 **Západočeská univerzita v Plzni**
Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Integrace žáků s ADHD na druhém stupni základní školy

Dominika Kchol, DiS.

Plzeň 2023

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra filozofie

Studijní program Humanitní studia

Studijní obor Humanistika

Bakalářská práce

Integrace žáků s ADHD

na druhém stupni základní školy

Dominika Kchol, DiS.

Vedoucí práce:

Mgr. Aneta Boháčová, Ph.D.

Katedra psychologie

Fakulta pedagogická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2023

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

Plzeň, duben 2023

.....

PODĚKOVÁNÍ

Především bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Anetě Boháčové Ph.D., a nadále Mgr. Karolíně Jirákové, Ph.D. a Mgr. et Mgr. Zdeňce Špiclové za podporu, cenné rady a pozitivní přístup, který mě v psaní velmi motivoval. Také bych ráda poděkovala rodičům žáků, kteří mi umožnili nahlédnout do svého soukromí a mají snahu o šíření osvěty problému výchovy dětí s ADHD.

Obsah

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 <i>Vymezení syndromu ADHD</i>	8
1.1 Charakteristika dětí s ADHD	9
1.2 Etiologie ADHD	9
1.3 Diagnostika dětí s ADHD.....	10
1.4 Léčba dětí s ADHD.....	12
1.5 ADHD z odlišných perspektiv.....	14
2 <i>Výchova a vzdělávání žáků s ADHD.....</i>	16
2.1 Obecné zásady přístupu k dětem s ADHD	16
2.2 Vybavení třídy.....	17
2.3 Pracovní místo žáka s ADHD.....	18
2.4 Integrace žáků s ADHD na 1. stupni ZŠ.....	19
2.5 Integrace žáků s ADHD na 2. stupni ZŠ.....	20
2.6 Prognóza žáka s ADHD	22
PRAKTICKÁ ČÁST	24
3 <i>Koncepce výzkumného šetření</i>	24
3.1 Metody výzkumného šetření.....	24
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	25
3.3 Organizace a průběh šetření	26
4 <i>Případové studie.....</i>	27
4.1 Kazuistika žáka A.....	27
4.2 Kazuistika žáka B.....	29
4.3 Kazuistika žáka C.....	31
4.4 Kazuistika žáka D.....	33
4.5 Kazuistika žáka E	35
5 <i>Interpretace výsledných zjištění</i>	37
5.1 Vyhodnocení rozhovorů se žáky	37
5.2 Vyhodnocení dotazníků zpracovaných rodiči	38
5.3 Vyhodnocení dotazníků zpracovaných pedagogy.....	39
5.4 Shrnutí a diskuze.....	40
ZÁVĚR.....	43

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	45
RESUMÉ.....	48
PŘÍLOHY	49

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se věnuji tématu integrace žáků se syndromem ADHD na druhém stupni základních škol. S touto diagnózou se ve školním prostředí setkáváme stále častěji a vzhledem k inkluzivnímu školství je důležité tyto žáky co nejlépe zařadit nejen do běžné výuky tak, aby bylo možné nadále rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti, ale začlenit je též do třídního kolektivu pro rozvoj a podporu sociálních vazeb. Zároveň je nezbytné zachovat kvalitu výuky pro ostatní žáky.

Úvod teoretické části věnuji základním informacím o tomto syndromu a popisu jeho klinického obrazu. Reflektuji první zmínky, kdy se odborná veřejnost začala touto poruchou zabývat, příčiny, které způsobují výskyt ADHD v dnešní populaci a její nejčastější projevy. Nadále upřesňuji diagnostické zařazení ADHD podle Mezinárodní klasifikace nemocí a uvádím odborné názvosloví, se kterým se ve spojitosti s diagnostikou syndromu ADHD můžeme setkat, zejména pak v České Republice. V této části své práce též popisují charakteristické chování dětí s ADHD a jak se u nich syndrom diagnostikuje.

V jádru teoretické části se zabývám integrací žáků s ADHD na základních školách. Nejprve popisují integraci žáka na prvním stupni za předpokladu, že syndrom byl u něj včasné diagnostikován a metody podpůrných opatření se mohly aplikovat již po zahájení školní docházky.

Další část práce věnuji začlenění žáka do výuky na druhém stupni základní školy, kdy se již předpokládá osvojení si výukových metod jak ze strany žáka, tak ze strany pedagogů.

Závěr teoretické pasáže věnuji pomocným metodám, které hrají taktéž důležitou roli ve výukovém procesu, například vybavení školy nebo pracovní místo znevýhodněného žáka. Při psaní teoretické části bakalářské práce se opírám zejména o odbornou literaturu vydanou Psychiatrickým centrem v Praze, a to *Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Dále mi byla nápomocna díla zaměřující se již na samotnou práci s dětmi s diagnostikovanou ADHD a zkušenosti jejich rodičů či pedagogů, a to zejména od Wolfdieter Janett, *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele* a Laver-Bradbury Cathy a kol., *Šest kroků ke zvládnutí ADHD*.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení syndromu ADHD

Porucha pozornosti s hyperaktivitou, označována zkráceně jako ADHD (z anglického attention deficit hyperactivity disorder), je vývojová porucha centrální nervové soustavy, projevující se již v dětském věku, přibližně do sedmi let. V nadpoloviční většině populace (uvádí se přibližně 60 %) přetrvává až do dospělosti. Je způsobena funkčními odchylkami různých částí mozku, především ve frontální části, a narušenou rovnováhou neurotransmiterů, zejména dopaminu a noradrenalinu. Tato nerovnováha vede k omezené schopnosti seberegulace jedince a klinickým projevům nepozornosti, hyperaktivity a impulzivnosti. Může být nadále spojena s poruchami adaptace v sociálním prostředí, emočními výkyvy, poruchami učení, tiky, percepčními a motorickými obtížemi.

Velmi častý je i podružný výskyt úzkostné a depresivní poruchy, dyslálie, dyslexie, dysgrafie aj. Nejedná se o novou poruchu, první zmínky pocházejí z roku 1902 od britského pediatra G. F. Stilla, který ji definoval jako „deficit morální kontroly“. V 60. letech minulého století pak byla vypracována definice tohoto syndromu, pro který se začal užívat název lehká mozková dysfunkce (LMD). Přesná definice ADHD rozdělená na 3 základní podtypy (s převládající poruchou pozornosti, s převládající hyperaktivitou a impulzivitou a smíšený typ), vznikla až v roce 1994. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí a její poslední, tedy 10. revizi (zkratka MKN-10), odpovídá ADHD diagnóza: 1. subtyp „porucha pozornosti a hyperaktivita“ (Dg. F90.0) a 2. subtyp „hyperkinetická porucha chování“ (Dg. F90.1), které jsou řazeny pod hyperkinetické poruchy (F90). Hyperkinetické poruchy jsou popsány v kapitole s názvem Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání.¹

V České republice se setkáváme se dvěma názvy: hyperkinetická porucha a porucha pozornosti s hyperaktivitou, tedy ADHD. Termín lehká mozková dysfunkce se již v klasifikaci nevyskytuje.² V České republice se ADHD vyskytuje přibližně

¹ MEDŘICKÁ, Hana a kolektiv autorů. ADHD. *Neurologie pro praxi*, s. 219.

² PŘÍHODOVÁ, Iva. Porucha pozornosti s hyperaktivitou. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*, s. 408-409.

u 5-10 % dětí v poměru chlapci versus dívky 10:1. U chlapců je výskyt této poruchy častější a obvykle dříve diagnostikován, neboť dívky bývají spíše nepozorné než nápadně hyperaktivní.³

1.1 Charakteristika dětí s ADHD

Pokud je dítě natolik hyperaktivní, že jeho chování působí obtíže nejen jemu samotnému, ale i blízkému okolí, rodiče začnou hledat radu u odborníků. Obvykle se tyto potíže začínají projevovat již při docházce do školky, přibližně mezi třetím a čtvrtým rokem života, nejpozději však s nástupem povinné školní docházky. Dítě se nedokáže soustředit, klidně sedět, a pokud se po něm vyžadují poklidnější činnosti, působí to na něj stresujícím dojmem a v obranné reakci dokáže například běhat po celé místnosti. Děti s tímto symptomem je třeba vychovávat jiným způsobem než ty, které nejsou tolik aktivní.⁴

Mezi hlavní projevy poruchy pozornosti patří krátká doba udržení pozornosti, hyperaktivní chování a také impulzivní jednání. Některé děti také mohou mimo těchto hlavních projevů vykazovat známky nedostatečné koordinace hrubých motorických dovedností, které se projevují například při běhu nebo hraní her, ale i jemných motorických dovedností, jako jsou zhoršená kvalita písma či nesprávné držení psacích potřeb nebo příboru. Nadále u těchto dětí můžeme vyzorovat zhoršenou krátkodobou paměť, neustálé povídání a vstupování do řeči jiným hovořícím osobám, nesnášenlivost čekání, těkavé pohyby, dráždivost na okolní podněty. Často nevnímají, co jim říkáme, a přecházejí od jedné činnosti k druhé, aniž by je dokončily. Nezřídka pak ADHD doprovází také specifické potíže s učením. Děti trpící ADHD bývají také citlivé a emotivní s nedostatečnými společenskými dovednostmi, což vede k jejich nepřilíh velké oblíbě u vrstevníků v kolektivu.⁵

1.2 Etiologie ADHD

Existuje několik teorií o příčinách vzniku ADHD. Jednou z hlavních příčin vzniku se uvádí rizika nemocí v prenatálním vývoji, jako např. infekce.

³ MEDŘICKÁ, Hana a kolektiv autorů. ADHD. *Neurologie pro praxi*, s. 219.

⁴ TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*, s. 26.

⁵ LAVER-BRATBURY, Cathy a kol. *Šest kroků ke zvládnutí ADHD*, s. 12-17.

Průběh psychického vývoje je od začátku ovlivněn biologickými faktory, jako je tělesný vývoj jedince, a především pak vývojem jeho mozku. Vedle těchto faktorů se po narození dítěte připojují také faktory sociální, tj. výchova a nároky, před něž je dítě postaveno od nejútlejšího věku.⁶ „*Psychický vývoj v mateřském těle je přede hrou toho, co přijde později.*“⁷

Vůbec nejdůležitějším faktorem je dle vědeckých výzkumů především dědičnost genů. Velmi často se v rodině vyskytují další velmi aktivní jedinci, nezářídka jsou jimi rodiče, prarodiče, sourozenci.⁸ Mozek dětí s ADHD dle výzkumů nepracuje stejně jako mozek dětí bez této poruchy, rozdíly v činnosti se objevují zejména v přední části mozku. Zdá se, že tyto děti postrádají látku zvanou dopamin, která zajišťuje správné spojení mezi frontální částí mozku a motorickou oblastí nervové kůry, která ovládá příslušné svaly vedoucí k pohybu těla. V praxi se to projevuje tak, že například vznětlivý jedinec nedokáže přestat křičet, protože správně nefunguje signál vedoucí k zastavení křiku. Na vzniku poruchy pozornosti se však mohou podílet i jiné faktory. Mezi další nejčastěji uváděné faktory se řadí prodělaný úraz mozku, encefalitida, požití olova, předčasný porod matky či nepříznivé životní podmínky dítěte (zneužívání, velké strádání).⁹

1.3 Diagnostika dětí s ADHD

Nejnovější výzkumy kladou důraz na včasnou diagnostiku především závažných forem ADHD, neboť včasný zákrok může dítěti i jeho rodičům pomoci přizpůsobit výchovné postupy a zvládnutí nežádoucích projevů tohoto syndromu. V současné době na základě podnětu z rodiny či školky/školy podstoupí dítě standardně pedopsychiatrické vyšetření, neurologické vyšetření, ale také elektroencefalografické vyšetření (EEG) – pro vyloučení např. epilepsie. To vše je nedílnou součástí komplexního posouzení diagnózy ADHD. V posledních letech přibývají počty dětí s výskytem ADHD, ale lékaři tento nárůst připisují na vrub kvalitnějším diagnostickým postupům oproti předchozím letům.¹⁰

Diagnostická kritéria hyperkinetické poruchy podle MKN-10:

Vznik před sedmým rokem života a přetrvávající nejméně 6 měsíců.

⁶ ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*, s. 266.

⁷ ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*, s. 271.

⁸ MEDŘICKÁ, Hana a kolektiv autorů. *ADHD. Neurologie pro praxi*, s. 219.

⁹ LAVER-BRATBURY, Cathy a kol. *Šest kroků ke zvládnutí ADHD*, s. 18-20.

¹⁰ PŘÍHODOVÁ, Iva. Porucha pozornosti s hyperaktivitou. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*, s. 410.

Porucha pozornosti (přítomno 6 příznaků z 9)

- obtížná koncentrace pozornosti;
- nedokáže udržet pozornost;
- neposlouchá;
- nedokončuje úkoly;
- vyhýbá se úkolům vyžadující mentální úsilí;
- nepořádný, dezorganizovaný;
- ztrácí věci;
- roztržitý;
- zapomnětlivý.

Hyperaktivita

- neposedný, vrtí se;
- nevydrží sedět na místě;
- pobíhá kolem;
- vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho;
- je v neustálém pohybu.

Impulzivita

- nezdrženlivě mnohomluvný;
- vyhrkne odpověď bez přemýšlení;
- nedokáže čekat;
- přerušuje ostatní.¹¹

Výskyt komorbidních poruch

Porucha pozornosti s hyperaktivitou je stále více uznávána jako heterogenní porucha se značnou komorbiditou nejen s poruchou chování, ale také s depresivními a úzkostnými poruchami. Současné výsledky výzkumu naznačují, že podskupiny dětí s ADHD lze vymezit na základě přítomnosti komorbidity. Tyto podskupiny mohou mít různé rizikové faktory, klinický průběh a farmakologické odezvy. Jejich správná identifikace může vést k upřesnění preventivních a léčebných postupů. Vyšetření těchto problémů by mělo pomoci objasnit etiologii, průběh a výstup z diagnostiky ADHD.¹²

¹¹ Kolektiv autorů. *Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: Mezinárodní klasifikace nemocí*, s. 229-231.

¹² BIEDERMAN Joseph, FARAONE V. Stephen, LAPEY Kathleen. *Comorbidity of Diagnosis in ADHD*, s. 335.

