

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Ludmila Mikulovková

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ADHD u dítěte v předškolním věku

ADHD children in preschoolage

Ludmila Mikulovková

Studijní program:	Speciální pedagogika, bakalářské studium, kombinovaná forma
Studijní obor:	B SPPG
Vedoucí bakalářské práce:	PhDr. Mgr. Monika Mužáková, PhD.

2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „ADHD u dítěte v předškolním věku“ vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a citovala všechny použité prameny a literaturu. Dále prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10.7.2018

.....
Ludmila Mikulovková

Poděkování:

Úvodem bych touto cestou velice ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Mgr. Monice Mužákové, Ph.D. za profesionální vedení, cenné rady, konzultace a skvělý přístup, který mi v průběhu vypracování mé bakalářské práce poskytovala.

Chtěla bych také poděkovat učitelkám, rodičům dětí, kteří se zúčastnili mého výzkumu, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Dále také rodině za podporu při vypracování mé bakalářské práce.

.....

Ludmila Mikulůvková

ABSTRAKT

Tématem této bakalářské práce je ADHD u dítěte v předškolním věku. Toto téma jsem si vybrala, protože ve mně vzbudilo velký zájem. Během mé pedagogické praxe v mateřské škole se mi stalo, že jsem narazila na „nezvladatelného“ chlapce, který se stal jakýmsi impulsem k vypracování této práce.

Teoretická část práce shrnuje dosavadní poznatky o ADHD a hlavním bodem jsou jeho specifika v předškolním věku. Praktická část je zaměřena na výzkum, který bude proveden kvalitativním šetřením- konkrétně polostrukturovanými rozhovory. Ty budou zaznamenávány na diktafon a následně přepsány do textové verze. Pomocí výsledků z rozhovorů chci objasnit položené výzkumné otázky. Cílem je zjistit informace o tom, jak funguje spolupráce rodičů, mateřské školy a dalších odborníků. Od rodičů dětí a učitelek chci zjistit, zda byli informováni o syndromu ADHD a jak, dále pak informace o přístupu učitelek, metodách a výchovných přístupech, které se u dětí se syndromem ADHD osvědčily.

Výsledky rozhovorů potvrdili hypotézu o spolupráci, informovanosti a výchovných přístupech. Rodiče před diagnostikovaním nebyli informováni. Učitelky a rodiče hodnotí spolupráci vcelku dobře, popisují, co by se dalo zlepšit ve spolupráci. Učitelky v rámci spolupráce poukazují na přehlcenost odborných pracovišť. V přístupu učitelek chybí empatie a individuální přístup. U učitelek a rodičů jsem našla shodu v osvědčených výchovných postupech. Výsledky práce poslouží ke zlepšení komunikace, spolupráce mezi rodiči a mateřskou školou. Dále lze použít teoretické poznatky o ADHD k informovanosti rodičů. Z uvedených metod a přístupů si můžou rodiče a učitelé vzít příklad pro praxi s dětmi s ADHD.

Klíčová slova:

ADHD, rodiče, mateřská škola, spolupráce, informovanost, metody a výchovné přístupy

ABSTRACT

The topic of this bachelor thesis is ADHD children in preschoolage. I chose this topic because I was very interested in it. During my pedagogical practice at kindergarten, it occurred to me that I had come across an "uncontrollable" boy who had become an impulse to develop this work.

The theoretical part summarizes the current knowledge about ADHD and the main point is its specificity at pre-school age. In the practical part I focused on research, which will be carried out by a qualitative survey - specifically a semi-structured interview. This will be recorded on the recorder and then overwritten in the text version. Using the results of the interviews, I want to clarify the research questions. The aim is to find out how parents, nursery schools and other professionals work together. I want to find out from parents of children and teachers whether they have been informed about ADHD and how, as well as information on the approach of teachers, methods and educational approaches that have proven to children with ADHD.

The results confirmed the hypothesis of collaboration, awareness and educational attitudes. Parents were not informed before diagnosis. Teachers and parents evaluate cooperation very well, describe what could be improved in cooperation. Teachers in the collaboration point to the overwhelming presence of specialist workplaces. Empathy and individual approach are lacking in the teacher's approach. For teachers and parents, I have found consensus in good educational practices. The results of the work serve to improve communication, cooperation between parents and kindergarten. Additionally, theoretical knowledge about ADHD can be used to inform parents. From these methods and approaches, parents and teachers can take an example for practice with children with ADHD.

Keywords:

ADHD, parents, kindergarten, cooperation, awareness, methods and educational approaches

Obsah

ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1.1 Syndrom ADHD.....	11
1.2 Vymezení pojmu ADHD.....	11
1.3 Etiologie ADHD.....	12
1.4 Výskyt ADHD.....	13
1.5 Diagnostika.....	14
1.6 Typické projevy syndromu ADHD.....	19
1.6.1 Porucha pozornosti.....	19
1.6.2 Impulzivita.....	19
1.6.3 Hyperaktivita.....	20
1.7 Přidružené poruchy.....	23
1.7.1 Specifické poruchy učení.....	23
1.7.2 Porucha opozičního vzoru.....	24
1.7.3 Specifické zpoždění ve vývoji motoriky a řeči.....	24
1.7.4 Poruchy chování.....	24
1.7.5 Úzkostné poruchy.....	24
1.7.6 Poruchy nálady.....	25
1.7.7 Tiková porucha.....	25
1.7.8 Poruchy spánku.....	25
1.7.9 Zneužívání návykových látek.....	25
1.7.10 Aspergerův syndrom.....	26
1.8 Reeducace ADHD.....	26
1.9 Komplexní přístup k léčbě dětí s ADHD.....	29
2 Specifika dítěte s ADHD v předškolním věku.....	31
2.1 Zásady při výchově.....	31
2.2 Dítě s ADHD v mateřské škole.....	32
2.3 Dítě s ADHD v rodině.....	33
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
3.1 Cíl výzkumu.....	34
3.2 Metodologie šetření.....	34
3.3 Charakteristika místa šetření.....	34
3.4 Charakteristika dětí.....	35

3.5	Výsledky rozhovorů a analýza.....	35
3.5.1	Výsledky rozhovorů s rodiči.....	35
3.5.2	Výsledky rozhovorů s učitelkami a zástupkyní ředitelky.....	43
3.5.3	Analýza výsledků rozhovorů.....	50
ZÁVĚR.....		54
4	SEZNAM PŘÍLOH.....	56

ÚVOD

V dnešní době se zdá, že se učitelé ve své pedagogické praxi setkávají s dětmi, které mají nejrůznější postižení či poruchy. Ani já jsem nebyla výjimkou. Ihned po střední škole, kdy jsem začala pracovat jako učitelka v běžné mateřské školce, jsem si nemohla nevšimnout, že spousta dětí v mé třídě má určité problémy, které nelze přehlédnout. Jedním z problémů, díky kterému doslova dítě v kolektivu vyčnívá, je porucha pozornosti s hyperaktivitou tzv. syndrom ADHD.

Děti se syndromem ADHD jsou velmi často označovány společností jako „nevychované“ či „zlobivé“ děti. Jejich rodiče musí bojovat s předsudky ostatních, protože jejich děti jsou nespravedlivě hodnoceny a označovány touto „nálepkou“. V dnešní době přitom již nejde o vzácnou poruchu chování. Myslela jsem si, že společnost je všímavá, vždyť děti se syndromem ADHD nelze přehlédnout pro jejich vysokou míru aktivity, malé sebeovládání, impulzivitu a nepřiměřené reakce. Určitě každý ve svém okolí viděl někdy chlapce, který nevydrží v klidu nebo je neustále v konfliktu s ostatními dětmi. Proč tedy společnost není více informována? Společnost mylně obviňuje rodiče za „nepřípustné“ chování jejich dítěte. Přitom by stačilo, aby byla společnost informována o tom, že syndrom ADHD má příčiny v dědičnosti či jiných faktorech. Otázkou ale je, zdali je společnost připravena snažit se pochopit děti s ADHD nebo bude dále koukat „skrz prsty“ na rodiče a „šuškat si“ za rohem o jejich neschopnosti vychovat vlastní dítě.

Ve své práci jsem se zaměřila na dítě s ADHD již v předškolním věku, neboť je mi tato skupina dětí velmi blízká, jakožto učitelce v mateřské škole. Mateřská škola je jakousi vstupní branou dítěte do společnosti, zde se socializuje s vrstevníky a zvyká si na cizí autoritu- učitelku. Bývá to právě učitelka, která většinou rodiče upozorní citlivým přístupem, že něco není v pořádku. V mateřské školce musí děti dodržovat určitá pravidla, kterými se musí všechny děti řídit. Zde ale nastává problém pro dítě se syndromem ADHD, které to „nezvládá“ a začíná v kolektivu vyčnívat.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části a to na část teoretickou a praktickou. Cílem teoretické části mé práce bylo na základě studia uvedené odborné literatury shrnout dosavadní poznatky o syndromu ADHD. V teoretické části jsem se věnovala vymezení pojmu ADHD, etiologii a typickým projevům ADHD, diagnostice, dále také přidruženým poruchám a možnostem reedukace a způsobům léčby. Hlavním bodem v teoretické části vzhledem k tématu jsou specifika ADHD u dítěte v předškolním věku.

Pro zpracování praktické části bylo využito šetření kvalitativního charakteru- formou polostrukturovaných rozhovorů a přímého pozorování dětí v kolektivu. Tato část obsahuje cíle práce, charakteristiku místa šetření a zkoumaných jedinců. Zaměřila jsem se na dvě děti v předškolním věku s diagnostikovaným syndromem ADHD, které jsem měla možnost sledovat během své praxe v mateřské škole speciální. Oslovila jsem učitelky a rodiče daných dětí, zda by mi poskytl rozhovor. V rozhovorech jsem se zaměřila na informovanost o syndromu ADHD, projevy ADHD, na spolupráci rodičů a mateřské školy speciální, spolupráci s odborníky a metody práce s dětmi se syndromem ADHD.

V závěru práce jsem se zaměřila na výsledky, které byly zjištěny z rozhovorů. A následná doporučení pro pedagogickou praxi. Součástí závěru je zhodnocení naplnění cílů mé bakalářské práce.

1 TEORETICKÁ ČÁST

V této části bakalářské práce jsem se zaměřila na dosavadní teoretické poznatky týkající se syndromu ADHD, na etiologii, diagnostiku, jeho typické projevy, přidružené poruchy, možnosti reedukace a způsoby léčby. K zpracování byla použita pouze uvedená odborná literatura a další zdroje.

1.1 Syndrom ADHD

Pod anglickou zkratkou ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) se skrývá název neurovývojové poruchy tzv. poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou. Podle Janderkové (2016) hyperaktivních dětí přibývá. Zdá se, že jich je více, ale vzhledem k tomu, že není možnost srovnávat jejich počty s minulostí, nemůžeme tuto skutečnost jednoznačně potvrdit. Spíše spolu s tím, jak se zvyšují nároky na výchovu a vzdělávání v naší společnosti, a jak se zároveň zlepšuje zdravotnická diagnostika i osvěta, zvyšuje se i počet poruch, které odhalíme, a také se jimi pak více zabýváme. Tato skutečnost v sobě nese jako klad to, že veliké většině hyperaktivních dětí pak můžeme pomoci tak, aby se uplatnily v životě a své obtíže překonaly.

Tak jako tomu je i u jiných postižení, má ADHD určité tzv. subtypy, které jsou rozlišeny podle míry zastoupení typických projevů. Dle Goetzeho a Uhlíkové (2009) rozlišujeme 3 subtypy. Do prvního subtypu patří děti, které mají obtíže s pozorností, ale nejsou nijak zvláště hyperaktivní nebo impulzivní. Obvykle se na tyto problémy přijde až se zahájením školní docházky. Do subtypu s převažující poruchou koncentrace spadá 25-35 % dětí s ADHD. Děti, které jsou naopak spíše hyperaktivní a impulzivní, ale dokážou se podle potřeby soustředit, je asi 10-20 %. To, že není něco v pořádku, rodiče obvykle tuší již od mateřské školky, neboť se tyto děti odlišují od ostatních svojí nápadně vyšší živostí nebo ukvapeností. Nejčastějším subtypem je tzv. smíšený typ ADHD, kde jsou vyjádřeny jak příznaky nepozornosti, tak hyperaktivity i impulzivity. Tento typ se vyskytuje asi u 50 % dětí s ADHD. Během vývoje se míra vyjádření různých příznaků u jedné osoby může měnit. Příslušnost k nějaké subtypu ADHD tedy není ničím zcela trvalým.

1.2 Vymezení pojmu ADHD

„ADHD, hyperkinetická porucha, LMD (lehká mozková dysfunkce), LDE (lehká dětská encefalopatie)- to všechno jsou pojmy, které jsou nebo dříve byly používány v souvislosti s popisem obtíží spojených s poruchami pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou“ (Vlasatá, 2013, s.6).

Goetze a Uhlíková (2009) se domnívají, že někdo by mohl namítnout, že jde o běžné slovíčkaření a název, kterým tuto poruchu označujeme, není příliš důležitý. S tím, ale nelze souhlasit. Terminologie odráží i pokrok ve výzkumu příčin projevů a léčby poruchy. Proto je důležité používat moderní označení a orientovat se na informace, které s tímto názvem přicházejí. Proto budeme používat termín ADHD, který je standardní ve většině vyspělých zemí. Dalšími správnými pojmenováními jsou hyperkinetická porucha, porucha aktivity a pozornosti, které se však s pojmem ADHD zcela nepřekrývají.

Podle Janderkové (2016) je hyperaktivita jedním z projevů, které charakterizují děti trpící tzv. lehkou mozkovou dysfunkcí LMD nebo nověji syndromem ADHD. Pro srovnání si uvedeme obě definice.

Jak popisuje Matějček (citováno Janderková, 2016) „*LMD se projevují nápadnostmi a poruchami –čili dysfunkcemi- v řadě mentálních funkcí i v jejich součinnosti, jež je podmínkou komplexních forem chování, jakými jsou např. školní učení, společenské chování, zvládání pracovních úkolů, apod. Podkladem jsou drobná, zpravidla, rozptýlená poškození mozkové tkáně, k nimž došlo v nejčasnějších vývojových fázích, nebo zvláštní utváření mozkových struktur nejspíše na genetickém podkladě. Přehled nejčastějších příznaků vám ukazuje, v jakém směru je školní a sociální uplatnění dítěte ohroženo. V jednotlivých případech se tyto příznaky mohou vyskytnout v různých kombinacích, v různém výběru a s větší, nebo menší intenzitou. Jsou to: nápadně nerovnoměrný vývoj jednotlivých mentálních funkcí, nápadnosti a poruchy v dynamice duševních pochodů a v celkové aktivitě ve smyslu hyperaktivity i hypoaktivity, impulzivnost, překotnost reakcí, nápadné výkyvy nálad a duševní výkonnosti, tělesná neobratnost, poruchy a nápadné nedostatky ve vnímání.*“ (Janderková, 2016, s. 103-104).

„*ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoliv se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností*“ (Barkley, citováno Zelinková 2015, s.196).

Srovnání obou definic ukazuje, že se v mnohém překrývají, popisují podobné obtíže v chování, nicméně každá klade důraz na něco jiného. Termín LMD je u nás používán již delší dobu, ve zdravotnické terminologii zdomácněl i veřejnost si na něj zvykla. Hlavní rozdíl mezi LMD a ADHD je v tom, že se u něj setkáváme nejen s hyperaktivitou a impulzivitou, ale také hypoaktivitou. ADHD je zaměřeno především na projevy v chování a hyperaktivitu, která je hlavní příčinou obtíží. Termín ADHD k nám přichází se zahraniční literaturou, je veden v mezinárodní klasifikaci nemocí, a tím se postupně prosazuje i do používání v lékařské praxi. (Janderková, 2016)

1.3 Etiologie ADHD

V současné době, kdy je syndrom ADHD stále častější diagnózou si mnoho lidí si myslí, že děti s ADHD jsou jen děti „nevychované“. Jejich rodiče, ale moc dobře ví, že chyba je někde úplně jinde, a pochopit je dokážou jen lidé z praxe s dětmi nebo odborníci, kteří se s těmito dětmi setkávají a jejich poruchu diagnostikují. Goetze a Uhlíková (2009) se domnívají, že u dětí s ADHD je sebekontrola narušena již od narození. Jako sebekontrolu laici rozumí pevnou vůli a zdá se, že právě zažitá představa o síle nebo slabosti vůle jsou jednou z hlavních překážek, proč má společnost potíže přijmout ADHD jako biologicky podmíněnou

vývojovou poruchu zařadit ji k onemocněním, vůči kterým dokáže projevovat empatii a jejich projevy neposuzovat jako morální selhání.

Podle Michalové „*Příčiny nejsou vzniku ADHD /ADD v současnosti zcela známe a nelze proto vždy určit jednoznačnou příčinu. Z možných příčin se nejvíce odborná veřejnost shoduje na dědičnosti a biologicko-fyzických příčinách- neurologická porucha zpracování nervových impulsů, zdravotní komplikace v těhotenství nebo při porodu, znečištěné životní prostředí, užívání alkoholu a drog v těhotenství. Dochází k jemným odchylkám ve struktuře a funkcích mozku. Vzniká tak nerovnováha v činnosti neurotransmitterů, které mají za úkol přenášet signály mezi různými oblastmi mozku a zajišťovat jeho správnou a harmonickou činnost*“ (Michalová, 2011, s.55).

Janderková (2016) také popisuje ve své knize, že příčinu hyperaktivity je nutno hledat v centrální nervové soustavě. Původ hyperaktivity lze tedy pravděpodobně najít v poruše dynamiky mozkových procesů v oblasti řízení aktivity a regulace chování, kterou si dítě přináší ve své neurologické výbavě na svět. Měnit a ovlivňovat tuto funkci CNS jde jen velmi obtížně. Znamená to, že dané obtíže je třeba vzít jako fakt a přizpůsobovat jim výchovné vedení dítěte.

Laver-Brandbury (2016) píše o výzkumech, které naznačují, že mozek dětí s ADHD nepracuje stejně jako mozek dětí bez této poruchy. Rozdíly se objevují zejména v činnosti přední části mozku. Mozek pracuje jako elektrický obvod a neurony jej spojují se všemi částmi těla. Spojení mezi jednotlivými neurony nazýváme synapse a k přemostění „synaptické štěrbiny“ mezi neurony jsou zapotřebí určité chemické látky. Děti s ADHD patrně nemají správně vyváženou směs látek, které se vylučují do synaptických štěrbin. Zdá se, že postrádají látku zvanou dopamin. Znamená to, že signály nejsou vedeny správně a někdy putují do nesprávné části mozku.

1.4 Výskyt ADHD

Kolik jedinců trpí syndromem ADHD se můžeme pouze domnívat. Chybí totiž informovanost rodičů o tom, že jejich dítě, které má „nálepku- neposlušné a zlobivé“, možná může být zasaženo tímto syndromem. Goetze a Uhlíková (2009) uvádí, že u dětí školního věku s ADHD se pohybuje prevalence podle různých studií mezi 3-7 %. Dle starších údajů bývají chlapci postiženi třikrát častěji než dívky. V současné době některé studie poukazují na, že pokud budeme pečlivě hodnotit nepozornost, pak se dívky chlapcům v prevalenci ADHD výrazně přiblíží. Jestliže si tedy představíme školu, do které chodí 200 dětí, je pravděpodobné, že mezi žáky může být až 14 dětí s ADHD, minimálně tři z nich budou dívky a zbytek chlapci. V České republice se odhaduje, že ADHD může trpět až 20 000 dětí. Je dávno překonaným mýtem, že z ADHD děti ve většině případů vyrostou. Ba naopak, u 80 % z nich se s touto diagnózou můžeme setkat i v adolescenci a až 60 % jedinců z této skupiny může vykazovat některé příznaky ADHD i v dospělosti.

1.5 Diagnostika

„Jestliže dlouhodobě pozorujete, že se vaše dítě chová jinak než ostatní děti v jeho věku a získáváte pocit, že výchova je náročnější, než je obvyklé, je vhodné začít zajímat se o příčiny tohoto stavu“ (Goetze a Uhlíková, 2009, s.51).

Neklidné děti s obtížemi v chování bývají již v předškolním nebo mladším školním věku doporučovány k psychologickému vyšetření. Většinou bývají pedagogové iniciátory vyšetření, neboť vítají doporučení z pedagogicko-psychologické poradny vzhledem k možnostem integrace dítěte a s tím souvisejícího individuálnějšího přístupu k němu a tvorby individuálního vzdělávacího plánu. Avšak se někdy stane, že diagnostika ADHD je prováděna na podnět samotných rodičů, kteří jsou při výchově bezradní a potřebují vedení, někdy taky ospravedlnění svých výchovných neúspěchů. Lehčí případy syndromu ADHD jsou však často opomenuty, nejsou léčeny ani podchyceny (Drdílková, 2007).

„Diagnózu ADHD není zcela snadné stanovit. Její určení je závislé mimo jiné i na tom, do jaké míry zasahují její symptomy do každodenního života jedince. Proto je nutné kromě fyzického a psychického vyšetření jedince vyhodnocovat také informace od osob, se kterými přichází dítě pravidelně ve svém sociálním prostředí do styku“ (Michalová, 2011, s.61).

Podle Zelinkové (2013) jsou významným zdrojem informací hlavně rodiče a učitelé, kteří poskytují údaje formou dotazníku a rozhovoru, a též podrobně popisují konfliktní situace v celé šíři. Dlouhodobé pozorování všech zúčastněných i dalších odborníků v různých podmínkách je zaměřeno na popis chování, frekvenci určitých způsobů chování a dobu trvání. Sleduje se, co situacím předcházelo, co následovalo, aby se poté podnikla určitá opatření.

