

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**  
Katedra psychologie

# **ADHD**

# **V DĚTSKÉM VĚKU**

**(zaměření na mladší školní věk)**

*Diplomová práce*

Lenka Bartáková, DiS

Učitelství pro 1. stupeň ZŠ (2009-2014)

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, duben 2014

Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 31. března 2014

.....  
*vlastnoruční podpis*

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Lence Novotné za odborné vedení a cenné připomínky v průběhu konzultací, které mi umožnily vypracování této diplomové práce.

# Obsah

Úvod.....	- 7 -
<b>1 SYNDROM ADHD .....</b>	<b>- 10 -</b>
1.1 Terminologie, vymezení pojmu .....	- 10 -
1.2 Charakteristika a projevy ADHD.....	- 11 -
1.3 Možné příčiny syndromu ADHD.....	- 15 -
1.4 Diagnostika ADHD .....	- 16 -
1.5 Problémy provázející ADHD.....	- 19 -
<b>2 VZDĚLÁVÁNÍ A VÝCHOVA DÍTĚTE S ADHD .....</b>	<b>- 21 -</b>
2.1 Legislativní rámec péče a možnosti vzdělávání žáků s ADHD .....	- 21 -
2.2 Práce s dětmi s ADHD .....	- 24 -
2.2.1 Intervence ve škole .....	- 25 -
2.2.2 Prevence problémového chování ve třídě.....	- 29 -
2.2.3 Intervence v rodině .....	- 31 -
<b>3 ZPŮSOBY LÉČBY ADHD .....</b>	<b>- 34 -</b>
3.1 Farmakoterapie .....	- 34 -
3.1.1 Stimulancia .....	- 36 -
3.1.2 Tricyklická antidepresiva.....	- 37 -
3.2 Psychoterapie .....	- 38 -
3.3 EEG-biofeedback .....	- 40 -
<b>4 ŽÁCI SE SYNDROMEM ADHD NA 1. STUPNI.....</b>	<b>- 43 -</b>
4.1 Případová studie .....	- 43 -
4.2 Dotazníkové šetření.....	- 48 -
4.2.1 Dotazníková metoda .....	- 48 -
4.2.2 Vyhodnocení dotazníků .....	- 50 -

Závěr.....	- 61 -
Resumé.....	- 62 -
Použitá literatura .....	- 63 -
Seznam příloh.....	- 65 -
Přílohy .....	- 66 -

## Úvod

S dětmi s poruchou pozornosti provázené hyperaktivitou (ADHD) se setkáváme stále častěji. Často jsou nespravedlivě hodnoceny za svůj neklid, nepozornost, špatné chování i neúspěchy ve škole. Zvládání každodenních a pro ostatní vrstevníky běžných situací je pro ně mnohem náročnější. Často musí poslouchat, že jsou nevychované, nezvladatelné a hloupé. Tomu lze však předejít včasnou diagnostikou, informovaností a vhodným přístupem.

Tyto děti nejsou nemocné, netrpí nemocí, kterou je možno vyléčit. Dítě se syndromem ADHD z této poruchy nevyroste, i když se jednotlivé projevy jeho chování během dospívání mění. Největší roli v tom, čeho tyto děti v životě dosáhnou, nakolik budou úspěšné a jak budou sami se sebou spokojené, sehrávají dospělí. Nejlepším způsobem, jak těmto dětem pomoci, je včasná diagnostika poruchy a vytvoření takového prostředí, aby byly schopné se s dostatečným sebevědomím rozvíjet a prožívat okamžiky uspokojení, ne pouze zklamání.

Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala problematiku výchovy dětí se syndromem ADHD na 1. stupni základní školy. S těmito dětmi jsem se poprvé setkala před šesti lety, kdy jsem nastoupila na základní školu v Kaplici jako asistentka pedagoga a ve třídě, kde jsem pracovala, byl chlapec se syndromem ADHD. Tehdy pro mě bylo toto téma zcela neznámé. Pozorovala jsem práci svých kolegyň a snažila se o této poruše zjistit víc.

Nyní působím na této škole jako učitelka prvního stupně a ve své třídě mám dva žáky se syndromem ADHD. Toto téma jsem si tedy vybrala proto, že je mi velmi blízké a chtěla jsem zjistit, jak s těmito dětmi pracovat, aby výsledky byly co nejefektivnější. Cílem mé práce bylo tedy přehledně zpracovat problematiku syndromu ADHD, vymezit základní pojmy, zpracovat případové studie dětí s ADHD a pomocí dotazníku zjistit informovanost učitelů o této problematice a jejich přístup k dětem s tímto syndromem.

Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část je členěna do třech velkých kapitol. První se zabývá terminologií, projevy této poruchy, příčinami jejího vzniku a diagnostikou. Druhá kapitola je zaměřena na výchovu a vzdělávání dětí s ADHD. Jednotlivé podkapitoly se věnují postupně legislativě, intervenci ve škole, problémovému chování a intervenci v rodině. V poslední teoretické, tedy třetí kapitole, jsou popsány způsoby léčby ADHD.

Praktická část je rozdělena na dvě podkapitoly. V jedné je zpracována případová studie chlapce, jemuž byl diagnostikován syndrom ADHD a druhá je věnována vyhodnocení

dotazníkového šetření. Závěr obsahuje krátké shrnutí teoretické i praktické části diplomové práce.

# **TEORETICKÁ ČÁST**



# 1 SYNDROM ADHD

## 1.1 Terminologie, vymezení pojmu

Specifické vývojové poruchy chování mají u nás zažitý termín lehká mozková dysfunkce. Tento pojem (LMD) navazuje na termín O. Kučery, který zavedl termín lehká dětská encefalopatie. Můžeme se ale setkat i s novějším označením MMD – malá (minimální) mozková dysfunkce. Vznikly však i další názvy, které charakterizují příznaky dítěte související s jeho sníženou schopností koncentrace, hypoaktivity nebo hyperaktivity, které ovlivňují chování. Vznikly tak zkratky jako ADD nebo ADHD. (Vašutová, 2008)

*„ADHD je anglickou zkratkou názvu attention deficit hyperactivity disorder neboli porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou. Označuje onemocnění způsobující obtíže se soustředěním, nepřiměřeně zvýšenou aktivitou a impulzivitou dítěte.“* (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 13)

Nejčastěji cituje odborná literatura vymezení pojmu, které přinesla v r. 1962 komise pod vedením psychologa S. Clementse: *„Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení ve vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti a v kontrole pozornosti, popudů nebo motoriky.“* Černá (In Kocurová, 2000, s. 20)

Novější definice už uvádí pojem ADHD: *„ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci s rodinou, školou a společností.“* Barkley (In Zelinková 2003, s. 196)

Zelinková uvádí ještě několik dalších subtypů specifických poruch chování:

- **ADD (Attention Deficit Disorder) – prostá porucha pozornosti.** Od syndromu ADHD se liší tím, že se u jedinců s ADD neobjevuje impulzivita a hyperaktivita, více problémů je v oblasti pozornosti a v percepčně-motorických úkolech. Objevuje se tzv. denní snění, pomalost při provádění kognitivních operací a obtíže v navazování sociálních kontaktů, neschopnost zaměřit pozornost na určitou činnost.

- **ADHD s agresivitou nebo bez agresivity.** U dětí s ADHD s agresivitou je charakteristická nesnášenlivost, hádavost, nedostatek sebeovládání, časté antisociální chování (krádeže, rvačky). Rodinné prostředí bývá dysfunkční.
- **ODD (Oppositional Defiant Disorder)- opoziční chování.** Pro tuto poruchu je charakteristickým rysem extrémní fyzická agresivita, dominuje ztráta přizpůsobivosti, nadprůměrná nesnášenlivost, hádavost, oslabená sebekontrola, opakované odmítání plnění požadavků dospělých. Děti s ODD nepovažují sami sebe za zdroj obtíží a chybu vidí v jednání druhých.

## 1.2 Charakteristika a projevy ADHD

*„K základním symptomům ADHD patří hyperaktivita, impulzivita a nedostatečná schopnost soustředění. Výzkumné práce opakovaně ukázaly, že symptomy ADHD jsou v čase nápadně stálé. Klíčové symptomy a vzorce chování zůstávají v průběhu týdnů, měsíců i let nezměněné, ačkoliv asi u poloviny postižených dětí tyto symptomy při dosažení dospělosti do značné míry vymizí.“ (Munden, 2002, s. 21)*

Pro děti s tímto syndromem je charakteristická porucha pozornosti. Jedná se o projev vytrvalý, který přináší dítěti selhání ve školských výkonech při dobré a často nadprůměrné intelektové vybavenosti. Porucha pozornosti představuje neschopnost dítěte oddělit se od rušivých vlivů, to znamená, že je precitlivělé na vlivy okolí, případně neschopné soustředit se na daný úkol. Tyto děti bývají často neklidné a ruší spolužáky. Z problémů se soustředěností vyplývá neschopnost a ztráta zájmu o učení. Děti často neposlouchají rodiče ani učitele, protože se v myšlenkách stále někde toulají, přebíhají od jedné činnosti ke druhé. Dokáží se soustředit pouze na jeden problém, který je zaujme. Všechny děti s poruchou pozornosti mají problémy se soustředěním. (Vašutová, 2008)

V porovnání s vrstevníky se děti s ADHD vyznačují nadměrnou aktivitou. U takového dítěte je zřejmý celkový neklid, těžko ho něco uspokojí, nedokáže v klidu posedět či postát na jednom místě. Je vždy v pohybu, nikde chvíli nesetrvá. Nepřetržitě povídá, neustále komentuje vše, co mu přijde na mysl. Bere bezdůvodně různé věci do ruky a zase je vrací, ve škole se bezdůvodně zvedá z lavice a chodí po třídě.

U mnohých dětí s ADHD se setkáme s impulzivním chováním. Toto chování se vyznačuje neschopností dítěte kontrolovat a tlumit své projevy. Když něco chce, tak hned a bez čekání.

Obecně si neuvědomuje, co říká, zkrátka něco řekne a nepřemýšlí o tom. Když si hraje, nekontroluje se, je hlučné a rozjívené, těžko se ovládá. Často skáče do řeči. Impulzivní dítě je nebezpečné sobě samo i ostatním, jelikož nemyslí na zranění, které by mohlo utrpět. (Train, 1997)

Train (2001) uvádí podle převažujících symptomů tři podskupiny ADHD:

- 1.) Kombinovaná: u dítěte se projevují jak příznaky nesoustředěnosti, tak příznaky hyperaktivity/impulzivity.
- 2.) S převahou nepozornosti: u dítěte se projevuje více příznaků souvisejících s nepozorností než s hyperaktivitou a impulzivitou.
- 3.) S převahou hyperaktivity/impulzivity: převažují příznaky hyperaktivity a impulzivity než nepozornosti.

Kromě poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity existuje řadu dalších různých projevů ADHD:

- Chyby z nepozornosti – děti s ADHD přehlédnou často detaily v zadání úlohy, v diktátu zapomínají háčky a čárky, při počtech vynechávají některé příklady nebo ve správně vypočítaném výsledku vynechávají číslice - špatné školní výsledky, i když dítě látku jinak dobře ovládá.

- Nesoustředěnost a obtíže s návratem k činnosti po vyrušení – velmi rychle jim zevšední činnost, kterou se právě zabývají – důležité je vyloučení různých rušivých podnětů z okolí.

- Vyhýbání se domácím úkolům – kvůli poruše soustředění je pro ně psaní úkolů obtížné

- Nepozornost a riziko úrazů a různých nehod – rizika plynoucí z nepozornosti – rozhlédne-li se na ulici, nespadne-li někam, zamknutí bytu při odchodu ven, zavření vody v koupelně, zavření ledničky atd.

- Nepořádek – mají nepořádek ve školní lavici, tašce, v pokoji, ušpiněné oblečení jídlem, rozvázané boty – nutná schopnost neustále organizovat věci podle systému, který je relativně stálý.

- Zapomínání a nouzová improvizace místo plánování – obtíže s naplánováním nějaké činnosti, časté nedodržení plánu, zapomínání domluvených schůzek, školních pomůcek, domácích úkolů, napsání jiného cvičení než bylo zadáno atd.

- Menší schopnost přeladit na jinou činnost – spontánnost v činnostech, které si dítě samo vybere, ale v situaci, kdy má reagovat na nový konkrétní úkol, se chová stereotypně nebo s nápadnou časovou prodlevou.

- Menší plynulost řeči při odpovědích – velmi plyně dokážou hovořit o tématu, které si samy vyberou, ale řeč je nápadně méně plynulá, když odpovídají na otázku.

- Zaoberání se detaily a ztráta přehledu o celku – nad většinou úkolů stráví dítě více času než ostatní proto, že ulpívají na různých detailech a neuchopí problém v jeho celku.

- Nedokončování dlouhodobých činností – malá vytrvalost, po určité době opadající zájem pro danou činnost, při neúspěchu se rychle vzdávají, dávají přednost činnosti, která přináší odměnu ihned.

- Zhoršený odhad času – nepřesné odhady pro trvání aktivit v budoucnosti, obtíže při vytváření reálného časového plánu.

- Ztrácení věcí – nepozornost a roztržitost způsobuje ztrátu školních pomůcek, klíčů, mobilních telefonů a dalších věcí.

- Neposlušnost – zhoršená schopnost převést slovní instrukci do podoby vnitřního programu, který ovlivní jeho chování, dítě je často považováno za neposlušné.

- Obtíže se započítáním činnosti – souvislost s poruchou tvorby vnitřních instrukcí

- Samomluva – děti často hovoří samy pro sebe nahlas, komentují, co právě dělají, předříkávají si různé úkoly, připomínají slíbené odměny nebo možné tresty, některé děti počítají na prstech a nahlas.

- Neposednost, hyperaktivita – nejnápadnější projev ADHD, vrtění na židli, pobíhání po třídě, vstávání při vyučování, vykřikování, v situacích, kdy ostatní děti klidně stojí, nevydrží v klidu a třeba poskakují na místě, zvýšená hovornost, postupem věku se může zevní neklid změnit na pocit vnitřního nepokoje a nepohody v situacích, kdy je nutné setrvat na místě.

- Problémy se zklidněním po hře – potřeba více času ke zklidnění.

- Divoké vykonávání aktivit – činnosti vyžadující pomalost a pečlivost vykonávají v tryskovém tempu a za cenu mnoha chyb, vodu z kohoutku pouštějí naplno a zacákají vše kolem atd.

- Problémy se spánkem – obtíže se spánkem se objevují již v novorozeneckém věku, mají nepravidelný rytmus spánku a příjmu potravy, někdy prospí celý den, jindy jej bezdůvodně

propláčou, větší pohybová aktivita ve spánku, usínají tím hůře, čím později jdou spát, snaha je unavit k lepšímu usnutí nepřispívá.

- Nedočkavost – pro děti s ADHD je těžké na něco počkat, je to jeden z projevů impulzivity.

- Vykríkávání při výuce – když se hlásí, nevydrží počkat, až je učitel vyvolá, odpovídají dříve, než byla dokončena otázka, opět projev impulzivního chování.

- Zbrkllost – projev impulzivity, při písemné práci impulzivní děti začínají pracovat dříve, než si pořádně přečtou zadání nebo škrtají správný výsledek unáhleně vyhodnocený jako mylný, dalším projevem jsou různé pokažené a uspěchané výrobky.

- Obtíže se zařazením do kolektivu vrstevníků – dítě bere hračky ostatním, ruší hru, - zkrátka bezprostředně sáhne po věci, která ho právě zaujme, při neshodě bezděčně do někoho strčí, aniž by mu chtělo skutečně ublížit, v rozhovoru vyhrknou něco urážlivého nebo nepřípadného, čeho nakonec litují, a co by při minimálním časovém odstupu a přemýšlení nikdy neřekly, dítě s ADHD může být proto považováno v kolektivu za sebestředné, je odmítáno kamarády, ačkoliv po nich velmi touží a charakterově je zcela v pořádku.

- Ukvapené navazování a ukončování vztahů – obtíže s vytrvalostí i ve vztazích, snadno a neuváženě se seznamují, často pak také pro partnera zcela nepochopitelně vztah ukončí, například proto, že se začnou ve vztahu nudit a vydají se za novým podnětem.

- Riskantní chování – jeden z projevů impulzivity, děti s ADHD neuvažují dopředu o důsledcích svého počínání.

- Hospodaření s penězi – nakupují věci, které se jim právě zalíbí a nepřemýšlejí o tom, zda je skutečně potřebují, nově zakoupené věci je brzy omrzí, takže vzápětí shánějí nové, těžko dodrží finanční plán.

- Nepoučitelnost a časté úrazy – děti se málokdy poučí z předchozích zážitků, rychlá realizace nápadů ještě před tím, než v mozku proběhne porovnání nové myšlenky s předchozí zkušeností, často si následek svého činu uvědomí několik vteřin po jeho uskutečnění a kvůli dodatečné vzpomínce na trest se nadměrně vyděsí a snaží se zakrýt následky něčím, co v důsledku situaci ještě zhorší.

- Menší odolnost vůči neúspěchu a kritice, urážlivost – těžko snášejí kritiku a neúspěch, „neumějí prohrávat“, mají sklon si jednoduché napomenutí vysvětlit jako absolutní hodnocení (všechno dělám špatně, nikdy se mi nic nepovede), často se urážejí, ale vzhledem k proměnlivé emotivitě jim to dlouho nevydrží.

