



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Dítě s ADHD v prostředí dětského domova

Vypracoval: Kristýna Klimešová
Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Bílková, Ph.D

České Budějovice 2023

Čestné prohlášení:

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

V Českých Budějovicích, 6. 6. 2023

.....

Klimešová Kristýna

Poděkování

Děkuji všem, kteří přispěli k vypracování předkládané bakalářské práce, především pak vedoucí práce paní Mgr. Zuzaně Bílkové, Ph.D. za cenné rady, vedení a konzultace.

Dále bych chtěla poděkovat panu vedoucímu vychovateli dětského domova, ve kterém jsem realizovala svůj výzkum a také respondentkám, které se na výzkumu podílely.

Abstrakt

Bakalářská práce „Dítě s ADHD v prostředí dětského domova“ si klade za cíl zjistit, jaké zkušenosti mají pracovníci dětského domova s dětmi, kterým byla diagnostikována porucha pozornosti s hyperaktivitou. Práce se skládá ze dvou částí - části praktické a teoretické. V teoretické části jsou popsány příčiny vzniku, diagnostická kritéria a léčba syndromu ADHD. Dále jsou zde popsány jak základní skupiny symptomů, tak i symptomy přidružené. Poslední kapitola teoretické části popisuje zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Praktická část je realizována pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky dětského domova a vlastním pozorováním. Získaná data jsou analyzována metodou „vyložení karet“. Ze získaných dat vyplývá, že děti s ADHD nejsou v dětském domově brány jako specifická skupina, vychovatelé se v rámci svých možností snaží pracovat s potížemi, které s sebou porucha nese a výchovné a vzdělávací potřeby těchto dětí jsou v dětském domově naplňovány bez větších potíží.

Klíčová slova: ADHD, hyperkinetická porucha, dětský domov, dítě, hyperaktivita, impulzivita, porucha pozornosti

Abstract

The bachelor's thesis " Child with ADHD in the Children's Home" aims to find out what experiences children's home workers have with children who have been diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. The work consists of two parts - practical and theoretical. The theoretical part describes the causes of the disorder, diagnostic criteria and treatment of ADHD syndrome. Besides that, the thesis describes the basic and also the associated syndromes of the disorder. In the conclusion of the theoretical part are described the facilities for institutional and protective education. The practical part consists of the semi-structured interviews with children's home workers and observation. The obtained data are analyzed with the "card layout" method. The analysis shows that children with ADHD are not treated as a specific group in the children's home, the educators try to work with the difficulties that the disorder brings as much as possible, and the educational needs of these children are fulfilled in the children's home without major difficulties.

Key words: ADHD, hyperkinetic disorder, children's home, child, hyperactivity, impulsivity, inattention

Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 ADHD – Porucha pozornosti s hyperaktivitou.....	9
1.1 Definice ADHD	9
1.2 Příčiny a výskyt ADHD	10
1.3 Diagnostika ADHD	12
1.3.1 Diagnostická kritéria podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)	13
1.3.2 Diagnostická kritéria podle Diagnostického a statického manuálu Americké psychiatrické společnosti (DSM-5)	14
1.4 Léčba	16
2 Symptomy.....	18
2.1 Porucha pozornosti.....	18
2.2 Hyperaktivita.....	19
2.3 Impulzivita	21
2.4 Další symptomy dle Jucovičové a Žáčkové	23
2.4.1 Percepčně motorické poruchy.....	23
2.4.2 Poruchy paměti	23
2.4.3 Poruchy myšlení a řeči.....	24
2.4.4 Emoční poruchy a poruchy chování	24
2.4.5 Poruchy exekutivních funkcí	25
2.5 Projevy ADHD v jednotlivých vývojových stádiích	26
2.5.1 Kojenecké období	26
2.5.2 Batolecí věk	26
2.5.3 Předškolní období	26
2.5.4 Školní věk	27
2.5.5 Adolescence	27
3 Ústavní výchova v České republice	28
3.1 Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy	28
3.1.1 Diagnostický ústav.....	29
3.1.2 Dětský domov	31
3.1.3 Dětský domov se školou	32
3.1.4 Výchovný ústav	33
3.2 Kdo je zřizuje?	33
PRAKTICKÁ ČÁST	34

4	Cíl výzkumu	34
5	Výzkumné otázky	34
6	Metodologie výzkumu	34
6.1	Polostrukturovaný rozhovor	35
6.2	Pozorování	35
6.3	Analýza získaných dat	35
6.4	Etické zásady výzkumu	36
7	Vlastní výzkum	36
7.1	Respondenti výzkumu	36
7.2	Charakteristika dětského domova	37
7.3	Soubor připravených otázek pro rozhovory s respondenty	39
7.4	Výsledky výzkumného šetření	40
7.5	Vyhodnocení výzkumného šetření	44
8	Diskuze	45
9	Závěr	48
	Použité zdroje:	50
	Elektronické zdroje:	51
	Seznam použitých obrázků:	53
	Seznam použitých zkratk:	54
	Seznam příloh:	55
	Příloha č. 1	56
	Příloha č. 2	57

ÚVOD

ADHD neboli porucha pozornosti s hyperaktivitou je dnes jednou z nejčastěji diagnostikovaných poruch v dětském věku. Tento syndrom je specifický třemi základními skupinami projevů a to je porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. U dětí se syndromem ADHD lze pozorovat i přidružené poruchy, které se syndromem úzce souvisí. Projevy se mohou během jednotlivých vývojových stádií měnit a v důsledku dozrávání centrální nervové soustavy a působení vlivů prostředí, ve kterém se dítě pohybuje také mírnit. Přestože se dříve předpokládalo, že děti z ADHD „vyrostou“, u přibližně dvou třetin jedinců přetrvává porucha pozornosti do dospělosti. V literatuře také nalézáme informace o velkých rozdílech ve výskytu ADHD mezi pohlavím. Uvádí se, že diagnóza ADHD je třikrát častější u chlapců nežli u dívek.

V dětském domově se diagnóza ADHD objevuje u 5 až 10% dětí. Při práci s ADHD dětmi je důležitá individuální péče, to však v zařízení jako je dětský domov není vždycky samozřejmostí.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké zkušenosti mají pracovníci dětského domova s dětmi, kterým byla diagnostikována právě porucha pozornosti s hyperaktivitou.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou popsány příčiny vzniku, diagnostika, léčba, symptomy syndromu ADHD a také zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Praktická část obsahuje popis metodiky výzkumu, charakteristiku dětského domova, ve kterém výzkum probíhal a samotný výzkum.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ADHD – Porucha pozornosti s hyperaktivitou

1.1 Definice ADHD

Zkratka ADHD vychází z anglického termínu Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Jedná se o neurovývojovou poruchu, která je charakterizována deficitem pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou. (Stárková, 2016, [online])

V minulosti se pojmenování poruchy se symptomy ADHD mnohokrát změnilo. Jelikož byl tento syndrom dříve popisován pouze u dětí, odpovídá tomu také odborná terminologie. Přibližně od padesátých let minulého století se pro neklidné, pohyblivé, nepozorné a impulzivní děti používal termín LDE – lehká dětská encefalopatie. Později se u nás začal používat termín LMD – lehká mozková dysfunkce souběžně s termínem MMD – malá (minimální) mozková dysfunkce. Pro variantu syndromu, která se týkala neklidných, nesoustředěných a hyperaktivních dětí se používalo označení hyperaktivní (hyperkinetický) syndrom. Varianta popisující v podstatě opak a to děti, které měly své „vnitřní světy“, často nevnímaly realitu kolem sebe a byly nápadně pomalé nejen ve škole, ale i v běžných pracovních činnostech byla označována jako hypoaktivní (hypokinetický) syndrom. (Žáčková a Jucovičová, 2017)

V současné době se nejčastěji používají dva termíny, které vycházejí z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) Světové zdravotnické organizace a z pojetí Americké psychiatrické asociace (podle DSM-5). V souladu s MKN-10 je užíván termín hyperkinetická porucha. Častěji se však využívá pojem ADHD dle DSM-5, který je nyní akceptován jak odbornou, tak i laickou veřejností. (Ptáček a Ptáčková, 2018) *„Pojem hyperkinetická porucha bývá častěji využíván ve zdravotnictví, ve školské a v pedopsychologické poradenské praxi se jsme si zvykli více využívat termín ADHD.“* (Žáčková a Jucovičová, 2017, s. 16)

Barkley (in Zelinková 2015, s. 196) uvádí pro ADHD tuto definici: *„ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické.“*

Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění...”

11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která se v České republice ještě zcela nepoužívá, neboť se stále pracuje na jejím překladu, popisuje syndrom ADHD jako poruchu pozornosti s hyperaktivitou, která je charakterizována přetrvávajícím vzorem (nejméně 6 měsíců) nepozornosti a/nebo hyperaktivity-impulzivity, která má přímý negativní dopad na akademické, pracovní nebo sociální fungování. (ICD-11, 2022,[online], vlastní překlad)

1.2 Příčiny a výskyt ADHD

Příčiny vzniku ADHD nejsou doposud plně objasněny. Je však zřejmé, že na vzniku poruchy se podílí celá řada faktorů.

Mezi rizikové faktory, které mohou zapříčinit vznik syndromu ADHD lze zahrnout na jedné straně faktory dědičnosti, na druhé straně vlivy prostředí. V současné době bývá uváděn vysoký podíl genetických faktorů (až 60%). Jako další faktor pro vznik syndromu bývá uváděno drobné, minimální poškození centrální nervové soustavy v raných vývojových obdobích – v době prenatalní, perinatální a časně postnatální (kdy je centrální nervová soustava plodu a novorozence – zejména u chlapců – značně zranitelná), dále biochemické změny. (Žáčková a Jucovičová, 2017) „Častá bývá také kombinace všech vlivů. V některých případech nelze rizikové vlivy pro vznik ADHD jednoznačně určit.“ (Žáčková a Jucovičová, 2017, s. 20)

Mezi výše zmíněné prenatalní příčiny můžeme zařadit komplikace v těhotenství jako například krvácení do děložní sliznice, infekční onemocnění matky - spalničky, zarděnky, příušnice, chřipky a další. Rovněž sem můžeme zařadit také užívání alkoholu a drog v těhotenství, vysoký věk matky (i otce) a také psychickou zátěž matky.

Mezi příčiny perinatální můžeme zařadit komplikace kolem porodu jako například asfyxii (přerušení dodávky kyslíku do organismu) a následky vzniklé mechanickým poškozením hlavičky, například při klešťovém porodu. Vliv může mít také nedonošenost s nízkou porodní váhou, tedy předčasný porod, ale i prodloužené těhotenství.

Mezi časně postnatální příčiny jsou řazeny úrazy a operace dítěte po narození s možnými důsledky.

U laické veřejnosti lze zaznamenat někdy i médii podporovaný výskyt teorií o vzniku hyperaktivity vlivem neadekvátní nebo nezdravé výživy (zvláště v důsledku zvýšeného příjmu cukru) v dětství, případně během těhotenství matky. Tyto teorie nebyly ale nikdy vědecky prokázány. Je však prokázáno, že u dětí, které již hyperaktivní byly, může mít nezdravá strava negativní vliv na zvýšení projevů hyperaktivity – zaznamenávána je pak ještě více snížená schopnost koncentrovat pozornost, zvýšená motorická aktivita, impulzivita a afektivita. Proto je dodržování zásad zdravé výživy u dětí (ale i dospělých) s ADHD důležité. (Pugnerová a Kvitová, 2016)

Dříve se předpokládalo, že děti z ADHD „vyrostou“, v současné době je známo, že u řady jedinců přetrvává tento syndrom do adolescence někdy i do dospělosti. V různém věkovém období má však ADHD odlišné projevy. *„U menších dětí se jedná zejména o poruchu inhibice jak v chování, tak emocích. S přibývajícím věkem se některé projevy ADHD mění, např. motorická hyperaktivita a impulzivita se projevuje více vnitřním neklidem, obtíže se vyskytují i v sociální oblasti.“* (Ptáček a Ptáčková, 2018, s. 24)

Výskyt syndromu ADHD v populaci se podle různých zdrojů poněkud liší. U dětí je uváděn výskyt v rozmezí 4-19 % podle DSM, podle MKN pouze 1-3 % z populace. Studie se ale v celku shodují na procentuálním přetrvávání syndromu do dospělosti, a to ve 40-50 %, u dospívajících až v 80 %. (Žáčková a Jucovičová, 2017) V literatuře nalézáme informace o velkých rozdílech ve výskytu ADHD mezi pohlavím, s jednoznačným vyšším výskytem u chlapců než u dívek. (Ptáček a Ptáčková, 2018)

Chlapci s ADHD obvykle vykazují externalizované příznaky, jako je běhání a impulzivita. Na druhé straně dívky typicky vykazují internalizované symptomy, mezi které patří nepozornost a nízké sebevědomí. Chlapci bývají také fyzicky agresivnější a své frustrace projevují navenek, zatímco dívky mají tendenci být agresivnější verbálně a obracejí svou bolest a vztek dovnitř, čímž jsou vystaveny zvýšenému riziku deprese, úzkosti a poruch příjmu potravy. (Salari a kol., 2023, [online], vlastní překlad)