Matky dětí s ADHD uvádějí přesný popis výzkumných událostí, v životě dítěte, z nichž některé mohly sehrát klíčovou roli při vzniku obtíží, jiné jsou vodítkem při hledání optimálních možností intervence. I dítě poskytuje o sobě cenné informace, které jsou brány v úvahu při utváření osobnostního profilu dítěte a formulaci intervenčních strategií. Dítě popisuje, jaké aktivity má rádo, co považuje za obtížné, charakterizuje svůj postoj ke spolužákům a způsob, jakým vnímá vztah vrstevníků k sobě. Z uvedeného vyplývá, že rodiče a učitelé musejí v průběhu diagnostického procesu spolupracovat a jejich údaje mají značnou váhu. Součástí komplexních vyšetření jsou podrobná vyšetření lékařská, psychologická, logopedická a vyšetření dalších specialistů, zaměřená na poznání příčin obtíží (Zelinková, 2013).

Pokusit se diagnostikovat dítě může již učitel, například pomocí Terrellova dotazníku (Tabulka č. 1). Jak zdůrazňuje Janderková (2016), jde jen o diagnostiku učitelskou s cílem:

- Získat podklad pro další speciální vyšetření.
- Vypracovat edukativní a reedukační opatření.
- Upozornit na prognózu.
- Zahájit reedukaci v rámci školy a doporučit adekvátní změny v přístupu k dítěti rodičům.
- Doporučit další speciální vyšetření dítěte/ žáka.

Tabulka č.1-Terrellův screeningový dotazník

	<p>Terrellův screeningový dotazník- upravila J. Swierkoszová s názvem <i>Identifikace projevů ADHD u dětí pětiletých až čtrnáctiletých</i> (Janderková, 2016, s. 59-62)</p>
1)	<p>V úkolové situaci i při hře má často obtíže udržet u dané činnosti pozornost. <i>Popis problému:</i> Dítě není schopno se soustředit, dokončit, co začalo. Pobíhá od jedné činnosti k druhé, každý podnět jej zaujme. Situace je lepší, pokud je samo. Ale i v této situaci se jeho zájem jeví jako krátkodobý. <i>Příklad úkolové situace:</i> Děti mají řešit konkrétní úkol. Může jít o dramaturgii pohádky nebo o jinou činnost, např. stavbu věže.</p>
2)	<p>Často se zdá, že neposlouchá, ačkoliv na něj přímo hovoříte. <i>Popis problému:</i> Je myšlenkami každou chvíli jinde. Nejste si jisti, zda vás vnímá, i když se na vás dívá. Kouká do prázdna. Jakoby neslyšelo všechno, co mu říkáte. <i>Příklad:</i> Má pracovat podle pokynů- nedodrží postup práce. Má nakoupit- připravený seznam zapomene doma nebo koupí něco jiného. Obdobně je to s vyřizování vzkazů.</p>
3)	<p>Často nezvládne dokončit úkol (školní práci, domácí úkol, nedokončuje domácí práce). <i>Popis problému:</i> Jeho rozumové schopnosti jsou na takové úrovni, že mu nebrání v pochopení úkolu. Když už se konečně do něčeho pustí, není schopno činnost dokončit. Přechází od jedné věci k druhé a nic nedodělá <i>Příklad:</i> Chystá se ráno do školy: umyje si zuby, nesmyje si zubní pastu kolem úst. Oblékne si kalhoty, ponechá si pyžamový kabátek. Připravuje si aktovku, část věcí ponechá na stole.</p>
4)	<p>Má problémy s organizací své činnosti. <i>Popis problému:</i> Dítě je nepraktické, při činnostech si neumí stanovit pořadí důležitosti. „Zmatkuje“, nemá představu o časové náročnosti úkolu. <i>Příklad:</i> Cestou do školy ho přepadne rýma. Potřebuje kapesník, zběžně sáhne do kapsy, kapesník nenajde. Otevře aktovku, vysype všechny věci na zem, kapesník opět nenajde. Nahází věci zpět do tašky, až na pouzdro a přezůvky. Sáhne do kapsy, kapesník najde. Rodiče často říkají: „Ale já jsem mu aktovku těsně před odchodem do školy kontrolovala a měl úplně všechno!“</p>
5)	<p>Nerad řeší úkoly náročné na mentální aktivity <i>Popis problému:</i> Máme na mysli takové činnosti, které vyžadují rozumovou aktivitu, soustředění, přemýšlení. Takovým úkolům, které vyžadují soustředěné duševní úsilí, se vyhýbá. Dítě od těchto úkolů utíká a říká, že ho to nebaví, nesnaží se apod. <i>Příklad:</i> Nerad hraje pexeso, domino, mlýnek, dostihy, šachy atd. Také při kolektivních sportech a soutěžích je neúspěšný, nepřemýšlí, neumí s ostatními spolupracovat, chvíli se prosazuje, pak ztrácí zájem.</p>
6)	<p>Často ztrácí své věci (např. hračky, školní pomůcky, učebnice, tužky, apod.) <i>Popis problému:</i> Dítě není schopno najít své věci, předměty denní potřeby, školní pomůcky a hračky neukládá na určené místo. O své věci nepečuje. <i>Příklad:</i> Aktovku zapomene ve školní jídelně. Ze školy odchází v trepkách.</p>
7)	<p>Často přehlédne detaily, dělá chyby z nepozornosti. <i>Popis problému:</i> Nevšimne si podrobností. Nerado vykonává činnosti, které vyžadují soustředit se na jednotlivosti. <i>Příklad:</i> Není schopno popsat svůj batůžek. Oblékne si cizí bundu. Nastoupí do jiné tramvaje. Otevírá dveře jiným klíčem. Zamění znaménko v početní úloze. Nerad pracuje s mapou, jízdním řádem,...</p>
8)	<p>Při práci se snadno nechá vyrušit vnějšími podněty. <i>Popis problému:</i> Můžeme říci, že zaznamenává veškeré dění kolem sebe. <i>Příklad:</i> Sleduje výklad učitelky, venku zahouká auto, běží k oknu... registruje šepot spolužáků, vrzání židle, mouchu na židli,...</p>

9)	Často zapomíná své každodenní povinnosti. <i>Popis problému:</i> Má problémy respektovat řád, i když je sestaven nikoliv z představy dospělých, ale z možností dítěte. <i>Příklad:</i> Pokud obdrží více pokynů než dva, splní pravděpodobně pouze jeden. Rodiče obvykle „nevydrží“ a vykonají činnost sami. To se týká i psaní úkolů.
11)	Nevydrží sedět v klidu, vrtí se, hraje si s rukama, kope nohama <i>Popis problému:</i> Často se říká, že je „z hadích ocásků“. <i>Příklad:</i> Při výuce spadne ze židle, spolužáci si stěžují, že je ruší.
12)	Často vstává ze židle i v situacích, kdy se očekává, že bude sedět. <i>Popis problému:</i> V běžných situacích je neustále pohybově aktivní. <i>Příklad:</i> V tramvaji kope do sedadla před ním, vyskakuje a pobíhá, ve vlaku přebíhá mezi sedadly, neustále si vyměňuje místo.
13)	Často pobíhá a vyskakuje v situacích, kdy je to nevhodné. <i>Popis problému:</i> Tyto děti se pohybují jakoby podle „katastrofického scénáře“, jsou označovány za „nevychované“. Rodiče s nimi raději nikam nechodí. <i>Příklad:</i> V divadle stále něco hledá v kapse, převrací se na sedadle, na návštěvě u známých, příbuzných, otevírá zásuvky, pobíhá po pokoji, houpe se na židli, v restauraci se dotýká dekorativních předmětů.
14)	Je pro něj obtížné zapojit se do her a činností, které vyžadují ticho a klid. <i>Popis problému:</i> Dítě nedokáže pracovat bez slovního komentáře, pracuje zbrkle, překotně. Svě projevy nedokáže zvládnout. <i>Příklad:</i> Při práci vykřikuje, směje se, komentuje svoji činnost a výkony ostatních, s hračkami si hraje neadekvátním způsobem- autíčkem jezdí po stěně místnosti a hlasitě imituje zvuk jedoucího auta.
15)	Je neposedný, stále v pohybu <i>Popis problému:</i> Neustále běhá, někam chodí, i když má být v klidu. Nevydrží na jednom místě delší dobu. <i>Příklad:</i> I když se dívá na televizní pořad, který ho zajímá, převaluje se v křesle, válí se po zemi, bezděčně manipuluje např. s kolečkem servírovacího stolu.
16)	Často příliš mluví. <i>Popis problému:</i> Dítě je nepřiměřeně upovídáné bez ohledu na společenské zvyklosti <i>Příklad:</i> Nepřetržitě povídá a plete páte přes deváté.
17)	Často vykřikuje odpověď dříve, než zazní celá otázka. <i>Popis problému:</i> Dítě nepočká, až zazní otázka, reaguje na slovo, nikoliv na celý problém. <i>Příklad:</i> Vyhrkne odpověď, která s otázkou nesouvisí, děti se mu vysmívají- náš jedinec nechápe proč, rozpaky zastírá šaškováním.
18)	Při děti hře nedovede počkat, až na něj přijde řada. <i>Popis případu:</i> Dítě chce být všude první, vše vyzkoušet. Je netrpělivé při hře, kdy se stojí v řadě, předbíhá ostatní děti. <i>Příklad:</i> Úskalím bývají soutěže. Stálým poskakováním a neschopností respektovat pravidla „kazí“ výkony ostatních. Ostatní jej odmítají.
19)	Často skáče druhým do řeči, naléhá na ně. <i>Popis případu:</i> Přerušuje hovor nebo vyprávění ostatních. Je společensky minusový. Stejně jako k ostatním dětem se chová i k dospělým. <i>Příklad:</i> Vstupuje do rozhovoru učitelů nebo rodičů s druhými osobami. Vyžaduje pozornost nejen tím, že skáče jiným do řeči, ale také tahá je za rukáv, cloumá s jimi.
20)	Výše popsané projevy chování se objevují nejméně po dobu 6 uplynulých měsíců.
21)	Popsané symptomy se objevují v různém prostředí (tj. ve škole i doma).
22)	Většina těchto projevů chování se objevila před 7. Rokem věku.
23)	Většina uvedených obtíží znesnadňuje dítěti kontakt s vrstevníky.

24)	<i>Dítě je rezistentní na běžná opatření školy nebo rodiny (nereaguje na běžná opatření, nevědomě neregistruje snahy školy a rodiny směřující k úpravě chování, nespolupracuje, rodiče uvádějí, že s ním neví rady.</i>
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-
Goetze a Uhlíková (2009) uvádí, že rodiče mají zvážit vyhledání odborníka zejména v případě, pokud platí některá z těchto skutečností:

1.	více než 6 měsíců je dítě neklidné, nepozorné, impulzivní ve větší míře, než ostatní stejně staré děti,
2.	rodiče jiných dětí často říkají, že vaše dítě v porovnání s ostatními dětmi má horší sebekontrolu, je aktivnější, impulzivnější a nepozornější
3.	na uhlídání dítěte musíte vynaložit více času a námahy, nežli ostatní rodiče,
4.	ostatní děti si nechtějí hrát s vaším dítětem, neboť je hyperaktivní, dráždivější nebo agresivnější,
5.	učitelé nebo zaměstnanci zařízení, kam vaše dítě denně dochází, vás informují o tom, že několik měsíců má dítě problémy v chování,
6.	Velmi často ztrácíte s dítětem trpělivost, používáte na něj fyzické tresty, v souvislosti s výchovou vašeho dítěte se cítíte vyčerpaní a depresivní,
7.	nechat dítě chvíli o samotě považujete za nebezpečné.

Pokud se rodič rozhodne vyhledat odbornou pomoc, pravděpodobně se setkáme při diagnostice ADHD dle Goetzeho a Uhlíkové (2009) s těmito odborníky:

1. Dětský psychiatr
2. Dětský lékař
3. Pedagogicko-psychologická poradna
4. Psycholog
5. Neurolog
6. Učitel
7. Sociální pracovník

Goetze a Uhlíková (2009, s. 52) dále uvádí, že „*Diagnózu ADHD by měl stanovit dětský psychiatr. Ke spolupráci na vyšetření přibírá další odborníky (neurologa, psychologa, učitele) a z komplexních informací získává souhrnný obraz onemocnění dítěte.*“

Průběh vyšetření:

- klinické psychiatrické vyšetření- pohovor s rodičem a dítětem,
- vyplnění dotazníků o chování dítěte,
- pohovor lékaře s učitelem dítěte, včetně vyplnění škály o chování dítěte ve škole,
- IQ test a test školních dovedností, který obvykle provádí psycholog,
- pokud to lékař považuje z nějakého důvodu za nutné, doporučí laboratorní vyšetření.

Moderní psychiatrie má podobně jako všechny lékařské obory, má pro každé onemocnění stanovená závazná kritéria, která musí pacient naplňovat, aby mohla být určena

diagnóza. Kritéria jsou shrnuta v klasifikačním systému, který je vždy s ohledem na pokrok medicíny po nějaké době aktualizován- hovoříme o jeho revizi (Goetze a Uhlíková, 2009).

„V psychiatrii existují dva hlavní klasifikační systémy, evropský a americký, Evropským klasifikačním systémem je tzv. Mezinárodní klasifikace nemocí 10.revize (MKN-10), ve Spojených státech je používán systém zvaný Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí 4.revize (DSM-IV)“ (Goetze a Uhlíková, 2009, s.59) - (Tabulka č.2.)

Tabulka č. 2 - Diagnostická kritéria DSM-IV (Goetze a Uhlíková, 2009, s. 60-61)

	<i>„Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Diagnostická kritéria DSM-IV-ADHD (Attention deficit/hyperaktivity disorder)</i>
A	<i>Minimálně buď 1., nebo 2.</i>
A I.	Šest nebo více následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho výkonu.
	<p><i>Nepozornost:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ často se mu nedaří se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách, ➤ často má potíže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hraní ➤ často se zdá, že neposlouchá, když se na něj přímo hovoří, ➤ často nepostupuje podle pokynů a nedaří se mu dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoliv proto, že by se stavělo do opozice nebo nepochopilo zadání), ➤ často mívá problémy zorganizovat si úkoly a činnosti, ➤ často se vyhýbá vykonávání úkolů, nedělá je rádo, zdráhá se například dělat domácí práce, které vyžadují soustředěné duševní úsilí (například školní nebo domácí úkoly), ➤ často ztrácí věci potřebné pro vykonávání úkolů nebo činností (například hračky, školní pomůcky, pera, knížky nebo nástroje), ➤ často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty, ➤ často zapomíná na každodenní povinnosti.
A II.	Šest (nebo více) následujících příznaků hyperaktivity či impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu.
	<p><i>Hyperaktivita:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ často se bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli, ➤ často při vyučování nebo jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle, ➤ často mívá potíže tiše si hrát nebo v klidu něco jiného dělat, ➤ bývá často „na pochodu“ nebo se chová, jako by „jelo na motor“, ➤ bývá nepřiměřeně upovídané.
	<p><i>Impulzivita:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka, ➤ mívá problém vyčkat, až na ně přijde řada, ➤ často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře).
B.	<i>Některé příznaky hyperaktivity, impulzivity nebo nepozornosti či narušení funkčnosti byly přítomny již před 7. rokem věku.</i>
C.	<i>Některé zhoršení funkce vyplývající z příznaků se projevuje dvou nebo více oblastech</i>

	<i>života (např. škola / zaměstnání- doma).</i>
D.	<i>Musí být jasně patrné zhoršení v oblasti společenské, vzdělávací nebo v zaměstnání.</i>
E.	<i>Příznaky nelze přičíst zároveň přítomné pervazivní vývojové poruše, schizofrenii či poruše nálady nebo je není možné lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (poruchou nálady, úzkostnou poruchou, asociativní poruchou, poruchou pozornosti).“</i>

1.6 Typické projevy syndromu ADHD

Škrdlíková (2015) poukazuje na to, že symptomy poruchy se většinou projeví nebo zhorší v situacích, které vyžadují soustředěnou pozornost či duševní úsilí dítěte s ADHD. Dále také u opakovaných a rutinních činností, které jsou pro dítě další nudnou aktivitou vzbuzující dojem všednosti. Symptomy se většinou vyskytnou tehdy, pokud se dítě nachází ve skupině a je-li zatíženo větším množstvím podnětů v okolí. Podle ní má syndrom ADHD 3 hlavní symptomy:

1.6.1 Porucha pozornosti

Hlavním znakem poruchy pozornosti jsou trvalé projevy nepozornosti. Nepozornost se může projevovat kdekoliv- ve školce, doma i v kterýchkoli sociálních situacích. Děti, které trpí touto poruchou se vyznačují například následujícím chováním:

- Mají obtíže udržet pozornost dlouhodobě,
- Nedokážou pracovat na úkolu až do jeho úplného splnění
- Často budí dojem, že jsou duchem přítomny, jako by neposlouchaly či si nepamatovaly ani to, co jim bylo právě řečeno,
- Když se do něčeho pustí, většinou po chvíli od toho utečou k něčemu jinému,
- Jsou spolehlivě nespolehlivé,
- Mívají problémy s organizováním činností, s dodržováním pravidel a řádu,
- Často zapomínají,
- Vedlejší podněty je snadno rozptýlí, cestou do umývárny například zapomenou, co tam šly dělat,
- Jejich nepozornost projevuje tím, že v hovoru s druhými často odbíhají od tématu, nevnímají ostatní, nejsou schopny se soustředit na probíhající rozhovor,
- Mají problém s dodržováním pravidel hry,
- Dělají chyby z nepozornosti,
- Jejich práce je většinou neuspořádaná, nepečlivá a nepromyšlená,
- Jsou tzv. zbrklé, rozlitané a nic nedokážou nedotáhnout do konce (Škrdlíková, 2015).

1.6.2 Impulzivita

Impulzivita se projevuje jako netrpělivost, která mimo jiné může být příčinou různých nehod nebo úrazů. Impulzivní děti zakopávají, padají, narážejí do předmětů i lidí, pouštějí se do nebezpečných činností a akcí, aniž by zvažovaly následky, které přijdou. Projevy impulzivity jsou například:

- Neschopnost počkat, až na dítě přijde řada,
- Překřikování ostatních, skákání do řeči,
- Sahání na předměty, na které sahat nemá,
- Neuposlechnutí pokynů,

- Braní věci z rukou jiným osobám, nepřítomnost zábran ve slovním či jakémkoli jiném projevu,
- Působení neklidu ve skupině- vědomě, ale i nevědomě (Škrdlíková, 2015).

1.6.3 Hyperaktivita

V případě syndromu ADHD se jedná o neklid, který je chronický, nezávislý na okolnostech, trvající více či méně stále. Je důležité brát v potaz, že ne všechny děti, které vykazují zvýšenou aktivitu, jsou hyperaktivní. Slovo hyperaktivní se občas používá i v souvislosti s temperamentem, velkou energií, tudíž se nejedná o symptom syndromu ADHD. (Škrdlíková, 2015)

„Hyperaktivní děti se jako zvýšeně aktivní a neklidné projevují většinou již od narození. Více si však těchto charakteristik a s nimi spojených projevů všimneme až se věku docházky do mateřské školy, kdy je můžeme srovnávat s chováním jejich vrstevníků. Jedním z prvních míst, kdy se s hyperaktivními dětmi setkáváme a kdy na sebe upoutají pozornost, je tedy mateřská škola. Ještě nápadněji než ve školce se hyperaktivita projevuje po nástupu do školy, kdy neklid dítěte začne narážet na způsob vedení školní práce, která vyžaduje, aby dítě v klidu a soustředěně pracovalo po většinu vyučovací doby“ (Janderková, 2016, s. 103).

Typické symptomy hyperaktivity s poruchou pozornosti popisují Prekopová a Schweitzerová (Škrdlíková, 2015) následovně:

- **Netlumené puzení k pohybu**- dítě je neustále v pohybu, provádí mnoho pohybů bez rozvahy a především bez zlého úmyslu, nedokáže klidně posedět,
- **Snadná rozptýlitelnost, dítě se snadno podráždí,**
- **Nadměrné vynakládání síly**- dítě běhá místo chůze, místo aby stálo, tak poskakuje, nemluví, ale rovnou křičí, je poháněno neklidem, stále je rozčilené
- **Má sklon ke stereotypům**- kývá se, poskakuje, zmítá se, houpá se, škrábe se, cupitá, natáčí si vlasy na prst, luská prsty, mžiká, a má tiky,
- **Těkavost v myšlení a citění, nedostatečné zahloubání do souvislostí**- těkavost a neklid se projevuje i ve schopnosti úsudku, objevuje se povrchnost při navazování kontaktů vedoucí až k nedistancovanosti, kolísavost a nestálost v chování, započatá práce a jednání nejsou nikdy dovedeny do konce,
- **Žádný strach z nebezpečí**- chybí „pud sebezáchovy“,
- **Neschopnost dodržovat pravidla soužití**- neschopnost čekat, netrpělivost k obtížím druhých, neschopnost naslouchat, přerušování hovoru, neschopnost přizpůsobovat se ve skupině, tyto děti vydrží sedět v klidu, vyžaduje-li to situace,
- **Emoční labilita a nízká frustrační tolerance,**
- **Slabost vůle**- nedostatečná schopností překonat sebe sama a vynaložit dostatečné úsilí k dosažení vytyčeného cíle,
- **Oslabená síla „já“,**
- **Dráždivost a citlivost** „slyší blechy kašlat“,
- **Chaotičnost** (přičemž vnější chaos ještě znásobuje chaos vnitřní).