Mezi nejčastější komorbidity u dětí a adolescentů patří:

- poruchy opozičního vzdoru (přibližně 50-60 % s ADHD);
- specifické poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie);
- úzkostné poruchy (až 30 % dětí s ADHD);
- poruchy nálad, tikové poruchy (přibližně 10 % dětí s ADHD);
- poruchy spánku;
- deprese a emoční poruchy.¹³

V diagnostice je nutné nejprve vyloučit onemocnění centrálního nervového systému, jako např. nádor, zánět, degenerativní onemocnění a epileptické onemocnění. U dětí s epilepsií je ADHD nejčastější psychiatrickou komorbiditou. Společný výskyt je natolik častý, že odborníci uvažují o zavedení společné etiopatogeneze obou onemocnění.¹⁴ Komplexní diagnostika obsahuje nejen anamnézu vycházející ze strukturovaného rozhovoru s rodiči popisující chování dítěte v jednotlivých věkových obdobích, ale také neurologické vyšetření, které vyhodnocuje psychomotorický vývoj, emoční labilitu a úroveň smyslových funkcí.¹⁵

Poruchu je vždy možné zachytit již v raném stádiu vývoje. V kojeneckém období můžeme u dítěte vyzorovat dráždivost, narušení biorytmů spánku a bdění. V batolecím až předškolním věku zase nápadně dlouho přetrvává období vzdoru a nekontrolovatelného (divokého) chování. Ve školním věku se nápadně projevuje neschopnost koncentrace na zadaný úkol a vytrvalost při jeho zpracování, děti dělají četné chyby z nepozornosti.¹⁶

1.4 Léčba dětí s ADHD

V dnešní době máme mnohostranné možnosti léčby ADHD. Nejběžnějšími opatřeními jsou: psychoterapie, psychofarmaka, pohybové činnosti (sport), poradenství pro rodiče, jak s dětmi pracovat, a nejnovější terapeutická metoda EEG biofeedback. Léčba ve většině případů probíhá ambulantně. Obvyklý postup je, že pediatr pošle dítě k dětskému psychologovi, případně k dětskému psychiatrovi a na neurologii. Spolupráce

¹³ Metodický portál RVP.CZ. Specifika poruch chování - komorbidity ADHD [online]. Dostupné z: <<https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=12204>> [cit. 2023-01-16].

¹⁴ Metodický portál RVP.CZ. Specifika poruch chování - komorbidity ADHD [online]. Dostupné z: <<https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=12204>> [cit. 2023-01-16].

¹⁵ MEDŘICKÁ, Hana a kolektiv autorů. ADHD. *Neurologie pro praxi*, s. 220.

¹⁶ MEDŘICKÁ, Hana a kolektiv autorů. ADHD. *Neurologie pro praxi*, s. 219-220.

s rodiči je velmi důležitá, stejně jako s výchovným poradcem školy a učiteli, neboť jediné tak je velká šance na zlepšení stavu dítěte.

V psychoterapii stojí v popředí metody behaviorální terapie, do které je zapojeno školní i sociální prostředí. Od šesti let je možné po pečlivém uvážení lékaře nasadit léčbu medikamenty.¹⁷

Z dlouhodobějších výzkumů však vyplývá, že farmakoterapie je stále neúčinnější metodou při léčbě onemocnění ADHD. Standardně se užívají stimulanty centrálního nervového systému, konkrétně methylphenidát a amfetamin. Přestože je farmakoterapie považována za neúčinnější léčbu, pro optimalizaci a zlepšení projevů ADHD je neméně důležité správné umístění dítěte ve školním zařízení, rozvoj jeho sociálních dovedností a spolupráce s rodinou.¹⁸

Každý pacient je individuální a na daný lék může reagovat různě. Rozhodujícím faktorem je klinická odezva na vybraný preparát. I v České republice u dětí školního věku jsou lékem první volby tzv. stimulancia (výše zmíněný methylphenidát a amfetamin). V České republice máme s methylphenidátem u školních dětí a adolescentů poměrně dobré zkušenosti. Dávkuje se v podobě tablet (5-10 mg) dle individuální odezvy, první dávka se podává před odchodem do školy, případně druhá v poledne, nejpozději do 14 hod. Na prázdninové období se lék vysazuje. Ve většině případů je tolerován s pozitivní odezvou a vede ke zlepšení koncentrace a školního prospěchu. Od roku 2007 je u nás také dostupný první nonstimulantní lék atomoxetin, který je vhodný zejména pro léčbu jedinců s ADHD, kteří trpí komorbiditami, jako jsou opoziční vzdor, tiky a deprese. Preparát lze kombinovat i s antidepresivy.¹⁹

Další z terapeutických postupů, který lze aplikovat při léčbě ADHD, je metoda zvaná EEG biofeedback. Tato metoda umožňuje monitorovat a regulovat elektrické aktivity mozku. Terapeut při vyšetření aplikuje na hlavu pacienta elektrody snímající mozkové vlny během toho, co na monitoru počítače probíhá hra, kterou pacient ovládá pouze pomocí svých myšlenek. Jestliže se aktivita mozku pohybuje v pásmu žádoucích mozkových vln, pacient je odměňován plusovými body ve hře. Pokud se však během hry začne pohybovat v nežádoucím pásmu vln, plusové body naopak ztrácí. Jedná se v podstatě o trénink nervové soustavy, s jehož pomocí lze získat kázeň a disciplínu,

¹⁷ *Národní zdravotnický informační portál: ADHD u dětí: léčba* [online]. Dostupné z: <<https://nzip.cz/clanek/676-adhd-u-deti-lecba>>. [cit. 2023-01-20].

¹⁸ PATAKI C. S., FEINBERG D. T., MCGOUGH J. J. New drugs for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Opinion on Emerging Drugs.*, s. 293.

¹⁹ MEDŘICKÁ, Hana a kolektiv autorů. ADHD. *Neurologie pro praxi*, s. 220-221.

kteřou děti potřebují ve škole. Terapie probíhá přibližně 60 minut hřavou formou a zcela bezbolestně. U žáků s ADHD je zapotřebí přibližně 40-60 sezení, která v České republice zatím nejsou hrazena pojišťovny, neboť z pohledu našich odborníků se jedná spíše o relaxační a doplňkovou techniku, nikoliv o základní metodu léčby.²⁰

1.5 ADHD z odlišných perspektiv

V předchozích kapitolách své bakalářské práce jsem čerpala z poznatků uvedených v odborné literatuře. Přestože je diagnóza ADHD dnes oficiálně uznávanou poruchou, stále se můžeme ve společnosti setkat s různými názory. Mnoho skeptiků věří, že ADHD vlastně neexistuje a jedná se pouze o moderní diagnózu dětí, kterým rodiče nejsou schopni vymezit výchovné hranice.

Behaviorální neurolog Dr. Saul ve své knize *ADHD does not exist* (ADHD neexistuje) sice zcela nepopírá existenci ADHD, ale uvádí, že se ve skutečnosti jedná o soubor symptomů, nikoliv o samostatný diagnostický termín. Podle Dr. Saula je ADHD „předdiagnostikována“, neboť na určení této diagnózy lékařům stačí, že pacient splňuje pět ze základních osmnácti kritérií. Často dle Saula nejsou ani vyšetření dostatečně komplexní, a tak poruchy určené jako komorbidity u pacientů s ADHD mohou být primární diagnózou a porucha pozornosti až jako sekundární. Chybná diagnostika tak může mít pro pacienty fatální následky v podobě stagnace léčby či zhoršení psychického stavu nemocného. V případě, že jsou mladiství chybně diagnostikováni a ve více než dvou třetinách jim jsou předepisovány stimulanty, jedná se v podstatě o zneužití těchto léků vedoucích k lepšímu výkonu ve škole a vypěstování si psychické závislosti na stimulantech. V případě vysazení léčby může totiž dojít ke zhoršení pozornosti a například po nástupu na vysokou školu, kde se nároky studia značně zvyšují, může pacient sám vyžadovat návrat k medikaci.²¹

Zde bych se ráda zmínila, že neurologie není obecně považována za specializaci kvalifikovanou k diagnostice či vysvětlení ADHD, proto názor Dr. Saula nemusí korespondovat s názory psychologů či psychiatrů zabývajícími se výzkumy a léčbou ADHD.

I názory na původ ADHD se v naší společnosti liší. Například německý filozof korejského původu B. Ch. Han, zabývající se diagnostikou společnosti v různých

²⁰ DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Dítě s hyperkinetickou poruchou*, s. 49-51.

²¹ SAUL, Richard. *ADHD does not exist*, s. 8-14.

historických obdobích se ve své knize s názvem *Vyhořelá společnost* zmiňuje, že každá doba má své typické choroby. Podle Hana jsou nemoci jako ADHD, deprese nebo syndrom vyhoření typickými onemocněními jedenadvacátého století, jejichž zdrojem je přílišný tlak, který sami na sebe vyvíjíme jako jedinci. Stále posouváme své hranice k dosažení vyšších výkonů, jsme společností práce a výkonu.

Han rozlišuje dva druhy potence. Pozitivní, která nás nutí neustále konat, a negativní, tedy schopnost nekonat nebo říct „ne“. Přemíra pozitivní potence vede k nutkání stále něco dělat, být hyperaktivní. Duchovno člověka tak ustupuje do pozadí. Východiskem z této patologie může být umění relaxace, či meditování.²²

²² HAN, Byung-Chul. *Vyhořelá společnost*, s. 14-35.

2 Výchova a vzdělávání žáků s ADHD

Základním stavebním kamenem pro atmosféru ve školním kolektivu je zejména pedagogický postoj školy samotné. Empatie, podpora a respekt mají velký vliv nejen na chování znevýhodněného žáka, ale také na ostatní děti v třídním kolektivu. Samozřejmě i zde platí obvyklé pravidlo, že dospělí jsou příkladem pro dospívající děti. Způsob, jakým jedná učitel s dětmi, a to zejména s těmi, které mají speciální vzdělávací potřeby a odlišují se od svých vrstevníků, ovlivňuje to, jakým způsobem se k tomuto žákovi budou chovat ostatní. K realizaci bezproblémového průběhu výuky je třeba mnohdy zapojit vlastní fantazii, motivaci kolektivu k ochotě začlenit žáka „mezi sebe“ a především osobní nasazení a ochotu se i nadále vzdělávat v praxi.

2.1 Obecné zásady přístupu k dětem s ADHD

Znevýhodněné děti mají speciální potřeby, kterým je třeba věnovat pozornost a mít je neustále na paměti. Některá konkrétní doporučení taktéž obvykle nalezneme ve zprávě z pedagogicko-psychologické poradny.²³

Zde je základní souhrn pravidel:

- Chovat se k dítěti s ADHD pozitivně, nezesměšňovat ho.
- Podporovat dítě s ADHD s ohledem na jeho potřeby a možnosti.
- Větší pozornost klást především na sociální chování jedince a třídního kolektivu než se věnovat známkování.
- Jelikož ostatní spolužáci obvykle reagují negativně na děti, které jsou často kritizované či neúspěšné, je vhodné najít na dítěti s ADHD něco chvályhodného a vyslovit to před celou třídou (např. krásně kreslíš, umíš dobře hrát fotbal aj.).
- Je dobré hyperaktivnímu dítěti přidělit nějakou funkci (nástěnkář, rozdávání sešitů atp.), čímž ho zaměstnáme aktivitou a zároveň podpoříme jeho sebeúctu.
- Ohledně příčin problémového chování bychom měli být otevření, ale zároveň diskrétní, nekáráme dítě opakovaně před třídním kolektivem.
- Vždy se snažíme najít pozitivní řešení, pokud je třeba dohled ve třídě i o přestávkách, mohou jej převzít asistenti pedagoga či školní asistenti.

²³ ALTMANOVÁ, Miroslava. *Hyperaktivní a nepozorné dítě*, s. 19.

- Snažíme se udržovat dobré vztahy s rodiči a komunikovat s nimi, abychom včas mohli předvídat či reagovat na změny (změna medikace atp.).
- Žáci se nejvíce učí z našeho přístupu, nikoliv z učebních osnov.
- Domácí úkoly by měli všichni učitelé zadávat stejným způsobem a vždy písemnou formou (např. do úkolníčku).
- Žáka neusazujeme do oddělení u okna, ale nejlépe do prostředního oddělení, blízko tabule, aby na ni viděl přímo. Na místech v zadní části třídy děti s ADHD postrádají podpůrný sociální kontakt a cítí se osaměle.
- Symptomy ADHD také posiluje hluk a nepořádek, snažíme se vést kolektiv třídy k udržování pořádku.
- Krátké přestávky, které si žáci sami mohou zvolit, zvyšují jejich koncentraci a zmírňují stres.²⁴

Vždy je též vhodné v úvodu hodiny seznámit děti s obsahem hodiny, třeba písemně v bodech na tabuli. Úspěch v učení závisí taktéž na vhodně zvolené kombinaci různých výukových stylů, při jejichž tvorbě můžeme klidně zapojit dítě samotné a vyslechnout si jeho návrhy. Děti s poruchami pozornosti mají obvykle netrénovanou a nespolehlivou krátkodobou paměť, především pokud se jedná o informace podávané verbální formou. Ony si však tuto poruchu neuvědomují. Krátkodobá paměť se dá posílit za pomoci častého opakování v krátkých časových intervalech, zpětné kontroly a jazykových her. Vhodné je také doplnit výuku vizuálními podněty, k tomuto účelu lze využívat logopedické listy s obrázky.²⁵

2.2 Vybavení třídy

Celková atmosféra ve školním kolektivu je určována nejen vztahy, ale také vybavením a výzdobou třídy. Učitelé mají určitou možnost upravit si třídu dle svých poznatků a potřeb dětí. Příliš pestrá výzdoba třídy nebo netradiční uspořádání židlí není pro děti s ADHD příliš vhodné. Střídměji vyzdobený interiér a tradiční uspořádání židlí směrem k tabuli usnadňuje koncentraci žáků. Pokud je to možné, snažíme se vytvořit

²⁴ WOLFDIETER, Janett. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele. Rádce pro rodiče a učitele*, s. 114.

²⁵ WOLFDIETER, Janett. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele. Rádce pro rodiče a učitele*, s. 123.

ve třídě relaxační zónu (např. koberec vzadu v učebně), kterou žák s ADHD potřebuje k odpočinku, ale zároveň ji mohou využívat i ostatní děti.²⁶

Osvědčeným prostředkem při práci se znevýhodněnými žáky je také používání logopedických tabulek a karet značky Logico Piccolo, které svým grafickým zpracováním a zábavnou formou napomáhají těmto dětem s osvojením a snadnějším zapamatováním učiva. Další praktickou pomůckou jsou čtenářské tabulky pro dyslektiky, kde na každé straně nalezneme krátké úkoly k textu, které napomáhají zvládat čtení s porozuměním. Vhodné je také při čtení používat záložky či speciální šablony s okénky na právě čtený řádek textu. Nutkání k pohybu u dětí s ADHD také napomáhá změna pracovní polohy, tudíž při samostatné práci můžeme též použít tvrdé desky s klipem a umožnit žákovi vyplnění pracovních listů třeba na koberci ve třídě.

