online] [cit. 2014-02-26] Dostupné z: <http://www.adhd-galen.cz/adhd_uk_11.php>
33. AWA relaxační centrum. *Co je to ADHD? ADHD syndrom*. [online] [cit. 2013-11-13] Dostupné z: <http://www.awarelaxcentrum.cz/co-je-adhd>
34. EEG biofeedback Brno. *Článek ADHD-porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Hyperaktivní dítě*. [online] [cit. 2013-12-13] Dostupné z: <<http://www.biofeedbackbrno.cz/co-je-adhd/>>
35. Lehké mozkové dysfunkce (1.část). *Nové metody nápravy*. [online] [cit. 2014-03-13] Dostupné z: <<http://www.rodina.cz/scripts/printpreview.asp?id=532>>
36. NEUROPSYCHOLOG.CZ. *ADHD syndrom. Porucha pozornosti s hyperaktivizou*. [online]. cit. 2014-01-11] Dostupné z: <http://neuropsycholog.ic.cz/?page_id=2>
37. Ordinance.cz. *Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)*. [online] [cit. 2014-02-28] Dostupné z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-adhd/?chapter=1>>
38. Porucha pozornosti a hyperaktivita. Khýr, M. *Dítě s poruchou pozornosti a hyperaktivitou – ADD/ADHD*. [online] [cit. 2013-12-15] Dostupné z: <<http://www.pppnj.adslink.cz/data/odborneclanky/adhd.html>>
39. ADHD asociace dospělých pro hyperaktivní děti. *Příznaky podle věku dítěte*. [online] [cit. 2013-12-13] Dostupné z: <<http://www.adehade.cz/diagnostika/priznaky-podle-veku-ditete/>>
40. Spokojené děti. *Rozumíte pojmu ADHD?* [online] [cit. 2014-03-13] Dostupné z: <<http://www.spokojenedeti.cz/deti-s-postizenim/rozumite-pojmu-adhd>>

41. STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Doc. PhDr. Vladimír Kebza, CsC., *Desatero pro rodiče dětí se syndromem ADHD*. [online] [cit. 2013-12-18] Dostupné z: <http://www.nahradnirodina.cz/files/File/syndrom_adhd.pdf>
42. Syndrom ADHD. *Problém s udržením pozornosti* [online] [cit. 2014-03-13] Dostupné z: <http://www.potomci.cz/syndrom-adhd/>
43. TOP LÉKAŘ. *ADHD u mladých lidí podporuje tvořivost*. [online] [cit. 2014-02-26] Dostupné z: <http://www.toplekar.cz/archiv-clanku/adhd-u-mladych-lidi-podporuje-tvorivost.html>
44. VEMESTE.CZ. Lüftnerová, D. a kol. *Optimální pohybová aktivita dětí předškolního věku s ADHD*. [online] [cit. 2014-02-26] Dostupné z: <http://www.vemeste.cz/2012/04/optimalni-pohybova-aktivita-deti-predskolniho-veku-s-adhd/>

5.3 Legislativa

45. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903*
46. Vyhláška č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče
47. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky 116/2011 Sb.,
48. Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních
49. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

6 PŘÍLOHY

1. Dotazník pro pedagogy
2. Dotazník pro lékaře
3. Dotazník pro sociální pracovníky

Dotazník pro pedagogy na 1./2. stupni základní školy

Prosím o vyplnění krátkého dotazníku zpracovaného v rámci mého studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Jeho cílem je zmapovat sociální a emocionální vývoj dítěte se syndromem ADHD.

Dotazník je zcela anonymní. Poznatky budou sloužit pouze ke zpracování výsledků v rámci mé bakalářské práce na téma „*Sociální a emocionální vývoj dítěte se syndromem ADHD*“.

Pokyny pro vyplnění: Zakroužkuj prosím zvolenou odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru či přesvědčení. Vyber vždy prosím jednu odpověď, pokud není u otázky místo k volné odpovědi.

Předem moc děkuji za vyplnění.

Kokešová Lenka

Jste: ŽENA/MUŽ

Vaše pedagogická praxe je:..... let

1. Jsou ve vaší třídě žáci se syndromem ADHD?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

2. Kolik % žáků ve vaší třídě má diagnostikovaný syndrom ADHD?

- a) 0 %
- b) do 10%
- c) do 20%

3. Syndrom ADHD se vyskytuje více u:

- a) chlapců
- b) dívek
- c) je to ve stejném poměru

4. Jak se nejčastěji projevuje syndrom ADHD u žáků:

- a) hyperaktivitou
- b) poruchou pozornosti
- c) impulzivitou

5. Zařazujete do vyučovacích hodin relaxační prvky, které pomohou žákům, především se syndromem ADHD, následně se lépe koncentrovat při výuce?

- a) ano, pravidelně (jaké)
- b) ne
- c) někdy, podle času

6. Jak vypadá pracovní plocha (lavice) u žáka se syndromem ADHD?

- a) pracovní plocha je uspořádaná a uklizená
- b) na pracovní ploše vládne zmatek a nepořádek
- c) není rozdíl v pořádku na pracovní ploše oproti dětem bez syndromu ADHD

7. Věnujete žákům se syndromem ADHD zvláštní pozornost, např. kontrola zaznamenání domácích úkolů?

- a) ano
- b) ne
- c) dle potřeby

8. Jsou žáci se syndromem ADHD pečliví a přesní při samostatné práci?

- a) ano
- b) ne, proč:
- c) je to individuální

9. Umožňujete žákům se syndromem ADHD jiný režim vyučovací hodiny než žákům bez syndromu ADHD, např. rozdělení hodiny na několik částí, aby neupadala jejich pozornost?