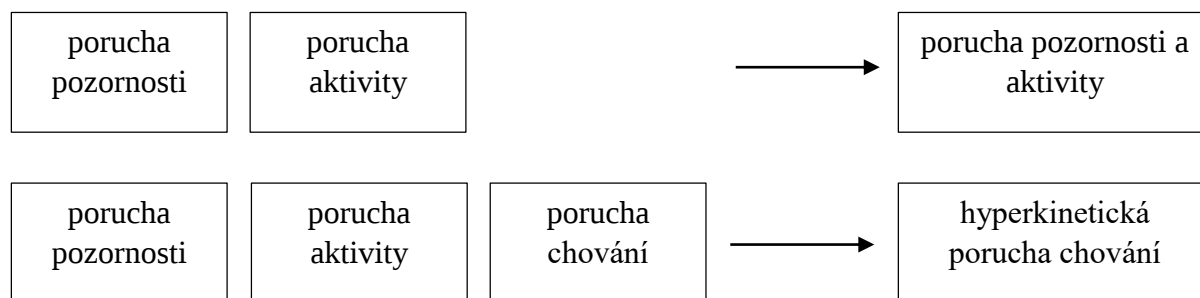
1.3 Diagnostika ADHD

V zásadě existují dvě používané metodiky pro diagnostiku ADHD. Jsou to již výše zmiňovaná metodika MKN-10 Světové zdravotnické organizace a DSM-5 Americké psychiatrické asociace. Tyto metodiky se liší především tím, že označují stejné symptomy rozdílnými termíny. „Hlavní rozdíl však spočívá v rozdílném vyčlenění subtypů:

- *Hyperkinetické poruchy podle kritérií MKN-10 zahrnují*
 - *subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (F 90.0)*
 - *subtyp hyperkinetické poruchy chování (F 90.1)*

Pro diagnózu je nutné, aby byly přítomny společně všechny základní příznaky poruchy (poruchy pozornosti a hyperaktivity, případně impulzivita považována za přidružený příznak, který však pomáhá poruchy potvrdit)“ jak uvádí Drtílková. (Drtílková a Šerý, 2007, s. 21 a 22)

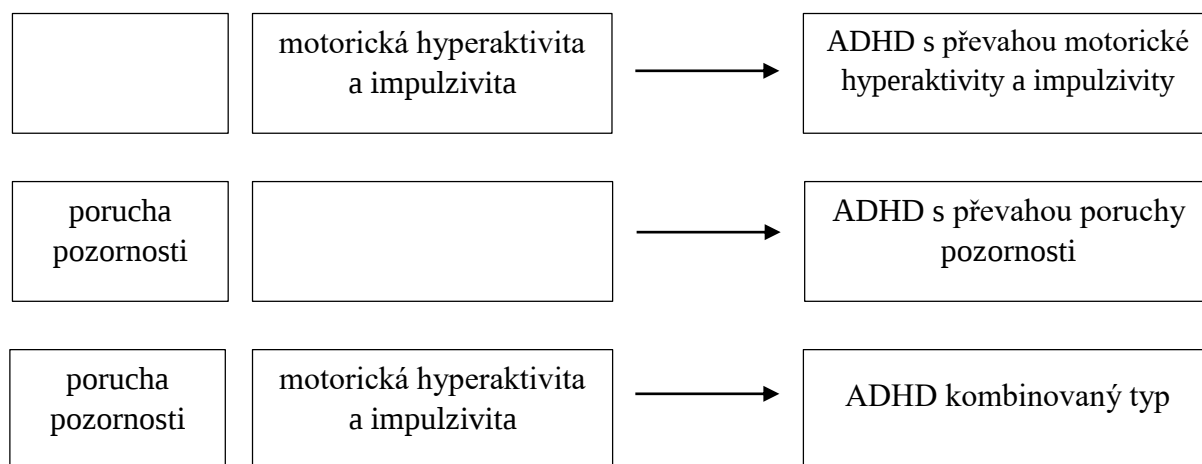
Obr. č. 1: Klasifikace MKN-10



(Žáčková a Jucovičová, 2017)

- Diagnostický manuál DSM-5 definuje tři základní subtypy ADHD
 - převážně hyperaktivně-impulzivní subtyp (ADHD-H)
 - převážně nepozorný subtyp (ADHD-I)
 - kombinovaný subtyp (ADHD-C) (Drtílková a Fiala, 2016, [online])

Obr. č. 2: Klasifikace DSM-5



(Žáčková a Jucovičová, 2017)

1.3.1 Diagnostická kritéria podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)

Podle MKN-10 je pro diagnózu nutná přítomnost dvou hlavním symptomů, kterými jsou porucha pozornosti a hyperaktivita, které jsou často doprovázeny impulzivitou, případně jinými přidruženými příznaky. Porucha se objevuje před sedmým rokem života a musí trvat nejméně 6 měsíců. Projevy jsou trvalé, objevují se ve více situacích (například doma či ve škole) a jejich míra je nepřiměřená mentálnímu věku dítěte.

Kritéria hyperkinetické poruch dle MKN-10:

Porucha pozornosti (musí být přítomno alespoň 6 příznaků z 9)

- obtížně koncentruje pozornost,
- nedokáže udržet pozornost,
- neposlouchá,
- nedokončuje úkoly,
- vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí,
- nepořádný, dezorganizovaný,
- ztrácí věci,
- roztržitý,
- zapomnětlivý.

Hyperaktivita (musí být přítomny alespoň 3 příznaky z 5)

- a. neposlouchá, vrtí se,
- b. nevydrží sedět na místě,
- c. pobíhá kolem,
- d. vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho,
- e. je v neustálém pohybu,
- f. mnohomluvný.

Impulzivita (musí být přítomen alespoň 1 příznak ze 4)

- a. nezdrženlivě mnohomluvný,
- b. vyhrkne odpověď bez přemýšlení,
- c. nedokáže čekat,
- d. přerušuje ostatní. (cit. dle Drtílková a Šerý, 2007)

1.3.2 Diagnostická kritéria podle Diagnostického a statického manuálu Americké psychiatrické společnosti (DSM-5)

Podobně jako MKN-10 i DSM-5 hovoří o tom, že příznaky ADHD musí být přítomny ve dvou prostředích. Nestačí tedy, aby dítě mělo projevy pouze v rodině, musí stejné projevy vykazovat i v jiném prostředí. U dětí v předškolním věku jsou dominantní projevy hyperaktivity. Dítě je neustále v pohybu, pobíhá, je rušivé, sobě nebezpečné, atd. Důsledky nepozornosti se projevují především v mladším školním věku, kdy je předpokládána schopnost kvalitního a vytrvalého soustředění na školní práci. (Stárková, 2016, [online])

Souhrn základních příznaků dle DSM-5:

Nepozornost

„Šest (nebo více) následujících příznaků musí přetrvávat po dobu delší než šest měsíců a jsou takového stupně, který neodpovídá vývojové úrovni jedince, a mají přímý negativní dopad na sociální nebo školní/pracovní aktivity:“ (DSM-5, 2015, s. 61)

- a. často nevěnuje plnou pozornost detailům nebo dělá chyby z nepozornosti při práci ve škole nebo během jiných aktivit,
- b. často nedokáže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hře,
- c. často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká
- d. často nesleduje instrukce a selhává v dokončení školní úlohy nebo domácí práce,

- e. často má problémy s organizováním úkolů a aktivit,
- f. často se vyhýbá úkolům vyžadující trvalé duševní úsilí, nemá je rád nebo se mu je nechce dělat,
- g. často ztrácí věci, které potřebuje pro určité úkoly a aktivity,
- h. dá se snadno rozptýlit vnějšími podněty,
- i. během denních aktivit je často zapomnětlivý. (DSM-5, 2015)

Hyperaktivita a impulzivita

Stejně jako u nepozornosti také u hyperaktivity a impulzivity platí, že „šest (nebo více) následujících příznaků musí přetrvávat nejméně šest měsíc, příznaky jsou takového stupně, který neodpovídá vývojové úrovni jedince, a mají přímý negativní dopad na sociální nebo školní/pracovní aktivity:“ (DSM-5, 2015, s. 61)

- a. často neklidně pohybuje nebo poklepává rukama či nohama nebo se vrtí na židli,
- b. často odchází z místa v situacích, kdy se očekává, že by měl sedět,
- c. často pobíhá nebo není schopen klidně sedět v situacích, kdy to není vhodné,
- d. často si nedokáže klidně hrát nebo se pokojně zapojit do volnočasových aktivit,
- e. je stále „v pohybu“, jakoby byl „poháněn motorem“,
- f. často nadměrně mluví,
- g. často vyhrkne odpověď na otázku dřív, než byla otázka dokončena,
- h. často není schopen počkat, než na něj přijde řada,
- i. často přerušuje nebo vyrušuje ostatní. (DSM-5, 2015)

Základem každého diagnostického procesu je řádné komplexní pedopsychiatrické vyšetření. Při diagnostickém postupu by se nejprve mělo zjistit, zda přítomnost klinických projevů ADHD naplňuje kritéria diagnostického manuálu. Poté je důležité zjistit informace ze školního prostředí o projevech dítěte ve škole. Pokud nejsou výsledky všech hodnotitelů (rodič, učitel) v souladu, je nutné pátrat po jiných příčinách problémového chování dítěte. (Stárková, 2016, [online])

Jak uvádějí Munden a Arcelus: „*Celkové vyšetření zahrnuje pečlivé posouzení symptomů a zdravotní, psychiatrické, psychologické, studijní, osobní i rodinné anamnézy. Takové informace se shromažďují z lékařských zpráv, z rozhovorů, které učinil někdo jiný, z klinických pozorování a vyšetření. Pokud je to nutné, lze si vyžádat odborné posudky a vyšetření od jiných zdravotníků nebo učitelů. Zabere to hodně času, ale má-li se dojít k přesným závěrům ohledně symptomů a potřeb dítěte, pak je to nezbytné. Žádný jedině správný diagnostický test na ADHD neexistuje. Přesto je nutné tuto poruchu přesně odlišit od jiných psychických a psychologických poruch.*“ (Munden a Arcelus, 2008, s. 60 a 61)

1.4 Léčba

Ačkoli ADHD není porucha, která by dítě bezprostředně ohrožovala, ovlivňuje jeho vývoj a snižuje možnosti sociálního uplatnění dítěte. Až v 80 % neléčených případů přechází ADHD do dospělosti. Jedinci poté nemusí dosáhnout uplatnění odpovídající jejich schopnostem a vztahy s vrstevníky bývají často problematické. V dospělosti je pak u jedinců s ADHD vyšší riziko výskytu dalších poruch jako např. poruchy chování, antisociální poruchy osobnosti a závislosti na návykových látkách.

Při vhodné léčbě má dítě větší možnost rozvinout své schopnosti a dosáhnout tak odpovídajícího sociálního i profesního postavení. Na léčbě ADHD by vždy měl spolupracovat lékař – zvláště dětský psychiatr, psycholog, rodiče a učitelé dítěte. Metod a postupů, které se v současné době využívají, je mnoho. Léčba se však zaměřuje následující směry:

- 1. farmakologický přístup,**
- 2. nefarmakologický přístup,**
- 3. kombinace postupů.** (Ptáček a Ptáčková, 2018)

V rámci farmakoterapie se u dětí s diagnózou ADHD nejčastěji využívají přípravky ze skupiny stimulantů. Mezi stimulanty patří mimo jiné i u nás dostupný methylfenidát. (Theiner, 2012, [online]) Pro děti mladšího školního věku je vhodnější přípravek, který obsahuje methylfenidát ve formě s krátkodobým působením. Takovým přípravkem je například Ritalin. Naopak u starších dětí volíme přípravek Concerta, obsahující methylfenidát OROS, který se uvolňuje pozvolna a jeho účinek tak trvá až 12 hodin. (Stárková, 2016, [online]) Oba tyto přípravky mohou být podávány dětem starším 6 let s řádně stanovenou diagnózou.