1.6.3.1 Projevy hyperaktivity podle věku

Již u kojenců můžeme pozorovat jisté signály, které mohou, ale nemusí vést k vývoji syndromu ADHD. Škrdlíková (2015) se domnívá, že „*Hlavním takovým signálem může být*

arytmický spánek a excesivní neboli neutišitelný pláč. Jak ale vyplývá z výše uvedeného popisu možných příčin neklidu u dětí či přímo k projevům syndromu ADHD může dojít až v pozdějším období a kojenecký věk nemusí být neklidem nijak zasažen“ (Škrdlíková, 2015, s. 28).

Goetze a Uhlíková (2009) popisují jako projevy u batolat neklid, živost. Tyto děti v noci špatně spí, mají nepravidelný režim, často přebíhají od jedné věci k druhé. Živý zájem dítěte o všechno dění kole může působit pozitivním dojmem a může patřit v předškolním věku k normálním vývojovým charakteristikám. Až další vývoj dítěte ukáže, zda je také schopné u činností v případě potřeby vytrvat. V některých případech se může objevit nevyrovnaný psychomotorický vývoj, to znamená, že dítě např. umí lézt dříve než sedět, nebo se učí rychleji mluvit, ale je pohybově méně obratné v porovnání s vrstevníky.

Škrdlíková (2015) uvádí, že batolata a předškoláci, u kterých se uvažuje k vývoji ADHD nebo jsou již v tomto věku v péči odborníků a syndrom byl už diagnostikován, jsou jak z hadích ocásků. Tyto děti stále pobíhají sem a tam, skáčou po pohovkách a křeslech, pobíhají po bytě. Sedavé aktivity, do kterých jsou zapojovány od předškolního věku, pro ně představují nepřekonatelnou námahu. Nevydrží sedět v kruhu a stále se vrtí. Díky tomu jim unikají souvislosti, těžko zaměřují svoji pozornost. Kvůli své impulzivitě mohou zapříčínovat konflikty. Okolí takového dítěte se nezastaví, neboť stále musí být ve střehu. Hladina adrenalinu dospělých osob v okolí je na maximu.

Janderková (2016) uvádí, že u některých dětí se hyperaktivita výrazněji projevuje až po nástupu do školy, zde jsou více nuceny ke klidové činnosti. Pro školní práci je žádoucí, aby dítě vydrželo v klidu pracovat dle pokynů vyučujícího společně s ostatními dětmi a aby bylo schopné pracovat relativně samostatně. To vše ale dělá hyperaktivnímu dítěti potíže.

Škrdlíková (2015) se domnívá, že „*U dětí školního věku se setkáváme s podobným způsobem chování jako u předškoláků: Těžko dokážou v klidu sedět, padají ze židle. Stále si s něčím pohrávají, do něčeho bouchají, houpají se na židli, kopají nohama. Během jídla často vstávají od stolu, nevydrží sedět ani u televize, ani nad domácími úkoly. Mají potřebu hodně mluvit a vydávat všelijaké zvuky. Symptomy ADHD v některých případech sice odezní, v jiných se podaří je částečně či zcela vykompenzovat, ale u některých dětí potíže zůstávají a způsobují komplikace v osobním a později i profesním životě“ (Škrdlíková, 2015, s. 29).*

Goetze a Uhlíková (2009) popisují školní období jako jedno z nejtěžších jak pro pacienty s touto poruchou, tak pro jejich rodiče. Až 25 % dětí s ADHD trpí zároveň některou z poruch učení- např. dyslexií nebo dysgrafií, tedy poruchami, které úspěch ještě dále ztěžují.

„Mnoho rodičů potvrdí, že těžký den školáka s ADHD začíná ještě dříve, než vstoupí do třídy. Ranní vstávání, oblékání, ale i snídaně jsou činnosti, které by bylo žádoucí v ranním shonu provést rychle a hladce, ale nedaří se to“ (Goetze a Uhlíková, 2009, s. 45)

Ve školním období děti rozvíjejí svoji schopnost navazovat kamarádské vztahy s vrstevníky. U některých dětí s ADHD se setkáváme s tím, že jsou v kolektivu odmítány. Obtížně podřídí normám a neudrží pozornost, proto často kazí hru. Jejich chování bývá

neustálé a pro ostatní nepředvídatelné, proto se často jeví jako nesmyslné pro okolí. Ostatní děti se buď přizpůsobí, nebo ztratí o spolužáka s ADHD zájem. Dítě přitom může být vědomo své inteligence a má vnitřní ambice- podceňování a odmítání proto velmi těžce nese (Goetze a Uhlíková, 2009).

Dalším obdobím, které v životě nastává je **období dospívání**, které bývá těžké pro všechny zúčastněné. Adolescent je typický provokujícím chováním vůči svému okolí. Projevuje odpor vůči autoritám. V pubertě přichází do styku s alkoholem, drogami a sexem- je nutná prevence rizikového chování v těchto oblastech. Během adolescence dochází ke změnám nálady, větší citlivosti na kritiku a prosazení vlastních názorů. Syndrom ADHD nenapomáhá snadnému začlenění mezi vrstevníky. Adolescent se syndromem ADHD prodělává stejné změny jako jeho vrstevníci, ale je méně připraven zvládnout svoji zodpovědnost, která plyne z nabyté samostatnosti (Goetze a Uhlíková, 2009)

„V průběhu dospívání se pak stále výrazněji projevují komplikace ADHD v podobě přidružených psychických poruch. S protispoločenským chováním se setkáváme u 25-35 % pacientů s ADHD, 30% z nich experimentuje s drogami, dříve začínají kouřit cigarety a více hrají hazardní a počítačové hry. Obtíže se školní výkonností pokračují do té míry, že 58 % dospívajících s touto poruchou alespoň jednou opakuje ročník a třikrát častěji než zdraví bývá vyloučeno ze školy. Dříve než ostatní dospívající začínají vést sexuální život, který bývá komplikován u 15 % nechtěným otěhotněním před devatenáctým rokem věku, častěji jsou také léčeni pro přenosné pohlavní choroby. Jestliže získají řidičský průkaz, mají adolescenti s ADHD větší sklony k riskantnímu řízení a častěji se stávají účastníky dopravních nehod. Pokud jedinec není sledován psychiatrem pro ADHD už od dětství, určitě by odborníka měl navštívit alespoň nyní, i v tomto věku je možná účinná odborná pomoc. Pokud je v péči lékaře dlouhodobě, léčba se postupně bude přizpůsobovat novým okolnostem, které plynou z psychického a fyzického vývoje jedince“ (Goetze a Uhlíková, 2009, s. 47)

Paclt (citováno Škrdlíková, 2015) upozorňuje na to, že u adolescentů a dospělých se hyperaktivita projevuje jako vnitřní pocity neklidu až po problémy se setrváním u klidných sedavých činností. Dospělí jedinci s ADHD mívají obvykle jiné projevy než děti s ADHD, neboť se naučili se svůj neklid zvládat či zakrývat. Některé jejich obtíže se vytratily a jiné se transformovaly do jiných projevů. Trpívají poruchami pozornosti, nespavostí, emoční labilitou či zkratkovitým jednáním. Škrdlíková (2015) dále píše o tom, že dospělí jedinci mívají potíže se strukturou a řádem, s dodržováním pravidel. Častěji, než je obvyklé, krachují v mezilidských i pracovních vztazích. Jsou náchylnější k užívání návykových látek a již zmíněným sociálně patologickým jevům.

1.7 Přidružené poruchy

Současný výskyt dvou nebo více duševních poruch u jednoho pacienta není jevem vzácný. Velmi často se vedle sebe objevujeme například depresi s úzkostnými poruchami nebo některé poruchy osobnosti či zneužívání návykových látek. Přítomnosti více diagnóz říkáme odborně komorbidita. U dětí s ADHD bývá přítomnost další poruchy v 60-70 % případů. Jejich zastoupení se u ADHD mění věkem a podle dostupných studií víme, že stoupá jejich závažnost. Tak, jak pacient s ADHD během dospívání získává větší samostatnost,

bohužel klesají i možnosti rodičů některým věcem zabránit a mírnit rizika, která ze základní poruchy (ADHD) nebo přidružené diagnózy plynou. Včasná léčba ADHD může snížit pravděpodobnost, že se objeví další duševní porucha (Goetze a Uhlíková, 2009).

1.7.1 Specifické poruchy učení

V souvislosti s ADHD se mluví o přidružených specifických poruchách učení. Janderková (2016, s.53) uvádí, že „Pedagogové, psychologové a další odborníci zjišťují souvislosti mezi ADHD a specifickými poruchami učení. Názory odborníků se liší. Většina uvádí, že se jedná o poruchy na sobě nezávislé, přičemž se obě postižení mohou vyskytovat současně. Jedinci, u nichž se obě formy poruch objeví současně, musí podstoupit reedukaci zaměřenou na úpravu poruchy učení i chování. Dílčí zlepšení v jedné oblasti pozitivně ovlivní oblast druhou. V žádném případě nelze opomenout skutečnost, že obě poruchy mají některé společné projevy u žáka, např.

- obtížně udrží pozornost na práci
- při aplikaci učiva písemnou formou se nedokáže soustředit
- časově náročnější práce nedokončí
- nerozumí svým obtížím
- poničené, snížené sebevědomí
- narušené sociální funkce
- variabilita výkonů
- poruchy spánku.

„ Barkley (1990) uvádí, že 20-25 % dětí s ADHD má poruchy čtení. Du Paul (1994) diagnostikoval mezi dětmi s ADHD 20-40 % dětí s dyslexií. Stejně tak norští autoři (Knivsberk a kol., 1999) považují ADHD a dyslexii za poruchy, které spolu nesouvisejí, i když řada projevů je podobných.

Kolektiv autorů zvučným jménem pod vedením prof. Swaywitze v USA provedl výzkum, v němž byl sledován vzájemný vztah mezi ADHD a dyslexií u 186 dětí ve věku 7,5-9,5 let. Výzkum potvrdil hypotézu, že obě jednotky jsou diagnosticky rozdílné, avšak mohou se vyskytovat společně. Charakteristickým rysem dětí s dyslexií je deficit v jazykovém systému, především v oblasti fonemického uvědomění, zatímco u dětí s ADHD jsou hlavní charakteristikou nápadnosti v chování. Jedinci, u kterých se vyskytuje kombinace poruch čtení a ADHD, potřebují obě formy reedukace, tj. zaměřené na poruchu učení i chování, přičemž dílčí zlepšení v jedné oblasti pozitivně ovlivňuje druhou (Shaywitz, 1995)“ (Zelinková, 2015, s. 198).

1.7.2 Porucha opozičního vzdoru

Termín ODD (Oppositional Defiant Disorders- porucha opozičního vzdoru) se u nás dosud neužíval. Přitom bychom našli řadu dětí s tímto způsobem chování. Charakteristickým

rysem chováním je jejich extrémní fyzická agresivita, dominuje u nich ztráta přizpůsobivosti, nadprůměrná nesnášenlivost, hádavost, oslabená sebekontrola, opakované odmítání plnění požadavků dospělých autorit. Velmi často provádějí činnosti, které obtěžují ostatní. Děti jsou to zlomyslné, nedůtklivé a mstivé. V případě konfliktů tito jedinci (ve většině případů chlapci) nepovažují sami sebe za zdroj obtíží a chybu hledají v jednání druhých. Tato skupina má hodně společných rysů s ADHD, především poruchy vnímání a utváření sebe samého. Ve skupině dětí s ADHD je přibližně 60 % dětí s ODD. (Zelinková, 2015)

„Podle C. Terrella jsou hlavními obtížemi vývoje dítěte následující poruchy: ADHD, dyslexie, autismus a dyspraxie. Jednotlivé syndromy se mohou vyskytovat izolovaně i ve vzájemných kombinacích a v neposlední řadě může dítě trpět všemi typy poruch“ (Přednáška na semináři České společnosti Dyslexie, leden 2003- citováno Zelinková 2015, s. 198).

Jako **další přidružené poruchy** Goetze a Uhlíková (2009) zmiňují:

1.7.3 Specifické zpoždění ve vývoji motoriky a řeči

U některých dětí s ADHD můžeme pozorovat, že jsou méně obratné, mají neupravené písmo a častější vady výslovnosti.

1.7.4 Poruchy chování

Vážnějšími poruchami chování trpí asi 14% dětí s ADHD. V anglické literatuře najdeme poruchy chování pod názvem Conduct disorders (CD). Přidružují se v pozdějším věku než porucha opozičního vzdoru (ODD) a stupňují se s dospíváním. Pro děti s poruchami chování je charakteristická jejich neúcta k právům, majetku a zdraví druhých. Setkáváme se u nich s útekami z domova, touláním a záškoláctvím. Často někoho šikanují či zastrašují, vyvolávají rvačky, ničí cizí věci a lžou více než jejich vrstevníci. Někdy se jejich chování děje v rámci party, a tak je někdy určitá naděje, že pokud se kontakt s partou přeruší, jejich chování se zlepší. V závažnějších případech poruch chování se setkáváme s tím, že nežádoucí rysy chování jsou méně závislé na okolí a mají spíše vztah k vývoji osobnosti dítěte. Léčba kombinace ADHD a poruch chování je náročnější, ale o to více naléhavá. Děti a dospívající s touto kombinací jsou do budoucna ohroženy zneužíváním návykových látek a kriminálním chováním (Goetze a Uhlíková, 2009)

1.7.5 Úzkostné poruchy

Až 30 % školních dětí s ADHD trpí zároveň nějakou úzkostnou poruchou. Těchto poruch je celá řada, ale společně mají to, že osoba cítí napětí nebo strach v souvislosti s nějakou situací, nebo i bez zjevné příčiny. Psychické obtíže jsou obvykle provázeny i tělesnými projevy jako je bušení srdce, bolesti břicha, třes, pocení, pocit knedlíku v krku, apod. Děti s kombinací úzkostné poruchy a ADHD jsou citlivější na nežádoucí účinky léků používaných na ADHD. Takže je třeba se zaměřit léčebně nejdříve na zdroj úzkosti projevy, a pak na projevy. Úzkost u dětí s ADHD ovlivňuje vyjádření příznaků. Úzkostné děti s poruchou pozornosti a hyperaktivitou jsou méně impulzivní, takže jsou méně nápadné. Mají zhoršenou krátkodobou, tzv. pracovní paměť, proto podávají menší výkony ve složitějších rozumových úlohách, kde je nutné udržet v mysli najednou mnoho dílčích cílů a operací. U těchto dětí bylo také zjištěno významně nižší sebevědomí, než u dětí trpících samotných ADHD (Goetze a Uhlíková, 2009).

1.7.6 Poruchy nálady

Poruchy nálady se vyskytují v různých podobách, my ale můžeme rozlišit dva základní typy. Jedním z nich je deprese, která je charakteristická smutnou nebo podrážděnou náladou, nezájmem o aktivity a plačtivostí. Depresi trpí až 4% školních dětí s ADHD, s dospíváním se ale stává deprese několikanásobně častější. Dle rozsáhlé severoamerické studie jsou neléčené depresivní děti s ADHD častěji ohroženy obezitou, než děti se samotným ADHD. Dalším zástupcem poruch nálady je tzv. bipolární afektivní porucha. Vyznačuje se střídáním zhoršené nálady a období, kdy má naopak osoba pocit zvýšené energie, zrychleného myšlení a chová se celkově hyperaktivně. Tato manická fáze bipolární poruchy může být obtížně rozeznatelná od ADHD, spíše se s ní setkáme u dospívajících než u malých dětí. Rozlišení je však velmi důležité, protože projevy mánie zhoršuje podání stimulantů a antidepresiv, která se používají pro léčbu ADHD (Goetze a Uhlíková, 2009).

1.7.7 Tiková porucha

Tiky, tedy mimovolné a opakující se pohyby nebo zvuky (pomrkávání, pokašlávání, záškuby těla), pozorujeme asi u 10 % dětí s ADHD. Obvykle se vyskytují jen v určitých situacích. Tiková porucha se samozřejmě vyskytuje, tak jako všechny poruchy jmenované v této kapitole, i samostatně bez ADHD a má vlastní terapii. Můžete se proto setkat s tím, že lékař navrhne spojení ADHD s tiky kombinovanou farmakologickou léčbu (Goetze a Uhlíková, 2009)

1.7.8 Poruchy spánku

„Děti s ADHD mají v porovnání s ostatními častěji přidružené poruchy spánku, jako jsou noční děsy, náměsíčnictví, mluvení ze spánku nebo noční můry. Pokud se ADHD pojí s depresí a úzkostnými poruchami, jsou poruchy spánku ještě častější. Pokud je porucha spánku prvotní problém (například zkrácená doba spánku nebo zvýšená pohybová aktivita ve spánku), může jejím důsledkem být porucha pozornosti, neklid, agresivita a další příznaky, které se podobají příznakům ADHD. Při podezření na tuto situaci by mělo být dítě vyšetřeno odborníkem na spánkové poruchy“ (Goetze a Uhlíková, 2009 s. 78)

1.7.9 Zneužívání návykových látek

Vyšší tendence k experimentům a zneužívání návykových látek mezi dospívajícími s ADHD je opakovaně potvrzována. Riziko tohoto nežádoucí chování u dětí s ADHD roste, pokud jsou přítomny poruchy chování. Adolescenti s ADHD začínají kouřit a získávají první zkušenosti s alkoholem v nižším věku než jedinci bez této poruchy. Následně experimentují s marihuanou a dalšími drogami. Velká odborná debata se vedla kvůli léčbě stimulantů u adolescentů s ADHD, protože vznikla obava, zda se pokračováním léčby stimulanty do adolescence a dospělosti zneužívání drog ještě nepodpoří. Výsledky studií však ukázaly opak. Zatímco u neléčených pacientů s ADHD až polovina v dospělosti užívá drogy, je u léčených míra škodlivosti užívání drog srovnatelná s běžnou populací. (Goetze a Uhlíková, 2009)

1.7.10 Aspergerův syndrom

Jako další možnou poruchu, která se často přidružuje k ADHD, je právě Aspergerův syndrom. „*Aspergerův syndrom (oslabená nebo chybějící schopnost rozumět řeči těla a jiným*

neverbálním komunikačním kanálům, neschopnost postřehnout ironii apod.)“ (Antal, 2013 s. 66)

1.8 Reeducace ADHD

Tak jako je tomu u všech poruch a postižení, měla by i jedince s ADHD nastat reeducace. Zelinková (2015) tvrdí, že „*Východiskem cílené reeducace je rozbor všech dostupných informací vyplývajících z diagnostiky dítěte, sledování rodičů, učitelů i dalších dospělých i dětí, s nimiž jedinec s ADHD přichází do styku. Na základě syntézy poznatků vytyčujeme hlavní postupy při reeducaci. Při počátečním působení nemůže být prvotním cílem úprava chování dítěte, ale kroky směřují nejprve ke změně podmínek, v nichž dítě žije, aby bylo negativních podnětů, které mohou působit jako spouštěcí mechanismy*“ (Zelinková, 2015 s. 200) Z tohoto vyplývá, že účastníky procesu reeducace musejí být:

1. *dospělí (rodina i škola),*
2. *vrstevníci,*
3. *dítě samo.*

Nemůže provádět reeducaci zaměřenou jen na dítě, neboť jeho chování je výslednicí nejen osobnostních charakteristik a získaných vzorců chování, ale také odpovědí na podněty z prostředí, odpovědí na vzorce chování rodičů a vrstevníků. Vhodné prostředí by mělo podněcovat k vytváření nových a žádoucích způsobů chování. Jednotlivé postupy tedy nevedou pouze ke snížení problémového chování, ale zaměřují hlavně na způsob života dítěte, snaží se měnit jeho životní styl a podmínky, v nichž dítě žije, a které jsou původem konfliktů. Z toho vyplývá, že dospělí, kteří přicházejí do kontaktu s dítětem, musejí porozumět obtížím dítěte (Zelinková, 2015)

Základní postupy

1. ***Pozitivní posilování spolu s mírnými tresty-*** základním prvkem v intervenci zaměřené na poruchy chování. Vždy musí následovat hned po splnění úkolu, neboť vede k uspokojení dítěte a snaze znovu získat pochvalu. Pochvala ukazuje, že právě provedený postup byl správný. Pochvaly se vztahují i na úkoly, které by měly být zvládnuty dětmi již v nižším věku.
2. ***Častá zpětná vazba-*** vede k optimalizaci chování. Podává informaci o kvalitě výkonu. Pozitivní hodnocení a pochvala působí jako zpevnění žádoucího chování. Odměna musí být smysluplná. Zpětné vazby by neměly rušit dítě v právě prováděných úkonech. Je-li zpětnou vazbou upozornění na chybu, tak musí následovat doporučení, jak se příště chyb vyvarovat. I dítě s poruchou chování vyžaduje úctu a respekt. V jednání s ním se snažíme zachovávat klid, mluvíme klidným hlasem a preferujeme kontakt z očí do očí. Případné výčitky a upozorňování na chyby musejí probíhat v klidu a prostředí vzájemné důvěry. Je-li to možno, mělo by být dítě umístěno co nejbližší učiteli, aby jeho případné nevhodné chování mohl podchytit a ihned poskytovat zpětnou vazbu. To samé platí i pro život v rodině. Dítě s ADHD bychom neměli nechat dlouhodobě bez dozoru, a pak se následně divit nevhodnému chování a trestat je.
3. ***Instrukce a pokyny-*** musejí obsahovat pouze několik kroků, při nichž by měl dospělý udržovat oční kontakt. Dítě instrukci pro jistotu zopakuje, aby bylo zřejmé, že ví, co má dělat. Náročnost a rozsah úkolů stoupá v závislosti na

výsledcích. Na kvalitní plnění a dokončování úkolů klademe větší důraz než na chování. Pokud je dítě zaujato úkolem, tak nezlobí. Opět není důležité, zda úkol svou náročností odpovídá danému věku. Důležité je, aby dítě dělalo „něco“ smysluplného.