2.3 Pracovní místo žáka s ADHD

Na pozornost a chování dětí s ADHD má vliv nejen vybavení třídy, ale především pracovní místo. Pokud žák nesedí v lavici s asistentem pedagoga, je zcela nevhodné, aby seděl ve třídě v poslední lavici. Pokud sedí blíže učiteli, pracuje lépe. Snáze se také soustředí, když sedí v lavici sám. Obvykle je pro žáky s ADHD složité udržovat ve svých věcech pořádek. Důležité je takové děti od počátku školní docházky vést k tomu, aby na své školní lavici měly co nejméně věcí, neboť jsou často schopné mít na svém pracovním stole stohy sešitů, knih a psacích pomůcek. Na stole by měly ležet pouze ty pomůcky, se kterými se právě pracuje. Zbytek je vhodné umístit např. do lavice.²⁷

Tyto děti také velmi často ztrácí své pomůcky a ukládání trestů na tomto jevu nic nezmění, proto je lepší volit hranaté tužky a pastelky, které se tak snadno „nezakutálí“, dohledávání psacích po zemi děti s ADHD rozčiluje a stresuje. Dětem je též vhodné ve třídě zvolit místo, kam si mohou ukládat nejrůznější školní potřeby, případně si na tomto místě vytvořit zásobu pomůcek pro případ, že některou z nich dítě ztratí nebo zapomene. Děti s tímto syndromem nemají smysl pro pořádek, ale jsou ochotné převzít určité návyky a představy o pořádku od osob ve svém okolí. Pokud dítě nesedí v lavici s asistentem pedagoga, je také důležité vhodně zvolit spolužáka sedícího s tímto dítětem v lavici. Klidné a snaživé dítě může být pro něj obrovskou motivací.

²⁶ TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*, s. 132.

²⁷ ALTMANOVÁ, Miroslava. *Hyperaktivní a nepozorné dítě*, s. 19.

2.4 Integrace žáků s ADHD na 1. stupni ZŠ

Většina rodičů začne projevy hyperaktivity řešit až v momentě, kdy dítě nastoupí do školy. V důsledku poruchy pozornosti se tyto děti obtížně zapojují do výuky a navíc obtížně navazují vztahy k ostatním vrstevníkům, a tím se jejich chování dále zhoršuje. Neklidné děti bývají v kolektivu neoblíbené až odmítané, neboť se neustále něčeho dožadují.²⁸ Schopnost včas rozpoznat příznaky vznikajících obtíží v životě dítěte je nesmírně důležité pro jeho následný vývoj a eliminaci osobních, sociálních i studijních problémů. Každý učitel by měl umět z pozice své profese takovému žákovi vyjádřit pochopení a poskytnout mu účinnou podporu při získávání vzdělání. Využití vhodných podpůrných opatření může eliminovat nežádoucí projevy těchto žáků ve školním prostředí a přinést nové podněty pro spolupráci školy s rodinou, Pedagogicko-psychologickou poradnou (dále jen PPP), případně dalšími mimoškolními institucemi.

Nejdříve ze všeho je třeba získat specifické informace k jednotlivým žákům, především od rodičů, ze školky, od dětského lékaře nebo školského poradenského zařízení. Získané informace je případně v zájmu dítěte možné předat i dalším pedagogickým pracovníkům, kteří se žákem přicházejí do styku.²⁹

Integrace žáka na 1. stupni je zcela zásadní, neboť během této doby si dítě osvojuje metody učení, osvojuje si pracovní návyky, snaží se začlenit mezi své vrstevníky a pracuje na případné seberegulaci při zvládnání stresových situací. Zde je naprosto zásadní co nejužší spolupráce mezi rodiči, učiteli, asistentem pedagoga, případně školním psychologem či výchovným poradcem. Citlivě zasvětit bychom měli také spolužáky integrovaného žáka. Na počátku školní docházky také dochází k vypracování a následnému vyhodnocování podpůrných opatření.

Integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami upravuje v ČR vyhláška MŠMT (č. 27/2016 Sb.) o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných s účinností od 1. 1. 2021, která mimo jiné zmiňuje i doporučený postup individuálního vzdělávacího plánu (IVP). IVP vychází z učebních dokumentů školy a vypracovává jej obvykle třídní učitel, ve spolupráci s PPP, vyučujícími ostatních předmětů a případně školním psychologem.³⁰

²⁸ TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*, s. 26-27.

²⁹ WOLFDIETER, Janett. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele. Rádce pro rodiče a učitele*, s. 112.

³⁰ MŠMT: *Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*, s. 1-2.

Formulář se zpracovává nejpozději do měsíce od nástupu žáka do školy. Musí jej podepsat ředitel školy, vyučující všech předmětů, které má žák v rozvrhu, případně další pedagogičtí pracovníci a samozřejmě rodiče. IVP může být doplňován a upravován v průběhu celého školního roku podle potřeb žáka.³¹

2.5 Integrace žáků s ADHD na 2. stupni ZŠ

Pokud žák přechází z prvního stupně základní školy na druhý stupeň, je třeba především důkladné získání informací od pedagogů, kteří již s dítětem a rodinou spolupracovali.

Žák druhého stupně již samotný ví, co je pro něj vhodnější a co ne. Děti s ADHD mívají často i své úspěšné učební strategie, jen málokdy tyto metody využívají dlouhodobě, tudíž je vhodné učební styly obměňovat dle potřeb daného žáka a zamezit tak jeho frustraci a nechuti k učení. Učební styl u žáka s ADHD je poněkud odlišný od běžných žáků. Většina z nich má z mluveného slova malý užitek, nejlépe se učí, pokud si mohou na věc sáhnout nebo si ji vyzkoušet pomocí pokusu, řadíme je mezi vizuální typy. Pokud si učivo nelze osvojit za pomoci pokusu či pohmatem, nejlépe se učí za pomoci obrázků, videí, filmů a prezentací.³²

Z hlediska rozumového vývoje dospívá inteligence v tomto období k tzv. formální logice. To znamená, že jedinec je schopen myslet abstraktně, zejména pak při počítání s obecnými čísly. Pro některé dospívající je tato úroveň logického myšlení nedostupná a školní algebru zvládají s obtížemi, mechanicky a bez skutečného pochopení.³³

S tímto jevem se setkáváme u dětí s ADHD poměrně často, i vzhledem k vysokému výskytu komorbidit (dyskalkulie, dyslexie). Slovní úlohy v matematice je proto vhodné doplnit například nákresey, diagramy či tabulkami. V českém jazyce lze místo diktátu používat doplňovací cvičení, případně hodnotit pouze tu část práce, kterou žák stačil vypracovat. Ve čtení je třeba myslet na to, že by text měl být přiměřeně dlouhý (např. pouze odstavec).³⁴

Sice mají žáci s ADHD na druhém stupni již osvojené praktiky učení, někdy dokáží ve vyučování pracovat velmi dobře a dosahovat dobrých výsledků, přesto se jim

³¹ MŠMT: Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, s. 2-3.

³² WOLFDIETER, Janett. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele. Rádce pro rodiče a učitele*, s. 122-123.

³³ ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*, s. 279.

³⁴ ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*, s. 151.

jindy u podobných příkladů nedaří. Výkyvy ve výkonnosti jsou typickým znakem hyperaktivních a nepozorných dětí. Vyšší chybovost se obvykle objevuje v písemném projevu. Při ústním zkoušení z téže látky bývají výsledky lepší, neboť v přímém kontaktu s pedagogem žák snáze udrží pozornost. V tomto případě je lepší upřednostňovat ústní zkoušení.³⁵

Neméně důležitým procesem při adaptaci žáka ve školním prostředí je jeho socializace. V pubescenci probíhá anatomické i hormonální dozrávání, které je často doprovázeno značnými citovými výkyvy a sklonem více o svých citech přemýšlet. Objevuje se též vzpurné smýšlení a chování proti autoritám (rodiče, učitelé). Dospívající v tomto období hledají svoji identitu a zaobírají se otázkami typu: kým jsou, komu mohou věřit, čím chtějí v životě být atp.³⁶

Škola, jakožto významná instituce, by měla svým prostřednictvím rozvíjet sociální dovednosti žáků i způsob jejich chování tak, aby měli co nejlepší předpoklady k dalšímu společenskému uplatnění.³⁷ Školní třída je skupinou vrstevníků, jejímiž znaky by měla být rovnocennost a soudržnost mezi jejími jednotlivci, avšak dětská skupina má tendenci ke „značkování“ a hodnocení spolužáků nemusí být objektivní. Děje se tak zejména tehdy, je-li dítě něčím nápadné, jako v případě dětí s poruchou hyperaktivity, které na sebe neustále strhávají pozornost a působí na ostatní rušivě. K získání přijatelné sociální pozice není třeba jen dobrého prospěchu, ale postavení dítěte ve třídě určuje především míra sympatie.³⁸ Proto je velice důležitá práce s třídním kolektivem již na prvním stupni. Avšak s nástupem do šestých ročníků se obvykle kolektiv pozmění, jednak odchodem nadanějších žáků na víceletá gymnázia, jednak do třídy přicházejí noví spolužáci. S obměnou kolektivu mohou nastat problémy se socializací znevýhodněného žáka ve skupině.

Jelikož se na druhém stupni střídají učitelé jednotlivých předmětů, je obtížnější sledovat pozici dítěte s ADHD v třídním kolektivu. Výhodou je, pokud působí ve třídě i asistent pedagoga, který se může aktivně podílet na vytváření pozitivního klima třídy. Pro bezproblémovou spolupráci mezi asistentem pedagoga a dítětem je důležité vytvořit vztah založený na vzájemném respektu, pochopení a důvěře. Kromě empatického přístupu tomu mohou dopomoci různé hry, aktivity a relaxační techniky zaměřené

³⁵ ALTMANOVÁ, Miroslava. *Hyperaktivní a nepozorné dítě*, s. 19.

³⁶ ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*, s. 279.

³⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*, s. 312.

³⁸ VÁGNEROVÁ, Marie, KLÉGROVÁ Jarmila. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*, s. 501-502.

na posílení vztahu asistent - dítě.³⁹ Pokud není k dispozici asistent, je vhodné, aby situaci ve skupině mapoval třídní učitel v úzké spolupráci s ostatními vyučujícími. Podporovat soudržnost kolektivu lze například uspořádáním adaptačního kurzu konaného mimo školní půdu. Lze také do výuky zařadit krátkodobé relaxační techniky či střídat různé formy práce vedoucí k vyšší atraktivitě výuky. Stěžejním pilířem k tvorbě bezpečného klimatu v kolektivu patří i stanovení třídních pravidel.⁴⁰

2.6 Prognóza žáka s ADHD

Vývoj dětí s ADHD většinou probíhá v náhlých skocích a nedá se zcela přesně určit jeho prognóza. Co nejpřesnějšího posouzení budoucího vývoje však můžeme dosáhnout tak, že si budeme písemně zaznamenávat pozorování jeho chování, adaptace ve školním prostředí, našich případných zásahů při řešení konfliktních situací, ale také pokroky či stagnace v jednotlivých předmětech. Zejména je třeba zaznamenávat, co spouští problémové chování a v jakém čase. Zda se jedná například o reakci na únavu a přetížení koncem vyučování atp.⁴¹

Z výše uvedeného vyplývá, že se klinický obraz mění v průběhu vývoje dítěte. Během školního věku obvykle nastupují behaviorální problémy a mimointelektové selhávání. Pocity neúspěchu mohou vést až k neurotickým a somatickým obtížím. V adolescentním období často narůstá impulzivita, zhoršují se poruchy chování a motorického neklidu. Děti s ADHD mohou mít též sklon ke krádežím, vandalismu či užívání omamných látek.

U poloviny případů ve věku okolo 12 let může porucha spontánně ustoupit. Ve zbylých případech přetrvává do dospělosti a dochází k vyrovnání poměru mezi pohlavími. U dospělých jedinců se nejčastěji setkáváme s diagnózou poruchy osobnosti, poruchy neurotického charakteru a impulzivním chováním. Přetrvávají též potíže se soustředěním na úkoly či konverzaci.⁴²

Prognóza je také hodně ovlivněna nejrůznějšími faktory, jako např. rodinné prostředí, spolužáci, kamarádi, těžší forma poruchy. Je prokázáno, že čím výraznější byla

³⁹ DOBIÁŠOVÁ, Markéta. HÁJKOVÁ, Martina. NEŠPOROVÁ, Michaela. *Portfolio. Aktivita vhodná pro práci s dětmi s ADHD*, s. 38-39.

⁴⁰ JIRÁKOVÁ, Pavlína. *Alfabet.cz. Možnosti ovlivňování projevů ADHD při výchovném vedení* [online]. Dostupné z: <<https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/vzdelani-a-integrace/adhd-ve-vychove>> [cit. 2023-01-24].

⁴¹ GAVENDOVÁ, Nora. *Základní aspekty práce s hyperkinetickým dítětem*, s. 21-22.

⁴² MEDŘICKÁ, Hana a kolektiv autorů. *ADHD. Neurologie pro praxi*, s. 220.

porucha v dětství, tím negativněji ovlivnila psychický rozvoj jedince a přispěla ke vzniku závažnějších poruch v dospělosti. Děti i dospělí jedinci s ADHD mohou činit potíže svému okolí, ale nejvíce problémů působí především sami sobě. Podle celosvětových údajů jsou žáci s ADHD ve 30-40 % vyloučeni ze školy. Dospělí pak zastávají nižší posty v práci, mívají málo přátel a téměř ve 30 % trpí depresemi.⁴³

⁴³ MEDŘICKÁ, Hana a kolektiv autorů. ADHD. *Neurologie pro praxi*, s. 221.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Koncepce výzkumného šetření

V praktické části své bakalářské práce se věnuji výzkumnému šetření provedenému na vybraném vzorku dětí s ADHD, se kterými jsem se setkala v rámci své pedagogické praxe. Cílem praktické části je posoudit kvalitu a úroveň integrace žáků s ADHD na 2. stupni ZŠ ve výuce a třídním kolektivu. Výzkumné šetření se zaměřuje na zmapování rodinného prostředí dětí s ADHD, zachycuje osobní a rodinnou anamnézu (konkrétních) jednotlivých případů dětí s ADHD a v neposlední řadě představuje výsledky a doporučení poradenských vyšetření, postupy léčby a práce s těmito dětmi ve školním prostředí.

Dílčím cílem předložené kvalitativní sondy je zhodnotit, zda se teoretické poznatky o syndromu ADHD praktikují též ve školním prostředí a zjistit, jaká je informovanost o syndromu ADHD v okolí dítěte, a především osob ovlivňujících integraci vzdělávání a výchovu studentů se syndromem hyperaktivity s poruchou soustředění.