Zvláště u dětí je důležité průběžně upravovat dávky léků podle toho, jak se mění věk a hmotnost pacienta. (Theiner, 2012, [online]) Někteří lékaři nedoporučují užívání léků při léčbě ADHD kvůli obavám z vedlejších účinků. Mírné až středně závažné nežádoucí účinky jsou běžné u léků používaných při léčbě ADHD včetně poruch spánku, růstu a nechutenství. Závažnější nežádoucí účinky se projevují vzácně. (Ogundele a kol., 2023, [online], vlastní překlad)

Z nefarmakologických postupů je pro menší děti nejúčinnější rodičovský trénink. (Theiner, 2012 [online]) Tato technika je převážně zaměřena na rodiče, nikoli přímo na dítě. Terapeut vybere ze škály psychologických postupů ty nápravy, jež jsou vyhovující pro konkrétní rodinu, a spolu s rodiči připraví plán nápravy, který jim pak pomůže zavést do praxe. (Munden a Arcelus, 2008) Další nefarmakologické postupy, které jsou využívány u menších dětí, spočívají například v nácviku sebeovládání či ve vytváření optimálních podmínek pro rozvoj intelektu a schopností dítěte. U starších dětí a dospělých je upřednostňována kognitivně behaviorální terapie. (Medřická a kol., 2007, [online]) Terapie je zaměřena na nácvik nového chování a jednání, které nahradí původní problémové chování. Dále se pacient učí zvládat běžné denní situace a aktivity, organizovat pracovní činnosti a také plánovat a dodržovat termíny. (Cahová a kol., 2010, [online])

Jelikož se léčba ADHD zaměřuje na několik důležitých oblastí, kterými jsou např. úprava symptomů, zklidnění rodinných konfliktů, zaměření se na problémy se vzděláváním a zaměstnáváním a také léčba psychiatrických komorbidit, měla by zahrnovat jak farmakologické tak nefarmakologické postupy. (Theiner, 2012, [online])

2 Symptomy

Syndrom ADHD je specifický třemi základními skupinami projevů a to je porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. U dětí se syndromem ADHD lze pozorovat i přidružené poruchy, které se syndromem úzce souvisejí. Jedná se o percepčně motorické poruchy – poruchy motoriky, motorické a senzomotorické koordinace a poruchy percepčních funkcí, zejména zrakového a sluchového vnímání. Dále můžeme pozorovat poruchy dalších kognitivních funkcí, zejména poruchy paměti (zvláště paměti krátkodobé a pracovní), poruchy v oblasti myšlení a řeči. Se syndromem souvisejí i emoční poruchy a následně poruchy chování. Velmi často se u dětí s ADHD objevují i specifické poruchy učení, které u hyperaktivních dětí bývají nezdědka umocněny kolísáním schopnosti koncentrace pozornosti, impulzivitou a poruchami paměti a řeči. (Jucovičová a Žáčková, 2015)

„Některé z těchto poruch bývají u dětí pozorovány již od útlého věku, jiné začnou vystupovat výrazněji v obdobích, kdy jsou na dítě kladeny zvýšené nároky.“ (Jucovičová a Žáčková, 2015, s. 38)

2.1 Porucha pozornosti

Poruchy pozornosti jsou nejtypičtějším projevem syndromu ADHD jak u dětí, tak i u dospělých. (Žáčková a Jucovičová, 2017) *„Porucha pozornosti se projevuje tím, že dítě přeruší předčasně práci na úkolu a zanechá činnost nedokončenou, přechází od jedné činnosti ke druhé, pracuje povrchně, pomíjí okrajové detaily, není schopno soustavně vnímat instrukce. Děti často selhávají při činnosti, která vyžaduje duševní úsilí, vytrvalost a trpělivost.“* (Drtílková a Šerý, 2007, s. 73) Ve školním věku ztěžuje porucha pozornosti dítěti většinou celkově učení a přípravu na výuku. Dítě s ADHD nedokáže kvůli hyperaktivitě déle koncentrovat pozornost, což mu brání v získávání nových informací a následně také v jejich kvalitním zapamatování. (Žáčková a Jucovičová, 2017) Děti bývají nepořádné, stále něco zapomínají a hledají, ztrácejí hračky a později pak školní pomůcky. (Drtílková a Šerý, 2007)

U dětí s poruchou pozornosti zaznamenáváme zejména:

- **Nesoustředěnost, nepozornost**

Pozornost je kolísavá (bývá přítomna nepřiměřená fluktuace pozornosti bez zjevné příčiny), nevýběrová (dávají pozor „na všechno“). Neoddělují podstatné od nepodstatného. Jejich pozornost může být ulpívavá – ulpí na jednom podnětu a nedokáže se od něj lehce odpoutat.

- **Rychlou unavitelnost, krátkodobost koncentrace pozornosti**

Rozsah pozornosti je snížený. Soustředí se jen po určitou dobu, pak kvalita a rozsah soustředění klesá.

- **Netrpělivost, těkavost**

Vlivem snížené schopnosti koncentrace pozornosti se jeví jako netrpělivi. Nevydrží dlouho čekat, jsou neklidní. Působí dojmem, že těkají od jedné věci ke druhé – i v řeči přebíhají od jednoho tématu ke druhému.

- **Neschopnost dokončit započatou práci**

Vlivem fluktuace pozornosti mívají tendenci odbíhat od práce k něčemu jinému. Případně se rychleji unaví a již nedokáží podávat adekvátní výkon, což vede k nedokončení započaté činnosti.

- **Výkyvy ve výkonnosti**

Kolísání pozornosti způsobuje kolísání výkonnosti. Což se u dětí projevuje právě výkyvy ve studijním výkonu. (Žáčková a Jucovičová, 2017)

2.2 Hyperaktivita

Hyperaktivitu – zvýšenou motorickou aktivitu, začínáme pozorovat již v období, kdy se dítě začíná samostatně pohybovat. (Žáčková a Jucovičová, 2017) „*Hyperaktivita se projevuje jako puzení k neustálému pohybu, k neúčelné činnosti, děti mají potíže zůstat v klidu a relaxovat.*“ (Drtílková a Šerý, 2007, s. 74) Hyperaktivní děti bývají velmi zvědavé a také často motoricky méně obratné, proto u nich bývají ve větší míře zaznamenávány úrazy. Hyperaktivita se stává problémem v batolecím a předškolním období, kdy dítě nastupuje do mateřské školy. Dítě se zvýšenou motorickou aktivitou se hůře podřizuje režimu školky a svojí hyperaktivitou jej narušuje. (Žáčková a Jucovičová, 2017)

„Školní děti bývají nápadně pohyblivé, živé a neklidné, a to i v situacích, které klid vyžadují.“ (Drtílková a Šerý, 2007, s. 74) Děti nedokáží delší dobu klidně sedět na místě, neustále se vrtí, vstávají ze židle. Bývají hlučné, upovídané, ruší ostatní spolužáky a obvykle je nebaví aktivity, při kterých je nutný klid a ticho. (Drtílková a Šerý, 2007)

U jedinců jsou pozorovány zejména:

- **Změna aktivační úrovně CNS, převládá zvýšená aktivita, tlumící procesy jsou opožděné**

U menších dětí pozorujeme spíše rychlou unavitelnost, která se projevuje zvýšeným neklidem a hyperaktivitou. U dospívajících a dospělých se útlumové reakce dostavují později než u ostatních lidí, ale bývají pak rychlé a náhlé.

- **Nepřiměřeně vysoká úroveň motorické i řečové aktivity**

Jedinec je stále v pohybu, nevydrží déle v klidu, nevydrží sedět v jedné poloze, rychle mluví. Vlivem impulzivity pak druhým často skáče do řeči a vše komentuje.

- **Psychomotorický neklid**

U menších dětí bývá popisován silný motorický neklid. Dítě není schopno sedět v klidu, vyskakuje z místa, padá ze židle, chodí po místnosti, poskakuje a při mluvení výrazně gestikuluje. Jak jsem již výše zmiňovala, projevy hyperaktivity se časem zmírňují a u dospívajících a dospělých tak hovoříme o jemném psychomotorickém neklidu. Ten se může projevovat vrtěním se, mnutí rukama, taháním nebo namotáváním vlasů, hraní si s rukama, pohrávání si s předměty či poklepávání nohama při sezení na židli.

- **Výkyvy ve výkonnosti**

Tak jako porucha pozornosti i hyperaktivity přispívá k rychlejší unavitelnosti a to způsobuje výkyvy ve výkonnosti. (Žáčková a Jucovičová, 2017)

„U dospělých jako projev zvýšené aktivity bývá popisován spíše tzv. vnitřní neklid, který dospělého nutí ke stálé činnosti. Mnohými autory bývá shodně popisován vlivem hyperaktivity i sklon k workoholismu.“ (Žáčková a Jucovičová, 2017, s. 44-45)

2.3 Impulzivita

„Impulzivita je třetím z nejtypičtějších projevů syndromu poruchy pozornosti s hyperaktivitou. A lze říci, že je projevem dosti zatěžujícím a způsobujícím potíže při studiu, práci i v běžném životě – rychlá reakce bez promyšlení většinou vedou k tzv. zbytečnému chybování a k jednání, které by při domyšlení důsledků člověk nerealizoval. V podstatě se jedná o oslabenou schopnost domyslet důsledky svého jednání a toto jednání ovlivnit.“ (Žáčková a Jucovičová, 2017, s. 47) Ve školním věku se impulzivita projevuje například vykřikováním dítěte během vyučování, skákáním do řeči, přerušováním ostatních. Děti také často odpovídají dříve, než jsou tázány. (Cahová a kol., 2010, [online])

Typickými projevy impulzivity u syndromu ADHD jsou:

- **Jednání bez rozmýšlení a domýšlení**

Jedinec jedná podle prvního nápadu a nedomýšlí, jaké následky či důsledky jeho jednání může mít.

- **Zbrkllost, jednání bez zábran**

Díky zbrklému jednání se děti často dostávají do nebezpečí vzniku úrazů. Důsledkem impulzivního reagování může být i chování, které už není zcela adekvátní a lze jej zařadit do oblasti poruch chování.

- **Oslabené ovládací a volní schopnosti**

Jedinec jedná pod vlivem okamžitého nápadu a pak se může jevit jako člověk, který nedokáže ovládat své chování.

- **Impulzivní skákání do řeči, hlasitá, překotná řeč, impulzivní komentování**

Impulzivní jedinec ihned komentuje řeč druhého, nepočká, až domluví. Někdy se pod vlivem impulzu jedná i o vydávání doprovodných zvuků, jako třeba pozpěvování či brumlání.

- **Reagování pouze na část pokynu, nevyslechnutí pokynu dokonce**

Vlivem impulzu začne člověk reagovat ihned na část pokynu, protože se domnívá, že ví, jak to skončí, nebo ho tato část prostě zaujala.

- **Nedokončení činností a nesplnění úkolu vlivem impulzivního jednání**

Jedinec vlivem impulzu opustí nedodělanou činnost, protože jej zaujme něco jiného. Výsledkem je pak nesplnění úkolu, což může přinášet studijní či pracovní potíže.

- **Sklon k závislostem**

Důsledkem oslabených volných schopností a impulzivního jednání může být u jedince vznik závislosti a následné potíže se zbavováním se závislosti.

- **Nízká frustrační tolerance**

Vlivem impulzivity a zvýšené emotivity může člověk neadekvátně reagovat i na nepřilíš silné, někdy až nepodstatné podněty.

U dospělých je v rámci impulzivního jednání zmiňováno také riskantní chování, zejména v souvislosti s řízením automobilu. Řidiči více riskují, jezdí rychle a nedodržují dopravní pravidla. (Žáčková a Jucovičová, 2017)

2.4 *Další symptomy dle Jucovičové a Žáčkové*

Předchozí tři zmíněné projevy jsou považovány za základní projevy syndromu ADHD. Dále uvedené poruchy se považují pouze za přidružené neboli komorbidní. (Jucovičová a Žáčková, 2010)

2.4.1 Percepčně motorické poruchy

Percepčně motorické poruchy tvoří podklad pro vznik specifických poruch učení, proto se může zdát, že se jedná o záležitost jen dětí školního věku nebo studentů. Specifické poruchy učení však přetrvávají i do dospělosti. Mezi percepčně motorické poruchy řadíme například:

- poruchy sluchového i zrakového vnímání (zejména se jedná o poruchy sluchové a zrakové diferenciaci),
- poruchy schopnosti analyzovat a syntetizovat,
- poruchy pravolevé a prostorové orientace,
- motorická neobratnost (poruchy jemné a hrubé motoriky). (Žáčková a Jucovičová, 2017)

Je důležité zmínit, že „u percepčních poruch se jedná o poruchu funkce, ne o poruchu orgánu (sluch i zrak jsou v pořádku). Porušena je funkce nervových drah vedoucí signál od orgánu do mozku (dostředivých drah), často i funkce vedoucí signál z mozku do orgánu (odstředivých drah). Někdy bývá narušena také spolupráce mozkových hemisfér nebo center v mozku.“ (Žáčková a Jucovičová, 2017, s. 55)

Poruchy motoriky se projevují obtížemi v jemné a hrubé motorice. Děti často bývají neohrabané, neobratné či nešikovné. Více nápadné projevy se objevují v oblasti jemné motoriky, protože děti mívají často problémy v sebeobsluze – například při oblékání nebo při jídle. (Jucovičová a Žáčková, 2010)

2.4.2 Poruchy paměti

„Dalšími charakteristickými poruchami, které se syndromem ADHD souvisejí, jsou poruchy paměti – a to zejména krátkodobé sluchové paměti (tzv. pracovní paměti).“ (Žáčková a Jucovičová, 2017, s. 57) Poruchy paměti jsou často dávány do souvislosti s poruchami koncentrace pozornosti. V okamžiku, kdy má dojít k zapamatování si nějakých informací či pokynů, dojde k výpadku pozornosti, a tudíž nejsou informace zapamatovány vůbec, nebo pouze z části.