4. **Úkoly**- musejí být jednoduché, splnitelné a krátké. Pokud je to třeba, rozdělíme delší úkol na úseky a zadáváme postupně. Po zadání úkolu vytvoříme takové podmínky, aby dítě bylo co nejméně rušeno.
5. **Nediskutujeme o vhodnosti chování**- dospělý jednoznačně stanoví mantinely, které je třeba dodržovat. Vytyčená pravidla přispívají k pocitu bezpečí, který je nutný pro další vývoj dítěte. Dítě musí mít pocit, že mu dospělý chtějí pomoci, a že mu rozumí. Pokud ho káráme, musí vědět, že náš vztah k němu se nemění, pouze se nám nelíbí to, co právě provedlo.
6. **Spolužákům a kamarádům**- je třeba přiměřenou formou sdělit podstatu obtíží. Dítě nesmí být pro své obtíže izolováno od ostatních. Musíme hledat příležitosti, aby se cítilo součástí kolektivu a zapojovalo se do aktivit ve třídě. Pozitivní vzor kamaráda poskytuje model chování vhodný pro napodobení.
7. **Respektování stylu učení**- styl učení zahrnuje charakteristické kognitivní, afektivní a fyziologické způsoby chování, které jsou stálým ukazatelem, jak učící se jedinec pracuje. Pro dítě s ADHD je většinou charakteristický globální styl učení. Dítě vnímá především celek. Pokud se zaměřuje na detaily, tak většinou na základě charakteristiky, která ho zaujme, Tomuto stylu učení odpovídají následující doporučení:
 - a) Předkládat úkol jako celek, vycházet z toho, co dítě o jevu ví. Nejdříve o tématu mluvit, poté vytyčit jednotlivé úkoly a požadavky.
 - b) Nechat sbírat informace různými cestami a nepředpokládat systematičnost.
 - c) Zájem dítěte upoutá personalizace obsahu, tj. oživení informacemi, které se vztahují ke studentovi nebo učiteli. Osobní údaje a příběhy o spisovatelích, statistiky fotbalových západů, zkušenosti z prázdnin, užití údajů, které jsou dítěti s ADHD důvěrně známé.
 - d) Získané poznatky pomoci zpracovávat do přehledů, dávat problému určitou strukturu. Dítěti nabízíme jednu cestu k řešení, neboť příliš mnoho volnosti škodí. Dítě se samo neumí rozhodnout, potřebuje mantinely. Pomáháme hledat souvislosti.
 - e) Utváření automatismů. Dítě s ADHD má obtíže při zautomatizování naučených poznatků a postupů. Neumí též předvádět naučené z jedné oblasti do druhé. Potřebuje přeučení. Automatismy se týkají nejen poznatků, ale též pracovních postupů.
 - f) Sledujeme, co si o tom dítě myslí, nejen to co dělá.
 - g) Z hlediska organizačních forem globálnímu stylu učení odpovídá skupinová práce spojená s výměnou názorů, nápadů.
 - h) Pomůcky, úprava třídy jsou významným prvkem působení na dítě s ADHD. Příliš mnoho pestrosti, pomůcek a podnětů rozptyluje.
8. **Nácvik metakognitivních strategií**- učení se o vlastním stylu učení. Dává odpověď na otázku, jakým způsobem se učím, jak aplikuji své vědomosti, proč

se učím. Impulzivní dítě neuvažuje o vhodných postupech při řešení úkolů, pracuje rychleji, než myslí, nekontroluje svou práci, přeskakuje od jednoho úkolu k druhému. Metakognitivní strategie jsou zaměřené na: a) řízení sebe samého, b) pozorování svých pracovních postupů, c) sebehodnocení. Zvládnutí metakognitivních strategií je obtížné pro všechny jedince, tím spíše pro děti s ADHD. I malý pokrok v této oblasti znamená postupné zvládnutí seberegulačních mechanismů a je tedy krokem vpřed. Kromě toho vede ke spoluzodpovědnosti za výsledky.

9. Sebekontrola a sebehodnocení- jsou obtížné u běžné populace, tím spíše u jedinců s ADHD. Neustále vedeme dítě k tomu, aby si uvědomovalo své chování, hodnotilo je, snažilo se dříve přemýšlet a potom jednat.

10. Optimismus a pevné nervy dospělých- při výchově dítěte s ADHD jsou nezbytnou součástí. Sociální kontakty jsou charakteristické vyžadováním pravidel, dodržováním vhodných forem kontaktu se spolužáky a dospělými, účastí ve společenských aktivitách. Tyto požadavky jsou neslučitelné s charakteristikami dětí s ADHD, protože jejich základní projevy narušují proces učení ve škole a vedou k sociálně obtížně přijatelnému chování mimo školu.

11. Kromě uvedených doporučení je potřeba, aby **rodiče zajistili** pravidelný denní režim, dostatek spánku, zdravou stravu, pravidelnou přípravu na vyučování v klidném prostředí a účast v zájmové činnosti. Na druhé straně je třeba vyloučit divoké aktivity zvláště před usínáním a poskytnout správný vzor chování (Zelinková, 2015).

Jako **možnosti reedukace dětí s ADHD** doporučuje Janderková (2016) tyto postupy:

- **Žák si přinese svou fotku**, na níž je zachycen, jak v klidu sedí a pracuje. Fotku si dá žák před sebe na lavici, když zlobí, učitel přijde a ukáže na fotku, aby si dítě vzpomnělo, že lze sedět i klidně a že je toho schopno.

- Žák má s učitelem **smluvený signál**, jenž ho upozorní, že se chová nepatřičně. Například dá na lavici nějakou kartičku.

- Děti mohou **za vhodné chování sbírat žetony**. Za určité množství žetonů mohou vyměnit nějakou výhodu. Většinou zapomínáme posilovat to dobré, co se, i když zřídka, objeví, což je škoda. Dítě pak sice ví, co nemá dělat, ale jaksi tápe v tom, co dělat má.

- U dětí s ADHD se doporučují spíše **sporty nesoutěživého charakteru**, které také nevyžadují výkon a přesnost provedení.

- Doporučují se **relaxační masáže, dechová cvičení**. Relaxaci a dechová cvičení je vhodné provádět každý den.

- Pozor na jednu skutečnost, která je ověřená praxí. **Neoznačujeme své děti**, i když provedly něco, nad čím zůstává rozum stát, pejorativními výrazy. Malé dítě totiž svým rodičům věří.

- I když dítěti něco vysvětlujeme, učíme se s ním, může se stát, že se práce nedaří. Pak je možné **určitý úkol opustit a učit se na jiný předmět**. Mozek totiž tu schopnost, že se zabývá oním nevyřešeným úkolem, a pokud se k němu po určité době vrátíme, může dítě najednou věc pochopit.

- **Každý den dítě uklízí své věci**. Je nutná pravidelnost. Vymezíme dítěti také místa, za která bude odpovídat. Zpočátku volíme méně úkolů, později můžeme přidat další. Zadané úkoly musíme pravidelně kontrolovat.

1.9 Komplexní přístup k léčbě dětí s ADHD

Goetze a Uhlíková (2009) se domnívají, že náprava ADHD není úkolem pro jednoho člověka. Tím, že toto onemocnění zasahuje do mnoha oblastí života dítěte, by se také na nápravě měli podílet všichni, kteří jsou angažováni ve výchově nebo mají s pacientem blízký vztah. Tedy nejen odborníci z řad lékařů a psychologů, ale i učitelé, sourozenci, prarodiče, trenér a další osoby. Jde o to vytvořit jakousi terapeutickou alianci, která spolupracuje na komplexní nápravě dítěte. Přístup, který má největší naději na úspěch, se skládá z několika vzájemně se podporujících metod a zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii a režimová a výchovná opatření. Tento přístup aplikujeme u těžších forem syndromu ADHD. Cílem je pomoci dítěti zvládnout denní režim, využít své inteligence ve škole, zlepšit zařazení do kolektivu a vztahy s blízkými osobami. K tomu je nezbytné zaměřit se nejen na příznaky ADHD, ale také na prevenci nebo terapii již přidružených psychických poruch, především poruch chování a nálady.

Zmírnit projevy ADHD lze, jak již bylo zmíněno farmakoterapií. Rodiče se ale bojí, že léky jejich děti utlumí, vidí pouze to špatné. Obávají se toho, že jejich děti už nebudou „své“. Goetze a Uhlíková (2009) však píší, že k farmakoterapii ADHD se používají medikamenty, které v mozku ovlivňují systémy neuroprěnašečů dopaminu a noradrenalinu. Pro zmírnění projevů této poruchy v současné době existují dvě skupiny léků: **stimulancia**, která ovlivňují dopaminový systém a látky **nestimulační**, jež působí na metabolismus noradrenalinu. Tyto léky děti s ADHD rozhodně dítě neutlumí, to by ke zlepšení stavu nepřispělo. Starší zkušenosti dokonce ukazují, že farmaka, která jsou celkově tlumivá, příznaky ADHD ještě zhoršují, obdobně jako únava. Používáme proto léky, které cíleně ovlivňují ty oblasti mozku, v kterých u dětí s ADHD nalézáme snížení funkce nebo deregulaci a jejichž aktivitu naopak posilujeme. Pomocí léků funkci mozku spíše podporujeme, než omezujeme.

„Nejvhodnější doba pro zahájení léčby je mezi 5. -7. rokem dítěte, pokud možno ještě před zahájením školní docházky nebo na jejím začátku. Máme tak naději předejít neadekvátně špatnému školnímu výkonu, vyhneme se řadě problémů, které mohu plynout z chování dítěte v rodině i mezi vrstevníky a můžeme omezit riziko rozvoje dalších psychických onemocnění, jako jsou poruchy chování, úzkosti a deprese. Je prokázáno, že léčba psychofarmaky též snižuje pravděpodobnost vzniku závislosti na návykových látkách“ (Goetze, 2009 s. 83)

Diagnóza ADHD ale ne vždy znamená, že dítě bude léčeno farmaky. S musí souhlasit rodiče a pozitivní přístup k léčbě musí mít i zbytek rodiny. Jinak by mohla výsledná léčba přijít v niveč. Od léčby medikamenty můžeme očekávat pouze zmírnění projevů, Goetze a Uhlíková (2009) se domnívají, že okolí dítěte někdy spoléhá na léky jako na zázrak, kterým se

vyřeší všechny problémy, které dítě má. Změnit se, ale mohou pouze jednotlivé projevy ADHD- nepozornost, impulzivita a neklid. Tím se upraví i podmínky pro práci dítěte ve škole a doma, dítě i jeho okolí se postupně učí tyto podmínky využívat. Léky nezmění povahu, ani inteligenci dítěte, ale je prokázáno, že léčené děti mají při dlouhodobém hodnocení lepší perspektivu, dosahují vyššího stupně vzdělání a mají lepší sociální dovednosti, nežli děti s ADHD, které se farmakologicky neléčí.

„Výchovná a režimová opatření a pozitivní hodnocení dítěte znásobují efekt podávaných léků a tvoří spolu s nimi komplexní terapii. Jestliže se vlivem farmakologické léčby zmírní projevy ADHD, pak by rodiče i učitelé měli být připraveni zlepšení využít a pokročit v tvorbě pravidelného režimu, veškeré úspěchy ocenit a dítě chválit. Častěji chválené dítě přestává být v soustavné opozici, ochotněji spolupracuje, někdy dokonce připustí, že mohlo udělat chybu. Znamená to ovšem být všímavý k pozitivním detailům. Máme přirozenou tendenci zapomínat na špatné a dobré považovat za samozřejmost. Proto i na zlepšení dítěte si můžeme rychle zvyknout a přestat si ho uvědomovat. Jestliže ale nebudeme pozitivní změny v chování dítěte posilovat, je docela pravděpodobné, že nevyužijeme to, co nám farmakologická léčba nabídla“ (Goetze a Uhlíková, 2009 s. 87).

2 Specifika dítěte s ADHD v předškolním věku

Rodiče předškolních dětí podle Goetzeho a Uhlíkové (2009) obvykle popisují své děti jako mimořádně živé, stále na pochodu, jako děti, které po něčem neustále šplhají, někde se dobývají. Rodiče si stěžují na neustálé vyžadování pozornosti, kterou je těžké nasycit. Největší zátěží pro rodiče bývá zvýšená náladovost dětí a sklon k podrážděnosti, hněvu a neposlušnosti. Jakkoli je toto období pro rodiče těžké, přece jen většina považuje dítě za zvladatelné a dokáže najít účinné výchovné postupy.

„Zvýšená aktivita a projevy určité nepozornosti nejsou u předškolních dětí nijak řídké. V odborné literatuře se uvádí, že je rodiče pozorují až u více než 50 % dětí mladších 4 let. Ve většině případů však dojde k výraznému zlepšení do 6 měsíců. Pouze u menší části se příznaky projeví a přetrvávají v takové míře, abychom mohli stanovit diagnózu ADHD. U dětí v tomto věku, u kterých již byla diagnóza ADHD stanovena, se porucha od rozpoznání do 1 roku upraví. Z toho tedy vyplývá uklidňující závěr: výskyt některých příznaků ADHD mezi třetím a čtvrtým rokem sám o sobě neznamena, že porucha přetrvá do dalších let“ (Goetze a Uhlíková, 2009 s. 44).

Dle Škrdlíkové (2015) děti s ADHD v předškolním věku začínají být konfrontovány se svou odlišností. Dospělí se na ně neusmívají tak, jako se usmívají na ostatní děti. Pokud si to dítě stačí uvědomit, zjišťuje, že i kdyby se snažilo sebevíc, jeho výkony budou vždy „horší“ než výkony kamarádů. Děti v předškolním věku ještě nejsou schopny zpracovat tyto vnímané rozpory a je pojmenovat- obvykle přijmou nálepkou, které se jim dostává od okolí, a tou je „zlobivec“, „rošťák“ či „darebnice“. Bude-li dítě takové přívlastky v souvislosti se svou osobou slyšet dlouho a ze všech stran, pak se s největší pravděpodobností skutečně takovým skutečně stane.

2.1 Zásady při výchově

„Na vychovávání dětí lze pohlížet z mnoha úhlů. Zamyslíme-li se nad slovem „výchova“ z lingvistického hlediska a dáme-li prostor své fantazii, pak „vychovat“ dítě znamená „chovat“ ho tak dlouho, dokud nebude „vy-chované“. Vychovávat tudíž znamená „chování“ opakovat, neboť výchova není proces jednorázový, ale dlouhodobý. Tak jako dítě v náručí své matky opakovaně zažívá pocit bezpečí a jistoty, ze které bude v budoucnu čerpat pocit pevné pudy pod nohama, opakovaným užíváním výchovných prostředků dáváme dětem zažít, že věci mají svůj řád. Přijetí tohoto řádu pomůže dítěti v budoucnu některé věci dělat automaticky, bez přemýšlení, a usnadní mu hledání cest, jak to či ono má nebo nemá být“ (Škrdlíková, 2015 s. 90).

ADHD patří mezi poruchy, které se vyvíjejí zároveň s růstem dítěte. Rodiče to staví do nelehké situace, kdy se musí několikrát přizpůsobovat reakcím svého potomka a hledat přílehlivé výchovné postupy. Jinými slovy- to co fungovalo v šesti letech věku dítěte, nemusí už být účinné u osmiletého (Goetze a Uhlíková, 2009)

Pro práci s hyperaktivními dětmi je základním východiskem navázání kooperativního vztahu mezi rodiči a učiteli. Aby se dítě mohlo cítit dobře, je třeba, aby byli rodiče a učitelé

v dobrém vzájemném vztahu, přičemž učitel musí být schopen přijmout nejenom dítě, ale i jeho rodiče (Prekopová, Schweitzerová, citováno Škrdlíková 2015).

Právě tento aspekt vzájemné důvěry a spolupráce mezi rodinou a školou je jedním z obtížných úkolů, který je kladen na obě strany. Další potenciální strana, která by měla být ve spolupráci zainteresována je poradenský (PPP) či školní psycholog. Tento trojúhelník (rodina, škola, psycholog) by měl vzájemně komunikovat a spolupracovat na neoptimálnějším přístupu k dítěti a vhodně skloubit rozličné pohledy na dítě samotné. Dítě by mělo vnímat, že všechny tři strany spolu souhlasí a tvoří jednotu ve výchovných přístupech vůči jeho osobě (Škrdlíková, 2015).

Při výchově dětí s ADHD musíme brát v potaz individualitu každého jedince. Každá osobnost je jiná, jinak se projevuje a jinak s ní tedy i musíme zacházet. Jak děti s ADHD vychovávat je otázkou, podle Goetzeho (2009) *se mohou rodiče držet těchto zásad*:

- Poskytujte dítěti pocit bezpečí bezprostředně zpětnou vazbou
- Hodnoťte dítě co nejčastěji
- Používejte názorná a jasně srozumitelná ocenění
- Používejte pochvaly místo trestu
- Zviditelněte (externalizujte) čas
- Zviditelněte důležité informace
- Zviditelněte problém
- Snažte se o soustavnost
- Nerozčilujte se, jednejte
- Předvídejte problémovou situaci
- Nepovažujte problémy dítěte za svůj osobní problém
- Smiřte se s tím, co už se stalo, a naplánujte změny
- Myslete na budoucnost

2.2 Dítě s ADHD v mateřské škole

Dítě, které je hyperaktivní, impulzivní a nepozorné, ve školce většinou na své chování narazí. Díky němu se stává nepřehlédnutelným v kolektivu a je jasné, že bude muset bojovat společně s paní učitelkou. Prvním signálem pro rodiče, že je něco v nepořádku s jejich dítětem, je to, že paní učitelka si na chování dítěte stěžuje. Stížnosti na chování jsou na denním pořádku. Rodič je většinou dotlačen na popud učitelky k nějakému vyšetření, a pokud se prokáže, že dítě trpí poruchou ADHD, nastává boj. Aby společně ten boj vyhráli, musí nastat spolupráce-rodice s paní učitelkou musí být „na stejné vlně.“ Víím, je to těžké, tím, že jsem učitelka z praxe, tuto situaci dokážu pochopit více než kdokoliv jiný. Je ale důležité to nevzdávat, pokud chceme, aby se dítě zlepšilo.

Na tom, jestli dítě bude úspěšné, rozhoduje osobnost učitelky, která dítě ve školce učí. Je samozřejmé, že rozhodující vliv na dítě má rodina, ale i kolektiv mateřské školky dítě ovlivní. Jako důležité vlastnosti, které by měla učitelka při práci s těmito dětmi mít je hlavně láska k dětem a empatie. Měla by být veselá, pozitivní a komunikativní.

„Na úspěšné integraci dítěte do vzdělávání se musí podílet vedle rodiny dítěte a poradenského zařízení také škola. Učitel by měl být tím, kdo pomáhá třídě pochopit odlišnost dítěte, kdo svým vlastním přístupem ukazuje druhým, jak se situace dají řešit. Nabízí vzorce chování nejen pro samotné dítě s ADHD, ale také pro ostatní děti ve třídě. Úkolem ředitele školy je vytvářet podmínky k tomu, aby mohlo být dítě integrováno a aby jeho integrace nebyla kontraproduktivní.“ (Škrdlíková, 2015 s. 53)

2.3 Dítě s ADHD v rodině

Rodiče často věnují svému dítěti veškerý volný čas, který mají. Pak když se dozví, že jejich dítě má ADHD, je pro rodiče velice těžké přijmout fakt, že jejich dítě má psychiatrickou diagnózu. Je to pro ně velice citlivá záležitost, která je hodně zasáhne. Objevují se u nich nejruznější pocity- šok, smutek či úzkost. Nejtěžší pro ně je smířit se s tím. I přes velké zklamání musí ale fungovat, aby mohli být dítěti oporou. Velmi často se setkávám ve své praxi s tím, že dítě trpí nějakou vadou či poruchou a rodiče nemohou tuto myšlenku přijmout, snaží se hledat přijatelnou příčinu obtíží jejich dítěte. U ADHD ku příkladu hledají chyby ve výchově, obviňují partnera, že selhal, kamarády a v nejhorším případě obviňují sami sebe. Pro zvládnutí situace musí rodič být silný, uchopit tu změnu v životě jako pozitivum. Vždyť přece zjistili příčinu všech těch problémů, myslím, že by měli spíše cítit velkou úlevu, než se trápit s tím, co bude.

Bartoňová (2010) uvádí, že **rodina prochází několika fázemi:**

1. **fáze šoku**- rodiče často prožívají pocity zmatku a někdy mohou reagovat nepřiměřeně,
2. **fáze popření**- nechťejí věřit realitě a mnohdy nevěří ani samotným odborníkům,
3. **fáze smutku, zlosti, úzkosti a pocitu viny**- rodiče hledají vinu u druhých, mají agresivní pocity a vztek na ostatní, ale i na sebe sama, zažívají smutek, sebelítost a pocity viny.
4. **fáze rovnováhy**- pokouší se najít racionální hodnocení situace. Přemýšlí, jakým způsobem by mohli dítěti pomoci a navazují kontakty s rodiči, kteří mají podobné problémy.
5. **fáze reorganizace** -rodiče se vyrovnávají s faktem, že je dítě nemocné a přijímají ho takové, jaké je. Tohoto stadia ovšem nedosáhnou všichni rodiče, někteří se dítěte dokonce vzdávají.