3.1 Metody výzkumného šetření

Aplikovaná výzkumná sonda má charakter kvalitativně-quantitativního výzkumu. Existuje několik psychologických metod kvalitativního výzkumu, s jejichž pomocí můžeme analyzovat duševní stavy a vlastnosti žáků. Mezi nejběžnější z nich se řadí pozorování a psychologický rozhovor a kazuistická šetření, které jsem využila ve své práci.

S dětmi jsem volila formu polostrukturovaného osobního rozhovoru. Výhody interview spatřuji v tom, že mohu sledovat reakce respondentů na položené otázky, korigovat jeho průběh a tím hlouběji proniknout do postojů žáka. Rozhovor byl složen z 12 otevřených otázek. Struktura otázek rozhovoru je součástí přílohy č. 1.

Část svého výzkumu jsem prováděla formou zúčastněného pozorování, neboť v této třídě, kde se vyskytuje celkem sedm žáků se speciálními výukovými potřebami, pracuji jako asistentka pedagoga. Účelem mého pozorování bylo objektivně zachytit, co se odehrává ve školním prostředí, jak se žáci s ADHD adaptují na výuku, ale i třídní kolektiv.

Kazuistiky výzkumného vzorku byly vypracovány po rozhovoru s dětmi, učiteli a rodiči. Kazuistiky se sestávají z několika částí: osobní anamnéza, rodinná anamnéza, výsledky poradenského vyšetření z PPP, doporučených metod výuky a poznatky, které jsem zaznamenala v průběhu práce s těmito dětmi. Výstup pro kazuistická šetření byl tedy vyvozen rovněž z pozorování žáků v průběhu celého prvního pololetí aktuálního školního roku. Delší časový horizont pozorování umožňuje nejen hlouběji pochopit pozici a chování žáka s ADHD ve třídě, ale z metodologického hlediska zmírňuje také chyby pozorovatele v sociální percepci, například tzv. Haló efekt (efekt prvního dojmu), aktuální psychický stav pozorovatele aj.

Pro učitele a rodiče jsem zvolila písemnou formu dotazníkového šetření, sestavenou pro rodiče z 12 otevřených otázek a pro pedagogy tvořenou 14 otevřenými otázkami – viz příloha č. 2 a 3. Jako vstupní proměnné byly sledovány pohlaví, věk a v případě pedagogů navíc aprobace a délka praxe. Dotazník bývá nejčastěji využívanou metodou výzkumu, především kvůli časové a lokální nezávislosti, ale také pro větší anonymitu respondentů, kteří se následkem toho cítí klidněji a nestydí se interpretovat svůj názor.

Dotazníky jsem se snažila koncipovat tak, aby byly vhodným podkladem pro posouzení úrovně vzdělávacího procesu a výchovy žáků s ADHD na ZŠ. Použila jsem převážně otevřené otázky k podrobnějšímu zjištění názorů rodičů a jednotlivých pedagogů. Cílem dotazníku určeného pedagogům bylo zjistit informace potřebné k pozitivnímu vývoji vzdělávání znevýhodněných žáků a k předcházení pochybení při procesu jejich integrace na druhém stupni ZŠ.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Základní soubor: Žáci s ADHD na plzeňských základních školách.

Výběrový soubor: Žáci s ADHD na 2. stupni jedné vybrané ZŠ v okrese Plzeň-město, učitelé a rodiče těchto žáků.

Škola, na které jsem uskutečnila své výzkumné šetření, byla zvolena na základě příležitostného (dostupného) výběru. Následně bylo záměrným výběrem zvoleno 5 jedinců, žáků jedné z největších plzeňských základních škol. Tato škola čítá přes 900 žáků a má sportovní zaměření. Dětem se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich rodinám je zde k dispozici školní psychologka a výchovný poradce.

Všech 5 žáků jsou chlapci, žáci jedné šesté třídy ve věku 11-12 let, u kterých byla diagnostikována porucha ADHD a zvolila jsem si je pro svůj výzkum z důvodu, že s nimi úzce spolupracuji v rámci školního kolektivu a znám jejich chování, výkyvy nálad, studijní úspěchy i neúspěchy a rodinné zázemí. Tři chlapce znám již od počátku druhé třídy, kdy jsem k nim byla přidělena na asistenci a další dva chlapci doplnili třídní kolektiv počátkem šesté třídy, přechodem z jiné základní školy.

Výzkumný vzorek pedagogů jsem volila na základě těch, kteří s těmito dětmi přišli do styku a zapojili se do jejich výchovně-vzdělávacího procesu. Jelikož složení otázek v dotazníku není jednoznačně vymezeno na druhý stupeň ZŠ, oslovila jsem také třídní učitelku těchto dětí, která je vyučovala od první třídy a byla ochotna se zúčastnit dotazníkového šetření. Vybraný soubor pedagogů svými aprobacemi pokrývá všechny předměty vyučované na základní škole.

Dotazník vyplnilo 8 rodičů, z toho 5 matek a 3 otcové. Dva z otců se nezúčastnili šetření, jelikož nevyplnili dotazník v požadovaném termínu. Z celkového počtu osmnácti oslovených pedagogů se dotazníkového šetření zúčastnilo pouze 12 z nich, zbylí učitelé nevyplnili dotazník v požadovaném termínu.

3.3 Organizace a průběh šetření

Výzkumné šetření prováděné s dětmi probíhalo se souhlasem rodičů, pedagogů i vedení školy. Účast na výzkumu byla dobrovolná, rozhovory probíhaly individuálně v klidném prostředí. V případě uzavřených odpovědí byly získané informace zpracovány do grafů. Výsledky zpracování dotazníkového šetření jsou obsaženy v příloze č. 1. Volně formulované názory a připomínky jsem si zapisovala při rozhovoru s dětmi do předem vytištěného seznamu otázek a jsou shrnuty a uvedeny v kapitole 5.1 Vyhodnocení rozhovorů se žáky. U otevřených otázek grafické zpracování není nutné.

Dotazníkové šetření určené rodičům a pedagogům probíhalo prostřednictvím elektronického sběru dat pomocí webové aplikace Google Forms v období od 2. 1. 2023 do 31. 1. 2023. Před začátkem dotazníkového šetření byli respondenti seznámeni s účelem dotazování, jeho postupem a zachováním anonymity podle GDPR. Dotazník byl dobrovolný a anonymní.

4 Případové studie

Tyto případové studie byly zpracovány na základě rozhovorů s rodiči, učiteli a dětmi. Dalšími podklady byly také lékařské zprávy, dokumenty poskytnuté pedagogicko-psychologickou poradnou a poznatky z mého výzkumného pozorování.

4.1 Kazuistika žáka A

Diagnóza: ADHD, dysgrafie, dyslexie, dysortografie.

Bez medikace.

Převažující stupeň PO: 3, přidělen asistent pedagoga, pedagogická intervence v rozsahu 1 hod. týdně.

Návrhy organizační formy vzdělávání: bez IVP, ZPO.

Rodinná anamnéza:

Zdravotní stav matky je od narození bez komplikací a nepobírá žádné léky. Vyrůstala v harmonickém prostředí úplné rodiny. Ve škole patřila mezi bezproblémové žáky s lepšími studijními výsledky. Studium na střední škole úspěšně ukončila maturitní zkouškou. Před odchodem na mateřskou dovolenou pracovala v menší soukromé firmě jako administrativní pracovnice. Na stejné pracovní místo se vrátila i po ukončení rodičovské dovolené. Pracovní prostředí popisuje jako bezproblémové bez nadměrného stresu.

Otec dítěte taktéž netrpí závažnějšími zdravotními obtížemi, občasně pouze pobírá léky na pylovou alergii. I on pochází z úplné rodiny, jejíž vzájemné vztahy hodnotí velmi pozitivně.

Osobní anamnéza:

Žák A pochází z dvouvaječných dvojčat, oba jsou chlapci. Těhotenství matky bylo plánované, bez komplikací. Porod byl veden císařským řezem v předem plánovaném termínu. Raný vývoj obou chlapců probíhal shodně, matka ani pediatr nezaznamenali nic neobvyklého. První rozdíly mezi chlapci začala matka pozorovat až po nástupu do školky, kdy žák A byl více plačtivý a velmi obtížně se adaptoval na nové prostředí, přestože byl ve třídě s bratrem. Taktéž jeho vyjadřovací schopnosti byly na nižší úrovni, než u sourozence. První podnět k vyšetření přišel od učitelek z MŠ ve čtyřech letech, neboť chlapec byl velmi hyperaktivní, neposedný, nikdy nechtěl spát a často se vztekal. Rodiče

pozorovali delší dobu stejné obtíže i v domácím prostředí, tudíž navštívili pediatra a souhlasili s dalšími vyšetřeními. Po vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně byl diagnostikován syndrom ADHD s nižší schopností rozumových schopností a sníženou verbální rovinou. Byla doporučena návštěva logopedie.

Aktuální posudek z PPP:

Úroveň rozumových schopností v pásmu lehkého podprůměru se sníženou verbální a názorovou rovinou schopností. Méně kvalitní koncentrace pozornosti a pamětní práce. Pracovní tempo lehce podprůměrné. Specifické obtíže v písmu v souvislosti s nespolehlivým hláskovým skládáním a rozkládáním slov, v diktátu specifická chybovost (vynechaná písmena) a potíže s aplikací pravidel pravopisu během zápisu. V matematice specifické obtíže (neautomatizovatelnost násobilky), při řešení sčítání a odečítání s rozkladem a dílčími výpočty ovlivněno výpadky pozornosti.

Doporučené metody výuky:

Příležitostná kontrola porozumění zadávaným úkolům a práce, zohledňování pracovního tempa, dostatek času na práci, vést ke zpětné kontrole po provedené práci ve smyslu vytváření trvalého návyku a případné akceptování snížené kvality koncentrace pozornosti. Střídání činností a umožnění mít vizualizovanou oporu při pamětní práci, pokud to povaha předmětu a obsah přezkoušení umožňuje. Multisenzoriální používání názorných pomůcek.

Aktuální stav:

Žáka A znám od počátku druhé třídy, kdy jsem s ním seděla v lavici jako jeho asistentka. V tomto období býval velmi neklidný, hyperaktivní, nedokázal pracovat samostatně a měl velmi nízké sebevědomí, které se projevovalo především značnou nervozitou nad zpracováváním zadaného úkolu a hlasitými výkřiky typu: „Jsem hloupý.“ nebo „To nezvládnou!“ Žák A má ve třídě bratra, dvojče, který patří mezi nejnadanější žáky ve třídě. Pociťovala jsem ze strany žáka A pocity méněcennosti, že je „horší, hloupější“, než jeho bratr. Za nejdůležitější jsem tedy z počátku považovala, pomoci mu získat sebevědomí a pocit, že úkol dokáže splnit stejně dobře jako jeho spolužáci.

Během mého působení v této třídě se sebevědomí žáka A podstatně zlepšilo a s narůstajícími úspěchy při zpracovávání úkolů se také více snažil a soustředil. S přechodem na druhý stupeň se zvýšila náročnost školního prostředí, která přišla se změnami učeben dle rozvrhu a střídáním se vyučujícími jednotlivých předmětů. Žák A

chvílemi působí dezorientovaně při přesunech do tříd, nepatrně to zvyšuje jeho nervozitu před náročnějšími předměty, jako je matematika a český jazyk. Ke konci vyučování je spíše ospalý a apatický.

4.2 Kazuistika žáka B

Diagnóza: odborně diagnostikovaná ADHD, dysgrafie, hraniční dysortografické obtíže.
Medikace.

Převažující stupeň PO: 3, přidělen asistent pedagoga.

Návrhy organizační formy vzdělávání: bez IVP, ZPO.

Rodinná anamnéza:

Rodiče chlapce jsou již několik let rozvedení, žijí odděleně a syna mají ve střídavé péči. Matka žije s novým partnerem, s nímž má dceru. Mezi žákem B a sestrou je věkový rozdíl téměř 8 let. S novým partnerem matky i sourozencem má dobrý vztah. Matka je zcela bez zdravotních obtíží.

Otec chlapce má tělesné postižení způsobené autonehodou, která se odehrála těsně po chlapcově narození a je odkázán na invalidní vozík. Střídavou péči raději tráví u matky než u otce. V otcově péči se cítí svázán nutnou pomocí vzhledem k jeho invaliditě. Po návratu od něj bývá značně podrážděný, nesoustředěný a výbušný. Výkyvy v chování po návratu pociťuje i chlapcova matka. Přestože jsou rodiče rozvedení, snaží se kvůli chlapci udržovat dobré vztahy.

Osobní anamnéza:

Těhotenství matky bylo plánované, objevovaly se však komplikace v podobě tvorby hematomu pod placentou a částečného odloučení plodu. Matka byla hospitalizována v nemocnici, byly jí podávány hormonální přípravky k podpoře těhotenství. Porod byl přirozený, avšak předčasný, chlapec se narodil v 35. tt. Oba rodiče byli bez vážnějších zdravotních komplikací. Chlapec byl brzy po narození výrazně plačtivý, měl problémy s příjmem potravy a spánkem.

Po nástupu do školky měl chlapec přetrvávající období vzdoru a problémy se socializací do třídního kolektivu byly zjevné, např. ataky agrese vůči spolužákům. Žák dovršením čtyř let absolvoval psychiatrické vyšetření a vyšetření v PPP, kde byla diagnostikována ADHD s komorbiditami dysgrafie, hraniční dysortografie a silnými projevy nervozity. Od šesti let je nasazena léčba medikamenty. Chlapec nastoupil

na malou základní školu s alternativním přístupem k výuce, kde se nachází pouze první stupeň, od počátku měl přiděleného asistenta pedagoga. Po ukončení prvního stupně přestoupil na velkou základní školu s běžným systémem výuky.

Aktuální posudek z PPP:

Zaznamenán pozitivní posun ve schopnosti spolupráce a přizpůsobení se. Bezproblémové navázání kontaktu. Chlapec je lépe schopen regulovat svoje chování. Přetrvává spontánnost, povídavost, hlasitá doprovodná řeč, výraznější pohybový neklid a projevy nervozity stupňující se zejména v zátěži a pod časovým tlakem. Rozumové schopnosti jsou ve vyšším průměru. Čtenářský výkon nebylo možné posoudit, neboť chlapec neustále přerušoval činnost, zaznamenáno bylo pouze přetrvávající dvojí čtení, případné chyby ihned opravoval, reprodukce byla stručná, avšak podstata byla zachycena. Lateralita neurčitá typu A/L (nevyhraněná dominance ruky, oko levé). Píše pravou rukou. Úchop psací potřeby není zcela korektní, prsty nízko u podložky, grafomotorika pomalá. Zraková i sluchová percepce rozvinuta adekvátně věku, pravolevá orientace zvládnuta. Zaznamenány obtíže v zapamatování diktovaného textu. Nepřetěžovat dlouhým souvislým psáním.

