

# DISERTAČNÍ PRÁCE

## **Analýza připravenosti učitelů zvládat problematické chování dětí s neurovývojovou poruchou ADHD**

Analysis of preparedness of teachers to manage problematic behaviour of children  
with neurodevelopmental disorder ADHD

Školitel: PhDr. Marie Linková, Ph.D.

Studijní program: Pedagogika

Studijní obor: Pedagogika

2021

Prohlašuji, že jsem disertační práci pod názvem „*Analýza připravenosti učitelů zvládat problematické chování dětí s neurovývojovou poruchou ADHD*” vypracoval samostatně. Všechny použité bibliografické a elektronické zdroje jsou citovány a uvedeny v seznamu literatury.

Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, 14. 09. 2021

.....

Adam Šimek

Děkuji paní PhDr. Marii Linkové, Ph.D. za odborné vedení práce a za vstřícnou a laskavou podporu v průběhu studia.

Poděkování patří také pedagogům, kteří se věnovali čas vyplňování dotazníku a účastnili se osobního pohovoru.

## **Abstrakt**

Cílem dizertační práce s názvem *Analýza připravenosti učitelů zvládat problematické chování dětí s neurovývojovou poruchou ADHD* bylo vyhodnotit připravenost učitelů na ZŠ pro práci s dětmi, které mají ADHD neboli hyperkinetickou poruchu. Dalšími cíli bylo zjistit, na jaké úrovni jsou jejich znalosti, informovanost a povědomí o této problematice. V neposlední řadě jsme zjišťovali, zda učitelé vědí, že dítě s ADHD ve třídě velmi pravděpodobně mají a jak s těmito dětmi pracují.

Ve výzkumu jsme konfrontovali aktuální teoretické poznatky, které nám poskytuje věda a výzkum s těmi praktickými, které vyplynuly z dotazníkového šetření. Poukázali jsme tak na podceňovaný, a přitom významný problém současného školství. Teoretickými východisky byla nezpochybnitelná data týkající se výzkumného tématu, tedy ADHD, kterými jsme dokládali významnost této problematiky. V praktické části výzkumu jsme se soustředili na znalosti učitelů a jejich povědomí o ADHD a na jejich zkušenosti v běžné praxi na základních školách. Výzkumný soubor se skládal z 199 pedagogů na různých typech škol a z různých geografických oblastí České republiky. Ve výzkumu jsme použili smíšený výzkum. Nejprve probíhal kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Po shromáždění a analýze dat jsme provedli dodatečný kvalitativní výzkum metodou kvalitativního rozhovoru. Rozhovor s patnácti respondenty doplňoval, upřesňoval, vyvracel či potvrzoval předchozí kvantitativní výzkum.

Z výzkumu vyplynulo, že pedagogům v praxi chybí základní znalosti problematiky ADHD. Učitelé podléhají dezinformacím a neověřeným informacím a kvůli tomu volí často chybný přístup k žákovi i k rodině. Výsledky výzkumu jsou odrazem pregraduálního i postgraduálního vzdělávání pedagogů, které nereflektuje aktuální vědecké poznatky této neurovývojové poruchy.

**Klíčová slova:** ADHD, hyperkinetická porucha, osobnost dítěte, připravenost učitelů.

## **Abstract**

The aim of *Analysis of preparedness of teachers to manage problematic behaviour of children with neurodevelopmental disorder ADHD* dissertation was to assess the readiness of primary school teachers to deal with children who have ADHD, or hyperkinetic disorder. Furthermore, it aimed to find out the level of knowledge, information and awareness of this subject. Last, but not least, we wanted to find out whether teachers knew that it is very likely that there is a child with ADHD in their class and how they work with these children.

