



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Fakulta pedagogická
Sekce pedagogických a psychologických programů

Přístupy učitelů základních škol ke vzdělávání
žáků s ADHD
Diplomová práce

Vypracovala: Bc. Martina Soběhartová

Vedoucí práce: Mgr. Marie Najmonová, Ph.D.

České Budějovice, 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 30.6.2021

.....

podpis studenta

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Marii Najmonové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, za její ochotu a vstřícný přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, díky kterým jsem mohla zrealizovat výzkumnou a praktickou část práce.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá přístupy pedagogů druhého stupně základních škol k inkluzi žáků s poruchou ADHD do běžných tříd. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je charakterizována terminologie poruchy ADHD, vývoj z historického pohledu, její etiologie, symptomy, diagnostika a léčba. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na specifika vzdělávání žáků trpících poruchou ADHD. V empirické části jsou pomocí kvantitativního výzkumu zkoumány přístupy pedagogů k inkluzi jedinců, kteří mají diagnostikovanou poruchu ADHD, do běžné třídy druhého stupně základní školy. Výzkum se zaměřuje hlavně na postupy a metody, které učitelé využívají při vzdělávání žáků s diagnózou ADHD.

Klíčová slova

Hyperkinetická porucha, ADHD, hyperaktivita, impulzivita, specifika vzdělávání žáků s ADHD, přístupy učitelů, základní škola, vzdělávání žáka s ADHD

Abstract

The diploma thesis deals with the approaches of second-level primary school teachers to the inclusion of pupils with ADHD disorder in mainstream classes. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part, the terminology of the ADHD disorder, development from a historical point of view, its etiology, symptoms, diagnosis and treatment are characterized. The last chapter of the theoretical part focuses on the specifics of the education of pupils suffering from ADHD. In the empirical part, quantitative research examines the approaches of educators to the inclusion of individuals diagnosed with ADHD disorder in the ordinary class of the second grade of elementary school. The research focuses mainly on the procedures and methods that teachers use in the education of pupils diagnosed with ADHD.

Key words

Hyperkinetic disorder, ADHD, hyperactivity, impulsivity, specifics of education of pupils with ADHD, teacher approaches, elementary school, education of pupils with ADHD

Obsah

Úvod.....	8
1 ADHD.....	10
1.1 ADHD jako pojem a jeho terminologie.....	10
1.2 Historický vývoj.....	13
2 Etiologie ADHD.....	15
2.1 Genetický a sociální faktor.....	16
2.2 Neuroanatomie.....	17
2.3 Neurofyzilogie.....	17
2.4 Dietetika a toxikologie.....	18
3 Projevy ADHD.....	19
3.1 Nepozornost.....	20
3.2 Hyperaktivita.....	21
3.3 Impulzivita.....	23
3.4 Další variabilní rysy.....	24
4 Diagnostika ADHD.....	27
4.1 Rozhovor s rodiči.....	27
4.2 Klinické vyšetření dítěte.....	28
4.3 Rozhovor s učitelem, školní anamnéza.....	29
4.4 Sociální situace dítěte.....	30
4.5 Dotazníky a posuzovací škály.....	31
4.5.1 VADPRS.....	32
4.5.2 BARS.....	32
4.5.3 Škála Connersové.....	32
5 Léčba ADHD.....	33
5.1 Farmakologie.....	33
5.1.1 Ritalin.....	34
5.1.2 Concerta.....	35
5.1.3 Dextroamfetamin.....	35
5.1.4 Strattera.....	36
5.2 Psychoterapie.....	37
5.2.1 Kognitivně behaviorální terapie.....	37
5.2.2 Skupinová terapie.....	37
5.2.3 Rodinná terapie.....	38

5.3	Relaxační techniky	38
6	Edukace žáka s ADHD	40
6.1	Vzdělávání ve škole	40
6.1.1	Seznámení pedagoga s dítětem a rodinou	40
6.1.2	Pozitivní přístup	41
6.1.3	Vyrovňovací a podpůrná opatření.....	43
6.1.4	Individuální vzdělávací plán	45
6.1.5	Asistent pedagoga.....	45
6.1.6	Hodnocení žáka s ADHD.....	46
6.2	Spolupráce s dalšími institucemi.....	46
6.2.1	Pedagogicko-psychologická poradna.....	46
6.2.2	Střediska výchovné péče.....	47
6.2.3	Speciálně pedagogické centrum	48
7	Empirická část.....	49
7.1	Cíl výzkumného šetření	49
7.2	Výzkumné otázky.....	50
7.3	Metodologie výzkumu	50
7.4	Charakteristika výzkumného vzorku.....	51
7.5	Výsledky výzkumného šetření	51
	Diskuze	70
	Závěr.....	75
	Seznam použité literatury	76
	Použité zkratky.....	81
	Seznam tabulek, grafů a obrázků	82
	Přílohy	84

Úvod

Jako téma své diplomové práce jsem si vybrala přístupy učitelů základních škol k inkluzi dětí s poruchou ADHD do tříd hlavního vzdělávacího proudu. Jedná se o problematiku, která je v dnešní době velice aktuálním tématem, a to nejen z pohledu inkluze žáků s touto poruchou do běžného kolektivu intaktních žáků. V dnešní době stále přibývá žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, do nichž se řadí i žáci s diagnostikovanou poruchou ADHD.

Kvůli zvýšenému počtu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se setkáváme s více a více odlišnými názory jednotlivých pedagogů na inkluzi žáků, které jsou touto problematikou postižené. Nejen na ostatní žáky, ale i na pedagogy jsou kladeny stále vyšší nároky na práci s takovými jedinci ve škole. Ve škole se tito žáci nejen vzdělávají, ale i vychovávají. Nejedná se však pouze o kompetence učitelů a o to, jak moc jsou s touto problematikou seznámeni, ale také o to, jaký zauímají postoje a přístupy ke vzdělávání těchto žáků. Samozřejmě se nesetkáváme pouze s pozitivními postoji, ale i negativními. Pokud jsou však takové přístupy zaujímány vzhledem k dítěti s jakýmkoliv postižením, může inkluze působit negativně nejen na fyzickou, ale i psychickou stránku žáka. Pokud naopak bude pedagog zaujímat postoj k inkluzi pozitivní, může mít dobrý vliv nejen na daného jedince s postižením, ale i na celý kolektiv třídy, který může spolužáka s postižením lépe vnímat, naučit se toleranci a empatii.

Diplomová práce se zabývá problematikou vzdělávání žáků s poruchou ADHD na druhém stupni základních škol. Cílem je zjistit, jaké přístupy a metody využívají pedagogové druhého stupně základních škol při vzdělávání jedinců s diagnózou ADHD. Následně také jak jsou pedagogové o problematice ADHD informováni, jaké využívají metody při vzdělávání žáků s ADHD, nakolik využívají podpůrná opatření pro jedince s ADHD, pokud je využívají a jak se staví ke komunikaci s rodinou jedince s diagnózou ADHD.

Teoretická část práce je rozdělena na šest kapitol. První kapitola vymezuje pojem ADHD, zabývá se jeho terminologií a historickým vývojem. Další kapitoly se zaměřuje na etiologii a jednotlivé projevy ADHD. Následující kapitoly popisují podrobněji jednotlivé možnosti diagnostiky poruchy a její léčbu. Poslední kapitola se věnuje vzdělávání žáků s ADHD, specifickým vzdělávacím metodám a postupům.

Praktická, empirická část se věnuje samotnému šetření. Nejprve je vysvětlena zvolená metodologie, charakteristika výzkumného vzorku a následně se tato část věnuje popisu výsledků pedagogů na základních školách.

1 ADHD

ADHD je název pro poruchu, která je ve všech ohledech, mezi které můžeme zařadit etiologii, symptomy, vývoj a další, velmi variabilní. Munden (2008, s. 11) uvádí, že britský lékař Frederic Still popsal poruchu těmito slovy: „*Syndrom charakterizovaný nedostatečnou schopností udržet pozornost, neurologickou abnormalitou včetně choreatických pohybů (tance sv. Víta), lehkými vrozenými anomáliemi, neklidností, těkavostí, agresí, porušováním pravidel a ničením*“.

1.1 ADHD jako pojem a jeho terminologie

Jedná se o zkratku anglického názvu Attention Deficit Hyperactivity Disorder, což je termín, který je do českého jazyka překládán jako porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou. Tento pojem označuje postižení, které se vyznačuje obtížemi v oblasti soustředění se a udržení pozornosti na daný úkol, dále se projevuje zvýšenou aktivitou dítěte a jeho impulzivitou. (Goetz, 2009) V této souvislosti se můžeme také setkat s označením ADD (z anglického Attention Deficit Disorder) je řazena také mezi poruchy chování a jedná se o poruchu pozornosti, při níž má jedinec problémy zejména v percepčně motorických úkolech, k impulzivité ani hyperaktivitě u něho však nedochází. ADD se česky nazývá porucha pozornosti bez hyperaktivity. (Przybyla, 2015)

Jedinci, kteří trpí poruchou ADD, mají projevy často velice podobné těm, které se projevují u ADHD. Nicméně je důležité zmínit, že se u těchto jedinců, kteří trpí poruchou ADD, nevyskytuje hyperaktivita, ba naopak. Děti s ADD jsou méně aktivní, často až hypoaktivní, nevyvíjející žádnou aktivitu. Dalším symptomem je u nich nadměrná pasivita, nezapojování se do činností a pomalost. (Kendíková, 2015)

V minulosti se pro pojmenování problematiky ADHD používalo mnoho termínů. Mezi tyto termíny řadíme například lehká mozková dysfunkce (LMD), lehká dětská encefalopatie (LDE) nebo minimální mozková dysfunkce (MMD). Tyto termíny byly širších rozměrů a zaměřovaly hlavně na soubor příčin a mechanismů, které vedou k projevům této poruchy. Dnes se používá pojem hyperkinetická porucha, který vychází ze symptomatického popisu poruchy a behaviorálního hlediska. (Paclt, 2007)

V dnešní době se setkáváme s pojetím dvou současně platných klasifikačních a diagnostických systémů. Jedním z nich je ICD-10, pro který se v české literatuře

používá častěji označení MKN-10. Tento systém, schválený Světovou zdravotnickou organizací WHO, podle 10.aktualizovaného vydání Mezinárodní klasifikace nemocí řadí ADHD do kapitoly poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání (F90-F98), speciálně mezi F90 neboli hyperkinetické poruchy. Jedná se o skupinu poruch, která je charakteristická nástupem obvykle v prvních pěti letech života, nedostatečnou vytrvalostí v jakýchkoliv činnostech vyžadujících poznávací schopnosti. Jedinci často přebíhají od jedné činnosti ke druhé a u žádné delší dobu nevydrží setrvat. (MKN-10 tabelární část, str.252).

	Skupina poruch	Typ poruchy
F90	Hyperkinetické poruchy	Porucha aktivity a pozornosti (ADHD), hyperkinetická porucha chování
F91	Poruchy chování	Poruchy chování omezené na rodinný okruh, porucha socializace, socializovaná porucha chování, opoziční vzdorovité chování
F92	Smíšené poruchy chování a emoční poruchy	Depresivní porucha chování, jiné smíšené poruchy chování a emocí, nespecifikované smíšené poruchy chování a emocí
F93	Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství	Separační úzkostná porucha (úzkost z odloučení), fobická úzkostná porucha, sociální úzkostná porucha, sourozenecká rivalita, jiné poruchy emocí v dětství
F94	Poruchy speciálního fungování se začátkem specifickým pro dětství a dospívání	Elektivní mutismus, reaktivní porucha přichylnosti, dezinhibovaná porucha přichylnosti, jiné poruchy sociálního fungování v dětství, nespecifikované poruchy sociálního fungování
F95	Tikové poruchy	Přechodná tiková porucha, chronická motorická nebo vokální tiková porucha, kombinovaná vokální a motorická tiková porucha s více podobami (de la Tourette), jiné tikové poruchy
F98	Jiné poruchy chování a emoční poruchy s obvyklým začátkem v dětství a během dospívání	Neorganická enuréza, neorganická enkopréza, porucha kojení (krmení) u kojenců a malých dětí, požívání nejedlých věcí u kojenců a malých dětí, stereotypní pohyby, koutavost, breptavost, jiné specifikované poruchy chování a emocí s obvyklým začátkem v dětství a během dospívání, poruchy pozornosti bez hyperaktivity (ADD), nadměrná masturbace, kousání nehtů, dloubání v nose, cucání palce, nespecifikované poruchy chování a emocí

Tabulka 1 Přehled poruch chování a emočních poruch v dětství a během dospívání podle MKN-10 (2008)

Klasifikace ICD-10 (MKN-10) používá v definici hyperkinetické poruchy přítomnost hyperaktivity, impulzivnosti a nepozornosti. Podmínkou pro zjištění poruchy ADHD u dítěte je nutnost přítomnosti všech těchto tří faktorů. Tyto symptomy se objevují u dětí již před sedmým rokem života a přetrvávají po dobu delší než šest měsíců. Důležitý je také fakt, že se vyskytují v několika různých prostředích, jako je například rodina, škola, kroužky, a ve výrazné míře narušují sociální život žáka/dítěte. (Lechta, 2016)

Druhým systémem je DSM-V neboli diagnostický a statistický manuál duševních poruch, který je mezinárodně užívanou příručkou Americké psychiatrické asociace APA. ADHD popisuje jako poruchu, která není typická pouze pro dětský věk, ale může se projevovat během celého života, avšak její počátek nastává v dětství. Přetrvávající symptomy jsou nepozornost, popřípadě hyperaktivita a impulzivita. DSM-V podává definice tří základních subtypů ADHD, a to kombinovanou poruchu, poruchu s převahou nepozornosti a poruchu s převahou nepozornosti a impulzivity. Při kombinované poruše se u jedince projevuje nepozornost a hyperaktivita, impulzivita po dobu více než 6 měsíců. Porucha s převahou nepozornosti se vyznačuje tím, že je u jedince přítomna porucha pozornosti, ale neobjevuje se u něj hyperaktivita, impulzivita. U posledního zmíněného typu neboli poruchy s převahou hyperaktivity, impulzivity, se objevuje hyperaktivita, impulzivita, ale porucha pozornosti se neprojevuje. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

Na základě toho, do jaké míry dochází k narušení sociálních, školních a pracovních schopností, definuje DSM-V také tři úrovně intenzity, ve kterých se Porucha ADHD projevuje, a to intenzitu mírnou, střední a závažnou. Při mírné formě je přítomno pouze pár symptomů, které v mírné formě narušují sociální, školní nebo pracovní schopnosti. Při střední formě se symptomy i narušení sociálního, školního a pracovního fungování pohybuje mezi mírnou a závažnou formou. Při nejtěžší – závažné formě se u jedince projevuje buď mnoho symptomů, které přesahují počet nutný pro stanovení diagnózy ADHD, nebo jsou některé natolik závažné, aby mohly být řazeny do této intenzity, tudíž silně narušují pracovní, školní nebo sociální fungování jedince. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

Ani v jednom, ani ve druhém případě by nemělo docházet k diagnostikování poruchy ADHD u dětí mladších čtyř až pěti let. A to i přesto, že se nevylučuje

přítomnost jednotlivých symptomů již od narození dítěte. Tyto projevy mohou být viditelné ve větší či menší míře v domácím prostředí, kdy je vyzorují rodiče, nebo se mohou projevit až v prostředí školním, kdy na ně upozorní pedagogové, pracovníci školní družiny či ostatní pracovníci školy. (Lechta, 2016)

1.2 Historický vývoj

Problematika ADHD se do popředí dostala na začátku 20. století. Věnoval se jí lékař George Fridrich Still, což byl velice významný anglický pediatr, který jako jeden z prvních dokázal popsat poruchu ADHD. G. F. Still popsal skupinu dvaceti neklidných dětí, u kterých se objevovaly hlavní znaky poruchy, a to hyperaktivita, nepozornost, poruchy učení a problémové chování. Tyto symptomy se projevily i přesto, že děti vyrůstaly v domácnostech, které splňovaly určitá standardní kritéria. Still se nevěnoval domácnostem, které se od těchto kritérií odchylovaly. Právě díky tomu, že se zaměřoval hlavně na domácnosti, které dodržovaly určitá kritéria, usoudil, že projevy poruchy nelze přisuzovat vlivu prostředí a výchovy na dítě, ale musí vnikat na biologickém pokladu. (Drtílková, Šerý, 2007)

Do této doby se poruchy chování považovaly za jakési morální defekty, které se často dávaly do souvislosti s vadami rodičů dítěte, nedostatečnou a nedůslednou výchovou nebo vlivem prostředí. Dal by se tedy objev Stilla považovat za značný pokrok v této oblasti. Další zmínka o projevech ADHD v chování dětí byla popsána v lékařském časopise Lancet, který otiskl v roce 1904 příběh o chlapci, kde byla popisována situace stále narůstající frustrace jeho rodičů, právě díky jeho nevhodnému chování. Chlapec se neustále pohupoval na židli, kolikrát se i převrátil, přitom s sebou strhl ubrus, na kterém byly sklenice, hrnky, talíře a další. (Hallowell et al., 1994)

Předpoklad G. F. Stilla o biologické příčině byl podpořen roku 1937 kdy Charles Bradley, americký pediatr, díky svému objevu došel k názoru, že použití psychostimulační látky benzedrinu vede ke zmírnění negativních projevů chování, hyperaktivity a zlepšení výkonnosti u neklidných dětí. (Drtílková, Šerý, 2007)

Tento nový předpoklad se odrážel mezi lety 1922-1968 i v lékařské terminologii. Ta se lišila mezi psychiatry, pediatry i neurology. Nejčastěji se používal termín lehká mozková dysfunkce (LMD), který vznikl z důvodu potřeby sjednocení terminologie. Na termínu LMD se shodl v roce 1963 tým odborníků v Chicagu. Na

základě toho byla vypracována definice syndromu ADHD. Jak již bylo zmíněno v úvodní kapitole, pojem lehká mozková dysfunkce byl širší a zahrnoval i další poruchy, které jsou dnes považovány pouze za přidružené. Mezi takové se řadí například specifické poruchy učení či poruchy motorické obratnosti dítěte, tzv. syndrom neobratného dítěte. (Drtílková, Šerý, 2007)

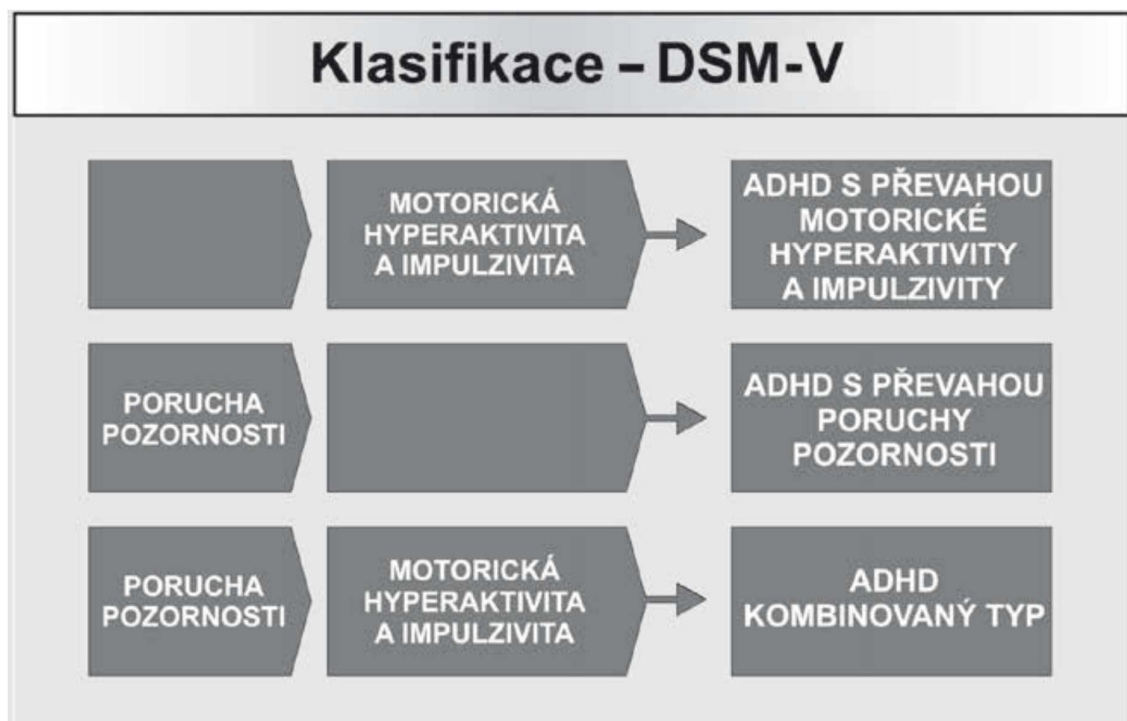
V šedesátých letech dvacátého století byl pod záštitou československého lékaře a psychiatra Otakara Kučery vytvořen koncept lehké dětské encefalopatie (LDE). Ten zahrnoval spektrum etiologických, psychopatologických a diagnostických poznatků o problematice poruchy ADHD, který se nijak zásadně nelišil od kritérií, a základě kterých vznikl pojem lehká mozková dysfunkce. (Třesohlavá, 1983)

Maurice W. Laufer společně s Ericem Denhoffem roku 1957 zavedli termín hyperkinetické impulzivní poruchy. Důležité je zmínit, že jejich kritéria se opírala pouze o příznaky hyperaktivity a impulzivity, bez ohledu na vysvětlování jejich příčin. Podobná kritéria byla následně uváděna v DSM-II a následně v diagnostickém statistickém manuálu DSM-III, kde byla zdůrazněna porucha pozornosti. Ta byla základním kritériem pro samostatnou diagnózu nebo diagnózu kombinovanou s hyperaktivitou a impulzivitou. Od roku 1994, kdy byl vydán DSM-IV, se užívá pojem ADHD, a zároveň pojem hyperkinetické poruchy dle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. (Drtílková, Šerý, 2007)

2 Etiologie ADHD

Hyperkinetická porucha s deficitem pozornosti se zařazuje mezi neurovývojové poruchy, které se řadí mezi nejčastěji se vyskytující poruchy u pacientů dětského věku. Dochází k negativnímu ovlivnění percepčních procesů, motoriky, emočních a dalších procesů. Jedinci s ADHD jsou často limitováni hlavně v rámci studia na základní a střední škole, následně i v oblasti pracovního procesu a sociální adaptace celkově. (Miovský, 2018)

Podle toho, jaké převažují u jedince příznaky převažující po dobu nejméně půl roku, se ADHD člení na tři subtypy, a to ADHD s převažující poruchou pozornosti, ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou a typ kombinovaný. Nejvíce zastoupeným typem je právě poslední jmenovaný, kombinovaný typ, a to až u 60 %, druhý nejčastější je první jmenovaný, typ s převažující poruchou pozornosti, který bývá zastoupen ve 30 % a nejméně zastoupený je v 10 % typ s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou, bez poruchy pozornosti. Jednotlivé kombinace uvádí Juckovičová (2015) v následující tabulce:



Tabulka 2 Subtypy ADHD

Po dlouhou dobu byla považována pouze za onemocnění dětského věku, nicméně je potvrzené, že projevy mohou přetrvávat až do dospělosti, i když se většinou neprojevují v takové intenzitě, jako v dětském věku. (Barkley, 2006) Četnost výskytu poruchy ADHD se pohybuje v určitých mezích, avšak se častěji ve větší míře liší. Uvádí se počet od 2 do 12-15 %. Nejčastěji je uváděno průměrné číslo, a to 6 %. Diagnostický statistický manuál DSM-V uvádí počet 5 % u dětí a 2,5 % u dospělých. Je uváděno, že syndromem ADHD bývají častěji postiženi chlapci než dívky, a to v poměru 3:1, což je velmi značný rozdíl. Je tomu tak díky definici ADHD, která se v dřívějších dobách zaměřovala na motorickou hyperaktivitu, která se častěji projevuje u chlapců. Ženy a dívky spíše vykazují verbální formu hyperaktivity, impulzivitu, popřípadě oslabení v oblasti plánování či regulování emocí, ale ne hyperaktivitu motorickou. Všechny tyto znaky u dívek a žen nenarušují fungování v běžném životě tolik, jako u chlapců. Proto u nich porucha bývá odhalena méně často než u chlapců a uvádí se poměry, které jsou ve větší míře odlišné. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

Problematika se projevuje u dětí i dospělých, může docházet k tomu, že se zvyšujícím se věkem se symptomy zmírňují, ale také mohou problémy přetrvávat v určité míře a nemusí tak docházet k jejich zlepšení. Etiologie vzniku syndromu ADHD jsou komplexní. Nejedná se pouze o jednu příčinu, která ke vzniku vede. Pro vysvětlení příčin výskytu poruchy je nutné si osvojit znalosti v mnoha vědeckých disciplínách, a to antropologie, neuroanatomie, neurofyziologie, genetiky, neurochemie, dietetiky a toxikologie, psychologie a sociálních věd. Uvádí se jak faktory genetické, tak faktory vnějšího prostředí. (Lechta, 2007)

2.1 Genetický a sociální faktor

Za základní je považován faktor genetický. Například jednovaječná dvojčata mají uvedeno asi 80-90 % výskytu ADHD, dvojevaječná 25-35 %. U téměř 35-40 % dětí s touto poruchou se objevil výskyt u jakéhokoliv jiného člena v rodině. Jelikož se hyperkinetická porucha vyskytuje 3x častěji u chlapců než u dívek, dá se předpokládat, že genetické vlivy vzniku u chlapců a dívek nejsou identické. Na vzniku se velkou měrou podílí genetické faktory, ale je důležitá jejich interakce s vlivy prostředí a negenetickými faktory. (Lechta, 2007)

Důležité je také zmínit vliv psychosociálních faktorů. Někteří odborníci se domnívají, že nedostatečná a špatná výchova může způsobovat projevy ADHD. Ty mohou být výchovou do jisté míry zkomplikovány. (Lechta, 2007)

2.2 Neuroanatomie

Z neuroanatomického hlediska mohou být analyzovány možné vztahy mezi morfologií mozku a psychiatrickými poruchami, speciálně také poruchou ADHD. Tyto vztahy se zkoumají pomocí zobrazovacích metod, mezi které patří CT neboli počítačová tomografie a MR/MRI neboli magnetická rezonance. Hlavní neuroanatomickou změnou je nižší hustota šedé hmoty mozkové v pravém frontálním laloku. Pravá hemisféra dominuje v procesech pozornosti, a pokud v ní dochází ke změně, jedinci s ADHD mohou mít problémy v chování, protože nejsou dostatečně schopni rozlišovat mezi podstatnými a nepodstatnými podněty. Kvůli tomu nejsou schopni na nepodstatné podněty nereagovat. Dále se při abnormalitách pravé hemisféry objevují projevy v oblasti sociálních dovedností. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

2.3 Neurofyziologie

Munden (1999) uvádí, že pokud se budeme věnovat neurofyziologickému hledisku, dostaneme se ke studiím v oblasti elektroencefalografie (EEG), dále oblasti krevního průtoku a metabolické aktivity. EEG u dětí, které trpí pouze poruchou ADHD, ale nemají žádnou další psychickou či duševní poruchu, nejsou tolik průkazná a nedají se z nich vyvodit jednoznačné závěry.