„Rodiče obvykle mívají neúplné informace, neznají rozdíl mezi poradenskými zařízeními, nevědí, jak postupovat a jak podpořit své dítě při počáteční adaptaci. Někteří ani netuší, že mají neklidné dítě, protože nemají srovnání s jinými dětmi a myslí, že všechny děti jsou živé, jiní zase mají dojem, že mateřská škola konečně jejich dítě „vychová“ a naučí je to, čemu se doma učít „nechtějí“. Rodiče obvykle nevědí, že jejich role při začlenění dítěte do mateřské školy je velmi významná. Budou-li s vedením školy a učitelkami spolupracovat, budou-li vzájemně všemožně vycházet vstříc, celý proces bude jednodušší. Důležité je, aby se rodiče a učitelky snažili o spolupráci a aby ve výchovných přístupech šli ideálně jedním směrem.“ (Škrdlíková, 2015 s. 52.-53)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mého výzkumu bylo zjistit, jestli správně funguje spolupráce mezi rodiči a školou a dalšími odborníky (Pedagogicko-psychologická poradna- dále jen PPP a Speciálně-pedagogické centrum- dále jen SPC, apod.). A potenciálně zjistit postřehy jak od rodičů, tak od učitelek, co by se dalo zlepšit ve spolupráci. Dílčími cíli práce bylo zjistit od učitelek a rodičů informovanost o syndromu ADHD a projevech u jejich dítěte, dále zjistit od rodičů i učitelek, jakými metodami a výchovnými postupy pracují s dětmi se syndromem ADHD.

Výstupem mé práce budou podněty a postřehy od rodičů i učitelek, které by měly pomoci k lepší diagnostice a spolupráci mateřské školy, PPP a SPC a dalšími odborníky.

Hlavní výzkumná otázka: *Jak funguje spolupráce mezi rodiči, MŠ a dalšími odborníky?*

Dílčí výzkumná otázka č. 1: *Byli rodiče a učitelky informovány o syndromu ADHD a odkud?*

Dílčí výzkumná otázka č. 2: *Jak se u vybraných dětí projevuje syndrom ADHD a jakými metodami a výchovnými postupy pracují učitelky a rodiče s těmito dětmi?*

3.2 Metodologie šetření

Praktická část této práce je provedena pomocí kvalitativního šetření. Pro zjištění výzkumných otázek jsem použila techniku polostrukturovaných rozhovorů- tedy částečně řízených. Ty byly uskutečněny se dvěma rodiči dětí z mateřské školy speciální. Dále jsem provedla rozhovory se zástupkyní ředitelky Mateřské školy speciální a dvěma učitelkami dětí z MŠ, jejichž rodiče se také účastnili rozhovorů. Rodiče i učitelky se zástupkyní byli seznámeni s cíli a průběhem výzkumu. Všichni účastníci byli poučeni o tom, jak bude s daty naloženo. Pro zaručení celkové anonymity podepsali respondenti informovaný souhlas (příloha č. 1) s tím, že bude rozhovor nahráván na diktafon. Rozhovory se zástupkyní ředitelky, učitelkami proběhly v prostorách školy, rozhovory s rodiči proběhly mimo prostory školy a to mezi 21. -26. červnem v čas, který si zvolili sami respondenti. Pro učitelky jsem měla připraveno 19 otázek, na paní zástupkyni 11 otázek a na rodiče 24 otázek. V průběhu některých rozhovorů došlo k doplňujícím otázkám, které navazovaly na předchozí odpověď. Anebo byla připravená otázka vynechána, neboť byla již zodpovězená.

V rámci praxe, která proběhla v listopadu a prosinci, jsem měla možnost pozorovat dané děti v kolektivu. Byla možnost nahlédnout i do dokumentace dětí a jejich individuálního vzdělávacího plánu. Na základě pozorování jsem děti stručně popsala, jak se chovají a projevují v kolektivu třídy.

3.3 Charakteristika místa šetření

Výzkum byl realizován v mateřské škole zřizované magistrátem hlavního města Prahy. Tato mateřská škola má 4 pavilony, které momentálně navštěvuje 39 dětí ve věku 3-7 let. Školka sice leží v sídlišti, ale má velmi prostornou zahradou. Mateřská školka je odloučeným pracovištěm ZŠ, která sídlí nedaleko budovy MŠ.

Mateřskou školu navštěvují děti hlavně se somatickými a logopedickými vadami, děti zdravotně oslabené, se sníženou imunitou, s psychickými problémy, s mentálním i kombinovaným postižením, s výchovnými problémy a děti s ADHD. V budově MŠ jsou zřízeny dvě třídy ZŠ Speciální. Ty jsou určeny pro žáky s těžším mentálním a kombinovaným postižením. Do tříd jsou zařazovány i děti přípravného stupně ZŠS, které se teprve na školní docházku připravují.

Každé dítě má vypracovaný individuální vzdělávací plán nebo plán osobnostního rozvoje, který ho provází celou předškolní docházkou. Na realizaci plánů se podílí kromě speciálních pedagogů i psycholog, logopedi a fyzioterapeuti. Většina dětí po absolvování mateřské školy speciální nastupuje do běžných základních škol.

3.4 Charakteristika dětí

Během praxe v listopadu a prosinci jsem měla možnost vybrané děti pozorovat, jak se chovají a jak vychází s dětmi v kolektivu. Měla jsem možnost nahlédnout do jejich dokumentace a díky tomu, je zde mohu stručně popsat.

Janička je holčička, které je 5 let. Navštěvuje třídu v mateřské škole speciální, kde mají děti těžší diagnózy. Janička byla hyperaktivní od narození, ADHD u ní bylo diagnostikováno mezi 3-4 rokem. Je to zvidavé dítě. Dokáže si postavit hlavu a stojí si za tím. Když se snaží, dokáže udržet pozornost, ale musí jí daná věc zaujmout. Má sklony k tomu, že si věci dělá po svém. Má ráda děti i dospělé, neboť je dost upovídaná- ráda navazuje komunikaci. Bohužel ale vždy funguje podle nálady. Když se špatně vyspí, tak hází hračkami a celkově je nepříjemná s ní v tyto dny vyjít. Jinak je to holčička vcelku empatická. Umí si získat pozornost kamarádu, někdy ale narazí na to, že je moc hyperaktivní a děti si s ní nechtějí hrát.

Martínek je chlapec, kterému je taktéž 5 let. Navštěvuje stejnou školu jako Janička, ale chodí do jiné třídy. V jeho třídě se nacházejí děti s autismem a somatickými obtížemi. Martínek má diagnostikovaný Aspergerův syndrom a ADHD. Tyto poruchy jsou často přidružené, jak již bylo zmíněno v teoretické části. Když jsem Martínka viděla v kolektivu, tak jsem na první pohled viděla, že je to chytrý chlapec. Jeho schopnost být pozorný je ale hodně narušená, celkově je velmi neklidný a hodně impulzivní. Má velice dobrou paměť, ale pouze na to, co ho zajímá. Má svoje určité rituály, pokud mu je někdo naruší, tak se s ním pak špatně komunikuje a pracuje. S dětmi ve škole si dle mého moc nerozumí, ve třídě má děti s autismem, které jsou na nižší mentální úrovni než on. Dle maminky je nadprůměrně inteligentní, dle testů na kterých byli. Je to chlapec citlivý, i když to neumí dát najevo.

3.5 Výsledky rozhovorů a analýza

3.5.1 Výsledky rozhovorů s rodiči (osnova rozhovorů, příloha č.2)

3.5.1.1 Rozhovor s maminkou Martina

1. Jaké příznaky jste pozorovali u svého dítěte před návštěvou odborníka?
„Neposlušnost, afekty, řev, neustálý brekot, který se měnil na smích. Prostě takové ty výkyvy nálad. Hodně afekty, hodně ta hyperaktivita. To znamená, že mi vlastně furt utíkal. Pud

sebezáchovy neměl, kamkoliv vylezl. O přechodech to nemluví. Všude se snažil vylézt, tam kam neměl. Choval se vždycky jako menší dítě- strkal věci do pusy, na všechno furt šahal. A hlavně ta neposlušnost teda.“

2. Byla vám návštěva odborníka doporučena, nebo jste jej navštívili ve vlastním zájmu?

„ My jsme navštívili sami odborníky, protože jsme vlastně cítili, že tam něco není v pořádku. Protože to dítě vlastně absolutně nereagovalo na vlastní jméno, na pokyny – takový šídlo.“

3. Navštívili jste SPC či PPP? Jak jste byli spokojeni s jejich přístupem? Jaké další odborníky jste museli navštívit?

„ PPP jsme navštívili, až když jsme měli nástup do speciální MŠ, tak jsme navštívili psycholožku.

A neurologa. Byli jsme na genetice, ale tam nic na neurologii nenašli.“

4. V kolika letech bylo Vašemu dítěti diagnostikováno ADHD?

„ Tak zhruba od těch 3 let jsme docházeli do PPP, tak ve 3- 4 letech. Přímo jako konkrétně čas kdy nám to tak nějak řekli.

5. Jak jste se s diagnózou vyrovnali?

„No rozhodně líp než když jsme nevěděli, co dělat. Proč to malý dítě dělá. Je to spíš úleva.“

6. Měli jste o syndromu ADHD nějaké informace před tím, než byl vašemu dítěti diagnostikován či ne?

„No spíš ne, tak jsem jako věděla, že jsou děti hyperaktivní a divoký, ale jen to.“

7. Myslíte si, že Vám byly dostatečně vysvětleny projevy a změny chování u syndromu ADHD?

„ Ano. V poradně moc ne, ale psycholožka. A co jsem si našla na internetu, o té poruše pozornosti jsem se dočetla z toho, protože jsem to nevěděla předtím. „

8. Konzultovali jste někdy výchovný postup s odborníkem či učitelkou?

„Ano, u psychiatricky. S ní řešíme výchovu.“

9. Doporučil Vám odborník podávání léků?

„Ano.“

10. Pomohly či ne?

„ Střídal 2-4 typy. A ne. Léky jsme vysadili, měly vedlejší účinky- třeba to že přibíral, protože on už je silnější.Pak taky se zakotával, a tím jak on už rychle mluvil, tak se nemohl vyjádřit.“

11. Absolvovali jste nějaký kurz nebo seminář na téma ADHD?

„Ne.“

12. Jak konkrétně se u vašeho dítěte syndrom ADHD projevuje?

„ Konkrétní tak- když byl...no vlastně začalo to tím, že u miminka to byl řev, neustálá pozornost, nevydržel sedět v klidu, museli jsme ho něčím pořád zabavovat. V noci špatně spal, brzké ranní probouzení- to vymizelo kolem 3-4 let. Pak nám utíkal, teď už jeto lepší, kolem těch 5ti let se to maličko zlomilo, tím že už trošku dozrál. Změnilo se to, že už neutíká tolik,

drží se za ruku. No a afekty jsou taky menší, protože asi tím jak jako dozrál... Asi to bude větším lepší.

13. Jaké projevy Vašeho dítěte Vám nejvíce vadí?

„ Tak určitě to, že neposlouchá. Člověk musí opravdu všechno říct 20x- od ranního čištění zubů, po oblíkání. Prostě všechno je problém jo. Nic nejde jednoduše, a potom je to malichernost v tom, že když není po jeho. Když potřebujete jít vyřídit normální věci, jdete ze školy normálně nakoupit- tak je prostě afekt, řev- „Tam nejdu!“ Jo stane se, že jdu sama z auta kolikrát. Prostě takový ty přirozený věci, když řeknu tak to bude- tak to není. Jo takže neposlušnost nejvíc. “

14. A co na něm oceňujete.

„ Je chytrý, hodně chytrý. Je s ním sranda. Je citlivý ale jen vůči rodičům, jinak vůči prarodičům ne. S nimi si nedá pusinku, nemazlí se. “

15. Navštěvovalo Vaše dítě nejdříve státní MŠ?

„Jo, chvíličku tam byl. Pak byl vyřazen. “

16. Z jakého důvodu jste se rozhodli pro MŠ speciální?

„ Na doporučení. A tím, že nás vyřadili z té školky, tak jsme nevěděli, co dál, co s ním. Ale věděli jsme, že potřebuje ten kolektiv a socializoval se. “

17. Co rozhodovalo při výběru MŠ?

„ Konkrétně pro vzdálenost. Řekli nám vlastně, že tohle je lehčí speciální MŠ- kde nejsou děti moc s tím těžším postižením. “

18. Pozorujete po změně MŠ nějaké změny v chování u Vašeho dítěte?

„ Určitě. Nevím, jestli to přímo jenom tou školkou, ale asi jo. I tím kolektivem určitě. Rozmluvil se, protože nemluvil. Teď mluví naopak až moc, tu pusku nezastaví. “

19. Myslíte si, že menší kolektiv dětí a individuálnější péče, kterou v MŠ speciální Vaše dítě má, je prospěšný?

„Jo to je právě otázka, kterou jsme si říkali. Protože teď přecházíme na normální státní školku s asistentem. Byla nám doporučena od psycholožky. Z důvodu toho, že on tím, že je jakoby chytrý- podle testů je intervenčně nadprůměrně inteligentní asi i tím Aspergerem. A tak nám doporučili, protože on vidí na těch dětech, že je zvyklý, že mu všichni pomáhají. On je pomalý v oblíkání, ve všem. Všechno jsou mu učitelky schopný říkat 10x, dokud mu nepomůžou, jsou tam totiž i ty nemocný, on to ale nepotřebuje. Potřebuje vidět ty děti, a fungovat normálně jako dítě zdravý. Tím že jich tam je vlastně hodně, tak prostě to musí zvládat. Na to jsme zvědaví, určitě. Bude určitě samostatnější. Bude mít asistenta, samozřejmě bude upozorněn na to, aby za něj všechno nedělal. “

20. Jak hodnotíte spolupráci s MŠ?

„No ne moc ideálně. Z důvodu, že jsem od nich ani jednou nedostala žádnou radu, ničím. Vlastně žádný pochopení. Jo tam veškerý věci, co si člověk myslí, tak třeba dělají pro to dítě jo dobře, ale podle nich děláte špatně tohle a tohle. Prostě jak se člověk trápí a potřebuje něco poradit. Změnila zástupkyně a to je lepší. Ta se mě ptala, jestli byly nějaký schůzky, jestli jsme dostali rady- ale ani jednou nebyla konzultace, nikdo nám nic nenavrhнул. “

21. Probíhají nějaká individuální setkání rodičů a učitelky? Na to jsem se ptala i učitelek a ty právě říkaly, že mají konzultační hodiny

„To až teď, po změně zástupkyně. Je možnost konzultace každé pondělí. Hodnocení dětí jsme dostávali stylem, že nám ho dala paní učitelka: „Podepište to!“ A zase vrátit zpátky. Kdybych si to neofotila, tak nevím, co v tom hodnocení o synovi mám. Nehledě na to, že nám doktor k tomu nic nikdy neřekl. Po změně zástupkyně se o hodnocení normálně povídalo. To jsme dokonce dostali, ona zavedla vlastně ty schůzky, to už jsme nestihli. Ale říkala, jestli bychom to ocenili- já řekla, že ano.“

22. A co společné školní akce?

„Ty jsou pro děti, to dělají rady. Mají kroužky- keramiku. Chodí jim tam hasiči, nebo policie. Různý programy, nebo jim tam přijdou pejsci- cannisterapie. To je super.“

23. Máte nějaké návrhy či postřehy, které by byly prospěšné ve spolupráci rodiny a vaší MŠ?

„Asi po změně vedení ne přímo, ale té zástupkyně, která je tady přímo ve školce. Ta teda chce nějakou tu změnu, tak asi to bude fungovat- ta zpětná vazba s rodiči.“

24. Byla MŠ informována o charakteru vašeho dítěte? Vy jste jim řekla, jaký je například...

„No asi jo. Ony mají i ty papíry z té poradny. Paní učitelka nekomunikuje s rodiči v naší třídě, ale ta druhá ta funguje. To zase jako vždycky mě srazila, utlumila, a řekla tohle to není, to nemá.“

25. Dovedete popsat problémy, které tento syndrom způsobuje Vašemu dítěti v kolektivu v MŠ?

„Je to velká soutěživost, a pocit musí být všude první. Jinak je to problém, jde vidět, že ho nemají děti rády. Potom to, že jim neustále škodí, má z toho srandu. On si tím přitahuje pozornost jejich. Prostě škodí a směje se tomu. Takže ty děti ho často odmítají. A to není jenom ve školce, to je i na hřišti, v koutkách. Táhne ke starším dětem, to je tím horší, ty o něj nemají zájem a on brečí. Takže vztahy s dětmi špatný.“

26. Oslovili jste někdy učitelku Vašeho dítěte s prosbou o rady či pomoc při výchově? To jsme vlastně odpověděly, že ano ale odradilo vás to. Spíš jste si našla cestu sama pak.

„No mě v podstatě vždy jen odrazovaly. Já se ptala, protože jsem nevěděla, jak na něj. Spíš to řešíme s tou psychiatrickou. Tam to pochopení docela hodně máme.“

27. Jaké metody práce s dítětem se Vám doma nejvíce osvědčili? Používá je na dítě i učitelka v MŠ?

„Výchova, hlavní bod je výchova. Takže důslednost, přesnost. Zároveň tomu říkám, že mám metodu cukru a biče- takže když on třeba něco provede a je to dobré, tak ho pochválím, řeknu mu, že je šikovný. A zase když něco udělá špatně, i malou drobnost tak mu udělám velkou scénu, aby věděl, že to nesmí. Má tam ty veliký výkyvy, nic mu nepomáhá. Dostával dřív hodně na zadek, to jsme fakt nevěděli. Nemělo smysl ho bít, protože to bylo ještě horší. Pak pomohla metoda zavřít do pokoje, když měl afekt. On se vyvztekal. Domluva nepomohla v tom afektu vůbec. To mi vlastně vadí, takže on radši se uklidní, než abych ho dotáhla k těm dveřím, když to řeknu takhle. Ono to zní blbě, ale když to vezmu komplexně, tak my už na něj nejsme zlí, není to potřeba, stačí mu říct – na počítač do 2 na 3 už je sekec mazec. Ve školce na něj

používají metodu, která mu vadí- trestnou lavici. On musí být furt v pohybu, musí něco dělat, tam mají trestnou lavici, to používají i venku na hřišti, ta asi hodně funguje na víc dětí. Když něco udělají, neposlechnou, jdou si sednout. Nesmí nic, je to největší trest pro dítě. „

28. Jak byste ohodnotili práci, přístup paní učitelky k Vašemu dítěti?

„ Tam mám pocit, že paní učitelka hází všechny děti do jednoho pytle. Tam jsou děti, který jsou normální, a pak tam jsou třeba autisti, se kterými zachází stejně. Martínek zvoní ráno na zvonek, když jdeme do školky. Když někdo otevře dveře, tak musíme zavřít a on si ho sám zmačkne. Paní učitelka nám zapípá a můžeme do školky. Když zrovna někdo projde- otevře nám, tak je schopný brečet, a být z toho špatný celý den. Takže mě to nedělá problém, mě to nevadí. Prostě dveře zavřeme, zmačkneme zvonek, on má radost a jdeme v klídku. Paní učitelka ho jednou viděla, a řekla „,To si nebudeš zvykat, to nebudeš dělat!“ , začala ho tahat do školky, tak jako tahala toho autistu. Martínek začal brečet, já se začala přetahovat s ním. Ona řekla: „,Tohle to mu nedovolujte.“ Tohle jí konkrétně vadilo. Proč má stejný přístup k tomu, se kterým neví, co se s ním děje, a pak má dítě, který prostě normálně uvažuje... Měla by odhadovat ty děti trošku, jak to mají. Více toho individuálního přístupu, empatie.“

29. Oslovila Vás někdy paní učitelka s prosbou o radu či pomoc při práci s Vaším dítětem?

„ Ne. Paní učitelka má naučený svoje. To co se naučila ve škole, a tak se prostě jede.“

30. Vychází Vaše dítě s ostatními dětmi v MŠ? Má kamarády? Chodí rádo do školky?

„ Chodí rád do školky, někdy ne, když má špatný den. On si všímá, že jsou děti jiný a naopak. On jim škodí, oni jemu. On je špatný z toho, že mu někdo ubližuje, ale to že on ubližuje to nevadí. Kamarády má, ale vždy ho odmítají a je smutný.“

3.5.1.2 Rozhovor s maminkou Janičky

1. Jaké příznaky jste pozorovali u svého dítěte před návštěvou odborníka?

„No tak ze začátku nic moc poznat nebylo. Jenom teda, když už byla o malinko starší, tak už začala lézt po těch čtyřech, tak to byla věčně někde jinde než jsem původně myslela, že bude. Moc nevydržela na jednom místě. No byla taková neklidná, přece jenom stále nevěděla kde by co by, no takže asi takhle no.“

2. Byla vám návštěva odborníka doporučena, nebo jste jej navštívili ve vlastním zájmu?

„Respektive jsme se o to zajímali my protože, když jsem se zmiňovala doktorovi, že je taková neklidná. Tak nám říkal jedině, co nám může doporučit právě, tak to je neurologie. I když my jsme tam byli ohledně hlavičky tenkrát, když se narodila, tak ona ležela v porodních cestách moc brzo, takže i tam něco neviděli v ty hlavičce, co by chtěli vidět. Kvůli tomu jsme se dostali na neurologii, tím pádem už se rozebíhaly tyhle problémy.“

3. Navštívili jste SPC či PPP? Jak jste byli spokojeni s jejich přístupem? Jaké další odborníky jste museli navštívit?

„Ano. Takže my jsme navštívili nejdřív tu neurologii. Potom po nějakých vyšetřeních, co nám dělali. Tak říkali, že už teda máme spíše kontaktovat ranou péči nejdřív teda. Takže k nám docházela od raný péče. Když k nám chodila na návštěvy, radila nám, jak postupovat. SPC teda kuli hlavně i školce teda. „

