

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vzdělávání žáků s ADHD na základní škole
Education of pupils suffering of ADHD in elementary school

Bc. Sára Malá

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková, PhD.

Studijní program: Učitelství pro střední školy

Studijní obor: Učitelství pedagogiky pro střední a vyšší odborné školy

2020/2021

Odevzdáním této diplomové práce na téma Vzdělávání žáků s ADHD na základní škole potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 10.7.2021

Ráda bych primárně poděkovala vedoucí práce mé diplomové práce, PhDr. Veronice Blažkové, PhD. za její podporu a trpělivost při vedení této práce, odborné rady, a především za veškerý čas, který této práci věnovala. Rovněž bych ráda poděkovala všem účastníkům výzkumného šetření za jejich ochotu a trpělivost.

ABSTRAKT

Diplomová práce je složena z teoretické a empirické části. V teoretické části práce se autorka bude zabývat charakteristikou syndromu ADHD a jeho podtypy. Autorka se také se soustředí na další problematiky ADHD s ním spojené, jako jsou specifické poruchy učení. Autorka vymezí pojem ADHD včetně jeho etiologie. Teoretická část bude obsahovat i část, která bude věnována diagnostice, léčbě a medikaci žáků se syndromem ADHD. V diplomové práci budou popsány i konkrétní projevy syndromu ADHD v jednotlivých vývojových obdobích dítěte. Práce bude obsahovat také speciální potřeby při edukaci žáka s ADHD, podpůrná opatření pro žáky s ADHD a inkluzivní přístup vzdělávání. Ve výzkumné části bude využita kvalitativní metoda výzkumu, zahrnující případovou studii, rozhovor a pozorování. Autorka v této části práce zpracuje dvě případové studie žáků s ADHD, tato práce bude rovněž doplněna o rozhovor s matkou dvojčat. Práce původně měla zahrnovat rozhovor s učitelem, ale vzhledem k pravidlům GDPR učitelé odmítli tento rozhovor poskytnout. Z tohoto důvodu je práce rozšířena také o pozorování. Jedná se o pozorování speciálního pedagoga v pedagogicko-psychologické poradně při nápravném cvičení s žákem s ADHD, a navíc SPU a také pozorování speciálního pedagoga ve speciálně pedagogickém centru při přípravě doporučení školského poradenského zařízení na základě komplexního vyšetření žáka s ADHD a SPU.

KLÍČOVÁ SLOVA

ADHD, porucha pozornosti, poruchy učení, speciální vzdělávací potřeby, vzdělávání, základní škola, žák

ABSTRACT

This thesis consists of a theoretical part and an empirical part. In the theoretical part of the thesis, the author will look into the characteristics of the ADHD syndrome and its subtypes. It will also focus on other issues related to ADHD, such as specific learning disabilities. The author will define the concept of ADHD, including its etiology. The theoretical part will also contain a part that will be devoted to diagnostics, treatment and medication of pupils with ADHD. This part will describe the specific manifestations of ADHD syndrome in each developmental stage of a child. There will also be a part dedicated to special education needs and support measures that could be applied to an inclusive approach in education for pupils with ADHD. The research part will use a qualitative research method, including a case study, interview and observation. In this part of the work, the author will focus on two case studies of students with ADHD, supplemented by an interview with the mother of twins. The author intended to include an interview with teachers, but due to GDPR rules, teachers refused to provide one. For this reason, the interview will be substituted with an observation. In this observation, we will focus firstly on a work of a pedagogical specialist in a pedagogical-psychological counseling center during a corrective exercise with a pupil with ADHD, Specific Learning Disabilities. Secondly, an observation of the work process of a pedagogical specialist working in a special pedagogical center, preparing recommendations for a school counseling facility on the basis of a comprehensive examination of a pupil with ADHD and specific learning disabilities.

KEYWORDS

ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, learning disabilities, special education needs, education, elementary school, pupil

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	8
1 ADHD	8
1.1 Charakteristika	8
1.2 Vznik a vývoj ADHD	11
1.3 Diagnostika ADHD	12
1.4 ADHD a další obtíže	15
1.5 Historický vývoj ADHD po současnost	16
1.5.1 Metody při léčbě ADHD	20
1.6 Vývojová období a projevy ADHD	24
1.6.1 Projevy ADHD ve škole	26
1.7 Podpůrná opatření	27
1.7.1 Inkluzivní vzdělávání	27
1.7.2 Inkluzivní didaktika	30
1.7.3 Třístupňový model péče (3MP)	33
Empirická část	36
2 Cíl výzkumu	36
3 Kvalitativní metoda	36
4 Případová studie	37
4.1 Rozhovor	38
5 Rodinná anamnéza dvojčat	39
5.1 Osobní anamnéza dvojčete A	40
5.2 Osobní anamnéza dvojčete B	45
5.3 Závěr případové studie	48

6	Rozhovor s rodiči	49
6.1	Rozhovor s matkou	49
6.2	Závěr rozhovoru	57
7	Pozorování	57
7.1	Pozorování v PPP	57
7.1.1	Průběh pozorování:	58
7.2	Pozorování v soukromém SPC	61
7.2.1	Průběh pozorování:	61
7.2.2	Závěr pozorování:	64
	Závěr diplomové práce	65

Úvod

Diplomová práce je zaměřena na problematiku syndromu ADHD u žáků základních škol, tato práce bude rozdělena na dvě části, a to teoretickou a empirickou část. V teoretické části se čtenář seznámí se syndromem ADHD, jeho klasifikací, diagnostikou, projevy a způsoby léčby. Taktéž bude teoretická část obsahovat vývoj a vznik tohoto syndromu. Bude rovněž vysvětlen i inkluzivní přístup ve vzdělávání, který je pro žáky s ADHD klíčový. Vzhledem k tomu, že je možná existence souvislosti mezi ADHD a dalšími obtížemi, budou v teoretické části rámcově vysvětleny specifické poruchy učení, které se objeví i v empirické části, a to zejména dyskalkulie a dysgrafie.

Syndrom ADHD je klíčovým tématem při vzdělávání žáků nejen pro pedagogy. Žáci trpící tímto syndromem vykazují mnohé jevy, které mohou ztížit práci učitele, pokud jim nevěnuje pozornost. Pro žáky s tímto syndromem je třeba poskytnout individuální přístup ve vzdělávání a brát na jejich specifickou poruchu chování ohled. Samozřejmě, že není v kompetenci školy či učitele, aby se této problematice u žáka věnoval sám. V případě, že žák trpí ADHD, je velmi důležitá spolupráce školy s rodinou, ale také s dalšími odborníky jako jsou školská poradenská zařízení a lékaři.

V empirické části je tato spolupráce patrná v případové studii, rozhovoru i pozorování. Výzkumná část je tedy sestavena, jak bylo již zmíněno, z případové studie, rozhovoru a pozorování, přičemž v případové studii, která je zaměřena na dvojčata s ADHD, je viditelná právě spolupráce s odborníky i z řad lékařů. Rozhovor byl veden s matkou dvojčat, takže i postoj rodiče k této problematice je v této části detailně popsán, zejména pak, kdy matka líčí jaký vliv má ADHD nejen na výchovu, ale i vzdělávání. Původně měla empirická část obsahovat také rozhovor s učiteli dvojčat, ale učitelé odmítli poskytnout rozhovor a to vzhledem k pravidlům GDPR. Učitelé byli přímo osloveni i matkou dvojčat, která dala k rozhovoru své svolení, i přesto se učitelé odmítli na výzkumné části podílet. Vzhledem k této skutečnosti byla empirická část rozšířena o pozorování, které se odehrávalo ve školských poradenských zařízeních. V rámci pozorování je ve výzkumné části popsána práce speciálních pedagogů s žákem, který trpí syndromem ADHD. V PPP bylo provedeno pozorování při nápravných cvičení z matematiky z důvodu, že žákyně trpí mimo jiné také dyskalkulií a v druhé části pozorování je uvedena i komplexní diagnostika z SPC.

Teoretická část

1 ADHD

1.1 Charakteristika

Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou je charakteristický pro žáky, kteří jsou neklidní, živí, nepozorní a impulzivní. Před termínem ADHD se pro žáky s touto charakteristikou užívaly termíny jako LDE (lehká dětská encefalopatie), LMD (lehká mozková dysfunkce) či MMD (minimální mozková dysfunkce). Dále se užíval název hyperaktivní a hypoaktivní syndrom, který byl však primárně využíván v lékařském prostředí. Tento syndrom se začal řadit mezi SPCH, SVPCH (specifické (vývojové) poruchy chování). Tudiž se jedná o syndromy vrozené nebo získané časně po porodu (Jucovičová, Žáčková, 2017).

V současnosti je užíváno označení Syndrom ADHD (*Attention deficit hyperactivity disorder*), který je zařazen do SPCH (specifických poruch chování). Projevem ADHD je porucha pozornosti, spojená se zvýšenou hyperaktivitou a impulzivitou. Syndrom lze rozdělit na hyperaktivní typ (ADHD) a hypoaktivní typ (ADD) (Janderková a kol., 2016).

Dle Zelinkové existuje ještě třetí typ ADHD, a to ADHD s agresivitou, přičemž tento typ je dle autorky velmi podobný opozičnímu chování. Tento typ se vyznačuje nesnášenlivostí, hádavostí a antisociálním jednáním a často jedinci pochází z dysfunkční rodiny. V případě tohoto typu ADHD je nezbytná intenzivní péče za podpory mnoha odborníků a často je nutná i medikace (Zelinková, 2015).

Avšak autorky Bartoňová, Vítková a kol. upozorňují na označení syndromu ADHD, který spadá pod americkou terminologii a řídí se klasifikací DSM-IV, přičemž česká terminologie užívá termín hyperkinetická porucha (HKP), která spadá pod klasifikaci MKN-10. Výrazy se používají často synonymně a schémata klasifikací DSM-IV a MKN-10 jsou zaměňovány (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

Dle Winterové je pozornost nutná pro každodenní činnosti a problémy s ní jsou zcela běžné v určitých věkových obdobích. Avšak výkony, které jsou spojené s pozorností se podílejí na

komplexních funkcích vnímání, paměti, řízení jednání, řečových a kognitivních funkcích. Pozornost je možné přirovnat k reflektoru, který své světlo zacílí na jednu konkrétní věc, která je v ten moment důležitá a věci nedůležité zůstávají ve tmě, bez povšimnutí, tudíž probíhá filtrace, která napomáhá soustředěnosti (Winterová, 2018).

Autorka zmiňuje pět vlastností, které jsou stěžejní pro pozornost: aktivace (určuje míru bdělosti mozku), zaměřenost (schopnost reagovat na relevantní podněty bez rozptýlení), pružnost (umožňuje zvládání více úkolů současně), délka (udržení pozornosti dlouhodobých výkonech) a koncentrace (Winterová, 2018).

Laver-Bradburyová uvádí, že mezi projevy poruchy ADHD patří taktéž nedostatečná koordinace hrubých motorických dovedností (projevy lze pozorovat při běhu či hraní her), jemných motorických pohybů (psaní či používání příborů). Dále lze spatřit u dětí s ADHD následující poruchy: špatná krátkodobá paměť, velmi aktivní mozek (tzn. dítě vyhledává aktivity a je rádo zaměstnáno), dítě nesnáší čekání (uvítá jakoukoliv aktivitu, jen, aby se nenudilo), mluví a vrtí se i v případech, kdy má být potichu a sedět v klidu, skáče lidem do řeči (Laver-Bradbury a kol., 2016).

Rovněž autorka označuje dítě s ADHD za velmi emotivní a citlivé, což může vést ke vztahovačnosti, která vyústí v problém. Dítě s ADHD má charakteristické chování, například: u dítěte se vyskytuje problém se soustředěním a nevydrží dlouho u jedné činnosti (zejména psaní a vybarvování); střídá činnosti bez toho, aniž by tyto činnosti dokončilo; nevydrží dlouho u hraní, zejména hračky pro něj nejsou zajímavé, preferuje pohybové aktivity; často neposlouchá a nevnímá co mu říkáte, a pokud o něco požádáte, tak často zapomene, o co jste ho požádali; bez ustání mluví, vrtí se a dělá hluk, snadno se nechá rozptýlit okolím, je lehkomyšlné, vznětlivé a má sklon k nehodám (Laver-Bradbury a kol., 2016).

Vzhledem k charakteristickému chování dětí s ADHD mají tyto děti často problémy, které se pojí zejména s jejich každodenním režimem a začleněním v kolektivu. U dítěte s ADHD se může projevovat například problém s usínáním, buzením se během noci nebo časně ráno, rovněž se může projevit sklon jíst malé porce jídla a vybíravost, dochází u něj k absenci společenských zábran (například hovoří s cizími lidmi, i když to má zakázáno), má nedostatečné společenské dovednosti (bývá neoblíbený mezi kamarády a kamarádů má málo

či žádné), často pláče a má o sobě špatné mínění, trpí pocitem, že ho nikdo nemá rád. Jedná se tedy o složitou poruchu, která s sebou nese mnohé potíže jako jsou specifické potíže s učením, úzkost, poruchy spánku či agresivitu (Laver-Bradbury a kol., 2016).

Žáčková a Jucovičová rozdělují ADHD na tři subtypy, a to **ADHD s převažující poruchou pozornosti, ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou a kombinovaný typ (smíšený)**. Kombinovaný subtyp představuje kombinaci dvou předchozích subtypů, přičemž tento typ se dle Žáčkové a Jucovičové vyskytuje nejčastěji (Jucovičová, Žáčková, 2017).

ADHD s převažující poruchou pozornosti je doprovázeno výpadky paměti, které jsou tak rozsáhlé, že jedinec působí jako by byl duchem nepřítomný, rovněž je typická okamžitá reakce na podněty, které upoutají jejich pozornost. Pro tento typ ADHD jsou typické problémy s pamětí, zapomínání plnění denních povinností a roztržitost. Jedinci s tímto typem ADHD jsou netrpěliví, vyhýbají se úkolům nebo je odkládají na poslední chvíli (zejména se jedná o úkoly, které vyžadují trvalejší mentální úsilí), mají sníženou či žádnou schopnost něco zorganizovat, a to včetně své práce či denních povinností (Jucovičová, Žáčková, 2017).

Problémy se vyskytují v oblasti plánování, odhadování času a jeho využití. Jsou to jedinci chaotičtí, kteří nedokáží systematicky řešit úkoly a často úkoly nedokončují. Projevují se i poruchy exekutivních funkcí (porucha schopnosti plánovat a vykonávat činnosti), s čímž se pojí i prokrastinace (Jucovičová, Žáčková, 2017).

ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou je charakteristická přetrvávající motorická aktivita (psychomotorický neklid), dítě s tímto typem ADHD nedokáže sedět na místě, poskakuje, pobíhá a je aktivní. Jedinec s tímto typem je často impulsivní, jedná ukvapeně a bez rozmyslu. Je mnohmluvný, skáče do řeči, je netrpělivý a dělá mu potíže čekat (Jucovičová, Žáčková, 2017).

Kombinovaný typ (smíšený) je kombinací obou výše popsaných subtypů ADHD (Jucovičová, Žáčková, 2017).

1.2 Vznik a vývoj ADHD

Žáčková s Jucovičovou charakterizují syndrom ADHD jako vrozený neurovývojový syndrom, který je charakteristický oslabením či narušením funkcí (dysfunkcí) oblastí mozku, které se pojí s exekutivními funkcemi. Tyto funkce úzce souvisí s udržením pozornosti, sebeovládáním a plánováním. Rovněž jedním z faktorů u ADHD je snížená aktivita dopaminu, noradrenalinu a z části i serotoninu (Jucovičová, Žáčková, 2017).

Bradburyová a kol. popisují, jak funguje mozek dítěte s ADHD. Mozek dítěte s ADHD je rozdílný oproti mozku dítěte bez ADHD. Jedná se zejména o rozdíl v činnosti přední části mozku. Mozek lze charakterizovat jako elektrický obvod, přičemž neurony jej propojují se všemi částmi těla (Laver-Bradbury a kol., 2016).

Z frontální oblasti mozkové kůry jsou vysílány signály do motorické oblasti nervové kůry a z této části pomocí neuronů je signál vyslán do příslušné části mozku, která ovládá konkrétní svaly. Spojení mezi jednotlivými neurony je nazýváno synapse, a aby došlo k přemostění synaptické štěrbin, je zapotřebí určitých chemických látek (Laver-Bradbury a kol., 2016).

Avšak dítě s ADHD postrádá správnou směs látek, které jsou vylučovány do synaptických štěrbin, respektive směs látek není u dítěte s ADHD vyvážená, neboť postrádá dopamin. Tato skutečnost zapříčiní, že signály nejsou směřovány správně a vedou do špatné části mozku. Vzhledem k těmto skutečnostem, že čelní lalok nepracuje správně a signály jsou vysílány do nesprávných částí mozku, dítě má i další problémy jako například potíže s nasloucháním, udržením očního kontaktu a také mají problémy s krátkodobou pamětí a zvládnutí vlastní impulzivitu (Laver-Bradbury a kol., 2016).

Rovněž faktorem pro vznik syndromu ADHD je drobné, minimální poškození centrální nervové soustavy v raných vývojových obdobích, a to před narozením, při porodu a také časně po porodu, neboť centrální nervová soustava plodu a novorozence je značně zranitelná. Taktéž biochemické změny jako je nedostatek některých neurotransmiterů, mají vliv na vznik ADHD (Jucovičová, Žáčková, 2017).

I vlivem hypoxie může docházet ke vzniku ADHD, přičemž by se muselo jednat o dlouhodobý nedostatek kyslíku. Dále rizikovými faktory mohou být pití alkoholu, kouření a

užívání drog matkou během těhotenství, případně různá onemocnění matky během těhotenství, které mají vliv na špatné okysličení (Jucovičová, Žáčková, 2017).

Vliv mohou mít rovněž i komplikace či zásahy během porodu. Výskyt ADHD je častější u dětí předčasně narozených, nezralých a u dětí s nízkou porodní váhou. Taktéž další možností je kombinace všech vlivů, avšak jsou případy, kde nelze jednoznačně určit vlivy na vznik ADHD (Jucovičová, Žáčková, 2017).

Za vznikem syndromu ADHD lze hledat dědičnost i vlivy prostředí, avšak genetický faktor je uváděn jako největší faktor, který má vliv na vznik syndromu ADHD, přičemž se mohou projevat genetické odchylky na základě dědičnosti (Jucovičová, Žáčková, 2017).

Bradburyová tvrdí, že míra aktivity je dědičná, tudíž dítě může mít sklon k aktivitě vrozený. Přičemž při vrozené nadměrné aktivitě největší podíl mají geny, které souvisí se syntézou dopaminu, byť se k nim přidávají i další geny. Geny tedy mají přímou souvislost s hyperaktivitou (Laver-Bradbury a kol., 2016).

Avšak ne každý jedinec, který má plně rozvinuté ADHD, je nositelem těchto genů. Z toho vyplývá, že na vzniku ADHD mají podíl i vnější faktory (poranění mozku, encefalitida, předčasný porod, autismus, mozková obrna, autismus, ale i například vliv prostředí – zneužívání, strádání) (Laver-Bradbury a kol., 2016).