Jelikož došlo k velkému rozvoji poznatků v oblasti neurofyziologie, které poukazují na biologické aspekty ADHD, umožňují nám mnohem kvalitnější diagnostiku a léčbu. Autoři (Serman, 2000) předpokládají, že ADHD vzniká v důsledku změn v oblasti aktivity prefrontálního kortexu, s čímž souvisí narušení emoční stránky jedince. Kvůli změnám v oblasti aktivity prefrontálního kortexu vykazuje až 90 % dětí s ADHD změny v EEG. Některé z těchto změn jsou však u jedinců do osmi let věku normální, proto se musí dávat pozor na to, které charakteristiky jsou zjišťovány u jednotlivých skupin dětí. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

2.4 Dietetika a toxikologie

Dietetika, toxikologie a alergické projevy mají také vliv na tuto poruchu. V jídelníčku se mohou objevovat potraviny, které u dětí zvyšují aktivitu a zhoršují projevy ADHD. Většinou však rodiče tyto změny vyzorují a stačí se vybraným potravinám vyhýbat. Hodně se spekulovalo o tom, že vybraná potravinářská aditiva, konkrétně žlutá potravinářská barviva, způsobují hyperaktivitu. V dnešní době jsou však odborníci toho názoru, že změna jídelníčku nepřináší žádné výrazné zlepšení z hlediska projevů hyperkinetické poruchy. V oblasti toxikologie je dnes velmi vzácná otrava olovem, která může u dětí vyvolat encefalitidu. Pokud se jedinec vyléčí, může se u něj objevit impulzivita a hyperaktivita. Velmi závažnější je vystavení dítěte zejména v těhotenství cigaretám a alkoholu, což může způsobovat také projevy podobné příznakům ADHD. Tuto poruchu mohou také způsobovat různá poškození mozku vznikající například při autonehodách nebo úrazech, po prodělaných encefalitidách nebo porodních traumatech. Dalším bodem, který může způsobovat ADHD, je nízká porodní váha, a to zejména pod 1 500 gramů. (Munden, 1999)

Nejen z výše uvedených informací je jasné, že zkoumání etiologie poruchy není jednoduché. Jedná se o komplexní proces, který musí být posuzován z mnoha pohledů. Ačkoliv v pozadí vzniku jednotlivých symptomů stojí ve velké míře biologické faktory, nejsou jediným faktorem, které ovlivňují vznik poruchy ADHD.

3 Projevy ADHD

Děti trpící poruchou ADHD mají největší problémy s udržení pozornosti, přesněji s tím, aby dokázaly vytrvat v úsilí, které musí vynaložit při řešení nějakého úkolu či problému. Jedinci trpící hyperkinetickým syndromem s poruchou pozornosti neboli ADHD trpí chronickou nepozorností, nadměrnou aktivitou /hyperaktivitou a impulzivitou. Tyto charakteristické znaky se u nich projevují již v raných stádiích vývoje, a to mnohem zřetelněji, než by bylo jejich věku odpovídající. Symptomy se projevují právě v situacích, kdy jsou kladeny na děti vysoké nároky na udržení pozornosti, kontrolu pohybů a utlumení impulzivity. (Paclt a kol., 2007)

Musíme brát v potaz to, že jedinci nejsou stejní, proto se u každého může porucha projevit jinými příznaky. Jedná se většinou o kombinaci základních projevů hyperaktivity, impulzivity a nepozornosti. Projevují se však znaky jiných přidružených poruch a vlivů prostředí. Do jeho stavu se projevuje nejen samotná porucha, ale také to, v jaké rodině dítě vyrůstá, jak se k němu lidé v rodině chovají, jaké má vztahy se spolužáky a učiteli. Síla projevů se bohužel nedá předvídat, nerovnoměrně kolísá. (Goetz, 2009)

Rodiče dětí trpících ADHD bývají plni obav, jak se jejich dítě bude vypořádávat s učením, ale také zda ho budou spolužáci přijímat mezi sebe apod. Tyto pocity musí rodiče nějakým způsobem překonat. Často mohou využít pomoc ve formě komunikace nebo svěřením se blízké osobě nebo vyhledat jiné rodiče, jejichž děti trpí také poruchou ADHD. Rodiče musí být pro svoje děti oporou, musí jim pomáhat se s jejich poruchou vypořádat, především jim musí pomoci v budování jejich sebevědomí a vnímání sebe samých, jelikož pozitivní vnímání sebe samých u nich může vést k vyšším úspěchům. Další důležitou oporou musí být v poskytování lásky svým dětem. Rodiče by se měli snažit zdůrazňovat přednosti dětí a chválit je za jejich dobré výkony, či úsilí při řešení nějakého problému. Což by nemělo být pouze u dětí s ADHD, ale všeobecně u všech dětí s jakýmkoliv speciálními vzdělávacími potřebami. (Selikowitz, 2000)

3.1 Nepozornost

1. Často nedává pozor na detaily, ve škole dělá chyby z nedbalosti.
2. Neudrží trvalou pozornost při úkolu nebo při hře.
3. Zdá se, že neposlouchá, i když se mluví přímo k němu.
4. Neřídí se instrukcemi, nedokončuje zadané úkoly. Přitom se nejedná o to, že by jim nerozuměl.
5. Neumí si naplánovat úkoly, povinnosti, hry.
6. Vyhýbá se, nebo jsou mu nepříjemné aktivity vyžadující soustředěné mentální úsilí (doma i ve škole).
7. Ztrácí školní pomůcky, hračky, sportovní potřeby.
8. Snadno se rozptyluje nebo vyruší od úkolu či aktivity.
9. Zapomíná na denní rutinní aktivity, úkoly nebo povinnosti.

Tabulka 3 Příznaky kategorie nepozornost (dle DSM-V), převzato z:

<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/01/04.pdf>

Často se objevují i chyby z nepozornosti, kdy žáci přehlédnou detaily, špatně si přečtou zadání, zapomínají v diktátech z českého jazyka háčky a čárky, vynechávají písmena, slabiky, v matematice mají problém se znamínky, vynechávají čísla, příklady a další. Porucha pozornosti je často příčinou špatných školních výsledků. Důležité je, aby učitel nabádal žáka k tomu, aby si test po sobě zkontroloval, a to nejlépe několikrát. (Goetz, 2009)

Nesoustředěnost je dalším symptomem této poruchy. Děti lze snadno vyrušit a následně se těžko navrací k započaté činnosti. Zajímavé je, že u počítačové hry či něčeho jiného, co děti zajímá, dokáží sedět několik hodin bez hnutí a vnímání okolí, ale například při domácím úkolu nevydrží udržet pozornost ani pět minut a hned je sebemenší podnět vyruší. Pestrá počítačová hra, která jim neustále dává nové podněty je baví mnohem více než domácí úkol, ve kterém musí počítat stejné nebo podobné příklady. Pokud dítě vyplňuje domácí úkol, je důležité snažit se odstranit co největší množství podnětů, které by mohly dítě znepokojovat a znervózňovat. Neměla by například hrát muzika, na pracovním stole by mělo dítě mít pouze pomůcky, které bude při úkolu potřebovat. S tímto problémem je spojené vyhýbání se domácím úkolům, jelikož kvůli poruše se dětem většinou úkoly nedaří a jsou pro ně zdolnou prací. Mají tendenci raději preferovat takové aktivity, kdy odměna přijde hned po splnění, což většinou domácí úkoly nejsou. (Goetz, 2009)

S nepozorností se také pojí zapomínání a improvizace místo plánování. Děti mnohdy působí neorganizovaně, mají potíže si dopředu naplánovat, jak budou nějaký úkol řešit, nedokáží si naplánovat dopředu jednotlivé kroky a následně je postupně plnit. Proto používají v daných situacích následně improvizované chování než organizované. Pokud u žáka s diagnózou ADHD ve fázi zapamatování si určité informace dojde ke kolísání pozornosti, nedochází k jejímu zapamatování. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Ve škole mohou mít problém se zapomínáním pomůcek, oděvu a obuvi na tělesnou výchovu, nemají hotové domácí úkoly nebo v nich vynechávají jednotlivá cvičení, v dospívání a dospělosti nechodí včas na předem domluvené schůzky. Právě kvůli těmto projevům mohou být považováni za nespolehlivé členy kolektivu, se kterými se těžko spolupracuje. (Goetz, 2009)

Za zmínku stojí také neschopnost udržet si pořádek, a to nejen doma v pokoji, ale ve školní lavici, skřínce nebo školní tašce. Nepořádnost se neprojevuje jen ve věcech, ale i na vzhledu, kdy děti mají často otrhané oblečení, s fleky nebo mají rozvázané tkaničky či špatně zapnuté suché zipy. K udržování pořádku je nutné dětem od raného dětství nastavovat určitý režim, podle kterého se pojedou, a který se bude stále dodržovat. (Goetz, 2009)

3.2 Hyperaktivita

1. Hraje si s prsty, vrtí se, houpe se na židli.
2. Opouští své místo ve školní třídě nebo v jiných situacích, kde by měl sedět.
3. Pobíhá, vylézá kamkoliv a kdykoliv, včetně nevhodných situací. Nadměrně pobíhá dokola nebo leze, a to i v situacích, kdy je to nevhodné.
4. Neumí si klidně hrát, zejména hry, které vyžadují ticho a soustředění.
5. Stále je v pohybu, „jako na pochodu“, jako by „měl motorek“.
6. Stále hovoří.
7. Vyhrkne odpověď dřív, než je dokončena otázka.
8. Nevydrží v klidu čekat.
9. Přerušuje ostatní, vynucuje si pozornost, plete se do hry nebo konverzace jiných.

Tabulka 4 Příznaky kategorie Hyperaktivita-Impulzivita (dle DSM-V), převzato z:

<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/01/04.pdf>.

Běžně se děti do třetího roku věku zdají být hyperaktivní. Úroveň pohybové aktivity do tohoto roku roste, avšak po tomto roce dochází k jejímu snižování. Jedinci, kteří trpí ADHD jsou i nadále nadměrně aktivní. Rodiče popisují také jedince jako neposedné, roztěkané. Často nevydrží u jedné činnosti, nebo přebíhají nepřiměřeně od jedné činnosti ke druhé. Ve škole se pak často vrtí na židli, houpou se, otáčejí se na ostatní spolužáky, popřípadě si neustále hrají s věcmi, co mají při ruce. Pokud mají žáci stát v řadě, například při tělocviku, dítě s poruchou ADHD poskakuje na místě, přendává si neustále nohu přes nohu, podupává. (Goetz, 2009)

Hyperaktivita se neprojevuje pouze v pohybové stránce jedince, ale také v nadměrné hovornosti. To, že děti hodně mluví, často skáčou ostatním do řeči, což jim může způsobovat problémy v kolektivu. Málokdy pustí ostatní ke slovu nebo je nenechají domluvit. V situacích, kdy jsou všechny děti tiše, si prozpěvují nebo alespoň povídají sami pro sebe. Jedinci jsou často schopni mluvit plynule o tématu, které si sami vyberou, pokud však mají mluvit o tématu, které je jim přidělené, jejich řeč je často méně plynulá a jedinci se při odpovědi zasekávají, nebo si otázku promítají tak dlouho, než si vzpomenou, na co se jich člověk vlastně ptal. Mají také schopnost samomluvy. Při pozorování vývoje dítěte jsme schopni vidět, jak se tato schopnost rozvíjí. Ať už se jedná o žvatlání u batolat, přes hlasitou mluvu se sebou samým v předškolním věku, kdy dochází k tomu, že si jedinci komentují svou vlastní činnost, nebo šeptání a náznaky řeči v mladším školním věku. (Goetz, 2009)

Jedinci, u kterých se projeví ADHD, mají často problémy se spánkem, a to již v novorozeneckém věku. S tím je spojená neschopnost udržovat určitý denní režim, který se po nich vyžaduje. Mají nepravidelný režim spánku a příjmu potravy. Jsou schopni prospat celý den, nebo naopak. Proto pak děti působí neunavitelným dojmem, i přesto, že se rodiče snaží je všemožně unavit, mnohdy to je spíše ke škodě než k užitku. Čím déle jdou děti spát, tím horší pro ně usínání je. To souvisí i s denním režimem. Pokud ho děti nedodrží, může být jejich spánek kratší a méně kvalitní. Během spánku mohou padat z postele, budí se nohama na polštáři, shazují polštář a peřinu z postele. Kvalita a délka spánku u nich ovlivňuje chování během dalšího dne. (Goetz, 2009)

3.3 Impulzivita

Jedním z hlavních projevů impulzivity u dětí s ADHD je zbrkllost a riskantní chování. Nejen rodiče, ale i spolužáci nebo učitelé mohou trnout ze způsobu, jakým jedinci vykonávají určité činnosti. Málokdy se poučí z předchozí špatné zkušenosti, i přesto, že ji mají uloženou v mozku, nedokáží si ji včas a dostatečně vybavit, aby minulému chování předešli. Může to souviset s narušeným vnímáním času, kdy jedinec není schopen rozlišovat minulost, přítomnost a budoucnost. Když se po nich požaduje pomalost, důslednost a pečlivost, provádějí věci ve zrychleném tempu i přesto, že v nich udělají mnoho chyb. Jedinci jsou nedočkaví. Jedná se nejen o to, kdy budou zapojeni do hry, ale také čekání ve frontě na oběd ve školní jídelně nebo při placení nákupu v obchodě je pro ně velmi těžké. Děti jsou často velmi zbrklé, což mohou nejen učitelé, ale i rodiče pozorovat například při psaní domácích úkolů. Často začínají pracovat dříve, než se jim řekne, nedostatečně si pročítají zadání a zbrkle označují správnou odpověď, nebo naopak škrtají správný výsledek, o kterém se domnívají, že je špatný. Zbrkllost se může projevat například i ve výtvarných činnostech, kdy si dítě nedokáže počkat na dobu až zaschne lepidlo nebo barvy na výrobku. (Goetz, 2009)

Jedinec s poruchou ADHD má mnoho dalších projevů. Jedním z projevů může být obtížnost se zařazením se do kolektivu vrstevníků. Už v mateřské škole se mohou objevovat problémy, které souvisí s tím, že jedinci například berou hračky ostatním dětem, ruší hru ostatních svým chováním. Je to pouze další projev impulzivity, jedinec instinktivně sáhne po věci, která ho zaujme, a to i přesto, že ji právě používá někdo jiný, a následně se s hračkou či předmětem těžko loučí. Často reagují podle prvního emočního dojmu, který pro ně vyplyne ze situace. K rozlišení věcné a osobní roviny často potřebují více času, kterého se jim nedostává. Proto mohou v rozhovoru říci něco, co by po delším uvážení neřekli, nebo toho následně litují. Právě kvůli tomu může být dítě s ADHD ostatními spolužáky odmítáno a vytlačováno na okraj školního kolektivu, i když si to ani mnohokrát neuvědomuje. (Goetz, 2009)

Stejně jako s udržováním kamarádkých a jiných vztahů, mohou mít jedinci s hyperkinetickou poruchou problémy s navazováním a ukončováním vztahů. Neuváženě a zbrkle seznamují s ostatními lidmi, což se u nich projevuje již v mateřské škole, v dospívání poté špatně navazují intimní kontakt s druhými lidmi. Pokud se jim podaří vztah navázat, často ho ukončí jen díky tomu, že se začínají nudit a upoutá je jiný podnět nebo jiná osoba. I drobné nedorozumění berou jako velký problém.

Problémy mohou vznikat i v důsledku snížené schopnosti empatie u jedinců s ADHD. Ti se nedokáží v dostatečné míře vcítit do situace z pohledu druhého člověka, a často jednají ukvapeně. Následně mohou také svého rozhodnutí litovat. (Goetz, 2009)

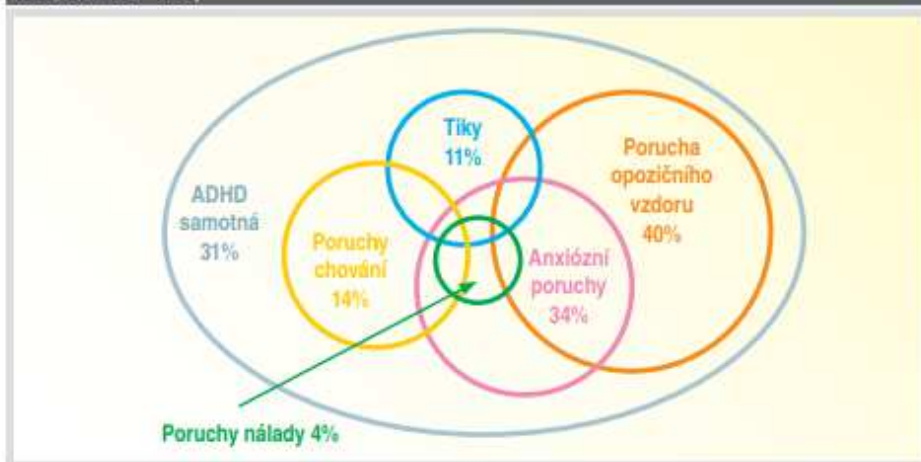
3.4 Další variabilní rysy

Poruchy exekutivních funkcí jsou jedním z dalších typických symptomů ADHD, a to jak u dětí, dospívajících, tak u dospělých jedinců. Jedná se o funkce, které jsou odpovědné za plánování, řazení, kontrolování a sledování jednotlivých činností jedince. Zároveň se jedná o funkce, které ovlivňují schopnost jedince konat aktivity, které směřují k určitému cíli. Často se u jedinců s ADHD objevuje abstraktní myšlení, neschopnost vhledu, porucha volných schopností a logického úsudku, následně také paměti, pozornosti a vnímání. Do exekutivních funkcí zařazujeme i schopnost reagování na nové skutečnosti a pracovní paměť, kdy obě tyto schopnosti mohou být narušeny. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Dalším rysem, který se může u jedinců s ADHD projevit, je snížená odolnost vůči neúspěchu a vnímání kritiky. Těžko snášejí i neúspěch, projevují se jako ti, kteří neumí prohrávat. Často mají problém, že sebemenší kritiku berou jako celkové hodnocení své osoby a myslí si, že vše dělají špatně a nic se jim v životě nedaří. I toto může mít za následek rizikové chování, kdy se snaží jako kompenzaci vyhledat takové aktivity, kdy rychle vyniknou, a proto se mohou chytnout určité nežádoucí skupiny „přátel“, a to je může přivést k alkoholismu, drogám, cigaretám a dalším závislostem. (Goetz, 2009)

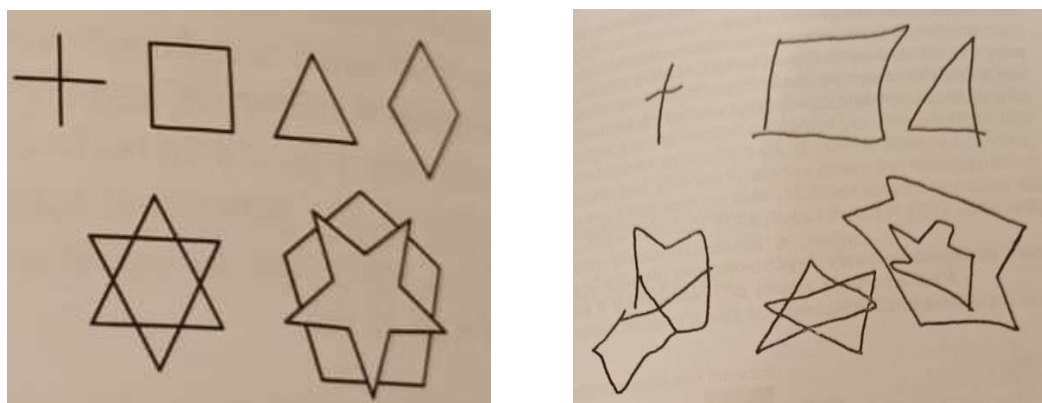
U jedinců postižených poruchou ADHD se často projevuje velké množství přidružených poruch, což je o této poruše všeobecně známé. Až 60 % jedinců s ADHD trpí alespoň jednou přidruženou poruchou. U mnoha z nich se pak vyskytuje komorbidních poruch více. Nejčastější komorbidní poruchy, které se u jedinců s diagnózou ADHD vyskytují. Mezi tyto poruchy se řadí porucha opozičního vzdroru s četností výskytu až u 50 % jedinců s diagnózou ADHD, poruchy chování se 30-50 % výskytu, úzkostné poruchy s 20-25 % výskytu a poruchy nálad, které se vyskytují shodně jako specifické poruchy učení u 10-25 % jedinců s diagnózou ADHD. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

Obrázek 2. Komorbidní poruchy u ADHD (Jenssen a kol., MTA Cooperative Group. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 1088–1096)



Obrázek 1 Komorbidní poruchy u jedinců s ADHD (převzato z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/04/05.pdf>)