4. V kolika letech bylo Vašemu dítěti diagnostikováno ADHD? Jak jste se s diagnózou vyrovnali?

„No tak respektive přesně, kdy tak spíš už na té neurologii, když nám dělali to vyšetření té hlavičky a tak. Tam už říkali, že ty náznaky hyperaktivity tam jsou. A to SPC nám to převážně potvrdilo. A jak jsem se zachovala... No jako dá se s tím žít, že jo není to nějaká nemoc nebo něco prostě, ale je to takový trošku obtížnější, když si něco plánujeme a Janička podle nálady někdy funguje fakt krásně celý den jakože a někdy to je prostě během pěti vteřin luskneme prstem a ona je úplně změněná. Jo teda držíme jí bez léku jako zatím teda. „

5. Měli jste o syndromu ADHD nějaké informace před tím, než byl vašemu dítěti diagnostikován či ne?

„No vysloveně o tomhle úplně tak ne. Ale my, když jsme byli malí údajně s otcem, tak oba dva jsme byli taková hyperaktivní prý. Takže jsme všude slyšeli, no jo to zlobí po vás, že jo to se vyrovná. Takže jako já vysloveně jsem si o tom úplně nic nečetla dopředu, protože jsem si nemyslela, že to bude třeba moje dítě.“

6. Myslíte si, že Vám byly dostatečně vysvětleny projevy a změny chování u syndromu ADHD?

„Tak vysloveně jako bylo i nebylo protože, tam záleží na tom určitým jedinci potom. Každý to dítě je jiný, některý je na tom lépe a některý zase hůř. Takže, co se týče našeho dítěte tak ano samozřejmě, může se to zlepšit nebo nemusí se to zlepšit. Ale říkám zatím ji držíme bez léků, takže uvidíme, jak to bude vypadat dál.“

7. Konzultovali jste někdy výchovný postup s odborníkem či učitelkou?

„Ano. Tak vysloveně s tím odborníkem, v tom SPC. Potom si to vyžádala i MŠ, abychom tam došli, protože si s Janičkou nevěděli rady, i přestože chodí teda do speciální školky. No takže, jako, aby jako my jsme šli kvůli chování to ne. V MŠ pokaždé nám bylo řečeno, většinou musíte mít trpělivost. Musíte s ní pracovat tak a tak. Ono je to potom reálně pro mě jiný jo protože, dítě si udělá, buď svojí autoritu, nebo je to když, chce tak poslechne, a když nechce tak neposlechne jo a přes to vlak nejede.“

8. Doporučil Vám odborník podávání léků? Pomohly či ne?

„No my jsme léky vysloveně teda ze začátku řekli, že nebudeme brát. Ale doporučili nám nejdřív teda, ať zkusíme to Espiko a po to ještě nám doporučily jeden lék a ten byl na přírodní bázi na hyperaktivitu.“

9. Absolvovali jste nějaký kurz nebo seminář na téma ADHD?

„Ne. Já tam nemám odvahu jít, protože slyšet, co z toho dítěte vyroste. A že to chce mít jenom trpělivost, člověk jako potřebuje takovou tu jistotu, že se z toho to dítě dostane a začne fungovat tak, jak by mělo. Aby mělo dobrý život, no prostě tak bych to řekla podle mých slov.“

10. Jak konkrétně se u vašeho dítěte syndrom ADHD projevuje?

„No takže, ze začátku, jak už jsem říkala- bylo to tím, že začala lézt, byla všude, u ničeho dlouho nevydržela, a prostě jako ostatní děti. Sednou si a hrají si s něčím. Ona ne ona převážně, když zjistila, že má nožičky, může po nich chodit a lézt. Tak všude lezla po kolenou, jak blázen, jako divá. Potom když už začala chodit, tak to bylo tím způsobem, že udělala pár krůčku, a potom zjistila, že se dá i běhat. Takže když jsem jí pustila z kočárků, tak neustále utíkala. Když jsem jí pustila tak jsem musela být neustále za ní, protože přece jenom neuměla poslouchat na slovo- jako stůj nebo klid. Takže převážně běhala, běhala a běhala.“

11. Jaké projevy Vašeho dítěte Vám nejvíce vadí? A co naopak na svém dítěti oceňujete?

„No takže, vadí mi úplně, jak se chování mění o 180 stupňů. Pět minut v pořádku bez problémů, během pěti minut se otočí o 180 stupňů a je drzá, protivná někdy i agresivní. Ne že by to nedokázala ale, byly časy, když jsme byli na hřišti. Děti bouchala, z ničeho nic je plácla. Samozřejmě jsme jí to vysvětlovali, že se to nedělá, ale nemyslela to asi zle. Ona spíš si asi hledala cestu, protože ona strašně miluje děti. Ale samozřejmě dneska některé ty matky jsou takové, že prostě na to její dítě šáhnete a ono hnedka- Ježíšimarja, prosím tě, ať mu neublížíš. Takže to pak Janičku odrazovalo, a tak prostě šla, plácla ho, ale samozřejmě oceňuji na ní to, že se snaží, ona je strašně šikovná, když něco chce, tak jí to prostě jde, ale musí se snažit a musí vnímat. To je horší v tom, že kolikrát ani nevnímá, co se jí říká, protože na to nemá čas, jak se říká no.“

12. 12) Navštěvovalo Vaše dítě nejdříve státní MŠ? Z jakého důvodu jste se rozhodli pro MŠ speciální?

„Ne. Protože jí tam nevzali, nejdřív kvůli věku, a pak když jsme se chtěli do klasické školky, tam nám bylo řečeno, že bychom mohli klidně čekat půl roku, což by nám znemožnilo i dál jí dávat do školky.“

13. 13) Co rozhodovalo při výběru MŠ?

„No takže, za prvé samozřejmě u ty speciální to bylo tím, že právě tam se zabývají těmito dětmi nebo i s jinými vadami. Takže i tím spíš budou mít větší pochopení pro ni jo, co vlastně to dítě potřebuje než v té klasické školce. Kde by toho asistenta neměla a tam třeba byl lepší kolektiv, který by jí nevadil. Konkrétně jako Janičce by nemusel dělat dobrotu, že přece jenom tam jsou normální děti nebo jak bych to popsala. A ona by byla v něčem opožděnější, že jo prostě, že by jí třeba ubližovali.“

14. Myslíte si, že menší kolektiv dětí a individuálnější péče, kterou v MŠ speciální Vaše dítě má, je prospěšný?

„Myslím si, že podle svých slov v určitých chvílích ano. Tam samozřejmě chodí děti s různými jinými vadami, takže třeba jako některý, jak jsou na tom hůř, některý jsou na tom lépe. Nevím možná, že ne každý dítě, ale naše holka strašně ráda někoho opakuje jo a někdy to je takový ten kámen úrazu. Ale zase si říkám jako tak je mála ještě pořad, přece jenom že začala teprve chodit do té školky. Pokroky jsou vidět, takže si myslím, že v tomhle tom ano přece jenom, když tam chodí do školky, je klidnější.“

15. Jak hodnotíte spolupráci s MŠ?

„No tak co se týče toho, když je potřeba, tak samozřejmě dokážou i něco říct. Co se týče pozitiva a negativa- dávají nám teda ty všelijaké dokumenty, nějaké ty správy ohledně holky Přesně tak dostáváme hodnocení. Mají tam i logopeda, snaží se dělat pilně. Neberou je tak, že by byly jiný. Mají tam keramiku, kroužek plavání, výlety. Takže já jsem spokojená.“

16. Probíhají nějaká individuální setkání rodičů a učitelky? A co společné školní akce?

„Samozřejmě na požádání. Můžete požádat o nějaké ty konzultace všelijaké.“

17. Máte nějaké návrhy či postřehy, které by byly prospěšné ve spolupráci rodiny a vaší MŠ?

„No tak postřehy to jako když ono je to tam s nimi složité. Jak s těmi dětmi pracují, každý potřebuje jiný plán a myslím si, že tam asi jako není taková potřeba něco tam měnit. Aby tam bylo špatně, tak podle toho jak to dítě funguje tak tam prostě funguje.“

18. Byla MŠ informována o charakteru vašeho dítěte?

„Právě byla, tím že jsme tam dávali vlastně ty papíry z toho posouzení SPC. Oni tam už věděli, jak s Janičkou budou muset pracovat nebo jak by měli pracovat., A samozřejmě potom poznávají to dítě i sami, díky tomu že tam to dítě dochází. Vidí, jak se projevuje a tak myslím si, že věděli no.“

19. Dovedete popsat problémy, které tento syndrom způsobuje Vašemu dítěti v kolektivu v MŠ?

„No tak konkrétně asi v této školce asi úplně tolik ne tak, že přece jenom tam každý nějaký dítě je s něčím. Ale samozřejmě jsou tam výkyvy, kolikrát tam jde a taky tam plácne někoho údajně teda nějakého kamaráda nebo tak. Ale zase je v této školce výhoda, že se učí spolu dělat všechno. Prostě taková ta kolektivní práce, aby se k sobě chovali hezky, což samozřejmě my jí učíme taky. Ale myslíme přece jenom, když je v tom kolektivu, tak je to lepší. Odkoukává od dětí a zase naopak ty děti od ní něco takže. Takže je to vzájemné.“

20. Oslovili jste někdy učitelku Vašeho dítěte s prosbou o rady či pomoc při výchově?

„No jakoby neoslovili úplně, protože přece jenom, my už víme, že bychom měli být důslední na to slovíčkaření. Myslím si, že Janička funguje způsobem, že nás třeba jako rodiče bere jinak než tu učitelku. Přece jenom některý děti berou učitelky jako bohyně, ty svoje jakoby oblíbené paní učitelky. Některý tak vyprávěj, že třeba s Janičkou, když se jí pak ptám - co ve školce- a dobrý to je jediný, co z ní dostanu. Není to takový to dítě, co by se rozpovídalo- maminko my jsme dělali to a to- ne u nás to funguje, tak že přijdu pro ní do školky- byla jsi hodná jo/ne, co jste měli k obědu?- někdy mi ani odpověď nedá a přesně -co jste dělali?- někdy mi to poví a někdy taky ne. Takže pak si z toho udělejte svůj úsudek, jako jak tam fungují. To bych se musela denně ptát učitelky, co přesně dělali a jak s nimi pracovali.“

21. Jaké metody práce s dítětem se Vám doma nejvíce osvědčily? Používá je dítě i v MŠ?

„No tak asi teda, co se nám osvědčilo, tak jí dávat nějaké ty práce, co by mohla zvládnout sama, anebo u kterých by mohla pomáhat. Samozřejmě- uklid' si hračky- tak samozřejmě 10x nechce, ale když jí namotivujete, tím že jako jí půjdete pomoci, tak někdy to pomáhá a někdy ne. Takže spíš takové ty akce jako aby něco vzkázala, tak se snaží. Snažíme se, aby uměla takový to pomoci. Když vám neřekne slovo prosím, tak děláme, že neslyšíme, protože čekáme, až to řekne, což teda když se nestane. Když to neslyšíme, ona si to nějak potom uvědomí v hlavičce, co neřekla. Uvědomí si, že musí poděkovat nebo poprosit, tak jí za to musíme pochválit

22. Jak byste ohodnotili práci, přístup paní učitelky k Vašemu dítěti?

„Z důvodu, že já nejsem s nimi tak nevím. Co se týče těch posudku, tak si myslí, že se Janička podle toho hodně zlepšila, oproti tomu, co bylo předtím. Přece jenom, co jsme vždycky slyšeli- dejte ji do kolektivu- to bylo těžký, tím že samozřejmě jako když bychom jí dali do kolektivu, do soukromé školky, tam se samozřejmě o to vaše dítě starat nebudou. Co klasicky se týče statní školky, tam když nesplňovala věk, tak to nepřipadalo v úvahu. Furt jste slyšeli kolektiv,

kolektiv, kolektiv. Cizí děti někde na hřišti, maminky některé působili, takže dítě na ně šáhne a hned na vás koukají skrz prsty.“

23. Oslovila Vás někdy paní učitelka s prosbou o radu či pomoc při práci s Vaším dítětem?

„Dobrá. Já si myslím, že jsou jakoby za prvé vyškolené, mají hodně i léta praxe. Dokážou se vcítit do tady těch dětí spíš si myslí, že vědí, co potřebují zrovna konkrétní dítě. Takže dobrý.“

24. Vychází Vaše dítě s ostatními dětmi v MŠ? Má kamarády? Chodí rádo do školky?

„ Má tam kamarády, dokonce si tenkrát udělala i lásku. To jsme si dělali i srandu, má kamaráda, který je hyperaktivní. No takže s tím hodně dováděla a dovádí, když jsou spolu. Prý se i občas nesnášeli. Jo takže má tam kamarády, vysloveně nejoblíbenějšího má asi toho Mirečka, pak se psalo, že už ho tak nemusí, že je zase spíš s holkami, s tou Eliškou si více rozumí. Je hodně kamarádská snaží se navozovat kontakty s dětmi i s dospělými. Do školky chodí ráda, ale někdy tam slyším -mě se do školky nechce-ale jinak jako dobrý.“

3.5.2 Výsledky rozhovorů s učitelkami a zástupkyní ředitelky (osnova rozhovorů v příloze č. 2)

3.5.2.1 Rozhovor s paní učitelkou Petrou

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

„Bakalář.“

2. Jaký obor jste vystudovala?

„Psychopedii.“

3. Jak jste se dostala k práci učitelky MŠ speciální?

„Tak ...to by bylo asi na delší dobu. Vyzkoušela jsem si učitelku v intaktní školce a chtěla jsem si asi prohloubit své znalosti z oboru.“

4. Jak dlouho pracujete v MŠ speciální? Jak dlouho v této konkrétně?

„ Asi 11 let, v nynější školce.“

5. Máte praxi s výchovou dětí se syndromem ADHD?

„ Myslím, že ano.“

6. Své znalosti o syndromu ADHD máte ze semináře o problematice ADHD nebo z Vašeho studia? Případně jaké semináře jste navštívila?

„ Tak byla jsem na několika seminářích paní doktorky Zelinkové, paní no... takhle rychle to asi nedám z hlavy. Ale Žáčkové. Přečetla jsem několik knih, psala jsem i práci na tohle téma.“

7. Myslíte si, že o syndromu ADHD máte dostatečné informace? Ocenila byste nějaký kurz či seminář o problematice?

„ Tak vzhledem k tomu, že každý rok přináší nové poznatky, tak klidně bych ocenila nejnovější nějaké zdroje a vědomosti.“

8. Odkud čerpáte informace o problematice ADHD?

„ Tak většinou čtu všechny články a knihy, které kolem mě projdou.“

9. Jaké máte zkušenosti s dětmi se syndromem ADHD? Někjaké příklady z praxe například.

„Jsou to takové děti, plné energie. Takoví větrníci, kteří všude jsou a ledacos vědí, ale když jde člověk po konkrétních výstupech, tak člověk zjistí, že je to mnohdy nepřesné. Mnohdy ony samy bojují se sebezpřijetím. Často slychají: „Seš zlobivá, nepozorná, seš neklidná.“ A pro ně je to často abstraktní pojem, co po nich ten dospělí chce.“

10. Jaké metody a přístupy práce u dětí s ADHD se Vám ve školce nejvíce osvědčily? Doporučila jste nějaké metody rodičům?

„ Tak metoda, co já jsem si vyzkoušela. Co na ně platí- trvat na tom, co ten učitel řekl. Krátké, stručné a jasné pokyny. Neustále toho dotyčného k tomu vracet. Nepeskovat ho, že to ještě neumí, ale motivovat, aby to zkoušel znova a znova.“

11. Jak hodnotíte spolupráci se SPC, PPP a dalšími odborníky?

„ Tak v současné době je SPC a PPP tak přetíženo, že vidíme odborníky jednou za rok.“

12. Myslíte si, že včasná diagnostika již v předškolním věku může dítěti pomoci?

„Určitě.“

13. Jaká úskalí vidíte v pozdní diagnostice syndromu ADHD (až na ZŠ)?

„No úskalí je v tom, že pokud ten pedagog neodhalí to, že mají mnohem nepřesné dovednosti, znalosti, že to jakoby vypadá, že to umí, ale když se jde po konkrétních věcech, tak to může podcenit, a to dítě s tím začíná bojovat až v šesti sedmi letech. Což už je docela pozdě.“

14. Dovedete jako učitelka popsat jaké problémy, s sebou nese tento syndrom?

„No tak problémů je tam víc- ty děti vlastně, jak mají... nějakým způsobem nedokonale funguje nervová soustava, tak mají takové pozdní starty do různých věcí. A týká se to mnoha oblastí, nejenom to, že vnější chování je často postiženo, pokud je to ADHD, pokud to není hyperaktivita, ale prostá porucha pozornosti, tak nás nejvíce rozzlobí to chování a řešíme to chování, ale je potřeba to řešit komplexně. Protože porucha nastává v oblasti vnímání, že dítě huř slyší, často si nevšimne detailu, který je po něm požadováno. Má špatnou vybavovací paměť, zpravidla potíže s krátkodobou pamětí, že tím vlastně, jak neustále ty děti kolem sebe a učitele atakuje tím nepřiměřeným chováním, tím hlasem pobíháním. Tak je často okřikováno, a ono osobně dostává vědomí, že asi není dostatečně hodné a vhodné jako parťák, což je škoda, často jsou ty děti šikovné, když se s nimi dělá přiměřeným způsobem. Problémy jsou tedy v celé šíři těch věcí, a když se s nimi nepracuje, tak to vybublá v některých případech do poruch učení, a potom se s tím trápí, jak žáček, tak paní učitelka v 1., 2., 3. třídě a rodiče posléze. A už tak hasí rozjetý vlak.“

15. Byla jste informována o charakteru Janičky?

„ Tak my dostáváme takové vstupní informace z SPC, ale samozřejmě tam je žáček popsán v několika větách, a potom až když nám přijde do třídy, tak vidíme. Uvědomila jsem si, že vlastně byla chyba z naší strany, že jsme je víc nekontaktovali k nějaké spolupráci, protože jak těm dětem, tak rodičům je potřeba dávkovat úkoly, co by s těmi dětmi měli dělat. A většinou moje zkušenost za ta léta je, že pokud má ADHD dítě, tak jeden z rodičů má podobný handicap a zpravidla, když tomu dítěti říkáte něco 3x, tak tomu rodiči taky a taky si nevšimne,

že na něco byl dotazován, nebo něco jste mu radily. Takže léta přemýšlím na téma jakým způsobem pracovat vlastně s celou tou rodinou.“

16. Jakou speciální péči vyžaduje Janička ve Vaší třídě?

„ Janička potřebuje velké přijetí, jako každý ADHDák, protože je to takové to dítě, které v 7 hodin vběhne do třídy plné elánu a rozhází, co jí přijde pod ruku. Ale potom roce docházky už vydrží chvíli u úkolu, které jsou v nabídce u stolečku. Pak si odběhne po svých činnostech na koberci ve volných hrách, pak zase má nějakou řízenou činnost zhruba od půl 9, ale samozřejmě ve školce je to také trošku ping pong, protože je tu nejenom Janička, ale taky další děti s určitým handicapem, a jsou tu i ostatní a pokud se sejde více dynamičtějších dětí ve třídě, tak se stává takový squash. U Janičky za ten rok vidím pokrok.“

17. Jak Janička vychází s ostatními dětmi ve Vaší třídě? A jak vychází děti s ní?

„ Tak ADHDáci většinou jsou citoví, jsou empatičtí. Takže ona poměrně taky, teď chodím s bolístkou na koleno a ona se mě už 3x ptala, co se mi stalo na koleno. Jí upoutá, když ten druhý má také nějaké trápení, protože si myslím, že tyhle ty děti podprahově soucítí s těmi ostatními. Nicméně to jí nezabrání, aby včera nestoupla na ruku svému kamarádovi a neublížovala dětem, které má kolem sebe. Jo je to taková trošku schizofrenie mám tě rád, možná, že tě přiškrtím.“

18. Myslíte, že by Janička potřebovala pomoc osobního asistenta? Nebo Vaše MŠ zajišťuje výchovu a vzdělávání dostatečně?

„ Na Janičku, teď jste zaskočila nevím, jestli přesně na ní je psán asistent. Vím, že na Mirečka byl psán asistent, ale my většinou pracujeme pomocí sdílených asistentů, takže třeba na jedno dítě je napsán půl úvazek, na někoho čtvrt a na někoho třičtvrtě, a tak skládáme peníze, abychom další ruce měly k pomoci ve třídě. V současné době máme docela dost složitějších diagnóz, takže teď v současné době máme dva asistenty.“

19. Pozorujete od začátku docházky do současné doby nějaké změny v chování? To už jsme vlastně odpověděly. Jaké projevy chování u Kristýnky Vám nejvíce vadí? Co naopak nejvíce oceňujete na ní? To už jsme taky asi z části odpověděly.