• Snadné nadchnutí se pro něco – dokáží se velmi snadno pro něco nebo někoho nadchnout, ale stejně snadno dosavadní zájem opouštějí. (Goetz, 2009)

*„Ne všechny příznaky platí pro každé dítě a jejich stupeň se bude případ od případu lišit. Každé dítě je totiž jedinečná bytost a vykazuje jinou kombinaci projevů chování, silných a slabých stránek, zájmů, vloh a dovedností.“* ( Riefová, 1999, s. 19)

### **1.3 Možné příčiny syndromu ADHD**

ADHD dnes patří mezi nejlépe prozkoumaná onemocnění v dětském věku. Řada odborníků se domnívá, že projevy ADHD mají společný podklad, že je lze vysvětlit jednotící teorií. Existuje několik hypotéz, co je tímto společným podkladem. Podle jedné z nich je za ADHD zodpovědná nedostatečná funkce těch řídicích systémů mozku, které nám umožňují tlumit tendenci neustále reagovat na nové podněty a impulzy a nechávat se jimi unést. Této funkci se říká v odborné literatuře behaviorální inhibice. Její dobrá funkce je hlavním předpokladem sebekontroly jedince. (Goetz, 2009)

Pokud mají rodiče dítě s určitými problémy, vyčítají si to a cítí se většinou vinni. Domnívají se, že udělali něco, co mohlo tyto problémy způsobit. Těchto výčitek by se však měli zbavit, neboť pokud má dítě syndrom ADHD, není to ničím chyba. (Riefová, 1999)

Neznáme všechny možné příčiny této poruchy, ale stále není u konce bádání o tom, jak funguje mozek a co ovlivňuje naši pozornost a učení. Proto u této poruchy nelze zatím jednoznačně její příčiny určit. Odborníci připisují možný výskyt především těmto příčinám:

- Dědičnost, genetické příčiny – v rodině se problémy s chováním a pozorností již vyskytly, porucha má svůj původ v genech, nelze ji tedy léčit.

- Poškození mozku, problémové těhotenství či porod – jsou to většinou drobná poškození centrální nervové soustavy v raných vývojových obdobích, traumata před porodem či krátce po porodu, úraz v kojeneckém věku. Poškození CNS způsobují negativní projevy v chování i jednání dítěte, dítě samo, bez vhodného působení, nedokáže své jednání a chování změnit.

- Užívání alkoholu a drog během těhotenství poškozují plod

- Otrava olovem – znečištěné životní prostředí

- Nedostatek dopaminu v těle – dopamin je chemická látka, která přenáší nervové signály, její nedostatek má za následek nedostatek přenašečů.

- Reakce na stravu – výzkumy tuto teorii neprokázaly, ale přesto má mnoho zastánců. Za původce hyperaktivit se označují umělá barviva, konzervační přípravky, salicyláty. Proto by se tyto látky neměly objevovat ve stravě hyperaktivního dítěte. (Škvorová, Škvor, 2003)

Munden k těmto příčinám přidává ještě i psychosociální faktory. Řada lidí se mylně domnívá, že příčinou ADHD je špatná nebo nedostatečná výchova. Symptomy ADHD mohou však výchovu značně zkomplikovat. Rodiče dětí s ADHD jsou někdy chybně obviňováni z toho, že jsou špatnými rodiči, i když jejich ostatní děti jsou v pořádku. Pokud se podaří nastartovat vhodný terapeutický program, symptomy ADHD, které byly do té doby považovány za výsledek špatné výchovy, se obvykle zmírí. (Munden 2002)

## 1.4 Diagnostika ADHD

Tuto poruchu je obtížné zjistit dříve než kolem čtvrtého či pátého roku věku, protože u mladších dětí obvykle nemůžeme rozlišit její příznaky – děti málokdy u nějaké činnosti dokáží vydržet. Problémy se většinou zviditelní po nástupu dítěte do školy, kde se mu nedaří, protože je nesoustředěné, nebo kde se kvůli své hyperaktivitě nebo impulzivitě nedokáže přizpůsobit daným třídním pravidlům. (Train, 2001)

Jak Munden (2002) uvádí, ADHD patří mezi tzv. spektrální poruchy proto, že se pravděpodobně u různých lidí vyskytuje v různých stupních závažnosti. Není jednoduché rozlišit lidi s mírnou poruchou ADHD od krajně hyperaktivních lidí bez této poruchy. Diagnóza ADHD se určuje velice těžko. Neexistují pro ni žádné absolutně správné diagnostické testy, symptomy se různí podle věku, situace a podmínek. Pokud dítě trpí i jinou poruchou, může tato porucha symptomy ADHD zakrýt, a naopak některé symptomy ADHD se mohou naopak objevit i u jiných poruch.

Jak uvádí Munden (2002, s. 59) *„Mozek lidí s ADHD funguje charakteristickým způsobem a oni pak jednají a žijí jinak než lidé bez ADHD. Přistupovat k nim jako k handicapovaným je dosti nešťastné. Jejich porucha je léčitelná, a když se k ní postavíme správným způsobem, dá se velmi dobře zvládnout.“* Určité vlastnosti, kterými tito lidé disponují, mohou být za správných okolností i jejich silnými stránkami. Pokud se však vhodně neléčí, mohou podléhat depresím, úzkostem nebo se chovat nevhodně. Proto je u této poruchy nejdůležitější rozpoznat její skryté symptomy a zhodnotit, do jaké míry se mohou v jejich chování projevit.

ADHD má vždy stejné složky: impulzivitu, nepozornost a hyperaktivitu. U každého dítěte se ale v různých situacích může projevat jinak. Symptomy se mění podle toho, co se právě děje, jak se dítě cítí. Jakmile si rodiče všimnou, že něco není v pořádku, měli by ve škole, kterou dítě navštěvuje, vyhledat pomoc výchovného poradce. Čím dříve se zahájí vhodná terapie a učiní správné kroky ve škole, tím lépe.

Pro přesné stanovení diagnózy je nutné získat vyšetření kvalifikovaného a dostatečně zkušeného odborníka. ADHD je diagnóza, kterou by se měl zabývat lékař, obvykle psychiatr pro děti a adolescenty. Někdy může ADHD jako první rozpoznat i jiný odborník, třeba učitel, pediatr nebo psycholog. Ten by měl pak učinit vše potřebné k tomu, aby se dítěti dostalo celkového vyšetření.

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. Neexistuje žádný jedině správný diagnostický test na ADHD.

Dle Pokorné (2001) spočívá diagnostika v lékařském a psychologickém vyšetření.

Úkolem lékařského vyšetření je zjistit, zda se nejedná o somatické, popřípadě psychické onemocnění. Zejména je nutné vyloučit schizofrenii, autismus, psychózy, poruchy osobnosti a emoční poruchy.

Dalším důvodem vyšetření lékařem je určit, zda je vhodná medikace. Tato otázka by se měla řešit společně s hodnocením výsledků psychologického šetření a stanovením podpůrných a psychoterapeutických opatření.

Psychologické vyšetření by se mělo opírat o tři zdroje informací:

*1. Rozhovor s rodiči* je pro hodnocení dítěte velmi důležitý, jelikož rodiče mají s vlastním dítětem mnoho zkušeností. Je důležité vědět především to, co jim na chování dítěte nejvíce vadí, co nejvíce narušuje chod rodiny, jaké situace jsou nejnáročnější a co nejvíce obtěžuje sourozence. Rozhovor s rodiči je důležitý nejenom pro diagnostiku, ale především pro vlastní terapii. Je významné s rodiči mluvit o obtížích, kterými dítě trpí, ne o obtížném dítěti. Takovým způsobem ovlivníme postoj rodičů k dítěti a naučíme je, aby mluvili věcně o problému a nehodnotili své dítě.

Obsahem rozhovorů může být celkový vývoj dítěte od těhotenství matky až po současnost po stránce zdravotní. Jde třeba se zajímat o sociální i školní vývoj dítěte, porovnat chování



dítěte vzhledem k jeho mentální úrovni a ve srovnání s dětmi stejného věku. V neposlední řadě je důležité zjistit, jaké výchovné strategie rodiče používají a jaká je jejich účinnost.

2. *Vlastní vyšetření* sleduje intelektovou úroveň dítěte, jeho percepční výkony, školní výkony, vývoj řeči, sociální a emoční schopnost adaptace. Dále je důležité vyšetřit pozornost dítěte, vizuálně-motorické dovednosti, paměť, vnímání časového sledu ve vztahu ke schopnosti dítěte vytvářet činnostní řetězce, dovednost plánovat si a organizovat své činnosti. Také bychom měli sledovat styl učení.

3. Třetím zdrojem informací je *speciální vyšetření prostřednictvím posuzovací škály*. Existuje značný počet posuzovacích škál pro chování, které byly vytvořeny. Nejčastěji se uvádí Connersova posuzovací škála hyperaktivity. (příloha č. 1) Jde o dotazníkové materiály, které jsou předkládány učitelům, rodičům a lékařům, někdy i vrstevníkům a dítěti samotnému. (Pokorná, 2001)

Moderní psychiatrie má pro každé onemocnění stanovena závazná kritéria, která musí pacient naplňovat, aby mohla být určena diagnóza. Kritéria jsou shrnuta v klasifikačním systému, který je vždy s ohledem na pokrok medicíny po určité době aktualizován – hovoříme o jeho revizi.

*„V psychiatrii existují dva hlavní klasifikační systémy, evropský a americký. Evropským klasifikačním systémem je tzv. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10), ve Spojených státech je používán systém zvaný Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí 4. revize (DSM-IV). Termín ADHD pochází z amerického diagnostického manuálu.“* (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 59)

V evropské klasifikaci se setkáváme s označením hyperkinetická porucha. My, přesto že jsme Evropané, dáváme přednost americkému pojetí nemoci a tedy i termínu ADHD. Porovnáme-li totiž americká a evropská kritéria, zjistíme, že vymezení nemoci v evropské klasifikaci je užší než v americkém diagnostickém systému. Existují jasné důkazy, že děti, které by podle evropských kritérií nesplnily podmínky pro diagnózu hyperkinetické poruchy a neměly by tedy nárok na léčbu, trpí různými příznaky, které omezují jejich život a mohou být rizikovými faktory pro vznik dalších obtíží. Proto je pro naše pacienty užitečnější aplikovat kritéria z americké psychiatrie a snažit se předejít tomu, že by se dětem, které to potřebují, nedostalo náležité léčby. (příloha č. 2)

## **1.5 Problémy provázející ADHD**

Jak je již uvedeno v kapitole 1.2, třemi základními příznaky ADHD jsou porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita. Tyto příznaky buď izolovaně, nebo ve svém souhrnu predisponují dítě k dalším obtížím. (Zelinková, 2003)

### ***Problémy s navázáním přátelství***

Děti s ADHD mohou mít například problémy s navázáním přátelství. Příčinou problémů bývá často impulzivita a omezená pozornost, což má za následek neschopnost zvládat pravidla společenského chování nebo pochopit sociální pravidla. Existují děti, jejichž chování bylo v důsledku ADHD tak špatné, že ostatní je vyloučili ze své společnosti, neboť nebyl nikdo ochotný tolerovat jejich nadměru rušivé a často velmi hrubé projevy.

### ***Problémy s učením***

Dalším provázejícím problémem mohou být problémy s učením. Děti s ADHD často pozvolna zaostávají za ostatními dětmi ve třídě. Kromě potíží s chováním si ty to děti vypěstují i potíže s učením. Značná část dětí s ADHD trpí specifickými poruchami učení. Takové děti mívají konkrétně sklon k poruchám čtení a psaní. Nedokáží se soustředit tak dlouho jako jejich spolužáci. Hluk a okolní pohyb je snadno vyruší. Často přeslechnou důležité informace od učitele nebo jeho pokyn, protože právě přemýšleli o něčem jiném. Jejich rukopis je neúhledný. (Munden, 2002)

V současné době však většina autorů uvádí, že jde o poruchy na sobě nezávislé, přičemž se mohou objevovat jedinci, u nichž se obě postižení vyskytují současně. Barkley (1990) uvádí, že 20-25% dětí s ADHD má poruchu čtení. Du Paul (1994) diagnostikoval mezi dětmi s ADHD 20-40% dětí s dyslexií. Stejně tak norští autoři (Knivsberk a kol., 1999) považují ADHD a dyslexii za poruchy, které spolu nesouvisejí, i když řada projevů je podobných. (Zelinková, 2003)

### ***Problémy v rodině***

Děti s ADHD mívají problémy i doma. Rodiče často vyzkoušeli doslova vše možné, jen aby se jejich dítě chovalo lépe.

Děti s ADHD často potřebují spát méně než ostatní, v důsledku čehož jsou všichni chronicky unavení a rodiče na sebe mají málo času. Neustálé breptání, hluk, pohyb, hádky, ničení všeho možného, to je typický obrázek rodinného života, jak ho většina rodičů popisuje.

Rodiny často uvádějí, že mají vážné manželské problémy, alespoň z části způsobené projevy ADHD jejich dítěte. Přítomností ADHD se může vystupňovat i sourozenecká rivalita, která se i tak v rodinách vyskytuje. Rodiče jsou unavení řešením věčných hádek a stížností na chování dětí ve škole. Někdy mají i dojem, že se jich jiné rodiny a přátelé straní, že je chování jejich dítěte vyčlenilo ze společenského života.

### ***Psychické problémy***

Symptomy ADHD a jiných psychických poruch mají mnoho společného. Patří sem poruchy akustického spektra (dětský autismus a Aspergerův syndrom), obsedantně-kompulzivní porucha a Tourettův syndrom. Některé z těchto poruch je dobré mít na paměti při vyšetřování a léčbě, neboť mohou zakrývat jiné symptomy a diagnostiku tak stěžovat. Velkou pozornost je třeba věnovat terapii dětí s ADHD a s jinými poruchami, protože léčba jedné poruchy může negativně ovlivnit příznaky jiných poruch.

Řada dětí s ADHD má i další psychické potíže, které je třeba rozpoznat, odlišit od klíčových příznaků ADHD a vzít je v potaz při diagnostice a plánování léčby.

- u 60% s ADHD pozorujeme poruchu opozičního vzdoru – děti se rozčilují, hádají se s dospělými, odmítají spolupracovat a jsou schválně protivné
- u 45% dětí s ADHD pozorujeme poruchu chování – chronická agrese vůči ostatním, destruktivní chování, lhaní, krádeže, vážné a dlouhodobé porušování pravidel
- u 25% dětí s ADHD pozorujeme asociální nebo delikventní chování
- 33% dětí s ADHD prožívá deprese – špatná nálada, plačtivost, sociální izolace, nechutenství, ztráta zájmů, nespavost
- u 30% dětí s ADHD pozorujeme úzkostné poruchy – strach a vyhýbání se určitým situacím nebo setkáním, které mají podobu úzkostí, somatické symptomy jako například bolení břicha, zvracení, bolení hlavy, dušnost
- u více než 50% dětí s ADHD pozorujeme emoční problémy
- u více než 50% dětí s ADHD pozorujeme problémy v oblasti sociálních dovedností

Všechny tyto problémy mohou ADHD zakrývat, což někdy mívá za následek nedostatečnou nebo nepřesnou diagnózu a stanovení nesprávného terapeutického postupu. (Munden, 2002)

## **2 Vzdělávání a výchova dítěte s ADHD**

### **2.1 Legislativní rámec péče a možnosti vzdělávání žáků s ADHD**

Vzdělávání dítěte s ADHD a integrace do běžné třídy se řídí několika legislativními opatřeními. Obecné informace a ustanovení jsou zakotveny ve *Školském zákoně č. 561/2004 Sb.*, o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání ze dne 24. 9. 2004. Tento zákon upravuje vzdělávání ve školách a školských zařízeních, stanoví podmínky, za nichž se vzdělávání a výchova uskutečňuje. Stanovuje zásady a cíle, dlouhodobé záměry, právní postavení škol a školských zařízení. Paragraf 16 tohoto zákona je věnován vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.

Žákem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.

Zdravotní postižení je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.

Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Pro tyto žáky se při přijímání ke vzdělání a při jeho ukončování stanoví vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění.

Vyžaduje-li to povaha zdravotního postižení, zřizují se pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, popřípadě se souhlasem krajského úřadu v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy. (Zákon č.561/2004, [online])

*Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb.*, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, upravuje podmínky integrace a vzdělávání žáků se speciálními potřebami. Na základě této vyhlášky se vzdělávání těchto dětí uskutečňuje s pomocí podpůrných opatření, která jsou odlišná nebo jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření spojených se vzděláváním žáků stejného věku ve školách, která nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením.

Podpůrnými opatřeními se pro účely této vyhlášky rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga a různé úpravy vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka.

Speciální vzdělávání se poskytuje žákům, u kterých byly speciální vzdělávací potřeby zjištěny na základě speciálně pedagogického, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením. Dle této vyhlášky je speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením zajišťováno: formou individuální integrace, formou skupinové integrace, ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením nebo kombinací forem předcházejících. (Vyhláška č. 73/2005 Sb., [online])

Dle Kucharské (In Riefová, 1999) zajišťují u nás vzdělávání žáků s ADD/ADHD a se specifickými poruchami učení tyto vzdělávací instituce:

- běžné základní školy – forma individuální integrace
- specializované třídy – zřizované při běžných školách pro děti se specifickými poruchami učení a chování (LMD, ADD/ADHD)
- speciální školy pro děti se specifickými poruchami učení a chování

*Vyhláška č. 73/2005 Sb.* dále hovoří o individuálním vzdělávacím plánu (IVP). Tento plán se stanoví v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, případně také pro žáka skupinově integrovaného nebo žáka speciální školy.

Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, popřípadě doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře nebo dalšího odborníka, a vyjádření zákonného zástupce žáka

nebo zletilého žáka. Je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. (Vyhláška č. 73/2005 Sb., [online])

V roce 2005 nabyla také platnosti *Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb.*, o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Školská poradenská zařízení a školy poskytují bezplatně standardní poradenské služby, a to na žádost žáků, jejich zákonných zástupců, škol nebo školských zařízení. Podmínkou poskytnutí poradenské služby je písemný souhlas žáka, v případě nezletilého žáka písemný souhlas jeho zákonného zástupce.