Poruchy paměti pak samozřejmě dětem ztěžují učení a tím i jejich studium. V běžném životě se pak poruchy mohou projevovat zapomínáním a ztrácením věcí. (Žáčková a Jucovičová, 2017)

2.4.3 Poruchy myšlení a řeči

K dalším poruchám, které souvisejí se syndromem ADHD, patří také poruchy myšlení a řeči. Řeč i myšlení se vzájemně ovlivňují, proto bývá-li u dítěte opožděný vývoj řeči, objevují se také nerovnoměrnosti a opoždění ve vývoji myšlení a naopak.

Pokud bývají u jedinců se syndromem popisovány odlišnosti v myšlení, bývá často zmiňována přetrvávající porucha schopnosti oddělit podstatné od nepodstatného. Jedinci mají problém odpoutat se od detailů. V souvislosti s poruchami pozornosti a tendencí impulzivně reagovat, a tudíž i myslet, u jedinců často pozorujeme chaotičnost v myšlení.

Jak jsem již zmiňovala, s poruchami myšlení souvisejí také poruchy řeči. Jedná se jak o poruchy porozumění, tak o poruchy aktivní řeči. (Žáčková a Jucovičová, 2017)

- **Poruchy porozumění řeči**

„Ke vzniku poruch porozumění řeči přispívají i oslabené percepční schopnosti, zejména pak poruchy sluchového vnímání, které ztěžují diferenciaci řeči, a dále poruchy vnímání a chápání významu slov.“ (Žáčková a Jucovičová, 2017, s. 64) Dále k poruchám porozumění přispívá i narušená schopnost koncentrace pozornosti, kdy se člověk plně nesoustředí na to, co mu druhý člověk říká. (Žáčková a Jucovičová, 2017)

- **Poruchy aktivní řeči**

K poruchám aktivní řeči jsou předně řazeny artikulační neobratnost a poruchy rytmičtosti řeči. S artikulační neobratností se někdy pojí také breptavost, která může vznikat vlivem neobratnosti mluvidel nebo snahou jedince něco rychle sdělit. Dále můžeme pozorovat časté a déletrvající dyslalie (vady výslovnosti se hůře a dlouho napravují, nezřídka se jejich náprava nepodaří a přetrvávají do dospělosti). Může se objevovat také opožděný vývoj řeči či snížený jazykový cit (např. agramatismy v řeči). (Žáčková a Jucovičová, 2017)

2.4.4 Emoční poruchy a poruchy chování

Emoční poruchy lze pozorovat již od raného dětství a přetrvávají až do dospělosti. Patří k jednomu z nejzávažnějších projevů hyperaktivity, protože ovlivňují kvalitu života jedince.

Můžeme pozorovat:

- **emoční labilitu** (výkyvy nálad i výkonnosti),
- **zvýšenou afektivitu** (člověk reaguje velmi emotivně, někdy až verbální nebo fyzickou agresí),
- **nízkou frustrační toleranci** (neadekvátní reagování na slabé podněty),
- **sníženou sebedůvěru člověka** a další. (Žáčková a Jucovičová, 2017)

„Nezvládnuté emoční stavy pak mohou vést až k poruchám chování. Projevy těchto poruch jsou dlouhodobějšího charakteru a jsou neadekvátní věku.“ (Žáčková a Jucovičová, 2017, s. 68)

Můžeme pozorovat tyto poruchy chování:

- **poruchu opozičního vzdoru** – kterou považujeme za přidruženou poruchu, pozorujeme až u 60 % dětí s ADHD (děti se rozčilují, hádají se s dospělými, odmítají spolupracovat a jsou schválně protivné),
- **agresi,**
- **lhaní a krádeže,**
- **destruktivní chování,**
- **asociální nebo delikventní chování** – pozorujeme až u 25 % dětí s ADHD. (Munden a Arcelus, 2008)

„Všechny tyto problémy mohou ADHD zakrývat, což někdy mívá za následek nedostatečnou nebo nepřesnou diagnózu.“ (Munden a Arcelus, s. 27, 2008)

2.4.5 Poruchy exekutivních funkcí

Jako další z charakteristických projevů syndromu ADHD bývají často uváděny i poruchy exekutivních funkcí. Exekutivní funkce jsou funkce, které se zaměřují na schopnost plánovat a organizovat, usměrňovat své chování se zaměřením na dosažení cíle a také schopnost iniciovat cílevědomou aktivitu a utlumit aktivitu nevhodnou. Podklad exekutivních funkcí tvoří komplex kognitivních schopností, které mohou být u jedinců s ADHD porušeny. Proto dochází i k poruše exekutivních funkcí jako takových. Jak jsem již zmiňovala, jedinci mají potíže s plánováním, dodržováním časových limitů a s odhadem času. Příčinou často bývá nepřesné vnímání délky trvání aktivity a někdy i neschopnost vytvořit si časový plán.

Oslabená schopnost hospodařit s časem se někdy projevuje neschopností hospodařit s čímkoliv, například s penězi či jídlem. (Žáčková a Jucovičová, 2017)

2.5 Projevy ADHD v jednotlivých vývojových stádiích

„Vliv na změny projevů v jednotlivých vývojových stádiích dítěte má jednak proces zrání a dozrávání centrální nervové soustavy, jednak působení vlivů sociokulturního prostředí, ve kterém se dítě pohybuje a vyrůstá – především rodiny a posléze školky, školy.“ (Jucovičová a Žáčková, 2015, s. 39)

2.5.1 Kojenecké období

„V mnoha případech jsou jedinci s ADHD nápadní už jako kojenci. Mají poruchu základních biorytmů (narušený spánek). Dítě je neklidné, dráždivé, často pláče a vyžaduje krmení.“ (Ptáček a Ptáčková, 2018, s. 25) Již v tomto období bývá pozorována mnohem vyšší pohybová aktivita (zatím nekoordinované pohyby končetin) než u ostatních dětí. Dále můžeme zaznamenávat i nerovnoměrný vývoj motorických funkcí – některé děti mívají vývoj urychlený nebo mohou být některé vývojové fáze přeskočeny (např. lezení), na druhou stranu u některých jedinců se může objevovat i opožděný motorický vývoj. (Jucovičová a Žáčková, 2015) U kojenců a později batolat, pozorujeme také časté změny nálad, narušené sebeovládání a horší vztahy s rodiči. (Theiner, 2012, [online])

2.5.2 Batolectí věk

Ve vývojovém období batolete bývají děti zvýšeně pohyblivé a velice zvědavé, proto je zde velké nebezpečí vzniku úrazů a tak děti vyžadují téměř stálou pozornost. Dostavují se také první afektivní výbuchy, kdy děti začínají reagovat zlostí a agresí na ne příliš silné podněty. V batolectím období velmi často zaznamenáváme nerovnoměrný vývoj motorických funkcí, který může mít za následky opoždění rozvoje grafomotoriky. U těchto dětí také často pozorujeme opožděný vývoj řeči či problémy se samoobsluhou.

2.5.3 Předškolní období

I v tomto období je zaznamenávám nerovnoměrný vývoj motorických a kognitivních funkcí, zvýšená afektivita a emocionalita, které bývají častou příčinou problémů při vstupu dítěte do předškolního zařízení. Poruchy motoriky a motorické koordinace, ale i jejich impulzivní jednání dětí, bývají častými příčinami úrazů. U dětí s ADHD bývá často z výše uvedených důvodů realizováno odložení školní docházky o jeden rok.

Tyto děti mají možnost nastoupit do tzv. přípravné třídy, kdy si během roku pomalu zvykají na roli školáka a mají možnost pracovat na rozvíjení oslabených funkcí tak, aby neměli po nástupu do první třídy velké potíže.

2.5.4 Školní věk

Škola již klade mnohem vyšší nároky na koncentraci pozornosti, tlumení impulzivity a projevů hyperaktivity. Dítě má rovněž problémy s podřizováním se pravidlům práce v kolektivu, s dokončováním úkolů a mohou se vyskytovat i problémy s podřízením se autoritě dospělého. (Jucovičová a Žáčková, 2015) V mladším školním věku se u některých dětí objevují přidružené příznaky, jako je horší sebeovládání, tendence k agresivním způsobům chování (Theiner, 2012, [online]), ale také poruchy paměti, poruchy myšlení a řeči, poruchy komunikace, emoční labilita, zvýšená afektivita a snížená schopnost vyrovnat se se změnami. (Jucovičová a Žáčková, 2015)

2.5.5 Adolescence

„V období adolescence mívají jedinci s ADHD pocity sociální izolace a poruchy sebehodnocení. (Ptáček a Ptáčková, 2018, s. 25) Stále přetrvává nepozornost a přidávají se problémy s plánováním a organizováním. Často se objevuje delikventní nebo agresivní chování, zneužívání návykových látek, vyhledávání adrenalinových zážitků, riskantní řízení motorových vozidel a rizikové sexuální chování. (Theiner, 2012, [online]) „Dospívající a dospělí si obvykle vytvoří různé kompenzační mechanismy, aby zmírnili deficit, které ADHD přináší. Některé z nich bývají funkční (např. vedení diáře, sport, meditační techniky), jiné dysfunkční (např. opakované odkládání nepříjemných úkolů – prokrastinace, samoléčení marihuanou, extrémní kuřáctví aj.)“ (Theiner, 2012, [online])

3 Ústavní výchova v České republice

3.1 Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy

Dle zákona č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů (dále jen zákon č. 109/2002 Sb.) jsou v České republice zřizována tato zařízení pro výkon ústavní výchovy:

1. **Diagnostický ústav (DÚ),**
2. **Dětský domov (DD),**
3. **Dětský domov se školou (DDŠ),**
4. **Výchovný ústav (VÚ).**

Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy mají zajistit základní právo každého dítěte na výchovu a vzdělávání. Dále by tato zařízení měla vytvářet podmínky podporující sebedůvěru dítěte, rozvíjející citovou stránku jeho osobnosti a umožňující aktivní účast dítěte ve společnosti. Na základě rozhodnutí soudu o ústavní či ochranné výchově, jsou do těchto zařízení umísťovány děti od 3 do 18 let (mimořádně do 19 let). Účelem zařízení je poskytovat dětem péči, která by jinak byla poskytována osobami odpovědnými za výchovu dítěte. (Zákon č. 109/2002 Sb., [online])

Podle zákona č. 109/2002 Sb. je dětem ve školských zařízeních poskytováno:

- „*stravování, ubytování a ošacení,*
- *učební potřeby a pomůcky,*
- *úhrada nezbytně nutných nákladů na vzdělávání,*
- *úhrada nákladů na zdravotní služby, léčiva a zdravotnické potřeby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, pokud nebyly zdravotní služby vyžádány zákonnými zástupci dítěte,*
- *kapesné, osobní dary a věcná pomoc při odchodu zletilých ze zařízení,*
- *úhrada nákladů na dopravu do sídla školy.“* (Zákon č. 109/2002 Sb., [online])

V diagnostickém a výchovném ústavu se děti zařazují do výchovných skupin se zřetelem na jejich výchovné, vzdělávací a zdravotní potřeby.

Skupiny tvoří:

- a. v diagnostickém ústavu nejméně 4 a nejvíce 8 dětí,
- b. ve výchovném ústavu nejméně 5 a nejvíce 8 dětí.

Základní organizační skupinou v dětském domově a dětském domově se školou jsou rodinné skupiny.

Rodinné skupiny tvoří:

- a. v dětském domově nejméně 6 a nejvíce 8 dětí,
- b. v dětském domově se školou nejméně 5 a nejvíce 8 dětí,

různého věku a pohlaví. Sourozenci jsou zpravidla zařazováni do jedné rodinné skupiny, avšak ve výjimečných případech (např. z výchovných důvodů) je možné sourozence rozdělit.