1.3 Diagnostika ADHD

Rietzlerová a Grolimund popisují sestavování diagnózy ADHD, která vychází z jasných kritérií. Pokud jednatel splňuje stanovená kritéria pro určení diagnózy, následuje určení přesného typu a určení výskytu a míru jednotlivých symptomů. Přičemž autoři s tímto postupem určování diagnózy nesouhlasí, upřednostňují, aby se ke znakům jako jsou impulzivita, soustředěnost a aktivita přistupovalo jako k souvislému celku (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Při určování ADHD je třeba splnit určité podmínky. Po dobu minimálně 6 měsíců se musí soustavně vyskytovat alespoň šest symptomů nepozornosti nebo hyperaktivity či impulzivity, které narušují vývoj jedince. Vzhledem k tomu, že ADHD je stanoveno na základě výskytu určitých znaků, je často zpochybňována existence syndromu ADHD.

Rovněž je zavádějící stanovení šesti symptomů, a i stanovení délky, po kterou se symptomy musí souvisle projevovat jedince (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Bartoňová, Vítková a kol. poukazují v rozdílnosti klasifikace a diagnostiky HKP a ADHD, přičemž HKP vychází z klasifikace MKN-10, kde jsou stanoveny dva subtypy: *Porucha pozornosti a hyperaktivita* (F90.0) a *Hyperkinetická porucha chování* (F90.1). Pro stanovení diagnózy je nezbytné, aby byly přítomny všechny 3 aspekty (porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita). Přičemž porucha se musí projevovat před 7 rokem věku dítěte a doba trvání musí být alespoň 6 měsíců (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

Dle Pokorné se však projevy HKP mohou projevovat již v kojeneckém věku. Mezi projevy HKP se u kojenců řadí poruchy spánku a stravovací obtíže (Pokorná, 2010).

Oproti HKP ADHD podléhá klasifikaci DSM-IV a rozdělení subtypů je odlišné než u HKP. U ADHD se jedná o tyto subtypy: ADHD s převládající poruchou pozornosti, ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou a ADHD smíšený typ. Hlavním rozdílem při diagnostice ADHA a HKP je ten, že při diagnostice ADHD nemusí být přítomny všechny jádrové příznaky. Pro diagnostikování ADHD je třeba výskyt některých jádrových příznaků, které se musí projevit před 7 rokem věku dítěte a alespoň na dvou odlišných místech (např. doma a ve škole) (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

Pro stanovení diagnózy ADHD neexistuje žádný standardizovaný test, proto se doposud testování skládá z kombinace testů, pozorování a sběru informací. Tato kombinace často zahrnuje inteligenční test, test soustředěnosti, dotazník pro rodiče a učitele, pozorování během návštěvy u odborníka, informace o vývoji dítěte od rodičů (anamnéza) a lékařský posudek. Lékařský posudek slouží k vyvrácení či potvrzení jiných zdravotních příčin, které mají shodné symptomy jako syndrom ADHD. Při rozhodování o přiznání diagnózy je třeba vzít v úvahu vývojový stupeň dítěte a věk, zda v daném období dítě vybočuje natolik z normy, aby mu diagnóza byla přiznaná (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Dle Pokorné by při diagnostice mělo dojít k lékařskému a psychologickému vyšetření s tím, že první vyšetření by mělo být lékařské, aby mohlo případně dojít k vyloučení jiné příčiny hyperkinetické poruchy a dále by lékař měl určit, zda je nutná medikace, přičemž tato

skutečnost by se měla řešit již společně s výsledky psychologického vyšetření (Pokorná, 2010).

Dále autorka hodnotí pozitivní a negativní účinky medikací, přičemž zmiňuje lék Ritalin, který má ve své podstatě pouze krátkodobé pozitivní účinky, a naopak prohlubuje náladovost a úzkost jedince, který tento lék užívá. Poukazuje také na rostoucí procento dětí s HKP, kteří jsou pod medikací, primárně se to týká USA, kde vyvinuli rovněž i antidepresiva pro děti s HKP (Pokorná, 2010).

Psychologické vyšetření dle Pokorné musí zahrnovat *rozhovor s rodiči, vyšetření schopností a možností dítěte a speciální vyšetření chování dítěte dle posuzovací škály*. **Rozhovor s rodiči** je velmi důležitý, neboť rodiče, kteří mají zkušenost s dítětem, jsou schopni říct, co jim na chování jejich dítěte nejvíce vadí, které aspekty jeho chování narušují chod domácnosti atp., tyto poznatky jsou důležité jak pro diagnostiku, tak následně i pro terapii dítěte. Na dítě má být nahlíženo jako na dítě, které trpí obtížemi, nikoliv jako na obtížné dítě. Tento postoj napomáhá rodičům mluvit s dítětem o jeho problémech, nikoliv vlastnostech (Pokorná, 2010).

Během **vlastního vyšetření** je sledována intelektová úroveň dítěte, percepční výkony, školní výkony skrze výukové testy, vývoj řeči, schopnost adaptovat se emočně a sociálně, dále se vyšetřují aspekty jako je pozornost dítěte, paměť, vizuálně-motorické dovednosti, schopnost plánování a organizace a jeho styl učení (Pokorná, 2010).

Speciální vyšetření je založeno například na Connersově posuzovací škále hyperaktivity (založeno na dotazníkovém šetření, přičemž respondenti jsou rodiče, učitelé, vrstevníci, lékaři a samotné dítě). Dále autorka uvádí škálu dle Pelhama, která je komplexní (založena na strukturovaném rozhovoru s rodiči, vyšetření pomocí psychologického testu, včetně měření inteligence, vyšetření možných SPU, vyšetření osobnosti a možných emočních poruch, rozhovor s dítětem, vyhodnocení je zaměřené spíše na porozumění problému a cílené pomoci dítěti a jeho okolí, určení výkonu, činnosti, které lze zlepšit pomocí terapie) (Pokorná, 2010).

Bartoňová a kol., uvádí standardizované testy, které jsou využívány pro stanovení diagnózy HKP. Jedná se o testy pro určitá věková rozmezí standardizované na české populaci, zejména

je to test WISC III (Wechsler Intelligence Scale for Children), který slouží ke stanovení globální intelektové úrovně a je schopen zhodnotit i rozsah pozornosti. Dalším testem, který se však zaměřuje na ověřování pozornosti u dětí od 8 let je Test číselného čtverce. Test podobného charakteru pro děti od 6 let je *Test diskriminace tvarů*. Rovněž užitečnými testy při zjišťování míry impulzivity jsou Test nalézání známých obrázků a Test cesty. Taktéž existují pro rodiče škály ke zhodnocení klinického obrazu HKP (Connersova škála) (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

Bartoňová, Vítková a kol. popisují skladbu správné diagnózy u HKP, přičemž správná diagnóza by se měla zakládat na osobní a rodinné anamnéze. Vzhledem k potenciálu dědičnosti prostřednictvím rodinné anamnézy lze dohledat výskyt HKP v rodině. Dále je nutné znát okolnosti těhotenství a porodu a zhodnotit psychomotorický vývoj dítěte (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

Dalšími aspekty jsou prospěch ve škole, mimoškolní aktivity, chování dítěte ve vztahu ke svým vrstevníkům. Rovněž velmi důležitým aspektem při diagnostice HKP je objektivní neurologické vyšetření, aby bylo možné vyloučit fokální neurologický nález, který by naznačoval možnost výskytu strukturálního poškození mozku. Pokud vyšetření EEG potvrdí strukturální poškození mozku, je zapotřebí vyšetření pomocí magnetické rezonance (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

Co se týče lékařských vyšetření, taktéž probíhá vyšetření krevního obrazu, základní biochemie, vyšetření činnosti štítné žlázy a metabolismu železa. Při vyšetření EEG se jedná o rutinní vyšetření, které zahrnuje graf s aktivacemi a spánkový graf. V případě, že EEG prokáže souběžné poruchy spánku, je nutné i polysomnografické vyšetření. Závěrem probíhá vyšetření klinickým psychologem. Ten provede neuropsychologické vyšetření, které slouží k postihnutí jádrových příznaků HKP/ADHD (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

1.4 ADHD a další obtíže

Specifické poruchy učení – SPU, tyto poruchy často začínají předponou dys-, která značí rozpor, deformaci, přičemž dysfunkce značí funkci, která není zcela vyvinutá. Tudíž nedostatečný či nesprávný vývoj dovednosti. Další části za předponou vycházejí z řeckého označení dovednosti, která je postižena (Zelinková, 2015).

Dyslexie patří mezi nejznámější poruchy učení, neboť velmi zřetelně ovlivňuje školní úspěšnost dítěte, jedná se o poruchu osvojování čtenářských dovedností. **Dysgrafie** je poruchou osvojování psaní, projevuje se například špatnou čitelností a úpravou písma. **Dyskalkulie** postihuje osvojování matematických dovedností, jsou patrné obtíže chápání číselných pojmů a matematických operací (Zelinková, 2015).

Dle Zelinkové jsou poruchy na sobě nezávislé, avšak existují poruchy, které se vyskytují společně. Dále autorka uvádí řadu výzkumů, které prokazují společný výskyt ADHD současně s poruchou čtení. Diagnosticky se jedná o dvě odlišné poruchy, v případě poruchy čtení se jedná o deficit jazykového systému, avšak u ADHD se jedná o nápadnosti v chování. Zásadní je, že tyto děti potřebují obě formy reedukace, tudíž reedukaci zacílenou nejen na poruchu učení, ale i chování. V obou formách reedukace je cíleno na rozvíjení stejných psychických funkcí, a to například: orientace v čase a prostoru (Zelinková, 2015).

Pokorná uvádí předpoklad, že 20-40 % dětí, které trpí HKP, má také problémy s učením, zejména se jedná o problematiku v oblasti psaní, čtení, případně i matematiky. Vzhledem k symptomatologii HKP jsou tyto obtíže zřejmé, vzhledem k předpokladu ovlivnění kognitivních funkcí (Pokorná, 2010).

1.5 Historický vývoj ADHD po současnost

Historie ADHD je poměrně krátká, ve staré literatuře byly popsány neklidné a nedisciplinované děti, avšak co se týče vědeckého a lékařského prostředí v dnešním kontextu, zmínky o těchto dětech se začaly objevovat až od konce 18. století. V porovnání s ostatními duševními poruchami má tedy ADHD poměrně krátkou historii, a to i z důvodu, že často terorizující chování těchto dětí bylo přisuzováno mozkové dysfunkci (Gaidamowicz a kol., 2018).

V roce 1775 německý lékař Melchior Adam Weikard popsal pozornost a změny činnosti ve své knize *Der Philosophische Arzt* a v roce 1798 popsal skotský doktor sir Alexander Crichton stav, který se v kapitole *Pozornost* v jeho učebnici nazýval „duševní neklid“. Both Weikard a Crichton popsali hlavní rysy této poruchy velmi podobně jako poruchu pozornosti, kterou doprovází neklid a časný nástup. Rovněž poukázali na to, že tato porucha určuje kvalitu učení. Klíčovým byl rok 1902, kdy britský pediatr George Frederick Still

vydal několik lékařských článků, kde popsal poruchy chování dětí. Byl první, kdo vnesl hypotézu, že tato porucha bude pravděpodobně určena genetickými faktory (Gaidamowicz a kol., 2018).

Dle autorů se ADHD projevovalo i v minulosti, vzhledem k tomu, že za vznikem ADHD stojí i dědičnost a geny, avšak bylo skryté za profesemi, které z tohoto syndromu ve své podstatě profitovaly. Jedinci s ADHD si všimnou každého pohybu, slyší každý zvuk. Tyto vlastnosti jsou dobrým předpokladem pro lovce, přičemž se dříve více preferovaly profese, které byly převážně zaměřené na fyzické činnosti (dělníci či zemědělci), pro které byla hyperaktivita výhodou (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

V dnešní době je více profesí, kde je třeba být v klidu na jednom místě, udržet pozornost a řešit spíše teoretické úkoly, což je pro jedince se syndromem ADHD značně náročnější (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Výzkumy týkající se dnešního syndromu ADHD v minulosti ovlivnila epidemie chřipky v letech 1917-18 a onemocnění encefalitidou, neboť u dětí, které přežily tato onemocnění, byly zjištěny poruchy chování, které se nazývaly "post-encefalitická porucha chování". Proto hypotéza, že post-encefalitické poruchy chování u dětí byly určovány patologií mozku, se zvýšily a tato porucha byla označována jako "minimální poškození mozku". Projevovala se impulzivním chováním, emoční labilitou a neschopností udržet pozornost. Společností byla nazývána "chorobou, která vytváří zločince" (Gaidamowicz a kol., 2018).

Následné studie ukázaly, že existují děti se stejnými příznaky s absencí onemocnění encefalitidou. Na základě tohoto zjištění v roce 1962, oxfordští specialisté dětské neurologie přejmenovali tuto poruchu z „minimálního poškození mozku“ na „minimální mozkovou dysfunkci“. Souběžně však zdůraznili, že se nejedná o žádné strukturální poškození mozku. Od poloviny 20. století se tato porucha nazývala „Syndrom hyperkinetického chování u dětí“ a „Hyperkinetická impulzivní porucha“ (Gaidamowicz a kol., 2018).

Bartoňová a kol., označují HKP/ADHD za poměrně častou poruchu, která se častěji vyskytuje u chlapců. Její zastoupení v České republice je 5-7 % dětí. Důvod, proč syndrom postihuje spíše chlapce, není zcela znám. Prozatím se uvažuje nad genetickými aspekty či vlivem pohlavních hormonů (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

Mezi další faktory, které se v posledních desetiletích vyskytly a činí problémy jedincům s ADHD, lze zařadit: prodloužená délka vyučování; moderní formy vyučování (skupinová práce) zapříčiňují zhoršení soustředění pro jedince s ADHD; moderní učebnice, které jsou často pestrobarevné a odvádějí pozornost od úkolů; vzhledem ke zlepšení dopravy a urbanizace děti nemají dostatek pohybu; zvyšování nároků ve sféře organizace a plánování vede k přetěžování dětí, které mají v této sféře problémy (Rietzlerová a Grolimund, 2018)..

Taktéž střídání učitelů vzhledem k částečným úvazkům vede k tomu, že se po dětech vyžaduje flexibilita a opětovné zvykání si na nového učitele, což má za následek obtížnější vytváření vztahu k učiteli. Velké množství předmětů vede k problému zautomatizování si ukládání informací do dlouhodobé paměti a tím tedy je náročné si v případě potřeby látku vybavit; nadměra informací z médií skrze velkou škálu komunikačních prostředků, které vedou opět k nedostatečné soustředěnosti jedince (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Gaidamowicz a kol., popisují ukotvení poruchy ADHD v současnosti jako poruchu intenzivně zkoumanou skrze lékařské komunity a to celosvětově. Na základě toho se prohlubuje porozumění této choroby, která již nebyla diagnostikována pouze u dětí, ale také u dospělých. Na jedné straně ADHD vyvolává řadu diskusí o potřebě léčby a na straně druhé se diskutuje o tom, zda tato porucha existuje, protože její "morfologická složka" nebyla identifikována a doposud veškeré její příznaky, včetně úzkosti, koncentračních potíží, hyperaktivity, kognitivních poruch nebo sociální disadaptace, lze nalézt v řadě mentálních poruch a somatických onemocnění. Ti, kteří se přiklánějí pro neexistenci poruchy ADHD, často tvrdí, že tato porucha je pravděpodobně temperamentní a rodičovská záležitost spíše než onemocnění (Gaidamowicz a kol., 2018).

Výhody stanovení diagnózy

Při seskupení podobných obtíží na základě klasifikačního systému je možné tyto potíže dále podrobně zkoumat. Ucelené popisy mohou pomoci vědcům při dalším bádání a lékařům při léčbě pacientů. Na základě získávání a předávání informací mohou dále vznikat studie a publikace, které mohou výrazně pomoci konkrétním jedincům se syndromem ADHD, rodičům, lékařům i učitelům (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Diagnózy by měly vyjasnit situaci. Při řešení problému je třeba, aby byl brán zřetel na veškeré aspekty zasahující do diagnózy (specifické poruchy učení, vnější vlivy, možnost mimořádně nadaného dítěte; emoční vlivy – strach či starosti, vliv oční či sluchové vady, případně kombinace problémů). Čím přesněji jsou pochopeny problémy, tím se zvyšuje šance na vhodné řešení, která nepotlačí, ale naopak podpoří individualitu jedince. Taktéž výhodou může být, že dítě pozná lépe samo sebe a může se i seznámit s dětmi, které mají stejný problém (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Nevýhody stanovení diagnózy

Kromě pozitiv s sebou může diagnóza nést i negativa, a to například, že dítě může získat kvůli diagnóze „cech“, který mu zůstane napořád. Diagnóza může rovněž vést i k tomu, že dítě bude veškeré problémy svádět na svou diagnózu a bude vyžadovat úlevy a prominutí nedostatků, které s vadou nesouvisí (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Jakmile jsou všichni aktéři (rodiče, učitelé, dítě) přesvědčeni, že děti se syndromem ADHD jsou prostě takové, tím hůře se bude toto onemocnění projevovat. Z tohoto důvodu může diagnóza vést k tomu, že jedinec s ADHD bude diskriminován v kolektivu, bude pociťovat, že kvůli svému znevýhodnění je vydán napospas osudu, zpohodlní a odmítne pracovat na svých nedostatcích a jejich odstranění (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Z těchto důvodů má diagnóza smysl jen za předpokladu, pokud jí aktéři dovedou správně čelit. Diagnóza, jak již bylo řečeno, vyjasňuje situaci, tudíž napomáhá porozumět jedinci a jeho znevýhodnění a měla by vést k tomu, aby se hledaly vhodné způsoby, jak jedinci s ADHD pomoci při boji s ADHD (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Následná léčba ADHD má více aspektů. V první řadě je dobré, zjistit, za jakých podmínek se slabiny dítěte dostanou do pozadí, a tím tedy kladné stránky do popředí. Avšak je také zapotřebí, aby dítě bylo schopné naučit se alespoň do určité míry přizpůsobit svému okolí a učilo se dovednostem, které mu pomohou zvládat nároky, které jsou na něj kladeny (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Vzhledem k těmto skutečnostem se při zahájení léčby doporučuje kombinace různých metod. Mezi doporučované metody patří: *rodičovský trénink, psychoterapie, koučink při*

učení, trénink sociální kompetence, neurofeedback, intervence ve škole, individuální vzdělávací plán, strava, pohyb a případně i medikace (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

1.5.1 Metody při léčbě ADHD

Rodičovský trénink spočívá v interakci a změně komunikace mezi dítětem a rodičem. Tento trénink vede ke zlepšení výchovných metod u rodiče a prohlubuje vztah mezi dítětem a rodičem. Mimo posílení vztahu je cílem tohoto tréninku nastavit a dodržovat pravidla, nastavit hranice, nastolení kooperace, rozpoznat silné a slabé stránky dítěte i rodiče a pracovat na konkrétním úkolu a cíli. Mezi známe typy rodičovského tréninku lze zmínit STEP, Triple P a další (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Psychoterapie slouží ke zdokonalování sebeovládání dítěte, rovněž si klade za cíl pomoci dítěti, aby se naučilo organizovat a plánovat si věci a tím i zvládat požadavky, které na něj klade okolí. Dítě by se mělo na psychoterapii naučit vnímat a vypořádat se s vlastními emocemi a s pomocí terapeuta by mělo být schopno si o sobě vytvořit pozitivní náhled (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Bartoňová a kol., uvádí jako vhodnou psychoterapeutickou metodu kognitivně behaviorální terapii, která je založena na kognitivních a behaviorálních přístupech, přičemž behaviorální přístup se soustřeďuje primárně na projevy chování a snaží se je směřovat správným směrem (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