Obsahem poradenských služeb je činnost přispívající zejména k:

- vytváření vhodných podmínek pro zdravý tělesný, psychický a sociální vývoj žáků, pro rozvoj jejich osobnosti,
- naplňování vzdělávacích potřeb a rozvíjení schopností, dovedností a zájmů,
- prevenci a řešení výukových a výchovných obtíží, sociálně-patologických jevů a dalších problémů souvisejících se vzděláním,
- vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů integrace žáků se zdravotním postižením, pro žáky nadané
- vhodné volbě vzdělávací cesty a pozdějšího profesního uplatnění,
- vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů práce pro žáky národnostních menšin nebo etnických skupin,
- rozvíjení pedagogicko-psychologických a speciálně pedagogických znalostí a profesních dovedností pedagogických pracovníků,
- zmírňování důsledků zdravotního postižení a prevenci jeho vzniku.

Mezi školská poradenská zařízení patří pedagogicko-psychologická poradna a speciálně pedagogické centrum.

Na školách je poskytování poradenských služeb zpravidla zabezpečováno výchovným poradcem a školním metodikem prevence, kteří spolupracují zejména s třídními učiteli. Poskytování poradenských služeb ve škole může být zajišťováno i školním psychologem nebo speciálním pedagogem. (Vyhláška č. 72/2005 Sb., [online])

Dalším závazným dokumentem je Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (Praha, 2005), který v části D vymezuje vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Dle RVP ZV se vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním uskutečňuje ve školách samostatně zřízených pro tyto žáky, v samostatných třídách, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy nebo formou individuální integrace do běžných tříd.

Ve všech organizačních formách vzdělávání je nutné vytvářet žákům vhodné podmínky pro jejich úspěšné vzdělávání a uspokojování jejich speciálních vzdělávacích potřeb. RVP ZV stanovuje tyto odpovídající podmínky a je východiskem pro tvorbu ŠVP. Vytvořené ŠVP jsou podkladem pro tvorbu individuálních vzdělávacích plánů. (RVP ZV, [online])

## **2.2 Práce s dětmi s ADHD**

*„Mnoho lidí považuje nepřiměřené chování dítěte za důsledek špatné výchovy. Předpokládají, že rodiče to s dítětem neumějí a učitelé jsou neschopní. Z tohoto jednostranného pohledu vyplývá, že všechny děti by se chovaly dobře, kdyby se jim rodiče a učitelé více věnovali.“* (Train, 1997, s. 81) Tento postoj je založen na domněnce, že všichni máme na počátku života téměř stejné předpoklady. Faktem však je, že se každý rodíme s jinou výbavou.

Chceme-li se skutečně s chováním dítěte s ADHD vyrovnat, musíme svou pozornost zaměřit jen na něj a realisticky zvážit jeho potřeby. Vždy musíme mít na paměti, že problematické chování dítěte může být způsobeno jeho zdravotním stavem.

Jsme-li v kontaktu s dětmi, musíme si uvědomit, že náš postoj k nim ovlivňuje jejich chování. A u dětí s ADHD to platí obzvlášť. Většinou nás tyto děti vnímají s nedůvěrou a očekávají, že budou kritizováni a odmítáni. Když se sami kontaktu s ním obáváme, s největší pravděpodobností se tyto naše obavy naplní. Chování těchto dětí se bude měnit podle toho, jaký k němu zaujmeme postoj. (Train, 1997)

Pomoc, terapie a intervence by měly vycházet z toho, co víme o projevech a příčinách syndromu ADHD.

Dle Pokorné (2001) v kognitivní oblasti vystupuje do popředí kromě jiných obtíží především porucha selekce podnětů. Znamená to, že dítě není schopno účelně vybírat z vnějších podnětů, které na něj současně působí, ty, které jsou pro určitou činnost významné. Děti s ADHD jsou zásluhou svého neklidu stále v pohybu. Neklid je způsobován neschopností selekce podnětů, a proto stálou předrážděností. Děti jsou unavené a neklidné právě proto, že se

nedovedou odpoutat od nedůležitých podnětů a zaměřit se na určitou činnost. Účelné je omezení podnětů, pokud se dítě má soustředit na určitou činnost. Je proto potřebné naučit děti relaxačním technikám, kdy u nich dojde ke zklidnění.

S potřebou zklidnění dítěte souvisejí i odpovídající postoje osob, které jsou s ním v denním styku. Optimální je klidné a důsledné vedení. Děti s ADHD jsou impulzivní, někdy i nešikovné, nepořádné, lehce se ušpiní, často práci nedokončí. Jejich výchova je velmi náročná. Ale pouze vychovatel, který si uvědomí, že se nesmí nechat vyvést z míry, může dítě provést jeho nejtěžším obdobím. Musí naopak sám vyzařovat klidem a být laskavě důsledný. Důslednost znamená řád a řád pomáhá dítěti, aby mohlo snáze předjímat události, a mohlo tak situace lépe strukturovat. Vnější řád pak pomáhá dítěti, aby zvnitřnilo řád svého vlastního života, aby ho přijalo jako pomoc, a tak se i samo zklidnilo a naučilo se lépe organizovat a předjímat denní události.

Z toho vyplývá i třetí zásada. Děti s ADHD právě pro svůj neklid, nesoustředěnost a emoční labilitu nemají rády změnu. Dítě s obtížemi v koncentraci trvá několik minut, než se v nové činnosti orientuje. Má si samo určit dobu, po kterou bude pracovat, samo se má kontrolovat, jak dlouho se dokáže soustředit. Dítě má být předem upozorněno na nadcházející změnu (za chvíli bude zvonit, za pět minut budeme končit a přejdeme k jiné práci apod.). Proto je pro dítě s ADHD výhodné, když je vedeno k určitému, pokud možno, důsledně dodržovanému řádu. Když se určité situace opakují, dítě se snáze na změnu připraví nebo ji dokonce očekává. (Pokorná, 2001)

### **2.2.1 Intervence ve škole**

*„Došel jsem k děsivému závěru,  
že rozhodujícím prvkem ve třídě jsem já.  
Atmosféru vytvářím svým osobitým přístupem,  
a pohodu svou každodenní náladou.  
Jako učitel mám obrovskou moc  
vnášet do života dětí déšť i slunce.  
Umím být nástrojem tráznění,  
ale i zdrojem inspirace.*



*Umím pokořovat i ustupovat,  
zraňovat i uzdravovat.*

*Jen na mně pokaždé záleží,  
zda se krize vystupňuje, nebo zažehná,  
a zda se dítě polidští, nebo odlidští.“*

Haim Ginnot<sup>1</sup>

Jednou z nejdůležitějších zásad pedagogické práce se žáky s ADHD je individuální přístup učitele. Ten by měl akceptovat a respektovat dítě s poruchou a usilovat o jeho rozvoj. Základem učitelovy úspěšné práce a žakovy reedukace je jeho vysoká odborná připravenost. (Vašutová, 2008)

*„Důvěra mezi učitelem a žákem je důležitou složkou při vytváření klimatu podporujícího spolupráci ve třídě, spolupracující chování žáků a zapojení do učebních činností“ ( Cangelosi, 1994, s. 115)*

Z toho co už bylo řečeno o syndromu ADHD, můžeme vyvodit všeobecné zásady pro práci s dítětem s touto poruchou ve škole. Jelikož práce s dětmi s ADHD je velmi náročná, je důležité tyto zásady dodržovat a správně zvolit metody, kterou vzbudí u žáků žádoucí odezvu.

*Prostředí třídy by mělo působit útulným, harmonickým a klidným dojmem.* Mnohé třídy překypují početnými zrakovými podněty, což není vhodné pro děti, které mají soustředěně pracovat.

*Dítě s ADHD by mělo mít v zorném poli pouze pomůcky, které potřebuje pro splnění svého úkolu.* Děti s výrazným neklidem by měly dostat jen předlohu cvičení, kterou mají zpracovat. Tak je možné předejít mnoha nedorozuměním. Později, kdy dítě zvládá určitý jev nebo dovednost, je možné mu pracovní podmínky méně zjednodušovat, až je schopno se orientovat v textových materiálech jako ostatní děti. Vždyť cílem nápravy je, aby dítě nevyžadovalo žádné

---

<sup>1</sup> Převzato z knihy Haim Ginnot: *Teacher and Child*. New York, Macmillan, 1972, s. 15 (In Riefová, Sandra, F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*, Praha: Grada, 1999, s. 117, ISBN 80-7178-287-4)

úlevy. Důležité je ale rozlišit neznalost školní látky od neschopnosti dítěte se orientovat v textu. (Pokorná 2001)

*Pozitivní posilování spolu s mírnými tresty* je základním prvkem intervence a musí následovat ihned po splnění úkolu, neboť vede k uspokojení dítěte a snaze opět získat pochvalu. Dítě má být upozorněno na to, co udělalo správně. Je to důležitější než obecná pochvala. Když dítě pochválíme za konkrétní věc, např. že se dobře naučilo počítání přes deset, dáváme mu lepší a přesnější informaci, než když ho pochválíme, že je šikovné. Pochvaly se vztahují i na úkoly, které by měly být zvládnuty dětmi v mnohem nižším věku.

*Častá zpětná vazba* vede k optimalizaci chování a podává informaci o kvalitě výkonu. Zpětné vazby ale nesmějí rušit dítě v právě prováděných úkonech. Je-li zpětnou vazbou upozornění na chybu, musí následovat doporučení, jak se chyb vyvarovat. Toto vše musí probíhat v klidu a v prostředí vzájemné důvěry. Zachováváme tedy klid, mluvíme klidným hlasem a preferujeme kontakt z očí do očí. Je-li to možné, mělo by být dítě s ADHD ve třídě umístěno co nejbližší učiteli, aby jeho chování a práci mohl sledovat a zpětnou vazbu ihned poskytnout.

*Úkoly, které dítě dostává, musejí být jednoduché, splnitelné a krátké.* Je-li třeba, rozdělíme delší úkol na úseky a zadáváme postupně. Postupně opět zvyšujeme nároky, až se dítě zcela přizpůsobí nárokům na ostatní žáky.

*Pro děti s ADHD nejsou vhodné činnosti, které jsou spojeny s rychlostí a závoděním.* Soutěžením podporujeme impulzivní chování a jeho zbrkllost.

*Aby dítě mohlo pracovat co nejlépe, musí rozumět zadání úkolu.* Zpočátku je nutné se přesvědčit, zda dítě instrukci rozumí a při zadávání instrukce udržovat oční kontakt. Postupně je vhodné ho naučit, aby rozumělo každé instrukci. Mělo by si umět najít klíčová slova, která vyjadřují, co má dělat.

*I když máme přechodně na dítě menší nároky než na ostatní děti, měli bychom důsledně trvat na splnění úkolu.* Dítě si totiž lehce zvykne, že někdy musí a jindy ne. Dětem více vyhovuje, když se s nimi pracuje pravidelně a systematicky. Dítě se pak spolupráci nebrání jako tehdy, když se s ním pracuje pouze sporadicky.

*S tím souvisí i řád a určité rituály při sestavování průběhu hodiny.* Dítě je klidnější, když ví, jaká činnost ho čeká. Rituály začátku a konce hodiny usnadňuje dítěti orientaci v průběhu hodiny. Dítě by na začátku hodiny mělo vědět, jaké činnosti jsou naplánovány, co bude obsahem hodiny.

*Dostáváme se tak k nácviku sociálních dovedností.* Děti s ADHD se neučí sociálním dovednostem tak spontánně jako jiné děti. Žijí totiž s poruchou, se kterou se jejich okolí většinou nedokáže vyrovnat. Dostává se jim jiných vzorců chování. Dětem s ADHD se proto musí dostat vědomé podpory v tom, aby se naučily většímu repertoáru řešení sociálních situací. Aby tato řešení byla vhodná, dané situaci přiměřená a dítěti pochopitelná.

*Děti ve školním věku potřebují mít dobré vztahy se svými vrstevníky.* Děti s ADHD nebývají oblíbené u svých spolužáků, často jim nestačí při hře, svou zbrklostí mohou společnou činnost pokazit, přenášejí na ostatní děti svůj neklid, neumí počkat, až na ně přijde řada, jsou netrpělivé. Řešením není vyloučení dítěte ze hry a stálé napomínání. Naopak takové dítě potřebuje porozumění a podporu dospělého, aby se zklidnilo a bylo přijímáno ostatními dětmi. Chování a přístup učitele k žákovi s ADHD je modelem pro chování všech dětí ve třídě. Důležité je také, zda dovede o potížích dítěte otevřeně s jeho spolužáky hovořit. Nelze dopustit, aby dítě bylo pro své obtíže izolováno od ostatních. Musíme hledat příležitosti, aby se cítilo součástí kolektivu, zapojovalo se do aktivit třídy.

*Sebekontrola a sebehodnocení* jsou obtížné u zdravých jedinců, tím spíše u dětí s ADHD. Soustavně je tedy vedeme k tomu, aby si uvědomovaly své chování, hodnotily je a snažily se dříve přemýšlet a potom teprve jednat. (srov. Pokorná 2001, Zelinková 2003)

*„Během školního dne učitel řekne a udělá mnoho věcí. Každé jeho slovo, gesto a každý čin ovlivní žáka, s nímž pracuje. Následuje pečlivě sestavený seznam zákazů, které by si všichni učitelé pracující s těmito dětmi měli promyslet.“* ( Riefová, 1999, s. 27)

1. Nevěřit tomu, že žák je ve třídě líný. Je naopak typické, že žák s ADHD líný není. Pro jeho nedostačující výkon existují jiné důvody.
2. Nenechat se zmást výkyvy ve výkonu žáka a nemyslet si, že žák schválně nespolupracuje. Pro děti s poruchou pozornosti představují takové výkony charakteristický znak. Někdy úkol zvládnou, jindy ne.
3. Neodepisovat předem žádného žáka. Tyto děti mnohdy pokoušejí vaši trpělivost a mohly by odradit každého učitele. I když se práce s nimi zdá nesmírně těžká a marná, je třeba vytrvat a věřit v jejich úspěch.
4. Nevzdávat práci s intervenčními technikami (modifikace chování žáka, behaviorální techniky). Často se stává, že děti s ADHD na programy nereagují. Bude proto třeba systém metod pro řízení chování žáků přepracovat a upravovat. Za námahu to však stojí.

5. Nezapomínat zapojovat svůj podpůrný tým. Požádat o spolupráci nejen kolegy ale i spolužáky.
6. Nezanedbávat spolupráci s rodiči. Zvát je do školy, aby se podívali, jak jejich dítě ve třídě pracuje, a aby se s učitelem domluvili na efektivním způsobu spolupráce.
7. Nevyhledávejte společnost kolegů, kteří mají negativní postoj, žáky kritizují, nepřijímají nové postupy a metody.
8. Neposlouchejte učitele, kteří žáka dříve učili a kteří vám chtějí sdělit pouze negativní vlastnosti žáka. U žáka předpokládejte to nejlepší.
9. Neopomíjejte nenápadné žáky vzadu, kteří mohou školním rokem proplout bez povšimnutí.
10. Nebojte se pro potřebu žáka požadavky osnov upravovat, měnit a dělat výjimky. Vaším cílem je, aby žáci zažili alespoň občas úspěch a uchovali si sebeúctu. (Riefová, 1999)

### **2.2.2 Prevence problémového chování ve třídě**

Podle Riefové (1999) patří k nejdůležitějším faktorům prevence problémového chování u žáků s ADHD:

- jasně sdělené požadavky na chování a práci žáků;
- dostatek času věnovaného vysvětlení toho, co je ve třídě přijatelné a co je nepřijatelné;
- jasná struktura vyučování a stanovené postupy pro často se opakující činnosti;
- předvídatelnost a důslednost jednání učitele;
- častý nácvik žádoucího chování
- jasně a spravedlivě stanovené důsledky nežádoucího chování;
- důslednost, trvání na dovedení práce do konce;
- učitelovo porozumění, pružnost, trpělivost;
- předcházení problémům preventivními taktikami;
- učitelova pomoc na individuální úrovni.

Dle Reifové (1999) potřebují děti s ADHD zvláště naléhavě takovou třídu, která je strukturovaná, a nikoli chaotická. V prostředí své třídy se potřebují cítit bezpečně a zároveň musí přesně vědět, co se od nich očekává.

**Třídní pravidla** – pravidla by měla být jasná, jednotná a nemělo by jich být příliš mnoho. Pro jejich lepší přijetí je vhodné nechat žáky, aby si je sami prodiskutovali, dohodli se na nich a sepsali je. Sepsaná pravidla by měla být vyvěšena na viditelném místě a vyučována pomocí příkladů. Měli bychom žákům umožnit, aby daná pravidla prakticky předvedli. K pravidlům je třeba se pak vracet po celý školní rok. O dohodnutých pravidlech je dobré informovat i rodiče.

**Pozitivní posilování** – pozitivní posilování žádoucího chování se ve třídě nedá ničím nahradit. Je to nejlepší strategie, jak dosáhnout změny chování žáka a jak u něho přitom budovat sebeúctu a respekt. Je potřeba „nachytat žáka, když je hodný“ a pak mu dát najevo, že jsme si správného chování všimli a pochválit ho. Mnohé žáky k práci motivují hmatatelné odměny (samolepky, drobné ceny, sladkosti). Mezi další způsoby pozitivního posilování patří například vynechat úkol podle žákova výběru, zvolit si hru, kterou je možné si zahrát s kamarádem, hrát vedoucí roli ve hře, přinést do koly nějakou věc podle vlastního výběru, zrušit svou nejhorší známku z desetiminutovky atd.