Kvůli tomu, že u jedinců s ADHD dochází k nerovnoměrnému zrání CNS, zaznamenávají se u nich poruchy v oblastech poznávacích a motorických funkcí. Nejčastěji se objevují poruchy vnímání, které jsou základem pro vznik specifických poruch učení. Právě na základě této skutečnosti se u jedinců s ADHD často projevuje dyslexie, která představuje poruchu čtení, dysortografie neboli porucha pravopisu, dyskalkulie neboli porucha počítání. V oblasti motorických poruch pak tyto abnormality ovlivňují vznik dysgrafie neboli poruchy psaní či dyspinxie neboli poruchy kresby, kdy mají žáci často problémy s obkreslováním či rýsováním. Na obou těchto činnostech se podílí jemná motorika. Často se u žáků s ADHD objevuje také dyspraxie neboli porucha praktických činností. (Jucovičová, Žáčková, 2015)



Obrázek 2 Vlevo předloha pro obkreslování, vpravo kresba osmiletého chlapce s ADHD (Vágnerová, 2020)

Jedinci, kteří trpí hyperkinetickou poruchou se velmi často dostávají do sporů s disciplínou, a to hlavně ve škole, kdy je po dětech vyžadován určitý řád. Jedná se však spíše o bezmyšlenkovité porušování pravidel než o to, že by dítě záměrně chtělo pravidla porušovat. Mnohdy si ani nemusí uvědomovat, že určitá pravidla porušuje, protože samo to tak nevnímá. (MKN-10, 2020)

Nejen při práci ve školní lavici, ale i doma se děti s ADHD vyznačují vysokou variabilitou výkonů. V závislosti na okolních podmínkách někdy dokážou pracovat perfektně, téměř bez chyb, reagují pohotově a spolupracují s učitelem nebo rodičem. Pokud je však v okolí menší či větší množství podnětů, které je vyrušují nebo odtrhávají jejich pozornost od učení, vykazuje jejich výkon značnou chybovost, nedbalost a ledabylý postoj. Vzhledem k takovým skutečnostem mohou pak být žáci hodnoceni jako líní, nespolehliví, nesoustředění. (Janderková, 2016)

V neposlední řadě je důležité zmínit zdravotní problémy přidružené u dětí s ADHD. Mnohem výrazněji než u normálních dětí se u nich vyskytuje strabismus neboli šilhání. Až u 52 % se objevuje zhoršená motorická koordinace, což se projevuje například v tělesné výchově, kde je kladen důraz na motorickou obratnost dětí. Dalším znakem je taky zhoršený rukopis. Výzkumy prokázaly, že až u 25-50 % dětí s ADHD se v raném dětství projevují další zdravotní problémy, a to opakované infekce horních cest dýchacích, alergií a astmatu. U dětí se také ve zvýšené míře objevuje noční enuréza neboli pomočování. (Paclt a kol., 2007)

Často opomíjenou problematikou bývá zneužívání drog, alkoholu u jedinců s ADHD. Dochází k tomu, že pokud se u dospělých, kteří v dětství trpěli poruchou ADHD, objeví závislosti na alkoholu či drogách, chování se zařazuje pod široký pojem asociální chování. Drogy a alkohol byly prokázány nejen u jedinců, kteří problematikou trpí, ale také u jejich rodičů. Výzkum ukázal, že u biologických rodičů dětí s ADHD se ve větší míře vyskytlo požívání alkoholu, lehkých drog či sociopatie. (Paclt a kol., 2007)

4 Diagnostika ADHD

Základem zahájení odpovídající léčby je dobře stanovená a kvalitní diagnostika. Na první pohled by se mohlo zdát, že je to jednoduché, v praxi se pak jedná o zdlouhavý a komplikovaný proces. A to i vzhledem k tomu, že ADHD se vyskytuje s mnoha komorbidními poruchami a stanovení diagnózy se proto dostává do mnoha úskalí. Pokud se bude diagnostikovat hyperkinetická porucha s například komorbidní dyslexií a tiky, jednotlivé poruchy musí být zaznamenávány odděleně. Základ pro hlavní rozčlenění poruchy ADHD na jednotlivé subtypy tvoří přítomnost či nepřítomnost poruch chování. (Drtílková, Šerý, 2007) Diagnostika ADHD se odráží od projevů, u kterých je důležité, že se projevují minimálně ve dvou různých prostředích. To znamená, že pokud jsou určité příznaky patrné v domácím prostředí, měly by se projevovat i v prostředí školním. (Stárková, 2016)¹

Porucha ADHD vzniká u dětí nejčastěji do dovršení pátého roku věku. Může se projevovat i v dospělosti, důležité však je ji diagnostikovat co nejdříve je to možné. Diagnostika hyperkinetické poruchy se skládá z mnoha vyšetření, pozorování a rozhovorů. Tuto širokou škálu tvoří rozhovor s matkou nebo jinou blízkou osobou, klinické vyšetření dítěte, rozhovor s učitelem, školní anamnéza, zkoumání sociální situace dítěte, velké množství dotazníků a posuzovacích škál, tělesné, zobrazovací, laboratorní a elektrofyziologické metody a psychologické vyšetření. (Drtílková, Šerý, 2007)

4.1 Rozhovor s rodiči

Pokud se budeme zabývat rozhovorem s matkou či jinou blízkou osobou, musíme ho brát jako jeden základní kamen celé diagnózy. Matka či jiná osoba žijící s jedincem s ADHD po celou dobu jeho vývoje může mít stěžejní informace pro diagnostiku. Jedná se totiž o osoby, které mají bezprostřední informace o vývoji dítěte a jeho odlišnostech. Povětšinou jsou to jediní členové, kteří mohou poskytnout kvalitní anamnestické údaje a popsat chování jedince s ADHD do nejmenšího detailu, protože jsou s ním v každodenním kontaktu. Na tento rozhovor se vyhrazuje 30 minut času.

¹ dostupné na: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/01/04.pdf>

Může nastat problém, kdy rodiče mluví spíše o tom, co si myslí o chování dítěte, než aby popisovali chování samotné přímo. (Drtílková, Šerý, 2007)

Pokud jde o první setkání rodičů a dítěte s lékařem, jako první přichází představení lékaře. Už od začátku je důležité, aby lékař působil klidným a vyrovnaným dojmem a vytvořil si tak dobré jméno u rodičů a dítěte, které pak bude brát prostředí za důvěrné a bezpečné. Rozhovor může probíhat buď v přítomnosti dítěte, ale lékař i matka musí počítat s tím, že jim dítě bude skákat do řeči a vyrušovat, nebo dítě počká v jiné místnosti za dohledu jiné dospělé osoby (otce, zdravotní sestry). (Drtílková, Šerý, 2007)

Interview začíná obecnou otázkou, s čím do ordinace rodič s dítětem přichází. Většinou se nechává čas na odpověď, kdy matka volně hovoří, lékař jí do promluvy neskáče a snaží se ji povzbuzovat v popisování daného stavu a situace. Pomáhá většinou i to, když lékař projeví empatii a pochopení pro to, jak může být složité vychovávat dítě s problémovým chováním, a také podpora rozhodnutí vyhledat v situaci odbornou pomoc a navštívit ordinaci lékaře či psychologa. Nejvíce se musí dbát na to, aby matka co nejvíce popisovala chování dítěte a co nejméně se snažila ho hodnotit, i když se zaznamenává, že matka takové chování hodnotí negativním způsobem. (Drtílková, Šerý, 2007)

Nejprve se z vyprávění utvoří ucelený pohled na chování jednotlivce, následně jsou kladeny doplňující otázky. Důležité je si psát různé činnosti v životě dítěte. U ADHD jedinců dochází k tomu, že dokáží dlouhé hodiny sedět u počítačových her, ale u činností, které jsou po nich požadovány ze strany rodičů, dlouho nevydrží. Dochází k tomu, že skupiny činností, které je nebaví a nejsou v nich dostatečně namotivováni, se příznaky poruchy ADHD projevují častěji a silněji, oproti činnostem, o které oni sami mají zájem. (Drtílková, Šerý, 2007)

4.2 Klinické vyšetření dítěte

Klinické vyšetření dítěte je druhým základním kamenem stanovení správné diagnózy u jedince. Většinou je vhodnější, aby takové vyšetření probíhalo bez přítomnosti rodičů, dítě se pak chová přirozeněji, pokud není pod stálým dohledem a může se u něj projevit mnohem více znaků než v jejich přítomnosti. Toto vyšetření probíhá v rozmezí 30-45

minut. Klinické vyšetření by mělo probíhat v prostředí, které je dítěti známe, a ve kterém se dítě cítí bezpečně. (Munden, 2002)

Sledují se hlavní příznaky, které jsou význačné pro ADHD, a to hyperaktivita, impulzivita a nepozornost. Symptomy se mohou objevovat u jedinců jednotlivě nebo v kombinaci. Projevují se hlavně tehdy, pokud se jedinec orientuje na výkon, kde je zapotřebí zapojení mozkových funkcí. Objevují se také v situacích, kdy je požadován po jedinci klid a racionální uvažování nebo tělesný klid. Dítě může být v takovou chvíli nepozorné, roztěkané, může se pohupovat na židli, chodit z místa na místo, od jedné činnosti ke druhé. Většinou se takové zátěžové situace projevují ve škole, protože tam tráví jedinci 5 dní v týdnu několik hodin denně. Proto je škola také jedním ze základních míst, kde může dojít k povšimnutí si odlišností u jednotlivých žáků. (Munden, 2002)

Přístup lékaře k dítěti by měl být individuální a empatický. Pokud jedinec s ADHD uvidí, že se k němu lékař chová přátelsky, vzbudí v něm důvěru a on bude reagovat otevřeněji. Část vyšetření by měla probíhat vsedě, aby se mohly vyzorovat příznaky v situaci, kdy by dítě mělo v klidu sedět. Další část by měla probíhat při hře, aby dítě mělo možnost střídat činnosti a hračky tak, jak je přirozeně zvyklé. Prosté pozorování je to nejcennější, co může lékař při pozorování získat. (Drtílková, Šerý, 2007)

Forma a obsah musí být vždy přizpůsobena věku a mentálním schopnostem dítěte. Rozhovor začíná prostými otázkami: Jak se máš? Kde bydlíš? Kam chodíš do školy? a podobně. Nesmí se nikdy začínat s otázkami ohledně ADHD, aby se dítě nevylekalo, ale musí se nastolit důvěra mezi oběma členy rozhovoru. Než se dostaneme k problematice, je dobré hovořit o oblastech, které jsou jedinci blízké, jako je například domov, hračky, zájmy, škola, volný čas, vztahy a kamarádi, návykové látky, přání. Postupně pak přecházíme k jádru věci, doptáváme se dítěte na konkrétní příznaky poruchy, které se u jedince objevují, a jaké mají důsledky v jeho životě. (Drtílková, Šerý, 2007)

4.3 Rozhovor s učitelem, školní anamnéza

Školní anamnéza je důležitým bodem diagnostiky, jelikož ADHD může jedince ovlivňovat při učení a vyučování, může mít dopad na vzdělávání jedince a jeho sociální

postavení v kolektivu třídy a budoucí pracovní kariéru. Při tomto druhu anamnézy se pozoruje, jak se dítě projevuje ve škole a školní třídě, prospěch jedince, dosažená úroveň jeho schopností a dovedností, a to, jak je dokáže používat. Následně také výskyt specifických poruch učení, jako je dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie a další, vztahy dítěte ke spolužákům a učitelům, a také problémy v chování jedince. (Munden, 2002)

Rozhovor se třídním učitelem dítěte je nejideálnější pro získání kvalitních informací týkajících se školního prostředí. Na takový rozhovor bude stačit 20 minut času. Jako vhodná alternativa se může volit dotazník pro učitele, který přináší kvalitní výsledky za kratší chvíli, a klidně od více učitelů zároveň. Aby mohla být tato metoda použita, musí rodiče souhlasit se sdělením diagnózy učitelům. Dotazníky mohou být využity i v kombinaci s rozhovorem s matkou či dítětem, kdy si můžeme ověřovat jednotlivé informace, na kterých se shodnou či nikoliv. (Munden, 2002)

4.4 Sociální situace dítěte

Jedná se o všeobecný rozbor sociální situace rodiny, ve které dítě s ADHD vyrůstá. Důraz je kladen na několik skutečností:

- bydlení (zda dítě bydlí ve městě x na venkově, kde má možnost běhat a vybit si svou energii na mnoha činnostech, které ve městě nejsou možné; bydlení ve čtvrtích, kde se vyskytují ve zvýšené míře drogy, alkohol či kriminalita),
- zaměstnanost či nezaměstnanost rodičů,
- dostatečné zajištění péče o dítě,
- sociální podpora a udržování dobrých sociálních kontaktů a vazeb mezi jednotlivými rodinnými příslušníky,
- sociální interakce mezi dítětem a členy jiného zájmového společenství (DDM – domy dětí a mládeže, jiné zájmové skupiny a kroužky či skupiny pro rodiče a děti),
- materiální zabezpečení dítěte (přítomnost či nepřítomnost finančních starostí a povědomí rodičů o sociálních dávkách, které by v případě nouze mohli pobírat),
- jakékoliv rodinné problémy či problémy mezi rodiči, které by mohly ovlivňovat vývoj dítěte,

- povědomí o možnosti využívání sociálních služeb, které by mohla rodina v případě problémů využívat (lékař může spolupracovat s odborem sociálních služeb a může rodičům navrhnout, aby sociální pracovníky nebo oddělení sociálních dávek kontaktovali). (Munden, 2002)

4.5 Dotazníky a posuzovací škály

Neméně důležitou součástí jsou škály a dotazníky pro dítě, rodiče a učitele, protože podávají pohled na problematiku rovnou z několika pohledů, a o jak samotného dítěte s ADHD, jeho rodiče a pedagoga, který se žákem pracuje ve škole. V České republice se příliš nepoužívají, ale překlady některých dotazníků lze využít i bez národní standardizace. Mezi takové dotazníky patří například již výše zmíněný Conners – verze pro rodiče a učitele. (Paclt, 2007) Kromě diagnostického rozhovoru DIVA se nejčastěji používají posuzovací škály a dotazníky, mezi které náleží například VADPRS, BAARS či škála Connersové. (Čermáková, neuvedeno)

Mezi další testové metody, které jsou v diagnostice této problematiky využívány patří WISC-III neboli Wechslerova škála inteligence, což představuje základní nástroj pro diagnostiku hyperkinetického syndromu. V České republice jsou dostupné a nejčastěji užívané i testy pozornosti, kam řadíme například Číselný čtverec, Burdonův test, Test koncentrace pozornosti a Test pozornosti D2. (Paclt, 2007)

Výsledky testů můžeme následně zpřesnit a doplnit o další hypotézy použitím dalších testovacích metod. Jedná se především o testy speciálních schopností, dovedností a znalostí, které se věnují lidské percepci, kdy každá oblast má svůj speciální test. Zraková percepcie využívá Reverzní test, sluchová Zkoušku sluchové diference nebo Zkoušku sluchové analýzy. Autory často zmiňovaný je i Stroopův test, který se užívá pro odlišení dětí s hyperkinetickým syndromem a zároveň je celkem spolehlivě dokáže rozdělit do jednotlivých subtypů. Samostatnou oblast zkoumání tvoří paměť, které je třeba věnovat speciální pozornost. Využít lze například pro verbální paměť Paměťový test verbálního učení a pro neverbální Rey-Osterriethovy komplexní figury, které se používají k měření znakové percepcie, vizuálních a motorických schopností a vizuální paměti. (Paclt, 2007)

4.5.1 VADPRS

VADPRS neboli Vanderbiltova hodnotící škála, jejímž autorem je Mark Wolreich, je jedním z nejčastějších užívaných metod pro diagnostiku ADHD u dětí ve věku mezi 4-18 lety. Škála VADPRS sestává ze dvou verzí, jedné pro hodnocení jedince rodičem a druhé učitelem. Tato škála hodnotí dětské příznaky ADHD z komplexního hlediska, na stupnici od 0, kdy chování není přítomno nikdy, do 4 kdy chování je přítomno velmi často. Část VADPRS ro učitele se zaměřuje na studijní výsledky žáků, jejich sociální schopnosti a chování, vztah s ostatními intaktními spolužáky a organizační schopnosti dítěte. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

4.5.2 BARS

BARS neboli Barkley Adult ADHD Rating Scale vychází z diagnostických kritérií diagnostického statistického manuálu DSM-V. Zahrnuje škálu pro posuzování ADHD v dětství, přítomnost aktuálních příznaků a škálu pro hodnocení příznaků jedince druhou osobou.²

4.5.3 Škála Connersové

Škála Connersové pro hodnocení ADHD patří mezi nejužívanější metody diagnostiky poruchy ADHD. Slouží k hodnocení somatických projevů poruchy u dítěte. Projevy jsou rozděleny do osmi kategorií. Kromě sledování hlavních příznaků, jako je nepozornost, hyperaktivita a impulzivita, se škála Connersové zaměřuje i na další příznaky, mezi které řadíme například sklony k agresivitě, chování ve třídě, sociální potíže, postoj k autoritě, účast na skupinových činnostech a další. (Drtilková, 2007)

² <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1008>

5 Léčba ADHD

Vzhledem k tomu, že ADHD je porucha, která je velice variabilní ve vývoji, projevech, etiologii, je i její léčba velice variabilní. Přestože se nejedná o poruchu, která by bezprostředně ohrožovala dítě na životě, velice významným způsobem ovlivňuje jeho život. Pokud se nezavede u jedince s ADHD léčba včas, může až v 80 % přetrvávat do dospělosti. Metod léčby je velmi velké množství. Ptáček (2018) uvádí tři hlavní směry, na které se léčba ADHD zaměřuje, a to:

- farmakologický přístup,
- behaviorální/psychosociální přístup,
- kombinace obou přístupů.

Právě díky tomu, že existuje mnoho přístupů k léčbě, ne vždy je zvolený přístup vhodný. Velmi vysoké procento jedinců s ADHD je léčeno nevhodným způsobem, pokud vůbec nějakým. Současné názory se přiklání především k metodě farmakologické, která je ze všech metod nejúčinnější, a dále pak na psychologické metody. (Ptáček, 2018)

I přesto, že je možností využití několika druhů metod, důležitý je fakt, že žádná metoda nevede k trvalému vymizení příznaků, ale pouze k jejich potlačení. Léčba dodává jedincům trpícím ADHD úlevu, avšak pouze po dobu, po kterou je aplikována. Pokud se následně od léčby ustoupí, příznaky se mohou projevit ve stejné míře, jako když se léčba nasazovala. (Barkley, 2005)

5.1 Farmakologie

Farmakologie je jedním ze základních přístupů k léčbě ADHD, jak však uvádí Jucovičová a Žáčková (2010), u nás v České republice prozatím vyvolává spíše nedůvěru, i přesto, že vliv farmak na chování dětí s ADHD je ve více jak 70 % pozitivní. Farmakoterapie má velice dlouhou tradici, a to již od 30. let minulého století. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Léky předepisuje lékař, a to po konzultaci s rodiči jedince s ADHD a dítětem samotným. Dávkování musí být vždy přizpůsobeno věku dítěte a jeho hmotnosti. Důležité je obeznámit školu s farmakologickou léčbou, aby se učitelé mohli na jedince

více zaměřit a dokázali o chování jedince informovat rodiče, popřípadě aby dohlíželi na užívání léku jedincem během výuky ve škole. (Reifová, 2010)

Train (1997) upozorňuje na důležitost dostatečné informovanosti rodiny a pracovníků školy s léčbou dítěte s ADHD. Nedostatečná informovanost může způsobit to, že se dítě stane na lécích psychicky závislým. Zároveň může dojít k tomu, že se dítě naučí využívat pozornosti okolí a předstírat vedlejší účinky předepsané medikace. Právě z těchto důvodů je nutná objektivita a udržování autority dospělého člověka. Jak vyplývá z obrázku níže, nejčastěji se užívá methylfenidát (firemní názvy léků Ritalin a Concerta) a Atomoxetin (lék s obchodním názvem Strattera). Uvádí se, že účinnost obou léků se pohybuje mezi 70-75 %, proto efekt jejich užití je srovnatelný.³

Tab. 2 PŘEHLED LÉČIV UŽÍVANÝCH V TERAPII ADHD

účinná látka	název léčivého přípravku*	dávkovací formy	typická úvodní dávka	obvyklá maximální dávka	poznámka
methylfenidát	Ritalin	10 mg	5 mg/den	60 mg/den	účinek zjistíme již v prvním týdnu bývá nutná dávka během vyučování
	Concerta	18, 36, 54 mg	18 mg/den	72 mg/den	účinek trvá až 12 hodin zlepšuje spolupráci event. snížení chuti k jídlu přetrvává celý den
atomoxetin	Strattera	10, 18, 25, 40, 60 mg	děti a adolescenti ≤ 70 kg: 0,5 mg/kg/den 4 dny, pak 1,2 mg/kg/den	1,2-1,4 mg/kg/den	nevyžaduje opiatový recept účinek poznáme až po několika týdnech výhodný při komorbiditě poruch, tiků, závislosti zlepšuje ranní a pozdní večerní chování, dobrý efekt na spánek monitorovat event. výskyt suicidálních myšlenek

* uvedeny přípravky aktuálně dostupné k 7. 7. 2009; zdroj AISLP verze 2009.2 – 1. 4. 2009 a Phoenix lékárenský velkoobchod

Obrázek 3 Přehled léčiv užívaných v terapii ADHD. Převzato z:

https://lh3.googleusercontent.com/proxy/Y1Gb7I3-0VThBqYk9VxiV-jABGPlqPLJqmeN-wZfh3Pm5YEzSMT2vG5I7b-Usg0iQSlz8em5g8tZznaIejh_DLeCMisHUoH3_H6qJT8GCu-4XcaB8a1nIQRmJEq1nIKYbwccdsG3UBmZFo0meF2fbuc_st63ukHI-yrKtA.

5.1.1 Ritalin

Methylfenidát pod obchodním názvem Ritalin je indikován jako součást komplexního léčebného programu pro ADHD u dětí ve věku 6 let a starších, tudíž se může užívat již u dětí na prvním stupni základních škol.⁴ Ritalin se většinou užívá při zahájení léčby.

³ <https://jsme.cz/prehledne-o-lecich-pro-terapii-adhd-u-deti>

⁴ <https://mediately.co/cz/drugs/ZgFYOLLT7Cx18irrPu3LODDFYwa/ritalin-10mg-tableta#packagings>

Jedná se o lék, který má v léčbě dlouholeté zkušenosti, je účinný a pro rodiče ne velmi nákladný. Jedná se o psychostimulující lék, což znamená, že povzbuzuje výkon dítěte a zlepšuje jeho pozornost.⁵

Jako lék se Ritalin užívá již od 50. let minulého století. Prokázalo se, že jeho účinky jsou nezávadné, nenávykové a při správném dávkování velice účinné. Lék je často užíván i vzhledem k jeho cenové dostupnosti. Kladem léku je, že efekt se dostavuje rychle po použití, a to téměř po 90 minutách, ale oproti tomu je zápor to, že účinek nevydrží dlouhou dobu a vyprchá do pěti hodin. Proto je nutné užití léku opakovat několikrát denně. (Train, 1997)

5.1.2 Concerta

Concerta je forma metylfenidátu, která je v České republice dostupná od května roku 2009. Jedná se o tablety s postupným, řízeným uvolňováním, které probíhá zhruba od 1-2 hodin po užití a následně až po dobu 12 hodin. Proto se stává lékem, který je užívanější než výše zmíněný Ritalin. (Drtílková, 2010)⁶ Jedná se o lék, který je předepisován psychiatrem, a to také u dětí od 6 let věku a mladistvých. Vysazuje se tehdy, pokud není zaznamenáno žádné zlepšení po dobu jednoho měsíce.⁷

5.1.3 Dextroamfetamin

Dextroamfetamin neboli Dexedrin patří do stejné skupiny léků, jako je výše zmíněný Ritalin, oproti němu je popisován jako mírnější s ohledem na možné nežádoucí účinky. Řadíme ho tedy mezi stimulanty. Obě tyto látky zvyšují v mozku hladinu dopaminu. (Groenman et al., 2017) Stejně tak, jako u Ritalinu, tak i u Dextroamfetaminu se účinnost léku snižuje během několika hodin, proto je nutné užívat několikrát denně. (Drtílková, 2007)

⁵ <https://jsme.cz/prehledne-o-lecich-pro-terapii-adhd-u-deti>

⁶ <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/02/10.pdf>

⁷ <https://mediately.co/cz/drugs/PC9W0dGsaJdIvgusPNd3LbCf5ON/concerta-54mg-tableta-s-prodlouzenym-uvolnovanim>

5.1.4 Strattera

Strattera je od dubna roku 2007 prvním nestimulačním preparátem oficiálně schváleným pro léčbu dětí trpících poruchou ADHD. I přesto, že je Strattera na trhu velmi krátkou dobu, užívá se velmi často. Zkušenosti s užitím obou léků jsou dostatečné k tomu, aby se mohly srovnat výhody a nevýhody obou léků. Hlavní rozdíl mezi Ritalinem a Stratterou souvisí s cenou obou léků, která je u obou preparátů značně rozdílná. Liší se také spektrem nežádoucích účinků, dobou působení a účinkem u přidružených poruch. (Drtílková, 2008)⁸

Volba Atomoxetinu jako medikamentu je účinná při redukci projevů poruchy ADHD u pacientů, kteří trpí určitými přidruženými poruchami. Mezi tyto komorbidní poruchy patří tikové a úzkostné poruchy, deprese, enuréza nebo porucha opozičního vzdoru.⁹ Již Train (1997) zmiňuje že právě u projevu těchto přidružených poruch u ADHD není lék Ritalin vhodnou volbou.