In our research, we confronted up to date theoretical findings given by the science and research with practical findings emerging from questionnaire responses. By doing so we have highlighted an overlooked but at the same time important problem of our current education system. The theoretical resources were solid data regarding the research subject, ADHD, with which we documented the importance of this issue. In the practical part of the research, we concentrated on the teachers' knowledge and their awareness of ADHD and on their experience in everyday routine at primary schools. The researched group consisted of 199 pedagogues from different types of schools and from different geographic parts of the Czech Republic. In our research, we used mixed research.

At first, quantitative research took place using questionnaires. After the collection and analysis of data, we did additional qualitative research using the qualitative interview method. The interview with fifteen respondents was to add, specify, controvert or confirm previous quantitative research.

Research has shown that pedagogues in schools are lacking in basic knowledge of ADHD. Teachers are subjects to disinformation and unproven information and therefore often choose the wrong approach to the pupil or the family. The results of the research show that undergraduate and postgraduate education of pedagogues does not reflect up to date scientific findings regarding this neurodevelopmental disorder.

**Keywords:** ADHD, hyperkinetic disorder, child's personality, preparedness of teachers

## Obsah

Úvod.....	9
I. Teoretická část.....	10
1 Úvod do problematiky ADHD .....	10
2 Hyperkinetická porucha nebo ADHD?.....	12
2.1 Vymezení pojmů .....	12
2.2 Diagnostika dle DSM a MKN.....	12
3 Vývoj terminologie a analýza historických dokumentů .....	14
3.1 První zaznamenané dokumenty.....	14
3.2 Koncept minimální mozkové dysfunkce .....	15
4 Onemocnění ADHD a výskyt v populaci.....	17
4.1 Onemocnění ADHD.....	17
4.2 Prevalence ADHD .....	17
4.3 Etiologie a neurobiologie ADHD.....	18
4.4 Zobrazovací vyšetření .....	19
4.5 Exekutivní funkce u ADHD .....	20
5 Klinické příznaky ADHD .....	22
5.1 Jádrové příznaky.....	22
5.1.1 Hyperaktivita.....	23
5.1.2 Impulzivita.....	24
5.1.3 Deficit pozornosti .....	26
5.2 Komorbidní příznaky .....	28
6 ADHD jako problém celého dne .....	31
7 Subtypy ADHD .....	33
8 Základní příznaky ADHD od narození do dospělosti.....	35

8.1	Kojenecké období .....	35
8.2	Batolecí a předškolní věk .....	35
8.3	Školní věk.....	36
8.4	Adolescence.....	37
9	ADHD v dospělosti .....	39
9.1	Epidemiologie ADHD v dospělosti.....	39
9.2	Klinický obraz ADHD v dospělosti .....	40
9.3	Jádrové příznaky v dospělosti .....	41
10	Dlouhodobé důsledky ADHD .....	44
11	Léčba ADHD.....	46
11.1	Medikace.....	47
12	Pozitiva ADHD.....	50
II.	Empirická část .....	52
13	Teoretická východiska práce .....	52
14	Kontext výzkumu .....	53
15	Výzkumný problém .....	54
16	Hypotéza výzkumu .....	57
16.1	Zdůvodnění výzkumu.....	57
17	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	59
17.1	Výzkumné otázky.....	59
18	Metodologie a design výzkumu .....	61
18.1	Zpracování dat.....	62
19	Plán a organizace výzkumu.....	63
19.1	Specifikace výzkumné populace .....	63
19.2	Vytvoření souboru položek do dotazníku .....	63
19.2.1	Kritérium míry odborných znalostí .....	64
19.2.2	Tvorba dotazníku.....	65