Kognitivní přístup je zacílený na myšlenky a postoje k sobě, k ostatním i k okolnímu světu. Nesnaží se léčit, ale zacílit na definované problémy, často je tato psychoterapie kombinované s farmaceutickou léčbou (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

Koučink při učení neboli učení pomocí kreativního učení by u dítěte mělo odbourat nechuť k učení a získat pozitivní přístup. Rovněž se učí efektivnímu učení, což vede ke zlepšení výsledků a zvládnutí situace ve škole (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Trénink sociální kompetence je pro žáka s ADHD velmi důležitý, neboť dítě s ADHD má sklony k horšímu navazování vztahů a má problémy při hledání kamarádů. Tudíž i v kolektivu bývá často odstrkováno a dostává se do role outsidera. Proto pomocí sociálního tréninku se dítě s ADHD učí, jak adekvátně navazovat vztahy, jakým způsobem

konstruktivně řešit konflikty a jak reagovat v obtížných situacích (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Neurofeedback je zaměřen na funkci mozku. Dítě s ADHD se učí, jak ovlivnit schopnost svého mozku, aby se dokázalo lépe soustředit. Tento trénink spočívá ve sledování filmu, při kterém má dítě na hlavě upevněné elektrody sledující mozkovou činnost a zaznamenávající mozkové vlny. Pokud se dítě při sledování filmu například zasní nebo upře pozornost jinam, tak se film zastaví nebo zblednou barvy, což funguje pro dítě jako zpětná vazba, na jehož základě se naučí vědomě ovládat svou mozkovou aktivitu (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Intervence ve škole je jedním z nejdůležitějších aspektů, současně je zásadní podpora a spolupráce s učitelem, který by měl být připraven na jasné, pečlivé vysvětlování dítěti s ADHD takovým způsobem, aby látku pochopilo. Rovněž dítěti škola zajišťuje specifickou podporu. K této podpoře dochází například minimalizací nevýhod u zkoušek nebo speciálně stanovených cílů výuky. Rovněž může být nápomocen asistent pedagoga, výchovný poradce nebo školní psycholog (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Bartoňová, Vítková a kol. uvádí, že terapie HKP musí být komplexní. Nezbytnou součástí je spolupráce mezi učiteli, rodiči, psychologem, dětským psychiatrem a neurologem. U dětí s HKP je třeba dbát, aby měly strukturované prostředí. Na základě této skutečnosti vznikly třídy se speciálním režimem. Speciální režim zajišťuje dětem častější přestávky a možnost měnit polohu při vyučování (možnost pohybu při vyučování) (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

Také je doporučena speciální strava u dětí s ADHD. Jedná se o stravu, která neobsahuje umělá barviva a konzervační látky. Stravování je často založené na bezlepkové dietě, rovněž potraviny s omega-3 mastnými kyselinami, zinkem, železem a magnezium jsou označovány za prospěšné a zmírňující projevy syndromu ADHD. Ovšem vliv stravy není jednoznačně potvrzen, ale ani vyloučen (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Taktéž je zaznamenán pozitivní vliv pohybu na děti s ADHD. Pohyb vede k většímu soustředění, napomáhá se vyrovnat s vnitřním neklidem, což má pozitivní dopad i na učení dětí s ADHD (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Reedukací se rozumí utváření psychických funkcí, nezbytných pro získání složitějších dovedností. Například reedukace dyslexie znamená v první řadě utváření či rozvíjení psychických funkcí, které vedou k zvládnutí čtenářských dovedností a v druhé řadě utváření dovedností čist. Nejedná se o nápravu, ale o utváření nových návyků a dílčích dovedností. Při reedukaci se postupuje od nedostatečně rozvinutých psychických funkcí k utváření dovedností, aniž by byla brána v potaz současná výuka ve třídě, nenahrazuje výuku. V zahraničí se užívají pojmy intervence či pedagogické intervence (Zelinková, 2015).

Základem reedukace u žáka s ADHD je rozbor všech dostupných informací, a to z diagnostiky dítěte, sledování rodičů, učitelů, dalších dospělých a vrstevníků – tedy všech, se kterými dítěte s ADHD přichází do styku. Hlavní postupy vyplývají z důkladné syntézy poznatků, přičemž zprvu není cílem úprava chování dítěte, ale úprava podmínek, ve kterých dítě žije. Zároveň je podstatná eliminace negativních podnětů, které mohou být spouštěčem (Zelinková, 2015).

Účastníky reedukace jsou: rodiče, škola, vrstevníci a dítě s ADHD. Z toho vyplývá, že reedukaci nelze zacílit pouze na dítě samotné, neboť reedukace pracuje i s přejatými vzorci chování a podněty z okolí. Reedukace vede k získávání nových vzorců chování a cílí na celkové zlepšení způsobu života dítěte (životní styl, podmínky, ve kterých dítě žije). Dospělí v okolí dítěte se musí snažit porozumět jeho obtížím, aby mohlo být těchto cílů dosaženo (Zelinková, 2015).

Mezi základní postupy patří: **pozitivní posilování společně s mírnými tresty** (musí následovat ihned po splnění úkolu, i lehkého úkolu), **častá zpětná vazba** (nesmí narušit plnění úkolu, po upozornění na chybu následuje doporučení, jak chybu napravit, výtky musí probíhat v klidné atmosféře, dítě s ADHD by mělo sedět, co nejbližší u učitele), **instrukce a pokyny** (obsahují pouze několik kroků, při zadávání učitel udržuje s dítětem oční kontakt, dítě zadání zopakuje, nezáleží na náročnosti úkolu), **úkoly** (jednoduché, splnitelné, krátké), **bez diskuze o vhodnosti chování** (pevně a jasně stanovené mantinely a jasně daná pravidla, která dítě dodržuje), **vhodně informovat okolí o obtížích dítěte** (předcházet izolaci dítěte od ostatních či vyčlenění z kolektivu), **respektování stylu učení** (častý globální styl učení – vnímání celku), **nácvik metakognitivních operací** (učení dítěte o jeho vlastním stylu učení, vede k seberegulaci, zaměřeno na řízení sebe samého,

pozorování vlastních pracovních postupů, sebehodnocení), **sebekontrola a sebehodnocení** (dítě je vedeno k tomu, aby si uvědomovalo své chování a jeho následky), **pevné nervy a optimismus rodičů** (náročné situace, především sociální interakce), **denní režim** (zajišťují primárně rodiče) (Zelinková, 2015).

V nejzávažnějších případech je možná medikace, která je založena na methylfenidátu či atomoxetinu, avšak medikace by měla být posledním krokem, a to jen za předpokladu, že ADHD výrazně komplikuje život samotnému jedinci a jeho okolí (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Dle Bartoňové a kol. je pro terapii velmi důležité, o jakou formu ADHD se jedná, zda se jedná o „čistou“ formu ADHD či jsou k ADHD přidružené i další psychiatrické komorbidity. Nyní jsou nejčastějšími medikamenty na ADHD využívány psychostimulanty – methylfenidát sodný (Ritalin, Concerta) nebo nonstimulační atomoxetin (Strattera) (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

Nejčastěji se využívá medikace psychostimulanty methylfenidátu sodného. V případě, že tento stimulant neúčinkuje nebo je pro jedince nevhodný, bývá navržena medikace na bázi atomoxetinu. Taktéž se pro léčbu HKP užívají léky z řad antidepresiv, nonadrenergických antidepresiv, antipsychotik, alfa adrenergických látek atp. (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

V současné době je doporučován behaviorální vzdělávací přístup, psychoterapie dítěte a rodiny za podpory farmaceutik z řad stimulancií. Tyto léky mají prokazatelné účinky na utlumení hyperaktivity u dětí s ADHD a rovněž zlepšují výsledky učení (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

Léky na bázi stimulancií doplňují deficit v dopaminu a noradrenalinu, přičemž se tyto léky doporučují podávat dětem do 12 let, aby se případně dalo vyhnout vzniku závislosti, která však doposud nebyla prokázána (Bartoňová, Vítková a kol., 2013).

Drtílková a Šerý uvádějí ve své publikaci výčet způsobů léčby ADHD pomocí léčiv. Využívána jsou stimulantia: methylphenidát (Ritalin), amfetamin, amfetaminil (Aponeuron), retardovaná forma methylphenidátu (Concentra), methylphenidát ve formě náplastí (Daytrana path), modafinil (Provigil). Nestimulační látky: atomoxetin (Strattera), antidepresiva, tricyklická antidepresiva, heterocyklická antidepresiva (Wellbutrin),

inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu, inhibitory monoaminoxidázy, clonidin (Catapresan). Antipsychotika (neuroleptika): Risperidon (Risperdal, Rispen). Nootropika: Pirecetam (Nootropil, Geratam, Oikamid, Kalikor), pyritinol (Encephabol, Enerbol), meclofenoxát (Cetrexin, Lucidril). Avšak z tohoto výčtu léčiv nejsou všechna využívána v ČR (Drtílková, Šerý, 2007).

1.6 Vývojová období a projevy ADHD

V této kapitole budou rámcově popsány charakteristické projevy dítěte s ADHD v jednotlivých vývojových etapách od kojeneckého období po časnou dospělost. Každá z těchto jednotlivých etap je stěžejní pro pochopení vývoje a chování dítěte s ADHD v celistvém pohledu.

V **kojeneckém období** se ADHD projevuje nejčastěji poruchou základních biorytmů, především narušeným spánkem, dítě je neklidné, dráždivé, propuká častěji v pláč a vyžaduje krmení (Ptáček, Ptáčková, 2018).

Projevy jsou patrné v interakci s okolím, zejména s matkou. Kojenci mají často převrácený denní režim, kdy ve dne pospávají a v noci bývají vzhůru, skrze negativní emoce (křik, pláč), se snaží přimět matku k interakci, přičemž se matce nedaří dítě utiшит a ocitá se ve „dvojí vazbě“ - matka se snaží dítě utiшит, ale opět to vyvolá jen pláč. V matce se hromadí výčitky a úzkost, zda svou roli rodiče vykonává dobře. Dochází k absenci radostných interakcí. Panuje napjatá atmosféra, která narušuje veškeré vtahy v rodině (Drtílková, Šerý, 2007).

V **batolecím a předškolním věku** je patrná porucha inhibice, a to emoční i behaviorální. V tomto období dítě vykazuje zvýšenou divokost, vzteká se, vyžaduje pozornost (Ptáček, Ptáčková, 2018).

V batolecím věku dítě, jak již bylo zmíněno výše, vyžaduje nadměrnou pozornost, a to zejména matky, neboť je náchylnější k úrazům a pádům vzhledem k jeho nepředvídatelným reakcím. Období vzdoru, které probíhá v této vývojové etapě, je taktéž náročnější, neboť u dítěte s ADHD probíhá v intenzivnější formě. Rodiče často při výchově podléhají afektu a atmosféra je tím opět napjatá (Drtílková, Šerý, 2007).

Často vzniká problém při umístění dítěte do předškolního zařízení, neboť pro dítě se zvýšenou hyperaktivitou je obtížné navyknout dennímu režimu zařízení, protože není zcela schopno se podřídít či přizpůsobit. Dítě se setkává s novými sociálními interakcemi s širším okolím a je okolím hodnoceno (Drtílková, Šerý, 2007).

Během období **školního věku** se u dítěte projevují problémy primárně v době, kdy nastoupí do školy, neboť v tehdy je již nezbytné, aby se dítě podřídilo dennímu režimu. Toto období je charakteristické výraznými projevy kognitivních dysfunkcí (nepozornost, nesoustředěnost) a tyto aspekty vedou ke školní neúspěšnosti navzdory tomu, že dítě má dobrý intelekt. Děti s ADHD ve školním věku jsou často dráždivé, mohou mít sklony k agresivnímu chování či ke sníženému sebehodnocení (Ptáček, Ptáčková, 2018).

Školní věk autoři hodnotí jako nejnáročnější etapou pro dítě s ADHD, jelikož požadavky okolí jsou pro dítě náročnější, než na jaké bylo doposud zvyklé z rodinného prostředí. Jedná se o požadavky, které dítě není schopno adekvátně plnit, například ukázněnost, být schopno se plně ovládat, soustředit se či podávat výkony. Následují špatné školní výsledky a negativní hodnocení chování dítěte, které je trestáno jak ve škole, tak i doma (Drtílková, Šerý, 2007).

Impulzivita u dítěte vyvolává větší úzkostlivost. Rodiče prožívají bezradnost ohledně výchovy dítěte, neboť výchova, kterou byli sami vychováváni, nefunguje. Často dochází ke konfliktům mezi rodiči, jelikož výchova je často příliš striktní nebo naopak příliš benevolentní. Taktéž bývá problém, pokud je v rodině další dítě, které nemá ADHD a je stavěno na piedestal a uváděno jako vzor „hodného dítěte“. To vyvolá pouze konflikt mezi sourozenci, kdy dítě s ADHD může sourozenci začít škodit různými zlomyslnostmi (Drtílková, Šerý, 2007).

V této vývojové etapě je zacíleno na hodnocení výkonu dítěte, přičemž tato skutečnost přímo ovlivňuje sebehodnocení dítěte. Dítě tedy získává buď pocit úspěšnosti, spokojenosti nebo naopak pocit méněcennosti, což má vliv na utváření jeho vlastní osobnosti. V tomto případě je dítě často negativně hodnoceno, a toto hodnocení reprodukuje o sobě samém svému okolí. Je třeba najít oblast, ve které se dítě bude cítit úspěšné a shledá tak pozitivní hodnocení od sociální skupiny, jinak by dítě mohlo vyhledávat aktivity, které mohou být až disociálního charakteru, jen aby si zajistilo úspěšnost. Je proto vhodné podporovat dítě v zájmové

aktivitě, ideálně v takové aktivitě, která bude mít pozitivní vliv i na jeho profesní orientaci (Drtílková, Šerý, 2007).

Pokud některé úkoly nebyly zvládnuty během vývojového období školního věku, přesunují se do období adolescence, přičemž pokud se nezdařilo podpořit výkonnost či sociální začlenění dítěte v předchozím období, je pro dítě náročné najít si vlastní identitu a vžít se do své sociální role. Byť v tomto období již odeznívá neklid u dítěte, impulzivita je stále přítomna, tudíž řešení konfliktů s vrstevníky či především s rodiči může být vyhocené. Pro rodiče je tato fáze velmi náročná, složitě hledají kompromis mezi volností a nepřímé kontroly nad hyperaktivním dítětem (Drtílková, Šerý, 2007).

Adolescent s ADHD může pociťovat sociální izolaci a poruchu sebehodnocení. Rovněž mohou mít zájem o experimentování s návykovými látkami a je zde možnost projevu poruchy chování (Ptáček, Ptáčková, 2018).

Jedinci se v období **časné dospělosti** mohou potýkat se sociální maladaptací, mohou mít potíže s organizací práce či studia, stejně tak problémy s navazováním vztahů. Nacházejí se v rizikové skupině, která má tendenci zneužívat návykové látky a taktéž u nich hrozí výskyt vyšší míry kriminality (Ptáček, Ptáčková, 2018).

1.6.1 Projevy ADHD ve škole

Žáci s ADHD prožívají věci a vnímají svět značně odlišně nežli jejich vrstevníci. Jejich chování je rovněž nestandardní v komparaci s běžnými vrstevníky, neboť u žáka s ADHD bude v popředí nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Přičemž jak již bylo zmíněno, existují různé subtypy ADHD, kdy může převyšovat hyperaktivita, nepozornost či se může jednat o smíšenou variantu, dle subtypu se odvíjí chování a projevy jedince s ADHD (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

U žáků s ADHD, u kterých převažuje primárně nepozornost lze označit jako snílky. Velkým problémem těchto žáků je zapomnětlivost, ztrácení věcí, lehce se nechají rozptýlit a jsou duchem nepřítomni (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Jakmile jsou děti s tímto typem ADHD autoritativně nuceni k činnosti, vzniká často problém s pozorností. Naopak je potřeba dítěti nechat větší volnost a nechat ho pracovat na úkolu,

které si samo zvolí, neboť pokud pracují na něčem, co je skutečně zajímavá, jsou schopni udržet pozornost lépe než vrstevník s absencí ADHD (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Rodiče nepozorné dítě často napomínají, aby udrželi jeho pozornost při činnosti. Ve škole se od jedince s ADHD očekává, že udrží delší dobu pozornost u jediného úkolu, bude pozorně po celou dobu poslouchat a reagovat na příkazy, starat se o věci, dělat domácí úkoly a umět si naplánovat a rozvrhnout práci a dokáže v okamžiku přeorientovat pozornost na jiný podnět z pokynu učitele. Celý tento výčet jsou činnosti, které dítěti s ADHD dělají potíže a vzniká tím problém (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Žáci s ADHD se subtypem, u kterého převažuje hyperaktivita, mívají problém při setrvání na jednom místě a v klidné poloze. Proto sezení v klidu po dlouhou dobu je pro ně v podstatě nemožné. Často se během výuky začnou procházet po třídě, vrtí se na židli či bouchají do stolu, což značně narušuje výuku (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Projevy impulzivity u žáků s ADHD se projevují v neschopnosti ovládnutí emocí a bezmyšlenkovitým jednáním. Tito žáci jsou velmi netrpěliví. V hodině budou často vykřikovat a narušovat tím hodinu. Úkoly potřebují okamžitě realizovat, jsou nedočkaví. Pokud propadnou vzteku a nebudou schopni projevy vzteku potlačit, mohou začít mlátit do věcí a něco rozbít (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

Problém nastává zejména v sociální sféře, jelikož tyto jedinci nejsou schopni brát v potaz potřeby svého okolí. Problémy jim dělá respektovat pravidla, dovolit se, zda něco mohou, nerespektují osobní prostor druhých ani nejsou schopni rozpoznat, zda nepřekročili meze. Pro okolí včetně rodičů je zcela nepochopitelné, že se tyto děti nedokáží poučit ze svých chyb (Rietzlerová a Grolimund, 2018).

1.7 Podpůrná opatření

1.7.1 Inkluzivní vzdělávání

Tato kapitola pojednává o inkluzivním vzdělávání, které je úzce spjaté s tematikou celé diplomové práce *Vzdělávání žáků s ADHD na základní škole*. Pro žáky s ADHD je třeba podpůrných opatření, které inkluzivní přístup umožňuje a je v současné době preferován. Vysvětlen je princip inkluze včetně metodiky a funkcí pedagogických pracovníků, kteří se

na inkluzivním vzdělávání podílejí v rámci stupňů podpůrných opatření. Rovněž jsou vysvětleny pojmy, které jsou s inkluzivním vzděláváním úzce spjaté.

Pojmy integrace či inkluze se čím dál častěji užívají vzhledem k vývoji výchovně-vzdělávacích systémů směrem k hodnotám rovnosti (*equality*) a spravedlivosti (*equity*), které mají vést ke spravedlnosti (*justice*). Avšak od začátku 90. let probíhalo zařazování dětí s různými znevýhodněními či postiženími (později: žáků se „speciálními vzdělávacími potřebami“ – SVP) do běžných škol na základě dohody mezi rodiči a školou. Počet těchto žáků rostl, ale po deklaraci ze Salamanky z roku 1994 se objevil pojem inkluzivního vzdělávání s tím, že „pouhá integrace nestačí“ (Štech, 2018).