Lék	Mechanismus účinku na molekulární úrovni	Běžné nežádoucí účinky
Metylfenidát	Blokuje reuptake (zpětné vychytávání) dopaminu a noradrenalinu, blokuje dopaminový transportér	Snížená chuť k jídlu, insomnie, bolest břicha, hlavy, závrať, snížení hmotnostních přírůstků, afektivní symptom, nauzea, zvracení, anorexie
Dextroamfetamin	Zvyšuje uvolňování dopaminu a noradrenalinu do synaptické štěrby, snižuje reuptake	Snížená chuť k jídlu, palpitace, tremor, insomnie, bolest hlavy, závrať, sucho v ústech, snížení hmotnosti, abdominální symptom, bolest břicha, iritabilita
Smíšené amfetaminové soli	Zvyšují uvolňování dopaminu a noradrenalinu do synaptické štěrby, snižují reuptake	Snížená chuť k jídlu, agitovanost, bolest hlavy
Atomoxetin	Selektivně inhibuje synaptické reuptake dopaminu	Bolest břicha, snížená chuť k jídlu, zvracení, somnolence, iritabilita, únava

Tabulka 5 Porovnání běžných nežádoucích účinků u léků používaných při léčbě ADHD (Ptáček, 2018)

⁸ <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/04/05.pdf>

⁹ <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/04/05.pdf>

5.2 Psychoterapie

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby poruchy ADHD. Nejčastěji se užívá v kombinaci s farmakologickou léčbou, která je uvedena výše. Od psychoterapie se očekává, že bude jedincům s ADHD nápomocná při osvojování adekvátních sociálních, školních a studijních dovedností, pomáhá podporovat u jedinců adaptivní chování a zlepšuje jejich sebekontrolu. Do psychoterapie můžeme zařadit kognitivně behaviorální terapii, skupinové terapie, rodinné a systemické terapie a psychodynamické přístupy. (Miovský, 2018)

5.2.1 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (dále jen KBT) je psychoterapeutická metoda, která napomáhá jedinci s ADHD uvědomovat si a ovlivňovat nejen jeho chování, ale i jeho myšlení.¹⁰ Rozvoj této metody je datován do 70. let 20. století a za zakladatele jsou považováni Josef Wolpe, Hans Jürgen Eysenck, D Donald Meichenbaum a Michael J. Mahoney. (Pešek, Praško, Šípek, 2013)

KBT je terapie založená na systematickém programu v jednotlivých postupných krocích, které jsou orientované na jedince s ADHD. KBT předpokládá, že negativní chování a myšlení způsobují maladaptivní nebo vadné myšlenkové vzory. (Pešek, Praško, Šípek, 2013)

Metoda KBT využívá tradiční racionalismus a logický pozitivismus. Terapeut pomáhá měnit zažitá schémata jedince a vytvářet reality, které následně budou nápomocné klientovi pro dosahování jeho cílů. Celé vyšetření probíhá formou systematického rozhovoru. (Vybíral, 2016)

5.2.2 Skupinová terapie

Terapie ve skupině může jedincům s ADHD nabídnout podpurné a učící prostředí, které je vhodné nejen v dětství, ale i dospívání a dospělosti. Skupinová terapie je prostředím, kde si jedinci sdělují problémy v bezpečné atmosféře. Řešení problémů ve skupině může pomoci jedincům v tom, že si dokáží uvědomit, že nejsou jediní, kteří

¹⁰ <http://www.nepozornidospeli.cz/2013-11-13-18-17-04/terapie/82-terapie>

prožívají své problémy, a zároveň najdou prostředí, kde mohou své pocity ventilovat, aniž by byli jakýmkoliv způsobem napadáni. (Miovský, 2018) Český autor Paclt (2007) vyzdvihuje pozitivní zkušenosti se skupinovou terapií nezletilých pacientů trpících ADHD během dvoutýdenních léčebných pobytů konajících se v přírodě.

5.2.3 Rodinná terapie

Pokud chceme proniknout do jádra poruchy ADHD, je důležité zaměřit se na všechny aspekty života jedince s touto poruchou. Hlavní úlohu v léčbě ADHD tvoří rodina jedince. Čím je mladší, tím má rodina větší funkci. (Miovský, 2018) Zahrnuta je zde také podpora a edukace rodinných příslušníků, a to zejména rodičů dítěte, jejichž psychický stav se s poruchou může také zhoršovat, a může mít dopad na jejich sociální život. (Paclt, 2007) Vhodné je také využití skupiny dětí a rodičů z více rodin neboli *multi-family group therapy*. Multimodální terapie by měla zahrnovat i učitele. (Miovský, 2018)

5.3 Relaxační techniky

Mezi další formy psychoterapeutického přístupu v léčbě poruchy ADHD řadíme relaxační techniky. Všechny terapeutické metody se snaží v jedinci s ADHD navodit pocit bezpečí a klidu. Právě k tomu mohou pomoci tyto techniky, jelikož jejich působením dochází k tělesnému uvolnění jedince, což následně vede k uvolnění svalů a psychiku jedince. Oproti klasické psychoterapii jsou tyto metody snad aplikovatelné a univerzálnější, dají se použít například i ve škole nebo v domácím prostředí. Relaxační techniky pomáhají k celkovému zklidnění jedince, pomáhají posilovat jeho sebeovládání a sebekontrolu. U každé techniky je nutné se nejprve seznámit s pravidly pro jejich užití. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Jucovičová a Žáčková (2010) uvádí základní přehled technik, které jsou vhodné pro práci s jedinci trpícími ADHD. Řadí mezi ně:

- imaginaci,
- svalové uvolňování,
- dechová cvičení,

- jógová cvičení
- hudební relaxaci,
- relaxační masáže.

Zároveň uvádí i obecná základní pravidla, která platí při provádění všech relaxačních technik a pro správný výsledek je důležité je dodržovat. Mezi tato pravidla patří:

- schopnost rodičů samostatně ovládat relaxační techniky, umět je prožít a věřit jim,
- seznámit jedince s účinky a cílem relaxačních cvičení předem;
- zařadit pohyb před samotným relaxačním cvičením;
- nastavit jedincům hranice;
- při užití imaginace se zaměřit na téma, které dítě baví a zajímá ho;
- přizpůsobit relaxační cvičení věku dítěte;
- při nácviku nic nepovažovat za chybu;
- nebýt nespokojený či ve špatné náladě, pokud dítě s ADHD nereaguje zrovna tak, jak by si člověk představoval;
- na závěr zvolit vhodný krátký rozhovor o prožitcích z relaxačního cvičení.

Zemánková a Vyskotová (2010) se shodují s Mrázovou (2015) v tom, že relaxační techniky komplexně působí proti stresu, neklidu či zvýšenému svalovému napětí. Pomáhá zdokonalovat paměť jedince, pozitivně ovlivňují rozvoj jeho osobnosti, působí příznivě na tělesnou stránku jedince – zlepšují krevní tlak, snižují úzkost a chrání před vyčerpáním.

6 Edukace žáka s ADHD

6.1 Vzdělávání ve škole

Práce se žákem, který má diagnostikovanou poruchu ADHD, je samozřejmě oproti práci s intaktními žáky obtížnější a náročnější. Pokud ale takovému žákovi nabídneme systematický a otevřený postup, můžeme ovlivnit nejen jeho chování ve škole, ale také pozitivní motivaci k učení a vzdělávacímu procesu vůbec.¹¹ Wolfdieterová (2013) uvádí, že práce s dětmi vyžaduje čas a trpělivost. Člověk, který si netroufne vysoké nasazení nebo se nechce jinak aktivně zapojit, nikdy nemůže proniknout a plně pochopit poruchy chování.

6.1.1 Seznámení pedagoga s dítětem a rodinou

Důležité při práci s jedincem, který trpí ADHD, je seznámení pedagoga s dítětem a jeho rodinou alespoň zčásti. Už při prvotním seznámení si učitel dokáže udělat názor na to, jak se u dítěte ADHD projevuje, jaké je jeho sebehodnocení, popřípadě jak se dokáže vyrovnat se stresovými situacemi, se kterými se může ve škole setkat. Komunikace pedagoga s rodinou je také stěžejním bodem úspěchu dítěte s ADHD. Rodiče potřebují specifický přístup ke komunikaci, a to převážně denními, týdenními či měsíčními zprávami či setkáními, které se nezaměřují pouze na výsledky učení dítěte, ale také na jeho pracovní úsilí, sociální komunikaci a přizpůsobivost, popřípadě výchovné problémy. Pedagog by se měl snažit zdůrazňovat právě ty pozitivní informace o dítěti.¹² Pokud chce učitel dosáhnout úspěšné komunikace s rodiči, která bude pro jedince i pro samotné rodiče přínosem, musí dodržet určité zásady, které uvádí Škrálková (2015). Mezi tyto zásady patří:

- poskytnutí důvěrného prostředí, v němž se rodiče budou cítit bezpečně a příjemně, a to nejen při telefonické komunikaci, ale hlavně při komunikaci osobní (ocenit rodiče, že přišli na schůzku; nabídnout jim pití);
- vyřčení prosby o spolupráci s rodinou ze strany učitele, popřípadě spolupráci s dalšími institucemi,
- poskytnutí povzbuzení nejen dítěti, ale i rodičům,

¹¹ <http://www.inkluzevpraxi.cz/kategorie-ucitel/1452-jak-podporit-dite-s-adhd-ve-skole>

¹² tamtéž

- domluva postupných kroků, které se budou následně dodržovat,
- finální zhodnocení, kdy si obě strany ověří, zda všemu rozuměly a nedošlo k nedorozumění.

6.1.2 Pozitivní přístup

Základním bodem pro práci s dítětem je také pozitivní přístup. Kladný postoj je důležitý nejen ze strany pedagoga, ale také ze strany rodiny dítěte. Rodiče takových jedinců mají často postoje negativní, protože hyperaktivní děti jsou hodně okolím kritizovány, čímž dochází k tomu, že si na něj rodina a okolní společnost vytváří negativní obraz, jakožto neúspěšného a neschopného jedince. (Michalová, 2007) Právě z tohoto důvodu je důležité dítě podpořit ze všech stran, k tomu mohou být využity následující zásady pedagogické intervence, pro práci s jedincem ADHD:

- Vytvoření jasně daného a strukturovaného rozvrhu hodin, jež se často doplňuje o obrázkové kresby, které pomáhají jedinci jednodušeji se orientovat v rozvrhu. Pokud by došlo ke změně rozvrhu, je důležité jedince na změnu důkladně připravit.;
- Stanovení přesných a jasných pravidel chování, které jsou závazné pro všechny jedince ve třídním kolektivu. Pevný řád i systém odměn, popřípadě trestů, je vlivný pro celý kolektiv. Důležité je dodržovat plnění takového řádu nejen ze strany žáků, ale i učitele. Pokud dítě poruší základní pravidlo, neměl by učitel reagovat posměšně nebo zlobně, ale měl by si uvědomit, že u dítěte se chování může projevat bezděčně. Jedinec si však musí být vědom toho, jaké pravidlo porušil.;
- Promyšlení zasedacího pořádku je důležitou zásadou pedagogické intervence, žák s ADHD by měl sedět blíže u tabule, ale dále od katedry a od okna, aby ho nepřitahovaly věci odehrávající se mimo školu. Neposazovat vedle sebe dvě děti s hyperaktivitou, pokud to není nezbytné.;
- Vystupování před žáky by mělo být klidné a s porozuměním, učitel by se měl snažit se vyvarovat nervozity, mluvit klidně, jasně a dávat jednoduché příkazy, nejlépe v krátkých a výstižných větách. Nemělo by docházet k bezdůvodnému zvyšování hlasu. Dobré je udržovat oční kontakt s dítětem.;

- U žáků s poruchou pozornosti a hyperaktivitou je nutné počítat až s dvojnásobnou pracovní dobou, pokud má žák pomalé psychomotorické tempo. Musíme však žáka kontrolovat, zda skutečně pracuje. Je lepší, když žák splní alespoň část úkolu správně, než aby měl celý úkol rychle a chybně.;
- Pokud se budou u žáka vyskytovat chyby v pracích, důležité je opravovat je hned a utvrzovat dítě v tom, jak je dané řešení správné. To vede k tomu, aby se chyby, pokud možno, znovu neopakovaly. Odměňovat nejen dosažený výsledek, ale i jeho pozitivní motivaci a snahu úkol splnit.;
- Nejen o přestávkách, ale i při silném neklidu ve třídě, je vhodné zařadit uvolňovací hry, které jsou zaměřené hlavně na tělesné prožitky. Takové aktivity jsou prospěšné i pro žáky, které problémy s pozorností a hyperaktivitou nemají. (Michalová, 2007)

V odborné literatuře se také můžeme setkat s dlouhou řadou doporučení pro práci s jedinci, jež trpí poruchou ADHD, a to nejen v rámci třídního kolektivu a školního prostředí, ale také v rámci jiného sociálního prostředí, jímž může být např. rodina nebo zájmová skupina. Mezi základní doporučované pedagogické postupy patří:

- **Instrukce a pokyny** – veškeré pokyny, postupy, které jedinci s ADHD předkládáme, by měly být co nejvíce stručné, jasné, srozumitelné a splnitelné. Po zadání pokynů by měly být pro dítě vytvořeny takové podmínky, ve kterých dítě nebude rušeno žádnými jinými elementy.
- **Pozitivní posilování** – snaha jedince chválit platí nejen u intaktních žáků, ale i u všech žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Pochvaly by měly být směřovány vždy k projevům žádoucího chování.
- **Mírné tresty** – používají se v případech, že jiné řešení není účinné. Stejně jako pokyny i tresty by měly být jasně definované a pochopitelné pro jedince. Zároveň by se měly užívat v přímé časové souvislosti, kdy za nežádoucí projevy chování následuje okamžitý trest.
- **Zpětná vazba** – reflexe a zpětná vazba k žákovi může vést k zásadní změně chování jedince s ADHD. Zpětná vazba by měla být stručná, srozumitelná a jasná. Je vhodné žáka motivovat pozitivně, nejlépe slovně a s úsměvem.

- **Sebekontrola a sebehodnocení** – správně provedené sebehodnocení vede dítě k regulaci projevů v jeho impulzivním chování. Může být také nástrojem, který povede k pomalé a pozvolné změně nežádoucích vzorců chování.
- **Respektování stylu učení** – je jedním ze zásadních prvků při práci s ADHD jedincem. Pro většinu těchto dětí je charakteristický tzv. globální styl učení, což znamená, že by jim měly být informace podávány jako celek, nikoliv jako jednotliviny.
- **Nácvik metakognitivních strategií** – je, dalo by se říci, učení se o vlastním stylu učení. Dítě se snaží poznávat své procesy učení, a zároveň mu takový nácvik pomáhá získávat zpětnou vazbu a poznávat následky svých činností. (Zelinková, 2003)

6.1.3 Vyrovnávací a podpůrná opatření

Pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami jsou podle novely školského zákona č. 82/2015 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání možnosti pro využití podpůrných opatření. Tato opatření by měla zajistit kompenzaci speciálních vzdělávacích potřeb, a zároveň by měla vyrovnávat obtíže těchto žáků ve vzdělávání. Podpůrná opatření zahrnují nezbytné úpravy ve vzdělávání a služby poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení, dále úpravu organizace, obsahu, forem, metod a hodnocení vzdělávání. (Zapletalová, Mrázková, 2014/2016)

Hlavní podporu navrhuje a realizuje pedagog sám nebo společně ve spolupráci s ostatními pedagogy školy. Může však využít také komunikaci s pracovníky školního poradenského pracoviště (dále jen ŠPP). Mezi tyto pracovníky ŠPP řadíme výchovného poradce, školního metodika prevence, školního psychologa a školního speciálního pedagoga. (Zapletalová, Mrázková, 2014/2016)

Výchovný poradce je základní osobou školního poradenského pracoviště a jeho činnost je povinně ukotvena na každé základní a střední škole. Výchovný poradce koordinuje činnosti, které souvisejí se vzděláváním žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Podílí se na tvorbě a konečné podobě individuálního vzdělávacího plánu, kontroluje, zda učitelé dodržují všechna doporučení školského poradenského zařízení

(ŠPZ) a dohlíží na realizaci podpůrných opatření. Zároveň se zabývá spoluprací školy a ŠPZ nebo dalších institucí, které se věnují vzdělávání a výchově žáků.¹³

Školní metodik prevence zajišťuje metodickou, koordinační a poradenskou činnost v oblasti prevence sociálně patologických jevů, tedy rizikového chování, mezi které se dá zařadit například šikana, agresivita, záškoláctví, užívání psychotropních a návykových látek žáky, rizikové sexuální chování a další. Snaží se zvyšovat informovanost o těchto jevech mezi rodiči, učiteli a žáky tak, aby byla zajištěna jejich maximální prevence. Podporuje bezpečné a zdravé klima jednotlivých třídních kolektivů a celé školy, pořádá přednášky a besedy spojené s uvedenou problematikou.¹⁴

Školní psycholog se zabývá také včasnou identifikací žáků se speciálními vzdělávacími potřebami stejně jako školní speciální pedagog. Napomáhá vytvořit pozitivní klima třídního kolektivu s heterogenními skupinami žáků. Věnuje se vzdělávání žáka se závažným stupněm potřeby podpůrných opatření, který není samostatně schopný zapojit se do spolupráce v kolektivu intaktních žáků a napomáhá lépe poznat osobnost jednotlivých žáků.¹⁵

Jednou z hlavních náplní práce školního speciálního pedagoga je včasná identifikace žáků s potřebou podpůrných opatření a vytváření metod a postupů, které vedou u jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami ke zmírnění nebo úplnému odstranění problémů ve výuce. Napomáhá vzdělávání heterogenních skupin žáků v jednom kolektivu, vytváří podmínky vhodné pro týmovou a skupinovou spolupráci, a také vytváří více příležitostí pro individuální práci s jednotlivými žáky ve třídním kolektivu. Zároveň může být významným pomocníkem pro celý pedagogický sbor, kterému pomáhá v otázkách vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, kteří často neplní všechna očekávání pedagogů.¹⁶

Každá z výše jmenovaných osob se můžou přímo účastnit prvotního pozorování v hodinách, pomoci učiteli hodiny reflektovat a nastavovat příslušná opatření. Pokud přímá podpora od členů ŠPP není dostačující, často se vstupuje do etapy vytvoření

¹³ <https://katalogpo.upol.cz/obecna-cast/6-skola-a-podpurna-opatreni/6-7-vychovny-poradce/>

¹⁴ <http://www.nuv.cz/projekty/rspp/skolni-metodik-prevence>

¹⁵ <http://katalogpo.upol.cz/obecna-cast/personalni-podminky/12-2-4-skolni-psycholog/>

¹⁶ <http://katalogpo.upol.cz/obecna-cast/personalni-podminky/12-2-3-skolni-specialni-pedagog/>

Plánu pedagogické podpory (PLPP). (Zapletalová, Mrázková, 2016) Ten popisuje jednotlivé úpravy v metodách práce se žákem se speciálními vzdělávacími potřebami.

Plán pedagogické podpory obsahuje: údaje o žákovi, důvod, kvůli kterému se plán vytváří, stručný popis obtíží žáka, stanovení cílů PLPP, metody a organizaci výuky, hodnocení žáka a pomůcky. Dále PLPP stanovuje, jak se bude žák se speciálními vzdělávacími potřebami hodnotit, jaké změny musí v organizaci hodin udělat učitel, a také to, za jakou dobu dojde k vyhodnocení toho, zda je PLPP účinný nebo naopak. (Zapletalová, Mrázková, 2016)

6.1.4 Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán (IVP) představuje velmi důležitý bod ve vzdělávání jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami. Žádá o něj zákonný zástupce dítěte ředitele školy, který je následně zodpovědný za jeho realizaci, tvorbu a dodržování. IVP se vždy vypracovává na základě informací a podkladů z pedagogicko-psychologické poradny (PPP) nebo speciálně pedagogického centra (SPC). IVP bývá nejčastěji vytvořen před nástupem žáka do školy, maximálně pak do jednoho měsíce od jeho nástupu, aby se s ní mohli všichni náležitě seznámit a následně se podle něj řídit. Vždy vychází ze školního vzdělávacího plánu školy. (Jucovičová, et al, 2009)

IVP je dokumentem, který by měl reagovat na aktuální situaci dítěte, což znamená, že je častokrát i žádoucí, aby byl upravován vzhledem k potřebám jedince s ADHD. Dvakrát ročně sleduje školské poradenské pracoviště dodržování postupů, které jsou pro všechny závazné. Pokud dojde k nalezení určitého pochybení, je tato skutečnost oznámena řediteli příslušné školy. (Jucovičová, 2014)

6.1.5 Asistent pedagoga

Asistent pedagoga je do třídy přidělen na základě doporučení školského poradenského zařízení s následným souhlasem krajského úřadu. AP pomáhá nejen žákům v přizpůsobení se školnímu prostředí, ale také ostatním pedagogickým pracovníkům školy při vzdělávací a výchovné činnosti. (Jucovičová, et al, 2009)

Asistent pedagoga je pedagogický pracovník, který napomáhá vzdělávání žáků se SVP v případě, že oni sami nejsou schopni naplňovat své vzdělávací potřeby.¹⁷ Zároveň AP poskytuje podporu jiným pedagogickým pracovníkům, např. učitelům, vychovatelům, speciálním pedagogům, při vzdělávání žáků s SVP. Pokytuje přímou pedagogickou činnost ve výchovně-vzdělávacím procesu podle předem stanovených pokynů učitele nebo vychovatele, která je zaměřena na individuální podporu žáků při dosahování vzdělávacích cílů a při přípravě na výuku. I přesto, že má žák AP, je vedený k co možná největší možné míře samostatnosti.¹⁸

6.1.6 Hodnocení žáka s ADHD

Dnes již neexistuje jednotný hodnotící systém, jako tomu bylo dříve. Každá škola si sama určuje, jakým způsobem bude žáky hodnotit, přičemž vybírá z možností, které povoluje školský zákon. Jedná se o hodnocení pomocí klasifikace (známka od 1 do 4), které je stále nejvíce používaným druhem hodnocení, následně o klasifikaci slovní nebo kombinaci obou těchto možností.