Doporučené metody výuky:

Podpora koncentrace pozornosti (poskytnout možnost změny polohy a stylu práce), prevence únavy, střídání činností, zohlednění pracovního tempa. Podle potřeby opakovat zadání úkolů, vést ke kontrole práce, vracet k činnosti. Upozorňovat na délku trvání určité činnosti. Oceňovat snahu a zájem, povzbuzovat a chválit. Při projevech zvýšené úzkosti zklidnit a povzbudit. Zařazení relaxačních technik do výuky, aktivizační postupy snižující psychosenzorickou zátěž.

Aktuální stav:

Při podpoře žáka B jsem usoudila jako vhodné uložit práci související s pohybem (např. vybrat sešity), pomoci mu s orientací ve vyučovacích hodinách, povzbuzovat jej, chválit. Při instrukcích bylo nutné udržovat oční kontakt. Snažila jsem se vyhnout se dodatečnému poučování a zmírňovat pocity napětí v závěru pololetí. Udělovala jsem mu jasné a stručné pokyny vedoucí k žádoucímu chování, místo zákazu toho, co je nežádoucí. Při projevech vzteku je nadále vhodné opustit s žákem třídu, zařadit relaxaci v samostatné učebně, kde lze také později dopracovat zadaný úkol v klidném prostředí.

4.3 Kazuistika žáka C

Diagnóza: odborně diagnostikovaná ADHD s neurotickou dekompenzací, specifické obtíže v písmu.

Medikace.

Převažující stupeň PO: 2, bez asistenta.

Návrhy organizační formy vzdělávání: bez IVP, ZPO.

Rodinná anamnéza:

Chlapec nemá sourozence a žije se svými rodiči v rodinném domku na okraji města. Oba rodiče mají vysokoškolské vzdělání a oba zastávají manažerské pozice ve vlastní firmě. Otec je velice ctižádostivý a podporuje svého syna v různých mimoškolních aktivitách. Matka působí spíše úzkostlivě, podle ní je rodina často pod časovým nátlakem z nabitého programu. V rodině se nevyskytují žádné závažné nemoci.

Na popud matky chlapec podstupuje léčbu metodou EEG biofeedback. Má za sebou šest sezení a podle terapeuta i matky jsou u pacienta viditelné výsledky. Chlapec je více komunikativní, uvolněný a nevykazuje tak časté známky nervozity a úzkosti. Na doporučení terapeuta též upravili chlapcův harmonogram a méně zájmových kroužků. Dle třídní učitelky došlo i ke zlepšení v oblasti plnění domácích úkolů. Spolupráce školy a rodiny je bezproblémová a vede k celkovému zlepšení přístupu žáka k povinné školní docházce.

Osobní anamnéza:

Matka nemohla delší dobu otěhotnět, chlapec byl počat za pomoci metody IVF. V těhotenství bylo riziko předčasného odloučení placenty od děložní stěny a byla doporučena hospitalizace v domácím prostředí. Matka měla v těhotenství úzkostné stavy z možného rizika potratu. Chlapec se narodil v 36. tt bez zjevných obtíží. Jako kojeneček byl spíše poklidný, příliš neplakal. Měl svoji oblíbenou plyšovou dečku, kterou neustále chtěl mít u sebe, byl na ní značně fixován.

Do mateřské školy nastoupil ve čtyřech letech a po nástupu do školky neustávaly záchvaty pláče kvůli odloučení od matky, stranil se kolektivu dětí, nechtěl se zapojovat do žádných aktivit, ani si hrát s hračkami. Ze strany učitelek MŠ mu bylo povoleno nosit s sebou do školky plyšovou deku, poté došlo ke zmírnění plačtivých stavů, avšak stranění se kolektivu stále přetrvávalo. Byla doporučena návštěva školního poradenského pracoviště. U chlapce byla stanovena diagnóza ADHD s vyšší úrovní rozumových

schopností. Vzhledem k tomu, že chlapec se lépe cítil v klidnějším prostředí s menším počtem dětí, rodiče ho umístili na malou základní školu s alternativním přístupem k výuce, kde je pouze první stupeň. Ve třídě byl k dispozici asistent pedagoga. Avšak žák nesl nástup do povinné školní docházky těžce, velice pomalu si zvykal na nový kolektiv dětí, stále více trpěl úzkostnými stavy.

Jeho matka posléze iniciovala vyšetření u dětské psychiatricky, která chlapci diagnostikovala ADHD s neurotickou dekompenzací. Byla nasazena léčba medikamenty.

Aktuální posudek z PPP:

Celková úroveň rozumových schopností se pohybuje na hranici vyššího průměru a nadprůměru. Je zřejmá převaha verbální roviny (nadprůměr) nad rovinou názorovou. Žák vykazuje vynikající všeobecný přehled, kvalita jeho koncentrace pozornosti je v normě, méně kvalitní je pamětní práce. Chlapec je citlivý, nejistý, úzkostný.

Doporučené metody výuky:

Citlivý individuální přístup, příležitostná kontrola porozumění zadávaným úkolům, dostatek času na kontrolu práce a respektování osobního tempa žáka. Zohlednit přechodně sníženou kvalitu koncentrace pozornosti. Specifické chyby v písmu nezahrnovat do hodnocení v pravopisu. Při zkoušení umožnit vizualizovanou oporu. Posilovat pozitivní sebehodnocení, vnitřní motivaci a podporovat pozitivní přátelské vztahy a kontakt s vrstevníky. Konzultovat s rodiči vhodnou formu domácí přípravy a projevy chlapce ve škole.

Aktuální stav:

U žáka C vnímám mírně snížené tempo grafomotorika při psaní, lehce zvýšená chybovost v diktátech s převahou specifických chyb, výraznější počet chyb v přepisu, často vynechává znaménka. Dopouští se pravopisných chyb v psaném textu, ústně se však dokáže opravit a pravopis správně odůvodní. K ověřování znalostí pravidel pravopisu před psáním je vhodné žáka vést k samostatnému slovnímu odůvodnění.

Žák je velice snaživý a klade na sebe vysoké nároky. Pokud dostane horší známku, než očekává, často se rozpláče. Je spíše uzavřený, tichý a citlivý i na hluk ve třídě, zejména o přestávkách. Do kolektivu se příliš nezapojuje, je vázán pouze na svého spolužáka v lavici, se kterým kamarádí od první třídy. Patří mezi žáky s nejvyšší absencí ve třídě.

4.4 Kazuistika žáka D

Diagnóza: ADHD, dysgrafie, hraniční dysortografické obtíže, dyslalie a dysfázie: lékařsky potvrzeno.

Bez medikace.

Převažující stupeň PO: 2, bez asistenta, pedagogická intervence v rozsahu 2 hod. týdně.

Návrhy organizační formy vzdělávání: bez IVP, PLPP.

Rodinná anamnéza:

Chlapec žije se svými rodiči a třemi staršími sestrami v panelovém bytě nedaleko školy. Vztah rodičů je dle jejich interpretace harmonický, pouze jsou vzhledem k počtu dětí velice časově vytížení. Otec má VŠ vzdělání a působí jako lékař u záchranné služby. Matka je vyučená cukrářka a v současnosti působí jako pomocná síla v kuchyni. V rodině se nevyskytují žádné závažné zdravotní obtíže a ani u jedné ze starších sester se neprojeví poruchy chování či obtíže s učením.

Osobní anamnéza:

Těhotenství matky nebylo neplánové, přesto se oba rodiče na příchod potomka těšili. Průběh těhotenství byl bez komplikací, porod proběhl císařským řezem. Chlapec byl kojen do šestého měsíce věku a jeho raný vývoj nevykazoval z pohledu pediatra ani rodičů žádné abnormality.

Aktuální posudek z PPP:

Celková úroveň rozumových schopností v pásmu nižšího průměru s vyrovnanou rovinou názorových schopností, avšak verbální rovina schopností je snížena. Dílčí schopnosti shledáváme v pásmu průměru až podprůměru. Žák vykazuje podprůměrnou vizuomotorickou koordinaci, méně kvalitní pozornost, psychomotorický neklid, projevy únavy. Specifické obtíže ve čtení a psaní, pomalejší tempo čtení a zápisu, nespolehlivost v porozumění čtenému, snížená úprava písma, výskyt specifické chybovosti v písmu. Podprůměrná krátkodobá sluchová paměť a vizuomotorická koordinace. Nižší kvalita koncentrace pozornosti s projevy únavy. Dyslalické obtíže v řeči. Lehce oslabené sluchové skládání a rozkládání slov, porozumění čtenému textu může kolísat v souvislosti s odborně diagnostikovanou dysfázií. Doporučeno foniatrické přešetření.

Doporučené metody výuky:

Individuální přístup, zohlednění přechodně snížené kvality koncentrace pozornosti, střídání činnosti a relaxace, dávat pozor na monotónní opakování, předcházet únavě, posilování vnitřní motivace, umožnit prožívat úspěch, posilovat pozitivní emoce. Rozšiřování slovní zásoby. Při procvičování i ověřování znalostí používat přednostně testy s volbou správné odpovědi. Tolerovat sníženou úpravu psaného textu. Zadání veškerých úloh je žádoucí prezentovat ústně i písemně podrobněji zaznamenat.

Při výkladu učiva v naukových předmětech poskytnout písemnou osnovu výkladu pro žákovu snazší orientaci. Často opakovat a upevňovat probíranou látku, propojovat verbální výklad s názorem. Multisenzoriální přístup, podporovat rozvoj myšlenkových operací kladením vhodných otázek, provázet žáka procesem řešení a klást důraz na vyvozování souvislostí a aktivní účasti žáka. V komunikaci používat jednoznačné instrukce a krátké věty.

Aktuální stav:

Přestože má chlapec stanovenou diagnózu ADHD, nemá typické projevy tohoto syndromu, ale spíše vykazuje známky poruchy ADD. Často bývá velmi apatický, zasněný, nereaguje na podněty k výuce. Mnohdy má obtíže dokončovat zadané úkoly, neustále má kolem svého pracovního místa nepořádek, opakovaně zapomíná či ztrácí pomůcky i osobní věci.

Chlapce znám od první třídy a po celou dobu školní docházky má potíže se sociálními vztahy, straní se kolektivu a obtížně navazuje a udržuje kamarádské vztahy. V porovnání s vrstevníky má nižší úroveň rozumových a verbálních schopností. Je třeba u chlapce posilovat osobní angažovanost v kolektivu a podporovat jeho pozitivní sebehodnocení a rozvíjet verbální projev.

Spolupráce s rodinou je obtížná, matka sice působí vstřícně, navrhovaná doporučení odsouhlasí, ale již je neaplikuje. Při výuce je nutné dobře vysvětlit především matematické slovní úlohy. Neporozumění jednomu výrazu v delším textu nezmění jeho smysl, ale u kratší instrukce nebo slovní úlohy ano. Pokud se chlapce ptám, zda rozumí zadání úkolu a požádám ho o vlastní interpretaci, občas odpovídá překotně a s občasnými agramatismy.

Dosavadní stupeň zavedeného podpůrného opatření hodnotím jako nedostačující vzhledem k potřebám žáka a jeho rodinnému prostředí.

4.5 Kazuistika žáka E

Diagnóza: ADHD, dyslexie, dysgrafie, dyslalie a dysfázie: lékařsky potvrzeno.

Bez medikace.

Převažující stupeň PO: 2, bez asistenta, pedagogická intervence v rozsahu 2 hod. týdně.

Návrhy organizační formy vzdělávání: bez IVP, PLPP.

Rodinná anamnéza:

Žák E je dvanáctiletý chlapec, žijící v rodinném domě kousek za Plzní se svými rodiči a o šest let mladší sestrou. Oba rodiče jsou bez zdravotních obtíží. V rodině panují harmonické vztahy, členové domácnosti se snaží si vzájemně pomoci s běžnými domácími povinnostmi.

Otec chlapce má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako projektant ve stavební firmě. Na chlapce má vysoké vědomostní nároky, diagnózu ADHD nebere příliš v potaz. Jelikož je časově velmi vytížený, věnuje chlapci mnohem méně času než matka. Pro chlapce je však otec velkým vzorem.

Matka má středoškolské vzdělání a na chlapcovy studijní výkony pohlíží shovívavěji. Sama přiznává, že při studiu na střední škole se potýkala s obdobnými problémy jako syn. Měla potíže s učením, zejména s pamětnými úkoly. Často také byla učiteli napomínána za nesoustředěnost a vyrušování při hodinách. V období pubescence podle svých slov prožívala emočně bouřlivé období a těžko nacházela přátele mezi vrstevníky.

Chlapcova sestra je poklidná a na svém bratrovi je emočně velmi závislá. Mají mezi sebou hezký sourozenecký vztah. Sestra v příštím školním roce zahájí povinnou školní docházku. Zatím nevykazuje žádné známky nestandardního psychického ani fyzického vývoje.

Osobní anamnéza:

Těhotenství matky bylo plánované a probíhalo bez komplikací. Porod byl vyvolán ve 42. tt intravenózně podáním oxytocinu z důvodu přenášení plodu. Chlapec měl po porodu novorozeneckou žloutenku, nicméně raný vývoj podle matky probíhal bez komplikací, chlapec byl poklidný a dobře spal. Kojen byl devět měsíců, chodit začal v jedenácti měsících a mluvil dříve, než jeho vrstevníci. Do mateřské školy nastoupil ve třech letech a krátce na to chlapec utrpěl úraz, kdy při návratu z vycházky ve školce přepadl přes zábradlí u schodiště a spadl na hlavu. Byl odvezen záchrannou službou

do nemocnice, kde mu diagnostikovali fissuru (puklinu) lební klenby s krvácením z levého zevního zvukovodu. Chlapec byl uveden do umělého spánku a probuzen po deseti dnech. Prognóza byla velice příznivá, veškerá vyšetření nasvědčovala tomu, že nebude mít žádné trvalé následky. Po probuzení komunikoval s rodiči i personálem nemocnice bez obtíží, úraz si však nepamatoval.

Následkem dlouhodobého pobytu v nemocnici a posléze domácího léčení se u chlapce začala projevovat úzkost a zvýšená závislost na matce. Po návratu do MŠ se u něj navíc začala objevovat agresivita, hyperaktivita a záchvaty vzteku. Matce byla doporučena návštěva dětského psychologa. V prvotním záznamu z vyšetření psychologka uvedla mírně sníženou srozumitelnost mluvy, neschopnost trvalejšího upoutání pozornosti, těkavé pohyby. Během vyšetření neustále vstával ze židle nebo se „povaloval“ po stole, samovolně vykřikoval a vstupoval lékaře do řeči. Charakteristika pacienta odpovídala diagnóze ADHD.