Inkluzivní přístup je založen na principu zapojování osob s postižením do běžných činností stejně jako u osob bez postižení. Ideální průběh inkluze probíhá bez využití speciálních prostředků či postupů. Ovšem v případě nutné potřeby je jedincům s postižením poskytnuta adekvátní pomoc a podpora. Tento princip je znatelně odlišný od přístupu integračního, který inkluzi předcházela (Slowík, 2016).

Integrační postupy spočívaly ve využití podpůrných prostředků a speciálních metod či speciálních pomůcek při začleňování postižených osob. Tudíž integrační postupy upřednostňovaly funkci speciálních škol, které byly přizpůsobeny pro osoby s postižením. Oproti tomu inkluzivní přístup spočívá v začleňování žáků s postižením do běžných škol, kdy výuka probíhá společně s žáky bez handicapů, pomocí běžné výuky a bez speciálních pomůcek či metod (Slowík, 2016).

Inkluzivní přístup se týká žáků s postižením, narušením či ohrožením (PNO). Rovněž jsou to *žáci se speciálně pedagogickými potřebami, žáci se speciálními výchovně-vzdělávacími potřebami a žáci se speciálními vzdělávacími potřebami*. V legislativě ČR je z výše uvedeného pevně ukotven pojem **speciálně vzdělávací potřeby (SVP)**. A tyto **speciálně vzdělávací potřeby** se netýkají pouze žáků s postižením, ale i žáků bez postižení (Lechta, 2016).

Speciálně vzdělávací potřeby (special educational need) je termín označující různé skupiny lidí, které mají různé specifické potřeby při vzdělávání. Jedná se o žáky se zdravotním postižením, žáky ze znevýhodněného sociálního prostředí, žáky s mimořádným nadáním,

děti a dospělí z rodin imigrantů, etnických a jazykových menšin. Moderní pedagogika a vzdělávací politika vytváří příslušné vzdělávací programy. Potřebná ustanovení a náležitosti spojené s tímto trendem upravuje školský zákon č. 561/2004 Sb. (Průcha, Mareš, Walterová, 2013).

Vzdělávání žáků s handicapem v legislativě

Předškolní a školní vzdělávání dle **zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání** ve znění pozdějších přepisů, stanovuje vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami primárně v běžných základních a středních školách. Vzdělávání znevýhodněných dětí, žáků a studentů ošetřuje s účinností od 1. září 2016 **vyhláška MŠMT ČR č. 27/2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných**, která stanovuje pravidla pro vypracování individuálního vzdělávacího plánu, který je nutný pro integrované vzdělávání v běžné škole pro žáky či studenty se závažným znevýhodněním. Rovněž tato vyhláška obsahuje základní informace o činnosti asistenta pedagoga a ostatní podpůrná opatření. Podpůrná opatření jsou nyní rozdělena do pěti stupňů a jsou praktikována na základě doporučení školských poradenských zařízení (Slowík, 2016).

Pedagogicko-psychologické poradenství

Poradenské služby jsou určeny pro rodinu, učitele a vychovatele, neboť každý z nich občas potřebuje poskytnutí rady a podpory při zlepšení stavu či edukace žáka s postižením. Pro tyto účely mohou využít tato školská poradenská zařízení: **pedagogicko-psychologickou poradnu (PPP)** a **speciálně pedagogická centra (SPC)**. Obě poradenská zařízení spolupracují se školou v rámci vytváření individuálních vzdělávacích plánů pro integrované žáky a činnosti asistentů pedagoga, napomáhají správně indikovat speciální pomůcky. Avšak hlavní činností **PPP** je diagnostika a poradenství pro žáky se specifickými poruchami učení, poruchami chování a výchovně vzdělávacími obtížemi, oproti tomu **SPC** se specializuje na konkrétní druhy postižení a je možné ji zřídit při speciálních školách (Slowík, 2016).

Poradenské služby slouží jako systém pro podporu člověka *v krizovém, náročném či ohrožujícím období života*. Pro rodinu je dítě s handicapem často velmi zátěžová situace, která může mít fatální důsledky, jako například rozpad rodiny. Žák s PNO potřebuje

v určitých obdobích jinou míru podpory, někdy se jedná o dlouhodobou a intenzivní míru podpory (Lechta, 2016).

Poradenské služby rovněž zajišťují služby, které jsou zaměřené na *překonávání obtíží v učení a vzdělávání*, které poskytují *speciální pedagogové, a další odborníci například z řad logopedie*, kteří umožní zlepšit edukační proces u žáků s PNO. Osoby se zdravotním postižením mají často určité zvláštnosti v psychických procesech, proto i z tohoto hlediska je nutná podpora poradenských služeb (Lechta, 2016).

Z toho vyplývají základní cíle poradenství a to a) *cíl týkající se klienta poradenství* (poradit, překonat, podpořit) a b) *cíl týkající se edukačního a sociálního prostředí* (pedagogové, rodina, vrstevníci), (Lechta, 2016).

1.7.2 Inkluzivní didaktika

Základem inkluzivní pedagogiky je včasná realizace pedagogické intervence, která má nastat již v začátcích obtíží v učení. Rovněž efektivním řešením jsou preventivní opatření, která by měla sloužit jako prevence před jakýmkoliv neúspěchem v učení a minimalizovat počet slabě prospívajících a neprospívajících žáků. Rovněž lze nastavit korektivní opatření, které je opatřením při nedostatečném osvojení učiva (Lechta, 2016).

V pracovní náplni učitele pojme více než polovinu času vlastní vyučovací proces, jehož hlavními činnostmi jsou: *motivace žáků k učení, konkretizace obsahu a cílů výuky, volba prostředků vyučování a výchovné působení učitele* (Lechta, 2016).

Konkretizace obsahu vyučování:

přizpůsobení výběru učiva dané třídě nebo jednotlivcům;

přizpůsobení uspořádání učiva žákům;

věcná korektura učiva podle nových poznatků vědy, umění a praxe;

doplňování učiva např. podle zkušeností žáků;

změna časového rozvrhu učiva podle konkrétního postupu žáků, redukce nebo rozšíření učiva podle času, který je k dispozici;

dotváření priorit a struktur učiva (ibid.).

(Lechta, 2016, 136 s.)

Efektivní vyučování má vědecké zastoupení v didaktice, která si pokládá tyto 4 základní otázky:

koho vyučovat,

co vyučovat,

jak vyučovat,

za jakých podmínek má probíhat vyučování a učení,

s jakým efektem vyučovat (vychovávat)?

(Lechta, 2016, 137 s.)

Při plánování edukačních procesů pro žáky s PNO, vyučující vychází z kurikulárních standardů, které jsou sestaveny na základě vývojového hlediska žáků a skrze vzdělávací programy a standardy, které napomáhají zjednodušení situace. Ovšem při začleňování žáků s PNO se při pokládání výše uvedených otázek situace komplikuje, neboť je nutné, aby docházelo k individualizovanému plánování obsahové a instrukční adaptace (Lechta, 2016).

Při plánování inkluzivního vyučování je třeba vycházet z dobré pedagogické diagnostiky učitele a pracovat se čtyřmi základními komponenty: učební prostředí, modifikace obsahu vzdělávání, modifikace procesu vyučování, modifikace produktu (Lechta, 2016).

Dítě s PNO je často limitované a má snížený výkon v některé školní dovednosti (psaní, počítání, čtení), proto je třeba věnovat mu zvláštní pozornost při rozvoji dovedností, které často nejsou obsahem běžných předmětů. Jedná se například o tyto dovednosti: *osvojení alternativní komunikace u žáků s poruchou sluchu, narušenými komunikačními schopnostmi nebo poruchami autistického spektra, rozvíjení samostatné lokomoce a orientace v prostoru u nevidomých*. V následující tabulce je uveden přehled typických oslabení, který je při inkluzivním vzdělávání nejvyskytovanější a se kterým se učitelé často setkávají.

Tabulka č. 1 – *Typické charakteristiky problémů v učení u nejzastoupenějších obligatorních diagnóz (Lechta, 2016, 138 s.)*

Oblast	Popis problémů
Poruchy pozornosti	Žák se neumí soustředit během přednášky či výkladu učiva, umí pracovat pouze krátkodobě, je lehce vyrušitelný, může se u něj projevit hyperaktivita.
Oslabené motorické schopnosti	Žák má těžkosti různého stupně s hrubou a jemnou motorikou, případně koordinací pohybů a série pohybů (dynamická apraxie).
Problémy v percepci	Žák má problémy ve vnímání a zpracování auditivního nebo vizuálního podnětu/informace. Mohou se objevovat i problémy v intermodalitě – převod písemného stimulu do auditivního.
Oslabené kognitivní strategie učení	Žák neví, jak má uchopit úkol, neumí si naplánovat postup v úkolech a učení, projevuje se pasivním stylem učení.
Potíže s komunikační schopností	Student má narušené nebo oslabené komunikační schopnosti, problémy v orální expresi, v porozumění řeči a instrukcím, má zaostávající slovní zásobu, narušený jazykový cit v orální nebo psané komunikaci, problémy v pragmaticke řeči, problémy ve fonologické rovině jazyka.
Potíže ve čtení	Žák má problémy v různých oblastech čtení a gramotnosti, jako je dekódování slov (rychlost/plynulost čtení, technika čtení, chybovost ve čtení) a čtení s porozuměním.
Potíže v psaní	Žák má problémy s psaním diktátů (ortografické potíže), s grafickou podobou samostatného psaní, s popisem a při psaní číselných znaků. Oslabení se projevuje v rychlosti psaní, kvalitativních grafických oblastech, např. sklon, linearita, stálost písma, poměr grafémů.
Potíže matematice	Žák má problémy v kvantitativním uvažování a odhadu, v matematických operacích, v písemné stránce matematických úkolů, problémy s chápáním matematických pojmů a instrukcí.

**Oslabené
sociální
dovednosti**

Žák má problémy v komunikaci a chování v různých sociálních situacích, problémy v navazování a udržení sociálních vztahů a přátelství.

Inkluzivní vyučování se specializuje na propojení edukace či terapie přímo s výukou, a to za pomoci zahrnutí tréninku oslabených dílčích schopností, které jsou rozvíjeny v rámci jednotlivých vyučovacích hodin nebo i skupinově. Při začleňování žáka se syndromem ADHD učitel společně se speciálním pedagogem vyberou cíle (z oblasti percepce či kognice) a aktivity, které jsou poté začleněny do výuky.

Co se týče formy inkluzivního vyučování, je třeba velké flexibility v organizačních formách výuky. Nejvíce využívaná je frontální výuka (i navzdory tomu, že je velmi kritizována), ale rovněž mezi formy inkluzivního vyučování patří: *skupinové a kooperativní vyučování, individualizované a diferencované vyučování, systémy různých organizačních forem při projektech a integrovaných učebních celcích a domácí studium*. Inkluzivní systém spočívá ve flexibilitě, do kterého lze zapojit větší počet účastníků edukace a několik tříd. V inkluzivním systému většina evropských školních systémů nabízí různé kombinace vyučování s třídou a se skupinou a mnohé typy individuálního vedení. Mezi tyto typy patří výuka, kdy se *žák účastní celého vyučování, žák se účastní většiny vyučování, žák je částečně vzděláván ve zvláštní třídě, žák je většinou vzděláván ve speciální třídě*, rovněž lze zahrnout *vzdělávání ve speciální škole* (může být internátní, zřízená při zdravotnickém zařízení či při speciálních výchovných zařízeních a poradenských centrech), *obrácená integrace* (intaktní žáci tvoří malou část ve třídě, prostředí je poměrně segregované – specializované, příliš se tato forma nevyužívá), *individuální vyučování v domácím prostředí* (využívá se u žáků s různými zdravotními kontraindikacemi a limitovanými možnostmi docházet do školy), (Lechta, 2016).

1.7.3 Třístupňový model péče (3MP)

Třístupňový model péče slouží k diagnostice a podpoře žáků s SPU na základě tří složek, a to **1) individualizovaná pomoc učitele, 2) plán pedagogické podpory a 3) individuální vzdělávací plán** (Kucharská a kol., 2014).

První složka individualizovaná pomoc učitele, spočívá v práci učitele případně třídního učitele, který zachytí prvotní obtíže, provede pedagogickou diagnostiku a na základě této diagnostiky žákovi pomáhá v hodinách, případně realizuje pomoc i mimo vyučování. Učitel vytváří pro žáka speciální pomůcky, které vyhovují jeho speciálním vzdělávacím potřebám. Je nutná intenzivní spolupráce s rodiči (Kucharská a kol., 2014).

Rovněž učitel vytváří žákovi portfolio a zakládá jeho práce, aby bylo možné pozorování, zda je posun při eliminaci obtíží. Pokud se po 3-6 měsících individualizované pomoci potíže nemírní, je nezbytné začít spolupracovat se školním poradenským pracovištěm či školním poradenským zařízením v rámci konzultačního modelu péče (Kucharská a kol., 2014).

Funkcí plánu pedagogické podpory je pomoci žákovi. Plán pedagogické podpory je strukturovaný a zacílený na jednotlivé předměty a přístupy k žákovi, taktéž popisuje žakovy silné a slabé stránky. Na vytváření plánu pedagogické podpory se podílí učitel spolupracující s odborníky ze školního poradenského pracoviště (školní psycholog, školní speciální pedagog a výchovný poradce), je možné i využívat skupinových forem péče o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami v rámci dané školy (Kucharská a kol., 2014).

Rovněž je využíváno individualizované podpory, kterou poskytuje proškolený učitel, školní psycholog či speciální pedagog. Jedná se o opakovanou individuální práci se žákem. V případě, že i plán pedagogické podpory je neúčinný v rozmezí 3-6 měsíců, je třeba realizované postupy analyzovat a po analýze je třeba komplexního pedagogicko-psychologického vyšetření ve školském poradenském zařízení (Kucharská a kol., 2014).

Závěrečnou složkou třístupňového modelu péče je individuální vzdělávací plán. Žák, který nepřekonal vzdělávací potíže za pomoci předchozích dvou stupňů je vyšetřen školským poradenským zařízením, pokud mu byla diagnostikována SPU je vypracován IVP a jsou doporučeny a realizovány odborné intervence dle charakteru specifických obtíží (Kucharská a kol., 2014).

Tento třístupňový model péče je zaměřen zejména na počáteční vzdělávání, kde funguje jako klíč při zvládnutí veškerých aspektů vzdělávání a zvládnání rolí v něm u každého žáka. Způsob, jakým je zvládnutý počátek vzdělávání, má zcela zásadní dopad na celkovou motivaci žáka při vzdělávání, na rozvoj jeho školních dovedností a na sebepojetí a

sebehodnocení žáků. Tudíž je důležité věnovat se žákům i s dílčími problémy v této etapě vzdělávání, veškerá práce s žákem v tomto období se v budoucnosti pozitivně projeví (Kucharská a kol., 2014).

V rámci 3MP je důležitá a stěžejní role učitele, a to zejména při řešení vyskytujících se prvotních problémů. V tomto případě učitel zajišťuje veškeré prvotní intervence ve prospěch žáka. V tomto případě je nezbytné, aby učitel zachoval profesionalitu a tato situace často klade nároky i na jeho další vzdělávání (Kucharská a kol., 2014).

Velmi důležitým aspektem při realizaci 3MP je spolupráce s rodiči, a to jak při prvotním výskytu obtíží, tak i při řešení obtíží žáků. V případě prvního stupně jsou rodiče vstupují do přímé pomoci, při druhém a třetím stupni se rodiče dostávají do role partnera (Kucharská a kol., 2014).

V případě realizace činnosti školského poradenského pracoviště neboli v rozšířené variantě, jsou principy 3MP často velmi účinné (Kucharská a kol., 2014).

Pro účinnost principu 3MP je nezbytné věnovat tomuto systému určitý čas. Často se jedná o dobu v rozmezí 3-6 měsíců. Problémy jsou řešeny v rámci kooperace všech aktérů najednou a až za předpokladu, že dochází k selhávání opatření, následuje odborné posouzení, případně přidělení diagnózy a zařazení žáka mezi žáky s SPU (Kucharská a kol., 2014).

Empirická část

V empirické části bude využita kvalitativní metoda výzkumu, přičemž se bude jednat o případovou studii, hloubkový polostrukturovaný rozhovor a zúčastněné pozorování. Vypracované budou dvě případové studie, týkající se dvojčat s ADHD. Bude popsána jejich osobní a rodinná anamnéza, včetně výhledů na základě diagnóz. Dále bude zahrnut rozhovor s matkou a pozorování na nápravném cvičení v PPP a rediagnostice v SPC. Výzkumná část měla obsahovat i rozhovor s učiteli, avšak učitelé odmítli rozhovor kvůli GDPR (i přes žádost matky a za předpokladu, že by byla zachována anonymita). Z tohoto důvodu jsem zařadila pozorování, kdy jsem směla být přítomna v rámci cvičení se speciálním pedagogem v PPP a u vyšetření v SPC s dvojčetem A, přičemž speciální pedagogové byli seznámeni se skutečností, že pozorování je součástí diplomové práce.

2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit jakým způsobem se vzdělávají žáci s ADHD na základní škole, a to primárně z pohledu rodiče. Jaké obtíže a zvláštnosti doprovázejí výuku těchto žáků ve škole i doma. Jaké podpůrné opatření je potřeba realizovat pro tyto žáky. Jaký je přístup k žákovi s ADHD ze strany školy? Jaký je přístup rodiče ve výchově a vzdělávání dítěte s ADHD?

3 Kvalitativní metoda

Kvalitativní výzkum lze charakterizovat na základě metodologie, která je zcela odlišná od kvantitativního přístupu, avšak oba přístupy lze kombinovat ve výzkumu. Zatímco u kvantitativního výzkumu se považuje za charakteristickou metodu sběru dat dotazník, u kvalitativního výzkumu je za charakteristickou metodu sběru dat rozhovor, avšak tato charakteristika je značně zjednodušená. Co se týče kvantitativní metodologie, statisticky její reprezentativní vzorek, který odhalil poměry a vztahy v tomto vzorku, lze zobecnit například na celou populaci učitelů. To však nelze v rámci kvalitativní metodologie (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Proces kvalitativního výzkumu je cirkulativní, oproti kvantitativnímu výzkumu, který naopak je spíše lineární. Fáze kvalitativního výzkumu se vzájemně překrývají a jsou paralelně realizovány a výzkumník se často vrací k předchozím stádiím, která jsou následně

výzkumníkem modifikována. Cirkulární, tedy kvalitativní model výzkumu je charakteristický tím, že je zcela znatelný jeho začátek a konec (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Výzkumník vstupuje do výzkumu s vlastními předpoklady, na konci výzkumu vzniká nově vytvořená teorie. Do těchto fází vstupuje cirkulární cyklus, který zahrnuje výběr případů do vzorku, sběr dat a paralelně probíhá analyzování a interpretace těchto dat. Případy jsou jednotlivě mezi sebou porovnávání a na základě vznikajících analýz jsou vybírány nové případy a probíhá sběr dalších dat. Během výzkumu je možné se kdykoliv vrátit k některé z jednotlivých fází a modifikovat ji (Švaříček, Šed'ová, 2014).