Slovní hodnocení může být z mnoha důvodů prospěšnější, a to nejen pro jedince s ADHD. Dochází u něj ke zmírnění stresu, který vzniká v důsledku hodnocení pomocí klasifikace. Žák je při slovním hodnocení součástí dialogu, který popisuje hlavně silné stránky jedince, ale zároveň i jeho nedostatky. Slovní hodnocení následně obsahuje také možné způsoby řešení nedostatků a zlepšení výkonů jedince a tím snižuje riziko školní neúspěšnosti. (Kendíková, 2015)

6.2 Spolupráce s dalšími institucemi

6.2.1 Pedagogicko-psychologická poradna

Dalším velmi důležitým bodem pro vzdělávání jedince s ADHD je spolupráce mezi rodinou, školou a dalšími institucemi, které pomoc ve vzdělávání jedinců nejen s poruchou ADHD poskytují. Mezi další odborníky řadíme hlavně psychology,

¹⁷ <http://katalogpo.upol.cz/obecna-cast/personalni-podminky/12-2-1-asistent-pedagoga/>

¹⁸ <https://www.asistentpedagoga.cz/asistent-pedagoga/zakony-vyhlasky/prace-asidenta-pedagoga>

speciální pedagogy a lékaře. Další institucí, která pomoc poskytuje je pedagogicko-psychologická poradna (dále PPP). (Kendíková, 2015)

PPP, jak již její název avizuje, poskytuje pedagogicko-psychologické a speciálně pedagogické poradenství, nabízí odbornou pomoc učitelům při výchově a vzdělávání všech žáků. PPP můžeme kontaktovat a dostavit se buď na ambulantní pomoc na jejich pracovišti, popřípadě je možno s nimi spolupracovat přímo na škole. Zákonní zástupci jedinců s ADHD si mohou vybrat, jakým způsobem a se kterou PPP chtějí spolupracovat. Kendíková (2015) dále uvádí, které odborné služby PPP poskytuje. Zmiňuje, že PPP:

- zjišťuje nakolik je žák připravený na zahájení povinné školní docházky, tedy školní zralost ;
- zjišťuje vzdělávací potřeby žáků
- na základě vyšetření jedince vypracovává odborné posudky a dává zákonným zástupcům dětí a škole návrhy na podpůrná či vyrovnávací opatření, pokud jsou potřeba;
- vydává dokumenty, které stanovují opatření pro úpravu přijímacích zkoušek či maturitních zkoušek;
- poskytuje poradenské služby nejen žákům, ale i jejich zákonným zástupcům a všem pedagogickým pracovníkům, kteří vzdělávají tyto žáky;
- poskytuje školám metodickou podporu.

6.2.2 Střediska výchovné péče

Střediska výchovné péče (SVP) poskytují jedincům preventivně výchovnou a terapeutickou péči. Jedná se převážně o ambulantní formu léčby, a následně pobytové, terapeutické a poradenské činnosti, které probíhají po dobu dvou měsíců. Zaměřují se hlavně na pomoc nezletilým s výchovnými problémy. (Matoušek, 2007)

Cílem je systematicky předcházet problémům, které se vztahují ke kriminalitě dětí a mládeže, a také k různým závislostem. Pokud se využívá pomoc SVP dostatečně, u mnoha klientů dochází ke zmírnění nebo úplnému vymizení poruchy, a to včetně poruchy ADHD. (Novosad, 2000)

6.2.3 Speciálně pedagogické centrum

Speciálně pedagogické centrum (SPC) poskytuje služby a poradenství v oblasti speciálně-pedagogické, psychologické a sociální. Společně s PPP a SVP patří mezi školská poradenská zařízení.¹⁹

SPC se zaměřuje na pomoc dětem se zdravotním postižením – tělesným, zrakovým, sluchovým, mentálním postižením, s vadami řeči a poruchami autistického spektra na všech typech škol. SPC připravují komplexní podklady pro zařazení žáka do výchovně-vzdělávacího procesu, které jsou potřebné pro orgány státní správy. Poskytují podporu žákům se speciálními vzdělávacími potřebami, poskytují poradenskou činnost jejich rodičům a zákonným zástupcům. V neposlední řadě poskytují také metodickou podporu pedagogickým pracovníkům škol hlavního vzdělávacího proudu. SPC průběžně kontrolují a vyhodnocují, zda byl žák vhodně zařazen do školního zařízení, a také jaká je jeho školní úspěšnost.²⁰

¹⁹https://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/S/Speci%C3%A1ln%C4%9B_pedagogick%C3%A9_centrum

²⁰ <http://www.nuv.cz/ramps/spc>

7 Empirická část

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami je v dnešní době velice žhavým tématem, a proto je častým předmětem výzkumných studií. K inkluzi žáků se speciálními vzdělávacími potřebami bylo provedeno již mnoho výzkumů. Následně kapitola popíše několik výzkumů, které se zabývaly právě touto problematikou.

Velmi zajímavý byl výzkum s názvem: Postoje učitelů k inkluzi dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v základních a středních školách, který byl proveden v roce 2015 a jejím autorem byl M.Schmidt a K.Vrhovnik. Tento výzkum byl proveden na slovinské Univerzitě v Mariboru. Výsledek ukázal, že pedagogové na středních školách zaujímali pozitivnější postoje vůči studentům se speciálními vzdělávacími potřebami než učitelé základních škol. Zároveň výsledky ukázaly, že mladší skupina učitelů ve věku 20-30 let, vykazuje vyšší míru podpory inkluze než ostatní. Zároveň vyšší míru podpory inkluze zaujímají učitelé, kteří mají ve třídě nižší počet žáků s SVP (uváděn byl počet maximálně dvou žáků na třídu). Nižší úroveň souhlasu uváděli pedagogové, kteří nejsou odborně proškoleni, oproti těm, kteří si určitou odbornou přípravou na práci se studenty s SVP prošli. (Michalík, 2018)

Z českých výzkumů, které byly provedeny na základě zkoumání této problematiky, jsem zvolila výzkum s názvem: Pocity, postoje a obavy pedagogických pracovníků ve vztahu k inkluzivnímu vzdělávání, který byl proveden v roce 2010. Jeho autorem byl M.Potměšil z Univerzity Palackého v Olomouci. Autor přeložil výsledky výzkumu skupiny 794 pedagogických pracovníků, který probíhal v období tří let. Snažil se popsat vývoj postojů, názorů a obav pedagogických pracovníků zaměřených na proces inkluzivního vzdělávání metodou dotazníku. Jelikož se výzkum zabýval hlavně výše zmíněnými procesy během tří po sobě jdoucích let, ukázalo se, že sledované postoje, názory se během této doby měnily a vyvíjely k lepšímu. (Havel, 2010)

7.1 Cíl výzkumného šetření

Tématem této diplomové práce jsou *Přístupy učitelů základních škol ke vzdělávání žáků s ADHD*. Zabývá se problematikou vzdělávání žáků s poruchou ADHD na druhém stupni základních škol. Zaměřila jsem se na to, jaké přístupy a metody využívají pedagogové druhého stupně základních škol při vzdělávání jedinců s diagnózou

ADHD. Zajímalo mě hlavně to, jak jsou pedagogové o problematice ADHD informováni, jaké využívají metody při vzdělávání žáků s ADHD, nakolik využívají podpůrná opatření pro jedince s ADHD, pokud je využívají a jak se staví ke komunikaci s rodinou jedince s diagnózou ADHD.

7.2 Výzkumné otázky

„Výzkumné otázky tvoří jádro každého výzkumného projektu. Plní dvě základní funkce: pomáhají zaostřit výzkum tak, aby poskytl výsledky v souladu se stanovenými cíli, a ukazují také cestu, jak výzkum vést.“ (Švaříček, Šedřová, 2014, s. 69)

Výzkumné otázky:

- Jaké přístupy volí pedagogové druhého stupně ZŠ ke vzdělávání žáků s ADHD do tříd hlavního vzdělávacího proudu?
- Jaké je povědomí pedagogů druhého stupně ZŠ o problematice ADHD?

7.3 Metodologie výzkumu

Z hlediska orientace výzkumu jsou dle Gavory (2000) rozlišovány dva druhy. Na jedné straně stojí výzkum kvantitativní a na druhé straně stojí výzkum kvalitativní. Kvantitativní výzkum pracuje hlavně s číselnými údaji. Takové výzkumy zjišťují množství, rozsah nebo frekvenci výskytu určitého jevu. Takto zjištěné číselné údaje se dají matematicky zpracovávat, je možné je sčítat, průměrovat, vyjádřit v procentech nebo užít další metody matematické statistiky (např. směrodatná odchylka, korelační koeficient apod.)

Na druhé straně výzkum kvalitativní uvádí výsledky v nečíselné neboli slovní podobě. Jde hlavně o popis, který je velice výstižný, podrobný a plastický. Zastánci kvalitativního výzkumu hodnotí údaje sesbírané při kvantitativním výzkumu jako hrubé a říkají, že za čísla se ztrácí člověk. Více než čísla si cení komunikace, která je prováděna se zkoumanými osobami. (Gavora, 2000)

Cílem tohoto výzkumu je zachytit přístupy co největšího množství pedagogů ke vzdělávání žáků s diagnózou ADHD. Skrze vybrané metody se bude výzkum snažit nastínit danou problematiku, proto bude výzkum orientován kvantitativně.

Dotazník obsahoval celkem 28 otázek. Většina z nich byla uzavřených či polouzavřených, několik otázek bylo otevřených. U otevřených otázek byla

požadována stručná slovní odpověď. Otázky, které tvořily dotazník, se mohou rozdělit do pěti okruhů. Otázky 1–3 zjišťovaly údaje o pohlaví a věku a délce praxe respondentů. Druhá část, která obsahovala otázky 4–8, se zaměřovala na povědomí pedagogů o problematice ADHD, na možnosti, které pedagogové využívají k získávání informací o vzdělávání jedinců s ADHD a na projevy konkrétního jedince s ADHD. Otázky 9-13 se zaměřovaly na využívání podpůrných opatření při vzdělávání žáků s diagnózou ADHD. Předposlední část, otázky 14–23, se zabývaly metodami a přístupy, které pedagogové využívají. Poslední skupina otázek 24–28 se věnovala informacím o spolupráci pedagoga a rodiny jedince s ADHD, popřípadě spolupráci s jinými možnými odborníky.

Výzkum probíhal na vybraných základních školách v Plzeňském kraji osobní formou, která byla umožněna kvůli koronavirové epidemii pouze na několika školách, ale i přesto se podařilo získat dostatečný výzkumný vzorek. Vybrané školy byly různého charakteru, lišily se velikostí, počtem žáků ve třídě. Kvantitativní výzkum byl zvolen proto, že větší množství škol, a tím pádem i učitelů, poskytne mnohem více zkušeností a přístupů k dané problematice.

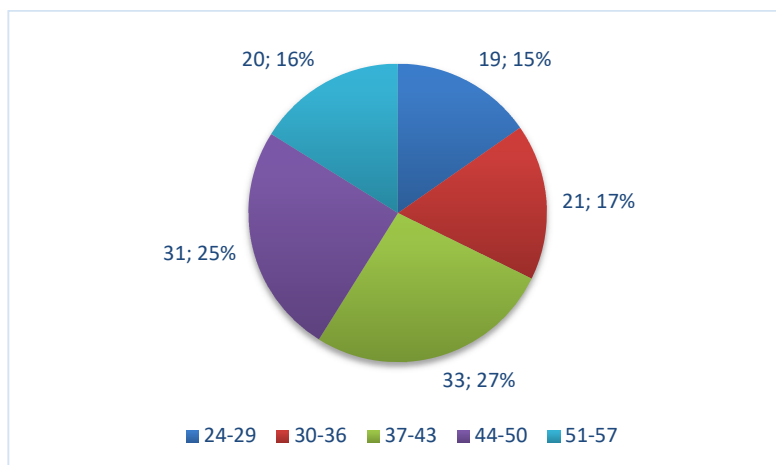
7.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro účely vypracování praktické části práce byli vybráni pedagogové základních škol v Plzeňském kraji. Ve školách, do kterých mi byl umožněn přístup, byli pedagogové osloveni osobně a dotazník byl vyplněn v papírové formě. Všechny odpovědi byly anonymní. Použité dotazníky jsou vyhodnoceny v absolutních a relativních (procentuálních četnostech). Pro grafické znázornění četností vyhodnocených dotazníků byl použit program Microsoft Excel.

7.5 Výsledky výzkumného šetření

Pro empirickou část diplomové práce byly celkem sesbírány odpovědi od 124 pedagogů druhého stupně základních škol. Vzhledem k tomu, že rozdávání dotazníků probíhalo osobní formou, byla návratnost 100%, což považuji za velký úspěch.

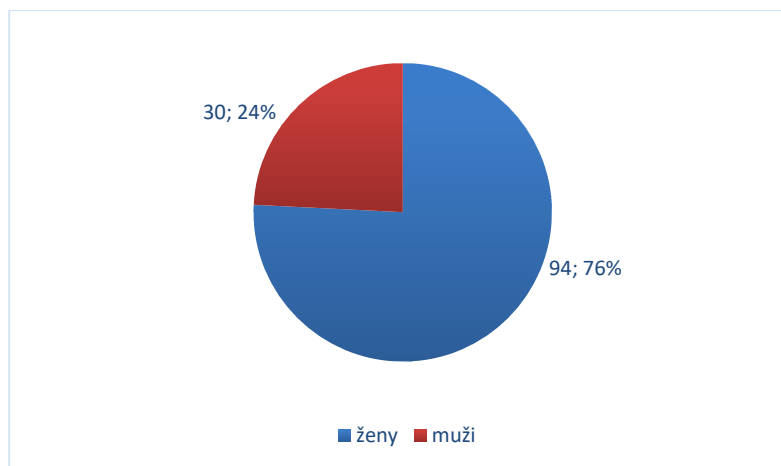
Otázka č. 1 - Jaký je váš věk?



Graf 1 Věk respondentů

První otázka se věnovala věku respondentů, celkem ze 124 respondentů bylo 33 osob (27 %) ve věku 37-43 let, druhou nejvíce početnou skupinou s 31 respondenty (25 %) byly osoby ve věku 44-50 let. Poslední tři skupiny srovnatelně 21 respondentů (17 %) ve věku 30-36 let, 20 respondentů (16 %) ve věku 51-57 let a poslední skupina 19 respondentů (15 %) ve věku 24-29 let.

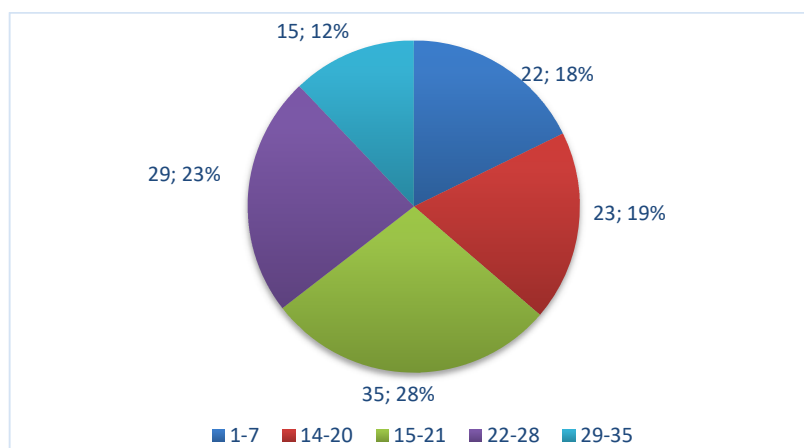
Otázka č. 2 – Jaké je vaše pohlaví?



Graf 2 Pohlaví respondentů

Celkem ze 124 respondentů bylo 94 pedagogů (76 %) žen a 30 pedagogů (24 %) mužů.

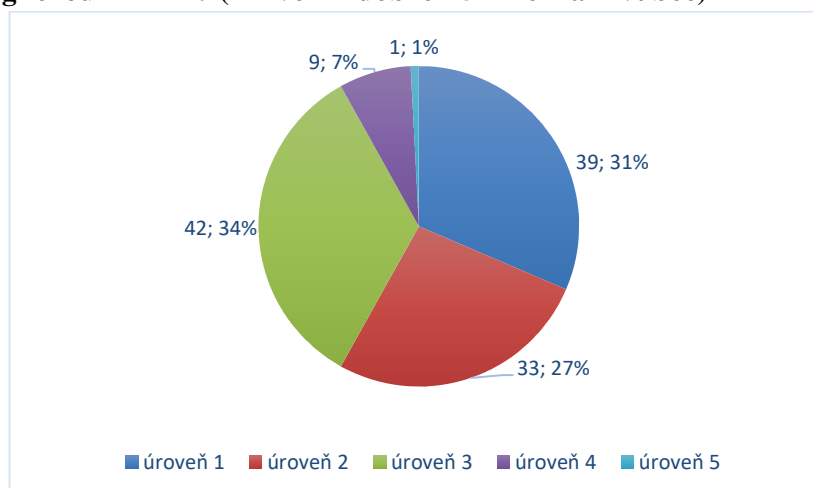
Otázka č. 3 – Jaká je délka vaší praxe?



Graf 3 Délka praxe respondentů

Na otázku číslo pět jsem zaznamenala celkem pět odpovědí. Nejvíce respondentů, 35 učitelů (28 %), mělo délku praxe v rozmezí 15-21 let. Druhou nejvíce početnou skupinou, 29 respondentů (23 %), byli pedagogové s délkou praxe mezi 22-28 let. Skupina 23 respondentů (19 %) se pohybovala v rozmezí 14-20 let pedagogické praxe, dále 22 učitelů (18 %) mezi 1-7 roky. Nejméně početnou skupinou bylo rozmezí 29-35 let pedagogické praxe, kterou volilo 15 respondentů (12 %) z celkových 124.

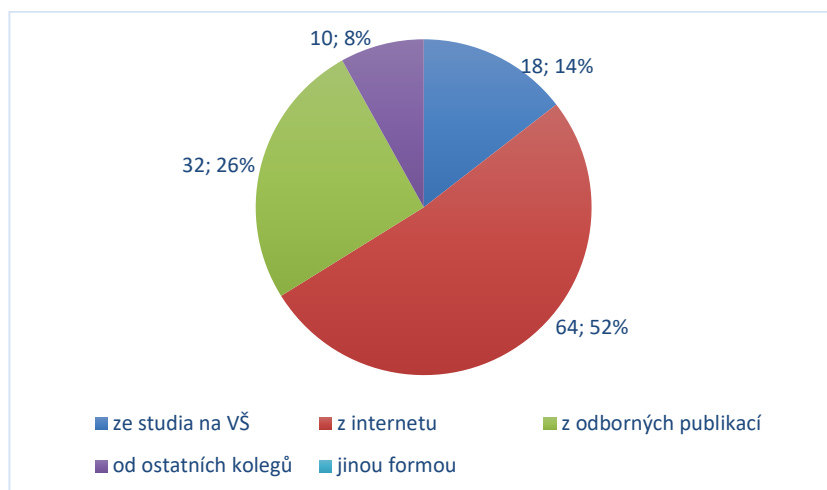
Otázka č. 4 - Jak byste ohodnotili vaše znalosti v oblasti problematiky vzdělávání žáků s diagnózou ADHD? (1 – velmi dobře - 5 – neznám vůbec)



Graf 4 Mínění respondentů o problematice ADHD

Otázka čtvrtá se věnovala tomu, na jaké úrovni pedagogové zhodnocují své znalosti ohledně problematiky ADHD. Je potěšující, že 39 respondentů (31 %), hodnotí své znalosti o problematice vzdělávání jedinců s diagnózou ADHD jako velmi dobré, a následujících 33 pedagogů (27 %) jako na dobré úrovni. Celkem 42 pedagogů (34 %) své znalosti hodnotí stupněm 3, takže střední hodnotou mezi velmi dobrými a žádnými znalostmi. 9 pedagogů (7 %) své znalosti hodnotilo jako špatné, a 1 respondent (1 %) uvedl možnost, že problematiku nezná vůbec. Jednalo se o učitelku, která v otázce číslo šest byla jednou z těch, které nemají žádné zkušenosti se vzděláváním žáka s ADHD.

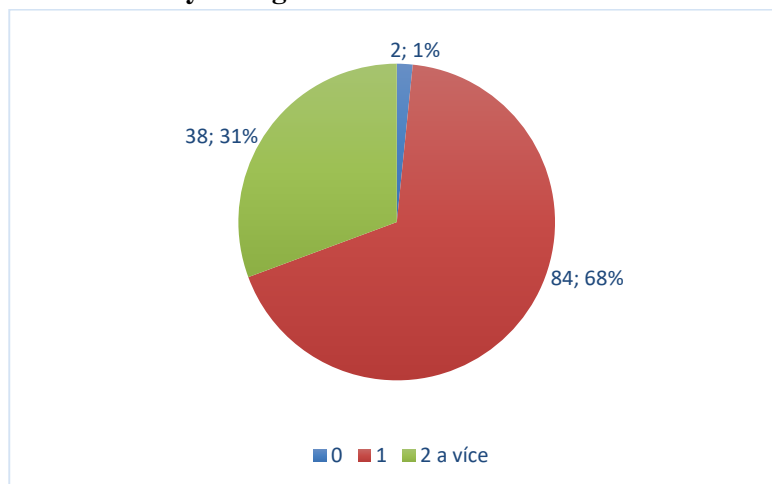
Otázka č. 5 - Informace o vzdělávání žáka s diagnózou ADHD čerpáte nejčastěji?



Graf 5 Získávání informací o problematice ADHD

Otázka pátá se zabývala tím, z jakých zdrojů čerpají pedagogové nejčastěji informace o vzdělávání žáků s diagnostikovanou poruchou ADHD. Přes polovinu dotazovaných, konkrétně 64 pedagogů (52 %) odpovědělo, že čerpají informace z internetu. Následně 32 respondentů (26 %) uvedlo, že pro získávání informací nejčastěji využívají odborné publikace. Pouhých 18 pedagogů (14 %) čerpá informace ze studia na vysoké škole a 10 respondentů (8 %) od ostatních kolegů. Možnost jinou formou nezvolil ani jeden respondent.

Otázka č. 6 - S kolika žáky s diagnózou ADHD máte zkušenost?



Graf 6 Zkušenosti pedagogů se žáky s diagnózou ADHD

Otázka číslo šest se dotazovala respondentů na to, s kolika žáky s diagnózou ADHD mají vlastní zkušenost. Překvapivě 84 pedagogů (68 %) má zkušenost pouze s jediným žákem s diagnózou ADHD. Dalších 38 respondentů (31 %) vzdělávalo dva či více žáků s diagnostikovanou poruchou ADHD a pouze 2 respondenti (1 %) nemělo se vzděláváním takového žáka žádnou zkušenost.

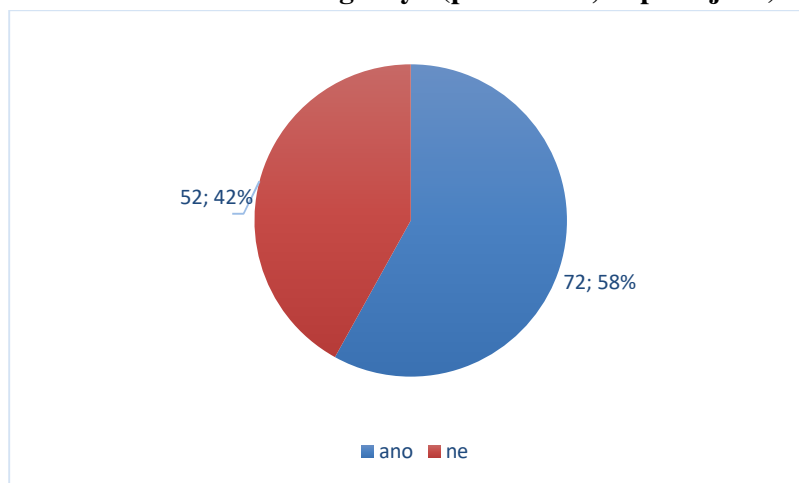
**Otázka č. 7 - Jakým způsobem se u tohoto žáka nejčastěji ADHD projevovalo?
Napište 3 nejčastější projevy.**

Projevy	počet odpovědí
nadměrná aktivita – houpe se na židli, otáčí se, poskakuje	102
nepozornost v hodinách	66
neposlouchá pokyny, které dávám	47
nepozornost při plnění úkolů	47
mluví, kdy nemá	39
skáče ostatním do řeči	27
Roztěkanost	16
přebíhání od tématu k tématu	13
hádá se se mnou i se spolužáky	9
straní se kolektivu	6

Tabulka 6 Nejčastější projevy žáků s diagnózou ADHD

V této otázce bylo celkem sesbíráno 372 odpovědí. Nejčastěji byla zmiňována hyperaktivita či nadměrná aktivita, a to celkem ve 102 dotaznících. Pedagogové nejčastěji uváděli, že se jedinec neustále houpe na židli, pohupuje se, otáčí se na ostatní spolužáky, které tím ruší, či poskakuje. Jako další nejčastější odpověď byla zmiňována nepozornost v hodinách, a to celkem v 66 případech. Dále 47 pedagogů odpovědělo, že žák s diagnózou ADHD neposlouchá pokyny, které učitel dává během hodiny. Shodně se ve 47 odpovědích objevovalo, že je žák nepozorný při plnění úkolů, a kvůli tomu dělá v úkolech zbytečné chyby z nepozornosti, kdy si špatně přečte text, otázku, udělá zbytečnou chybu v odpovědi apod. Následně 39 pedagogů zmínilo, že žák s diagnózou ADHD mluví, kdy nemá, když není vyvolán a nemá slovo, 27 odpovědí bylo, že žák skáče ostatním do řeči, a to nejen učiteli, ale i ostatním spolužákům. Celkem 16 pedagogů uvedlo, že žák je při hodinách roztěkaný. Dalším projevem, který byl zmiňovaný, bylo přebíhání jedince s diagnózou ADHD od tématu k tématu, neschopnost soustředit se na jedno dané téma, a to celkem ve 13 případech. Dalších 9 pedagogů zaznamenalo odpověď, že se žák často hádá nejen s nimi, ale i se svými spolužáky. Nejméně častá odpověď byla, že se žák straní kolektivu. Tuto odpověď uvedlo 6 respondentů.