3.1.1 Diagnostický ústav

Do diagnostického ústavu jsou přijímáni děti s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou na dobu nejdéle 8 týdnů. (Zákon č. 109/2002 Sb., [online])

„Diagnostický ústav plní podle potřeb dítěte úkoly:

- a. **diagnostické**, spočívající ve vyšetření úrovně dítěte formou pedagogických a psychologických činností,
- b. **vzdělávací**, v jejichž rámci se zjišťuje úroveň dosažených znalostí a dovedností, stanovují a realizují se specifické vzdělávací potřeby v zájmu rozvoje osobnosti dítěte přiměřeně jeho věku, individuálním předpokladům a možnostem,
- c. **terapeutické**, které prostřednictvím pedagogických a psychologických činností směřují k nápravě poruch v sociálních vztazích a v chování dítěte,
- d. **výchovné a sociální**, vztahující se k osobnosti dítěte, k jeho rodinné situaci a nezbytné sociálně-právní ochraně dítěte; podle potřeby zprostředkovává zdravotní vyšetření dítěte,

- e. **organizační**, související s umisťováním dětí do zařízení v územním obvodu diagnostického ústavu vymezeném ministerstvem, popřípadě i mimo územní obvod; spolupracuje s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte při přípravě jeho návrhu na nařízení předběžného opatření, které bude vykonáváno v diagnostickém ústavu nebo v jiném zařízení a při přípravě vyjádření pro soud ohledně určení zařízení pro výkon ústavní výchovy, do kterého má být dítě s nařízenou ústavní výchovou umístěno,
- f. **koordinační**, směřující k prohloubení a sjednocení odborných postupů ostatních zařízení v rámci územního obvodu diagnostického ústavu, k ověření jejich účelnosti a ke sjednocení součinnosti s orgány státní správy a dalšími osobami, zabývajícími se péčí o děti.“ (Zákon č. 109/2002 Sb., [online])

Na základě komplexního vyšetření dítěte je zpracována diagnostická zpráva, ve které se mimo jiné nachází i doporučený typ následného zařízení (DD, DDŠ, VÚ). Pokud nehrozí ovlivnění mravního vývoje dítěte, je dítě zpravidla umisťováno do zařízení v blízkosti bydliště osob zodpovědných za výchovu nebo zákonných zástupců. (Zákon č. 109/2002 Sb., [online])

V Jihočeském kraji se k 1. 3. 2023 nachází pouze jeden diagnostický ústav a to Dětský diagnostický ústav Homole (dále jen DDÚ) v Českých Budějovicích s kapacitou pro 28 dětí. (Rejstřík škol a školských zařízení, [online]) Součástí organizace, do které patří DDÚ Homole, jsou dále Dětský domov se školou Šindlový Dvory a Střediska výchovné péče v Českých Budějovicích, Českém Krumlově a Strakonici. Ve spádové oblasti DDÚ Homole se nachází 11 dětských domovů, 2 dětské domovy se školou a jeden výchovný ústav. (DDÚ Homole, [online]) Dle zákona č. 109/2002 Sb. vede každý diagnostický ústav evidenci všech dětí, které jsou umístěny v zařízeních v územním obvodu ústavu. Součástí evidence jsou i volná místa v těchto zařízeních. (Zákon č. 109/2002 Sb., [online])

Pobyt dítěte v DDÚ má 3 fáze:

1. **adaptační fáze** (trvá zpravidla 2 týdny),
2. **diagnosticko – terapeutická fáze** (trvá zpravidla 4 týdny),
3. **výstupní** (trvá zpravidla 2 týdny).

Cílem **adaptační fáze**, je stanovení diagnózy dítěte. Diagnóza je stanovena na základě zjištěných dat z několika oblastí:

1. Somatická oblast:

- sociální pracovníce a zdravotnice u dítěte hodnotí jeho somatický stav, přehled somatických, psychických, nebo psychosomatických poruch a nemocí,

2. Psychosociální oblast:

- psycholog s dítětem pracuje na popisu předcházejících stresujících situací a sociálně patologických jevů působících na dítě,

3. Speciálně pedagogická oblast:

- speciální pedagog – etoped posuzuje schopnost adaptace dítěte, jeho sebevědomí, sebehodnocení, způsoby zvládání náročných a stresujících situací, zvládání konfliktů, vztah dítěte k rodině, blízkým osobám, k autoritám, vrstevníkům a ostatním dětem.

Na základě zjištěných dat je na konci adaptační fáze vypracován Program rozvoje osobnosti dítěte na dobu pobytu dítěte v DDÚ. V programu jsou uvedené převážně výchovné a vzdělávací priority, včetně doporučených metod a konkrétních způsobů k jejich dosažení.

Během **diagnosticko – terapeutické fáze** pracují učitelé a vychovatelé s dítětem podle již zmiňovaného programu rozvoje osobnosti, který je v průběhu vyhodnocován a v případě potřeby upravován.

Ve **výstupní fázi** jsou dokončeny a uzavřeny všechny diagnostické a terapeutické činnosti. Dále je pak zpracována závěrečná diagnostická zpráva o dítěti. Dítě je postupně připravováno na ukončení pobytu a na přechod do následného zařízení. (DDÚ Homole, [online])

3.1.2 Dětský domov

Do dětského domova jsou zpravidla umisťovány děti ve věku od 3 do 18 let s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Dále jsou do dětských domovů umisťovány nezletilé matky spolu s jejich dětmi. Děti navštěvují školy, které nejsou součástí DD. Dětské domovy plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Péče o děti v dětských domovech probíhá na základě jejich individuálních potřeb. (Zákon č. 109/2002 Sb., [online])

Ke dni 1. 3. 2023 se v Jihočeském kraji nachází 9 dětských domovů s celkovou kapacitou pro 316 dětí. (Rejstřík škol a školských zařízení, [online])

3.1.3 Dětský domov se školou

„Účelem dětského domova se školou je zajišťovat péči o děti

- a. s nařízenou ústavní výchovou,*
 - 1. mají-li závažné poruchy chování, nebo*
 - 2. které pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně léčebnou péči, nebo*
- b. s uloženou ochrannou výchovou,*
- c. jsou-li nezletilými matkami a splňují podmínky stanovené v písmenu a. nebo b., a jejich děti, které nemohou být vzdělávány ve škole, jež není součástí dětského domova se školou.“ (Zákon č. 109/2002 Sb., [online])*

Do dětských domovů se školou bývají umisťovány děti ve věku od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Dítě může být na základě žádosti ředitele dětského domova se školou zařazeno do školy, která není součástí dětského domova se školou, pokud během plnění povinné školní docházky pominou důvody pro zařazení dítěte do školy zřízené při dětském domově.

Pokud u dítěte přetrvávají závažné poruchy chování i po ukončení povinné školní docházky a nemůže-li být dítě vzděláváno ve střední škole mimo zařízení nebo není-li dítě schopno uzavřít pracovněprávní vztah, je dítě přeřazeno do výchovného ústavu. (Zákon č. 109/2002 Sb., [online])

V Jihočeském kraji je ke dni 1. 3. 2023 zřízen jeden dětský domov se školou s kapacitou pro 16 dětí. Je jím Dětský domov se školou Šindlovy Dvory, který je součástí organizace společně s Dětským diagnostickým ústavem Homole. (Rejstřík škol a školských zařízení, [online])

3.1.4 Výchovný ústav

Do výchovného ústavu jsou umisťovány zpravidla děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, kterým byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova. Účelem výchovného ústavu je plnění zejména výchovných, vzdělávacích a sociálních úkolů. (Zákon č. 109/2002 Sb., [online])

„Výchovné ústavy se zřizují odděleně pro děti

- a. s nařízenou ústavní výchovou,*
- b. s uloženou ochrannou výchovou,*
- c. které jsou nezletilými matkami, a pro jejich děti, nebo*
- d. které vyžadují výchovně léčebnou péči, popřípadě se ve výchovném ústavu pro tyto děti zřizují oddělené výchovné skupiny.“* (Zákon č. 109/2002 Sb., [online])

Projevují-li se u dítěte s uloženou ochrannou výchovou tak závažné poruchy chování, že nemůže být umístěno v dětském domově se školou a pokud je dítě starší 12 let, je možné, aby bylo umístěno do výchovného ústavu. Ve výjimečných případech může být do výchovného ústavu umístěno i dítě s nařízenou ústavní výchovou starší 12 let se zvláště závažnými poruchami chování. (Zákon č. 109/2002 Sb., [online])

Ke dni 1. 3. 2023 je v Jihočeském kraji zřízen jeden výchovný ústav a to Výchovný ústav Jindřichův Hradec. (Rejstřík škol a školských zařízení, [online]) *„Výchovný ústav v Jindřichově Hradci má celorepublikovou působnost a jako jediný v rámci ČR pečuje o dívky ve věku od 15 – 18 (19) let, které pro své zdravotní, tělesné a psychické onemocnění nemohou být umístěny v běžném výchovném ústavu. Pro tuto potřebu jsou zřízeny čtyři výchovné skupiny. Samostatně jsou ubytovány dívky s uloženou ochrannou výchovou a dívky vyžadující zvýšenou péči. Toto oddělení má celkovou kapacitu 12 lůžek.“* (VÚJH, [online]) Celková kapacita VÚ je tedy 36 lůžek (6 výchovných skupin po 6 dívkách). Pro dívky s uloženou ochrannou ochranou je zajištěno dopolední vzdělávání nebo mohou navštěvovat střední školu při zařízení. (VÚJH, [online])

3.2 **Kdo je zřizuje?**

Zřizovatelem je subjekt, který zajišťuje předpoklady pro provoz zařízení, potřebné finance a také jmenuje ředitele zařízení. V případě diagnostických ústavů, dětských domovů se školou a výchovných ústavů to nejčastěji bývá Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. V případě dětských domovů jsou typickým zřizovatelem kraje. (Hofschneiderová, Holoubková a kol., 2016, s. 9)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Cíl výzkumu

Cílem této práce je zjistit, jaké jsou zkušenosti pracovníků dětského domova s klienty, kteří měli diagnostikovanou poruchu pozornosti.

5 Výzkumné otázky

1. Nakolik jsou klienti s diagnostikovanou poruchou pozornosti vnímáni jako specifická skupina?
2. Jak se v dětském domově pracuje s jejich potížemi?
3. Nakolik je obtížné naplňovat v dětském domově jejich výchovné a vzdělávací potřeby?

6 Metodologie výzkumu

Sběr dat pro zpracování bakalářské práce byl proveden kvalitativním výzkumem, který jsem prováděla pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky ve vybraném dětském domově. Rozhovory byly doplněny poznatky, které jsem získala během vlastního pozorování.

Kvalitativní výzkum je možné definovat jako proces, při kterém dochází ke zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí. Cílem zkoumání je získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Závěrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu. (Švaříček a Šed'ová, 2007)

Dle Hendla (2008) se kvalitativní výzkum provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Tyto situace jsou obvykle banální či normální, reflektující každodennost jedinců, skupin, společností či organizací.

6.1 Polostrukturovaný rozhovor

Nejčastěji používanou metodou ke sběru dat v kvalitativním výzkumu je právě rozhovor. Můžeme jej definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek. (Švaříček a Šed'ová, 2007)

Velkou výhodou rozhovoru je navázání osobního kontaktu a také možnost sledovat reakce respondenta na kladené otázky. Úspěšnost rozhovoru z velké části závisí na schopnosti výzkumníka navázat přátelský vztah k respondentovi a na vytvoření otevřené atmosféry. (Chráška, 2016)

6.2 Pozorování

Pro doplnění poznatků jsem použila metodu zúčastněného pozorování. Zúčastněné pozorování lze definovat jako „*dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces.*“ (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 143) Hendl (2008) ve své knize uvádí, že právě zúčastněným pozorováním je možné popsat:

- co se děje,
- kdo nebo co se dění účastní,
- kdy a kde se věci dějí,
- jak se objevují a proč.

Během pozorování v DD jsem byla v roli účastníka jako pozorovatele. Ten se dle Hendla (2008) stává rovnoprávným členem skupiny, přičemž ostatní účastníci znají jeho totožnost.

6.3 Analýza získaných dat

Získaná data byla analyzována pomocí techniky „vyložení karet“. Při této technice jsou záznamy z pozorování a rozhovorů rozděleny pomocí otevřeného kódování na jednotky (slova, části vět, věty, odstavce), těmto jednotkám jsou přiřazeny kódy a poté jsou jednotlivé kódy uspořádány do kategorií. Kategorie vzniklé skrze otevřené kódování jsou uspořádány do obrazce či linky a na základě tohoto uspořádání je sestaven text. Text je tedy převyprávěným obsahem jednotlivých kategorií. Není nutné, aby do výsledné analýzy byly zahrnuty všechny kategorie, které jsme vytvořili. Můžeme si vybrat pouze ty, které se nejvíce vztahují k výzkumným otázkám. (Švaříček a Šed'ová, 2007)

6.4 Etické zásady výzkumu

Dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů probíhal celý výzkum anonymně. Aby nemohlo dojít k identifikaci respondentů, nebyla zmíněna jejich jména ani polohové údaje dětského domova, kde jsem výzkum prováděla. Od všech respondentů jsem získala informovaný souhlas k provedení rozhovoru, jeho zaznamenávání a následnou analýzu zvukového záznamu. Respondenti byli seznámeni s cílem a obsahem výzkumného projektu. Informovala jsem je o možnosti, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro ně obtížné téma, mohou odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv ukončit rozhovor.