19.3	Pilotážní průzkum a předvýzkum .....	66
19.4	Výzkumný vzorek.....	67
19.5	Shromáždění a analýza dat .....	68
19.6	Interview.....	69
20	Empirická zjištění.....	70
20.1	Vyhodnocení odpovědí .....	70
20.1.1	Okruh 1.....	70
20.1.2	Okruh 2.....	71
20.1.3	Okruh 3.....	76
20.1.4	Okruh 4.....	78
20.1.5	Okruh 5.....	80
20.1.6	Okruh 6.....	81
20.1.7	Okruh 7.....	82
20.1.8	Okruh 8.....	85
21	Problematika ADHD ve vzdělávacích programech pedagogických fakult v České republice.....	91
22	Problematika ADHD v nabídce postgraduálních vzdělávacích programů pedagogických pracovníků.....	96
23	Diskuze.....	99
24	Závěr .....	102
25	Rady pro pedagogy .....	107
	Použitá literatura .....	109
	Přílohy .....	114



## Úvod

Problematika ADHD je v současné době často diskutované téma, a to napříč různými vědeckými obory. Výzkumu ADHD se velmi intenzivně věnují jak experti z oblasti psychologie, tak i různé medicínské obory. Závěry výzkumníků, které by se daly aplikovat v pedagogické praxi se ale bohužel k pedagogům, dětem trpícím ADHD a jejich rodinám dostávají jen velmi obtížně.

Ačkoliv se tato problematika dotýká školní výuky velmi intenzivně, v oblasti pedagogiky mnoho nových poznatků nepřibývá. Pedagogické fakulty opouští úspěšní absolventi a rázem se ocitají tváří v tvář problematice ADHD. Někteří jsou znalostmi vybaveni dobře a už vědí, co mohou očekávat. A nejen to. Jsou schopni tu realitu zvládnout. Problém je ve slově „někteří“, protože o všech učitelích toto rozhodně neplatí, a to hovoříme o absolventech. Vzdělávání pedagogů by se ale mělo zaměřit i na učitele, kteří už mají různě dlouhou praxi za sebou a při svých studiích na vysoké škole se k problematice ADHD nedostali. Ti starší ani nemohli, neboť koncept ADHD se velmi rychle vyvíjí a mnoho starších poznatků již dávno není relevantní.

Učitel ve své školní praxi nutnosti vzdělávání neuteče. Musí se neustále vzdělávat, a to nejen ve svém oboru, ale i v jiných problematikách týkajících se pedagogiky třeba jen okrajově. To nejdůležitější je, že pedagog může navíc významně pomoci nejen dětem se syndromem ADHD, ale i celé jejich rodině s celospolečenským přesahem. Jsme přesvědčeni, že pedagog je pro formování osobnosti dítěte nesmírně důležitý a pro včasnou diagnostiku ADHD představuje jeden z nejdůležitějších faktorů.

# I. Teoretická část

## 1 Úvod do problematiky ADHD

O syndromu ADHD bylo prezentováno mnoho odborných studií, publikováno mnoho knih a vydáno neuvěřitelné množství článků. Publikací je mnohem více, než je tomu u jiných a často pro život jedince mnohem nebezpečnějších onemocnění. Pokud si klademe otázku, proč je zájem o ADHD takto enormní, odpovědi jsou podle našeho názoru dvě.

Za prvé to odpovídá jakési módní vlně, na které tato porucha už několik let pluje. Přibližně před patnácti lety se začaly ve velké míře objevovat sugestivní příběhy dětí s ADHD a jejich rodin. Byly to příběhy silně medializované a nebyl velký problém najít některé projevy, a tedy i potencionální problémy i u sebe samých. Zájem veřejnosti exponenciálně vzrůstal. Myslíme hlavně neodborné veřejnosti, neboť odborná veřejnost a výzkum se začaly této problematice intenzivně věnovat již o cca dvacet let dříve. ADHD se stalo mediálně přitažlivé a zajímavé téma.