5 Interpretace výsledných zjištění

Dále budu vyhodnocovat všechna data shromážděná z dotazníkového šetření. Mezi respondenty patřili nejen žáci, ale také jejich rodiče a pedagogičtí pracovníci. Tyto respondenty jsem zvolila z důvodu, abych zjistila, jak každý ze zúčastněných osob vnímá problematiku ADHD na 2. stupni ZŠ.

5.1 Vyhodnocení rozhovorů se žáky

S žáky jsem v rámci svého výzkumu vedla polostandardizované rozhovory. Jelikož s chlapci hovořím často a mám s nimi dobré vztahy, odpovídali ochotně a nestyděli se otevřeně vyjádřit svůj názor. Většina dotázaných hodnotí přístup pedagogů a především třídní učitelky velmi kladně, až na dva chlapce, kteří vnímají přístup jedné z učitelek jako nátlakový a místy ponižující. Jedná se o vyučující jednoho z hlavních předmětů, která příliš nezohledňuje pracovní tempo a motorický neklid integrovaných žáků.

Všichni chlapci se shodují, že jejich nejoblíbenějším předmětem je tělesná výchova a následně dějepis. Dějepis zejména proto, že učitel často využívá ve výuce interaktivní prvky, filmy a také umožňuje žákům tvorbu vlastních příspěvků do výuky, za což mohou získat jedničky a dosáhnout tak lepších studijních výsledků. Mezi nejméně oblíbené předměty patří matematika a český jazyk. Důvodem je jednak náročnost těchto předmětů, ale také zhoršené známky a přísnější přístup pedagogů. Všichni chlapci uvedli, že při zpracování písemných prací a diktátů cítí stres a tlak. Z těchto předmětů také bývá nejvíce domácích úkolů, které všichni dotázaní vypracovávají velmi neradi a ne vždy dobře chápou v domácím prostředí zadání, na rozdíl od samostatné práce v rámci vyučování, kde mají možnost si ověřit správné pochopení úkolu.

Z pohledu socializace mají všichni chlapci v třídním kolektivu kamarády a většinu času se cítí se ve skupině příjemně. Pouze žák D se někdy více straní kolektivu a raději si kreslí do sešitu. Je také jediným chlapcem ze třídy, který více preferuje společnost dívek a při plnění kolektivních úkolů vyhledává spolupráci výhradně s nimi. U děvčat je oblíbený. Také žák B je oblíben u děvčat, ale spíše pro svůj vzhled, velmi dobré sportovní výkony a zejména smysl pro humor. Pokud má dobré psychické rozpoložení, stává se z něj třídní „šašek“. Škola ho však příliš nebaví a ke konci vyučování či týdne bývá unavený a podrážděný. Často hovoří o tom, že ho ostatní chlapci provokují.

O přestávkách mívá problémy s agresí a zvládnutím konfliktních situací, má nízkou frustrační hladinu. Zbylí tři chlapci nemají závažnější problémy s chováním a nečelí úmyslné provokaci ze strany spolužáků. Mám-li zhodnotit celkové sociální klima této školní třídy, jedná se o přátelský a tolerantní třídní kolektiv, čítající celkem 22 dětí, z toho 10 dívek a 12 chlapců. Tato třída je spíše poklidnější a mezi dětmi panují kamarádské vztahy.

Na otázku, zda se chlapcům dobře pracuje v jejich lavici, všichni odvětili, že ano. Tři z chlapců sedí sami, žák A sedí v lavici se mnou jako asistentkou a žák E sdílí pracovní místo s velmi poklidným kamarádem, se kterým chodil na předchozí ZŠ.

Respondenti na můj dotaz jak se cítí, když na ně někdo zvýší hlas, odpovídali téměř totožně. Čtyři dotázaní pociťují velkou úzkost, stres, vztek a nutkavou potřebu se pohybovat. Žák D pociťuje úzkost až k pláči, méněcennost a nejraději by se někam schoval.

Žáci A, B, C a E navštěvují sportovní zájmové kroužky nabízené naší základní školou. Všichni tito žáci jsou velice aktivní a mají rádi také zimní sportovní aktivity, proto využívají k relaxaci spíše aktivní odpočinek. Pouze žák D uvedl, že nejraději tráví svůj volný čas hraním her na PC nebo mobilním telefonu. Tento žák, ale také tvrdí, že večer nemůže usnout a chodí spát až po jedenácté hodině.

5.2 Vyhodnocení dotazníků zpracovaných rodiči

Na dotazník odpovědělo celkem 5 žen, tedy všechny oslovené matky žáků. Otcové odpověděli pouze 3. Dva páry rodičů nežijí ve společné domácnosti. Průměrný věk respondentů činí ke dni vyhodnocení výzkumu 40 let. Pouze jedna z oslovených matek měla komplikace v průběhu těhotenství a chlapec byl počat metodou IVF. Do jaké míry tedy ovlivňuje průběh těhotenství sklon dítěte k ADHD z mého výzkumu nelze vyvodit. Dvě z dotazovaných matek měly předčasný porod a dvě rodičky pak podstoupily porod vedený císařským řezem. U jedné z matek byl porod vyvoláván za pomoci oxytocinu ve 42 tt. Pouze jedna z dotazovaných žen měla těhotenství i průběh porodu přirozený a v řádném termínu. Z výsledků tohoto šetření se již dá vyvodit závěr, že průběh porodu může být jedním z důležitých faktorů ovlivňující výskyt ADHD v populaci.

U žádného z rodičů nebyl diagnostikován syndrom ADHD, tudíž dědičnost tohoto onemocnění nebylo možné z mého výzkumu vyvodit.

Z odpovědí na následující otázku je zřejmé, že pouze dva z dotázaných se v minulosti osobně nesetkali ve svém okolí s nikým, komu bylo diagnostikováno ADHD. Je tedy zřejmé, že se dnes jedná o poměrně často vyskytující se zdravotní indispozici. Všichni rodiče začali u svých dětí pozorovat odlišnosti ve vývoji průměrně okolo třetího roku života a nejvíce potíží zaznamenali po nástupu do MŠ. Pouze tři z nich pak spatřují doporučení poskytnutá psychologem jako zcela dostačující. Zbylí rodiče pocíťují podporu a informovanost jen jako částečnou. V reakci na toto posléze většina rodičů hledala informace a vhodné postupy práce s dítětem na internetu či od jiných rodičů takto postižených dětí.

V části dotazníku, která je věnována otázkám ohledně školního prostředí a výuky, 7 z 8 rodičů uvedlo, že se jejich děti vyhýbají plnění domácích úkolů. Většina z nich pak vnímá podporu školy a pedagogů jako dostatečnou, až na výjimku jedné pedagožky. Neplnění povinností dítěte v domácím prostředí rodiče neřeší přísnými tresty, ale většinou se snaží o poklidné řešení situace formou domluvy a dohody o dodatečném splnění úkolu, což vyhodnocují jako vhodné řešení konfliktních situací u dětí s ADHD. Všechny oslovené domácnosti zkoumaných žáků mají zavedená jasná pravidla vymezující vhodnou mez chování a povinností dětí.

Všichni respondenti v dotazníku uvedli, že se setkávají s nepochopením lidí ve svém okolí v návaznosti na chování jejich potomků. Mnozí z nich také zpochybňují existenci syndromu ADHD a výkyvy v jednání dětí si vysvětlují selháním výchovy rodičů.

Mnozí z rodičů žáků s ADHD mají především obavy o další vzdělávání těchto žáků, např. na středních školách či odborných učilištích. Druhou jejich největší obavou pak je, že se jejich potomek v touze o společenské zařazení dostane do okruhu nevhodných kamarádů, případně bude požívat omamné látky. Stále jsou však optimističtí a věří, že jejich děti v budoucnu povedou normální a plnohodnotný život.

5.3 Vyhodnocení dotazníků zpracovaných pedagogy

Nejmladšímu z dotazovaných pedagogů je 23 let s praxí necelé 2 roky a nejstaršímu respondentovi je 62 let s jedenačtyřicetiletou praxí. Věkový průměr učitelů zkoumaných žáků tak činí 42 let a jejich průměrná praxe je 13 let. Výzkumu se zúčastnilo 9 žen a 3 muži. Všichni dotázaní pedagogové v dotazníkovém šetření uvedli, že se v rámci své praxe setkali s více žáky s diagnózou ADHD. Někteří dokonce v tak hojném

počtu, že si přesné číslo nepamatují. Převážná většina z nich pak uvedla, že získali své znalosti již při studiu na VŠ, přesto čtyři dotázaní hodnotí své znalosti jako částečné a 2 respondenti jako nedostatečné. Všichni učitelé nadále uvedli, že mají možnost si své znalosti o syndromu hyperaktivity doplnit v rámci vzdělávacích kurzů pro pedagogy, ale většina z nich tuto možnost nevyužívá. Polovina učitelů spatřuje dokumenty z PPP, v nichž se mj. uvádí i doporučení práce s konkrétním dítětem jako nedostačující. Přesto se ve většině snaží doporučené postupy aplikovat do výuky. Celých 50% z dvanácti dotazovaných pak pocítuje, že jim žáci s ADHD zcela narušují výuku a celých 40% pak uvedlo, že narušují výuku z části. Pouze jeden respondent odpověděl, že nevnímá žádné narušování výuky.

Podporu zaměstnavatele učitelé nevnímají jako dostatečnou, problém vidí zejména ve velkém počtu integrovaných dětí v kombinaci s dětmi uprchlíků z Ukrajiny a nedostatečnému počtu asistentů, jejichž přítomnost ve třídě a spolupráci učitelé vnímají pozitivně. I přes náročné podmínky v odlišnostech dětí se pedagogové snaží vytvořit všem žákům příznivé třídní klima.

Při řešení nepřiměřeného chování žáků s ADHD ve výuce, užívají nejčastěji učitelé metodu rozhovoru, domluvy a informování rodičů písemnou formou. Spolupráci s rodiči učitelé považují za klíčovou.

5.4 Shrnutí a diskuze

Z mého šetření vyplývá, že ačkoliv tyto žáky spojuje stejná diagnóza, vzájemné vztahy mezi nimi jsou mírně napjaté. Pokud je totiž ve stejném třídním kolektivu více žáků s typickými projevy ADHD, mezi něž patří zejména spontánní vykřikování a motorický neklid, ruší se tito žáci při výuce vzájemně. Často také dochází k „lavinovému“ efektu.

Začne-li vyrušovat jeden z nich, připojí se i ti další a pokřikují na sebe vzájemně. Výuka celé třídy je tak značně narušena a trvá delší dobu, než se žáci dostanou do předchozího pracovního tempa. Čtyři z dotazovaných žáků také občasné pocítují méněcennost, neboť jejich školní úspěchy nedosahují takové úrovně jako u ostatních spolužáků, všichni respondenti se prospěchově pohybují pod průměrem třídy, přestože pedagogická podpora znevýhodněných žáků podle nich samotných i jejich zákonných zástupců se jeví jako dostačující.

Ale ani ta nejlépe zvolená strategie a přístup pedagoga se neobejde bez úzké spolupráce a podpory rodiny. Návrh vhodného přístupu k dítěti s ADHD v rodině by měl stanovit dětský psycholog neodkladně po stanovení diagnózy. Z mého výzkumu však vyplývá, že pouze 3 z 8 dotázaných rodičů vyhodnotili doporučení od psychologa jako zcela dostačující. Jelikož na výzkumné dotazy odpovídali rodiče, kteří jsou již dlouhou dobu obeznámeni s diagnózou svých dětí a mají s jejich výchovou nemalé zkušenosti, považují jimi uvedené výchovné metody za osvědčené. Mezi nejzásadnější z nich patří vymezení jasných a srozumitelných pravidel, nastavení vhodného denního režimu, motivace k pozitivnímu chování, laskavý, ale důsledný a trpělivý přístup (nekríčet).

Ze strany pedagogů pak kvitují pravidelné konzultace a účinnou spolupráci. Dalším přínosem pro rodiče znevýhodněných žáků by mohla být širší osvěta veřejnosti pod záštitou odborníků. Stále se totiž v naší populaci velmi často setkáváme s lidmi, kteří existenci ADHD zpochybňují a na takto postižené děti se dívají jako na nevychované a rozmazené.

Z poznatků vyplívajících z výzkumného šetření ve spolupráci s pedagogy je patrné, že většina z nich sice akceptuje výuku dětí s ADHD a snaží se v rámci možností dodržovat poradnou doporučená pravidla inkluzivního vzdělávání, ale málokdy mají proaktivní přístup, jelikož se cítí přehlceni pracovními povinnostmi v kombinaci se vzděláváním uprchlíků. Výuka dětí s ADHD vyžaduje nejen zvolení vhodné intervenční strategie, ale také náročnější přípravu do hodin a volbu motivujících výukových metod. Učitel by měl umět žáka nejen pochválit, ale také ho vést k přijímání konstruktivní kritiky, názoru druhé osoby a odpovědnosti k plnění úkolů.

Současná situace ve školství je pro pedagogy náročná nejen kvůli enormnímu nárůstu inkludovaných dětí ve třídách, ale také nedostatku asistentů pedagoga a časově zdoluhavým procesům ze strany PPP vedoucích k zavedení podpůrných opatření. Východisko z této nelehké situace spatřuji v legislativních úpravách urychlujících zavedení podpůrných opatření, snížení počtu žáků ve třídách vzdělávající více dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, ale také v zajištění dostatečného finančního ohodnocení, které by se odvíjelo od žáka a zajištění jeho vzdělávacích potřeb.

Vzhledem k úzkému výběru výzkumného vzorku nelze výsledky šetření zobecnit pro všechny šesté ročníky základních škol. Poznatky z výzkumu však byly poskytnuty třídní učitelce, jednotlivým vyučujícím a budou využity jako podklad pro další práci s třídním kolektivem a zkvalitnění inkluze těchto znevýhodněných žáků.

Pro získání podrobnějších informací bych navrhovala tento výzkum doplnit o sociometrické šetření, které by více přiblížilo sociopreferenční vztahy ve třídě, atmosféru v kolektivu, ale také jak velký vliv má dítě s ADHD na skupinu a ona na něj.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo objasnit základní informace o syndromu ADHD, který se v dnešní době diagnostikuje stále častěji v porovnání s předchozími lety, proto je velmi důležité, aby i laická veřejnost byla dostatečně informována o výskytu tohoto onemocnění a jeho projevech. Zejména je pak důležitý přístup školy a spolupráce rodiny pro zdravý vývoj dětí s touto diagnózou. Ke zpracování bakalářské práce jsem využila odbornou literaturu týkající se syndromu ADHD.

V úvodu své práce jsem přiblížila symptomy ADHD, zařazení tohoto onemocnění v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí a diagnostiku dětí s ADHD, čímž bylo možné podrobněji nahlédnout do této problematiky.