„ Janička je někdy nevyzpytatelná. V jednu chvíli si oddychnete, že si v klidu hraje a vy se můžete dívat po jiném dítěti, to ale za 20 vteřin nemusí být pravda, protože se pohybuje velmi rychle. Jak po zahradě. tak po třídě a tím, že tyto děti nemají pud sebezáchovy. Ono intaktní dítě do pěti let neodhadnou důsledky toho, co dělají a u těch ADHDáků je to všechno 2x tolik. Takže hlídat, aby se někam neschovala, neutekla, nekopla někoho, neshodila, vylezla někam, nesekočila. A tak dále.“

20. Jak hodnotíte Vaši spolupráci s rodinou dítěte?

„ Maminka vypadá vstřícně, co se týká technických věcí- požádáme jí o pleny o cokoli a ona zpravidla vyplní požadavek. Říkám, mrzí mě, a beru to jako svojí osobní chybu, že jsme jí víc nevedly k dialogu co s Janičkou, protože když jsem se ptala na ní, na nějakou zkušenost- že třeba Janička vyhazuje hračky z okna a knížky, tak maminka pokrčí rameny a řekne: „No to nám dělá taky“, a jsou asi ve druhém patře. Já bych řekla, že tam je hodně důležité, co ten dospělý vnímá jako normální, jako standart, jak by to mělo probíhat, protože u těch ADHDáků hodně platí, neříkám peskovat, ale okamžitě po akci musí přijít ten mentor, ten dospělý musí říct, že tohle se nedělá, a přijít s nějakým nápadem, jak mu tu danou činnost

znechutit. Janička je stále v tom módu, že něco vyhodí, my potom jdeme na zahradu a ona s potěšením: „Jééé to jsem vyhodila!“, protože to leží za oknem.

21. Probíhají nějaká individuální setkání s rodiči dětí v průběhu roku?

„ Tak to už jsme si v podstatě odpověděly, my vypracováváme 3x ročně hodnocení na to dítě. První je vstupní hodnocení, pololetní a nyní jsme dělaly závěrečně, kdy se nějakým způsobem hodnotí ta pedagogická činnost- to co jsme mohly činnost sledovat. Jde o to, že my vlastně jsme vedeny k tomu, aby hodnocení bylo pozitivní a zároveň nějakým způsobem reálné. Někdy je to opravdu těžká písanka pro nás, jinak hodnocení za letošní rok na Janičku psala kolegyně, takže já to přečtu a vzájemně si to čteme. Máme to rozděleny na půl, kdy si to korigujeme a čteme. Může zasáhnout i asistent s nějakou případnou poznámkou, ale říkám je to někdy oříšek co tam napsat, kolikrát se tak i píše, aby si rodič něčeho všimnul. Jinak jako po celý rok tam visí naše konzultační hodiny, kdy jsme k dispozici a pokud rodiči nekonzultují v rámci příchodu a odchodu s dítětem, tak během roku pokud vím, tak nikdo během roku pořádně nekonzultoval svoje dítě.“

3.5.2.2 Rozhovor s paní učitelkou Lindou

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Jaké máte zaměření oboru?

„Moje nejvyšší dosažené vzdělání je magisterské, obor speciální pedagogika.“

2. Jak jste se dostala k práci učitelky MŠ speciální?

„Na inzerát, hledala jsem práci, pracovala jsem v Montessori školce a chtěla jsem změnit práci, takže jsem se tady přihlásila, byla jsem na pohovoru a vzali mě.“

3. Jak dlouho pracujete v MŠ speciální?

„ 5 měsíců.“

4. Máte praxi s výchovou dětí se syndromem ADHD?

„Ano.“

5. Své znalosti o syndromu ADHD máte ze semináře o problematice ADHD nebo z Vašeho studia? Případně jaké semináře jste navštívila?

„ Ze studia, a pak z praxe. Semináře o ADHD jsem žádné nenavštívila.“

6. Myslíte si, že o syndromu ADHD máte dostatečné informace? Ocenila byste nějaký kurz či seminář o problematice?

„Myslím si, že vždycky je jako potřebné se dál vzdělávat, nové informace bych ráda prohloubila.“

7. Odkud čerpáte informace o problematice ADHD?

„Tak buď z toho, co jsem studovala nebo spíše od kolegů, nebo z nějaké literatury, článků.“

8. Jaké máte zkušenosti z praxe s dětmi se syndromem ADHD?

„ Spíše nejdřív z Montessori školky, tam jsme měli takové děti s ADHD, hyperaktivitou, bylo jich hodně, takže jsem tam pracovala 6,5 roku, za těch 6,5 roku se tam vystříдалo dost dětí s takovouhle diagnózou.“

9. Jaké metody a přístupy práce u dětí s ADHD se Vám ve školce nejvíce osvědčily? Doporučila jste nějaké metody rodičům?

„ Takže například, když budu mluvit o školce, kde jsem pracovala, tak byl tam individuální přístup, byl tam v podstatě koutek pro takové děti, aby vlastně nebylo dítě rušeno ostatními dětmi. Tím, že to bylo Montessori školka, takže ta výuka, která tam probíhala, tak probíhala vlastně potichu, děti tam nemluvily moc a protože Montessori pedagogika je založena na tichu a na koncentraci, ale samozřejmě, když tam bylo takové dítě, které mělo poruchu pozornosti, tak vlastně rušilo ostatní děti, takže jsme tam měli část třídy, která byla v podstatě za takovým závěsem a kde se to dítě mohlo soustředit a kde ten učitel s ním mohl být. Tak určitě, u těchto dětí je v podstatě co se týče jako rodičů v podstatě podporovat je v tom, co mají rádi, tak jim vlastně jako vytvořit prostředí, které má co nejméně rušivých podnětů. Takže když já nevím, řeknu příklad- když má na zdi hodně obrázků, které ho můžou rozptylovat při práci, tak je prostě sundali dolů nebo když je někde nějaký hluk, prostě zavřít okna. To jsou takové běžné základní věci. “

10. Jak hodnotíte spolupráci s SPC, PPP a dalšími odborníky?

„ Tím, že jsem tady krátkou dobu tak, nějak ta spolupráce...já nějak nepocituju, že bych šla v té spolupráci nějak hlouběji, prostě aby to bylo nějak intenzivní, ale když jsme tady měly psycholožky z PPP a SPC, tak ta spolupráce byla celkem fajn, nebyly žádné problémy. “

11. Myslíte, že včasná diagnostika již v předškolním věku může dítěti pomoci?

„ Určitě si myslím, že ano, protože pak na tu diagnostiku a na tu práci, která vlastně se s dítětem dělá se může pokračovat, může mu to pomoci v nástupu do základní školy. Učitel může navázat na to, co se dítě naučilo ve školce, když má nějaké zprávy, reporty a spolupráce ze školky. Tak určitě. “

12. To jste mě trošku předběhla s další otázkou. Jaká úskalí vidíte v pozdní diagnostice syndromu ADHD (až na ZŠ)?

„ Tím, že se to vlastně diagnostikuje dřív, tak v MŠ vidíte nějaký problém, který by na to měl upozornit rodiče. “

13. Dovedete, jako učitelka popsat jaké problémy s sebou tento syndrom přináší?

„ No takže jsou to vlastně problémy v chování. Problémy v tom, že se to dítě neumí soustředit na danou práci, u práce vydrží krátkou dobu, to znamená, že nevydrží to, co vydrží ostatní děti. Rozptylují ho různé podněty, můžou to být nějaké předměty nebo zvuky, klidně to můžou být i děti. Takže tam se fakt jako vyžaduje individuální přístup, kdy vlastně to dítě má mít vytvořené podmínky tak aby bylo separované od ostatních dětí ale například, když se pracuje nějaká výtvarná výchova tak prostě bud se to dítě vezme jako první, aby ho nevyrušovaly, aby se mohl soustředit na tu danou práci. “

14. Byla jste informována o charakteru Martínka?

„ V podstatě ano. Byla jsem informovaná tady ze školky, v podstatě učiteli. Tím jak jsem přišla sem v únoru tak kolegyně, která se mnou byla na třídě, tak mě informovala o jeho diagnóze, jak pracuje nebo nepracuje, jaké jsou tam problémy, že se neumí soustředit, neumí vydržet u nějaké zadané práce déle než by to dítě mělo, takže ano. “

15. Jakou speciální péči vyžaduje Martínek?

„Tím, že vlastně je ADHD a nemá přiděleného asistenta, což je u tohoto chlapce těžké, tak je tam vlastně individuální přístup, který se mu snažíme dát, ale ne vždycky jako se to dá, kdyby tam měl asistenta, tak by to bylo pro něj mnohem jednodušší.“

16. Jak Martínek vychází s ostatními dětmi ve Vaší třídě? Jak vychází děti s ním?

„Takže Tomášek má dvojče, bratra, je velmi fixován na svého bratra a ostatníma vůbec nespolupracuje, nekamarádí, je v podstatě jenom s tím bratrem, což si myslím, že je tak problém, a je vlastně otázka na to, aby byly děti rozděleny do jiných tříd. Jeden například u nás a druhý přešel do jiné třídy, aby se to dítě mohlo více socializovat.“

17. Myslíte, že by Martínek potřeboval pomoc osobního asistenta? Nebo Vaše MŠ zajišťuje výchovu a vzdělávání dostatečně?

„Myslím si, že určitě ano. A daly jsme podnět do SPC, kde jsme dostaly zprávu, že od příštího roku bude mít přiděleného asistenta.“

18. Pozorujete od začátku docházky do současné doby nějaké změny v chování u Martínka?

„Tenhle kluk je hodně nemocný, takže když se vrátí po nemoci do školky, těžko se mu adaptuje na třídu, takže je vždycky takový nervózní, ničí hračky, ničí předměty, které jsou ve třídě, nespolupracuje, nechce spolupracovat na zadané téma, úkol, nereaguje vůbec, reaguje vždycky negativně. Nechce vůbec dělat nic. Je to tak když je nemocný 2 týdny, přijde to školky tak třída a vše ničí. Nemůže mít žádné hračky, je schopen všechny zničit.“

19. Jaké projevy chování u Martínka Vám nejvíce vadí? Co naopak nejvíce oceňujete?

„No tak, co mi vadí je vlastně to, že nerespektuje žádné pravidla na třídě, to znamená- cokoliv se tam udělá- nějaká řízená činnost, nebo ranní kruh, nebo se řekne, že se uklízí hračky, tak na to vůbec nereaguje a nabourává celou třídu, celý její chod, v podstatě dokáže strhnout všechny děti na svojí stranu. Takže je někdy těžko i ho motivovat, na to že něco děláme- například rozcvičky, prostě začne běhat po třídě a všechny děti za ním. A co oceňuju, když má takové světlé chvílky, tak když je to například nějaká práce- například jsem s dětmi dělala práci s vodou tak Tom byl nadšený tou prací, mohl si šlehat mýdlo. Fascinovalo ho to. Když jsem jim dala nějaké Montessori pomůcky na stůl, on se na to nadchnul a rychle ho to přešlo, když jsem mu ukázala, jak se s tím pracuje tak si to pak dělal po svém. On nerespektuje, nenásleduje to vedení učitele. Což je dost jako těžké.“

20. Jak hodnotíte Vaši spolupráci s rodinou dítěte?

„S rodinou dítěte bych řekla, že komunikace je dobrá, ale na druhou stranu, když se stane něco negativního, tak maminka si nechce připustit, že má takové dítě. Takže vždycky vše zneguje, například: „Tak Martínek dneska rozbil nějaké autíčko a byl nervózní, chtěl si povídat a pořád křičel.“, tak ona to zneguje na to, že „Bylo prostě teplo. Tak on je takový nevrlý.“

21. Probíhají nějaká individuální setkání s rodiči dětí v průběhu roku?

„Měly jsme teďka závěrečné schůzky, a kolegyně s nimi vlastně mluvila, rozdělily jsme si děti. V podstatě my mluvíme s rodiči každý den, když je něco závažného, tak si někoho pozveme. Ale jinak s nimi mluvíme každé ráno, každé odpoledne- co se vlastně událo v ten konkrétní den, takže rodiče jsou informovaní. Určitě, ta komunikace se všemi rodiči u nás ve třídě je bych řekla moc dobrá, že máme dobré vztahy. Že nejsou žádné problémy, tak to určitě ne.“

3.5.2.3 Rozhovor s paní zástupkyní Radkou

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Jaké máte zaměření?

„Mgr. speciální pedagog – psychopedie, specifické poruchy učení“

2. Jak jste se dostala k práci učitelky MŠ speciální? Jak dlouho pracujete v MŠ speciální? A jak dlouho konkrétně v této?

„Pracuji zde rok. Před tím běžná MŠ. Chtěla jsem pracovat v oboru speciální pedagogika.“

3. Máte praxi s výchovou dětí se syndromem ADHD?

„Ano, bohatou i z běžné MŠ“

4. Své znalosti o syndromu ADHD máte ze semináře o problematice ADHD nebo z Vašeho studia? Jaké semináře jste navštívila?

„Z literatury, studia, článků v odborných časopisech, seminářů (Neklidné dítě v MŠ, Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování I- dále jen FIE, FIE základní I a II.)“

5. Myslíte si, že o syndromu ADHD máte dostatečné informace? Ocenila byste nějaký kurz či seminář o problematice?

„Myslím, že mám. Mé názory se občas liší od názorů a doporučení např. PPP. Ocenila bych kurz vedený zahraničním odborníkem, kde jsou (někdy) v problematice syndromu ADHD dle mého dále.“

6. Odkud čerpáte informace o problematice ADHD?

„Semináře, dost mě ovlivnila doc. Pokorná a její semináře. Také filosofie FIE (Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování). Literatura, články.“

7. Jaké metody a přístupy práce u dětí s ADHD se Vám ve škole nejvíce osvědčili? Doporučila jste nějaké metody rodičům?

„Laskavý a DŮSLEDNÝ přístup, jasně nastavené hranice, kterým dítě rozumí, jasně formulované instrukce, trpělivost, smysl pro humor, klidný přístup, učit se systematicky záměrně pozornosti a tu postupně prodlužovat, relaxační techniky ano, ale nestřídat často činnosti (cca po 10 minutách) – dítě se naopak potřebuje naučit soustředit, jeho CNS na to není připravená a potřebuje klid a dostatek času, ne pozornost ještě více rozměňovat neustálými změnami. Také je důležité posilovat dobré chování, tzn. upozorňovat na to, co se dítěti povedlo, co zvládlo, v čem udělalo pokrok – hlavně konkrétně, i když je to jen maličkost (např. „Dnes jsi zvládl sedět u stolu po celou dobu svačiny s dětmi – to se ti povedlo!“ nebo „dnes jsi při cvičení počkal, až na tebe přijde řada – už to dokážeš!!!“ apod...)“

8. Jak hodnotíte spolupráci s SPC, PPP a dalšími odborníky?

„SPC jsou obvykle více zaměřena na konkrétní postižení – např. SPC Na Zličově – velmi fundované doporučení a podpůrná opatření, dobrá spolupráce. PPP často jedou v zajetých kolejích...“

9. Myslíte, že včasná diagnostika již v předškolním věku může dítěti pomoci? Jaká úskalí vidíte v pozdní diagnostice syndromu ADHD (až na ZŠ)?

„Včasná diagnostika je nutná. Ovšem nesmíme nezaměňovat ADHD za nevychovanost). Je důležitá spolupráce odborníků- psycholog, neurolog, speciální pedagog, někdy i psychiatr.

Úskali pozdní diagnostiky vidím především v „zaškátulkování“ dítěte, nepochopení jeho problematiky, školní neúspěšnost, trápení rodičů....“

10. Dovedete, jako učitelka popsat jaké problémy s sebou tento syndrom přináší?

„Tak jako v předchozí odpovědi- nepochopení, trápení rodičů, školní neúspěšnost. Dítě s ADHD může být a obvykle je inteligentní, ale nezralost a postižení CNS mu brání využít svůj potenciál.“

11. Probíhají nějaká individuální setkání s rodiči dětí v průběhu roku?

„V MŠ jsme v každodenním kontaktu, tak je možné vše probrat okamžitě. Rozhodně však není žádoucí si na dítě denně stěžovat. Rodiče potřebují také kladnou zpětnou vazbu (stejně jako dítě – oceňovat úspěchy, byť jsou nepatrné).“

3.5.3 Analýza výsledků rozhovorů

Hlavní výzkumná otázka: *Jak funguje spolupráce mezi rodiči, MŠ a dalšími odborníky?*

Hodnocení spolupráce, hodnocení přístupu učitelek

Respondentka č. 1 uvedla, že paní učitelka nekomunikuje s rodiči, ale že druhá učitelka funguje. Dále si také myslí, že učitelka ji vždy srazila, utlumila, když přišla s nějakými otázkami ohledně chlapce. Spolupráci nevidí moc ideálně. Z důvodu, že od učitelek dostala ani jednu žádnou radu, pochopení. Jinak si myslí, že po změně zástupkyně ředitelky vidí změny ve spolupráci. Byly zavedeny konzultační hodiny pro rodiče- aby mohla fungovat zpětná vazba mezi školkou a rodiči. Je možnost konzultace každé pondělí. Podle ní bylo špatné to, jakým stylem dostávali rodiče hodnocení dětí. Jen si ho mohli přečíst a zase vrátit zpátky. Prý kdybych si to neofotila, tak by nevěděla, co v tom hodnocení o synovi má. Po změně zástupkyně se o hodnocení povídalo, dokonce ho dostali. Maminka s Martínkem navštívila PPP, psychiatricku, genetiku a neurologa. Spokojená byla hlavně s psychiatrickou. Respondentka není moc spokojená s přístupem jedné z paní učitelek, myslí si, že všechny děti „háží do jednoho pytle“. Podle ní chybí učitelce empatie, a individuálnější přístup k dětem.

Respondentka č. 2 si myslí, že spolupráce funguje. Vždycky když je něco třeba, tak učitelky komunikují. Ve školce dostávají hodnocení ohledně dítěte. Mají tam i logopeda, snaží se dělat pilně. Mají tam keramiku, kroužek plavání, výlety. Takže maminka je spokojená. Dle ní fungují konzultace na požádání. Respondentka si myslí o přístupu učitelek, že je dobrý. Učitelky jsou vyškolené, mají hodně let praxe. Dokážou se vcítit do dětí. Vědí, co potřebuje konkrétní dítě. Maminka navštívila s holčičkou nejdřív neurologii, pak spolupracovala s ranou péčí a SPC (před vstupem do MŠ).

Respondentka č. 3 uvádí, že maminka vypadá vstřícně, co se týká technických věcí, když jí požádají o pleny, o cokoliv, ona zpravidla vyplní požadavek. Mrzí ji, a bere to jako svojí osobní chybu, že maminku více nevedly k dialogu, co s Janičkou. Paní učitelka tvrdí, že SPC a PPP tak přetíženo, že vidí odborníky jednou za rok.

Respondentka č. 4 tvrdí, že komunikace s rodinou dítěte je dobrá, ale na druhou stranu, když se stane něco negativního, tak maminka si nechce připustit, že má takové dítě. Takže vždycky vše zneguje. V podstatě my mluvíme s rodiči každý den, když je něco

závažného, tak si někoho pozveme. Ale jinak s nimi mluvíme každé ráno, každé odpoledne – co se vlastně událo v ten konkrétní den, takže rodiče jsou informovaní. Určitě, ta komunikace se všemi rodiči u nás ve třídě je bych řekla moc dobrá, že máme dobré vztahy. Nejsou žádné problémy. Paní učitelka uvádí, že MŠ navštívily psychologičky z PPP a SPC, spolupráce podle ní byla celkem dobrá, nebyly žádné problémy.

Respondentka č. 5 poukazuje na to, že jsou učitelky v MŠ v každodenním kontaktu s rodiči, takže je možné vše probrat okamžitě. Rozhodně však není žádoucí si na dítě denně stěžovat. Rodiče potřebují také kladnou zpětnou vazbu (stejně jako dítě – oceňovat úspěchy, byť jsou nepatrné). Paní zástupkyně si myslí, že SPC jsou obvykle zaměřena na konkrétní postižení, např. SPC na Zlíchově- má velmi fundované doporučení a podpůrná opatření, dobře podle ní spolupracují. PPP jedou v zajetých kolejích.

Ve výzkumu se ukázalo, že spolupráce je závislá jak na přístupu školy, tak na přístupu rodiny. Vzájemná spolupráce ovlivňuje jak celkový stav dítěte- jak psychický, tak fyzický. Při správné spolupráci dochází k vyrovnanosti a k celkovému klidu dítěte, ale i ke klidu rodiny. Z rozhovoru se zástupkyně bylo cítit, že se snaží se rodinám, co nejvíce pomoci a co nejlépe se starat o jejich dítě. Z její strany jsem cítila velikou empatii. Proto si myslím, že je velmi důležité dávat najevo to, že nás dítěte zajímá, že máme starost o něj. Rodiče se podle mě díky tomuto kroku jistě cítí lépe. Díky tomu je jejich postoj k učitelce, zástupkyni a školce celkově pak lepší, než kdyby učitelka nejevila zájem, nesnažila se s rodiči komunikovat a spolupracovat. Z rozhovorů také vyplynulo to, že učitelky jsou informovány o dětech pouze z PPP, chybí zde informovanost o charakteru dítěte od rodičů. Naštěstí ale ve školce proběhla změna zástupkyně a ta zavedla konzultační hodiny, kde mohou rodiče víc zapracovat s učitelkami na komunikaci. Tuto možnost rodiče ocenili. Rodiče jsou vcelku spokojeni se spoluprácí a přístupem. Podle paní učitelky, možnost konzultačních hodin rodiče nevyužívají, což si myslím, že je škoda.

Komunikace obou stran je ve spolupráci velmi důležitá, protože díky ní dochází k výměně důležitých informací. Myslím si, že pokud bude docházet mezi rodiči a učitelkami ke správné a pravidelné spolupráci, uvidí určitá zlepšení u svých dětí. Navíc učitelky mohou rodiče seznámit s novými výchovnými a vzdělávacími metodami, kterou budou moci uplatnit na své dítě doma. Jako možnou alternativu komunikace, pokud rodiče nemají čas je e-mailová komunikace. To samé platí i pro učitelky, které mohou rodičům sdělit důležité informace o dítěti a dění ve škole.