7 Vlastní výzkum

7.1 Respondenti výzkumu

Respondent č. 1:

Pohlaví: žena

Věk: 46

Délka praxe v DD: 5,5 roku

Nejvyšší dosažené vzdělání: Speciální pedagogika UJEP – pod celoživotním vzděláváním

Respondent č. 2:

Pohlaví: žena

Věk: 54 let

Délka praxe v DD: 1 rok

Nejvyšší dosažené vzdělání: střední pedagogická škola:

- vychovatelství
- učitelství v MŠ

Respondent č. 3:

Pohlaví: žena

Věk: 22

Délka praxe v DD: 6 měsíců

Nejvyšší dosažené vzdělání: střední s maturitou

7.2 Charakteristika dětského domova

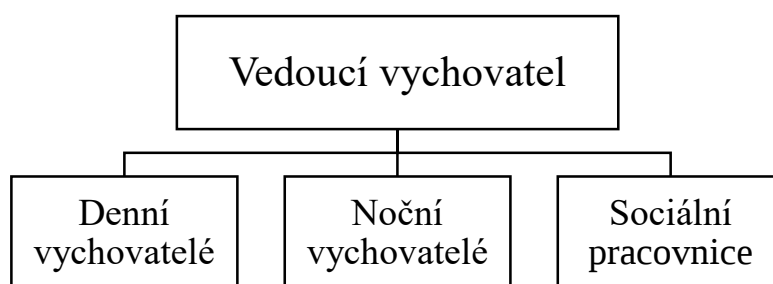
Dětský domov, ve kterém jsem výzkum realizovala, se nachází v okresním městě a je součástí rozsáhlého školského zařízení. Dle výroční zprávy školního roku 2021/2022 školské zařízení zahrnuje tyto pracoviště:

1. Dětský domov
2. Školy
 - Základní škola pro vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením a pro děti s poruchami učení a chování.
 - Základní škola speciální, ve které jsou vzděláváni žáci s takovým postižením, pro které nejsou schopni absolvovat základní školu a také žáci s těžkým mentálním postižením.
 - Praktická škola dvouletá, která poskytuje střední vzdělání žákům se speciálními vzdělávacími potřebami a připravuje je pro budoucí výkon jednoduchých činností. Toto speciální vzdělávání se poskytuje žákům, u kterých byly speciální vzdělávací potřeby zjištěny na základě vyšetření odborným poradenským zařízením.
 - Mateřská a základní škola při zdravotnickém zařízení, které se zaměřují zejména na zajištění návaznosti školní výuky přerušené hospitalizací, logopedickou péčí a naplňuje volný čas pacientům na dětském oddělení nemocnice. Dle možností poskytuje také konzultace studentům středních škol.
 - Součástí poskytovaných služeb je také školní družina a pro starší žáky i školní klub.
 - Stravování obyvatel DD i žáků a studentů škol zajišťuje školní kuchyně.

Celková kapacita DD je 40 dětí. Kapacita zařízení je dlouhodobě naplněna. Jakmile se uvolní místo, téměř okamžitě se zaplní. Děti v DD jsou rozděleny do 5 rodinných skupin. Jedna rodinná skupina sídlí v rodinném domku v nedaleké vesnici.

V čele dětského domova je vedoucí vychovatel, který řídí denní vychovatele, pedagogické asistenty, kteří v DD vykonávají funkci nočních vychovatelů a také organizačně řídí sociální pracovníci.

Schéma personálního zabezpečení DD:



Ve školním roce 2021/2022 pracovala v DD 15 denních vychovatelů a 8 nočních vychovatelů. Od 1. 12. 2022 je nastaven nový systém, kdy každá rodinná skupina má dva denní kmenové vychovatele a dva noční kmenové vychovatele. Tento systém je důvodem velkého počtu nových vychovatelů v DD.

Režim všedního dne v DD:

5:30 – 6:30 individuální budíček středoškoláků a učňů
6:45 – 7:00 individuální probouzení dětí
7:00 – 7:30 ranní hygiena, úprava postele a úklid ložnic, oblékání
7:15 – 7:30 snídane dětí navštěvující běžné základní školy
7:30 – 7:45 snídane dětí navštěvující základní školy speciální a mateřské školy
7:45 – 7:50 odchod dětí do škol
8:00 – 15:00 školní vyučování
13:50 – 14:00 příchod vychovatele
11:25 – 16:00 příchod dětí ze škol, rekreační činnost, odpočinek, samostatné vycházky
16:00 – 16:15 odpolední svačina
16:15 – 18:00 příprava na vyučování, osobní volno
18:00 – 18:30 večeře
20:00 – 20:15 střídání vychovatelů
20:00 – 22:00 večerka dle věku dětí

O víkendu se režim dne v DD mění. Budíček je posunutý, aby mohly děti déle spát. Přes den se vychovatelé snaží vymyslet pro děti různé zábavné aktivity nebo výlety.

Po domluvě s vychovatelem mohou děti starší 7 let v průběhu celého týdne na samostatnou procházku po městě a blízkém okolí. Děti ve věku od 7 do 12 let mají vycházky povolené na dvě hodiny denně a to od 14:00 do 16:00.

Starší děti ve věku od 12 do 15 let mají vycházky prodlouženy o jednu hodinu a nejstarší děti ve věku nad 15 let mají vycházky povoleny na 4 hodiny denně a to od 15:00 do 19:00. Děti starší 15 let mohou jednou týdně, v pátek či v sobotu, čerpat vycházku ve večerních hodinách.

Dle nařízení vlády dostávají děti v DD pravidelně každý kalendářní měsíc své kapesné. Výše kapesného je stanoveno dle věku dítěte.

dítě mladší 6 let	60 Kč
od 6 do 10 let	180 Kč
od 10 do 15 let	300 Kč
dítě starší 15 let	450 Kč

(Hofschneiderová, Holoubková a kol., 2016)

7.3 Soubor připravených otázek pro rozhovory s respondenty

- 1) Jaká je Vaše zkušenost s klienty s ADHD?
 - Jak častá je diagnóza ADHD u dětí v dětském domově?
 - Podstupují děti z domova nějakou léčbu?
 - Ovlivňuje přítomnost dítěte s ADHD chod dětského domova? Jak?
 - Jak syndrom ADHD ovlivňuje život dítěte v dětském domově?
- 2) Nakolik jsou děti s touto diagnózou vnímány jako specifická skupina?
 - Máte nějaké specifické metody/postupy jak s dětmi s touto diagnózou pracujete?
 - Jak se děti s ADHD projevují v kolektivu dětského domova?
 - Jak ostatní děti vnímají děti s ADHD?
 - Jak se vrstevníci chovají k dítěti se syndromem?
- 3) Jak se pracuje s potížemi dětí s ADHD v dětském domově?
- 4) Nakolik je obtížné naplňovat výchovné a vzdělávací potřeby dětí s ADHD v dětském domově?
 - Jsou děti schopné samostatně plnit úkoly do školy?
 - Kdo jim s úkoly pomáhá?
 - Máte nějaké specifické metody/postupy jak s dětmi psát domácí úkoly a připravovat se s nimi na výuku ve škole?
- 5) Co byste poradil/la nové kolegyni?

7.4 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole budou popsány jednotlivé kategorie pomocí výpovědi všech respondentů. Zahrnuty budou i některé poznatky a informace získané během vlastního zúčastněného pozorování.

Jednotlivé kategorie:

1. Léčba dětí s ADHD
2. Problémové chování dětí s ADHD
3. Dítě s ADHD a škola
4. Dítě s ADHD v kolektivu
5. Volný čas dětí s ADHD
6. Práce s dítětem s ADHD

1. Léčba dětí s ADHD

První kategorie je zaměřena na léčbu dětí, které jsou umístěny v dětském domově a mají diagnostikovaný syndrom ADHD. Z rozhovorů vyplívá, že většina těchto dětí podstupuje farmakologický přístup léčby. „*Ano, je medikovaný a požadujeme u něj i hospitalizaci. Začal mít záchvaty vzteku a někdy je až nebezpečný.*“ (Respondent č. 1) „*Já mám na bytě chlapečka a ten bere léky na zklidnění. Nevím co to je, ale má to, aby byl v klidu. On je šikovný, ale nějaká zpráva ho může hodně rozrušit. Dochází také pravidelně k dětské psycholožce.*“ (Respondent č. 2)

2. Problémové chování dětí s ADHD

Děti s ADHD jsou často velice impulzivní, ne vždy zvládají ovládat své emoce a tak mohou být výbušné. „*On je šikovný a v podstatě hodný. Ale když ho něco rozruší, nějaká zpráva, tak se strašně rozčílí. Může s něčím třeba bouchnout, ale není to nic strašného a za chvíli ho to přejde. Nebo když píšeme úkol a já vidím, že tam má nějakou chybu, nebo že mu to nejde, tak se mu to snažím v klidu vysvětlit a on se naštve a začne psát kraviny. To s ním pak už nemá cenu. Tam je pak dobrý nechat mu čas. On se časem uklidní*“ (Respondent č. 2)

Někdy výbušnost u těchto dětí může ale přecházet až do agrese. „Začal mít záchvaty vzteku. Někdy je až nebezpečný. On v tom vzteku vezme do ruky nůžky a jde s nimi proti někomu. A nic na něj neplatí. Zkoušeli jsme všechno. Člověk na něj musí být hodný a v podstatě ho pošle do pokoje, on si tam lehne a usne. On z toho záchvatu vzteku prostě usne.“ (Respondent č. 1)

3. Dítě s ADHD a škola

Se školou dětem v dětském domově nejvíce pomáhá denní vychovatel. „Snaží se s dětmi učit, pomáhat jim s úkoly a případně obstarávat i doučování.“ (Respondent č. 3)
„Některé děti si udělají úkoly samostatně a pak přijdou jenom na kontrolu. Ale s některými musíte sedět u stolu a kontrolovat, jestli dělají to, co mají.“ (Respondent č. 3)

V okamžiku, kdy si má dítě v klidu sednout ke stolu a začít se soustředit na úkol, mohou nastat problémy. Děti s ADHD se často vyhýbají úkolům, které vyžadují trvalé úsilí, nemají je rády, nebo se jim dělat nechťejí. „To on ne, naopak. On je v tomhle hrozně důsledný. Má nějaký úkol a hrozně ho chce dodělat, i když už je unavený. Já to na něm poznám. On začne protahovat písmena a začne škrábat. Tak mu říkám: dáme si chvilku pauzu. A on ne. On ho musí dodělat, i když ten úkol bude špatně.“ (Respondent č. 2)

Děti se syndromem ADHD, které jsou neustále v pohybu, chvilku neposedí, u ničeho nevydrží a neustále vyrušují, se často setkávají s napomínáním a kritikou. Proto je velmi důležité, tyto děti chválit, ukazovat jim náš zájem a hlavně být trpělivý. Jak uvedl respondent č. 3 ve své odpovědi. „Velmi důležité je tyto děti chválit a motivovat je. Když na ně budete přísní, nebo se budete rozčilovat, dítě se nebude soustředit, nebude spolupracovat. Proto to chce být trpělivý.“

4. Dítě s ADHD v kolektivu

Další kategorie se věnuje dětem se syndromem ADHD a jejich vztahy s vrstevníky. Na otázku zda přítomnost dítěte s ADHD ovlivňuje chod dětského domova, měli respondenti odlišný názor. Respondenti č. 2 a 3. uvádějí, že chod dětského domova je přítomností dítěte s ADHD ovlivňován minimálně. „Jen musíme dávat větší pozor, co a kde tyto děti zrovna dělají. Občas stačí vteřina nepozornosti a jsou z toho nepříjemnosti.“ (Respondent č. 3)

Naopak respondent č. 1 uvádí, že přítomnost dítěte s touto diagnózou naruší celou skupinu. „*Stačí jedno takové dítě, které je divoké a rozjedou se všechny děti. Bud' se mu smějí, nebo ho provokují. Čím víc se mu ostatní děti smějí, tím víc se on předvádí.*“

Z rozhovorů vyplývá, že děti s ADHD většinou nemají problém při navazování nových vztahů v rámci dětského domova. Respondenti uvádějí, že děti z dětských domovů jsou zvyklé držet při sobě. Z tohoto důvodu nedochází k vyčleňování těchto dětí z kolektivu. „*Některé děti jejich poruchu chápou a snaží se k nim chovat normálně, jiným je to úplně jedno.*“ (Respondent č. 3)

5. Volný čas dětí s ADHD

V rámci dětského domova nejsou dětem nabízeny žádné zájmové kroužky, děti však mají možnost navštěvovat kroužky v rámci školy či Domu dětí a mládeže. Děti s diagnostikovaným ADHD bývají nadměrně pohyblivé a plné energie, proto často využívají možnosti navštěvovat nějaký sportovně zaměřený kroužek. „*Pan učitel ve škole otevřel kroužek fotbalu, takže jsme ho tam přihlásili a byl nadšený. Bylo vidět, že to potřebuje. Někde vybit tu energii.*“ (Respondent č. 2)

Vychovatelé z dětského domova se však dětem snaží zpříjemnit i volný čas, který tráví v budově domova. „*Mezi nejčastější aktivity patří procházky venku, hraní deskových her, divání se na různé filmy či nějaké tvoření.*“ (Respondent č. 3) „*Já s nimi někdy dělám keramiku nebo malujeme. Takovou tu běžnou tvorbu.*“ (Respondent č. 1)

Během návštěvy v dětském domově jsem se dozvěděla, že děti mají také možnost navštěvovat plavecký bazén a účastnit se hipoterapie.

O víkendech některé děti využívají možnosti odjet domů. Pro zbytek dětí je většinou naplánován nějaký zajímavý výlet či aktivita.