Otázka č. 8 - Měl tento žák další diagnózy? (pokud ano, napište jaké)



Graf 7 Komorbidní poruchy u žáka s diagnózou ADHD

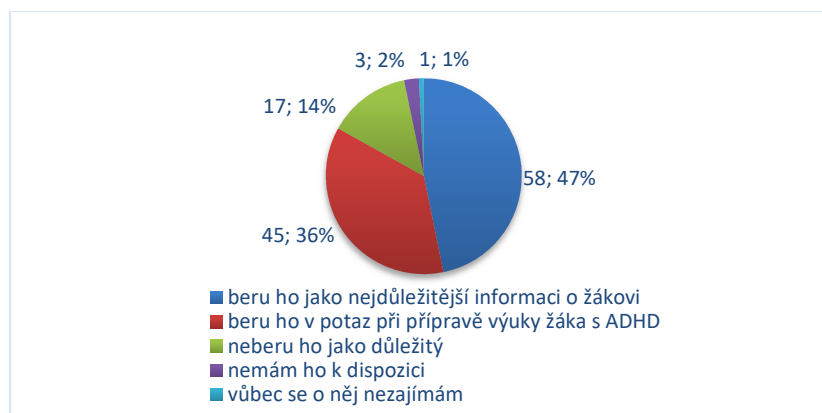
Diagnóza	počet odpovědí (n)	procentuální zastoupení (%)
provokuje, neposlouchá, vzdoruje (poruchy opozičního vzdoru)	32	44 %
poruchy chování	13	18 %
dyslexie	11	16 %
dysgrafie	8	11 %
deprese	3	4 %
úzkostná porucha	3	4 %
dyskalkulie	2	3 %

Tabulka 7 Komorbidní diagnózy s procentuálním zastoupením

Respondenti, kteří odpověděli v této otázce ano, uváděli vždy jednu komorbidní poruchu. Ukázalo se, že více než polovina, přesněji 72 respondentů (58 %), mělo ve třídě žáka s diagnózou ADHD, a také alespoň jednu další přidruženou diagnózu.

Nejčastější z uváděných byla porucha opozičního vzdoru, kdy respondenti zmiňovali, že žák s diagnózou ADHD neposlouchá, provokuje a vzdoruje jim. Celkem tak odpovědělo 32 dotazovaných (44 %). Dalších 13 respondentů (18 %) opovědělo, že se u žáka objevovaly poruchy chování. Srovnatelně 11 respondentů (16 %) uvádělo specifickou poruchu učení dyslexii a 8 osob (11 %) dysgrafii. Shodně 3 pedagogové (4 %) uvedly, že u žáka byla diagnostikovaná deprese a úzkostná porucha. Nejmenší počet 2 odpovědí (3 %) sdělil, že žák s diagnózou ADHD trpěl ještě specifickou poruchou učení dysklakulií.

Otázka č. 9 - Jakou váhu má pro vás doporučení pro žáka s diagnózou ADHD z PPP nebo SPC?



Graf 8 Důležitost doporučení z PPP a SPC

Otázka devět se zaměřovala na důležitost doporučení z PPP poradny či SPC ohledně vzdělávání žáka s diagnózou ADHD. Celkem 58 pedagogů (47 %) bere doporučení jako nejdůležitější informaci o žákovi, což je velice chvályhodné. Při přípravě výuky žáka s ADHD bere v potaz doporučení PPP nebo SPC 45 pedagogů (36 %). Následně 17 respondentů (14 %) nepovažuje doporučení jako důležitý dokument při vzdělávání jedince s diagnózou ADHD. Pouze 3 respondenti (2 %) uvedli, že doporučení nemají k dispozici, a 1 respondent (1 %), že se o doporučení z PPP nebo SPC vůbec nezajímá.

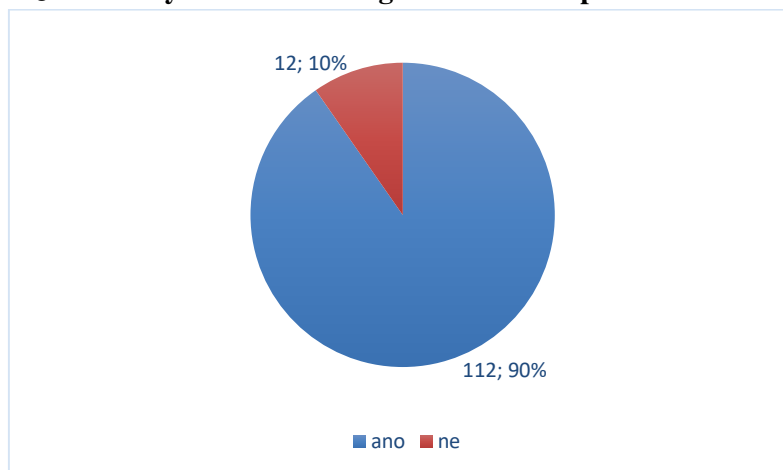
Otázka č. 10 - Jaká nejčastější podpůrná opatření u žáků s diagnózou ADHD využíváte? Napište alespoň 3 možnosti.

podpůrné opatření	počet odpovědí
asistent pedagoga	112
individuální vzdělávací plán	98
komunikace se školním psychologem	44
jiné formy a metody práce při práci ve třídě s ADHD žákem	36
méně žáků ve třídě	34
komunikace se školním speciálním pedagogem	16
jiné hodnocení	12

Tabulka 8 Podpůrná opatření využívaná respondenty

Desátá otázka se zaměřovala na podpůrná opatření, která pedagogové druhého stupně základních škol využívají ke vzdělávání žáka s diagnózou ADHD. Překvapivě skoro většina dotazovaných, celkem 112 respondentů odpovědělo, že využívají asistenta pedagoga. Překvapením pro mě bylo, že celkem 98 respondentů vzdělává žáka s diagnózou ADHD podle individuálního vzdělávacího plánu. Jako další nejčastější odpověď byla zaznamenána komunikace se školním psychologem, a to 44 pedagogy. Srovnatelně s 36 a 34 odpověďmi se objevily jiné formy a metody práce při práci ve třídě s ADHD žákem a méně žáků ve třídě. Celkem 16 respondentů uvedlo, že využívají komunikaci se školním speciálním pedagogem a 12 respondentů uvedlo, že pro žáka s diagnózou ADHD využívají jiné hodnocení než u ostatních žáků.

Otázka č.11 - Je do třídy se žákem s diagnózou ADHD přidělen asistent pedagoga?



Graf 9 Přítomnost AP ve třídě se žákem s diagnózou ADHD

Otázka navazovala na předchozí otázku, kde shodně 112 respondentů (90 %) uvedlo, že při vzdělávání jedince s diagnózou ADHD mají přiděleného asistenta pedagoga. Pouhých 12 pedagogů (10 %) vzdělává jedince bez přítomnosti asistenta pedagoga.

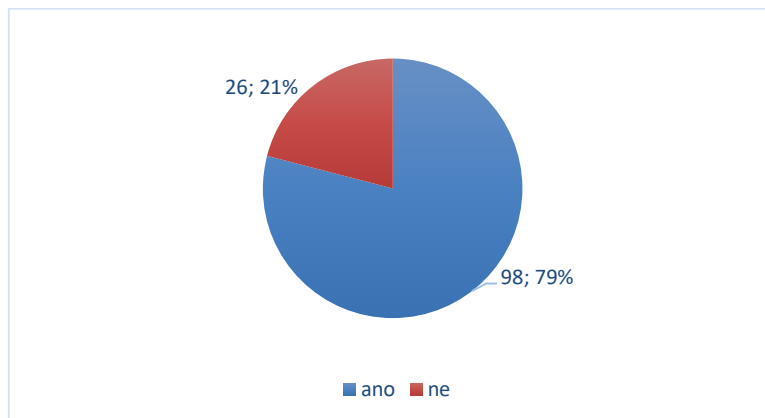
Otázka č. 12 - Na jaké předměty máte asistenta pedagoga k dispozici?

vyučovací předmět	počet odpovědí
Český jazyk a literatura	96
Matematika	84
Cizí jazyk	79
Zeměpis	31
Přírodopis	16
Výtvarná výchova	14

Tabulka 9 Předměty, na které mají respondenti přítomného AP

Otázka dvanáctá se zaměřovala na předměty, ve kterých pedagogové využívají pomoc asistenta pedagoga. 96 respondentů volilo nejčastěji český jazyk a literaturu, hned za tímto předmětem s 84 odpověďmi jako druhá nejčastější skončila matematika a se 79 odpověďmi cizí jazyk. V menší míře, konkrétně u 31 pedagogů, se využívá pomoci asistenta pedagoga při zeměpisu, u 16 pedagogů při přírodopisu a ve 14 odpovědích zazněla výtvarná výchova.

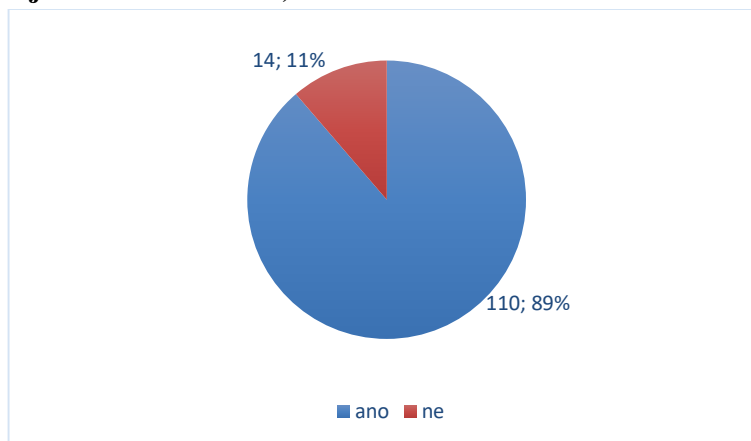
Otázka č. 13 - Vzděláváte žáka s diagnózou ADHD podle individuálního vzdělávacího plánu?



Graf 10 Počet vzdělávaných žáků s ADHD podle IVP

Otázka číslo čtrnáct také navazovala na otázku číslo deset. I zde shodně uvedlo 98 pedagogů (79 %), že při vzdělávání jedince s diagnózou ADHD využívají individuální vzdělávací plán. Zbýlých 26 pedagogů (21 %) individuální vzdělávací plán při vzdělávání jedince s ADHD nemá k dispozici.

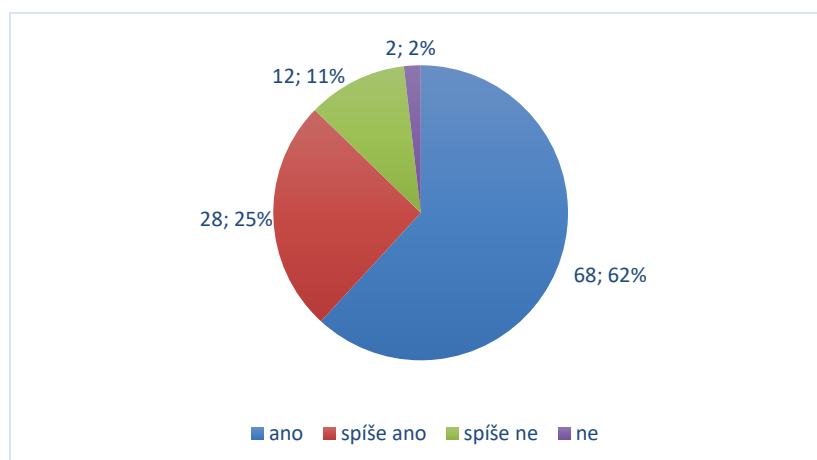
Otázka č. 14 - Máte ve třídě pevně stanovená pravidla chování a práce ve třídě? (pokud ne, přejděte k otázce č. 16)



Graf 11 Pevně stanovená pravidla chování a práce ve třídě s žákem s diagnózou ADHD

Pevně a jasně stanovená pravidla chování a práce ve třídě má 110 pedagogů (89 %). Zbýlých 14 respondentů (11 %) uvedlo, že ve třídě nemají pevně stanovená pravidla.

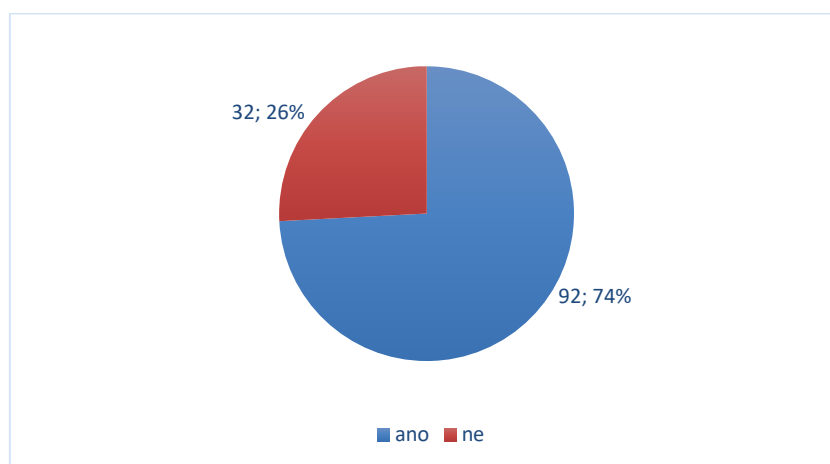
Otázka č. 15 - Dbáte na dodržování těchto pravidel?



Graf 12 Dodržování pravidel a řádu ve třídě

Tato otázka rozvíjela otázku předchozí, a zaměřovala se na to, zda dbají pedagogové, kteří v předchozí otázce odpověděli ano, na dodržování pravidel chování a práce ve třídě. Dále 68 pedagogů (62 %) dbá striktně na dodržování pravidel, 28 respondentů (25 %) uvedlo, že spíše dbá na jejich dodržování, 12 respondentů (11 %) odpovědělo, že na dodržování pravidel chování a práce ve třídě spíše nedbá a 2 respondenti (2 %) nedbá vůbec.

Otázka č. 16 - Používáte ve výuce metody, které vedou k podpoře pozitivního klimatu třídy? Pokud ano, uveďte jaké.



Graf 13 Využívání metod pro podporu pozitivního klimatu třídy

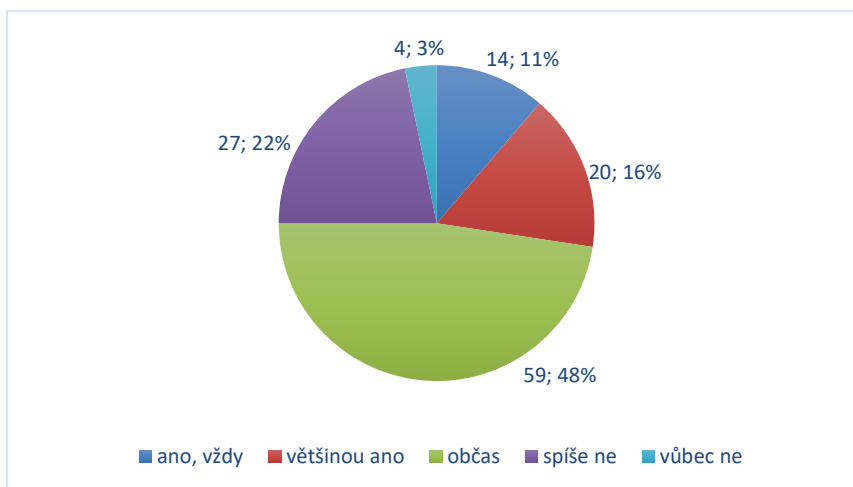
metody výuky	počet odpovědí
práce ve dvojicích	42
diskuze, dialog	21
skupinová práce	20
aktivity o přestávkách (seznamovací atd.)	6
hraní rolí	3

Tabulka 10 Metody výuky využívané respondenty pro podporu pozitivního klimatu včetně četnosti odpovědí

Otázka šestnáctá se zaměřovala na informaci, zda pedagogové využívají při vzdělávání žáka s diagnózou ADHD speciální metody pro podporu pozitivního klimatu třídního kolektivu. Nejvíce, 92 respondentů (74 %), uvedlo, že metody pro podporu a zlepšení školního klimatu ve třídě využívají, 32 pedagogů (26 %) odpovědělo, že takové metody do výuky nezařazují.

Jako nejčastější metoda, která je mezi pedagogy užívána, byla s počtem 42 odpovědí práce ve dvojicích. Následovala ji diskuze či dialog, kterou volí pro podporu pozitivního klimatu 21 pedagogů a skupinová práce, kterou využívá 20 pedagogů. V menší míře, konkrétně 6 respondentů, využívá pro zlepšování třídního klimatu aktivity o přestávkách, kdy byly zmiňovány převážně hry seznamovací. 3 respondenti používají metodu hraní rolí.

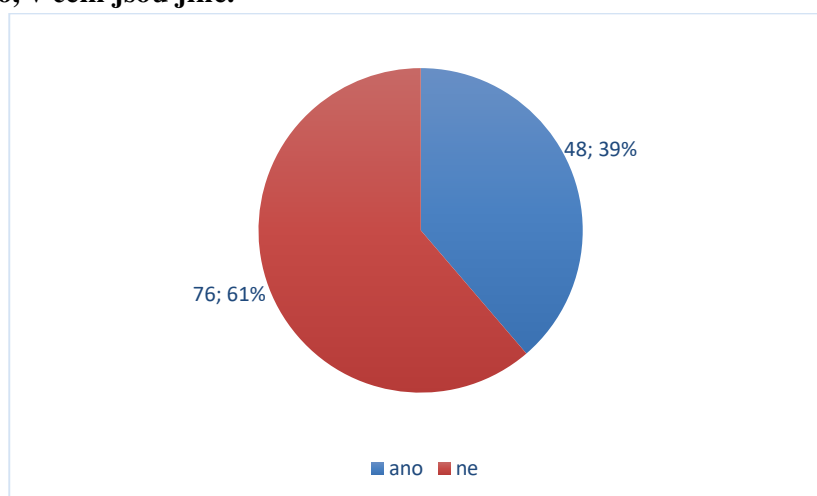
Otázka č. 17 - Děláte pro žáka s diagnózou ADHD speciální přípravy na hodiny?



Graf 14 Příprava speciálních příprav do výuky pro žáka s diagnózou ADHD

Otázka se zaměřovala na přípravy na hodiny, kdy je vzděláván žák s diagnózou ADHD, a to, jestli je pedagogové připravují speciálně pro jedince s ADHD či nikoliv. Odpověď občas zvolilo 59 pedagogů (48 %), následovala druhá nejpočetnější odpověď spíše ne s 27 pedagogy (22 %). Dalších 20 pedagogů (16 %) většinou připravuje pro jedince s ADHD speciální přípravu na vyučovací hodinu, 14 respondentů (11 %) pak připravuje pro tyto žáky přípravu vždy. Pouze 4 pedagogové (3 %) speciální přípravy nepoužívají vůbec.

Otázka č. 18 – Dáváte žákovi s diagnózou ADHD rozdílné úkoly než ostatním? Pokud ano, v čem jsou jiné.



Graf 15 Rozdílnost úkolů pro žáky s diagnózou ADHD a ostatní žáky

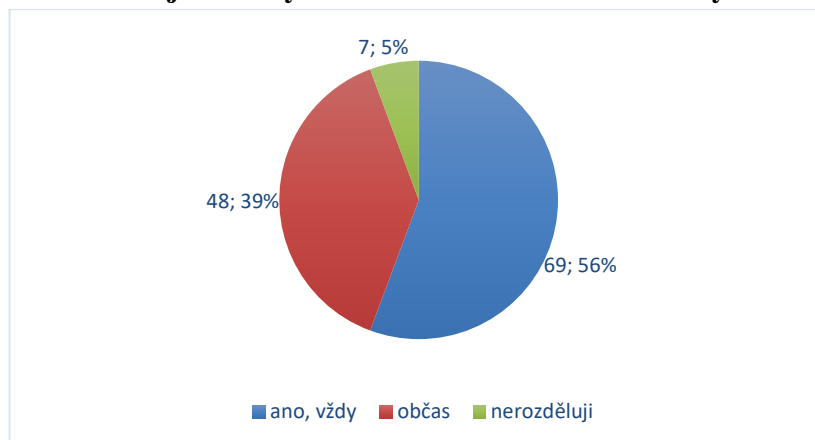
rozdílnost úkolů	počet odpovědí
kratší úkoly	36
zaměřené na menší množství jevů	17
stejně, ale nechávám jim více času	3

Tato otázka se zaměřovala na úkoly, které dostávají žáci s diagnózou ADHD, zda jsou stejné či odlišné, popřípadě v čem se od sebe odlišují. Nejvíce, 48 pedagogů (39 %), uvedlo, že žákům s diagnózou ADHD dává odlišné úkoly než ostatním intaktním žákům. Následně 76 pedagogů (61 %) uvedlo, že tuto možnost nevyužívá.

Co se týče rozdílnosti úkolů, nejvíce odpovědí (36) bylo, že úkoly, které dostávají jedinci s ADHD jsou kratší, 17 odpovědí obsahovalo variantu, že úkoly pro

tyto žáky jsou zaměřeny na méně jevů. Pouzí 3 pedagogové uvedli, že úkoly dávají sice stejné, ale nechávají žákům s ADHD více času na vypracování.

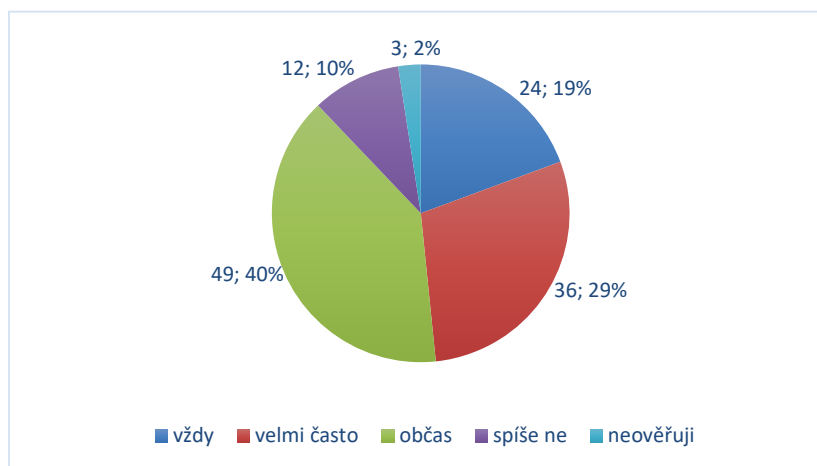
Otázka č. 19 - Rozdělujete úkoly žákům s ADHD na kratší úseky?



Graf 16 Rozdělování úkolů u žáků s diagnózou ADHD na kratší úseky

Otázka devatenáctá se zaměřovala se na to, zda pedagogové jedincům s diagnózou ADHD rozdělují úkoly na kratší úseky. Více než polovina dotazovaných, 69 respondentů (56 %) rozděluje žákům s ADHD úkoly na kratší úseky, 48 pedagogů (39 %) pak úkoly rozděluje občas a 7 pedagogů uvedlo, že úkoly žáci s ADHD dostávají stejné jako ostatní žáci.