**Pobídky při vyučování** – významným způsobem žáky motivují zvláštní podněty, které učitel ve třídě nabídne. Za dobré chování nebo dobrou práci žáci získávají body, lístečky nebo papírové peníze, které použijí v týdenní, čtrnáctidenní nebo měsíční dražbě. Za nasbírané lístky či peníze si pak mohou od učitele koupit drobné hračky, věci či výsady. Nebo za dobré chování či práci kteréhokoli žáka učitel vhazuje do nějaké nádoby kuličky nebo žetony. Když se nádoba naplní, uspořádá se třídou oslavu, vycházku nebo třeba návštěvu kina.

**Asertivní kázeň** – je třeba se se třídou jasně dohodnout jaké budou následky dodržování a nedodržování pravidel. K nejrůznějším metodám řízení chování ve třídě patří:

- Barevně kódované karty – grafický systém sledování chování, k němuž potřebujeme nástěnku s políčky pro každého žáka. Na začátku dne mají všichni žáci ve svém políčku kartu stejné barvy, pokud některý žák poruší pravidlo – po varování – barva karty se v jeho políčku změní a následuje důsledek, například pětiminutové odloučení ze třídy. Při dalším porušení se opět barva změní a přijde přísnější důsledek. Při opětovném porušení pravidel obdrží žák červenou kartu a následuje velmi přísný důsledek. V tomto systému začínají žáci každý den s čistým štítem. Je možné dovolit třídě, aby pro každou změnu barvy sama vymyslela důsledek.

- **Označené karty** – žáky, u nichž je třeba sledovat chování, necháváme odcházet každý den domů s kartou označenou určitým písmenem.

A – Velmi dobré chování, skvělý den!!

B – Dobrý den.

C – Dnes to celkem šlo.

D – Dnes jsme měli jisté potíže.

E – Dnes se nám vůbec nedařilo.

- **Komunikace mezi školou a rodiči** – pokud využíváme systému barevných karet, na konci dne můžeme poslat žáka domu s konečnou barevnou kartou. Nebo je vhodné poslat rodičům určitý formulář nebo lístek se sdělením, jak se žák choval během týdne. Úkolem žáka je pak předložit sdělení rodičům k podpisu a vrátit je do školy.

- **„Finanční“ odměny a tresty za chování** – při práci s žáky můžeme také využít systému „peněžitých“ odměn nebo pokut za určité chování. Vytvoříme si například barevná kolečka, z nichž každé bude mít určitou hodnotu. Potom žákům za dobré chování platíme (za plnění úkolů, za spolupráci ve skupinách...) nebo naopak žáci dostávají pokuty za přestupky (chybějící domácí úkol, vyrušování, nesplnění úkolu...). Každý nebo každý druhý týden mají žáci možnost „koupit“ si za své peníze nějaké dobroty či výsady.

*„K problémovému chování často dochází tehdy, když žáci nejsou dostatečně řízeni. Kvalitní příprava a využívání času bez prostojů zpravidla problémové chování úspěšně odvrátí.“ (Riefová, 1999, s. 35)*

### **2.2.3 Intervence v rodině**

*„To nejdůležitější, co můžeme svým dětem dát, je láska.“<sup>2</sup>*

Dítě s ADHD potřebuje takové prostředí, ve které by se cítilo bezpečně. Musí cítit, že se o něj někdo stará, že má kolem sebe lidi, na které se může spolehnout. K tomu, aby si připadalo

---

<sup>2</sup> Antal, Martin. *To dítě je nepozorné*, Praha: Mladá fronta, 2013, s. 100, ISBN 978-80-204-2898-1

méně ohrožené a eliminovaly se nežádoucí projevy v jeho chování, potřebuje jednoznačné vedení, autoritu a kázeň. Ačkoliv je důležité dítěti s ADHD porozumět, v žádném případě to neznamená, že bychom měli tolerovat jeho nevhodné chování. (Train, 1997)

Mnohé z toho, co bylo řečeno o intervenci ve škole, platí i pro rodinné prostředí. Přesto Pokorná (2001) uvádí ještě další zásady pro výchovu dítěte s ADHD.

*Rodiče by si měli uvědomit, že ADHD není nemoc, ale vzorec problémů chování.* Proto je třeba problém akceptovat a snažit se ho spolu s dítětem překonávat. Rodiče si musí uvědomit, že dítě je pouze nositelem problému, není problémovým dítětem.

*Netrestat dítě za to, co nedokáže nebo co neudělalo vědomě špatně.* Mluví se o tom, že děti s ADHD jsou málo empatické. Nejsou schopné pohotově rozlišovat mezi podněty a mohou mít zkreslený obraz věcí, činností i příčin. Proto je nutné ptát se dítěte při každém jeho nezdaru, co si myslelo, jak situaci vidělo. Naučíme tak dítě, aby si samo sledovalo své pocity, své vnitřní prožívání. Když bude rozumět samo sobě, může své chování ovlivnit a může pak porozumět i druhým.

*Syndrom ADHD je poruchou vývojovou.* Podle Holowenka (In Pokorná, 2001, s. 144) se v pubertě začne dítě pod vlivem hormonů zklidňovat a snižuje se jeho impulzivita. Předpokladem je však předcházející vstřícný postoj rodičů. Pokud je dítě naopak stále trestáno a nedostává se mu pozitivního přijetí, může se jeho situace zhoršovat. Vzдор a negativismus se prohlubují.

*Nebojme se „nejednotného přístupu“.* Dítě s ADHD vyžaduje důslednou výchovu, to ale neznamená, že se všichni vychovatelé dohodnou o společném postupu. Důležité ale je, aby se vzájemně všichni respektovali. Každý má svou specifickou roli a každý z nich má nezastupitelné místo v životě dítěte.

*Na zlozvyky nebo nežádoucí chování dítěte je vhodné do určité míry nereagovat.* Rodiče se často dopouští chyby, že dítěti opakovaně vytykají jednu a tutéž skutečnost, která jim vadí. Stálým připomínáním tím vlastně jeho strategii posilují. Je tedy lepší, dodávat mu návody a odvalu k tomu, aby příště řešilo situaci jinak a každý pokus o lepší řešení a snahu ocenit. To ovšem neznamená, že chyby dítěte budou přehlížet. Naopak dítě musí vědět, že s určitým řešením situace nesouhlasí. Je třeba s dítětem probrat možné způsoby nápravy situace, nabídnout mu pomoc, ale hlavní aktivitu musí projevit dítě. To znamená, že musí dostat možnost, aby začalo nově, znovu a použilo jiné a optimální strategie.

*Rodiče často prožívají pocit bezradnosti a bezmoci. Nedokáží se podívat na obtíže s odstupem a měnit své postoje a strategie. Je třeba analyzovat své chování a pokusit se sami sebe představit v postavení dítěte s ADHD. Přemýšlet o tom, co by bylo pro ně povzbuzující výzvou a ještě navíc zjistit, po čem samo dítě touží, co je pro ně důležité, co ho trápí. Rodiče by se měli pokusit s dítětem domluvit na společných postupech a možnostech vzájemného soužití.*

*Neopomíjet pocity sourozenců. Někteří sourozenci si stěžují, že na ně rodiče nemají dostatek času, jiní mají zase velkou přízeň rodičů, jelikož nevyžadují tolik pozornosti a péče. Důležité je, aby rodiče své děti neporovnávali. Také v případech, že jeden ze sourozenců má syndrom ADHD a rodiče musí k jeho prohřeškům přistupovat tolerantně, je třeba druhému dítěti vysvětlit a dát co nejvíce najevo, že jeho sourozence nemáme raději, ale že má určité problémy, kvůli kterým je má více dovoleno.*

Čím je klidnější domácí atmosféra, tím více nežádoucího chování se eliminuje. Život s dítětem s ADHD naučí rodiče trpělivosti a sebeovládání. Naučí je projevovat radost z každého sebemenšího úspěchu. Myslím si, že každé dítě vyžaduje ke svému dobrému rozvoji pocit, že za ním vždy někdo stojí, i v jeho špatných a neúspěšných dnech, ale pro dítě s ADHD to platí dvojnásob.

Train (1997) zmiňuje důležitost *relaxačních technik*, kterým by měli rodiče své děti učit již od útlého věku. Relaxační techniky mohou prospět každému z nás, ale pro dítě s ADHD jsou neocenitelné.

Dále je podle Traina důležité, aby si dítě s ADHD vytvořilo *pevný vztah k někomu, kdo na něj není tak citově vázán jako rodiče*. Dítě se totiž k tomuto člověku bude chovat úplně jinak než k rodičům a díky tomu se bude měnit i postoj vůči nim. Je to proto, že se díky této další vazbě uvolní i vztahy k rodičům.

Pokud se nepodaří tuto další osobu najít, měli by se rodiče pokusit najít vhodný *zájmový kroužek*. Činnost v zájmovém kroužku může dítěti přinést nejen další jistotu, ale zároveň i nový pocit sounáležitosti. A v neposlední řadě zde může nalézt nové kamarády.

Zelinková (2003) uvádí, že kromě předchozích doporučení je třeba, aby rodiče zajistili dítěti pravidelný denní režim, dostatek spánku, zdravou stravu a pravidelnou přípravu na vyučování v klidném, nikým a ničím nerušeném prostředí. Na druhé straně je třeba vyloučit příliš divoké aktivity zvláště před usínáním.



## 3 Způsoby léčby ADHD

Na pomoc dětem s ADHD existuje řada léčebných postupů a opatření, mezi něž například patří užívání léků, psychoterapie, opatření ve škole i sociální intervence.

Pro děti se středně těžkou a těžkou poruchou může užívání léků znamenat opravdovou změnu v jejich chování, myšlení, učení i ve vztazích k ostatním lidem. V některých případech je užívání léků jedinou možností, jak zajistit účinnost ostatních opatření.

U dětí s mírnými příznaky může být vhodnější zvážit nejprve kombinaci psychologických, speciálně-pedagogických a sociálních opatření. (Munden, 2002)

### 3.1 Farmakoterapie

Výše bylo uvedeno, že farmakoterapie je pouze jedním z několika možných léčebných opatření.

Jak uvádí Riefová (1999) pro rodiče nebývá rozhodování ohledně farmakoterapie snadné. Stává se, že se tímto rozhodnutím trápí a podávání léků se vyhýbají. Žádný rodič si nepřeje, aby jeho dítě „bylo na práškách“ Rozhodnutí, zda dítě bude užívat léky, závisí především na dohodě rodičů s lékařem.

Je třeba zdůraznit, že se nejedná o žádné uspávací prostředky. Léky proti ADHD regulují činnost látek v mozku, které jsou důležité pro udržení pozornosti a schopnosti soustředění při řešení různých úkolů. Současně umožňují dítěti lépe ovládat své chování a tlumí jeho neposednost a mnohomluvnost. Dítě je pak mnohem klidnější, ve škole se lépe soustředí a dělá mnohem méně chyb z nepozornosti. Navíc méně vyrušuje a lépe vychází s ostatními v kolektivu. Samo se pak cítí spokojenější a úspěšnější, neboť je méně káráno. Léčba pomocí medikamentů je úspěšná u 70 až 90 % dětí. (Jak působí léky u dětí s ADHD?, [online])

Léčiva užívaná v terapii ADHD zobrazuje níže uvedená tabulka<sup>3</sup>:

<b>LÉČIVA POUŽÍVANÁ K TERAPII HYPERKINETICKÉHO SYNDROMU</b>		
<b>léčivo</b>	<b>přípravek</b>	<b>výrobce</b>
stimulancia methylphenidat	Ritalin	Novartis
tricyklická antidepresiva imipramin dosulepin	Melipramin Prothiaden	Egis Léčiva
atypická neuroleptika risperidon (výjimečně) tiaprid	Risperdal Tiapridal	Janssen Laboratoires Synthélabo
antiepileptika carbamazepin	Apo-Carbamazepin Biston Neurotop Tegretol Timonil	Apotex Slovakofarma Gerot Novartis Desitin
adrenergní agonisté clonidin  pindolol	Catapressan Catapressan Depot Apo-Pindol Pindolol DH Visken	Boehringer Ingelheim  Apotex Generics Egis
bazální neuroleptika chlorpromazin thioridazin haloperidol	Plegomazin Thioridazin Apo-Haloperidol Haldol Decanoas Haloper von ct Haloperidol-Richter	Egis Egis Apotex Janssen CT-Arzneimittel Gedeon Richter
ostatní lithium carbonicum	Contemnod Lithium carbonicum	Slovakofarma Slovakofarma

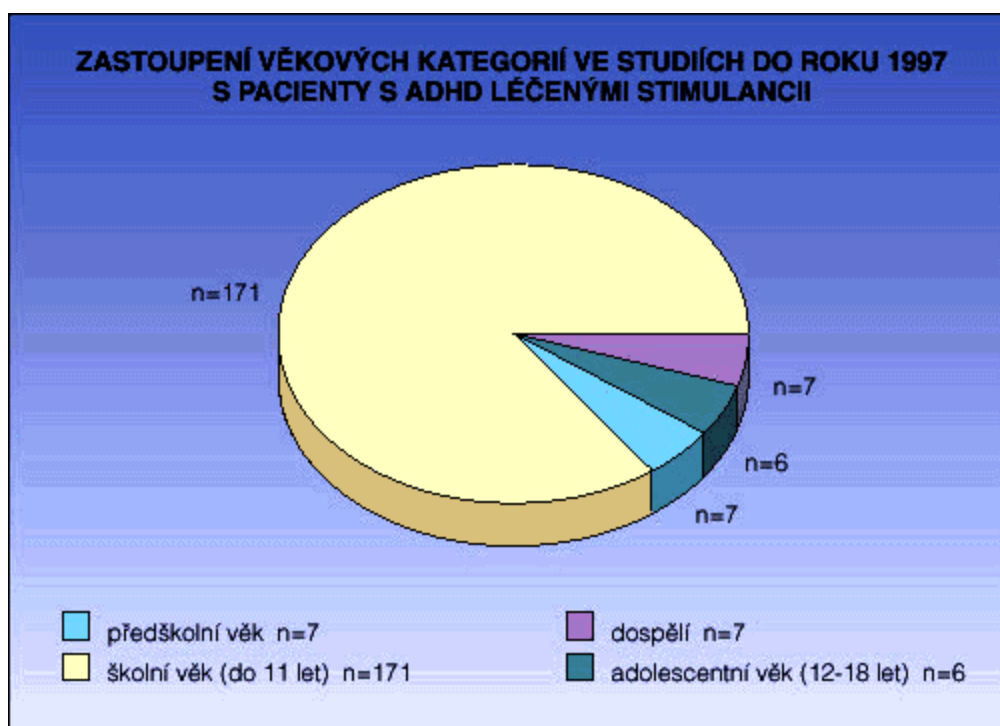
Při léčbě ADHD se běžně používají dvě hlavní kategorie léků – stimulancia a tricyklická antidepresiva.

<sup>3</sup>MUDr. Ivo Paclt, *Hyperkinetická porucha v dětském věku*. Převzato z časopisu Remedia 6/1999, MEDICINA.cz [cit. 17. února 2014]. Dostupné na: [http://nova.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s\\_id=128#1](http://nova.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=128#1)

### 3.1.1 Stimulancia

Podávání stimulantů příznivě ovlivňuje ADHD. Po zahájení léčby dochází mnohdy k okamžitému a dramatickému zlepšení, především v kontrole chování. V současnosti tvoří základ farmakoterapie stimulantů ADHD *methylphenidat* (Ritalin) a *dexamfetamin* (Dexadrin). Jedná se o deriváty amfetaminu, které jsou při správném použití velmi bezpečné a účinné.

Níže uvedený obrázek znázorňuje zastoupení věkových kategorií ve studiích do roku 1997 s pacienty s ADHD léčenými stimulanty.<sup>4</sup>



#### ***Ritalin***

Ritalin snižuje hyperaktivitu a impulzivitu a zvyšuje rozsah pozornosti. U dětí s ADHD vyžaduje oblast mozku, která udržuje bdělost a pohotovost, vyšší hladinu stimulace k tomu, aby

<sup>4</sup> MUDr. Ivo Paclt, *Hyperkinetická porucha v dětském věku*. Převzato z časopisu Remedia 6/1999, MEDICINA.cz [cit. 17. února 2014]. Dostupné na: [http://nova.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s\\_id=128#1](http://nova.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=128#1)

zůstala ve střehu, dokázala se soustředit a udržet pozornost. Mozek se pomocí léků znovu účinně nastartuje.

Lékař pravděpodobně předepíše nejprve nižší dávku a postupně přidává, až dávka dosáhne maximálního efektu bez vedlejších účinků.

Ritalin se vstřebává ze žaludku asi půl hodiny po požití. Nejvyšší koncentrace v mozku dosáhne do jedné až dvou hodin a přestává účinkovat po čtyřech až pěti hodinách. Tablety je potřeba brát pravidelně zhruba každé čtyři hodiny. (Munden, 2002)

Malá (In Pokorná, 2001, s. 133) uvádí, že krátkodobě působící Ritalin vede k bezprostřednímu zlepšení, proto se tedy podává především dopoledne, aby zlepšil situaci dítěte ve škole, kdy je pod největším psychickým tlakem.

Jiní autoři, např. Holowenko, před Ritalinem varují, neboť zvyšuje úzkostnost a způsobuje náladovost. Vliv na učení je nejednoznačný. Ritalin zlepšuje jen takové dovednosti, které jsou bezprostředně závislé na zvýšení pozornosti a snížení neklidu. (Pokorná, 2001)

Munden (2002) uvádí, že nemáme žádný důkaz o tom, že by se při správném užívání léku vytvořila závislost. Existují však vedlejší účinky Ritalinu, mezi které patří např. nespavost a nechutenství. Méně častými vedlejšími účinky mohou být např. tiky, nervozita, bolesti hlavy a břicha, malátnost, sucho v ústech nebo zácpa. Tyto vedlejší účinky se obvykle objevují při vyšších dávkách. Vedlejší účinky většinou po snížení dávky zmizí.