V rámci kvalitativního výzkumu je třeba dodržet následující fáze: *stanovení cílů výzkumu, vytvoření konceptuálního rámce, definování výzkumných otázek, rozhodnutí o metodách sběru dat, zajištění kontroly kvality výzkumu, sběr dat a jejich organizace, analýza a interpretace dat, formulování závěru do výzkumné zprávy* (Švaříček, Šed'ová, 2014, str. 54).

4 Případová studie

Případová studie patří k základním designům kvalitativního výzkumu. Jedná se o detailní studii jednoho, či několika případů, která je považována za jeden ze způsobů, jak porozumět složitým sociálním jevům. Studie případů dříve byly spíše na objednávku konkrétních klientů a bádání se zejména využívala k účelům léčby či rozvoji klienta. Později případová studie přestala sloužit jen klientům (výzkumným objektům), ale bádání bylo využíváno i pro teorie jednotlivých disciplín. Případová studie je výzkumným designem, který je zaměřen na velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika případů (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Empirické strategie případové studie jsou charakteristické vymezenými hranicemi prostorovými i časovými, zkoumání sociálního jevu se odehrává v reálném kontextu, a to za co nejpřirozenějších podmínek výskytu jevu a pro získání relevantních dat je využito všech dostupných zdrojů a metod sběru dat. Případová studie bývá často volena za předpokladu, že ve výzkumné situaci se lze zeptat proč či jak se určité současné jevy, nad kterými má výzkumník pouze omezenou nebo žádnou kontrolu a jako výzkumník jejich existenci ovlivňuje zcela minimálně či vůbec (Švaříček, Šed'ová, 2014).

4.1 Rozhovor

Hlubkový rozhovor je definován jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu badatelem pomocí otevřených otázek. Jedná se o nejčastější metodu kvalitativního přístupu, jejíž účelem je zkoumání členů určitého prostředí a cílem je získat stejné porozumění pohledu jiných lidí na daný jev, aniž by došlo k omezení pohledu, dané skupiny lidí, skrze výběr položek v dotazníku. Hlubkový rozhovor je vhodný pro zachycení výpovědí v jejich přirozené podobě, což se považuje za jeden ze základních principů kvalitativního výzkumu (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Rozhovor lze rozdělit na rozhovor polostrukturovaný a nestrukturovaný. V polostrukturovaném rozhovoru má badatel předem připravenou část otázek či témat, ze kterých během rozhovoru vychází, oproti tomu nestrukturovaný (narativní) rozhovor vychází například pouze z jedné připravené otázky či tématu a dále se badatel dotazuje na základě získaných informací během rozhovoru od účastníka výzkumu (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Polostrukturovaný rozhovor je často využíván například při případové studii či zakotvené teorii, oproti tomu nestrukturovaný rozhovor je častý pro biografický design. Avšak hlubkový rozhovor není založen pouze na získání rozhovoru a jeho přepisu, tento proces obsahuje rovněž výběr metody, přípravu rozhovoru, průběh vlastního dotazování, přepis a reflexe rozhovoru, analýzy dat a prezentace výzkumné zprávy (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Pozorování

Zúčastněné pozorování je společně s rozhovorem nejčastější metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Zúčastněné pozorování lze charakterizovat jako dlouhodobé pozorování, z čehož vyplývá i jeho nevýhoda a to ta, že zabere mnoho času a není vhodné pro všechna prostředí. Nejčastěji je využíváno ve školní třídě, kde pozorovatel nenarušuje schéma sociální interakce a edukačního procesu. Pozorovatel není primárně iniciátor aktivit, ale svým způsobem je jejich součástí, i přesto, že se drží spíše v pozadí a je zde za konkrétním účelem, a to za získáním teorie (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Pouhý průběh pozorování není celou náplní této činnosti. Účel pozorování je deskriptivně zachytit danou situaci, její průběh, ale rovněž zprostředkování těchto skutečností čtenáři.

Popis situace by měl zahrnovat detailní a přesný popis, avšak neměl by obsahovat triviální informace. Kvalita popisu je hodnocena na základě toho, do jaké míry je čtenář schopen si popisovanou situaci představit a porozumět jí. Pozorování pomáhá badateli pochopit problém v celé jeho šíři a dovoluje badateli být otevřený vůči dané problematice, aniž by se spoléhal pouze na koncepty z teoretické literatury (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Pozorování lze rozlišit na zúčastněné a nezúčastněné, přičemž ve zúčastněném pozorování badatel studuje jev v prostředí, kde se standardně odehrávají (školní třída), kdy se odehrává interakce mezi badatelem a účastníky i když badatel nezasahuje do výuky. Naopak nezúčastněné pozorování probíhá, tak, že účastníci výzkumu badatele nevidí (videokamera, polopropustné zrcadlo), avšak tento typ pozorování může snižovat kvalitu pozorování (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Pozorování rovněž může být strukturované či nestrukturované. U strukturovaného pozorování badatel hledá odpověď na již předem určené jevy. Oproti tomu při nestrukturovaném pozorování badatel získává popis jednání, které nemá dopředu připravené a spíše vágně formulované otázky, které jsou otevřené k nečekaným situacím (Švaříček, Šed'ová, 2014).

5 Rodinná anamnéza dvojčat

Případové studie se týkají dvojčat (dívky a chlapce), tudíž rodinná anamnéza je shodná. Dvojčata jsou narozena v r. 2008, pochází z úplné rodiny. Žijí v menším městě ve Středočeském kraji. Matka narozena 1973, zaměstnaná, pracuje jako zdravotní sestra, rovněž absolvovala kurz asistenta pedagoga. Otec narozen 1965, pracující jako OSVČ. Dvojčata mají starší sestru, narozenou 1999, která dokončila střední školu s maturitou. Dvojčata žijí společně s rodiči a starší sestrou v rodinném domě se zahradou, každé dítě má vlastní pokoj. Mají domácí mazlíčky, 2 kočky a venku 2 psy. Vztahy jsou harmonické. V minulosti sestra (1999), procházela bouřlivou pubertou, což vyvolávalo občasné konflikty v rodině, avšak tato situace se již uklidnila. Na výchově se podílí oba rodiče ve shodě, rovněž s úkoly a přípravou do školy pomáhají oba rodiče. Matka si dodělávala kurz asistenta pedagoga, když dvojčata byla v mateřské škole, tudíž náročnější úkoly zastává matka (úkoly z PPP, práce se speciálními pomůckami, výroba vlastních speciálních pomůcek).

5.1 Osobní anamnéza dvojčete A

Dvojče A, dívka, narozena 2008. Oba rodiče i sestra (1999) jsou zdraví. Matka trvale užívá medikaci na štítnou žlázu. U sestry byly patrné projevy hyperaktivity již od dětství, avšak nikdy nebyla stanovena diagnóza ADHD. Dvojče B viz osobní anamnéza níže. Dívka byla narozena předčasně v 28+2 týdnu, s váhou 1270 g a 35 cm. Matce musel být vyvolán porod, vzhledem k alergické reakci na ATB. Došlo k perinatálním komplikacím – respirační selhání, oběhové selhání, pneumonie, anemie z nezralosti, bakteriální sepse u novorozence, metabolická acidóza. Dívka byla přidušená a intubována ve 2. minutě života, saturace 90 %, extubace byla bezproblémová, zdařila se na 1. pokus po 9 dnech na ventilátoru.

Neurologie:

Vyšetření na základě předpokladu nedostatečného normálního fyziologického vývoje a NS. Ve 3 měsících zahájení reflexních rehabilitací, neurolog shledal dívku neklidnou, mírně hyperexcitabilní.

Ve 4 měsících odeznění dráždivosti, doporučení „klubíčkování“.

V 5 měsících mizely novorozenecké reflexy, přičemž většina byla vybavena jen částečně, dobrý zrakový a sociální kontakt., hraniční obvod hlavy.

V 8 měsících, stále hraniční svalový tonus, hraniční obvod hlavy. Doporučená stimulace dítěte k pohybu, oční vyšetření, EEG a psychologické vyšetření vzhledem ke korigovanému věku.

Ve 13 měsících normální neurologický nález, mírně hypotonická, dobře vybavené reflexy, vývoj odpovídající korigovanému věku 10,5 měsíce.

Vyšetření ve 2 letech, normální neurologický nález, hraniční obvod hlavy a psychomotorický vývoj v normě. Vyšetření v 5 a $\frac{3}{4}$ roce opět normální neurologický nález.

Vyšetření v 7 letech, mírná neobratnost jemné motoriky, jinak nález v normě.

Psychologie:

Vyšetření v 15 měsících, korigovaný věk 12 měsíců, psychomotorický vývoj byl shledán rovnoměrným, vývojová úroveň v normě, v chování nebyly zpozorovány výchyly. Velmi dobrá péče v rodině.

V 20 měsících (korigovaný věk 17 měsíců), psychomotorický vývoj v normě, dle Gesella se dívka ocitla v pásmu průměru. V chování nezpůsobovány výchyly, pouze živější temperamentová výbava, psycholog vyhodnotil, že není nutné další pozorování.

Vyšetření v 5 letech (změna lékaře), diagnostikován nerovnoměrný psychomotorický vývoj s kvalitní rozumovou kapacitou, ambidextrie, vyjadřovací neobratnost, grafomotorické obtíže. Doporučeno speciálně pedagogické vedení a odklad školní docházky.

V 6 letech vyšetření na psychiatrii, dívka umístěna v MŠ – předškolní přípravě, kde se jí nelíbilo, zlobila a dle matky nevládala zadané úkoly vzhledem k obtížím v grafomotorice. Během vyšetření známky negativismu a dysforie, vyhýbání se tématu školky, pozorován neklid při činnostech, pomalé navazování kontaktu, tichá, diagnostikována porucha pozornosti a aktivity. Doporučení odklad školní docházky, medikace (Strattera, užívaná krátkodobě, nevyhovovala), redukce domácích úkolů a změna úkolů, které podpoří motivaci dívky.

Vyšetření v 6,4 letech, během vyšetření lehký psychomotorický neklid a pomalejší psychomotorické tempo, emočně pozitivně laděná, dobře spolupracující. Zaměření pozornosti v pořádku, soustředění s lehkými obtížemi, reaguje na motivaci a taktiku. Intelektové schopnosti v mírném podprůměru s verbální převahou (lepší průměr), názorová oblast v hraničním pásmu, dílčí schopnosti jsou nerovnoměrné – mírný nadprůměr (aktivní slovník), hranice průměru až nadprůměru (pochopení a zpracování situace sociálního charakteru), průměr (vědomosti, slovně-pojmové myšlení, komplexní zpracování názorové situace) podprůměr (početní schopnosti, identifikace detailu daného celku, analyticko-syntetické zpracování názorové situace i s využitím předlohy), hranice s defektem (vizuomotorická koordinace). Kresba kvalitní, ale s typickými disproporcemi, levorukost. Symptomy oslabení v oblasti zrakového rozlišování. Nerovnoměrný psychomotorický vývoj, mírnější forma ADHD, nižší pracovní výdrž, nižší zátěžová tolerance CNS, nerovnoměrné vyžívání intelektových schopností – četné symptomatologie deficitů percepčních, kognitivních a motorických funkcí CNS, nezralost, grafomotorické obtíže. Doporučení odkladu školní docházky, komplexní stimulační terapie (speciálně pedagogické postupy, fyzioterapie).

Vyšetření v 7 letech, shodující se s předchozím, symptomy LMD – nízká zátěžová tolerance CNS, mírná impulzivita primárně při nástupu únavy (lehká forma ADHD), rychlejší nástup únavy, problém se soustředěním a stabilitou výkonu, deficity percepčních, kognitivních a motorických funkcí CNS – možnost výskytu SPU, grafomotorické obtíže, dyslalie, nevyhraněná lateralita. Doporučení zařadit dívku do logopedické třídy v rámci speciálního školství, individuální přístup, malý kolektiv, úprava vzdělávacích podmínek adekvátně k jejím obtížím, nápravně stimulační terapie pod vedením speciálního pedagoga.

Vyšetření v 9 letech, v té době žákyně 2. třídy, ve škole se jí líbilo, nejhorší pro ni byla matematika, nejraději měla psaní. Vyhovující jsou jasně strukturované úkoly, pokud se jí nedaří, propadá beznaději. Stále nerovnoměrný psychomotorický vývoj, obtíže v názorové oblasti, avšak nejedná se o intelektový defekt, spíše vliv čtených deficitů percepčních, kognitivních a motorických funkcí CNS. Na bázi dyslexie, grafomotorické obtíže při nevýhodném leváctví. Nižší zátěžová tolerance CNS, rýsuje se spíše LMD než ADHD.

Oční:

Vyšetření ve 3 letech vše v normě. Vyšetření v 5 letech, nalezen astigmatismus, bez korekce. Vyšetření v 6 letech astigmatismus a korekce zraku dioptrickými brýlemi (pravé oko -1,25 dioptrie, levé oko -0,75 dioptrie). V 7 letech vyšetření na ORL, vyšetření odhalilo rotacismus a dyslalii bez známek sluchové vady či jiné patologie. V 10 letech vyšetření zraku (pravé oko -1,75 dioptrie, levé oko -1,75 dioptrie).

Poradenská zařízení (PPP a SPC)

Vyšetření PPP v 6 letech na základě diagnózy poruchy pozornosti a aktivity viz výše, doporučen odklad školní docházky. PPP doporučení zařazení do vzdělávacího zařízení se speciálním vzděláváním, logopedická cvičení.

Navštěvovala MŠS logopedickou. Následně doporučení zařazení do logopedické základní školy, doporučen individuální přístup a malý kolektiv dětí.

Vyšetření v 1. třídě diagnostikována vada řeči, specifická porucha artikulace, deficity percepčních, kognitivních a motorických funkcí CNS, porucha pozornosti a aktivity, podpůrná opatření: (speciální metody, postupy, formy a prostředky vzdělávání;

kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky; speciální učebnice a didaktické materiály; snížení počtu ve třídě, oddělení nebo studijní skupině).

Ve stejném období rovněž k dispozici zpráva z logopedie, na kterou dívka chodila v rámci MŠS, která potvrzuje již výše zmíněné, dyslalii, deficit v oblasti foneticko-fonologické, interdentalní sigmatismus, velární rotacismus, při práci s obrázky tendence pracovat zprava doleva.

Vyšetření SPC v 8 letech, diagnostikován opožděný vývoj řeči, ADHD, projevy negativismu, grafomotorické obtíže, podprůměr, doporučení vzdělávání ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením formou integrace.

V 10 letech rediagnóza v SPC, která došla k závěru, že dívka má SPU – dyskalkulii. Doporučen IVP pro matematiku, nápravy SPU dyskalkulie v PPP se speciálním pedagogem.

Na základě doporučení SPC matka docházela na nápravy do PPP. Přičemž paní doktorka vyhodnotila u dívky pomalý rozvoj matematických představ, zřejmě na základě nízké úrovně předmatematických představ na počátku školní docházky při jinak přiměřených rozumových předpokladech. Obtíže nebyly včas rozpoznány a dívce nebyla poskytnuta včasná pedagogická stimulace, její matematické představy se nemohly dál rozvíjet a ona nemohla potřebně profitovat z výuky. Systematickou domácí přípravou s podporou školy a PPP je možné výukové deficity přiměřeně minimalizovat, avšak v delším časovém horizontu. Doporučení rozložení učiva, využití názorných výukových metod, užívání číselné sítě, podpořit i malé úspěchy, vynechání pamětních počítání, povolit pomůcku k násobení – upravená tabulka násobků, minimalizovat tlak na výkon a povzbuzovat, je třeba zvýšená míra podpůrných opatření, nutné vyhotovení IVP pro optimalizaci rozkladu učiva, zvolnění výukového tempa, aby si dívka stačila upevňovat poznatky z minulých let a dokázala na ně navázat.

Rediagnostika v SPC v 11 letech, důvodem vyšetření bylo ukončení školní docházky na současné základní škole v logopedické třídě a nutnost přestupu do 6. třídy v jiné ZŠ.

Psychologická část uvádí, že aktuální úroveň rozumových předpokladů leží na hranici širokého průměru a podprůměru. Výkon je disharmonicky rozložen v neprospěch názorové složky, s tím že verbální část je průměrná, názor – podprůměrný. Největší obtíže jsou

v oblasti matematiky – násobilky, chybí schopnost logického úsudku v matematice a chybí v mechanických výpočtech. Zapomíná zadání (v oblasti matematiky), zadání je třeba několikrát opakovat, počítá na prstech a chybí porozumění úloze. Vyšetření je doprovázeno výkyvy v pozornosti, nižší schopnost soustředění, výkon je kolísavý, nestabilní. Provedena byla pouze psychologická část, další části nebyly provedeny. Závěrem doporučené IVP v oblasti matematiky.

Komplexní vyšetření v soukromém SPC ve 12 letech.

Doporučené PO 3, bez IVP, praktická třída a zařazení do školy zřízené dle § 16 odst. 9 školského zákona pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Závěr vyšetření podstatné pro vzdělávání a pobyt žáka ve škole, byla diagnostikována LMP symptomatologie, dyskalkulie, nerovnoměrný vývoj, oslabené kognitivní funkce odpovídají hlubokému podprůměru. Doporučeno pokračovat v dosavadním plánu pedagogické podpory. V rámci podpůrných opatření je doporučen individuální přístup, kladná motivace a povzbuzování k výkonu a hledání příležitostí, kde může zažít úspěch. Taktéž bylo doporučeno nesrovnávat výkon dívky s vrstevníky ve třídě a respektovat individuální psychomotorické tempo dívky. Respektovat obtíže v oscilaci pozornosti a umožnit používání pomůcek za účelem udržení podpory soustředění, omezit časově omezené úkoly, naopak dát dostatek času, aby se předešlo „zbrklým“ chybám. Zadat takové množství učení, aby jej zvládla a udržela pozornost, s tím, že je doporučeno, aby při výuce byly využívané názorné přehledy učiva, encyklopedie jednoduchá schémata a tabulky a do budoucna využívat myšlenkové mapy pro snadnější zapamatování. Látka by měla být dobře strukturovaná. Rovněž bylo doporučeno nadále využívat podpůrné pomůcky v matematice (síť, tabulka násobků). Podpůrná opatření jiného druhu je doporučena úzká spolupráce rodiny a školy, vzájemná informovanost, pro dívku je nezbytný pravidelný denní režim se střídáním jednotlivých činností a odpočinku s dostatkem relaxace. Je třeba dostatek aktivního pohybového odreagování jako prevence dalšího přetěžování, doporučeno psychoterapeutická práce s dívkou – zvládání stresových situací, poskytování dostatek času, neboť spěch a tlak může vyústit v psychosomatické obtíže.

5.2 Osobní anamnéza dvojčete B

Dvojče B, chlapec, narozen 2008. Jak již bylo zmíněno výše v osobní anamnéza dvojčete A, oba rodiče i sestra (1999) jsou zdraví. Dvojče A rovněž viz osobní anamnéza výše. Chlapec se narodil předčasně ve 28+2 týdnu, s váhou 1370 g a 35 cm. Během vyvolaného porodu došlo k následujícím perinatálním komplikacím – těžká nezralost, nitroděložní hypoxie, respirační selhání, oběhové selhání, postižení plodu při chorioamniotitis, nitrokomorové krvácení I. stupně. Chlapec byl přidušený a ve 3. minutě života intubován a převezen ve vaku na JIP vzhledem k 70 % saturaci, extubace byla náročná, zdařila se až na 3. pokus, definitivní extubace se zdařila po 18 dnech pobytu v nemocnici, dalších 9 dní byl na nasální ventilační podpoře. V kojeneckém věku zpozorován neklid, před jídlem byl velmi neklidný, dráždivý. Dítě trpělo na katary, hnisavé rýmy a bolesti uší.