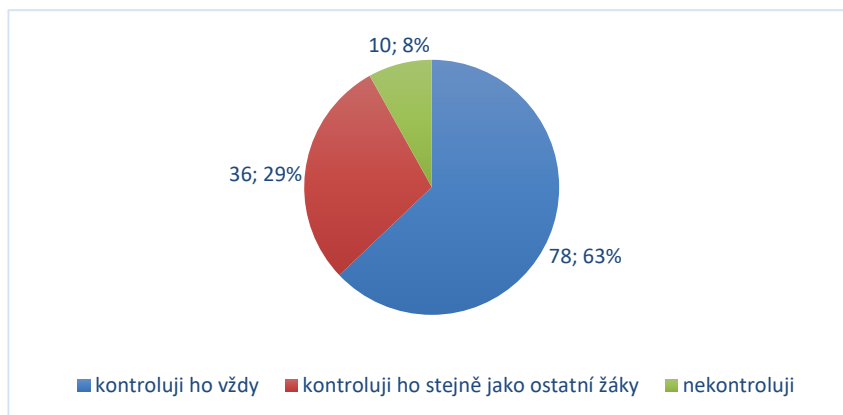
Otázka č. 20 - Ověřujete si, zda žák s diagnózou ADHD rozuměl zadanému úkolu?



Graf 17 Ověřování, zda žák s diagnózou ADHD rozuměl zadanému úkolu

Otázka se zaměřila na to, zda si pedagogové ověřují, že žák s ADHD rozuměl zadání úkolu. Celkem 24 pedagogů (19 %) se vždy ujistí, že žák úkolu rozuměl, 36 osob (29 %) si ověřuje, zda žák rozuměl velmi často. Občas žáka kontroluje 49 pedagogů (40 %). Pouhých 12 pedagogů (10 %) spíše nekontroluje, zda žák zadanému úkolu rozuměl a 3 osoby (2 %) si neověřují tuto informaci vůbec.

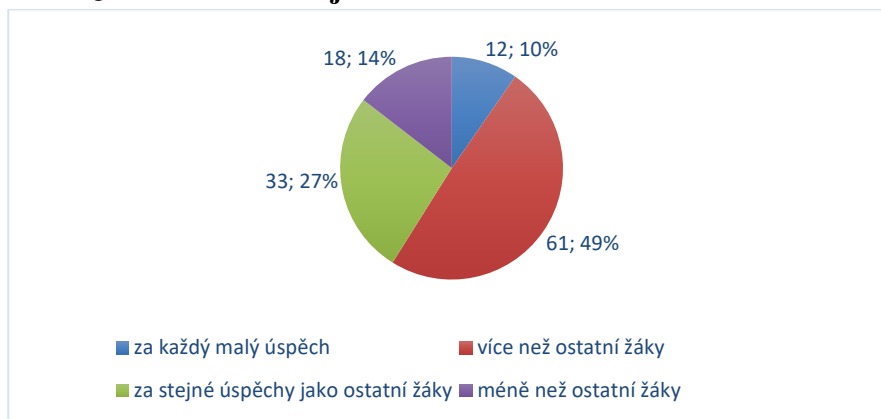
Otázka č. 21 - Dbáte na to, aby si žák s ADHD zapsal úkoly do zápisníku či sešitu?



Graf 18 Ověřování si, zda si žák s diagnózou ADHD zapsal úkol

Tato otázka se věnovala tomu, zda si pedagogové ověřují, že si žák s diagnózou ADHD zapsal domácí úkol do zápisníku, sešitu nebo notýsku. Celkem 78 respondentů (63 %) zvolilo možnost *kontroluji žáka vždy*, dále 36 pedagogů (29 %) zvolilo *kontroluji žáka s ADHD stejně jako ostatní žáky* a 10 respondentů (8 %) vybralo odpověď *nekontroluji*, zda si žák s ADHD úkol zapsal.

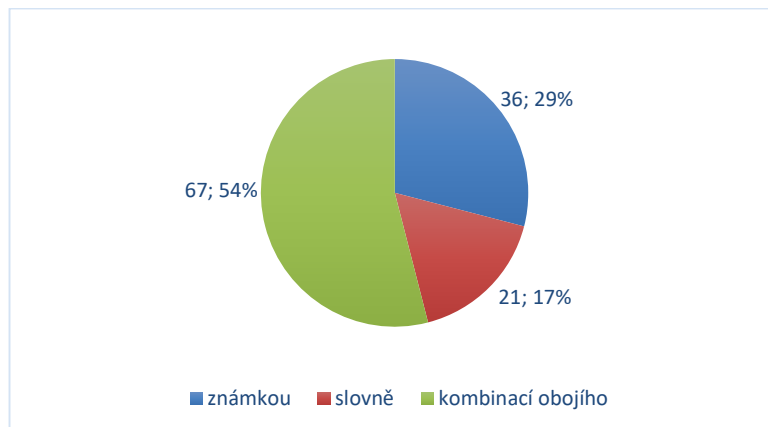
Otázka č. 22 - Jak často odměňujete žáka s ADHD?



Graf 19 Styl odměňování úspěchů žáka s ADHD respondenty

Otázka dvaadvacátá se zabývala tím, jak často pedagogové odměňují žáka s diagnózou ADHD. Téměř polovina, 61 pedagogů (49 %), odměňuje a chválí žáka s ADHD více než ostatní intaktní žáky. Dále 33 pedagogů (27 %) odměňuje tohoto žáka stejně jako ostatní, 18 pedagogů (14 %) dokonce méně než ostatní žáky. Nejméně respondentů, 12 (10 %) zvolilo možnost, kdy chválí žáka s ADHD za každý malý úspěch.

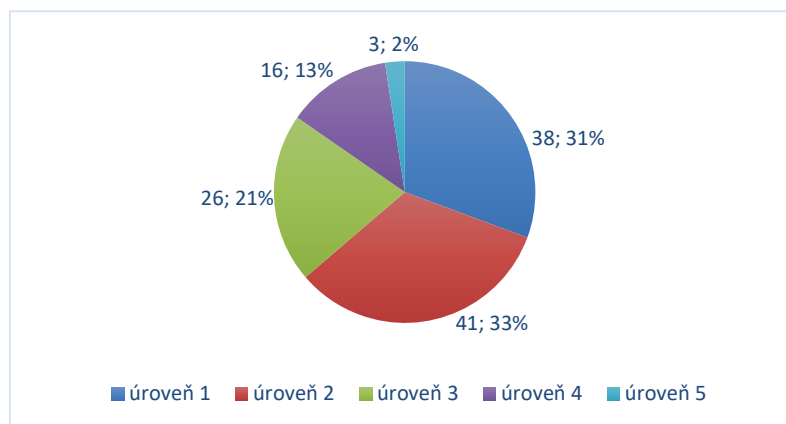
Otázka č. 23 - Jakým způsobem žáka s ADHD hodnotíte?



Graf 20 Hodnocení žáka s diagnózou ADHD

Tato otázka se zabývala hodnocením žáka s diagnózou ADHD. Celkem 67 pedagogů (54 %) uvedlo, že žáka s ADHD hodnotí kombinací slovního hodnocení a klasifikace. Dalších 36 pedagogů (29 %) pak k hodnocení používá známku a 21 pedagogů (17 %) slovní hodnocení.

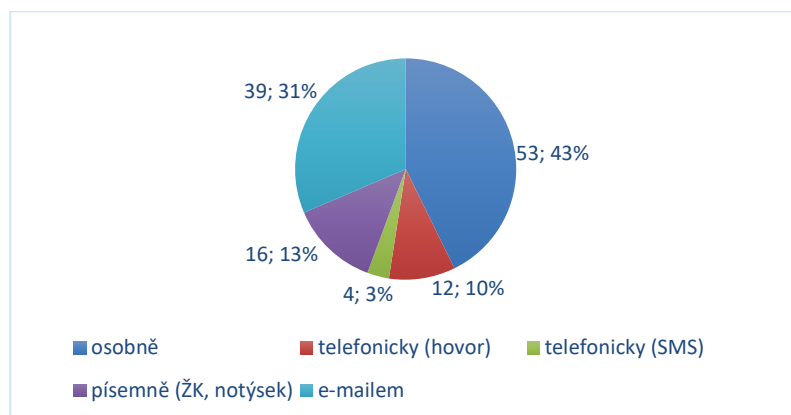
Otázka č. 24 - Znáte rodinu žáka s ADHD (sociální zázemí, rodinné vztahy, styl výchovy...)? (1 – velmi dobře - 5 – neznám vůbec)



Graf 21 Znalost rodiny žáka s diagnózou ADHD respondenty

Otázka se zaměřovala na to, v jaké míře zná pedagog rodinné zázemí jedince s ADHD. Celkem 41 respondentů (33 %) odpovědělo, že rodinu žáka s diagnózou ADHD znají dobře. Odpověď velmi dobře zvolilo 38 respondentů (31 %). Na prostřední úrovni se objevilo 26 odpovědí (21 %), 16 pedagogů (13 %) odpovědělo, že rodinu moc dobře neznají a 3 pedagogové (2 %) uvedli, že rodinné záležitosti neznají vůbec.

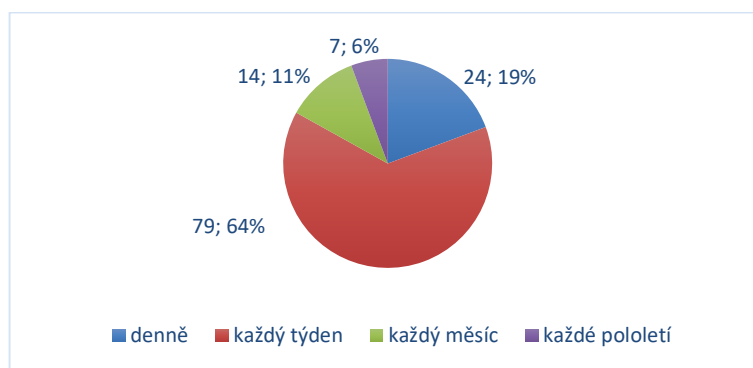
Otázka č. 25 - Jakým způsobem nejčastěji komunikujete s rodiči žáka?



Graf 22 Způsob komunikace pedagogů s rodinou žáka s ADHD

Otázka se zaměřovala na komunikaci pedagoga s rodiči žáka s diagnózou ADHD, konkrétně na její způsob. Nejvíce, 53 pedagogů (43 %), uvedlo, že s rodiči žáka komunikuje osobně. Dále 39 pedagogů (31 %) využívá ke komunikaci s rodiči formu e-mailů, 16 respondentů (13 %) využívá k informování rodičů žákovskou knihu nebo notýsek žáka, 12 pedagogů (10 %) komunikuje s rodiči telefonicky, formou hovorů, a 4 pedagogové (3 %) telefonicky, formou SMS zpráv.

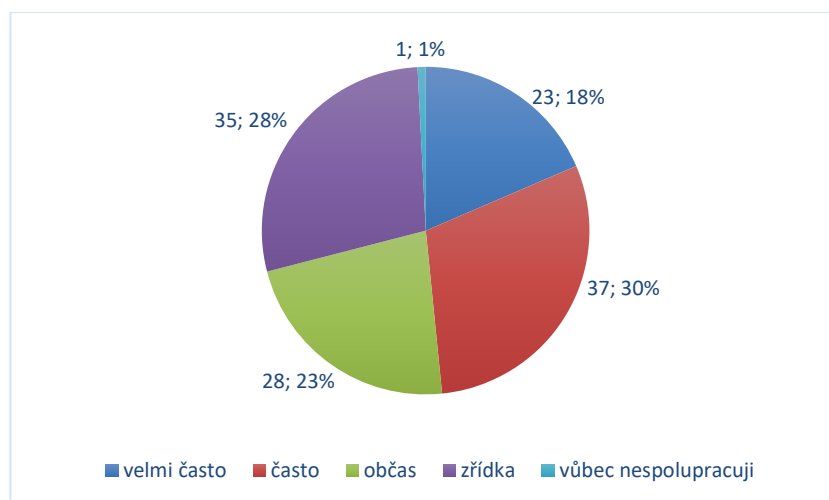
Otázka č. 26 – Jak často informujete rodiče o chování žáka s ADHD?



Graf 23 Frekvence informování rodiny žáka s ADHD o jeho chování

Otázka se zaměřila na to, jak často informují pedagogové rodinu žáka s ADHD o jeho chování, výsledcích, průběhu výchovně vzdělávacího procesu apod. Nejvíce pedagogů, 79 (64 %) informuje rodiče každý týden, následně 24 pedagogů (19 %) informuje rodiče denně, 14 pedagogů (11 %) kontaktuje rodiče každý měsíc a zbylých 7 pedagogů (6 %) informuje rodiče pouze každé pololetí.

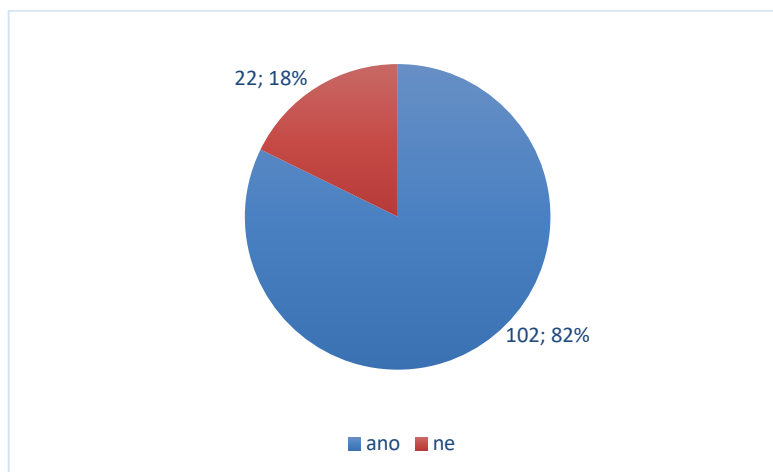
Otázka č. 27 - Spolupracujete s rodinou žáka s ADHD, např. při domácí přípravě na výuku, zadávání domácích úkolů apod.?



Graf 24 Spolupráce respondentů s rodinou žáka s ADHD při domácí přípravě

Otázka se zabývala spoluprací pedagoga s rodinou žáka s diagnózou ADHD při domácí přípravě na výuku či při zadávání domácích úkolů. Možnost spolupracuji často zvolilo 37 pedagogů (30 %), oproti tomu 35 pedagogů (28 %) zvolilo možnost spolupracuji zřídka. Možností občas odpovědělo 28 respondentů (23 %), 23 pedagogů (18 %) odpovědělo velmi často. Pouze 1 pedagog (1 %) zvolil možnost, že s rodinou nespolupracuje vůbec.

Otázka č. 28 - Konzultujete problematiku žáků s ADHD s dalšími pedagogickými pracovníky? Pokud ano, s jakými.



Graf 25 Konzultování problematiky vzdělávání žáka s ADHD s dalšími pracovníky

pedagogický pracovník	počet odpovědí
výchovný poradce	34
školní psycholog	44
školní speciální pedagog	16
metodik prevence	8

Tabulka 11 Pedagogičtí pracovníci využívaní respondenty pro komunikaci o problematice žáka s diagnózou ADHD

Poslední otázka se zabývala tím, zda pedagogové konzultují problematiku vzdělávání jedince s diagnózou ADHD s ostatními pedagogickými pracovníky, pokud ano, s jakými. Celkem 102 pedagogů (82 %) uvedla, že problematiku konzultuje s ostatními pedagogickými pracovníky a 22 pedagogů (18 %) nikoliv.

Nejčastěji pak respondenti, kteří odpověděli ano, využívají konzultace se školním psychologem, a to ze 102 respondentů celkem 44. Dalších 34 pedagogů využívá ke konzultacím služby výchovného poradce, 16 učitelů školního speciálního pedagoga a 8 učitelů školního metodika prevence.

Diskuze

V diplomové práci jsem zjišťovala, jaké přístupy volí učitelé druhého stupně základních škol ke vzdělávání žáků s diagnózou ADHD. Výzkumná část byla provedena na základě dotazníků, které byly rozdány na vybraných základních školách učitelům a učitelkám druhého stupně. Dotazník vyplnilo celkem 124 respondentů, z nichž 94 bylo žen a 30 mužů.

Tato diplomová práce má teoreticko-empirický charakter. V teoretické části jsem za pomoci odborné literatury zpracovala témata problematiky ADHD a vzdělávání žáků, kteří mají tuto poruchu diagnostikovanou. Věnovala jsem se ADHD z historického pohledu, její etiologii, projevům, diagnostice a léčbě. Poslední kapitolu teoretické části jsem zaměřila na specifika vzdělávání jedinců s diagnózou ADHD. Teoretická část tedy sloužila jako podklad pro část empirickou, kde jsem na jejím základě zvolila výzkumné otázky, na které jsem se zaměřila v empirické části.

Přístupy pedagogů ke vzdělávání žáků s diagnózou ADHD by se daly zkoumat různými způsoby. Já jsem pro výzkum použila dotazníkové šetření, které se skládalo z 28 otázek, které jsem rozdělila do pěti oblastí: první oblast zjišťovala údaje o věku, pohlaví a délce praxe jednotlivých respondentů; druhá oblast zkoumala povědomí učitelů o problematice ADHD, jakým způsobem své povědomí rozšiřují a na projevy ADHD u konkrétního žáka; třetí oblast se zaměřovala na využívání podpůrných opatření ke vzdělávání žáka s diagnózou ADHD; čtvrtá oblast se zaměřovala na konkrétní přístupy a metody, které pedagogové při vzdělávání tohoto žáka využívají; poslední oblast se věnovala tomu, jak učitel přistupuje k rodině jedince s diagnózou ADHD, jak je obeznámen s rodinnou situací, jakým způsobem a nakolik s rodinou komunikuje a zda využívá pro konzultace ohledně vzdělávání žáka s diagnózou ADHD další pedagogické pracovníky, které má ve škole k dispozici.

Pro výzkumnou část diplomové práce byly zvoleny tři výzkumné otázky. První otázka je: *Jaké přístupy volí pedagogové druhého stupně ZŠ ke vzdělávání žáků s ADHD do běžných tříd?* Druhá výzkumná otázka je: *Jaké je povědomí pedagogů druhého stupně ZŠ o problematice ADHD?* Na tyto dvě výzkumné otázky jsem zaměřila dotazník, kdy jsem pomocí podpůrných otázek zjišťovala odpovědi od jednotlivých respondentů. Ti buď vybírali v uzavřených otázkách z možných odpovědí nebo sami odpovídali pár slovy na otevřené otázky či doplňovali odpovědi v otázkách

polouzavřených. Nyní se pokusím shrnout výsledky dotazníkového šetření, a tím odpovědět na zvolené výzkumné otázky.

Pedagogové v dotazníku odpovídali na několik otázek, které se týkaly povědomí učitelů o problematice ADHD obecně. Ukázalo se, že více než polovina dotazovaných hodnotí své znalosti v oblasti této problematiky na velmi dobré či dobré úrovni, což si myslím, že je velmi potěšující. Třetina respondentů zhodnotila své znalosti na střední úrovni, avšak se snaží své povědomí zlepšovat. Dále bylo zjištěno, že více než polovina respondentů využívá k získávání informací ohledně problematiky ADHD a vzdělávání jedince s touto diagnózou internetové stránky, čtvrtina dotazovaných pak využívá ke zvyšování povědomí odborné publikace. Překvapilo mě, že pouhých 14 % dotazovaných využívá při vzdělávání žáků s diagnózou ADHD informace, které získali při studiu na vysoké škole. Otázkou k zamyšlení je, zda jsou studenti pedagogických fakult vysokých škol dostatečně připraveni na vzdělávání jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami. Zároveň mi přijde, že velmi málo dotazovaných pedagogů (10, 8 %) využívá ke zjišťování informací o problematice ADHD ostatní kolegy, protože dlouholetí pedagogové mají často velmi mnoho zkušeností, které by mohli předat ostatním, ale nedochází k jejich dostatečnému využívání.

Dále se pedagogové věnovali již konkrétnímu žákovi s ADHD. Jako první odpovídali na projevy poruchy ADHD. Nejčastěji byly uváděny symptomy nadměrné aktivity až hyperaktivity, jako houpání se na židli, poskakování, otáčení se, neschopnost vydržet chvíli sedět v klidu bez aktivity, roztěkanost. Mezi projevy hyperaktivity často pedagogové zařazovali nadměrnou hovornost a mluvení v době, kdy žák nebyl vyzván. Tyto projevy hodnotí pedagogové jako negativní, protože tím dochází k narušování průběhu výuky a rušení ostatních spolužáků. Několik odpovědí zaznamenalo defekty v oblasti pozornosti, kdy byla uváděna nepozornost v hodinách, při zadávání úkolů nebo při vyplňování testů, což způsobuje u žáků s diagnózou ADHD zbytečné chyby. Všechny tyto projevy by se daly vyhledat v tabulkách 3 a 4 teoretické části, které uvádějí příznaky kategorie nepozornost a hyperaktivita-impulzivita podle diagnostického statistického manuálu DSM-V. Mezi dalšími variabilními příznaky se objevovalo stranění se spolužáků a dohadování se nejen s učiteli, ale i s ostatními spolužáky. Symptomy se shodují s těmi, které uvádí mnoho autorů věnujících se této problematice, mezi které lze zařadit Goetze (2009) či Jucovičovou a Žáčkovou (2015).

Dalším předmětem dotazníku byly komorbidní diagnózy, kdy výsledky ukázaly, že 58 % žáků s diagnózou ADHD, jež měli možnost pedagogové vzdělávat, trpělo jednou další komorbidní poruchou. Tento výsledek se shoduje s Ptáčkem, Ptáčkovou (2018), kteří uvádějí, že až 60 % jedinců s ADHD má diagnostikovanou alespoň jednu další přidruženou poruchu. Pedagogové se s Ptáčkem a Ptáčkovou (2018) shodují i v konkrétních komorbidních diagnózách, kdy nejčastěji zmiňované byly poruchy opozičního vzdorů, kdy žák neposlouchá, vzdoruje a provokuje, a následně poruchy chování. Často byly uváděny jako komorbidní také specifické poruchy učení, jako dyslexie, dysgrafie a dyskalkulie, ke kterým dochází v důsledku nerovnoměrného zrání centrální nervové soustavy, což uvádí Jucovičová s Žáčkovou (2015). Nejméně se u žáků projevovaly deprese a úzkostné poruchy.

Další oblast dotazníku byla zaměřena na podpůrná opatření a jejich využívání jednotlivými pedagogy při vzdělávání žáka s diagnózou ADHD. Je důležité zmínit, že většina pedagogů bere doporučení z PPP či SPC za závazný dokument při vzdělávání žáka s diagnózou ADHD. Nejčastěji zmiňovaným podpůrným opatřením je asistent pedagoga, který byl využíván u 90 % jedinců s diagnózou ADHD, nejčastěji pak na český jazyk, matematiku a cizí jazyky (anglický a německý jazyk), v menší míře na zeměpis, přírodopis a výtvarnou výchovu. Druhým nejvyužívanějším podpůrným opatřením byl individuální vzdělávací plán. Jedná se o základní podpůrná opatření, na kterých se ve svých publikacích shodují Zapletalová, Mrázková (2014/2016), Jucovičová (et al, 2009) či Jucovičová (2014). Často se v odpovědích objevovala také spolupráce a komunikace se školním psychologem či školním speciálním pedagogem, výchovným poradcem a metodikem prevence, což za důležité považuje Zapletalová, Mrázková (2014/2016). Menší množství pedagogů pak zmiňovalo rozdílnost hodnocení, a to hlavně využití u žáků s ADHD slovního hodnocení, které zvolilo 17 % dotazovaných. Více z nich, konkrétně 54 % hodnotí žáka kombinací klasifikace a slovního hodnocení. To může být pro žáka s ADHD prospěšnější a může předejít dalším neúspěchům, což se shoduje s výroky Kendíkové (2015).