6. Práce s dítětem s ADHD

Práce s dítětem se syndromem ADHD lze označit jako obtížnou. Zvláště pak v zařízení jako je dětský domov, kde se vychovatelé musí věnovat více dětem a není moc prostoru na individuální péči. „*Člověk se musí věnovat všem dětem a ne jenom jednomu, to prostě nejde. Proto tohle není vhodné prostředí pro dítě s ADHD. Dítě s touto poruchou by mělo žít samo nebo s jedním sourozencem. Čím větší kolektiv, tím je to horší.*“ (Respondent č. 1)

Na otázku, zda využívají v dětském domově nějaké specifické metody či postupy při práci s dětmi s diagnostikovaným ADHD odpověděli respondenti velice podobně. „*Vyložené žádné specifické postupy nemáme. Děti ale rozhodně potřebují více pozornosti a dohledu, obzvlášť když se u nich objevuje agresivita*“ (Respondent č. 3) Respondent č. 2 ještě uvádí, že je důležité nejdříve děti pořádně poznat. „*Já mám takovou metodu, napřed sledovat ty děti a vy musíte jako nasát, kdo je jaký, co kdo potřebuje a tak dále. A potom jde všechno.*“

Děti se syndromem ADHD potřebují pravidelný režim a pravidla mnohem více než ostatní děti. Potřebují přesně vědět, co se od nich očekává. Pravidelný režim u nich vyvolává pocit jistoty a klidu. „*To on má rád, ty pravidla a řád. On mě někdy chce tak jako zastupovat. Říká ostatním, co mají dělat, protože tady chce mít pořádek.*“ (Respondent č. 2) V důsledku jejich impulzivity však může často docházet k porušování daných pravidel. „*Pravidla jim vždy něco říkají jen chvilku*“ (Respondent č. 3) „*Někdo má problémy se vším, pravidla pro ně neexistují. Ještě když žijí tady v té komunitě.*“ (Respondent č. 2)

Na konci rozhovoru jsem se každého respondenta zeptala, co by poradil novému kolegovi či nové kolegyni. Respondent č. 1 uvádí, že je důležité se k dětem v dětském domově, ať už se syndromem ADHD nebo bez, chovat jako by byly doma. „*Určitě dětem nesloužit. Ony mají tendenci to zkoušet na nové vychovatele. Nesmí se jim, ale uvěřit a sloužit jim. Mají svá práva, samozřejmě, ale i povinnosti. Není to tady žádná ubytovna, je to jejich domov a podle toho se taky musí chovat.*“ Respondent č. 2 uvádí, že nejdůležitější je děti pořádně poznat. „*Každé dítě je jiné a každé dítě potřebuje něco jiného.*“ „*Někdy je to psychicky náročné, ale je důležité z toho hned nevěšet hlavu. Jak se říká – jak ty ke mně, tak já k tobě. Pokud budete chodit do práce s úsměvem na tváři a budete se dětem věnovat, tak vám to vrátí. Také se nesmíte bát ukázat svou přísnou stránku. Je to skvělá práce a děti jsou úžasné. Je neskutečné cítit tolik vděčnosti, když se těmto dětem věnujete.*“ (Respondent č. 3)

7.5 Vyhodnocení výzkumného šetření

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti pracovníků dětského domova s klienty, kteří měli diagnostikovanou poruchu pozornosti. Na základě výzkumného šetření lze zodpovědět všechny výzkumné otázky.

1. Nakolik jsou klienti s diagnostikovanou poruchou pozornosti vnímáni jako specifická skupina?

Lze konstatovat, že děti s poruchou pozornosti nejsou ve sledovaném dětském domově vnímány jako specifická skupina. Vychovatelé nevyužívají žádné specifické metody či postupy pro práci s těmito dětmi, ale k dětem přistupují s větší dávkou trpělivosti a věnují jim více pozornosti a dohledu. Na agresivní chování a emoční výbuchy jsou vychovatelé zvyklí i u ostatních dětí. Děti s poruchou nejsou vyčleňované z kolektivu, ostatní děti z rodinné skupiny nemají problém s nimi vycházet.

2. Jak se v dětském domově pracuje s jejich potížemi?

Z rozhovorů vyplívá, že většina dětí se syndromem ADHD z dětského domova podstupuje farmakologickou léčbu a některé z nich dochází k psychologovi. V rámci možností se jim vychovatelé snaží poskytovat individuální péči. Projevy hyperaktivity zmírňují pomocí sportovních zájmových kroužků a pestrým programem.

3. Nakolik je obtížné naplňovat v dětském domově jejich výchovné a vzdělávací potřeby?

Tak jak je uvedeno v rozpisu denního režimu, každý všední den probíhá příprava na vyučování. Při mém pozorování jsem si potvrdila, že v této době vychovatelé pomáhají dětem s domácími úkoly, přezkušují je, opakují s nimi probírané látky a individuálně se věnují tomu, kdo to potřebuje. V rámci života v rodinných buňkách se děti učí každý den jak se postarat nejen o sebe a domácnost, ale také o ostatní členy skupiny. Výroční zpráva z roku 2021/2022 uvádí, že v tomto školním roce ukončil jeden student obor opravář zemědělských strojů na SOU, jeden student byl přijat do SOU na obor elektrikář, dvě svěřenkyně na obor kadeřnice a jedna na obor kuchařka. Všichni ostatní pokračují dále ve studiu. Děti mají možnost se ve volném čase zapojovat do projektu výuky angličtiny, který je zaštiťován organizací Chance 4 Children.

8 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá zkušenostmi pracovníků dětského domova v okresním městě s klienty, kterým byla diagnostikována porucha pozornosti. Na počátku výzkumu byly stanovené tři výzkumné otázky - Nakolik jsou klienti s diagnostikovanou poruchou pozornosti vnímáni jako specifická skupina? Jak se v dětském domově pracuje s jejich potížemi? Nakolik je obtížné naplňovat v dětském domově jejich výchovné a vzdělávací potřeby? Výzkum byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s vychovateli dětského domova a vlastním pozorováním. Pomocí získaných dat byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky.

Většina výzkumů ohledně problematiky dětí s ADHD se zaměřuje spíše na oblast školy či rodiny. Pro můj výzkum se nejpodobnější zdá být diplomová práce Bc. Michaely Hnátkové, která nese název – Možnosti péče a výchovy dítěte se syndromem ADHD v dětském domově. Cílem této závěrečné práce bylo: *„provedení analýzy výchovných přístupů a metod, které jsou vhodné pro práci s dítětem, které trpí syndromem ADHD a to se zaměřením a s ohledem na prostředí dětského domova. Dále navrhnout strategii pro uskutečnění správné reedukace, vývoje a výchovy dítěte se syndromem ADHD.“* (Hnátková, 2020, s. 46) Výzkum byl také prováděn kvalitativně pomocí vlastního pozorování konkrétního dítěte a polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky dětského domova. Autorka si stanovila 4 výzkumné otázky – Jak vnímají pracovníce dětského domova práci s dítětem ADHD? Jaký přístup a metody volí zaměstnanci dětského domova k práci s dítětem ADHD? Jak se v dítě ADHD chová v rámci kolektivu? Jak se dítě ADHD projevuje v různých činnostech – např. hra, sport, stolování. Na základě výzkumu a prostudování odborné literatury byla autorka schopna naplnit cíl práce a zodpovědět všechny výzkumné otázky.

První výzkumná otázka se zaměřuje na to, jak moc jsou děti s ADHD v dětském domově vnímány jako specifická skupina. Dle mého výzkumu vychovatelé nevyužívají žádné specifické postupy pro práci s těmito dětmi. Hnátková (2020) uvádí, v souladu s mým výzkumem, že pro všechny děti v dětském domově platí stejný režim, pozorované dítě v rámci kolektivu pracuje dobře, má kamarády a děti ho mají rády.

Druhá výzkumná otázka se zaměřuje na práci s potížemi těchto dětí. Z mého výzkumu vyplývá, že většina dětí s touto diagnózou podstupuje farmakoterapii. Vychovatelé se jim snaží v rámci svých možností poskytovat individuální péči a projevy hyperaktivity se snaží mírnit pomocí sportovních zájmových kroužků. Mnohé studie dokazují, že právě fyzická aktivita je účinná při zmírňování symptomů ADHD, neboť účinky fyzické aktivity jsou podobné těm, které jsou vyvolávány pomocí stimulantů. Ve srovnání s nimi je fyzická aktivita bez vedlejších účinků. (Kotulská a kol., 2023, [online], vlastní překlad) Hnátková (2020) ve svém výzkumu také zmiňuje, že velký problém při práci s ADHD dětmi je nedostatek času na individuální péči. Dále uvádí, že některé její respondentky využívají metodu trestu. Další metody při práci nepoužívají, ani je neznají.

Třetí výzkumná otázka se zaměřuje na obtíže spojené s výchovou a vzděláváním ADHD dětí v rámci dětského domova. V obou výzkumech mají děti stanovený přesný denní režim a daná pravidla, která musí dodržovat. V obou výzkumech je zmíněno, že nastávají situace, kdy děti pravidla porušují. Hnátková (2020) ve své práci uvádí, že výchova a vzdělávání ADHD dítěte se často neobejde bez pomoci odborníků. Bohužel dále zmiňuje, že v blízkosti dětského domova je nízký počet těchto odborníků a na vyšetření u nich se čeká dlouho. Respondentky v mém výzkumu uvádějí, že děti také navštěvují odborníky, nejčastěji dětského psychologa. Z rozhovorů s nimi jsem nabyla dojmu, že by uvítaly častější spolupráci s těmito odborníky a cenné rady, které by jim pomohly při jejich nelehké práci.

Vychovatel, který vykonává přímou pedagogickou činnost ve školském zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy, musí mít dle zákona č. 563/2004 Sb., § 16, odst. 2, o pedagogických pracovních a o změně některých zákonů získanou odbornou kvalifikaci. (Zákon č. 563/2004 Sb., [online]) V době kdy jsem prováděla rozhovory s vychovatelkami v dětském domově, měla pouze jedna vychovatelka ze tří dokončené odpovídající studium. Budou-li chtít na této pozici pokračovat, musí si vzdělání doplnit. Dále bych navrhovala navštěvovat různé kurzy a semináře, které by přispěly k ještě lepší orientaci v dané problematice.

Pro rozsáhlejší spektrum odpovědí by bylo vhodné provádět výzkum ve větším počtu zařízení. Do výzkumu by mohly být zařazeny nejen dětské domovy, ale také dětské domovy se školou. Přestože jsem kontaktovala některé další dětské domovy, spolupráci s nimi na mé bakalářské práci se bohužel navázat nepodařilo. Z tohoto důvodu bylo výzkumné šetření provedeno pouze v jednom dětském domově, což přineslo úzce zaměřené odpovědi.

9 Závěr

Bakalářská práce se zabývá zkušenostmi pracovníků dětského domova s dětmi s diagnostikovanou poruchou pozornosti neboli ADHD. Ta je v současnosti jednou z nejčastěji diagnostikovaných poruch v dětském věku a v dětském domově se tato diagnóza projevuje u 5 až 10% dětí. Jedná se o skupiny vývojových poruch, která zahrnuje kombinace nadměrné aktivity, impulzivity a nepozornosti. V důsledku těchto projevů mohou být děti často napomínány a označovány za neposlušné, což může mít dopad na jejich sebevědomí. Právě proto je důležité dávat těmto dětem najevo lásku, odměňovat jejich úspěchy, motivovat je a podporovat u nich pocity jistoty a bezpečí pomocí stabilního režimu a pravidel. Při práci s ADHD dětmi je důležitá individuální péče, to však v zařízení jako je dětský domov není vždycky možné. Vychovatelé se zde musí věnovat všem dětem a ne pouze jednomu.

Teoretická část práce je rozdělena do 3 kapitol. První kapitola obsahuje definici syndromu ADHD, jeho příčinu, výskyt, léčbu a také metodiky pro diagnostiku. Druhá kapitola je zaměřena na skupiny základních projevů ADHD a projevy přidružené. Poslední kapitola se zabývá ústavní péčí. V kapitole jsou popsány jednotlivé zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Na začátku praktické části jsem nejdříve definovala cíl bakalářské práce, stanovila výzkumné otázky a objasnila metodiku a techniku sběru dat. Dále se v praktické části věnuju popisu vlastního výzkumného šetření, které se uskutečnilo ve vybraném dětském domově.

Cílem první výzkumné otázky bylo zjistit, nakolik jsou klienti s diagnostikovanou poruchou pozornosti vnímáni jako specifická skupina. Výzkumem bylo zjištěno, že na tyto děti není v dětském domově nahlíženo jako na specifickou skupinu.

Cílem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, jak se v dětském domově pracuje s potížemi dětí se syndromem ADHD. Zde bylo výzkumem zjištěno, že pokud je to u dětí nutné, podstupují stanovený druh léčby, vychovatelé se jim snaží věnovat individuální péči a snaží se mírnit projevy jejich poruchy.

Cílem třetí výzkumné otázky bylo zjistit, nakolik je obtížné naplňovat v dětském domově výchovné a vzdělávací potřeby dětí s diagnostikovanou poruchou pozornosti. Výzkumem

bylo zjištěno, že výchovné a vzdělávací potřeby jsou dětem naplňovány bez větších obtíží.