### ***Dexadrin***

Tento lék se používá k léčbě ADHD nejvíce v Austrálii. Nemá oproti Ritalinu žádnou významnou výhodu nebo nevýhodu, může však působit u dětí, které na Ritalin nereagují. Má delší „životnost“ v krvi a v mozku, takže se dá snížit četnost podávání léků. Vedlejší účinky má podobné jako Ritalin.

## **3.1.2 Tricyklická antidepresiva**

Jsou druhými nejčastěji užívanými léky u ADHD. Upravují hyperaktivitu, působí mírně sedativně, zlepšují soustředění a řešení kognitivních úloh. Jejich výhodou je, že působí terapeuticky déle, proto se po dvou až pěti hodinách nedostavuje opětovné zhoršení, které se u některých dětí léčených stimulancií může objevit.

Užívá se především *imipramin*, patřící do skupiny tzv. aktivujících thymoleptik a dále je možno doporučit *dosulepin*. (Hyperkinetický syndrom v dětském věku, [online])

Dle Mundera (2002) se tyto léky nemetabolizují tak rychle jako stimulantia, mají celodenní účinek, a proto je lze podávat pouze jednou denně, před spaním.

V případě, že jsou dětem předepsána tricyklická antidepresiva, je třeba zajistit pravidelná vyšetření srdeční činnosti a přesné kontroly krevního tlaku a tepové frekvence. Objeví-li se jakékoli pochybnosti, je nutné vyhledat pomoc pediatra.

## **3.2 Psychoterapie**

Odborné psychologické přístupy k ovlivňování dětí s ADHD dělíme zhruba do dvou skupin. Do první skupiny patří přístupy poradenské. Dítě a rodiče dostávají odborné rady, jak si mají počínat se svými problémy. Poradenské vedení rodičů je považováno za nutnou součást odborného léčebného programu.

Do druhé skupiny odborných psychologických přístupů patří psychoterapie – léčba psychologickými prostředky. „*Mezi tyto prostředky počítáme různé formy učení a nácviků, působení slovem, gestem, mimikou, sugescí, hypnózou, léčebné využití vztahu mezi terapeutem a pacientem nebo mezi pacienty (v psychoterapeutické skupině, odkrývání skrytých významů chování a jednání člověka, odhalování zlobně působících vzájemných komunikací mezi členy rodiny atd.*“ (Šebek, 1990, s. 100)

Lékaři i ostatní odborníci zabývající se duševním zdravím dítěte s ADHD pravděpodobně využijí řadu různých terapeutických technik. Připraví na míru taková opatření, která budou odpovídat potřebám dítěte v jeho konkrétní životní situaci. Níže jsou stručně uvedené nejběžněji používané psychologické postupy pro terapii dětí s ADHD. (Munden, 2002)

### **Behaviorální terapie**

Řada technik na zlepšení chování dětí s ADHD vychází z behaviorální terapie. Behaviorální terapie je technika, která se čím dál více používá při léčbě mnoha různých duševních zdravotních problémů. Vhodně přizpůsobená může být úspěšně použita i u dětí s ADHD.

Behaviorální terapie je vlastně tréninková terapie, která spočívá v naprogramovaném učení se určitým dovednostem v sebekontrolě a to jak v konkrétních situacích ve škole, tak v běžných mezilidských situacích a vztazích. Je založena na využívání principu učení k získání žádoucích reakcí a vzorců chování výměnou za nežádoucí. Terapeut využívá konkrétní příklady ze života dítěte a snaží se, aby je dítě pochopilo a dokázalo jich využít při potížích vyskytujících se v každodenním životě. Terapeut pracuje s dítětem několikrát týdně po dobu zhruba třiceti minut, a to po několik týdnů. Ačkoli jsou tyto léčební postupy slibné, neřeší beze zbytku všechny problémy dětí s ADHD. (srov. Munden 2002, Šebek 1990)

### **Analýza ABC**

Tato metoda spočívá v tom, že projevy většiny vzorců chování jsou ovlivněny antecedencí – předcházejícími událostmi (co se událo před daným projevem chování) a konsekvencí – následujícími událostmi (co se událo vzápětí po daném projevu chování). Změnou antecedence nebo konsekvence nežádoucího chování lze dosáhnout změny v četnosti výskytu projevů chování.

Terapeut požádá rodiče, aby si zaznamenávali události předcházející nežádoucímu chování dítěte s ADHD. Pak se společně pokouší sestavit schéma, které ukazuje, jak se dítě za určitých okolností nevhodně projevuje.

Stejně tak zaznamenávají rodiče události, které po nevhodném chování dítěte následovaly. Povede je to také k tomu, aby si uvědomovali své vlastní reakce na chování dítěte a co může dítě v důsledku svého chování získat.

Terapeut se bude spolu s rodiči snažit změnit některé události, k nimž dochází před a po nežádoucím chování. Tyto změny mohou nežádoucí chování dítěte významně omezit.

### **Pozitivní posilování**

Pozitivní posilování je založeno na ocenění pozitivního chování. Je třeba, aby rodiče co nejpodrobněji popsali dítěti chování, které se od něj očekává, a vysvětlili důsledky každého nežádoucího chování, aby si uvědomilo, co a za jakých podmínek dostane, bude-li hodné. Odměňovat správné chování a nereagovat (do určité míry) na nežádoucí chování. Odměnu musí dítě dostat co nejdříve po tom, co se pěkně zachovalo. Nakonec rodiče musí pomoci dítěti dosáhnout správného chování plánováním situací, které dítě prožije.

### **Rodinná terapie**

Rodinní terapeuti obvykle považují problém ADHD za záležitost celé rodiny. Nehledají většinou příčiny, ale soustředí se na zlepšení komunikace a porozumění mezi všemi členy rodiny s cílem pomoci jim najít vlastní řešení problémů, které ADHD způsobily.

Tato metoda je vhodná v rodinách, kde problémy plynou z nejasné komunikace a v rodinách, kde jsou rodinné vztahy napjaté nebo se bortí.

### **Individuální práce**

Terapeut pracuje s dítětem individuálně v pravidelných intervalech. Je to příležitost, jak může dítě odhalit své myšlenky, pocity, vztahy a zkušenosti v soukromí, aniž by hrozilo nebezpečí, že rozzlobí rodiče.

Terapeut může zvolit formu hry, výtvarného nebo dramatického projevu, hraní rolí, a pomoci tak dítěti, které má problémy vyjádřit své pocity slovy. K úspěšnému řešení potřebuje tato terapie čas a značné úsilí.

### **Trénink řešení problémů**

Mnozí lidé mívají potíže nalézt způsob, jak řešit problémy. Musíme tedy problémy prozkoumat a pomoci mu soustředit se na běh událostí a jejich pravděpodobný dopad. Jde o způsob myšlení a chování, který lze ovládnout velice těžko, zvláště tehdy, je-li vám vlastní způsob myšlení typický pro ADHD. (Munden, 2002)

## **3.3 EEG-biofeedback**

EEG-biofeedback je efektivní, neinvazivní a velmi příjemná metoda, která hravou formou pomáhá dětem s ADHD.

Je to metoda, která umožňuje trénovat mozek a naučit jej, aby pracoval efektivněji. Trénink působí na celou nervovou soustavu a umožňuje znovu zapojit centra, která u těchto dětí nejsou tolik aktivní.

Trénink probíhá formou hry na počítači, kterou dítě ovládá jen svou vůlí, svou pozorností a soustředěním se na hru. V okamžiku, kdy jeho mozek pracuje v žádoucích pásmech, je odměňováno body, protože hra funguje tak, jak má.

Dítě je připojeno k počítači třemi elektrodami, které snímají mozkové vlny a třídí je do frekvenčních pásem. Ta se sledují na počítači a umožňují regulovat obtížnost hry tak, aby byl trénink pro dítě co nejefektivnější.

Délka tréninku závisí na závažnosti potíží a i věku, nejběžnější počet sezení je pro děti s ADHD 40, někdy stačí méně, jindy je potřeba více. Trénuje se 1- 3x v týdnu.

Účinek EEG-biofeedbacku je trvalý – co se mozek při tréninku naučí, už se nelze odnaučit. (ADHD a EEG BIOFEEDBACK, [online])

Nejdůležitějším aspektem při zvládnání ADHD je zachovat optimismus za každé situace. S odhodláním, odbornou pomocí a trochou štěstí by se měly věci začít obracet k dobrému od prvního okamžiku, kdy se s tímto problémem začne něco dělat.

Dosažení stanovených cílů bude možná trvat dlouho a jistě dojde i k mnoha chybám. Pokud se však podaří stanovit jednotlivé kroky, které jsou zvládnutelné a také časový plán, který je reálný, poroste úspěch, uznání a zadostiučinění každým dnem. (Munden, 2002)



# PRAKTICKÁ ČÁST

# 4 Žáci se syndromem ADHD na 1. stupni

## 4.1 Případová studie

Do své diplomové práce jsem se rozhodla zpracovat případovou studii chlapce, kterému byl pedagogicko-psychologickou poradnou diagnostikován syndrom ADHD. S tímto chlapcem jsem v každodenním styku, jelikož jsem letos jeho třídní učitelkou. Touto případovou studií jsem chtěla ukázat, že to, co je sepsané v teoretické části, se v praxi běžně vyskytuje.

*„V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zatímco ve statistickém šetření shromažďujeme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů), v případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti.“* (Hendl, 2005, s. 104) Předpokládá se, že detailním prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům.

Data pro případovou studii mohou poskytovat rozhovory, pozorování nebo dokumenty. Není neobvyklé, že se používají všechny tři typy. Do případové studie dítěte můžeme zahrnout rozhovory s dítětem, s rodiči i s učiteli. Výzkumník může také dítě určitou dobu pozorovat. Jako dokumenty mohou sloužit lékařské zprávy, zprávy z pedagogicko-psychologické poradny, zápisky učitele apod. Získaná data se kategorizují, třídí a interpretují. (Hendl, 2005)

Svou případovou studii jsem zpracovala na základě přímého pozorování žáka při výuce i mimo ni, nestrukturovaného rozhovoru s rodiči a analýzy dokumentů z pedagogicko-psychologické poradny.

### **Klasifikace použitých metod**

#### **Pozorování**

Podle Gavory (1996) znamená pozorování sledování činnosti lidí, záznam nebo popis této činnosti a její hodnocení. Předmětem pozorování jsou osoby, ale i předměty, se kterými tyto osoby pracují, a také prostředí, ve kterém se činnost uskutečňuje.

## **Polostrukturovaný rozhovor**

*„Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Používá se pro něj označení hloubkový rozhovor (in-depth interview), jež můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.“ (Švaříček, 2007, s. 159)*

Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek.

## **Případová studie - Hynek**

### Osobní údaje

Hynek se narodil v dubnu roku 2003 v Českém Krumlově. V současné době je žákem 5. ročníku ZŠ Kaplice.

### Rodinná anamnéza

Matka se narodila roku 1976, vystudovala střední ekonomickou školu a nyní pracuje jako účetní.

Otec se narodil roku 1972, vystudoval střední odbornou školu s maturitou a v současné době soukromě podniká.

Chlapec žije v rodinném domku, v harmonické rodině s oběma rodiči, je jedináček. Rodiče se mu ve svém volném čase hodně věnují, chodí společně do přírody, jezdí na dovolené a tábořit. Chlapec má i řadu svých vlastních koníčků – ping-pong, vodáctví, fotbal.

### Osobní anamnéza

Těhotenství bylo plánované, porod v termínu a bez komplikací. Chlapec byl kojen devět měsíců, matka musela kojit v tichém, ničím nerušeném prostředí, zdi prázdné, zatažené závěsy. Jinak se totiž chlapec nedokázal na kojení soustředit, každý zvuk a každý pohyb ho vyrušil.

Hynek byl od mala tělesně zdatný, nikdy nelezl, rovnou chodil, v kočárku nevydržel ležet ani sedět, stále se v něm stavěl a vykláněl ven. Prodělal běžné dětské nemoci, nikdy vážněji nestonal.

Už jako malinký měl rád kolektiv dětí, nikdy se nedržel u maminky, odešel by s kýmkoliv. Neměl žádný pud sebezáchovy, z ničeho strach, nikdy se nepoučil z úrazu. Ve dvou letech si

sáhl oběma ručičkami na horkou plotýnku. Byl ošetřen na chirurgii. Po návratu z nemocnice se stejně opět vrhl na kamna.

Spaní po obědě bylo pro rodiče velice náročné. Dlouho Hynka uspávali, a když konečně usnul, tak vydržel spát pouhých deset až dvacet minut. Noční spaní také nebylo klidné. Chlapec se často budil a špatně opětovně usínal. Přes den vyžadoval neustálou pozornost, u žádné aktivity nevydržel delší dobu a sám.

Rodiče nenapadlo, že by u chlapce mohlo jít o nějaký problém, mysleli si, že jde pouze o živější dítě.

### Školní anamnéza

Ve dvou letech nastoupil Hynek na půl dne do běžné mateřské školy v místě bydliště a v necelých třech letech začal chodit do školky pravidelně na celý den. Nástup proběhl bez problémů, neplakal, do školky se naopak velice těšil, nechtěl chodit odpoledne vůbec domů. S dětmi vycházel dobře, byl velice kamarádský, snadno se seznamoval. Problémy byly s jídlem a se spaním po obědě. Na tyto činnosti Hynek „neměl čas“. Paní učitelky místo spaní často vymýšlely pro chlapce různé úkoly a posílaly ho do jiných tříd s různými vzkazy, aby ho zaměstnaly.

U zápisu se chlapec jevil jako živý, povídatý a šikovný chlapec. Nástupem do školy museli rodiče zavést jasný řád. Chlapec zpočátku nechtěl psát úkoly, plakal u nich, nedokázal se soustředit na jednu činnost, sebemenší pohyb či zvuk odvedl jeho pozornost od psaní či čtení.

Od první třídy má Hynek výborný prospěch. Je velmi aktivní, vyžaduje neustálou pozornost okolí. Snaží se být za každou cenu zajímavý, ve třídě má pozici třídního kašpárka. Na druhou stranu je často trucovitý, ubližuje spolužákům a svými neustálými poznámkami a vykřikováním narušuje vyučování. Chlapec má značné potíže s rozeznáváním hranic vhodného a nevhodného chování. Taktéž často nerozlišuje komunikaci s dospělým a komunikaci s dítětem. Své výroky, často nevhodné jeho věku, prezentuje s očekáváním pobavení ostatních spolužáků. Často chce o všem diskutovat, chytá ostatní za slovo, rozebírá do detailů, snaží se mít poslední slovo.

Čtení má Hynek plynulé, bezchybné, ale často doprovázené přehnanou intonací a gesty pro upoutání pozornosti ostatních dětí. Písmo má velké, kostrbaté, ale čitelné. Pravopisné chyby dělá minimálně, převažují chyby z nepozornosti, jako chybějící znaménka. Na každou práci potřebuje dostatek času a klid.

Občas se objevují výkyvy ve výkonech. Střídají se u něj období, kdy je do všeho zapálený a období, kdy se mu nechce pracovat a vše nemístně komentuje. Veškeré učivo ale zvládá.

Na doporučení tehdejší třídní učitelky zažádali rodiče ve druhé třídě o vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně.

#### Výsledky psychologického vyšetření

V poradně Hynek navázal kontakt bez problémů, v komunikaci byl spontánní, aktivně se zapojoval do hovoru. V průběhu úvodního rozhovoru s matkou i při vyšetření několikrát zopakoval, že pracuje, jen když chce. Při vyšetření, které proběhlo bez přítomnosti matky, testoval hranice, zkoušel provokovat, ale při klidné reakci paní psychologky pokusů ubylo, chlapec to jen čas od času zkusil. Vždy se bez obtíží nechal vrátit k práci a spolupracoval. Snažil se dosahovat dobrých výkonů, někdy úkoly po chvíli vzdal, ačkoli šel ke zdárnému řešení, měl pocit, že je neovládne. Po vyjádření podpory úkol dokončil a ve tváři se mu zračila radost. Občas odpovídal impulsivně. V komunikaci dominují projevy extravertnosti, Hynek hodně mluvil, úkoly komentoval, často se rozpovídal, odbíhal od tématu. V průběhu vyšetření byl také patrný motorický neklid, pozornost kolísala.

V testu rozumových schopností byly Hynkovy výkony nevyrovnané. Ve verbální oblasti se vesměs pohybovaly v pásmu nadprůměru, v profilu slabší byl výsledek zkoušky početních dovedností.

Projevy v chování ve škole souvisejí z velké míry s chlapcovým osobnostním laděním (výraznější extravertní ladění, preference akce před statickou, klidnou činností) a s vývojovým stadiem (v mladším školním věku je pro dítě velmi důležitá skupina vrstevníků, chlapec se snaží o upoutání pozornosti, o přijetí, může to však dělat nevhodným způsobem). Chlapec potřebuje laskavé, ale pevné a důsledné vedení. V závěru vyšetření doporučil psycholog konzultaci u dětského psychiatra.

#### Řešení problému

Rodiče s chlapcem navštívili Středisko výchovné péče Spirála v Českém Krumlově. Spirála je školské zařízení řízené MŠMT ČR, je pracovištěm Dětského diagnostického ústavu Homole. Poskytuje všestranně preventivní výchovnou péči a psychologickou pomoc dětem a mládeži s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji. Tato péče je zaměřena na odstranění či zmírnění již vzniklých poruch chování a na prevenci vzniku

dalších vážnějších výchovných poruch a negativních jevů v sociálním vývoji žáků, pokud u nich nenastal důvod k nařízení ústavní výchovy, nebo uložení ochranné výchovy.