Neurologie:

Od narození je chlapec v dispenzární péči neurologa. Vyšetření na základě předpokladu nedostatečného normálního fyziologického vývoje a NS. Vzhledem k nedostatečnému fyziologickému vývoji docházel na rehabilitace, v 13 měsících doporučeno cvičení dle Bobatta, doma matka prováděla také metodu „klubíčkování“ (balení do zavinovačky) do 5. měsíce věku chlapce a preferovala pro chlapce spací pytel. Psychomotorický vývoj byl převážně na spodní hranici normy. Chlapec vynechal fázi lezení, rovnou v 18. měsících začal chodit bez opory. Pozdější vyšetření vykazovala motorický neklid, hyperaktivní chování, atypické projevy v chování (opakované zavírání a otevírání dveří, točení se, atp.). Neurologická vyšetření rovněž vyloučila podezření na autismus, pouze atypická hra-roztáčení koleček.

Vyšetření v 5 a $\frac{3}{4}$ letech potvrzují projevy ADHD v chování, neobratnost hrubé motoriky a grafomotoriky, jinak normální neurologický nález. Téměř v 7 letech setrvává neobratnost jemné a hrubé motoriky, ADHD, nerovnoměrný vývoj v některých oblastech LMR, v jiných oblastech nadprůměrný. Zvažovaná porucha autistického spektra.

Psychologie:

Chlapec měl nerovnoměrný psychomotorický vývoj, hraniční opoždění ve vývoji řeči, v chování projevy hyperaktivity, tendence k dráždivějším reakcím, atypické reakce a nezralé

projevy. I další vyšetření opět vykazovala již zmíněné, ale zaznamenána akcelerace v adaptivním chování. Vyloučen autismus.

V pozdějším vyšetření (v 2,5 letech) opět podezření na poruchu autistického spektra, na základě tohoto podezření byly doporučeny krátkodobé pobyty ve speciálním předškolním zařízení.

Ve 3,7 letech změna ošetřujícího lékaře, opětovně diagnostikována hyperaktivita a impulzivita, neklid a emoční labilita při prosazování vlastních potřeb, netrpělivost. Chlapec naváže oční kontakt, sociálně je poměrně zdatný, avšak řeč je spíše nesrozumitelná doprovázena výraznými gesty a zvuky. Opětovně vyloučena porucha autistického spektra a stanovena diagnóza ADHD. Patrné zlepšení u chlapce po vyšetření očním oddělením – korekce zraku. Doporučeno pravidelné navštěvování speciálního předškolního zařízení, pohybové aktivity ideálně vodní aktivity, doplňkové medikace Eye Q.

V 5 letech stále pozorován nerovnoměrný vývoj, doporučená stimulace odpovídající kondici chlapce, na základě alternativních a individuálních přístupů a metod (asistent pedagoga, speciální MŠ, stimulační terapie).

Od 6 let v péči Centra pro děti s perinatální zátěží, kde absolvoval vyšetření spjaté s poruchou aktivity a pozornosti, byla mu předepsána medikace (Strattera), avšak medikaci užíval krátkodobě, byla nevyhovující.

V dalším psychologickém vyšetření v 6 letech doporučeny speciální vzdělávací podmínky. V 7 letech vyšetření před nástupem do ZŠP – doporučen asistent pedagoga, úprava obsahu a způsobu výuky.

V 9 letech podobné závěry, snížená mentální kapacita, vývoj intelektu, problémy s grafomotorikou, kterou zhoršuje levorukost, dyspraxie, opětovně doporučena podpůrná opatření.

Logopedie:

Chlapec navštívil logopedii v 2,8 letech na doporučení psychologů i neurologa. Diagnostikována retardace vývoje řeči v expresivní i receptivní složce, chlapec se spoléhá často na dvojče A, že za něj vše vyřídí, neboť dvojče A je aktivnější. Shodně s psychologkou vyhodnotily dítě nezralé pro vyšetření. Logopedii dále navštěvoval v MŠS 1-2x týdně.

Oční:

V péči očního lékaře byl vzhledem k pomalejšímu zrání rohovky. Avšak přes upozornění matky, na podezření, že dítě potřebuje brýle, nebylo zpočátku vyšetření provedeno. Chlapec se lekal projíždějících aut, stále plakal a nerozšiřovala se mu slovní zásoba, matka vyhledala odbornou pomoc, neboť se domnívala, že by chlapec mohl trpět poruchou autistického spektra. Navštívila s chlapcem SPC, kdy po vyšetření speciálním pedagogem a ortoptickým vyšetření zraku byla chlapci diagnostikována vážná oční vada. Matka navštívila s chlapcem jiného očního lékaře, který potvrdil oční vadu, byla nutná korekce v rozsahu 6,5 dioptrií na pravé oko a 4,5 dioptrií na levé oko. Od doby, kdy měl chlapec brýle, byl schopen pojmenovávat věci, které před tím neviděl, slovní zásoba se mu začala rozšiřovat. Vyšetření zraku v 10 letech (pravé oko -6,5 dioptrie, -1,5 cylindr, levé oko -4,25 dioptrie, -1,75 cylindr). Vyšetření zraku ve 13 letech vykazuje značné zhoršení (pravé oko -7,5 dioptrie, -2,25 cylindr, levé oko -5,25 dioptrie, -2,75 cylindr).

Poradenská zařízení (PPP a SPC)

Ve 3 letech začal s dvojčetem A navštěvovat 2x týdně denní stacionář s malým kolektivem dětí, byl zde spokojený, poté 2 roky soukromou MŠ, kde měl k dispozici asistenta, poté MŠS.

Pravidelně docházel na cvičení do SPC. Ve zprávě, kdy chlapci bylo 6 let, chlapce vyhodnotili, že se ocitá v horním okraji pásma LMR, mentální schopnosti jsou nevyvážené a ovlivněné poruchou pozornosti a deficitů dílčích funkcí CNS, úspěšnější je v úkolech založených na vizuálně percepčních dovednostech, naopak slabší je verbálně pojmové myšlení a grafomotorické schopnosti. Sociální kontakty spontánně, oční kontakt je adekvátní. Vykazuje menší obratnost v jemné i hrubé motorice, komunikace probíhá ve větách i souvětích, zvláštní intonace, agratismy a echolálie. Odbíhá od tématu. Neudrží pozornost, lehký psychomotorický neklid. Čtení jednoduchých textů poměrně plynulé. V osobnosti chlapce patrná emoční nestabilita a nižší frustrační tolerance k zátěži. Bylo doporučeno začlenění chlapce do malého kolektivu do zařízení s individuálním přístupem. Podezření na poruchu autistického spektra.

Na základě výše uvedené osobní anamnézy, ze které vyplývá, že chlapec má diagnostikován nerovnoměrný vývoj, ADHD, oční vadu a logopedickou vadu byla chlapci odložena školní docházka na základě zpráv od lékařů a PPP a SPC. Rovněž od SPC byla doporučena podpůrná opatření IVP, asistent pedagoga v rozsahu 30 h/týdně, kompenzační pomůcky (zvukové pomůcky, rehabilitační míč), grafomotorický kurz, návštěva logopedie. V 9 letech opětovné vyšetření a doporučená podpůrná opatření.

Vyšetření v SPC ve 12 letech. Školské poradenské zařízení doporučuje stupeň PO 3, bez IVP a zařazení do školy zřízené pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Chlapcova úroveň rozumových předpokladů je v pásmu LMR s projevy syndromu ADHD a narušenou komunikační schopností (opožděný vývoj řeči). Doporučeno nadále vzdělávání s menším kolektivem a vzdělávání speciálními pedagogy, kteří sami volí vhodné postupy.

Vyšetření v SPC ve 13 letech je téměř shodné s předchozím vyšetřením ve 12 letech, navíc zvažováno, zda chlapec spadá do poruchy autistického spektra, avšak nepotvrzeno.

5.3 Závěr případové studie

Z osobních anamnéz obou dvojčat je patrné, že hlavní příčinou ADHD a přidružených potíží byla komplikace v průběhu perinatálu, přičemž tato komplikace byla primárně způsobena alergickou reakcí matky na podané léky lékaři. Při srovnání anamnéz dvojčat je patrné, že dvojče A mělo větší a dřívější přísun kyslíku, lze tedy vycházet, že i tento fakt měl vliv na pozdější vývoj a zátěž dětí. U chlapce je syndrom ADHD je potvrzen v 5 a ¾ letech z neurologického vyšetření. U dívky bylo ADHD diagnostikované pouze od psychologa, přičemž však obě děti užívaly medikaci na zmírnění projevů ADHD, a to Stratteru, která byla vysazena z důvodu přílišného utlumení, kdy u dětí došlo k přílišnému utlumení dýchání. Poté již děti medikovány nebyly, pouze užívaly Eye Q. Již z podrobných zpráv je patrná péče ze strany rodiny, která se opravdu pečlivě o děti starala, především ze strany matky, která absolvovala studium Asistenta pedagoga, aby byla svým dětem oporou. Dvojčata v současné době dokončila 6. třídu praktickou, přičemž při komplexním náhledu na zdravotní zprávy i zprávy z SPC a PPP, lze pozorovat značná zlepšení v různých oblastech. Co se týče chlapce, je patrné zlepšení, nyní již pracuje bez asistenta pedagoga, pracuje

samostatně bez kompenzačních pomůcek, není potřeba IVP. U dívky v současné době jsou doporučena podpůrná opatření v oblasti matematiky, vzhledem k diagnostikované dyskalkulii, avšak je patrné, že za pomoci pomůcek a upravených podmínek speciálním pedagogem (větší čas na úlohy, názornost), a individuálního přístupu speciálního pedagoga matematiku zvládá bez psychosomatických obtíží. Přičemž je doporučeno střídání jednotlivých činností včetně odpočinku s dostatkem relaxace, dostatek aktivního pohybového odreagování a dodržování denního režimu. Při předpokladu dodržování těchto doporučení je pravděpodobné, že se sníží projevy ADHD. Je rovněž pravděpodobné, že tyto doporučené činnosti a denní režim by prospěly i dvojčeti B, i u něj by došlo ke zmírnění projevů ADHD.

6 Rozhovor s rodiči

Rozhovor byl uskutečněn 5.7.2021 s matkou dvojčat (dále jen M), která jsou uvedena v případových studiích v první části výzkumného šetření.

Úvodem matka je seznámena s účely rozhovoru a souhlasí s nahráváním rozhovoru za účelem zpracování empirické části diplomové práce s názvem *Vzdělávání žáků s ADHD na základní škole*, a to formou přepisu nyní uskutečněného rozhovoru.

V rozhovoru byla upravena křestní jména dětí pro zachování anonymity.

6.1 Rozhovor s matkou

Tazatel: Bc. Sára Malá

Respondent: Matka dvojčat

Tazatel (dále T): zahajuji rozhovor na téma *Vzdělávání žáků s ADHD na základní škole* s matkou dvojčat. Ráda bych se dotázala, kdy a jaké jste začala pozorovat, zvláštnosti či obtíže u dvojčat?

Matka dvojčat (dále M): „Hlavně dcera se nesoustředila na žádné úkoly, oni byli vlastně hrozně rychlí, pořád probíhali, pořád řvali, no, jako nic jiného si asi nepamatuju pořádně. No, taky byli opožděnější v chůzi, oni tady byli ve velkém prostoru, takže se báli chodit. Potom vlastně pořád pobíhali, nebyli klidní, pořád něco dělali, pořád běhali a Janča ta byla ještě vzteklá. Vždycky kvůli každé kravině si dupala. A ještě se prala. Honzík ne.“

T: A jak jste to začínala řešit, kdy přišla první diagnostika případně s tím spojené podpůrné opatření?

M: „No u psycholožky, kolem předškolního věku. Ta mi vlastně odhalila, proč Honza vlastně křičí a bojí se – protože neviděl. A já jsem si myslela, že neviděl, ale manžel si myslel, že přeháním, a ta doktorka, která jim vyšetřovala zrak, tak ta šla proti mně, říkám ujíždí mu oko – neujíždí. A já, teď mu ujelo – neujelo. Všichni měli pocit, že ho moc sleduju. Samozřejmě, že já ho sleduju pořád a vidím, že ten kluk má problém – že mu prostě ujíždí oko. Tak pak jsme šli k psycholožce, protože já si myslela, že je autista, protože pořád křičel. No a on neviděl. Jako pobíhal, běhal, ale pak jsme zjistili, že on se vlastně orientoval podle stínů. On vlastně tu Janu pořádně neviděl, ale ona, když běžela, tak on běžel za ní, respektive za jejím stínem. Doma se orientoval úplně úžasně, když jsme přišli do nějakého cizího prostředí, tak mu to chvíli trvalo, ale jak viděl asi siluety toho nábytku, tak se během chvíle zorientoval a řádl. No a jinak, mě nic nenapadá. On teda se nikdy nepral, on tohle nevyhledával, to spíš Janička. On byl klidnější, proto když jim byly tři roky, tak právě tady paní psycholožka, chtěla vidět i Janičku. No a já říkám, že si myslím, že Honza je autista. Ona, že není. Jo, že je mezi dětma, sice sólista, ale on by tam nevydržel, kdyby to byl autista. Tak to prostě je. Takže prostě nebude nikdy autistickej. On je teda podivín, teď ještě víc, ale to je ta šílená puberta. Podpůrné opatření přišlo ve školce.“

T: A jak to probíhalo v MŠ? Jak to zvládali? Jak jste to vy zvládala?

M: „Chodili do naší mateřské školy, kde jsem dělala asistenta já. Vlastně kvůli mým dětem jsem si udělala kurz asistenta pedagoga, abych věděla, jak s nimi mám pracovat, protože u Jeníka jsem se fakt bála, že bude autista a po tom, jak vypadal ten perinatál, jsem vůbec nevěděla, jak děti dopadnou. A založili jsme s manželem i vlastní mateřskou školu. Před tím chvíli chodili teda do Klíčku, kde právě byla ta paní psycholožka, o které jsem už mluvila. Ta mi hodně pomohla. Ale jako školku dávali dobře, teda Jenda to spaní ne, to prostě nevydržel, že by v klidu ležel v posteli, to ne. Janča relativně jo, ale ta se mi zase občas chtěla prát, ale spíš, že vždycky někoho bránila, ale tak to jsem jí pak taky vysvětlila, že to nemůže brát do vlastních rukou, ale má jít za paní učitelkou nebo za mnou.“

T: Takže jste dělala asistenta pro vlastní děti? Jaké to bylo?

M: „No tak já tam byla jediný asistent, takže jsem tam nebyla jenom pro moje děti, měla jsem tam i autisty, dítě s afázií, samozřejmě plno dětí s ADHD, no a pak byl oříšek děti leváci, to bylo taky na mně, protože paní učitelky říkaly, že to nezvládnou, protože jsou pravačky, no jenže moje děti se rýsovaly taky spíš na leváky, takže mi bylo jasné, že mě to nemine. Takže to jsem taky dělala já, ale nakonec jsme to zmákli. I u psaní a malování jsem jim musela vést ty ručičky, protože Jenda navíc s tou tužkou bojoval už od malinka, takže s ním to bylo těžší. Samozřejmě nejnáročnější to bylo s autisty, navíc jsem s nimi Jendu porovnávala, protože pořád jsem se bála, že je autista, ale oproti nim byl Jenda na tom líp. Ale podivín byl, to jo, to je teda jak říkám i dneska, ale pořád to na autistu nevidím. Taky jsem dělala doma hodně pomůcek sama, protože finančně byly pomůcky hodně náročné. Navíc se svými dětmi jsem některé aktivity dělala i doma, musela jsem je teda hodně střídat, protože oni u ničeho moc dlouho nevydrželi ani ve školce, měli tendenci odbíhat, o to víc, když měli ve školce pracovat se mnou. Ale u tý Janči jsem viděla, že to počítání je slabý, takže ty čísla jsme doma cvičili hodně. Ale když to srovnám, tak Janča mi vydržela u činností dýl. Je fakt, že u ní jsem to ADHD pozorovala později. Tam jsem si toho všimla hlavně před nástupem do školy, když se mě přišla na něco zeptat. Já jí to začala vysvětlovat a ona mi v půlce řekla: „Viděla jsi támhle tu kočičku?“ To jsem byla vždycky úplně vykořeněná. Jenda, ten mi hodně odbíhal už od začátku, tam jsem si byla jistá hned s ADHD, ale on byl celkově takovej útekář, s ním jsem musela i na procházce jít za ruku s ním, a ještě jedním chlapečkem, protože ti dva měli pořád tendenci někam utíkat. A samozřejmě moje děti bavily hodně takové ty aktivity, kde se třeba zpívalo i cvičilo zároveň, to pro ně bylo akční, to je bavilo. Práce u stolečku je moc nebavila.“

T: Využívaly děti toho, že tam vlastně mají maminku? Nežárlily na ostatní děti?

M: „Tak jasně, že to zkusily, že třeba vyběhly na chodbu a hledaly mě a myslely si, že nebudou nějaké aktivity muset dělat, ale hned jsme je zahrnala do třídy a vysvětlila jim, že to dělat nemůžou, že pro ně platí stejná pravidla jako pro ostatní, tak to pak už bylo dobrý. A jestli žárlily? To ani ne.“

T: A jak se k tomu stavil manžel? Pomáhal?

M: „Manžel pomáhal dost se zařizováním školky, on je spíš takovej ten praktickej typ, takže zvládal dobře ty věci okolo i doma jako dobrý, ale ta výuka a všechno kolem školky pak i

školy jako učení bylo spíš na mně, tomu on moc nerozuměl. Tak i proto jsem si dodělala toho asistenta, protože i pro mě to bylo nový. Jako ty klasický úkoly jako dal, ale třeba angličtina už byl trabl, protože tu neumí. A ty speciální cvičení, co jsem s nimi dělala já, to taky úplně nebyla jeho parketa.“

T: Chodili celou dobu jenom do vaší MŠ?

M: „No pak jsme naší mateřskou školu ukončili a chodili do předškoláků do Prahy, před tím teda Janča chvíli chodila do klasických předškoláků tady v okolí, a to byla hrůza. Vůbec se jí tam nelíbilo, byla skleslá, nešťastná a hlavně vystresovaná, a ani s dětma nevycházela, takže jsem jí pak odtamtud vzala a dala jí i s Honzou do Prahy, kam chodili rok. Tam byly dvě učitelky a asistent. A tam vlastně chodila taky psycholožka, já tam k ní přišla kvůli Janičce, tak říkala, že prostě tam budou asi poruchy učení, já jsem říkala, já vím, že bude dyskalkulik, protože ta nebyla schopná rozeznat ani číslo na kostičkách. Dělala jsem, co jsem mohla, použila jsem velikou kostku, aby to pořádně viděla, a aby věděla, který číslo by k tomu měla přiřadit, a nic. Honza, ten to dával. A to už měl brejle. A ona ne. Ona vlastně vůbec nevěděla, vůbec nebyla schopná si zapamatovat seskupení těch teček na kostce, vůbec si to neautomatizovala, ona by počítala všechny ty t'uplíky jednotlivě na té kostce. Já říkala: „Nepočítej, podívej se prostě na tu kostku.“ Honza 5 ukázal, normálně v čísle, on byl na to dobrý, ale ona ne. Dlouho si nepamatovala ani svoje datum narození, protože těch čísel se tak strašně bála, že ji to vždycky rozhodilo. No, Honzík v tomhle byl v klidu. Ten vždycky hned popadnul kostku a ukázal hned to číslo. On se naučil sám i číst, a fakt plynne a naučil se sám rozeznávat ty čísla. U těch předškoláků byl ten přechod trochu náročnější, protože museli spát a takový věci. Tak to jako nechtěli. Jenda teda vůbec nespál, vždycky jen trošku a stejně pořád vylejzal z postele, chtěl si hrát. Prostě hyperaktivní dítě. Ona teda taky, ale prostě jak si lehla, tak chvíli zlobila, ale nakonec usnula. Jenda moc ne. Ten už se těšil, až pojedeme městskou hromadnou dopravou, on měl hrozně rád autobusy, tramvaje, metro, to metro ho fascinuje i dneska.“

T: Jaký byl přechod z MŠ na ZŠ?