Nejdůležitější oblast se zaměřovala na využívání zásad a metod ve třídě, kde je vzděláván žák s ADHD. Stejně jako zmiňuje Michalová (2007), je nutné v takové třídě mít jasně nastavená pravidla, která budou vyvěšena na viditelném místě a musí se řádně dbát na jejich dodržování, a to bez výjimky. Touto zásadou se řídí 89 % pedagogů, kteří ve třídě, kde je vzděláván žák s ADHD, mají jasně stanovená pravidla chování a

práce ve třídě. I přesto, že má takové množství dotazovaných pedagogů ve třídě pravidla jasně stanovená, na jejich dodržování dbá jen 87 % z nich. Je otázkou, zda pravidla, u kterých se nedbá na dodržování a jejich porušení není nijak potrestáno, nejsou zbytečná. Jako velké plus vidím využívání metod, které pedagogové volí pro podporu pozitivního klimatu třídního kolektivu, což může pomoci žákovi s ADHD v začlenění se mezi ostatní spolužáky. Nejčastěji pedagogové využívají práci ve dvojicích a skupinovou práci, diskuzi a dialog, při nichž mají žáci možnost mezi sebou otevřeně komunikovat. Zároveň jsem velmi ráda zaznamenala, že učitelé využívají ve třídě s jedincem s diagnózou ADHD i relaxační a uvolňovací aktivity o přestávkách, aby žák nebyl z kolektivu vyčleňován, ale naopak do něj zařazován, které jako důležité zmiňuje Michalová (2007).

Většina pedagogů nevyužívá možnost dávat jedincům s diagnózou ADHD odlišné úkoly od ostatních žáků. Pouhých 39 % dotazovaných pedagogů připravuje pro jedince s ADHD jiné úkoly, které jsou především kratší, nebo se zaměřují na méně jevů. Pouze tři pedagogové uvedli, že využívají sice stejné úkoly pro všechny žáky, ale žákům s diagnózou ADHD poskytují delší čas na jeho vypracování. Počítání s až dvojnásobnou pracovní dobou je totiž jedna z pedagogických zásad, kterou zmiňuje Michalová (2007). Je lepší, když žáky vypracuje menší část úkolu správně, než aby chvátal, a měl ho celý chybě. Potěšením bylo, že i když dávají pedagogové všem žákům stejné úkoly, alespoň je většina z nich rozděluje žákovi s diagnózou ADHD na kratší úseky. Bohužel, i přesto, že jsou si respondenti vědomi toho, že nemusí žák s ADHD vždy rozumět zadání, téměř 50 % z nich si neověřuje, zda žák s diagnózou ADHD jejich zadání rozuměl, což u něj může způsobit zbytečné chyby při jeho vypracování. Myslím, že na této skutečnosti by pedagogové měli zapracovat a ověřovat si více, že žák úkolům rozumí. Potěšující je fakt, že si pedagogové ve většině případů kontrolují, zda si žák s diagnózou ADHD zapsal domácí úkol do sešitu, zápisníku nebo notýsku. Tento fakt předchází tomu, že jedinec s poruchou zapomene vypracovat domácí úkoly, jelikož nejen on, ale i rodiče díky tomu mají přehled o jeho domácích úkolech.

Komunikace a spolupráce pedagoga s rodinou je zásadním bodem pro kvalitní vzdělávání jedince s poruchou ADHD, jak zmiňuje například Škrliková (2015). Pedagog si musí vytvořit s rodinou jedince důvěrný a bezpečný vztah, kde ani jedna ze stran nemusí mít obavy se projevit. Proto velice potěšující byly výsledky poslední oblasti otázek dotazníku, které se zaměřovaly právě na spolupráci pedagoga s rodinou

ADHD žáka. Většina dotazovaných je velmi dobře seznámena s rodinným zázemím dítěte s ADHD, zná rodinné záležitosti, sociální zázemí a styl výchovy. Velké plus vidím v komunikaci pedagoga s rodinou jedince, která probíhá u pětiny dotazovaných pedagogů každý den, u dalších 64 % poté každý týden, kdy si učitel dá práci s hodnocením projevů chování a denních výkonů žáka, o kterých následně informuje rodiče. Překvapilo mě však, že 6 % pedagogů poskytuje rodičům jedince s ADHD informace pouze jedenkrát za pololetí a to formou „pololetních zpráv“, což nepovažuji za dostatečné. Pokud si mezi sebou chce pedagog s rodinou žáka vytvořit důvěrný vztah, je dobré využít osobní komunikaci, při které se zapojí nejen pedagog, ale i rodiče žáka. Tuto možnost využívá menší polovina dotazovaných pedagogů. Třetina pedagogů pak využívá pro komunikaci formu e-mailových zpráv, a malé procento pak využívá žákovskou knihu či telefonické hovory a SMS, což je dle mého názoru neosobní. Rodiče cítí podporu v učitelích i co se týče domácí přípravy žáka s diagnózou ADHD na školní výuku. Necelá polovina pedagogů využívá možnost spolupráce s rodinou právě na domácí přípravě, avšak téměř třetina tuto možnost nevyužívá, což se domnívám, že nepomáhá právě k vytvoření dobrého vztahu s rodiči jedince s diagnózou ADHD.

Výsledky dotazníku ukázaly, že každý pedagog využívá ke vzdělávání žáka s diagnózou ADHD jiné přístupy a metody. Za pozitivum považuji, že se většina pedagogů, kteří mají možnost vzdělávat žáka s diagnózou ADHD, se snaží využívat takové přístupy, podpůrná opatření a metody výuky, aby jejich pomocí dokázali nabídnout tomuto žákovi plnohodnotné vzdělání stejně tak jako ostatním intaktním spolužákům. Kladně hodnotím i fakt, že se pedagogové snaží zařazovat do výuky takové aktivity, které mohou žákovi s ADHD pomoci se plně začlenit do kolektivu a navázat přátelství s ostatními spolužáky i přesto, že to pro ně kolikrát nemusí být jednoduché.

Závěr

V diplomové práci jsem se zabývala přístupy vybraných pedagogů druhého stupně základních škol ke vzdělávání žáků s diagnózou ADHD. Cílem práce bylo zjistit, jaké je povědomí pedagogů o problematice ADHD a jaké přístupy pedagogové při vzdělávání jedince s diagnózou ADHD využívají. Zkoumala jsem vyjádření jednotlivých vyučujících k problematice vzdělávání jedince s diagnózou ADHD, a to obeznámení s problematikou, podpůrnými opatřeními a metodami či formami výuky, které mohou pedagogové při vzdělávání tohoto jedince využívat.

V teoretické části diplomové práce jsem se věnovala skutečnostem, které souvisí s problematikou ADHD. V prvních kapitolách jsem popisovala její terminologii a historický vývoj. V dalších kapitolách jsem se zaměřila na etiologii vzniku poruchy ADHD, symptomy, kterými se projevuje, její diagnostiku a léčbu. V poslední kapitole teoretické části jsem se věnovala edukaci žáků, kteří mají tuto poruchu diagnostikovanou.

V empirické části diplomové práce jsem zpracovávala dotazníky sto dvaceti čtyř pedagogů druhého stupně základních škol a snažila jsem se získat odpovědi na zvolené výzkumné otázky. Zaměřovala jsem se na povědomí pedagogů o problematice poruchy ADHD a následně na přístupy, které učitelé a učitelky volí při vzdělávání jedinců s ADHD v kolektivu intaktních žáků. Vyhodnocená data jsem následně porovnávala s informacemi, které jsem získala v teoretické části práce.

Cíl diplomové práce byl splněn. Mohu říci, že výsledky dotazníkového šetření mě velice potěšily. Zároveň jsem se utvrdila v tom, že i když není profese pedagoga vždy jednoduchou záležitostí, je to profese, které se chci věnovat po zbytek svého života, protože se jedná o profesi, jenž se vždy bude vyznačovat svou kreativností a smysluplností. Jako pozitivní vnímám fakt, že se pedagogové snaží využít co možná největší množství přístupů a metod, díky kterým mohou žákům nejen s poruchou ADHD, ale i všem ostatním se speciálními vzdělávacími potřebami, poskytnout plnohodnotné vzdělání a připravit je tak na jejich budoucí životní cestu.

Seznam použité literatury

Literatura

Barkley, R. A., & Macias, M. (2005). *Attention deficit hyperactivity disorder*. New York: Blackwell.

Drtílková, I. (2007). *Hyperaktivní dítě*. Praha: Galén.

Drtílková, I. & Šerý, O. et al. (2007). *Hyperkinetická porucha / ADHD*. Praha: Galén.

Gavora, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.

Goetz, M. & Uhlíková, P. (2009). *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén.

Havel, J. & Filová, H. (2010). *Inkluzivní vzdělávání v primární škole – Inclusive education in primary school*. Brno: Paido.

Janderková, D., Kendíková, J., Klégrová, J., Strnadová, I., Swierkoszová, J. & Ženatová, Z. (2016). *SPU a ADHD*. Praha: Raabe.

Jucovičová, D. & Žáčková, H. (2010). *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada.

Jucovičová, D. & Žáčková, H. (2015). *Máme dítě s ADHD. Rady pro rodiče*. Praha: Grada.

Kendíková, J. (2015). *Krok za krokem s ADHD. Praktická příručka pro rodiče předškoláků a školáků s ADHD*. Praha: Raabe.

Lechta, V. (ed). (2016). *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál.

Matoušek, O. (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál.

- Michalík, J., Baslerová, P., Růžička, M., Langer, J., Finková, D., Chrastina, J. (2018). *Postoje pedagogických pracovníků k vybraným aspektům společného vzdělávání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Miovský, M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada.
- Michalová, Z. (2007). *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobíáš.
- Michalová, Z., Pešatová, I. a kol. (2015). *Determinanty inkluzivního vzdělávání dětí s ADHD*. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta Univerzity J. E. Purkyně.
- Mrázová, E. In Machová, J. & Kubátová, D. a kol. (2015) *Výchova ke zdraví*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada Publishing.
- Munden, A. & Arcelus, J. (2008). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portál.
- Novosad, L. (2000) *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál.
- Paclt, I. & kol. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing.
- Pešek, R., Praško, J. & Štípek, P. (2013). *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. Praha: Portál.
- Przybyla, M. (2015). *Specifické poruchy chování a učení, jejich diagnostika a náprava*. Bakalářská práce (Bc.). Brno: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.
- Reif, S. (2010). *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010.
- Reimann-Höhn, U. (2018). *ADHD a ADD v dospívání*. Praha: Portál.

- Selikowitz, M. (2004). *ADHD: The Facts*. New York: Oxford University Press Inc.
- Škrlíková, P. (2015). *Hyperaktivní předškoláci: výchova a vzdělávání dětí s ADHD*. 1. vyd. Praha: Portál.
- Švaříček, R., & Šed'ová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (Vyd. 2). Praha: Portál.
- Třesohlavá, Z. a kol. (1983). *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum.
- Vágnerová, M. (2020). *Vývoj pozornosti a exekutivních funkcí*. Praha: Raabe.
- Vybíral, Z. (2016). *Jak se stát dobrým psychoterapeutem*. Praha: Portál.
- Wolfdieter, J. (2013). *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele*. Brno: Edika.
- Zelinková, O. (2003). *Poruchy učení*. 10. zcela přepr. a rozš. vyd. Praha: Portál.
- Zemánková, M. & Vyskotová, J. (2010). *Cvičení pro hyperaktivní děti: speciální pohybová výchova*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing.

Internetové zdroje

- Čablová, L & Miovský, M. (2015). Význam diferenciatní diagnostiky poruch osobnosti u pacientů s ADHD v léčbě. [online]. [cit. 2021-06-16]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1008>
- Čermáková, M., Papežová, H. & Uhlíková, P. *Porucha pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD): Příručka pro dospělé* [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Praha. [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: <https://alfons.vut.cz/wp-content/files/ADHD-ADD-broura.pdf>

Drtílková, I. (2008). *Kdy volit Stratteru pro léčbu hyperkinetické poruchy/ADHD*. *Pediatric pro praxi*, roč. 9, č. 4, s. 232-235. [online]. [cit. 2021-06-16]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/04/05.pdf>

Drtílková, I. (2010). *Concetra v léčbě hyperkinetické poruchy*. *Psychiatrie pro praxi*, roč. 11, č. 2, s. 77-82. [online]. [cit. 2021-06-16]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/02/10.pdf>

Groenman, A. P., Schwenen L. J. S., Dietrich A. & Hoekstra P. J. (2017). "An update on the safety of psychostimulants for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder." *Expert Opinion on Drug Safety* 16.4. [online]. [cit.15.6.2021]

MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabelární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [online]. [cit. 2021-02-18]. Dostupné na: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/mkn-tabelarni-cast_4-10-2018.pdf

Stárková, L. (2008). *Metylfenidát v léčbě ADHD – 10 let ambulantních zkušeností s léčbou*. *Psychiatrie pro praxi*, roč. 9, č. 6, s. 285-289. [online]. [cit. 2021-06-16]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/06/09.pdf>

Stárková, L. (2016). *ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe*. *Pediatric pro praxi*, roč. 17, č. 1, s. 16-21.[online]. [cit. 2021-6-15]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/01/04.pdf>

Zapletalová, J & Mrázková, J. (2014/2016) *Metodika pro nastavování podpůrných opatření ve školách ve spolupráci se školskými poradenskými pracovišti*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků. [online].[cit. 2021-6-22], dostupné na: http://www.nuv.cz/uploads/Metodika_pro_nastavovani_podpurnych_opatreni_unor_2016.pdf

<https://www.asistentpedagoga.cz/asistent-pedagoga/zakony-vyhlasiky/prace-asistenta-pedagoga>

<https://katalogpo.upol.cz/obecna-cast/6-skola-a-podpurna-opatreni/6-7-vychovny-poradce/>

<http://www.inkluzevpraxi.cz/kategorie-ucitel/1452-jak-podporit-dite-s-adhd-ve-skole>

<http://katalogpo.upol.cz/obecna-cast/personalni-podminky/12-2-4-skolni-psycholog/>

<http://katalogpo.upol.cz/obecna-cast/personalni-podminky/12-2-3-skolni-specialni-pedagog/>

<http://katalogpo.upol.cz/obecna-cast/personalni-podminky/12-2-1-asistent-pedagoga/>

<http://www.nuv.cz/projekty/rspp/skolni-metodik-prevence>

https://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/S/Speci%C3%A1ln%C4%9B_pedagogick%C3%A9_centrum

<http://www.nuv.cz/ramps/spc>

Použité zkratky

ADD - Attention Deficit Disorder = porucha pozornosti bez hyperaktivity

ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder = porucha pozornosti s hyperaktivitou

AP – asistent pedagoga

APA – Americká psychiatrická asociace

BAARS - Barkley Adult ADHD Rating Scale

DIVA – Diagnostické interview ADHD

DSM - diagnostický a statistický manuál mentálních poruch = mezinárodně užívaná příručka pro klasifikaci a statistiku mentálních poruch vytvořená Americkou psychiatrickou společností

EEG - elektroencefalografie

ICD – totéž co MKN

IVP – individuální vzdělávací plán

LDE – lehká dětská encefalopatie

LMD – lehká mozková dysfunkce

MKN - mezinárodní klasifikace nemocí = mezinárodně používaná publikace pro klasifikaci lidských nemocí a poruch vydávaná Světovou zdravotnickou organizací

MMD – minimální mozková dysfunkce

OCD – obsedantně-kompulzivní porucha

PET – pozitronová emisní tomografie

PLPP – plán pedagogické podpory

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

SPC – speciálně pedagogické centrum

SVP – středisko výchovné péče

ŠPP – školské poradenské pracoviště

ŠPZ – školské poradenské zařízení

VADPRS – Vanderbilt Assessment Scale = Vanderbiltova hodnotící škála

WHO - World Health Organization = Světová zdravotnická organizace

ZŠ – základní škola

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tabulka 1 Přehled poruch chování a emočních poruch v dětství a během dospívání podle MKN-10 (2008)	11
Tabulka 2 Subtypy ADHD.....	15
Tabulka 3 Příznaky kategorie nepozornost (dle DSM-V), převzato z: https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2016/01/04.pdf	20
Tabulka 4 Příznaky kategorie Hyperaktivita-Impulzivita (dle DSM-V), převzato z: https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2016/01/04.pdf	21
Tabulka 5 Porovnání běžných nežádoucích účinků u léků používaných při léčbě ADHD (Ptáček, 2018)	36
Tabulka 6 Nejčastější projevy žáků s diagnózou ADHD	55
Tabulka 7 Komorbidní diagnózy s procentuálním zastoupením.....	57
Tabulka 8 Podpůrná opatření využívaná respondenty.....	58
Tabulka 9 Předměty, na které mají respondenti přítomného AP	59
Tabulka 10 Metody výuky využívané respondenty pro podporu pozitivního klimatu včetně četnosti odpovědí.....	62
Tabulka 11 Pedagogičtí pracovníci využívaní respondenty pro komunikaci o problematice žáka s diagnózou ADHD	69
Graf 1 Věk respondentů.....	52
Graf 2 Pohlaví respondentů	52
Graf 3 Délka praxe respondentů.....	53
Graf 4 Mínění respondentů o problematice ADHD	53
Graf 5 Získávání informací o problematice ADHD	54
Graf 6 Zkušenosti pedagogů se žáky s diagnózou ADHD	55
Graf 7 Komorbidní poruchy u žáka s diagnózou ADHD	56
Graf 8 Důležitost doporučení z PPP a SPC	57
Graf 9 Přítomnost AP ve třídě se žákem s diagnózou ADHD	59
Graf 10 Počet vzdělávaných žáků s ADHD podle IVP	60
Graf 11 Pevně stanovená pravidla chování a práce ve třídě s žákem s diagnózou ADHD	60
Graf 12 Dodržování pravidel a řádu ve třídě	61
Graf 13 Využívání metod pro podporu pozitivního klimatu třídy	61

Graf 14 Příprava speciálních příprav do výuky pro žáka s diagnózou ADHD.....	62
Graf 15 Rozdílnost úkolů pro žáky s diagnózou ADHD a ostatní žáky.....	63
Graf 16 Rozdělování úkolů u žáků s diagnózou ADHD na kratší úseky	64
Graf 17 Ověřování, zda žák s diagnózou ADHD rozuměl zadanému úkolu	64
Graf 18 Ověřování si, zda si žák s diagnózou ADHD zapsal úkol	65
Graf 19 Styl odměňování úspěchů žáka s ADHD respondenty	65
Graf 20 Hodnocení žáka s diagnózou ADHD.....	66
Graf 21 Znalost rodiny žáka s diagnózou ADHD respondenty	66
Graf 22 Způsob komunikace pedagogů s rodinou žáka s ADHD	67
Graf 23 Frekvence informování rodiny žáka s ADHD o jeho chování	67
Graf 24 Spolupráce respondentů s rodinou žáka s ADHD při domácí přípravě.....	68
Graf 25 Konzultování problematiky vzdělávání žáka s ADHD s dalšími pracovníky ..	69
Obrázek 1 Komorbidní poruchy u jedinců s ADHD (převzato z: https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/04/05.pdf).....	25
Obrázek 2 Vlevo předloha pro obkreslování, vpravo kresba osmiletého chlapce s ADHD (Vágnerová, 2020)	25
Obrázek 3 Přehled léčiv užívaných v terapii ADHD. Převzato z: https://lh3.googleusercontent.com/proxy/Y1Gb7I3-0VThBqYk9VxjV-jABGPlqPLJqmeN-wZfh3Pm5YEzSMT2vG517b-Usg0iQSlz8em5g8tZznaIejh_DLeCMisHUoH3_H6qJT8GCu-4XcaB8a1nIQRmJEq1nIKYbwccdsG3UBmZFo0meF2fbuc_st63ukHI-yrKtA	34

Přílohy

Příloha č.1 - dotazník k vypracování praktické části diplomové práce

Vážení respondenti,

jmenuji se Martina Soběhartová, studuji Pedagogickou fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oborovou kombinaci český jazyk a společenské vědy. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění níže uvedeného dotazníku s cílem sběru dat k vypracování praktické části méj diplomové práce. Tématem práce jsou Přístupy učitelů druhého stupně základních škol k inkluzi žáků s poruchou ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder neboli porucha pozornosti s hyperaktivitou) do běžných tříd. Dotazník se skládá z 29 otázek. U otevřených otázek prosím o stručnou slovní odpověď. Odpovědi jsou anonymní a budou využity pouze k vypracování praktické části mé diplomové práce.

Děkuji za Váš čas a ochotu.
Bc. Martina Soběhartová

1. Jaký je váš věk?
2. Jaké je vaše pohlaví?
3. Jaká je délka vaší praxe?
4. Jak byste ohodnotili vaše znalosti v oblasti problematiky vzdělávání žáků s diagnózou ADHD? (1 – velmi dobře - 5 – neznám vůbec)
1 2 3 4 5
5. Informace o vzdělávání žáka s diagnózou ADHD čerpáte nejčastěji:
ze studia na VŠ
z internetu
z odborných publikací
od ostatních kolegů
jinou formou: (uved'te jak)
6. S kolika žáky s diagnózou ADHD máte zkušenost?
0
1
2 a více (pokud volíte tuto možnost, v dalších otázkách se zaměřte pouze na jednoho z vybraných žáků s diagnózou ADHD)
7. Jakým způsobem se u tohoto žáka nejčastěji ADHD projevovalo? Napište 3 nejčastější projevy.
.....
.
8. Měl tento žák další diagnózy? (pokud ano, napište jaké)
ano, ...
ne

9. Jakou váhu má pro vás doporučení pro žáka s diagnózou ADHD z PPP nebo SPC?
 beru ho jako nejdůležitější informaci o žákovi
 beru ho v potaz při přípravě výuky žáka s ADHD
 neberu ho jako důležitý
 nemám ho k dispozici
 vůbec se o něj nezajímám
10. Jaká nejčastější podpůrná opatření u žáků s diagnózou ADHD využíváte? Napište alespoň 3 možnosti:

 .
11. Je do třídy se žákem s diagnózou ADHD přidělen asistent pedagoga?
 ano
 ne (přejděte k otázce č.13)
12. Na jaké předměty máte asistenta pedagoga k dispozici?

 .
13. Vzděláváte žáka s diagnózou ADHD podle individuálního vzdělávacího plánu?
 ano
 ne
14. Máte ve třídě pevně stanovená pravidla chování a práce ve třídě? (pokud ne, přejděte k otázce č. 16)
 ano
 ne
15. Dbáte na dodržování těchto pravidel?
 ano
 spíše ano
 spíše ne
 ne
16. Používáte ve výuce metody, které vedou k podpoře pozitivního klimatu třídy? Pokud ano, uveďte jaké.
 ano, ...
 ne
17. Děláte pro žáka s diagnózou ADHD speciální přípravy na hodiny?
 ano, vždy
 většinou ano
 občas
 spíše se
 vůbec ne

18. Dáváte žákovi s diagnózou ADHD rozdílné úkoly než ostatním? Pokud ano, v čem jsou jiné.

- ano,...
- ne, dávám stejné úkoly všem žákům

19. Rozdělujete úkoly žákům s ADHD na kratší úseky?

- ano, vždy
- občas
- nerozděluji

20. Ověřujete si, zda žák s diagnózou ADHD rozuměl zadanému úkolu?

- vždy
- velmi často
- občas
- spíše ne
- neověřuji

21. Dbáte na to, aby si žák s ADHD zapsal úkoly do zápisníku či sešitu?

- kontroluji ho vždy
- kontroluji ho stejně jako ostatní žáky
- nekontroluji

22. Jak často odměňujete žáka s ADHD?

- za každý malý úspěch
- více než ostatní žáky
- za stejné úspěchy jako ostatní žáky
- méně než ostatní žáky

23. Jakým způsobem žáka s ADHD hodnotíte?

- zámkou
- slovně
- kombinací obou možností

24. Znáte rodinu žáka s ADHD (sociální zázemí, rodinné vztahy, styl výchovy...)? (1 – velmi dobře - 5 – neznám vůbec)

1 2 3 4 5

25. Jakým způsobem nejčastěji komunikujete s rodiči žáka?

- osobně
- telefonicky (hovor)
- telefonicky (SMS)
- písemně (žákovská kniha, notýsek)
- e-mailem

26. Jak často informujete rodiče o chování žáka s ADHD?

- denně
- každý týden
- každý měsíc
- neinformuji

27. Spolupracujete s rodinou žáka s ADHD, např. při domácí přípravě na výuku, zadávání domácích úkolů apod.?

- velmi často
- často
- občas
- zřídka
- vůbec nespolupracuji

28. Konzultujete problematiku žáků s ADHD s dalšími pedagogickými pracovníky?

Pokud ano, s jakými.

- ano,...
- ne