Chlapec do Spirály dojížděl po dobu dvou let (2. až 4. třída). Speciální pedagog a terapeut vyhledal Hynkovi vhodného dětského psychiatra, který diagnostikoval chlapci ADHD a doporučil terapii medikací. Rodiče se zprvu léčbě bránili, ale nakonec souhlasili a přijali léčbu Ritalinem. Tento lék působí krátkodobě, užívá se tedy ráno, aby pokryl dopolední zátěž ve škole. Chlapec zpočátku léčbu velice dobře snášel, ale po roce se objevily vedlejší příznaky v podobě tiků (škuby hlavou a okem). Lékař tedy změnil medikaci a Hynek začal užívat Stratteru. Zpočátku trpěl díky tomuto léku nechutenstvím, později se zase tak přejídal, až z toho zvracel. Proto začal užívat lék na noc. Po vysazení Ritalinu a nastolení léčby novým lékem tiky přestaly.

#### Závěr a prognóza dalšího vývoje

V závěru lze uvést, že na chlapce pozitivně působí laskavé, ale pevné a důsledné vedení. Nenechat se vyprovokovat, snažit se o klidnou, ale pevnou reakci na nevhodné chování. „Přistihovat při vhodném chování“ a posilovat ho (tj. méně upozorňovat na nevhodné chování, to jasně a klidně odmítnout, více se zaměřit na posilování kladného chování). Snažit se porozumět pocitům a momentálním náladám. Je důležité, aby Hynek cítil, že jej přijímáme takového jaký je, že oddělujeme momentální chování od jeho osoby. V takové atmosféře přijetí a důvěry bude mnohem ochotnější přijímat pravidla a dodržovat je.

Ve výuce je třeba tolerovat kolísání pozornosti, citlivě jej vracet zpět k práci, ověřovat si, zda chyby jsou skutečně způsobeny neznalostí nebo kolísáním pozornosti. Zkontrolovat, zda si chlapec správně přečetl zadání a zda mu porozuměl. Je třeba Hynka povzbuzovat v práci, oceňovat snahu, nesrovnávat s vrstevníky, ale ocenit osobní pokroky.

Při práci s Hynkem ve škole se mi také osvědčily kartičky s nápisy, které hodnotí chování ve škole. Každý den chlapec odchází domu s jednou kartou. O těchto kartách jsem se již zmiňovala v teoretické části své práce.

Pokud bude vše toto u chlapce zajištěno, můžeme předpokládat, že postupem času dojde ke zmírnění základních obtíží spojených s poruchou ADHD. Důležité je také přístup rodičů a jejich komunikace se školou. Ale jak jsem se sama přesvědčila, spolupráce s rodiči je výborná a jejich přístup k chlapci velmi pozitivní.

## **4.2 Dotazníkové šetření**

### **4.2.1 Dotazníková metoda**

Dotazníkové šetření je jedna z technik terénního sběru informací. Je to způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Dotazník je nejméně používanou metodou zjišťování údajů. Je určen především pro hromadné získávání údajů. Myslí se tím získávání údajů o velkém počtu odpovídajících.

V dotazníku se užívá různých typů otázek:

- 1. Uzavřené** – nabízí hotové alternativní odpovědi, úlohou respondenta je zaznačit vhodnou odpověď.

Výhodou těchto otázek je jejich snadná zpracovatelnost. Nevýhodou je určité zjednodušení názorového spektra respondenta, někdy možná i určitá sugestivnost ve formulaci.

- 2. Otevřené** – dávají respondentovi dost velkou volnost u odpovědí, otázka nasměřuje respondenta na tázaný jev, neurčuje mu však alternativní odpovědi.

- 3. Polouzavřené** – nabízejí nejprve alternativní odpověď a potom ještě žádají vysvětlení anebo objasnění v podobě otevřené otázky. (Gavora, 1996)

Důležitá je grafická úprava dotazníku, který musí být přehledný, aby umožňoval respondentovi snadnou a rychlou orientaci. Musí být jasné, jak a kam zaznamenávat odpovědi a naopak, kam se psát nesmí. Dotazník musí mít i určitou formální úpravu. Má být přiměřeně dlouhý, aby respondenty neodradil od spolupráce.

Formou vyplnění anonymního dotazníku jsem chtěla zjistit, jak učitelé pracují se žáky s ADHD a jak jim v této práci pomáhají rodiče.

#### **Výzkumná otázka:**

Jak učitelé přistupují k dětem s ADHD

#### ***Hypotézy:***

1. Učitelé jsou dostatečně informováni o syndromu ADHD.
2. Spolupráce rodičů se školou není dostačující.
3. Délka praxe pozitivně ovlivňuje informovanost o syndromu ADHD.

Pro své šetření jsem použila dotazník, který jsem sama vypracovala (viz příloha č. 3). Obsahuje 8 otázek: 5 otázek s uzavřenou volbou odpovědí a 3 otázky otevřené.

V rámci předvýzkumu jsem rozdala pět dotazníků svým kolegyním, se kterými sdílím kabinet. Po zodpovězení všech otázek a následném rozhovoru s nimi, jsem usoudila, že provedu změnu formulace otázky číslo 7.

*Původní otázka:* Jak rodiče spolupracují se školou?

*Upravená otázka:* Jak hodnotíte spolupráci rodičů se školou.

Pro změnu formulace jsem se rozhodla z toho důvodu, že získané odpovědi na původní otázku mi nepomohli k ověření mé hypotézy číslo 2. Učitelé vypsali konkrétní příklady, jak s nimi rodiče spolupracují, nikoliv však zhodnocení situace. Místo otevřené otázky jsem tedy použila hodnotící škálu (výborná, dobrá, uspokojivá, slabá).

#### ***Seznam otázek:***

1. Jak dlouho působíte v praxi?
2. Jak byste označil/a své znalosti o problematice ADHD
3. Odkud nejvíce čerpáte informace o této problematice?
4. Formulujte konkrétní problémy, které s sebou toto postižení žákovi ve škole přináší?
5. Jakých specifických přístupů při práci s dětmi s ADHD využíváte?
6. Zohledňujete ADHD při klasifikaci žáka?
7. Jak hodnotíte spolupráci rodičů se školou?
8. Podtrhněte způsoby, které rodiče žáků s ADHD nejčastěji využívají pro komunikaci s Vámi.

Ke svému výzkumu jsem zvolila učitele dvou základních škol v Kaplici. Výběr respondentů jsem provedla náhodně. Ve škole kde pracuji, jsem dotazníky předala osobně, na sousední školu jsem je zaslala e-mailem. Všichni oslovení učitelé byli velmi vstřícní a ochotni spolupracovat.

Celkem se mi podařilo rozdat 40 dotazníků. Zpět jsem jich získala 33, což považuji za velice úspěšné.



## 4.2.2 Vyhodnocení dotazníků

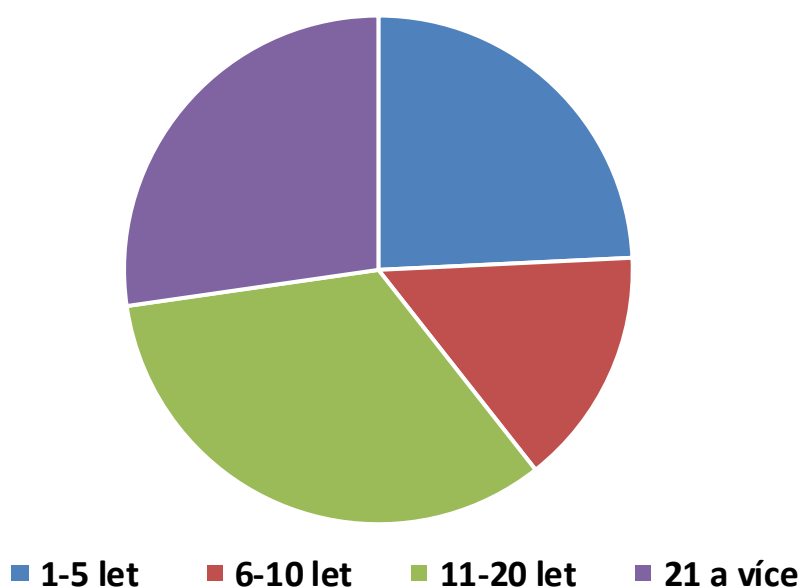
### Otázka číslo 1 – Jak dlouho působíte v praxi?

První otázka se týkala délky praxe ve školství. Dotazovaní si mohli vybrat ze čtyř možných odpovědí.

Pomocí této otázky a dále otázky číslo 2 jsem si chtěla ověřit svou třetí hypotézu, zda délka praxe skutečně pozitivně ovlivňuje informovanost o syndromu ADHD.

Délka praxe	Počet učitelů
1-5 let	8
6-10 let	5
11-20 let	11
21 a více let	9
<b>Celkem</b>	<b>33</b>

OT 1: Jak dlouho působíte v praxi?

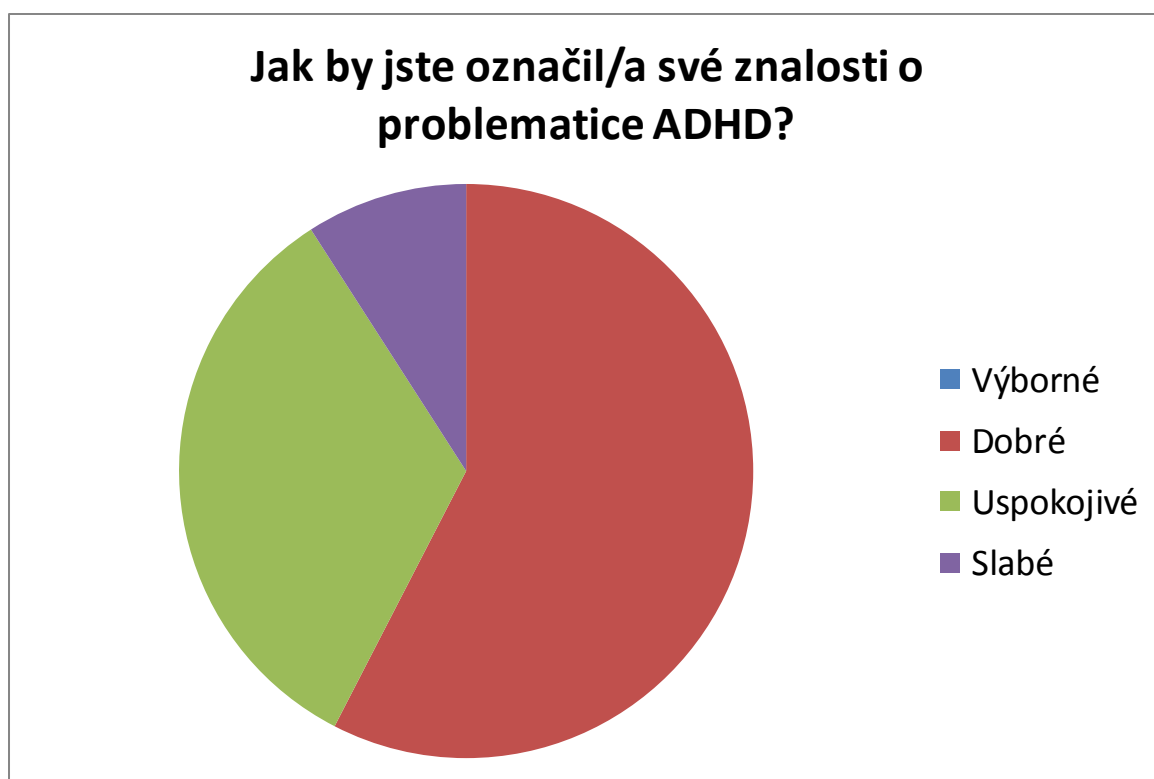


## **Otázka číslo 2 – Jak byste označil/a své znalosti o problematice ADHD?**

Tato otázka byla zaměřena na sebehodnocení učitelů v oblasti znalosti problematiky ADHD a jejím prostřednictvím, jsem si chtěla ověřit svou první hypotézu. Předpokládala jsem, že většina učitelů syndrom ADHD zná.

Tato domněnka se mi potvrdila při vyhodnocování dotazníků. Zjistila jsem totiž, že pouze tři vyučující ze všech dotazovaných se považují za slabě informované, jinak ostatní odpověděli, že jejich znalosti jsou dobré nebo uspokojivé.

<b>Znalosti</b>	<b>Počet učitelů</b>
<b>výborné</b>	<b>0</b>
<b>dobré</b>	<b>19</b>
<b>uspokojivé</b>	<b>11</b>
<b>slabé</b>	<b>3</b>
<b>Celkem</b>	<b>33</b>

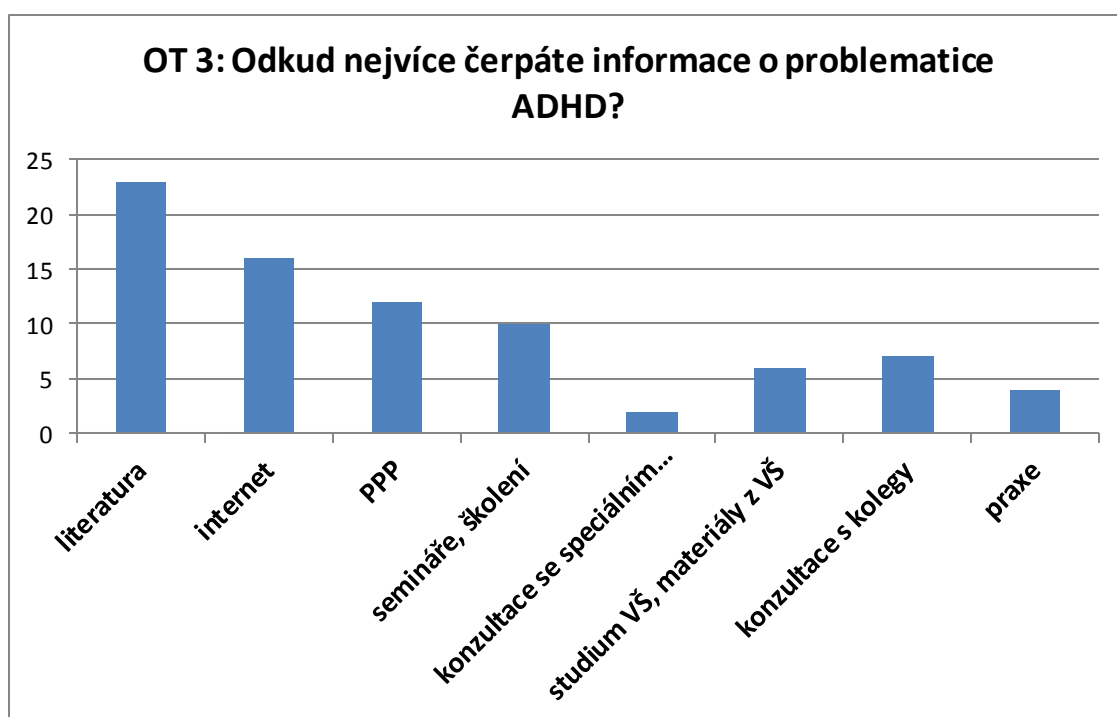


### **Otázka číslo 3 – Odkud nejvíce čerpáte informace o této problematice?**

V této otázce měli učitelé možnost volné formulace odpovědi, jelikož šlo o otevřenou otázku.

Řada učitelů uvedla i několik zdrojů, odkud čerpají informace o této problematice. Většina dotazovaných odpověděla, že se sebevzdělávají pomocí literatury a druhou nejčastější odpovědí bylo získávání informací z internetu. Pro učitele, kteří se v otázce číslo jedna zařadili do kategorie 1-5 let, jsou zdrojem informací především konzultace s kolegy a dále materiály a poznatky ze studia na VŠ.

<b>Zdroje</b>	<b>Počet učitelů</b>
<b>literatura</b>	<b>23</b>
<b>internet</b>	<b>16</b>
<b>PPP</b>	<b>12</b>
<b>semináře, školení</b>	<b>10</b>
<b>konzultace se speciálním pedagogem</b>	<b>2</b>
<b>studium VŠ, materiály z VŠ</b>	<b>6</b>
<b>konzultace s kolegy</b>	<b>7</b>
<b>praxe</b>	<b>4</b>



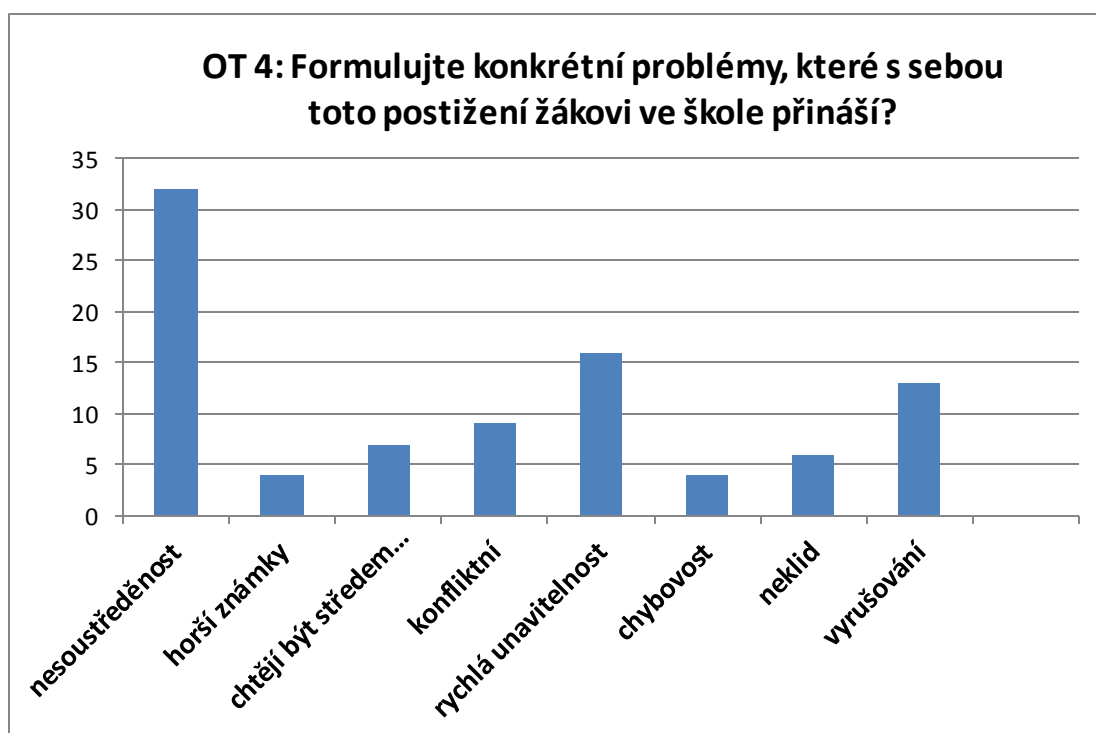
## **Otázka číslo 4 – Formulujte konkrétní problémy, které s sebou toto postižení žákovi ve škole přináší?**

Touto otázkou jsem si chtěla především ověřit, zda jsou učitelé skutečně informováni o problematice ADHD, jak odpověděli v otázce číslo 2.