Spolupráce s dalšími odborníky, kteří se podílí na diagnostice, by mohla být podle učitelek lepší. S odborníky se setkávají málo, neboť jsou zahlceni. Bylo by třeba zvýšit jejich počet. Jinak rodiče jsou se spolupráci spokojeni, jedna z maminek byla spokojena hlavně s přístupem paní psychiatřičky.

Přístup učitelek je hodnocen průměrně z výsledků rozhovorů. Jedna z maminek byla spokojená s přístupem paní učitelek, myslí si, že vědí, co dělají. Zatímco druhá maminka byla spokojená, neboť u paní učitelky, která učí chlapce, vidí nepochopení a žádnou empatii. Myslí si, že přístup k dětem má ke všem stejný „hází je do jednoho pytle.

Dílčí výzkumná otázka č. 1: *Byli rodiče a učitelky informovány o syndromu ADHD a odkud?*

Informovanost o ADHD

Respondentka č. 1 uvádí, že o ADHD spíše nebyla informovaná. Po diagnostikování ADHD u jejího dítěte získala informace od psycholožky a čerpala také z internetu. Respondentka č. 2 říkala, že o ADHD nevěděla, a nic o něm nečetla před diagnostikováním, nikdy si totiž nemyslela, že bude mít její dítě tuto poruchu. Seminář o ADHD nemá odvahu navštívit. Respondentka č. 3 byla na několika seminářích paní doktorky Zelinkové, Žáčkové. Přečetla několik knih, psala závěrečnou práci na tohle téma. Klidně by ocenila nejnovější zdroje a vědomosti, vzhledem k tomu, že každý rok přináší nové poznatky. Jinak většinou čte všechny články a knihy, které kolem ní projdou.

Respondentka č. 4 má informace o ADHD, ze studia literatury a článků, pak z praxe od kolegů. Semináře nenavštívila. Myslí si, že vždycky je potřebné se dál vzdělávat, nové informace by ráda prohloubila. Semináře o ADHD žádné nenavštívila. Respondentka č. 5 je informovaná o ADHD z literatury, studia, článků v odborných časopisech, seminářů (Neklidné dítě v MŠ, Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování (dále jen FIE) - FIE I, FIE základní I a II.) Ocenila by kurz vedený zahraničním odborníkem, kde jsou (někdy) v problematice syndromu ADHD dle ní dále.

Na základě provedeného výzkumu se ukázalo, že informovanost rodičů o ADHD před diagnostikováním u jejich dítěte takřka nebyla. Mysleli si, že je nic takového potkat nemůže. Naopak všechny učitelky, které jsem měla možnost přizvat k rozhovorům, měly o ADHD jisté poznatky z literatury, seminářů a studia. Všechny měly praxi s těmito dětmi a cítila jsem z jejich strany velké pochopení pro tyto děti.

Dílčí výzkumná otázka č. 2: *Jak se u vybraných dětí projevuje syndrom ADHD a jakými metodami a výchovnými postupy pracují učitelky a rodiče s těmito dětmi?*

Projevy syndromu ADHD u vybraných dětí

Respondentka č. 1 popisuje projevy ADHD u syna už od raného dětství. U miminka to byl řev, neustálá pozornost, nevydržel sedět v klidu, museli chlapce pořád něčím zabavovat. V noci špatně spal, brzy se probouzel- to vymizelo kolem 3-4 let. Pak chlapec utíkal, kolem těch 5ti let se to maličko zlomilo, tím že už trochu dozrál. Neposlušnost, afekty, řev, neustálý brekot, který se měnil na smích. Absolutně nereagoval na vlastní jméno, na pokyny. Výkyvy nálad, afekty, hyperaktivita. Pud sebezáchovy neměl, kamkoliv vylezl. Choval se vždycky jako menší dítě- strkal věci do pusy, na všechno sahal. Je soutěživý. Škodí dětem a má z toho srandu, snaží se tím přitáhnout jejich pozornost. Děti ho odmítají a vztahy s nimi má chlapec špatné. Respondentka č. 2 uvádí, u své dcery pozorovala příznaky již u batolete, když se zpětně zamyslela. Janička rychle lezla, když začala chodit, místo chůze rovnou běhala. Jako projevy popisuje další to, že její dcera nevydrží sedět u činnosti jako ostatní děti. Její chování se mění o 180 stupňů. Někdy je v pořádku bez problémů, během pěti minut se otočí o 180 a je drzá, agresivní. Dívka je neklidná. Obě dvě respondentky tedy vyzorovaly příznaky u svých

děti již v kojeneckém a batolecím období. Projevy, které respondentky popsaly, jsou typické pro děti se syndromem ADHD.

Metody a výchovné postupy k dětem se syndromem ADHD

Respondentka č. 1 uvádí, že výchovné postupy řeší s psychiatrickou, kde pochopení má. Myslí si, že učitelky ji vždy odradily svým přístupem. Respondentka uvádí, že hlavním bodem je výchova- důslednost, přesnost, používá tzv. metodu cukru a biče, pak metodu „zavít do pokoje“, když měl syn afekt, aby se vyvztekal, neboť, domluva nepomohla v afektu vůbec. Ve školce prý užívají metodu „trestná lavice“- podle mě je to taková obdoba hanby. Na trestnou lavici musí děti, pokud něco provedou, aby si uvědomily, že něco bylo špatně.

Respondentka č. 2 jako výchovné postupy, které používá, zmiňuje důslednost a trpělivost. Osvědčilo jí dávat nějaké práce, co by mohla malá zvládnout sama, anebo u kterých by mohla pomáhat. Snaží se, aby uměla holčička pomáhat. Učí jí být slušnou- aby uměla poprosit, poděkovat. Dále maminka tvrdí, že výchovné postupy konzultovala v SPC, neboť si to vyžádala MŠ. Která si s ní nevěděla rady.

Respondentka č. 3 uvádí jako metodu, co si vyzkoušela v praxi- trvat na tom, co ten učitel řekl. Krátké, stručné a jasné pokyny. Neustále toho dotyčného vracet k činnosti. Nepeskovat ho, že to ještě neumí, ale motivovat, aby to zkusil znovu.

Respondentka č. 4 zmiňuje individuální přístup ze své praxe v Montessori školce, kde byl koutek pro takové děti, aby nebyly rušeny ostatními dětmi. Montessori pedagogika je založena na tichu a na koncentraci. Jinak prý co se týče rodičů, tak uvádí podporu v tom, co mají rádi. Vytvořit prostředí, které má co nejméně rušivých podnětů (hluk, obrázky).

Respondentka č. 5 zdůrazňuje hlavně laskavý a důsledný přístup, jasně nastavené hranice, kterým dítě rozumí, jasně formulované instrukce, trpělivost, smysl pro humor, klidný přístup, učit se systematicky záměrné pozornosti a tu postupně prodlužovat, relaxační techniky ano, ale nestřídat často činnosti (cca po 10 minutách) – dítě se naopak potřebuje naučit soustředit, jeho CNS na to není připravená a potřebuje klid a dostatek času, ne pozornost ještě více rozměňovat neustálými změnami. Také je důležité posilovat dobré chování, tzn. upozorňovat na to, co se dítěti povedlo, co zvládlo, v čem udělalo pokrok – hlavně konkrétně, i když je to jen maličkost (např. „Dnes jsi zvládl sedět u stolu po celou dobu svačiny s dětmi – to se ti povedlo!“ nebo „Dnes jsi při cvičení počkal, až na tebe přijde řada – už to dokážeš!!!“ apod...)

Z rozhovorů je patrné, že obě maminky řešily výchovné postupy pouze s odborníky, s učitelkami ne. Jedna z nich je konzultovala s psychiatrickou, druhá navštívila SPC na popud MŠ, která si nevěděla rady s její dcerou. U dětí se syndromem ADHD je důležitý individuální přístup k dítěti. Měli bychom mu dávat krátké, stručné a jasné pokyny. Být důslední a trpěliví, podporujeme děti v tom, co mají rády. Při snaze dítě zaujmout, musí odstranit rušivé podněty.

ZÁVĚR

Cíle bakalářské práce, které autorka vytyčila, se jí povedly naplnit. Zjistila díky rozhovorům, jak funguje spolupráce mateřské školy a rodiny. Na základě provedeného výzkumu se ukázalo, že spolupráce závisí na přístupu školy i rodiny. Tyto dvě skupiny mohou významně ovlivnit dítěte s ADHD již v předškolním věku, pokud budou vzájemně spolupracovat. Z rozhovorů vyplynulo, že spolupráce mezi školou a rodiči má v určitých bodech mezery. Myslím si, že pokud bude paní zástupkyně nadále mít aktivní přístup, tak se spolupráce v dané mateřské škole zlepší. Z rozhovorů také vyplynulo to, že učitelky nemají informace o dětech přímo od rodičů, ale pouze z Pedagogicko-psychologické poradny, chybí zde informovanost o charakteru dítěte od rodičů- v tom vidím přínos, neboť by paní učitelka věděla o chování dítěte doma, jeho rituálech a hlavně přístupech, které na něj platí doma. Komunikace obou stran je důležitá, neboť díky ní dochází k výměně důležitých informací. Pozitivní přístup a hlavně empatii by měly paní učitelky více dávat najevo, aby se rodiče cítili pochopeni.

Dále z výzkumu vyplynulo, že o problematiku syndromu ADHD se před diagnostikováním u dětí rodiče nezajímali. O problematice ví především pedagogická veřejnost, možná by nebylo na škodu ve školách pořádat semináře o poruchách, se kterými se mohou setkat u svých dětí. Rodiče by tak měli možnost seznámit se s příznaky poruch a syndromů, např. ADHD, ten včas podchytit a snažit se podniknout kroky k zlepšení a zmírnění projevů u jejich dítěte.

Z rozhovorů je patrné, že obě maminky řešily výchovné postupy pouze s odborníky, s učitelkami ne. Jak pracovat s dětmi by měli rodiče společně s učitelkami konzultovat, aby „táhli za jeden provaz.“ U dětí se syndromem ADHD je důležitý individuální přístup, protože každé dítě je jiné, i když má stejnou diagnózu.

K vypracování této bakalářské práce bylo zapotřebí prostudovat množství odborné literatury na téma ADHD. Díky získaným teoretickým poznatkům jsem si prohloubila své znalosti a ty pak následně zužitkovala i ve své pedagogické praxi.

Pro mne jako pro autorku této bakalářské práce bylo její vypracování radostí, téma jsem si vybrala, protože ve mně vzbudilo velký zájem. Stalo se mi totiž v praxi, to na což upozorňovalo několik autorů z uvedené literatury, nebyla jsem o ADHD informovaná a hlavně jsem neměla žádnou zkušenost s takovými dětmi. Věděla jsem, že existuje porucha pozornosti, ale jako začínající pedagog jsem jí nevěnovala moc velkou pozornost. A tak se mi stalo hned druhý rok mé praxe, že jsem narazila na „nezvladatelného“ chlapce, který se stal jakýmsi impulsem k vypracování této práce. Jako autorka budu moc ráda, pokud tento materiál bude užitečný i pro další pedagogy a jejich praxi. Je to totiž potřeba být informován jako pedagog o všech poruchách a jejich příčinách, nežli nebýt a něco zanedbat.

LITERATURA A DALŠÍ ZDROJE

ANTAL, Martin. To dítě je nepozorné: jak žít s hyperaktivním dítětem: ADHD očima ADHD. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 294 s. ISBN 978-80-204-2898-1.

BARKLEY, Russell A. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press, ©1990. xvi, 747 s. ISBN 0-89862-443-6.

BARTOŇOVÁ, M. Kapitoly ze specifických poruch učení I. Vyd. 2. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2010, 128 s. ISBN 978-80-210-5299-4.

DRTÍLKOVÁ, I. Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD). Vyd. 2. Praha: Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-447-8.

GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 160 s. ISBN 978-80-7262-630-4. MICHALOVÁ, Zdeňka. ADD/ADHD v kontextu poruch chování. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011, 120 s. ISBN 978-80-7372-733-8.

JANDERKOVÁ, Dita, Jitka KENDÍKOVÁ, Jarmila KLÉGROVÁ, Iva STRNADOVÁ, Jana SWIERKOSZOVÁ a Zdenka ŽENATOVÁ. SPU a ADHD. Praha: Raabe, 2016, 144 s. Dobrá škola. Žák s SVP, 3. ISBN 978-80-7496-215-8.

LAVÉR-BRANDBURY, Cathy. Šest kroků ke zvládnutí ADHD: Manuál pro rodiče. Vyd. 1. Praha: Portál, 2016, 144 s. ISBN 978-80-262-1035-1.

ŠKRDLÍKOVÁ, Petra. Hyperaktivní předškoláci: výchova a vzdělávání dětí s ADHD. Vydání 1. Praha: Portál, 2015, 137 s. ISBN 978-80-262-0928-7.

VLASATÁ, Marie. ADHD - vím, co s tím?!: příručka o poruše pozornosti s hyperaktivitou. Vyd. 1. Praha: Junák - svaz skautů a skautek ČR, 2013, 56 s. ISBN 978-80-7501-054-4.

ZELINKOVÁ, Olga. Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD. Vyd. 12. Praha: Portál, 2015, 263 s. ISBN 978-80-262-0875-4.

Další zdroje

<https://www.skolabartlova.cz/matrska-skola/>

4 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Osnovy rozhovorů

Příloha č. 3: Nahrávky rozhovorů

Příloha č. 1- Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Byl/a jste zkontaktován/a k rozhovoru za účelem získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k bakalářské práci Ludmily Mikulovkové. Výzkum probíhá v rámci bakalářského studia na Pedagogické fakultě Karlovy Univerzity v Praze. Tématem je *ADHD u dítěte v předškolním věku* a jeho výstupem bude *Bakalářská práce*. Bakalářská práce se zaměřuje na kvalitativní výzkum týkající se syndromu ADHD u dětí v předškolním věku, dále se zaměřuje na spolupráci mezi rodiči a mateřskou školou. Teoretická část bude shrnovat dosavadní literaturu na toto téma.

Vaše spolupráce na projektu je dobrovolná. Účast na projektu spočívá v nahrávaném rozhovoru, který potrvá zhruba hodinu. Vaše identita zůstane v plné anonymitě a Vaše odpovědi jsou důvěrné, určené pouze pro potřeby tohoto výzkumného projektu. Vaše názory mohou být v projektu použity dle Vaší individuální pozice, ale žádná individuální jména nebudou v projektu zmíněna. Rozhovor bude nahráván na diktafon. Na kteroukoliv otázku můžete odmítnout odpovědět a kdykoliv v průběhu rozhovoru můžete interview ukončit. Ukončení rozhovoru a vystoupení z projektu pro Vás nebude mít žádné negativní důsledky. Vaše účast na projektu pro Vás nenese žádná rizika.

V případě dotazů týkajících se tohoto projektu se můžete obrátit na jeho hlavní řešitelku, Ludmilu Mikulovkovou (773 489 074 nebo lidka.miku@centrum.cz). V případě otázek týkajících se Vašich práv jako respondentky v projektu se můžete obrátit na proděkana pro vědu a výzkum PEDF UK v Praze, Prof. PhDr. Víta Vlnase, Ph.D. (vit.vlnas@pedf.cuni.cz) či na vedoucí této bakalářské práce, PhDr., Mgr. Monika Mužáková, Ph.D. (monika.muzakova@pedf.cuni.cz).

Svým podpisem zde souhlasíte se svou účastí na tomto projektu. Jedna kopie tohoto formuláře náleží Vám.

Jméno respondenta/respondentky:

Jméno řešitelky projektu:

Podpis:

Podpis:

Příloha č. 2- Osnovy rozhovorů

Rozhovor s rodiči dítěte

- 1) Jaké příznaky jste pozorovali u svého dítěte před návštěvou odborníka?
- 2) Byla vám návštěva odborníka doporučena, nebo jste jej navštívili ve vlastním zájmu?
- 4) Navštívili jste SPC či PPP? Jak jste byli spokojeni s jejich přístupem? Jaké další odborníky jste museli navštívit?
- 3) V kolika letech bylo Vašemu dítěti diagnostikováno ADHD? Jak jste se s diagnózou vyrovnali?
- 4) Měli jste o syndromu ADHD nějaké informace před tím, než byl vašemu dítěti diagnostikován či ne?
- 5) Myslíte si, že Vám byly dostatečně vysvětleny projevy a změny chování u syndromu ADHD?
- 6) Konzultovali jste někdy výchovný postup s odborníkem či učitelkou?
- 7) Doporučil Vám odborník podávání léků? Pomohly či ne?
- 8) Absolvovali jste nějaký kurz nebo seminář na téma ADHD?
- 9) Jak konkrétně se u vašeho dítěte syndrom ADHD projevuje?
- 10) Jaké projevy Vašeho dítěte Vám nejvíce vadí? A co naopak na svém dítěti oceňujete?
- 11) Navštěvovalo Vaše dítě nejdříve státní MŠ? Z jakého důvodu jste se rozhodli pro MŠ speciální?
- 12) Co rozhodovalo při výběru MŠ?
- 13) Pozorujete po změně MŠ nějaké změny v chování u Vašeho dítěte?
- 14) Myslíte si, že menší kolektiv dětí a individuálnější péče, kterou v MŠ speciální Vaše dítě má, je prospěšný?
- 15) Jak hodnotíte spolupráci s MŠ?
- 16) Probíhají nějaká individuální setkání rodičů a učitelky? A co společné školní akce?
- 17) Máte nějaké návrhy či postřehy, které by byly prospěšné ve spolupráci rodiny a vaší MŠ?
- 18) Byla MŠ informována o charakteru vašeho dítěte?
- 19) Dovedete popsat problémy, které tento syndrom způsobuje Vašemu dítěti v kolektivu v MŠ?
- 20) Oslovili jste někdy učitelku Vašeho dítěte s prosbou o rady či pomoc při výchově?
- 21) Jaké metody práce s dítětem se Vám doma nejvíce osvědčily? Používá je dítě i v MŠ?
- 22) Jak byste ohodnotili práci, přístup paní učitelky k Vašemu dítěti?
- 23) Oslovila Vás někdy paní učitelka s prosbou o radu či pomoc při práci s Vaším dítětem?

24) Vychází Vaše dítě s ostatními dětmi v MŠ? Má kamarády? Chodí rádo do školky?

Rozhovor s paní učitelkou

- 1) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Jaké máte zaměření?
- 2) Jak jste se dostala k práci učitelky MŠ speciální? Jak dlouho pracujete v MŠ speciální? A jak dlouho konkrétně v této?
- 3) Máte praxi s výchovou dětí se syndromem ADHD?
- 4) Své znalosti o syndromu ADHD máte ze semináře o problematice ADHD nebo z Vašeho studia? Jaké semináře jste navštívila?
- 5) Myslíte si, že o syndromu ADHD máte dostatečné informace? Ocenila byste nějaký kurz či seminář o problematice?
- 6) Odkud čerpáte informace o problematice ADHD?
- 7) Jaké máte zkušenosti s dětmi se syndromem ADHD?
- 8) Jaké metody a přístupy práce u dětí s ADHD se Vám ve školce nejvíce osvědčili? Doporučila jste nějaké metody rodičům?
- 9) Jak hodnotíte spolupráci s SPC, PPP a dalšími odborníky?
- 10) Myslíte, že včasná diagnostika již v předškolním věku může dítěti pomoci? Jaká úskalí vidíte v pozdní diagnostice syndromu ADHD (až na ZŠ)?
- 11) Dovedete jako učitelka popsat jaké problémy, které s sebou tento syndrom přináší?
- 12) Byla jste informována o charakteru?
- 13) Jakou speciální péči vyžaduje (jméno) ve Vaší třídě?
- 14) Jak (jméno) vychází s ostatními dětmi ve Vaší třídě? Jak vychází děti s ní/m?
- 15) Myslíte, že by..... potřeboval/a pomoc osobního asistenta? Nebo Vaše MŠ zajišťuje výchovu a vzdělávání dostatečně?
- 16) Pozorujete od začátku docházky do současné doby nějaké změny v chování u?
- 17) Jaké projevy chování u (jméno) Vám nejvíce vadí? Co naopak nejvíce oceňujete na (jméno)?
- 18) Jak hodnotíte Vaši spolupráci s rodinou dítěte?
- 19) Probíhají nějaká individuální setkání s rodiči dětí v průběhu roku?

Rozhovor s paní zástupkyní

- 1) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Jaké máte zaměření?
- 2) Jak jste se dostala k práci učitelky MŠ speciální? Jak dlouho pracujete v MŠ speciální? A jak dlouho konkrétně v této?
- 3) Máte praxi s výchovou dětí se syndromem ADHD?
- 4) Své znalosti o syndromu ADHD máte ze semináře o problematice ADHD nebo z Vašeho studia? Jaké semináře jste navštívila?
- 5) Myslíte si, že o syndromu ADHD máte dostatečné informace? Ocenila byste nějaký kurz či seminář o problematice?
- 6) Odkud čerpáte informace o problematice ADHD?
- 7) Jaké metody a přístupy práce u dětí s ADHD se Vám ve školce nejvíce osvědčili? Doporučila jste nějaké metody rodičům?
- 8) Jak hodnotíte spolupráci s SPC, PPP a dalšími odborníky?
- 9) Myslíte, že včasná diagnostika již v předškolním věku může dítěti pomoci? Jaká úskalí vidíte v pozdní diagnostice syndromu ADHD (až na ZŠ)?
- 10) Dovedete, jako učitelka popsat jaké problémy s sebou tento syndrom přináší?
- 11) Probíhají nějaká individuální setkání s rodiči dětí v průběhu roku?