- a) ano
- b) ne
- c) není na to při vyučování prostor

10. Zúčastňujete se průběžně dalšího vzdělávání, týkající se nových metod při vyučování žáků se specifickými poruchami učení?

- a) ano
- b) ne, nemám zájem
- c) ne, nemám možnost

11. Jsou dle vašeho názoru žáci se syndromem ADHD hůře vzdělatelní?

- a) ano
- b) ne
- c) je to individuální

12. V čem jsou žáci se syndromem ADHD hůře vzdělatelní?

- a).....
- b).....
- c).....

13. Dostávají se žáci se syndromem ADHD častěji do konfliktních situací?

- a) ano
- b) ne
- c) chlapci ano, děvčata ne

14. Jsou žáci se syndromem ADHD v kolektivu oblíbení?

- a) ano
- b) ne
- c) je to individuální

15. Zúčastňujete se průběžně zvyšování kvalifikace (školení) týkající se vzdělávání dětí se specifickými vadami učení?

- a) ano
- b) ne, není mi to umožněno
- c) ne, nemám zájem

16. Myslíte si, že děti se syndromem ADHD mají sebevědomí:

- a) normální
- b) nižší
- c) vyšší

17. Co je nejzávažnější problém dětí se syndromem ADHD?

18. Jaké jsou nejčastější příznaky u dětí se syndromem ADHD?

19. Jaký je dle Vás nejvhodnější přístup k dětem se syndromem ADHD?

20. Jaký by podle Vás měli uplatňovat přístup rodiče ke svým dětem se syndromem ADHD?

21. Myslíte si, že je vhodné děti se syndromem ADHD trestat?

22. Myslíte si, že je stanovena diagnóza ADHD i v případech, kdy se o ni nejedná?

23. Domníváte se, že je diagnóza nadužívána?

Dotazník pro lékaře

Prosím o vyplnění krátkého dotazníku zpracovaného v rámci mého studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Jeho cílem je zmapovat sociální a emocionální vývoj dítěte se syndromem ADHD.

Dotazník je zcela anonymní. Poznatky budou sloužit pouze ke zpracování výsledků v rámci mé bakalářské práce na téma „*Sociální a emocionální vývoj dítěte se syndromem ADHD*“.

Pokyny pro vyplnění: Zakroužkuj prosím zvolenou odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru či přesvědčení. Vyber vždy prosím jednu odpověď, pokud není u otázky místo k volné odpovědi.

Předem moc děkuji za vyplnění.

Kokešová Lenka

Jste: ŽENA/MUŽ

Vaše lékařská praxe je: LET

1. Jsou Vašimi pacienty děti se syndromem ADHD?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

2. Kolik % dětí je u Vás registrováno se syndromem ADHD?

- a) 0 %
- b) do 10%
- c) do 20%

3. Syndrom ADHD se vyskytuje více u:

- a) chlapců
- b) dívek
- c) je to ve stejném poměru

4. Jak se nejčastěji projevuje syndrom ADHD u dětí:

- a) hyperaktivitou
- b) poruchou pozornosti
- c) impulzivitou

5. Jsou děti se syndromem ADHD více náchylní k úrazům?

- a) ano
- b) ne
- c) chlapci ano, dívky ne

6. Kdy se nejčastěji diagnostikuje syndrom ADHD u dětí?

- a) ještě než nastoupí do školy
- b) ve školce
- c) ve škole, na 1. stupni základní školy

7. Lze péčí rodičů eliminovat syndrom ADHD u dítěte?

- a) ano
- b) ne
- c) je to individuální

8. Lze vyléčit syndrom ADHD pomocí léků a péče dětského lékaře?

- a) ano
- b) ne
- c) jiná možnost:

9. Kdy přibližně odeznívá syndrom ADHD?

- a) do 18 let věku
- b) do 25 let věku
- c) jiná možnost:

10. Jak ovlivňuje syndrom ADHD život dítěte?

11. Co je nezávažnější problém dětí se syndromem ADHD?

12. Jaké jsou nejčastější příznaky u dětí se syndromem ADHD?

13. Domníváte se, že je diagnóza ADHD nadužívaná?

Dotazník pro pracovníky na sociálním odboru

Prosím o vyplnění krátkého dotazníku zpracovaného v rámci mého studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Jeho cílem je zmapovat sociální a emocionální vývoj dítěte se syndromem ADHD.

Dotazník je zcela anonymní. Poznatky budou sloužit pouze ke zpracování výsledků v rámci mé bakalářské práce na téma „Sociální a emocionální vývoj dítěte se syndromem ADHD“.

Předem moc děkuji za vyplnění.

Kokešová Lenka

1. Jsou Vašimi klienty děti se syndromem ADHD?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

2. Syndrom ADHD se vyskytuje více u:

- a) chlapců
- b) dívek
- c) je to ve stejném poměru

3. Jak se nejčastěji projevuje syndrom ADHD u klientů:

- a) hyperaktivitou
- b) poruchou pozornosti
- c) impulzivitou

4. Kdy jsou k vám odesíláni děti se syndromem ADHD?

- a) v době docházky na I. stupeň základní školy
- b) v době docházky na II. stupeň základní školy
- c) po absolvování základní školy

5. Z jakého důvodu jsou k vám odesíláni děti se syndromem ADHD?

- a) asociální chování
- b) kázeňské důvody
- c) jiné důvody:

6. Lze spoluprací rodičů, školy a lékaře vyléčit syndrom ADHD?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7. Na co si nejčastěji stěžují rodiče dětí se syndromem ADHD?

8. Na co si nejčastěji stěžují pedagogové dětí se syndromem ADHD?

9. Kdy práce s těmito klienty u vás končí?

10. Myslíte si, že problém ADHD v dospělosti je veřejností opomíjen?

11. Myslíte si, že je diagnóza ADHD nadužívána?