Za největší přínos tohoto výzkumu považuji možnost nahlédnutí do problematiky života dětí nejen s poruchou pozornosti, které jsou umístěny v dětském domově a také možnost nahlédnutí do profese vychovatele v dětském domově. Jsem vděčná, že mi vedení dětského domova povolilo spolupráci a také za ochotu a milý přístup všech vychovatelů v dětském domově.

Osobní přínos mé bakalářské práce vidím především v tom, že vzbudila můj hlubší zájem o danou problematiku a ráda bych se ji v budoucnu věnovala, ať již rozšiřujícím studiem nebo ve své praxi.

Použité zdroje:

- DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-419-5.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HOFSCHNEIDEROVÁ, Anna, Šárka DUŠKOVÁ a Kamila HOLOUBKOVÁ, Michal ĎORŮ, 2016. *Můj život v dětském domově*. Praha: Liga lidských práv. ISBN 978-80-87414-27-9.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
- JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Praha: Grada, 2010. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2697-7.
- JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Máme dítě s ADHD: rady pro rodiče*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5347-8.
- MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Přeložila Dagmar TOMKOVÁ. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-430-4.
- PTÁČEK, Radek a Hana PTÁČKOVÁ. *ADHD - variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-2930-8.
- PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje: psychická deprivace, neurotické obtíže v dětském věku, poruchy chování a syndrom hyperaktivity, psychologie jedinců s různými typy postižení*. Praha: Grada, 2016. Psyché. ISBN 978-80-247-5452-9.
- RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

- ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Vydání dvanácté. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0875-4.
- ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: záporny i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0204-4.

Elektronické zdroje:

- CAHOVÁ, Pavlína, Jana PEJČOCHOVÁ a Hana OŠLEJŠKOVÁ, 2010. Hyperaktivní porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie pro praxi* [online]. Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno: Solen, **11**(6), 373-377 [cit. 2023-03-21]. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201006-0004_Hyperkineticka_porucha_ADHD_v_dospivani_a_dospelosti_diagnostika_klinicky_obraz_a_komorbidity.php
- *Dětský diagnostický ústav, dětský domov se školou, středisko výchovné péče, základní škola a školní jídelna, Homole* [online]. [cit. 2023-03-07]. Dostupné z: <https://dduhomole.cz/index.html>
- DRTÍLKOVÁ, Ivana a Adam FIALA, 2016. *Rozdílné dimenze subtypů ADHD*. Česká a slovenská psychiatrie [online]. Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno: Galén, **112**(3), 127-132 [cit. 2022-11-10]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1097>
- HNÁTKOVÁ, Michaela, 2020. *Možnosti péče a výchovy dítěte se syndromem ADHD v dětském domově*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice - Fakulta filozofická. Vedoucí práce PhDr. Marcela Ehlová. Ph.D. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/76268>
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2022. *World Health Organization* [online]. WHO [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: <https://icd.who.int/en>
- KOTULSKA, Maria, Barbara JĘDRZEJEWSKA, Martyna LICHMAN, et al. The influence of physical activity on reducing ADHD symptoms – a systematic review. *Journal of Education, Health and Sport* [online]. 2023, **31**(1), 46-54 [cit. 2023-06-22]. ISSN 2391-8306. Dostupné z: doi:10.12775/JEHS.2023.31.01.004

- MEDŘICKÁ, Hana, Marie KUNČÍKOVÁ a Vilém NOVÁK, 2007. ADHD. *Neurologie pro praxi* [online]. Klinika dětské neurologie FN Ostrava: Solen, 8(4), 219-221 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200704-0008_ADHD.php
- MŠMT: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online], © 2013 – 2023. [cit. 2023-03-06]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/dokumenty-3/zakon-c-109-2002-sb-o-vykonu-ustavni-vychovy-nebo-ochranne>
- OGUNDELE, Michael O a Hani F AYYASH. ADHD in children and adolescents: Review of current practice of non-pharmacological and behavioural management. *AIMS Public Health* [online]. 2023, 10(1), 35-51 [cit. 2023-06-22]. ISSN 2327-8994. Dostupné z: doi:10.3934/publichealth.2023004
- *Rejstřík škol a školských zařízení* [online]. MŠMT [cit. 2023-03-07]. Dostupné z: <https://rejstrik.msmt.cz/rejskol/>
- SALARI, Nader, Hooman GHASEMI, Nasrin ABDOLI, Adibeh RAHMANI, Mohammad Hossain SHIRI, Amir Hossein HASHEMIAN, Hakimeh AKBARI a Masoud MOHAMMADI. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics* [online]. 2023, 49(1) [cit. 2023-06-22]. ISSN 1824-7288. Dostupné z: doi:10.1186/s13052-023-01456-1
- STÁRKOVÁ, Libuše, 2016. *ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe*. Pediatrie pro praxi [online]. Psychomed s. r. o. a PK FN Olomouc, 17(1), 16-21 [cit. 2022-11-23]. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2016.004
- THEINER, Pavel, 2012. *ADHD od dětství do dospělosti*. Psychiatrie pro praxi [online]. Psychiatrická klinika FN Brno a MU Brno: Solen, 13(4), 148-150 [cit. 2023-03-21]. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201204-0002_ADHD_od_detstvi_do_dospelosti.php
- Výchovný ústav. *Výchovný ústav* [online]. Copyright © Styleshout [cit. 14.03.2023]. Dostupné z: <http://www.vujh.cz/>
- Zákon pro lidi - sbírka zákonů: *Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů* [online]. [cit. 2023-06-26]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-563#cast1-hlava2>

Seznam použitých obrázků:

Obr. č. 1: Klasifikace MKN-10	12
Obr. č. 2: Klasifikace DSM-5	13

Seznam použitých zkratk:

MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí 10 revize

DSM – 5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch 5 vydání

CNS: Centrální nervová soustava

DÚ: Diagnostický ústav

DD: Dětský domov

DDŠ: Dětský domov se školou

VÚ: Výchovný ústav

DDÚ: Dětský diagnostický ústav

VÚJH: Výchovný ústav v Jindřichově Hradci

Seznam příloh:

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

Příloha č. 2 – Ukázka přepsaného rozhovoru

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKY **VÝZKUMU**

Byla jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem výzkumného projektu Kristýny Klimešové s pracovním názvem „Dítě s ADHD v prostředí dětského domova“. Rozumím jim a souhlasím s nimi.

Souhlasím s účastí na tomto projektu. Dávám své svolení výzkumnici, aby materiál, který jsem jí poskytla, použila za účelem sepsání bakalářské práce, popř. odborného článku a pro jakékoliv další odborné publikace a prezentace vycházející z tohoto výzkumu.

Souhlasím se způsobem, jak bude zachovávána důvěrnost a jak bude má identita chráněna během výzkumu i po jeho skončení.

Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru s výzkumnicí a s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu. Dávám souhlas k tomu, že výzkumnice může v odborné publikaci citovat informace, které jí poskytují.

Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mne obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv ukončit rozhovor.

JMÉNO:.....

PODPIS:.....

DATUM:.....

Příloha č. 2 – Ukázka přepsaného rozhovoru

(V = výzkumník, R = respondent)

V: Jaká je vaše zkušenost s klienty s ADHD? Jak častá je diagnóza ADHD u dětí v DD?

R: Samozřejmě že tady jsou děti s ADHD, každé dítě – většinou – jakoby já říkám: každé dítě má nějaký problém.

V: Podstupují děti z domova nějakou léčbu?

R: Jak tady mám toho chlapečka...on když sem přišli na podzim (tři sourozenci), on chodí do 2 třídy, je mu 8 let a ten bere léky na nervy, aby byl v klidu. On je šikovný, strašně šikovný, v podstatě hodný, ale něco ho rozruší – nějaká zpráva. Například třeba, jeho sestry šly nakoupit a on tady nebyl a přišel za mnou a ptal se, jestli mu holky šly taky nakoupit. A já říkám: „*Já nevím Jurášku.*“ A jeho tohle prostě strašně rozčílí. A já, jelikož používám selský rozum, a má tedy ty farmaka, nějaký ty léky. Nevím co to je vůbec, ale je to na zklidnění. A on je z toho chvíličku na nervy, může taky s něčím bouchnout, ale není to nic strašného. A za chvíli ho to přejde. To je taková dobrá forma, bych řekla. Nebo když píšeme úkol a já vidím, že to už nezvládá, nebo že mu to nejde, tak mu to v klidu vykládám - takhle by to mohlo být a takhle. Tak on se naštve a začne tam psát kraviny a to už s ním vůbec nemá cenu. Tam je pak dobrý, nechat mu čas. On se tím časem uklidní. Jeho starší sestra, tak je taková máma jeho a ona to s ním krásně tak umí. Ta je taková jako negativní, ale spolu strašně dobře fungují. Ta nejstarší si je jako srovná.

V: Ovlivňuje přítomnost dítěte s ADHD chod DD? Jak?

R: Ten chlapeček je pracovitý, včera jsme uklízeli, no a on byl strašně ochotný. Ale holky jsou líné...

V: Má problém s navazováním vztahů?

R: To bych neřekla

V: Má problém s respektováním pravidel?

R: Ne, vůbec. To on má rád ty pravidla.

V: Nakolik jsou děti s touto diagnózou vnímány jako specifická skupina?

R: Tady u toho chlapce vůbec.

V: Máte nějaké specifické metody/postupy jak s dětmi pracovat? Jak se děti s ADHD projevují s kolektivu DD?

R: Je pravda, že má trošičku v sobě takový to, že naslouchá tomu svému vedoucímu – když tady jsem já, tak co řeknu třeba někomu jinému, tak on trošičku mě chce jako zastupovat a on to opakuje, protože on chce mít tady ten pořádek. Já si myslím, že bude taková vůdčí osobnost.

V: Jak ostatní vnímají děti s ADHD?

R: Tak tady u toho chlapečka vůbec. Úplně přirozeně – úplně je to všechno v pořádku.

V: Jak se vrstevníci chovají k dítěti se syndromem? Berou ho mezi sebe?

R: Určitě.

V: Jsou si vědomi jeho poruchy?

R: Ne, vůbec. To není poznat

V: Berou na ni ohled?

R: No říkám, vůbec to není poznat. Taky jsem byla u paní, kterou on navštěvuje - dětskou psycholožku. Tam jsme si povídaly a ona se mě ptala, jak to tady chodí...tak jsem ji říkala, že to není nic strašného pro ně. Já mám takovou metodu, napřed jako sledovat ty děti. To mi i říkala jedna paní učitelka. Já když přijdu do nového kolektivu s dětma, tak já je nejdříve vysleduji. To umí každý hlupák, přijít a začít rozkazovat. A vy musíte jako nasát, kdo je jaký, co kdo potřebuje a tak dále a ono to potom všechno jde.

V: Jak se pracuje s potížemi dětí s ADHD v DD?

R: Tak když to vezmu s tím úkolem – on dostane nějaký úkol a když vidím (to poznáte na těch písmenech) že už je jako unavený (je protahuje a tak dále) tak on ten úkol strašně chce splnit. I když je prostě špatně, ale on to chce dodělat. Tak já říkám: „*tak to chvíli necháme a za chvíli se k tomu vrátíme*“ a on ne. Je i důsledný. Třeba s těma práškama. To on ví, že je má dostat a i si sám řekne: „*Teto, prášky.*“

V: Stabilní režim? Řád dne?

R: No, to on právě má rád – ten režim. Prospěch ve škole má výborný. Paní učitelka ho ve škole taky chválí. Na písemky se učí sám. Já v podstatě ani na něj nedohlížím a pak mi řekne akorát výsledek - třeba že se naučil básničku. Tak on je zatím v té druhé třídě, takže to učení zatím není takové.

V: Volnočasové aktivity v rámci DD?

R: Oni jak přišli na podzim, kdy už ty kroužky byli rozběhnutý, takže jsme mu slibovali fotbal, ale jako mimo DD. Nakonec pan učitel ve škole otevřel kroužek fotbalu. Takže jsme ho tam přihlásili a to byl jako nadšený. Bylo vidět, že to potřebuje. Někde vybit tu energii.

V: Nakolik je obtížné naplňovat výchovné a vzdělávací potřeby dětí s ADHD v DD?

R: Jak říkám no, konkrétně s Jurou je to prostě v pohodě.

V: Jsou děti schopné samostatně plnit úkoly do školy?

R: Ano.

V: Kdo jim s úkoly pomáhá?

R: Vychovatel.

V: Máte nějaké specifické metody/postupy jak s dětmi psát domácí úkoly a připravovat se s nimi na výuku ve škole?

R: Když potom má nějaký problém a nechce se toho vzdát, tak říkám – „Dobře Jurášku, ale já ti to nepodepíši, že jsme to dělali spolu.“ A je to vyřešeno. Ony ty učitelky jsou v tomhle tom rozumný. Myslím si, že není třeba to dítě vynervovat do nějakých výšin kvůli úkolu. Ten úkol je jako opakování a není to nic tak důležitého.

V: Co byste poradil/a nové kolegyni/kolegovi?

R: Tak to, co jsem vám teď řekla. Že vlastně opravdu to vysledovat a každý to dítě je jiný a rozsah toho postižení je takový.