V ústřední části studie jsem se věnovala již samotné integraci žáků, a to nejprve na prvním stupni základní školy, který považuji za velice důležitý pro tyto žáky. Na prvním stupni si žáci osvojují pravidla a postupy, jakými se co nejnázve začlenit nejen do výukového procesu, ale také do kolektivu, neboť sociální vazby žáků s ADHD mohou být narušeny impulzivností a dalšími výkyvy v jejich chování. Přitom právě začlenění do kolektivu je pro dítě po nástupu do povinné školní docházky nejdůležitější.

V následující pasáži se věnuji integraci žáků na druhém stupni základní školy. Zde s nástupem pubescence u žáků s ADHD je zejména důležitý empatický přístup všech zúčastněných osob. Abychom lépe pochopili pravidla, která nám v tomto případě mohou být nápomocna, bylo třeba přiblížit osvědčené metody práce, kterým se věnuji v části své studie pod názvem Stěžejní zásady používané pro výchovu a vzdělávání žáků s ADHD. Zde již popisuji konkrétní postupy, které je vhodné u těchto žáků dodržovat, aby byly eliminovány projevy impulzivního chování a zvýšení koncentrace na probírané učivo.

Poslední část své práce věnuji doplňujícím podpůrným opatřením, které též ovlivňují výchovu a výuku žáků s ADHD, a to zejména vybavení třídy a pracovnímu místu žáka.

V praktické části práce se věnuji výzkumnému šetření na vybraném vzorku žáků šestých tříd jedné základní školy v Plzni. Uvádím jejich kazuistiky, doporučené metody výuky a zhodnocuji, zda jsou tato opatření účinná a dostačující pro jejich bezproblémovou integraci.

Cíle kvalitativního výzkumu se mi podařilo naplnit, neboť jsem na základě získaných informací vyhodnotila, že integrace žáků na 2. st. ZŠ má sice svá úskalí a ne vždy je jednoduché veškerá doporučení aplikovat do výuky, ale kvalita podpory není tak

tristní jako v předchozích letech a snaha pedagogů i přes nepříliš příznivou situaci ovlivněnou příchodem uprchlíků z Ukrajiny je na vzestupu.

Je zcela zřejmé, že v souvislosti s výchovou a vzděláváním hyperaktivních žáků jsou na pedagogy kladeny mnohem vyšší nároky, ale vynaložené úsilí je prevencí negativních projevů chování a vždy je snazší problémům předcházet, než následně řešit jejich závažné formy.

V rámci své práce jsem chtěla poukázat především na to, že doporučené postupy jsou aplikovatelné na kteroukoliv základní školu, pokud bude přístup pedagogů a školy vstřícný ke vzdělávání dětí s výše zmiňovaným syndromem. Není třeba se obávat kontaktní výuky s těmito dětmi, i když to zejména pro pedagogy může znamenat více práce, ale naopak je třeba i těmto dětem poskytnout kvalitní přístup ke vzdělávání a naučit je se začlenit nejen ve školním prostředí, ale zejména v běžném životě, aby měly v budoucnu stejnou šanci získat adekvátní zaměstnání jako ostatní žáci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALTMANOVÁ, Miroslava. *Hyperaktivní a nepozorné dítě*. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, 2010. ISBN 978-80-254-9047-1.

BIEDERMAN, Joseph. FARAONE, V. Stephen. LAPEY, Kathleen. *Comorbidity of Diagnosis in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. USA: Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 1992. ISSN 1056-4993.

DOBIÁŠOVÁ, Markéta. HÁJKOVÁ, Martina. NEŠPOROVÁ, Michaela. *Portfolio. Aktivity vhodné pro práci s dětmi s ADHD*. Brno: Centrum pro rodinu a sociální péči, 2015. ISBN nevedeno.

DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Dítě s hyperkinetickou poruchou*. Praha: Gasset, 2006. ISBN 80-903682-6-3.

GAVENDOVÁ, Nora. *Základní aspekty práce s hyperkinetickým dítětem*. Opava: Vzdělávací centrum v Krnově, 2009. Metodický materiál v rámci projektu e-learningu v oblasti vzdělávání pedagogů. OP VK č. (CZ.1.07/1.3.05/11.0008).

HAN, Byung-Chul. *Vyhořelá společnost*. Praha: Rybka Publishers, 2016. ISBN 978-80-87950-05-0.

Kolektiv autorů. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1992. ISBN 80-85121-37-9.

Kolektiv autorů. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabelární část*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, ČR 2019. ISBN: 978-80-7472-168-7.

LAVER-BRADBURY, Cathy a kol. *Šest kroků ke zvládnutí ADHD*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1035-1.

MEDŘICKÁ, Hana a kolektiv autorů. „ADHD“. *Česká a Slovenská Neurochirurgie pro praxi*, roč. 8 (2007), č. 4, s. 219–221. ISSN 1803-5280.

PATAKI C. S., FEINBERG D. T., McGOUGH J. J. New drugs for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Opinion on Emerging Drugs*.

USA: Neuropsychiatric Institute, vol. 9 (2004), no. 2, s. 293-302. ISSN 1472-8214.

PŘÍHODOVÁ, Iva. Porucha pozornosti s hyperaktivitou. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*, roč. 74/107 (2011), č. 4, s. 408-418. ISSN 1802-4041.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0532-6.

SAUL, Richard. *ADHD does not exist*. NY (USA): Harper Collins, 2014.

ISBN 978-00-622-6673-6.

TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha: Portál, 1997. ISBN: 80-7178-131-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. KLÉGROVÁ Jarmila. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1538-7.

WOLFDIETER, Janett. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele. Rádce pro rodiče a učitele*. Brno: Edika, 2013. ISBN 978-80-266-0158-6.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-038-3.

Online zdroje

JIRÁKOVÁ, Pavlína. *Alfabet.cz. Možnosti ovlivňování projevů ADHD při výchovném vedení* [online]. Dostupné z: <<https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/vzdelani-a-integrace/adhd-ve-vychove>> [cit. 2023-01-24].

Metodický portál RVP.CZ. Specifika poruch chování - komorbidity ADHD [online]. Dostupné z: <<https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=12204>> [cit. 2023-01-16].

MŠMT. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných [online]. Dostupné z: <<https://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaske-ke-skolskemu-zakonu>> [cit. 2023-01-18].

Národní zdravotnický informační portál. ADHD u dětí: léčba [online].

Dostupné z: <<https://nzip.cz/clanek/676-adhd-u-deti-lecba>> [cit. 2023-01-20].

RESUMÉ

This bachelor thesis is focused on ADHD syndrome and an integration of children with ADHD in the upper primary school. This thesis is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part describes the terminology progress, definition of ADHD, information about symptoms of ADHD and related disorders that could possibly occur, including diagnosis of the syndrome. Next part of the thesis explains terms integration and inclusion, describes the related legislation and also recommended principles and rules which should be held during school education. Theoretical part is supported by available literature.

The practical part is based on qualitative research of five different children with ADHD case studies into the upper primary school. This part brings their personal experience with teachers and other students in the classroom. The case studies are based on medical reports, questionnaires, interviews and personal observations. Thesis is concluded by brief practical results evaluation including recommendations for working with ADHD affected children.

PŘÍLOHY

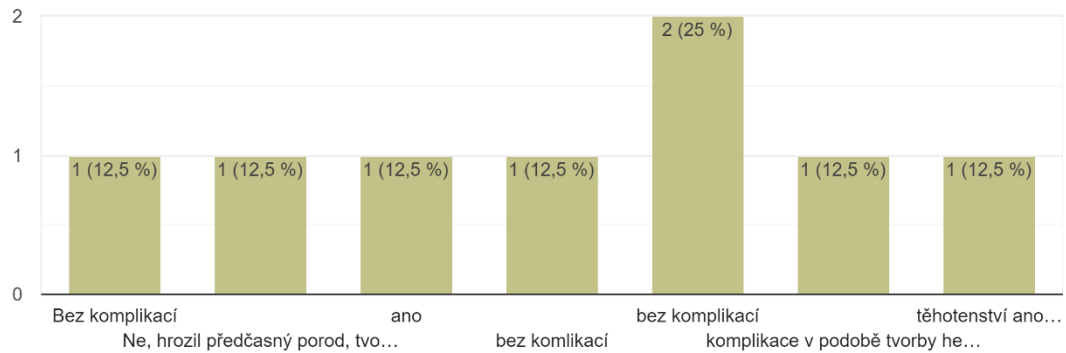
Příloha č. 1: Otázky k interview se žáky

1. Cítíš se v kolektivu třídy příjemně, máš zde kamarády?
2. Pracuje se ti dobře v lavici, ve které sedíš?
3. Které předměty tě ve škole baví nejvíce?
4. Které předměty tě ve škole baví nejméně?
5. Je něco, co ti při výuce vadí? (Co je ti při výuce nepříjemné?
Co Tě při výuce nebaví?)
6. Stává se ti často, že se ti nechce vypracovávat domácí úkoly?
7. Jak vnímáš to, když se na tebe někdo zlobí, zvýší hlas? Např. rodiče, učitel.
8. Máš pocit podpory ze strany učitele/učitelky při vypracovávání písemné práce
či jiného úkolu? Rozumíš dobře zadání?
9. Cítíš se při diktátech či zpracování písemných pracích ve stresu, pod tlakem?
10. Co by pro tebe mohl učitel udělat, aby se ti při výuce pracovalo lépe?
11. Jaké máš hobby ve svém volném čase?
12. Jak nejraději odpočíváš?

Příloha č. 2: Dotazník pro rodiče

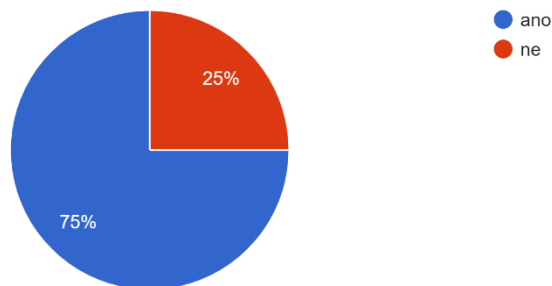
1. Proběhlo těhotenství a porod bez komplikací? Pokud ne, můžete stručně popsat, o jakou komplikaci se jednalo?

8 odpovědí



2. Setkali jste se již dříve ve svém okolí s dítětem s touto diagnózou?

8 odpovědí

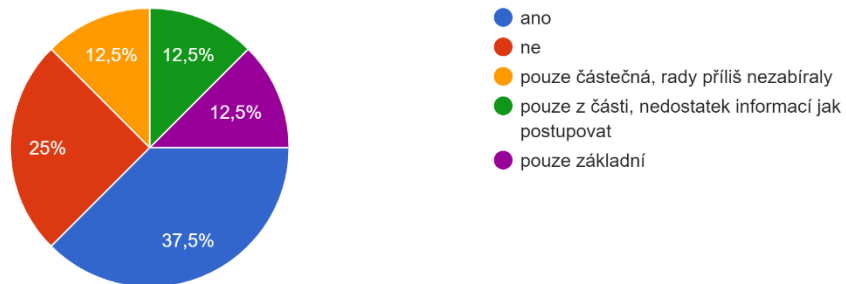


3. Kdy jste poprvé začali vnímat nezvyklé změny v chování Vašeho dítěte?

- Ve 3 letech.
- Od narození plačtivý, problémy se spánkem, ve školce vztekání.
- Od nástupu do školky, ve třech letech.
- Ve 3 letech.
- Přibližně ve 4 letech.
- Od narození, stále jen plakal, problémy se spánkem.
- Ve 2 letech.
- 3-4 roky.

4. Máte pocit, že po určení diagnózy byla podpora (rady jak postupovat) ze strany psychologa dostačující?

8 odpovědí



5. Čerpali jste informace jak s dítětem pracovat v domácím prostředí i jinde? Případně kde?

- ano, na internetu
- ano, Psychoterapeutické centrum pro děti a dospělé
- ano, skupina rodičů s dětmi s ADHD
- od jiných rodičů
- z literatury, od přátel se stejným dítětem
- Ano, soukromá poradna.
- Ano, poradna specializující se na hyperaktivní děti v Praze.
- Z internetu a od jiných matek.

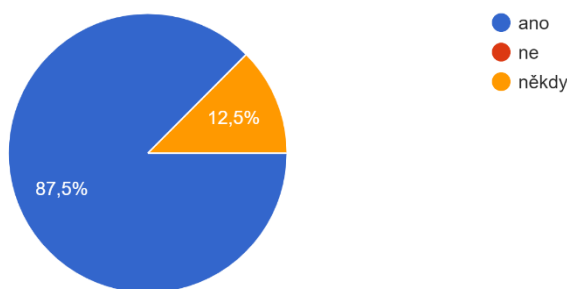
6. Jaké nejčastější výkyvy v chování u svého dítěte spatřujete a jaké techniky se Vám osvědčily ve zvládnání takových situací?

- Nejčastější konflikty vznikají při plnění domácích úkolů či jiných povinností, ideální je zařadit před tím třeba vycházku nebo ho nechat si pohrát.
- Je velmi nepořádný a často něco hledá, pak se vzteká, že to nemůže najít. Musí se uklidnit, snažím se mu vysvětlit, že s chladnou hlavou jde vše lépe.
- Někdy bývá plačtivý, tvrdí, že je unavený a nechce se mu do školy. Snažíme se o motivaci, že o víkendu si odpočine a něco třeba podnikneme.
- Často se vzteká, někdy pohazuje věcmi. Snažíme se zachovat klid, hádky vše jen zhoršují.
- Problémy s plněním domácích úkolů, máme možnost si úkol zkrátit či v případě potřeby nevypracovat, ale snažíme se dodržovat nastavená pravidla jako ostatní žáci.

- Neklid při opakování látky, které zcela nerozumí nebo ji neumí. Snažíme se o motivaci k učení pomocí didaktických her na PC nebo tabletu, aby to bylo zábavnější.
- Strašně ho nebaví učit se doma, pak je podrážděný a dochází ke krizovým situacím, ale mnohdy si nepamatuje, co se ve škole probíralo. Potřebujeme často opakovat, aby si potřebné vědomosti zapamatoval. Snažíme se kupovat pěkné knihy nebo používat aplikace k učení.
- Když vybuchne, potřebuje přetlak vypustit. Osvědčilo se nám použít boxovací pytel, který má v pokoji. Po zklidnění mluvíme o tom, co se stalo a proč.

7. Vyhýbá se Vaše dítě domácím úkolům, vyžadujícím soustředění?

8 odpovědí



8. Spatřujete podpůrná opatření školy za dostačující pro Vaše dítě? Zde se můžete vyjádřit konkrétně k třídnímu učiteli či vyučujícím jednotlivých předmětů.