Šlo opět o otevřený typ odpovědi, takže učitelé měli možnost uvést konkrétní problémy, které s sebou toto postižení přináší a které zjistili během přímé práce s takovýmto žákem.

Pouze jeden učitel na tuto otázku neodpověděl, jinak všichni uvedli jako jeden z problémů nesoustředěnost. Mezi další časté odpovědi patřila rychlá unavitelnost a vyrušování v hodině.

<b>Problémy</b>	<b>Počet učitelů</b>
<b>nesoustředěnost</b>	<b>32</b>
<b>horší známky</b>	<b>4</b>
<b>chtějí být středem pozornosti</b>	<b>7</b>
<b>konfliktní</b>	<b>9</b>
<b>rychlá unavitelnost</b>	<b>16</b>
<b>chybovost</b>	<b>4</b>
<b>neklid</b>	<b>6</b>
<b>vyrušování</b>	<b>13</b>



## **Otázka číslo 5 – Jakých specifických přístupů při práci s dětmi s ADHD využíváte?**

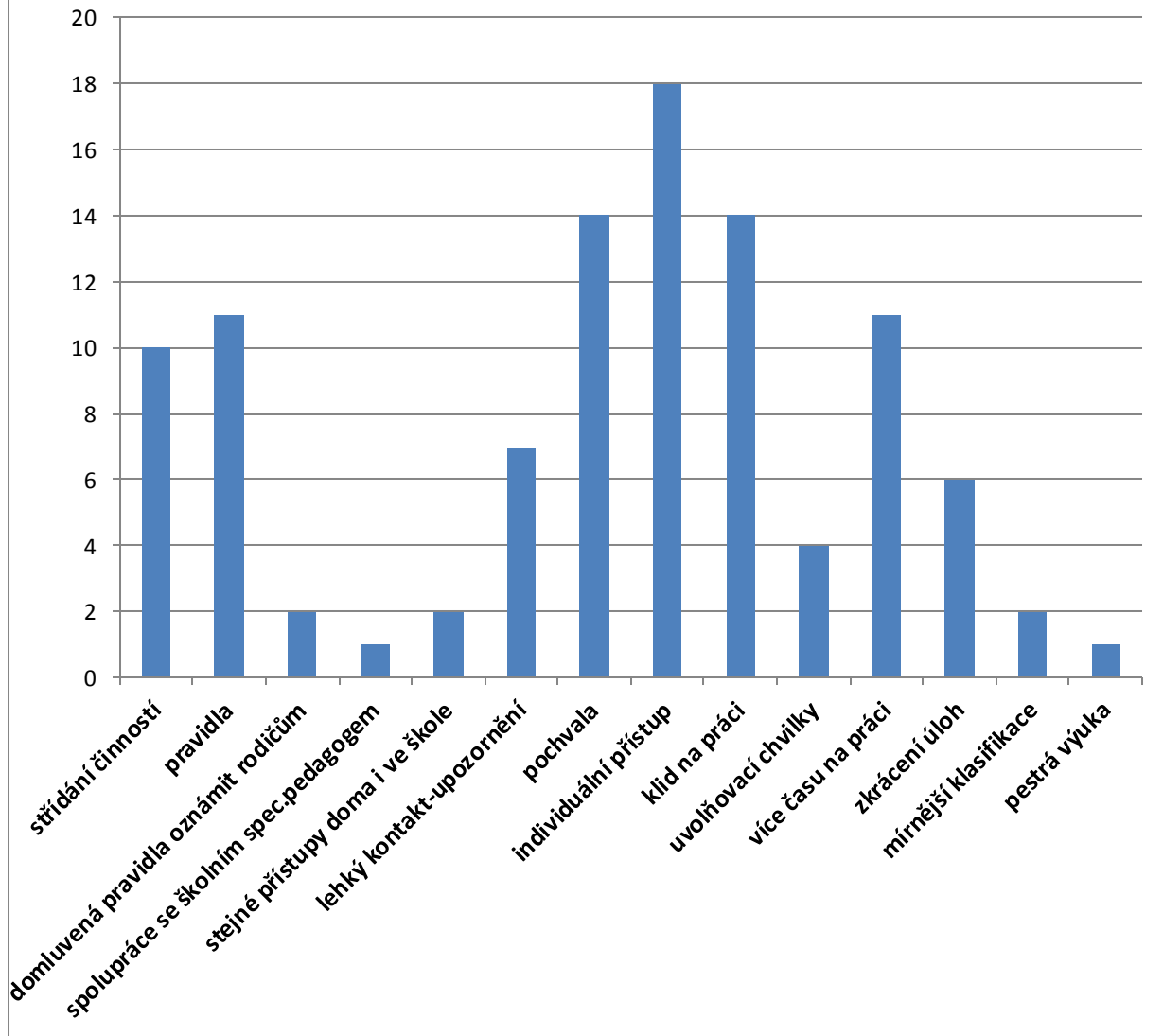
I u této otázky měli učitelé možnost volné formulace odpovědi, jelikož šlo o otevřenou otázku.

Učitelé odpovídali velice různorodě, z čehož usuzuji, že každý zkouší na dítě s ADHD něco jiného. Nejspíše podle toho co si z nejrůznějších zdrojů zjistili nebo co se jim v praxi osvědčilo.

Nejčastěji učitelé uváděli individuální přístup k dítěti, pochvalu za sebemenší úspěch a také klid na práci.

<b>Specifické přístupy</b>	<b>Počet učitelů</b>
<b>střídání činností</b>	<b>10</b>
<b>pravidla</b>	<b>11</b>
<b>domluvená pravidla oznámit rodičům</b>	<b>2</b>
<b>spolupráce se školním spec. pedagogem</b>	<b>1</b>
<b>stejně přístupy doma i ve škole</b>	<b>2</b>
<b>lehký kontakt - upozornění</b>	<b>7</b>
<b>pochvala</b>	<b>14</b>
<b>individuální přístup</b>	<b>18</b>
<b>klid na práci</b>	<b>14</b>
<b>uvolňovací cviky</b>	<b>4</b>
<b>více času na práci</b>	<b>11</b>
<b>zkrácení úloh</b>	<b>6</b>
<b>mírnější klasifikace</b>	<b>2</b>
<b>pestrá výuka</b>	<b>1</b>

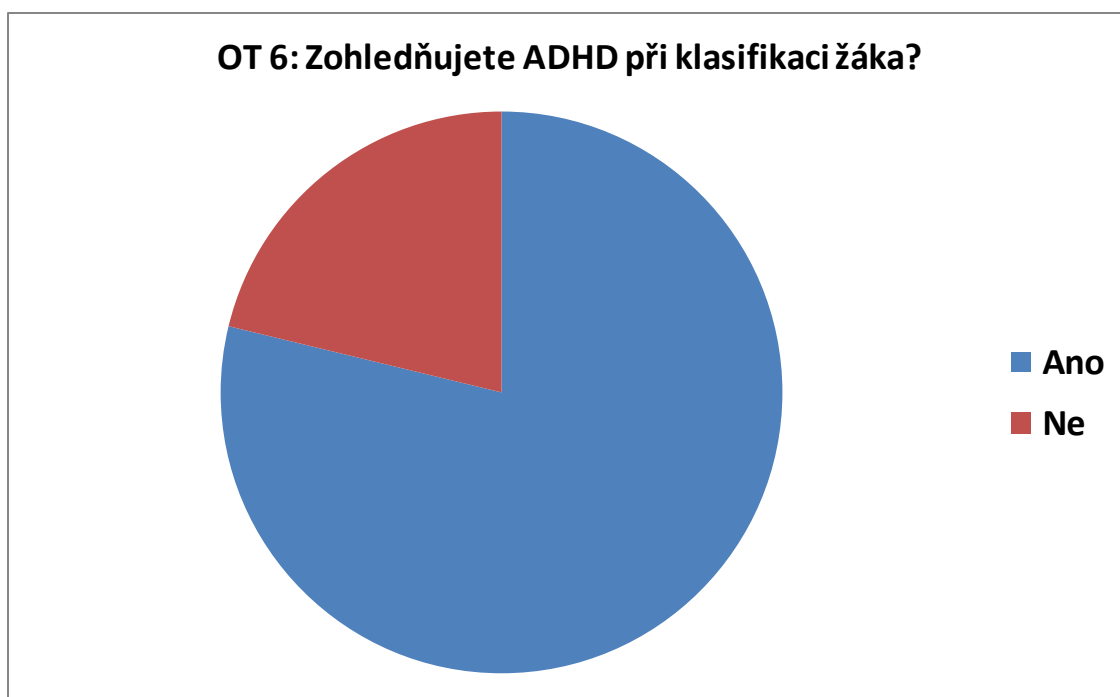
### OT 5: Jakých specifických přístupů při práci s dětmi s ADHD využíváte?



### **Otázka číslo 6 – Zohledňujete ADHD při klasifikaci žáka?**

Z odpovědí na tuto otázku zcela jednoznačně vyplývá, že většina učitelů zohledňuje žáky s ADHD při klasifikaci. Ze všech 33 dotazovaných pouze 7 uvedlo, že tak nečiní.

<b>Možnosti</b>	<b>Počet učitelů</b>
<b>ANO</b>	<b>26</b>
<b>NE</b>	<b>7</b>
<b>Celkem</b>	<b>33</b>



## **Otázka číslo 7 – Jak hodnotíte spolupráci rodičů se školou?**

Tuto otázku a otázku číslo 8 jsem využila k ověření mé druhé hypotézy. Předpokládala jsem, že spolupráce rodičů dětí s ADHD a školy není dostačující.

Po vyhodnocení dotazníků, jsem získala celkem jednoznačnou odpověď. Pouze dva dotazovaní odpověděli, že spolupráce s rodiči je slabá. Ostatní učitelé ji považují buď za výbornou, dobrou nebo alespoň uspokojivou.

Vyhodnocení této otázky mě mile překvapilo. Všichni víme, jak je důležité získat si podporu rodičů, zejména když chceme, aby děti s ADHD ve škole prospívaly.

<b>Spolupráce</b>	<b>Počet učitelů</b>
<b>výborná</b>	<b>7</b>
<b>dobrá</b>	<b>18</b>
<b>uspokojivá</b>	<b>5</b>
<b>slabá</b>	<b>2</b>
<b>Celkem</b>	<b>32</b>

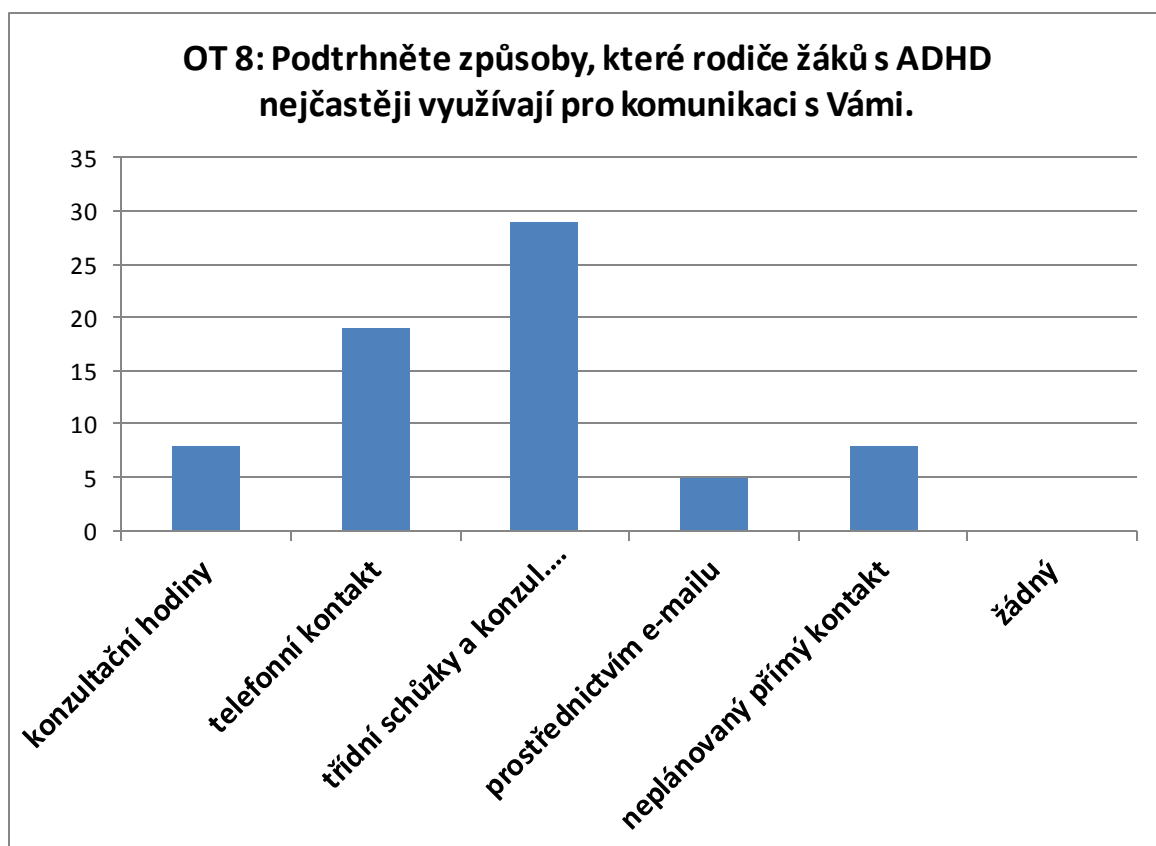




**Otázka číslo 8 – Podtrhněte způsoby, které rodiče žáků s ADHD nejčastěji využívají pro komunikaci s Vámi.**

V této otázce jsem učitelům nabídla šest různých možností pro komunikaci s rodiči. Jak jsem předpokládala, většina rodičů dává přednost setkání při rodičovských schůzkách nebo konzultačních odpoledních. Častým způsobem je také telefonní kontakt, kterého rodiče využívají většinou v případě, že se nemohou do školy osobně dostavit nebo pokud potřebují neodkladně něco učiteli sdělit.

<b>Způsoby komunikace</b>	<b>Počet učitelů</b>
<b>konzultační hodiny</b>	<b>8</b>
<b>telefonní kontakt</b>	<b>19</b>
<b>třídní schůzky a konzultační odpoledne</b>	<b>29</b>
<b>prostřednictvím e-mailu</b>	<b>5</b>
<b>neplánovaný přímý kontakt</b>	<b>8</b>
<b>žádný</b>	<b>0</b>



## **Ověření pravdivosti hypotéz**

***Hypotéza číslo 1:*** Učitelé jsou dostatečně informováni o syndromu ADHD.

Pravdivost této hypotézy jsem si ověřila především pomocí otázky číslo 2, ale také následně v odpovědích na otázku číslo 4 v mnou vytvořeném dotazníku.

Z výsledků vyplynulo, že je tomu skutečně tak. Pro více jak polovinu respondentů totiž platí, že jejich informovanost o ADHD je dobrá.

***Hypotéza číslo 2:*** Spolupráce rodičů se školou není dostačující.

Pravdivost této hypotézy jsem zjišťovala prostřednictvím otázky číslo 7. Při vyhodnocení dotazníku jsem zjistila, že se tato hypotéza nepotvrdila. Více jak polovina učitelů odpověděla, že spolupráce s rodiči je dobrá.

***Hypotéza číslo 3:*** Délka praxe pozitivně ovlivňuje informovanost o ADHD.

Výpočtem korelace<sup>5</sup> v Excelu, kde mi vyšel záporný výsledek -0,15679357, jsem zjistila, že i tato hypotéza není pravdivá. To znamená, že délka praxe nemá vliv na informovanost učitelů o této poruše. Naopak se ukázalo, že více informací o ADHD mají mladí nebo začínající učitelé.

Na závěr praktické části bych chtěla stručně shrnout zjištění, která jsem prostřednictvím dotazníkového šetření získala.

Většina učitelů zná více či méně problematiku syndromu ADHD. Délka praxe však nezávisí na rozsahu jejich znalostí. Myslím si, že závisí především na osobním přístupu každého z nich k dané problematice. Na tom, zda jsou ochotni se v této oblasti dále sebevzdělávat a informovat se o postupech a metodách, které těmto dětem pomohou ve škole uspět.