M: „Tak dvojčata měly odklad, takže do školy šly od 7 let. S Jančou jsem před nástupem hodně řešila lateralitu, kde se jí to křížilo, takže jsem vůbec nevěděla, jestli bude psát pravou nebo levou. Jako miminko brala vše levačkou, ale pak to začala střídat, no nakonec jsem

vypozorovala, že špatně vidí, když si spletla kluka s pejskem, na dálku viděla špatně, ale zase jsme to nemohli u doktorky zachytit, ale pak jí rozkapala oči a bylo to tam, tak dostala brýle a vyhranila se mi na tu levou stranu. Jenda to je jasný levák, protože ten to pravé oko má hodně slabé. Tady už začínají hlavně ty zprávy z SPC, PPP.

To nás vlastně poslali už z té mateřinky těch předškoláků, byla tam úžasná speciální pedagožka nebo psycholožka, teď nevím. Ta vlastně mi doporučila tu speciální základní v Praze, tím mi fakt pomohla, protože jsem si do té doby říkala, co s nima budu dělat, že základku nemůžou dát, teda klasickou základku. Takže jsem děti dala tady na tu speciální základku, co mi tenkrát doporučila. Honza byl vlastně v praktický třídě, měl tam pro sebe asistenta pedagoga, no, oni spolu měli naprosto nádherný vztah, on si na něj zvyknul a ten asistent věděl, co od něj může čekat. Takže tam to bylo fajn. Ani už nevím, jestli měl IVP, ten asistent to s ním fakt uměl, ale měl to ze začátku těžké, protože stačilo, aby někomu upadla tužka a Jenda hned co, co? A 10 minut ho dostával asistent zpátky do učiva. A dokonce jako, když uviděli, že je hodně unavený, tak vždy vedle té třídy byl takový kabinet a tam byl gauč a on si tam šel lehnout na deset minut a pak přišel. Ale s tou pozorností, to bylo hodně náročný, on sebou pořád i šil a vrtěl se a jakmile se něco dělo ve třídě, fakt stačila ta tužka, tak byla jeho pozornost od učení hned ta tam. Jako já si myslím, že on neměl žádnéj velkej problém, on od té třetí třídy třeba když byl nemocnej, tak paní učitelka, to už neměli tu učitelku, která ho měla první a druhou třídu, ve třetí třídě měl jinou paní učitelku, tak paní učitelka mi říkala, že čtením ho nemusím zatěžovat, že prostě nemusí číst, ať čítanku nechá, ať udělá aspoň nějakou tu češtinu, matiku, no, a to bylo všechno, říkala, on už teďka čte jako páťák, on je dobrej. Takže fakt dobrý. Pak teda jsme museli drilovat teda to i u Janči vyjmenovaný slova. To bylo asi v páté třídě. Tak to jsme trénovali i u Jendy, i u ní. Akorát Jenda bojoval s tím kreslením, ale to už od mateřinky, to on prostě nerad, vzít do ruky tužku bylo pro něj za trest. Ještě jsem si vzpomněla, že ze začátku jsme trochu bojovali s hranicemi, on to už zkoušel teda ve školce, když šli do té Prahy, tam učitelce řekl, že jí nemusí poslouchat, protože není jeho máma, a navíc nechtěl spát ve školce a pobíhal si tam jak chtěl, než si zvyknul, no tak i ve škole zkoušel kam až může zajít, ve škole byl i hodně neposedný, hlavně teda na paní učitelku, on vždycky vykulil ty svoje velký kukadla a myslel, že může všechno, tak jsme se s paní učitelkou domluvily stejně jako jsem se předtím domlouvala s paní učitelkama ve školce, že pokud bude něco takového zkoušet, ať mu řeknou, že to

řeknou mamince a ta se bude zlobit, nebo že mu doma nedám autíčka, a to vždycky spolehlivě zabralo.

Janina byla v logopedický třídě bez asistenta, tak nějak jsme se dohodli s paní učitelkou, kterou měla, že ona vlastně vůbec nezvládá čísla, ale v první a druhý třídě to šlo, nějak to dala, ve třetí už to bylo horší. Oni dlouho počítali hodně názorně, používali třeba víčka, ale pak už začínali počítat do 1000 a ta pořád chtěla víčka, tak jsme říkala, že tolik víček přece nemůže s sebou nosit, z toho byla dost špatná. No tak s Jančou jsme pak chodili někdy ve 4. třídě na pedagogicko-psychologickou poradnu, kde paní doktorka zjistila, že Jana vůbec nezná desítkovou soustavu, takže vlastně je to úplně špatně, takže jsme začali pracovat se sítí, tak jinak by to nedala, když už probírali i násobilku, musela mít i tu tabulku násobků, jinak by to nedala, ona to nedává teda ani teď. Násobení ještě jo, ale dělení ne. Dělení je velký problém. Takže prostě teďko v té šestý třídě paní učitelka řekla, ať nepoužívá tu tabulku, ale Jana jí prý řekla, že to musí mít, tak má to napsané i v tom IVP. Ta speciální pedagožka, co jsme k ní chodili na tyhleto hodiny, říkala, aby nepočítala po prstech po jednom, ať používá tu tabulku násobků. Ona třeba násobilku devíti dřív počítala po prstíčkách. Já jsem říkala, to je u dítěte hrozný, já bych se do toho zamotala, jak ona to počítala, ona jela po těch prstíčkách, to bylo děsný. Ta tabulka násobků nás docela zachránila, protože ona si trošičku oddychla. Já jsem ji s tím musela naučit, jak se s tím má dělat, no a pak už byla v pohodě. Celkově tady v té PPP, dostala i doporučení do IVP a ty pomůcky k matematice, takže nám to dost pomohlo. Hlavně si začala trochu věřit. U ní je problém, že ty neúspěchy fakt těžko nese, snadno se vystresuje a klidně pak i zvrací. Z té emoční stránky je to s ní třeba náročnější než s Jendou, ale to netrvalo dlouho, protože jsme bojovali s paní učitelkou. Můžu teda říct, učit dítě s ADHD ještě po škole a po tom, co si udělá svoje klasický úkoly, bylo fakt těžký, protože už byla unavená, a to soustředění jí dělalo fakt problém, už byla myšlenkama úplně jinde, takže kolikrát to byl fakt boj. No pak teda jsme ve škole bojovali s paní učitelkou, která to její IVP nebrala vůbec v potaz, nechtěla jí dát třeba víc času, nebo zkrátit písemky, a to byly písemky třeba na 3 A4, ta když viděla 3 A4 matiky, to jako nedávala ani jako ADHD, to bylo takovýho textu, že to se ztratila už na začátku, no, ale když viděla ty tři papíry textu, tak se zhroutila už dopředu, ještě než začala počítat a paní učitelka jí nechtěla ani uznávat ty doporučené pomůcky. Dokonce jsem musela i změnit zaměstnání, abych s Jančou zvládala to učení po škole, a navíc i psychicky na tom

opět nebyla úplně dobře, zase jí začal ten stres, doma mi pořád brečela, protože paní učitelka jí pak kvůli té matematice začala i ponižovat před celou třídou, a to už nedala. Takže jsem to pak po nekonečných bojích s paní učitelkou vzdala a poprosila pana ředitele o přeřazení do té vedlejší třídy, a tam už to bylo v klidu a paní učitelka byla opravdu bezvadná, měla v ní velkou oporu i v třídním kolektivu, tam pak fakt stačilo Janču u cvičení třeba jen nasměrovat a ona se hned chytla, fakt to bylo úplně jiné.“

T: A jak to má v současné době? Teď už je na druhém stupni.

„No a teď je Janča v 6. třídě, to bylo taky hodně komplikovaný, protože vlastně logopedický třídy tady končí v 5. třídě, a vzhledem k tý její matice, a to, jak nezvládá ten stres, jsem věděla, že klasickou základku prostě nedá, to by asi celý školní rok probrečela a prozvracela, takže jsme šli na do SPC, kde jsme se shodli po komplexním vyšetření, že pro ní bude lepší, když bude pokračovat tady na tý speciální základce, i když v praktické třídě, tak teď chodí do třídy s Jendou a je fakt spokojená a zvládá to. Teď nás teda čeká další rediagnostika, ale myslím, že se nebude nic měnit, ona fakt na tu klasickou základku není.“

T: A Jenda?

M: „Jenda ten s matikou dobrý. Chtěla jsem, aby počítal násobilku a on dělal 1 krát 7 je 7, 2 krát 7 je 14, on má hudební sluch a hodně si pamatuje, takže většinou, když se to učil „jako básničku“, tak si fakt pamatoval, tak to má i s jazykama, třeba angličtinu fakt miluje, ta mu vždycky šla, anglické písničky z CD ze školy si pamatoval komplet celé. Ale u Jendy zase je problém, že ten je nepozorný. On kolikrát při tý hodině se vypne a chvíli kouká třeba do blba. A když ho někdo pošťouchne, tak jo jo jo. A pokračuje dál. Takže občas prostě má stále tu svoji pauzičku, kdy je úplně někde jinde. Jako já mám pocit, že on je takovej unavitelnej, že prostě jak se soustředí, tak pořád ta soustředěnost není ideální.“

T: A jak to má teď Jenda s asistentem, má IVP?

M: „Teď už nemá asistenta, toho měl dva roky, pak už fungoval bez něj, ale zase to nebylo tak násilný, protože s panem asistentem se potkávali v družině, kam se vždycky těšil, takže ten kontakt tam zůstal. Ale jako ten přechod byl trochu horší, byl znatelně víc unavený, protože musel fakt zabrat, dokonce měl ze začátku i 37,2 °C teplotu, tak jsem ho raději nechala doma, byl fakt přetažený. Dřív si chodil na ten gauč odpočinout, ale teď už to

samozřejmě nedělá, je velkej, ale zase jako jsou tam teď jiný věci. Ale to už je ta puberta, to se teď pořád na mě okřikuje: „Co jeee? Tak jooo!“ Oni mají opravdu zkušenou paní učitelku, která si s ním umí hravě poradit. Teď už se docela kamarádí i s tou tužkou, i když teda mi to dalo zabrat, kdy jsem tady u jednoho cvičení říkala, že musí umět aspoň vybarvovat, že dokud to nevybarví pořádně, tak mu to nascanuju a bude to dělat dokola, dokud to nebude vybarvený slušně. Jako koukal na mě, tak jsem mu vysvětlila, že i to do vyučování patří, tak nakonec jsme to taky dali.“

T: Kolik mají spolužáků ve třídě?

M: „No na prvním stupni u Janči bylo asi 12 a u Honzíka ještě o něco míň, myslím, že 9, ten menší kolektiv jim vyhovuje, to jim teda vyhovoval i v mateřince, to jsme si vyzkoušeli s Jančou, když byla chvilku v těch klasických předškolácích.“

T: Vydrží doma u úkolů?

M: „Absolutně ano. Teda chvilku trvá, než je doženu ke stolu, ale pak už dobrý. Vždycky je posadím do kuchyně k jednomu stolu, kde sedí naproti sobě, teda samozřejmě sebou šijou, ale úkoly normálně dodělají bez odbíhání. Akorát teda kolikrát do sebe pod tím stolem kopou, s tím si nedají pokoj. Takže občas je musím okřiknout.“

T: Když to shrnu, byly nějaké chvíle, at' už ve škole nebo když děti byly malé, že by jejich ADHD vyloženě komplikovalo výchovu nebo vzdělávání? Někaké krizové chvíle?

„Tak strašně mi to komplikovalo, když jsme šli na procházku za ruku, tak se vždy vyšroubovaly, a tady žádný chodník. Pak mi vylézaly z kočáru, jednoho jsem posadila do kočáru, druhý mi zdrhnul. Jana mi zdrhla, Honza seděl v kočáru, já viděla, jak se škrábe z toho kočáru. Mně se vždy rozsvítilo červený světýlko a vidím, jak Jana běží a tam silnice. Takže kdo byl víc ohrožený, po něm se šlo. Pak jsem si koupila vodící kšíry. Okolí teda na mě koukalo divně, a říkali mi: „Ty je vodiš jak pitbuly.“ No a co jsem měla dělat, tady není kus chodníku. Tak mi aspoň nespádnou pod auto, ale jinak byli docela dobrý. Mně se líbila ta jejich řeč, já jsem jim nerozuměla ani ň, ale oni si rozuměli perfektně, jako dvojčata si vytvořily úplně vlastní řeč. Když jsem je učila na nočník, to bylo taky strašný, to nešlo uhlídat, oni byli jak motorový myši. Já myslela, že zešílím, a to šli na nočník později

v porovnání s mojí nejstarší dcerou. I chodit začali později, ale pak to stálo za to, první samozřejmě začala chodit Jana, Jenda měl problémy s tím zrakem, ale hned se jí chytil.“

T: Děkuji za opravdu obsáhlý a detailní rozhovor.

6.2 Závěr rozhovoru

Rozhovor se uskutečnil pouze s matkou, vzhledem k tomu, že učitelé rozhovor odmítli. Otec se rozhovoru účastnit nechtěl, byť k výchovné části dle jeho slov by byl asi schopen něco říct, ale co se týká vzdělávání, neměl co dodat vzhledem k tomu, že to má v kompetenci primárně matka dvojčat. Z rozhovoru s matkou je patrné, že u svých dětí pozorovala určité zvláštnosti již od batolecího věku, přičemž dělala maximum, aby jim zajistila maximální podporu. To je také patrné například ze studia kurzu asistenta pedagoga a samozřejmě skutečnost, že společně s manželem založili mateřskou školu, kde sama působila jako asistent pedagoga. S dvojčaty intenzivně pracovala i mimo mateřskou a základní školu. Syndrom ADHD byl primárně znatelný u chlapce, později i u dívky. U chlapce byl syndrom ADHD zřejmě již od počátku v těžší formě, a tento syndrom výrazně komplikoval výchovu i vzdělávání matce i učitelům. Kromě syndromu ADHD jsou patrné i další přidružené komplikace. U dívky se jedná o SPU (dyskalkulie), u chlapce je stále nevyřešená porucha autistického spektra, na které střídavě vyplývá podezření, které často bývá vyvrácené, ale stále tato možnost zůstává otevřená. Ze všech těchto důvodů matka volila vždy specializované mateřské či základní školy, a dětem zajistila maximální podpůrná opatření, která napomáhají zlepšení situace.

7 Pozorování

7.1 Pozorování v PPP

Výzkumná otázka: Jaké obtíže přináší a jaký vliv má ADHD u žáka při nápravných cvičení pro poruchu učení?

Cíl výzkumu: Záměrem pozorování bylo sledovat práci speciálního pedagoga s dítětem s ADHD, přičemž základním úkolem speciálního pedagoga bylo uskutečnit nápravné cvičení, které by žákyni pomohlo zvládat poruchu učení, konkrétně dyskalkulii, přičemž cílem pozorování bylo zjistit, jaký vliv mělo ADHD u dítěte při tomto cvičení na dyskalkulii.

Dvojčeti A byla diagnostikována dyskalkulie a na základě této skutečnosti byla doporučena nápravná cvičení se speciálním pedagogem v PPP. Pozorování bylo uskutečněno 19.11.2018 v PPP s dvojčetem A. Během pozorování mi bylo dovoleno vstupovat do cvičení s otázkami.

7.1.1 Průběh pozorování:

Účastníci výzkumu: dvojče A (dívka), matka dívky, speciální pedagog, tazatel.

V místnosti přítomni v danou chvíli speciální pedagog, dívka a tazatel.

Speciální pedagožka si připravila speciální pomůcky (sít' a názorné kostky). Na dívce byla patrná nervozita, ale první aktivita byla s matematickou sítí, kterou znala z domova.

Tazatel (dále T): Proč jste zvolila jako první matematickou sít'?

Speciální pedagožka (dále SP): Matematická sít' je vhodná pro děti, které jsou si jisté při počítání do 5, číslo 5 bývá často pro děti záchranný bod.

Probíhá cvičení s matematickou sítí, při němž má dívka ukazovat číslice, které volí speciální pedagog na matematické síti a vysvětlit, proč se dané číslo nachází zrovna v místě, na které ukázala. Dokud dívka měla ukazovat čísla do 10, činnost ji bavila, cítila se jistá, sít' jí zaujala. Nebyly znatelné známky neklidu či nezájmu o činnosti, prvotní nervozita opadla a zvládla být i soustředěná poměrně dlouhou dobu. Přístup SP byl vstřícný a motivující, snažila se dívce dodat sebevědomí, které při matematických cvičení chybělo.

Následovalo cvičení s matematickou sítí i názornými kostkami. Jednalo se o barevné kostky, které doplňovaly matematickou sít', byly pomůckou pro dítě, aby dokázalo spočítat i náročnější příklady za pomoci názornosti kostek a sítě. SP přešla na náročnější příklady, pro dívku příklad 17-6 představoval problém, SP zkusila proto příklad 17-7, to bylo pro dívku znatelně lehčí, opět se vrátila k předchozímu příkladu 17-6, kdy dívka začala používat kostky. Poté dívka pracovala již s kostkami soustavně.

T: Proč dívka používá kostky i u příkladů, kde si je jistá?

SP: Je potřeba, aby se s kostkami naučila zacházet, slouží jí jako pomůcka, primárně v momentě, kdy si jistá není, ale tady se teď musí naučit s nimi zacházet, proto je používá i u příkladů, které zná z paměti, ale je opravdu nutné, aby to stále ukazovala na kostkách, aby s nimi opravdu dokázala pracovat a byly pro ni pomůckou.

SP přechází na počítání do 100. Na dívce je patrná únava, cvičení probíhá dohromady již 20 minut, při počítání do 100 je patrné, že se dívka “zasekává” a je unavená. SP se snaží přijít na to, jakým způsobem si dívka příklady rozkládá.

SP: „Počítáš příklad $80+20$ jako $8+2$?“

Dívka: „Ne.“

SP: „Tak kolik je $80-2$?“

Dívka má s příkladem problém, přechází na kostky, ale u dívky je patrný problém při rozpoznávání desítek a jednotek. V případě, že se objeví problém, dívka znejistí a poté se zcela zablokuje a přestává spolupracovat. SP přechází od sítě na slovní příklad.