- Jen v některých předmětech, podpora hlavně ze strany třídní učitelky.
- Pouze od některých pedagogů a paní asistentky, učitelka matematiky stále neuznává snížené tempo syna.
- Ano, třídní učitelka je velmi vstřícná.
- Ano.
- Dostačující, komunikujeme s asistentkou i učiteli.
- Ano, syn absolvoval 1. stupeň na ZŠ s alternativním přístupem, což byl skvělý začátek. Nyní komunikace bez problémů i na normální ZŠ, adaptoval se poměrně dobře.
- Pouze od některých pracovníků, např. třídní učitelky a asistentky. Matikářka není příliš vstřícná.

- Většinou ano, dobrá spolupráce je s paní asistentkou, voláme si často. Je ochotná a empatická.

9. Jak řešíte situace, kdy Vaše dítě nesplní předem dohodnutý úkol?

- Zákazem mobilního telefonu.
- Domluvou, případně snížením kapesného.
- Dohodou, že dodělá své povinnosti, jako sourozenci. Nemá výjimku.
- Domluvou, motivací. Za dobře odvedenou práci má kapesné, stejně jako dospělí dostávají za práci plat.
- Zákazem mobilního telefonu.
- Snažím se mu vysvětlit, že je dobré úkoly plnit a proč.
- Domluvou, já ti pomohu s úkoly, ty mně s domácími pracemi.
- Zákaz počítačových her.

10. Jaké postupy a zásady směřující k redukci projevů ADHD používáte, máte nastaveny v domácím prostředí?

- Snažíme se o klidný přístup.
- Jasná pravidla, včasný spánek, srozumitelná komunikace.
- Pochvaly a pozitivní hodnocení, snažíme se syna motivovat.
- Klidný přístup, domluva.
- Často chodíme ven a sportujeme.
- Motivace např. v podobě výletu, aktivního odpočinku.
- Máme stanovená jasná pravidla.
- Hlavně jít brzy spát, jinak je ráno protivný. Úkoly se snažíme plnit až po odpolední vycházce, odpočinku.

11. Jak vnímáte, že sociální okolí obecně reaguje na Vaše dítě (ve vztahu k jeho diagnóze) v běžném životě?

- Jako na nevychované dítě.
- Jako na špatně vycované, často pobíhá a je hlučný.
- Že je nevychovaný, že ADHD je jen módní diagnóza.
- Že je ve svém věku nevychovaný a drzý.
- Často se setkáváme s nepochopením.
- Nepříliš shovívavě, neinformovanost společnosti o ADHD.

- Nevěří, že ADHD není jen výmysl moderní doby.
- Jako na nevychované, snažím se to nevnímat, už to ani nikomu nevysvětluji.

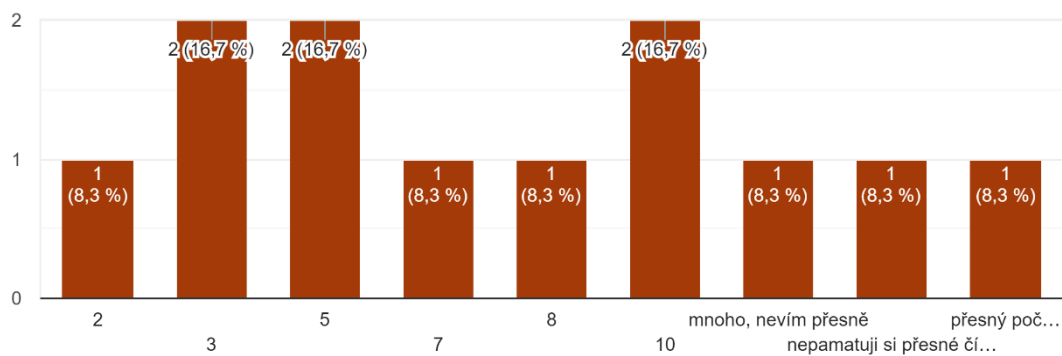
12. Jak si myslíte, že tato diagnóza ovlivní Vaše dítě do budoucnosti? Máte z něčeho obavy? A naopak, čemu pevně věříte (jaké vizi budoucnosti Vašeho dítěte)?

- Věřím, že se mu podaří vystudovat a žít běžný život.
- Obavy máme z nástupu na střední školu, delší výuky, ale věříme, že to zvládne.
- Doufám, že zvládne výuku ve škole a nechytne se špatné party. Věřím, že bude žít normální život.
- Obavy ze sklonu k návykovým látkám. Projevy se časem zmírní.
- Může mít problémy na střední škole, nebude mít podporu asistentky. Věříme, že se to naučí zvládat.
- Obavy nemám, myslím, že překonáme pubertu a projevy budou mírnější.
- Doufám, že ho to příliš neovlivní a naučí se s tím pracovat. Věřím, že zvládne střední školu.
- Snad příliš neovlivní, jen to bude mít složitější ve studiu po základce.

Příloha č. 3: Dotazník pro učitele

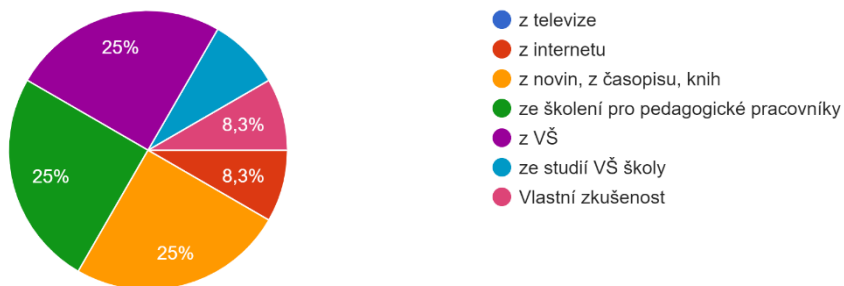
1. S kolika žáky s diagnózou ADHD jste se ve své praxi setkal/a?

12 odpovědí



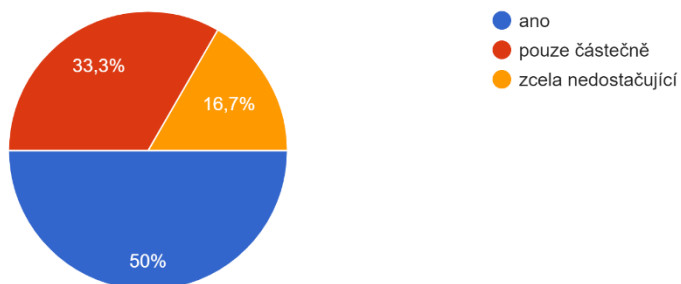
2. Kde jste získal/a znalosti o ADHD?

12 odpovědí



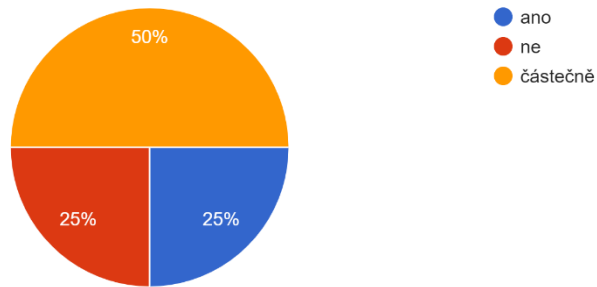
3. Považujete své znalosti o ADHD za dostatečné?

12 odpovědí



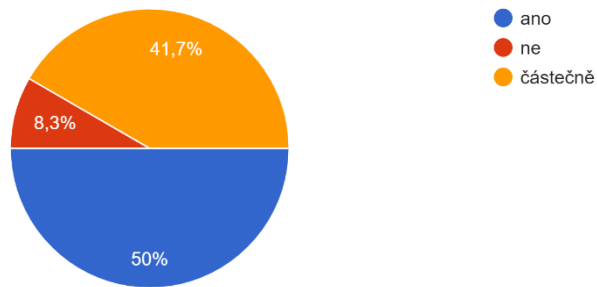
4. V počáteční fázi, kdy k Vám nově přišel žák s ADHD, považujete obdržené či dostupné informace o tomto žákovi za dostatečné/komplexní?

12 odpovědí



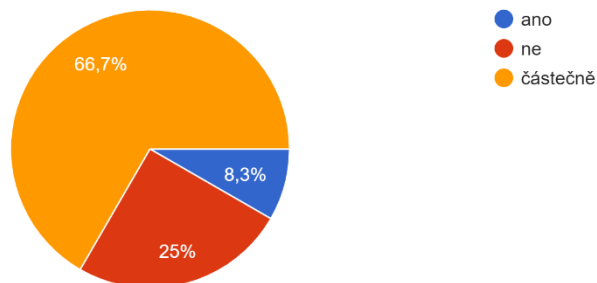
5. Máte pocit, že přítomnost dítěte s ADHD Vám příliš narušuje výuku a je pro Vás zatěžující?

12 odpovědí



6. Myslíte si, že doporučení psaná PPP při práci s těmito žáky jsou pro Vás dostačující?

12 odpovědí

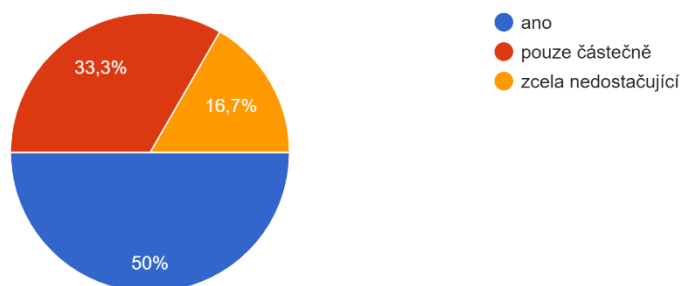


7. Řídíte se těmito doporučeními v plném rozsahu? Pokud ne, tak proč?

- Ano.
- Nelze vše dodržovat v kolektivu 26 dětí, navíc s několika ukrajinskými žáky.
- Mnohdy neobsahují dostatečné informace a doporučení.
- Snažím se.
- Doplnuji o vlastní zkušenosti. Snažím se, aby žák cítil oporu.
- Ne, jednám intuitivně.
- Snažím se o to, ale někdy je to těžké zvládnout organizačně.
- Ne zcela, nelze aplikovat vše ve výuce, není dostatek času.
- Většinou ano.
- Ne vždy.
- Ne zcela, nelze vše do výuky aplikovat.

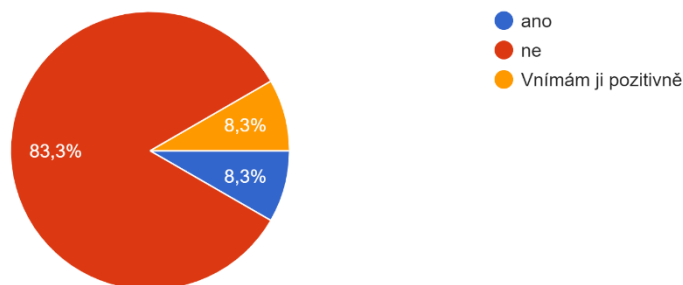
8. Vnímáte podporu Vašeho zaměstnavatele jako dostatečnou pro lepší průběh inkluzivního vzdělávání žáků s ADHD?

12 odpovědí



9. Je vám přítomnost asistenta pedagoga při Vaší výuce nepříjemná?

12 odpovědí



10. Co se Vám nejvíce osvědčilo při práci s dětmi s ADHD při Vaší výuce?

- Klidný přístup.
- Klidný přístup.
- Ponechat delší čas na práci a dostatečně motivovat pochvalami.
- Snažím se jej motivovat a maximálně zaujmout, střídat činnosti.
- Aktivně naslouchat potřebám žaka umožnit mu nárůst dopaminu a dělám hodiny tímto způsobem atraktivní.
- Zaměstnat je i jinými činnostmi, např. smazat tabuli, rozdat sešity aj.
- Trpělivost.
- Klidné a důsledné jednání.
- Tolerance, individuální přístup.
- Jednoduché instrukce.
- Znovu jim vše opakovat.

11. Jak řešíte situaci, kdy se žák nepřiměřeně chová a porušuje pravidla?

- Poznámkou do ŽK
- Většinou domluvou a kontaktem s rodiči.
- Záleží na situaci ve třídě, a zda je přítomna asistentka, ale vždy se snažím situaci vyřešit klidně a bez stresu pro žaka i ostatní.
- V hodinách TV se neseťkávám tolik s tímto problémem.
- Dám s ním řeč, že narušuje výuku, většinou to zabere. Nebo ho posadím samostatně, když je to možné.
- Domluvou.
- Snažím se jej uklidnit a přivést zpět k práci.
- Pokud nepomůže domluva, tak trest a následný rozhovor.
- Domluvou.
- Rozhovorem a upozorněním na nevhodné chování.
- Poznámkou do ŽK.
- Řeknu stručně, co se mi nelíbí.

12. V počáteční fázi, kdy k Vám nově přišel žák s ADHD, snažil/a jste se nějak programově pracovat na jeho začlenění do Vaší třídy/výuky?

- Ano, formou her na podporu lepšího klima třídy a školními výlety.

- Ano, kolektivními sporty.
- Ano, vždy seznámím žáky s jeho projevy a jak je ne/vhodné k němu přistupovat a komunikovat s ním.
- Pouze jsem uvedla ostatní děti do povědomí ADHD a napojila kontakt později, podle situace prohlubuji.
- Stejně jako s ostatními dětmi.
- Ne.
- Záleží na konkrétním žákovi. Někteří se začlení sami, někteří potřebují spolupráci celé třídy.
- Třída musí pochopit specifika poruchy a všichni musí respektovat jeden druhého.
- Ne, učím ho pouze na jeden předmět.
- Ano, zapojuji ho do aktivit.
- Ne, nejsem třídní.
- Ano, dávám možnost společných referátů a projektů.

13. Máte prostor k tomu si své znalosti o ADHD rozšiřovat?

- Ano, kurzy. Zatím jsem nevyužila.
- Ne.
- Nabízená školení pedagogickým pracovníkům.
- Ano, vlastní iniciativa.
- V případě potřeby čtu odbornou literaturu.
- Ano, školení.
- Ano. Nabídka školení, možnost čerpání z knih.
- Ano - školení, studiu, četba, rozhovor s kolegy.
- Ano, školení, ale nevyužil jsem.
- Ano, školení. Nemám zkušenost, neabsolvovala jsem.
- Školení.

14. Spolupracujete s rodinou žáka, snažíte se sjednotit přístup k žákovi a informujete rodiče o chování a práci žáka ve škole?

- Ano.
- Ano.
- Ano, formou emailu.

- Ne vždy, jen když jeho chování překročí mez, pak informuji rodiče.
- Snažím se o to.
- Ano, pokud je potřeba.
- Nepříliš, to je v kompetenci asistentky a TU.