---

<sup>5</sup> Korelace znamená vzájemný vztah mezi dvěma procesy nebo veličinami. Pokud se jedna z nich mění, mění se korelativně i druhá a naopak. Pokud se mezi dvěma procesy ukáže korelace, je pravděpodobné, že na sobě závisí. V určitějším slova smyslu se pojem korelace užívá ve statistice, kde znamená vzájemný lineární vztah mezi znaky či veličinami  $x$  a  $y$ . Míru korelace pak vyjadřuje korelační koeficient, který může nabývat hodnot od  $-1$  až po  $+1$ . <http://cs.wikipedia.org/wiki/Korelace>

Většina dotázaných učitelů využívá různých specifických přístupů při práci s dětmi s ADHD a také je zohledňuje při klasifikaci. Jsou si vědomi problémů, které toto postižení dítěti přináší.

Důležitá je úzká spolupráce mezi rodiči a školou. Je důležité častěji kontaktovat rodiče těchto dětí a vytvořit s nimi dobrý pracovní vztah, neboť pokud máme mít se žáky s ADHD úspěch, pak potřebujeme podporu a spolupráci jejich rodičů a otevřenou komunikaci s nimi. Proto je velmi pozitivní, že většina učitelů shledává spolupráci rodičů se školou za dobrou.

## Závěr

Práce přináší řadu informací o problematice ADHD. Tato porucha je v dnešní době diagnostikována stále více dětem. Práce s nimi je velmi náročná, vyžaduje velkou dávku trpělivosti, motivační a tvořivý přístup. Proto by se měl každý učitel stále vzdělávat a studovat odbornou literaturu zaměřenou především na specifické poruchy chování a hledat nové formy a metody práce pro tyto děti.

Cílem diplomové práce bylo zpracovat odbornou literaturu zaměřenou na problematiku syndromu ADHD.

V teoretické části jsem se věnovala základním informacím o ADHD, jejím projevu, diagnostice a možné terapii. Zaměřila jsem se i na současnou legislativu, která umožňuje těmto dětem vhodné vzdělání a integraci, protože dříve docházelo k vyčleňování těchto dětí do speciálních škol a společnost o nich skoro vůbec nehovořila.

V praktické části je podrobný popis sledovaného chlapce. Je zde popsána anamnéza rodinná, osobní a školní, včetně psychologického vyšetření a prognózy vývoje. Spolupráce s rodiči byla výborná. Matka i otec byli velmi ochotní a poskytli mi řadu cenných informací, které jsem spolu s výsledky chlapcovo pozorování zpracovala do uvedené případové studie.

Z výsledků dotazníkového šetření jednoznačně vyplynulo, že v dnešní době jsou učitelé již dostatečně seznámeni s poruchou ADHD a většina jich i využívá specifické přístupy a metody práce s těmito žáky.

Vzdělávat a vychovávat dítě s ADHD není jednoduché. Je jen na učitelích, jaký přístup k dítěti zvolí. Musí dítěti porozumět, pochopit ho, ale hlavně se musí obrnit trpělivostí a neztrácet optimismus. Jde totiž o mravenčí práci, která vyžaduje každodenní úsilí, flexibilitu při hledání vhodných postupů a ochotu přemýšlet o tom, co jde dělat jinak, když dítě nereaguje, jak bychom očekávali.

*„Jestliže si chci od někoho něco vzít, musím mu to nejdříve sám dát, to znamená – jestliže od dítěte očekávám soustředěnost, cílevědomost a klid, musím mu předvést, dát mu příklad toho, jak se to všechno dělá. Jestliže od dítěte očekávám pozornost, musím mu ji sám věnovat dříve, než ji budu žádat od něj. Zde musím sám rozlišovat důležité od nedůležitého a důležitému dát přednost.“<sup>6</sup>*

---

<sup>6</sup>Jakub Filip. *Neklidné, nesoustředěné dítě (pro rodiče dětí se speciálními potřebami)* Vstřícná škola.[cit. 24. března 2014]. Dostupné na: [http://www.sedukon.cz/uploaded/neklidne\\_dite.pdf](http://www.sedukon.cz/uploaded/neklidne_dite.pdf)

## **Resumé**

Diplomová práce „ADHD v dětském věku“ se zaměřuje na problematiku dětí se syndromem ADHD na 1. stupni základní školy. Pozornost je věnována terminologii, příčinám vzniku této poruchy i možným způsobům jejího diagnostikování. Práce se zabývá metodami, kterými lze projevy ADHD zmírnit a ovlivnit a také možnou léčbou.

V praktické části je popsána případová studie desetiletého chlapce se syndromem ADHD. Tato kazuistika potvrzuje pravdivost informací sepsaných v teoretické části. Doplnující dotazníkové šetření zmapovalo situaci ohledně informovanosti učitelů o této poruše, o metodách jejich práce s dětmi s ADHD a také o spolupráci rodičů se školou.

## **Abstract**

The thesis “ADHD at children’s age” focuses on the issue of the elementary school children with Attention deficit hyperactivity disorder. Attention is paid to terminology, causation of origin of the disorder and the possible methods of ADHD diagnose. Moreover, the thesis describes how to reduce and influence the manifestation of ADHD and suggests a possible treatment.

The practical part deals with a case study of a ten-year-old boy who has been diagnosed with ADHD. This casuistry proves the veracity of the facts stated in the theoretical part. An additional questionnaire survey has monitored the teachers’ knowledge of this disorder, the methods of their work with ADHD pupils, as well as the cooperation of the parents with the school.

## **Použitá literatura**

- CANGELOSI, S. James. *Strategie řízení třídy: Jak získat a udržte spolupráci žáků při výuce*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7118-022-7
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2000, 3. vydání. ISBN 80-246-0139-7
- GAVORA, Peter. *Výzkumné metody v pedagogice*. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-15-X
- GOETZ, Michal. - UHLÍKOVÁ, Petra. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou: Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- KOCUROVÁ, Marie. *Specifické poruchy učení a chování*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2000. ISBN 80-7082-705-X.
- MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-625-X.
- POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, 2001, 3. vydání. ISBN 80-7178-570-9.
- RIEFOVÁ, F. Sandra. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-287-4.
- ŠEBEK, Michael. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha: SPN, 1990. ISBN 80-04-23643-X
- ŠKVOROVÁ, Jaroslava. - ŠKVOR, David. *Proč zlobím?* Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-407-1.
- ŠVARŤÍČEK, Roman – ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
- TOŠNEROVÁ, Lenka. *Trestání dětí z hlediska různých věkových skupin*. Absolventská práce. Praha: VOŠ pedagogická a sociální, 1999
- TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
- TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.
- VAŠUTOVÁ, Marie. *Děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování a násilí ve školním prostředí*. Ostrava: REPRONIS, 2008. ISBN 978-80-7368-525-6.
- ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2003, 10. vydání. ISBN 80-7178-800-7.

## **Internetové zdroje**

*Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).* Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, [cit. 29. prosince 2013]. Dostupné na: <<http://www.msmt.cz/Files/Predpisy1/sb190-04.pdf>>

*Vyhláška MŠMT č. 73 ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.* Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, [cit. 29. prosince 2013]. Dostupné na: <[http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020\\_05.pdf](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020_05.pdf)>

*MUDr. Ivo Paclt, Hyperkinetická porucha v dětském věku.* Převzato z časopisu Remedia 6/1999, MEDICINA.cz [cit. 17. února 2014]. Dostupné na: [http://nova.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s\\_id=128#1](http://nova.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=128#1)

*MUDr. Ivo Paclt, Diagnostika hyperkinetického syndromu v dospělosti.* Psychiatrie pro praxi 2002 / 3 [cit. 17. února 2014]. Dostupné na: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2002/03/05.pdf>

*Vyhláška MŠMT č. 72 ze dne 9. února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.* Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, [cit. 29. prosince 2013]. Dostupné na: <[http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020\\_05.pdf](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020_05.pdf)>

*ADHD a EEG BIOFEEDBACK.* Homeopatická poradna, [cit. 20. února 2014]. Dostupné na: <http://www.pomocvezdravi.cz/homeopatie/alternativni-lecba/adhd-a-eeg-biofeedback/>

*Dokumenty.* Pedagogicko-psychologická poradna Olomouckého kraje. [cit. 20. února 2014]. Dostupné na: <http://ppp-olomouc.cz/dokumenty/>

*Korelace.* Wikipedie, [cit. 17. března 2014]. Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Korelace>

*Jakub Filip. Neklidné, nesoustředěné dítě (pro rodiče dětí se speciálními potřebami)* Vstřícná škola.[cit. 24. března 2014]. Dostupné na: [http://www.sedukon.cz/uploaded/neklidne\\_dite.pdf](http://www.sedukon.cz/uploaded/neklidne_dite.pdf)

## **Seznam příloh**

***Příloha číslo 1 - Škála Connersové - Dotazník pro učitele***

***Příloha číslo 2 - Diagnostická kritéria ADHD u dětí a adolescentů podle DSM-IV***

***Příloha číslo 3 - Dotazník pro učitele – Práce s dětmi s ADHD***



# Přílohy

## Příloha č. 1

### Škála Connorsové - Dotazník pro učitele

Zkratka - CZQ

Autor: C. Keith Conner

Česká verze: Ivo Paclt, Michael Šebek

Doporučený uživatel: učitel

Doba vyplnění: 15 minut

**Patologické hodnoty:** (orientační) ADHD > 20 ± 5 bodů

#### **I. Jaké problémy jsou s tímto dítětem v současnosti?** (Vypište slow)

K jakým změnám došlo (pokud k nějakým došlo) od posledního vyplnění tohoto dotazníku?  
(Vypište slow)

#### **II. Pozoroval/a jste změny ve školní výkonnosti tohoto dítěte?** Zařadte jednotlivé předměty, kterým učíte, do patřičné kategorie:

Velice se zhoršil/a .....

Trochu se zhoršil/a .....

Jeho (její) výkon se nezměnil v .....

Zlepšil/a se v .....

Výrazně se zlepšil/a v .....

#### **III. Jaké změny chování jste u tohoto dítěte pozoroval/a?** (Prosím, zakřížkujte patřičné místo).

Změny chování dítěte

**Chování**

**Mnohem horší Trochu horší Nezměnilo se Lepší Mnohem lepší**

Celkové

Ve třídě

Podílení se na činnostech

třídního kolektivu

Postoj k autoritě

**IV. Předkládáme vám seznam nejrůznějších reakcí a způsobů chování dětí.** Postupně je pročítejte a posuďte, zda v poslední době (v posledním týdnu, posledních 2 týdnech, v posledních 4 týdnech) se u posuzovaného dítěte takovéto reakce a způsoby chování projevovaly a v jakém stupni. Stupnice s popisem jednotlivých stupňů je na pravé straně! Svoji odpověď dejte do kroužku. Pracujte rychle a nic nevynechejte! S vyplněným dotazníkem bude zacházeno jako s důvěrným sdělením určeným pro lékařské účely.

Stupnice: 0 – vůbec, 1 – trochu, 2 – značně, 3 – velmi značně

#### **Chování ve třídě:**

1. Je neposedný. 0 1 2 3

2. Brumlá, mumlá, „bručí“ nebo vydává jiné rušivé zvuky. 0 1 2 3

3. Dožaduje se okamžitého uspokojení. 0 1 2 3

4. Obtížně usměřuje své pohyby, je neobratný. 0 1 2 3

5. Je neklidný (do všeho se hrne). 0 1 2 3

6. Je vznětlivý. 0 1 2 3

7. Je nepozorný, má potíže se soustředěním. 0 1 2 3

8. Nedokončí, co začne. 0 1 2 3

9. Je citlivý ke kritice. 0 1 2 3

10. Je vážný nebo smutný. 0 1 2 3

11. Je zasněný, duchem nepřítomný. 0 1 2 3

12. Je zachmuřený nebo rozmrzelý. 0 1 2 3

13. Křičí, povykuje, je hlučný. 0 1 2 3

14. Vyrušuje ostatní děti. 0 1 2 3

15. Je hádavý. 0 1 2 3

16. Rychle a dramaticky střídá nálady. 0 1 2 3
17. Jedná vychytrale. 0 1 2 3
18. Destruktivní ničivě. 0 1 2 3
19. Krade. 0 1 2 3
20. Lže. 0 1 2 3
21. Má výbuchy hněvu, explozivní a nepředvídatelné chování. 0 1 2 3

**Účast na činnostech skupiny:**

22. Izoluje se od ostatních dětí. 0 1 2 3
23. Zdá se, že ho/ji kolektiv nepřímá. 0 1 2 3
24. Zdá se, že se snadno nechá vést jinými. 0 1 2 3
25. Nemá smysl pro fair play. 0 1 2 3
26. Zdá se, že mu/jí schází někdo, kdo by ho/jí vedl. 0 1 2 3
27. Newychází s příslušníky opačného pohlaví. 0 1 2 3
28. Newychází s příslušníky vlastního pohlaví. 0 1 2 3
29. Dráždí ostatní děti nebo se míchá do jejich věcí. 0 1 2 3

**Postoj k autoritě:**

30. Je submisivní. 0 1 2 3
31. Je vzdorovitý. 0 1 2 3
32. Je nestydatý, drzý. 0 1 2 3
33. Je nesmělý. 0 1 2 3
34. Je ustrašený. 0 1 2 3
35. Klade mimořádné nároky na učitelovu pozornost. 0 1 2 3
36. Je tvrdohlavý. 0 1 2 3
37. Je příliš úzkostlivý, než by o něco požádal. 0 1 2 3
38. Nespolupracuje s učitelem. 0 1 2 3
39. Má problémy s pravidelnou docházkou do školy. 0 1 2 3

*Dodatečné údaje pro učitele:*

**VI. Došlo podle vás u tohoto dítěte k nějaké (závažnější) změně v postojích rodičů k němu/ní anebo ve vztazích v rodině?** (Pokud ano, vypište to na volný list papíru.) Jak byste ohodnotil/a chování tohoto dítěte ve srovnání s ostatními dětmi téhož věku? Zakřížkujte prosím nejvhodnější tvrzení:

- Chová se mnohem hůře než ostatní děti .....
- Chová se hůře než ostatní děti .....
- Chová se asi tak stejně jako ostatní děti .....
- Chová se lépe než ostatní děti .....
- Chová se mnohem lépe než ostatní děti .....

*Vyhodnocení faktorů*

<b>Číslo a název faktoru: Položky:</b>	<b>Počet položek:</b>
I. Poruchy chování 12, 15, 17, 18, 19, 20, 21,25, 30, 31, 32, 36, 38	13
II. Nezúčastněnost, pasivita 4, 7, 8, 11, 24, 26	6
III. Napětí, úzkost 9, 10, 30, 33, 34, 39	6
IV. Hyperaktivita 1, 2, 5, 6, 14, 29	6
Celkem 31	

**Poznámky:** Skóry jednotlivých faktorů se vyznačují jistým stupněm vzájemné korelace, zvlášť mezi faktory 1 a 4. Tyto dva faktory lze pro zjednodušení sečíst a hodnotit jako jediný faktor.

## ***Příloha č. 2***

### **Diagnostická kritéria ADHD u dětí a adolescentů podle DSM-IV**

#### ***Musí být přítomno:***

- ve věku 3–5 let 10 a více příznaků
- od 6–12 let 8 a více příznaků
- od 13–18 let 6 a více příznaků

#### ***Příznaky:***

- Často neklidně hýbe rukama i nohama, vrtí se na židli;
- dělá mu potíže klidně sedět, i když je k tomu vyzván;
- snadno ho roztěkají vnější podněty;
- má potíže s vyčkáváním, až na něj dojde řada ve hrách nebo skupinových situacích;
- často vyhrkne odpověď na otázku ještě dříve, než byla otázka vůbec dovyslovena;
- dělá mu potíže sledovat instrukce, které mu dávají jiní (a to nikoliv z důvodu opozičního chování či nedostatku chápavosti, atd.) a selhává v dokončování úkolů;
- mívá potíže s udržováním pozornosti při práci ale i v herních činnostech;
- často „přeskakuje“ od jedné ještě nedokončené činnosti ke druhé;
- dělá mu potíže hrát si potichu;
- často povídá až příliš;
- přerušuje jiné nebo jim skáče do řeči nebo se plete do her jiným dětem;
- často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká;
- ztrácí věci, které jsou nezbytné k práci nebo k činnostem ve škole či doma;
- pouští se do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bralo v úvahu možné následky (a nedělá to proto, že by jen vyhledávalo napětí pro napětí), např. vbíhá do vozovek, aniž by se rozhlédlo.

### ***Příloha č. 3***

#### **Dotazník pro učitele – Práce s dětmi s ADHD**

1. Jak dlouho působíte v praxi?
  - a) 1-5 let
  - b) 6-10 let
  - c) 11-20 let
  - d) 21 a více
  
2. Jak byste označil/a své znalosti o problematice ADHD
  - a) výborné
  - b) dobré
  - c) uspokojivé
  - d) slabé
  
3. Odkud nejvíce čerpáte informace o této problematice?
  
  
4. Formulujte konkrétní problémy, které s sebou toto postižení žákovi ve škole přináší.
  
  
5. Jakých specifických přístupů při práci s dětmi s ADHD využíváte?

6. Zohledňujete ADHD při klasifikaci žáka?

a) Ano

b) Ne

7. Jak hodnotíte spolupráci rodičů se školou?

a) výborná

b) dobrá

c) uspokojivá

d) slabá

8. Podtrhněte způsoby, které rodiče žáků s ADHD nejčastěji využívají pro komunikaci s Vámi:

Konzultační hodiny

Telefonní kontakt

Třídní schůzky a konzultační odpoledne

Prostřednictvím e-mailu

Neplánovaný přímý kontakt

Žádný