SP: „Řekni mi z paměti, jak se jmenuje číslo, které má 8 desítek a 3 jednotky.“

Dívka: „83.“

SP: „Správně, teď počítej po 1 menší čísla od 83.“

Dívka: „82, 81, 80, 79...“

SP se vrací k síti a kostkám, na síť umístí kostky (84), dívka má říct, kolik je na síti desítek a kolik jednotek. Dívka je již zcela nesoustředěná a unavená. Odmítá již pracovat. SP jde na chodbu a pro maminku. Vymění se s matkou dítěte, nyní počítá dívka se svou matkou. Chvilí reaguje, ale nastane zádrhel u příkladu $50-5$, přičemž počítání s 5 jí na začátku nečinilo potíže. Opět se vrací SP, ale dívka se již “zasekne” i u příkladu $79-9$. Již je na dívce opravdu znatelná únava a je myšlenkami jinde. Na chvíli se zase dívka snažila soustředit. Následovalo cvičení na rozkládání čísel ($72-4$) rozložení na $72-2=70$ a $70-2=68$. SP zkouší odebrat síť a žádá dívku, aby si představila síť na stole a ukazovala na stole “svoji síť”, principy práce jsou stejné jako s klasickou sítí. Dívka zvládá jednoduché příklady ($100-20$), ale již si neporadí s příkladem ($70-5$), SP přechází zpět k síti, aby předešla “záseku”. Pokračují v cvičení se sítí a kostkami při rozkladu čísel, ale dívka začíná být opět unavená a je patrný motorický neklid, začíná sebou šít na židličce, je zřejmě náročné udržet soustředěnost a navíc počítat. U ukazování na kostky, přestává mluvit a čím dál častěji má “zásek”, na SP přestává zcela reagovat. SP posílá dítě na chodbu a bere si dovnitř matku dívky. SP vysvětluje matce a mě své postupy.

SP: „I když umí některé příklady z paměti, i přesto je musí říkat nahlas a musí je hlavně ukazovat, po síti musí skákat, nesmí po ní jezdit, aby nepočítala po 1., pro ni je nutná i představivost, to je důvod, proč se musí umět orientovat na síti.“

Dále SP vysvětluje matce, jak má s dítětem doma pracovat. Matka zůstává již v místnosti. Dívka si mezi tím chvíli odpočinula na chodbě, SP si ji bere zpět do místnosti a začínají opět počítat se sítí a kostkami. Následně SP žádá dívku, aby ukazovala na síti určitá čísla. Po 10 minutách dítě opět začíná být unavené a s SP nechce komunikovat, proto jí SP vyzývá, aby jen ukazovala na síti a kostkách, když s ní již nechce komunikovat. Dívka se cítí bezpečněji, když nemusí mluvit a stačí jen ukazovat, ale je patrná únava a monotónní cvičení ztrácí její pozornost. Dělá již chyby i tam, kde je předtím nedělala.

Matka to bere jako osobní selhání, pravidelně s ní doma cvičí i těžší příklady, SP vysvětluje matce, že ať těžší příklady zatím nechají stranou a opravdu pravidelně cvičí základy. SP ukončuje cvičení, neboť dívka již absolutně nespolupracuje. Pozorování trvalo dohromady 1 h a 15 minut, na závěr SP doporučila matce konkrétní cvičení a na co je třeba se soustředit.

T: Myslíte, že na její výkon mělo vliv ADHD?

SP: „Zcela jistě je patrná rychlá unavitelnost, také jsem se snažila poměrně rychle měnit činnosti, aby jí aktivity zaujaly. Je potřeba s ní trénovat i doma, pro dívku už bylo cvičení dlouhé, navíc když se uskutečnilo odpoledne po škole. Záměrně jsem se zkusila vyměnit i s matkou, bych zjistila, kde je problém, zda jí nevyhovuje práce se mnou nebo jí to nebaví, nebo jí nejde jenom daná problematika, nebo jestli je dítě již natolik unavené, že opravdu nemá smysl dále ve cvičení setrávat.“

T: Jaký bude nyní postup?

SP: „Matka již dostala ukázky cvičení i pokyny, jak s dívkou doma pracovat. Nyní připravím zprávu, kde navrhu IVP, určitě by měla mít delší čas na počítání příkladů a doporučuji i speciální pomůcky, tím myslím tabulku násobků a síť s kostkami, se kterými jsme dnes pracovaly. Dívce je potřeba doma cvičení více rozkouskovat, nechat ji chvíli odpočinout. Žáci s ADHD jsou více unavitelní, navíc ona si v oblasti matematiky není jistá, a to jí navíc stresuje, a to tomu vůbec neprospívá, je potřeba, aby se přestala matematiky v první řadě bát, a s tím by jí tyto pomůcky mohly pomoci.“

T: Děkuji za rozhovor.

7.2 Pozorování v soukromém SPC

Výzkumná otázka: Jaký vliv má ADHD při komplexní diagnostice dítěte v SPC.

Cíl výzkumu: Záměrem pozorování bylo sledovat práci speciálního pedagoga, který vyšetřoval dvojče A za účelem vypracování komplexní diagnostiky na žádost matky, vzhledem k případnému přestupu dívky na jinou ZŠ vzhledem k tomu, že na současné ZŠ logopedická třída je otevřena pouze do 5. třídy a od 6. třídy škola otevírá pouze třídy praktické. Cílem výzkumu je pozorování práce speciálního pedagoga a vlivy ADHD na práci s dítětem během vyšetření.

Speciální pedagog byl seznámen s účelem pozorování a souhlasil s využitím dat z pozorování v diplomové práci s názvem Vzdělávání žáků s ADHD na základní škole, rovněž souhlasil s doplňujícími otázkami.

7.2.1 Průběh pozorování:

Účastníci výzkumu: dvojče A (dívka), matka dívky, speciální pedagog, badatel

Komplexní vyšetření v SPC bylo uskutečněno 7.9.2020.

Pozorování se odehrávalo ve velké moderní místnosti plné interaktivních pomůcek. V místnosti byla přítomna po celou dobu speciální pedagožka, matka dívky, dvojče A a tazatel.

Speciální pedagog zahájil vyšetření prvotně s matkou dítěte a dotazuje se na dosavadní potíže dívky. Matka popisuje veškeré potíže dívky, primárně se zaměřuje na diagnostikovanou dyskalkulii, ADHD a emoční labilitu v případě stresu. Speciální pedagožka si zapisuje poznatky a klade doplňující otázky, ke stávajícím problémům, které matka popisuje. Dívka se po 10 minutách nudí, začíná se houpat a zlehka kopat do stolu. Speciální pedagog pozoruje dívčin neklid a ptá se na její názor na problematiku popisovanou matkou. Dívka nedávala pozor. Speciální pedagog pokládá přímé otázky.

Speciální pedagog (dále SP): „Janičko, jaké předměty máš ve škole ráda?“

Dívka (dále D): „Nooo, mám ráda třeba výtvarku, taky tělocvik a vlastně nic moc mi nevadí, kromě matematiky.“

SP: „Dobře, takže předmět, který nemáš ráda, je tedy matematika?“

D: „Jo, tu fakt nemám ráda.“

SP: „A co tě v matematice trápí?“

D: „Asi všechno, ale nejvíc dělení. Nejde mi to.“

SP: „A opravdu ti to nejde nebo se jen cítíš nejistá?“

D: „No já nevím, prostě nejde.“

SP: „Dobře tak si to vyzkoušíme.“

D: „Hmmm, tak jo no.“

Dívka začíná být nervózní, netěší jí, že bude zkoušená z matematiky. Kouká do země. Speciální pedagog slouží lehké matematické příklady a postupně zvyšuje úroveň. Poté používá příklady a cvičení připravené na papíře, snaží se dívku podpořit drobnými nápovědami. Když to dívce nejde tak snadno, tak se dívka ohrazuje, že je zvyklá pracovat se sítí a tabulkou násobků, odmítá pracovat.

Speciální pedagog ukončuje zkoušení a přechází k IQ testu. Jedná se o logický obrázkový IQ test. Ze začátku se dívka cítí trochu nejistě, protože ho předtím nikdy nedělala. Speciální pedagog vysvětluje, co s ním má dělat a názorně vysvětluje na prvním příkladu. Chvilku dívka zaškrťává, ale při těžších úlohách začíná zmatkovat a být nejistá. Speciální pedagog opět nabízí podporu. V průběhu testování nikdo nemluvíme a speciální pedagog si občas zapisuje do sešitu poznámky. Poté se speciální pedagog snaží během testu dívky doptávat na otázky z jiných oblastí (co ráda dělá apod.). Jde o testování pozornosti. Dívka dokončuje test, nedopadl špatně, ale bylo znatelné, že pozdější úlohy pro ni již byly náročné. Zřejmě měl vliv i přístup speciálního pedagoga, která se snažila být motivující, ale někdy bylo motivace nadbytečná.

SP: „Tak zkusíme ještě jedno cvičení, to tě bude bavit.“

D: „Tak jo.“

SP: „Máš ráda hry, třeba na tabletu?“

D: „Jasně.“

Speciální pedagog dívce podává malý notebook s myší a zapíná hru, dívka se těší. Vysvětluje hru a spouští. Dívka zjišťuje, že to není tak jednoduché. Speciální pedagog vysvětluje, že hra postupně zvyšuje úroveň a v každé úrovni dívka musí sledovat více aspektů (testuje tedy její pozornost), Dívka se začíná trochu vztekat, protože hra začíná být již pro ni náročná, hraje asi 8 minut. Speciální pedagožka ukončuje cvičení a zapisuje skóre. Za každý úkon dívku chválila a poskytovala velkou podporu. Dívka se cítí komfortně a dobře reaguje na speciální pedagožku.

Pokračuje rozhovor matky se speciální pedagožkou. Speciální pedagožka hodnotí výkony dívky spíše pozitivně s tím, že je patrný neklid a nerovnoměrný výkon a stres v oblasti matematických cvičení. Zjišťuje názor matky, která s dívkou tráví většinu času, porovnává momentální výsledky s tím, jak hodnotí výsledky matka z dlouhodobého hlediska doma i ve škole. Rozhovor je poměrně dlouhý a dívka se opět začíná nudit, nedává pozor, zlehka kope do stolu a ošívá se. Chvilkami se uculuje.

Speciální pedagog se shoduje s matkou, že dívka není připravená na běžnou základní školu. A to i z emočního hlediska, panuje obava před zhroucením při vyšších nárocích v oblasti matematiky. Nyní mám prostor pro otázky.

Tazatel (dále T): Shledáváte dívku zatíženou syndromem ADHD?

SP: „Ano, určité jevy byly patrné i během vyšetření, například motorický neklid.“

T: Vyšetřovala jste i míru pozornosti dítěte?

SP: „Ano, to bylo patrné při cvičení, kdy dívka měla k dispozici počítač. V tomto cvičení je u dítěte potřeba velká dávka soustředění a pozornosti, dítě s ADHD má s vyššími úrovněmi potíže, jelikož musí sledovat více aspektů najednou. To bylo u Jany znát, že jí vyšší levely činily potíže, nestíhala věnovat všemu rovnoměrně pozornost.“

T: Myslíte, že ADHD má vliv i na dívčinu dyskalkulii?

SP: „Samozřejmě, pro ni je náročnější všeobecně udržet pozornost, navíc při matematice se musí soustředit a k tomu na učivo, které jí dělá problémy. Ale těch aspektů je tam více, nejen ADHD. Ale ano, i ADHD má částečný vliv.“

T: Mělo ADHD vliv na vyšetření?

SP: „U vyšetření klientů s ADHD musíte zvládnout upoutat jejich pozornost a aktivity volit tak, aby je zaujaly, proto jsem upustila od cvičení na papíře a přešla spíše k počítači a interaktivnější formě testování, která je spíše formou hry.“

T: Děkuji za zodpovězení otázek.

7.2.2 Závěr pozorování:

Z obou pozorování je patrné, že ADHD mělo vliv na vyšetření či cvičení. V prvním případě komplikovala situaci unavitelnost dítěte, přičemž by měly být zohledněny i rozdílné přístupy speciálních pedagogů. V prvním případě byla speciální pedagožka spíše autoritativní oproti pedagožce, která prováděla vyšetření. Taktéž povaha situace byla odlišná. V první části se jednalo spíše o návštěvu PPP s edukační formou, s tím, že dítě muselo intenzivně pracovat a učit se zacházet s podpůrnými pomůckami. Oproti tomu druhé sezení dívka vnímala spíše jako “posezení“ či “hru“, avšak speciální pedagožka volila formu examinace spíše pomocí interaktivních pomůcek, aby dítě zaujala. Projev ADHD nebyl tak patrný, kromě motorického neklidu, nebyla patrná jako v prvním případě například únava, nedocházelo k odmítání činnosti, jako v prvním případě. Rovněž celkový přístup této speciální pedagožky byl založen na kladné motivaci dítěte, povzbuzování a respektování potíží v oblasti poruchy pozornosti. Přikláním se k přístupu speciální pedagožky z SPC, který na dívku kladně působil a dokázal tlumit projevy ADHD.

Závěr diplomové práce

Tato diplomová práce byla rozdělena na část teoretickou a empirickou s tím, že obě části jsou zaměřené na problematiku syndromu ADHD, zejména u žáků na základní škole.

Teoretická část obsahuje charakteristiku tohoto syndromu, diagnostiku ADHD, medikace a projevy ADHD v konkrétních vývojových obdobích dítěte. Taktéž se teoretická část věnuje inkluzivnímu vzdělávání a možným podpůrným opatřením pro žáky se syndromem ADHD.

Empirická část je složena z případové studie, rozhovoru a pozorování. Empirická část je zaměřena na dvojčata, která mají ADHD a další potíže, jako SPU. U dvojčat došlo ke značným obtížím během perinatálního období, přičemž následně došlo u obou dětí k hypoxii, kterou lze považovat za jednu z příčin ADHD. Je patrné, že obě děti mají ADHD, byť každý s poněkud odlišnými projevy.

U chlapce je tento syndrom patrnější. Již od batolecího věku je u něj patrná zvýšená vzrušivost, později se přidal neklid, v mateřské škole nebyl schopen spát po obědě jako ostatní děti, nevydržel dlouho u jedné činnosti, byl viditelný i motorický neklid. Stejně tak co se týká socializace, jeho horší navazování vztahů i skutečnost, že je spíše sólista, lze přisuzovat také tomuto syndromu. Neprojevovala se u něj nijak výrazně agresivita či plačtivost, ale vždy byl hlučnější a ukřičenější. U chlapce byla doporučena také grafomotorická cvičení, aby se předcházelo SPU – dysgrafie, které se zvládlo předcházet.

U dívky se tento syndrom projevil později. Vždy byla živější, avšak u činností byla schopna vydržet déle oproti bratrovi, motorický neklid byl také patrný, ale oproti bratrovi, i když s obtížemi, nakonec ve školce zvládla po obědě usnout. U dívky se však projevovaly i další obtíže. Ona i bratr měli opožděný vývoj řeči, avšak dívka měla i obtíže jako je dyslálie. V předškolním věku matka vyzorovala a pojala podezření, že i dívka bude mít ADHD, u dívky se to začalo silně projevovat během rozhovoru, kdy se matky přišla na něco zeptat, a při vysvětlování jí vyrušil jev z okolí a již nedávala pozor na výklad. U dívky se projevila charakteristická emoční nestabilita a lehká agrese, která také patří mezi projevy syndromu ADHD. Byl patrný i motorický neklid a lehká nepozornost. Dívka je také zatížena SPU – dyskalkulií. U obou dětí je znatelná rychlá unavitelnost.

Projevy toho syndromu jsou patrné při vzdělávání i výchově, a jak vyplývá z pozorování i z rozhovoru, často může tento syndrom zapříčinit komplikace při edukaci či výchově, avšak z celé empirické části je zřejmé, že při spolupráci rodičů a školských zařízení, případně lékařů, lze s tímto syndromem pracovat a lze ho mírnit.

Spolupráce školy, školských zařízení s rodinou je při práci s dítětem s ADHD a SPU klíčová, v praktické části je tato spolupráce popsána a z velké části tato spolupráce přispěla při řešení problémů spojených s tímto syndromem. Samozřejmě nesmí být opomenuta včasná péče matky, která se o poruchy svých dětí zajímala a snažila se je minimalizovat, od novorozeneckého období dětí, vzhledem k tomu, že perinatální období neproběhlo bez komplikací.

Je pravděpodobné, že při pokračující spolupráci rodiny a školy a dalších odborníků, děti ukončí základní školu s minimálními projevy ADHD a SPU a budou moci pokračovat ve studiu. Je pravděpodobné, že se bude jednat spíše například o dvouleté či tříleté odborné učiliště, ale variantu, že by po základní škole pokračovali ve studiu, nevylučuji.

Seznam použitých informačních zdrojů

BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. *Vzdělávání se zaměřením na inkluzivní didaktiku a vyučování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole hlavního vzdělávacího proudu: Education focusing on inclusive didactics and teaching pupils with special educational needs in mainstream schools*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6678-6.

DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-419-5.

GAIDAMOWICZ, Rima, Aušra DEKSNYTĚ, Karolina PALINAUSKAITĚ, Ramūnas ARANAUSKAS, Vytautas KASIULEVIČIUS, Virginijus ŠAPOKA a Lukas ARANAUSKAS. *ADHD - the scourge of the twenty-first-century?*. Psychiatria Polska [online]. 2018, 52(2), 287-307 [cit. 2018-12-20]. DOI: 10.12740/PP/67111. ISSN 0033-2674. Dostupné z: http://psychiatriapolska.pl/287_307_G

JANDERKOVÁ, Dita, Jitka KENDÍKOVÁ, Jarmila KLÉGROVÁ, Iva STRNADOVÁ, Jana SWIERKOSZOVÁ a Zdenka ŽENATOVÁ. *SPU a ADHD*. Praha: Raabe, [2016]. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-215-8.

KUCHARSKÁ, Anna, Daniela POKORNÁ a Jana MRÁZKOVÁ. *Třístupňový model péče (3MP) ve školách zapojených v projektu RAMPS-VIP III*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2014. ISBN 9788074810374.

LAVÉR-BRADBURY, Cathy, Margaret THOMPSON a Anne WEEKS. *Šest kroků ke zvládnutí ADHD: manuál pro rodiče i učitele*. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1035-1.

LECHTA, Viktor, ed. *Inkluzivní pedagogika*. Přeložila Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1123-5.

POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-817-3.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.

PTÁČEK, Radek a Hana PTÁČKOVÁ. *ADHD - variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-2930-8.

RIETZLER, Stefanie, Fabian GROLIMUND. *Jak se úspěšně učit s ADHD: Praktický rádce pro rodiče*. Přeložil Tereza TĚŠÍNSKÁ. Bratislava: NOXI, 2018. ISBN 978-80-8111-471-7.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

ŠTECH, Stanislav. *Inkluzivní vzdělávání – obtížné zvládnutí „rozmanitosti“ v praxi*. Pedagogická orientace [online]. 2018, 28(2), 382-398 [cit. 2018-12-21]. DOI: 10.5817/PedOr2018-2-382. ISSN 1805-9511. Dostupné z: <https://journals.muni.cz/pedor/article/view/10343>

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

WINTER, Britta. *Jak na ADHD a problémy s pozorností: praktické tipy pro každý den*. Přeložil Zuzana MIKESKOVÁ. Brno: Edika, 2018. ISBN 978-80-266-1304-6.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Vyd. 12. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0875-4.

ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: zápor i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0204-4.