Pod pojmem ADHD si naprostá většina lidí představuje zlobivé, hyperaktivní a neklidné dítě. Většina rodičů si myslí, že právě jejich potomek je neklidnější a nepozornější, než jsou děti ostatní. Těžko jim to vymluvit, neboť skutečná úroveň aktivity dětí v plošném měřítku je neměřitelná a čistě subjektivní. Otázkou spíše je, jak tuto aktivitu a případně další nežádoucí projevy zvládat a korigovat. Nicméně v neklidné době se objevuje mnoho neklidných lidí a dnešní společenské klima této problematice jen nahrává. Diagnóza může totiž znamenat uznanou výmluvu pro okolí, ale i ulehčení a zbavení se zodpovědnosti. Ale osobně a mnohokrát jsme se setkali i s jiným aspektem určení diagnózy ADHD. Někteří dospělí jedinci totiž hovoří o tom, že když se v dospělosti dozvěděli, že jsou ADHD, velmi se jim ulevilo. Stačilo jim to v ujištění, že nejsou hloupí a neschopní tak, jak jim to bylo celý život předkládáno. ADHD v dospělosti dále popisuje kapitola 9.

Druhý důvod vysokého zájmu o tuto problematiku je mnohem závažnější, neboť se jedná o zdravotní hledisko. Díky moderním metodám lékařská věda velmi rychle

postupuje a pokud se objeví neprobádaná problematika, zájem o ni logicky roste. Týká se to zejména případů, kdy se daří nalézt řešení problému. Tím řešením máme na mysli nejen úspěch ve zlepšení zdravotního stavu jedince, ale i úspěch v oblasti sociální. Už dávno se totiž zjistilo, že ADHD je hrozba nejen pro život jedince, ale i pro společnost. A proto se mu věda tolik věnuje.

Rádi bychom také hned v úvodu zdůraznili, že ačkoliv považujeme problematiku ADHD za velmi podceňovanou, vnímáme pojem „hyperaktivita“ za přeceňovaný, často zneužívaný a se samotnou diagnózou nemusí vůbec souviset. Za více než dvanáct let studování této problematiky vnímáme stále větší tendence k označování neklidných, přirozeně temperamentních, a hlavně zlobivých dětí za hyperaktivní. To je samozřejmě mylné, protože tyto projevy mohou pramenit z mnoha jiných důvodů než je ADHD. Mylné je to i proto, že samotná diagnóza ADHD je mnohem závažnější a skládá se ze závěrů mnoha specifických vyšetření, různých projevů, v různých prostředích aj. Navíc se ADHD projevuje velmi rozmanitě v různém věku dítěte a projevuje se i u dospělé populace.

V disertační práci jsme vycházeli z odborné literatury, která je v některých případech starší deseti let. Důvod je ten, že se nové práce na některá témata (např. podíl komorbidit) již nedělají.

## 2 Hyperkinetická porucha nebo ADHD?

V této kapitole se zaměříme na osvětlení pojmů, které se pojí hlavně s diagnózou ADHD. Tato diagnóza prošla poměrně rychlým a turbulentním vývojem a termíny se někdy zaměňují a pletou.

### 2.1 Vymezení pojmů

Pojem ADHD vznikl jako anglická zkratka neurovývojové poruchy pod názvem *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Do Českého jazyka se porucha překládá jako **Hyperaktivita s poruchou pozornosti**. Termín ADHD je celosvětově uznaná a používaná zkratka a lze ji bez problémů používat i České republice. Stejně jako termín hyperkinetická porucha.

### 2.2 Diagnostika dle DSM a MKN

Ohledně samotné diagnostiky ADHD se nebudeme pouštět do velkých podrobností, neboť je tento problém velmi složitý a pedagogové nejsou kompetentní diagnostikovat ADHD, ani by se to od nich nemělo vyžadovat. Považujeme ale za nutné tuto kapitolu zmínit a osvětlit, protože se tyto zkratky vyskytují i v knihách a člancích pro neobornou veřejnost. V odborné literatuře se používají běžně.

DSM je zkratka pro *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (UZIS, 2021)*. Číslice za ní udává pořadí revize. V současnosti je aktuální DSM–V. Je to základní klasifikační systém duševních poruch v USA a Americká psychiatrická asociace ho používá od roku 1952. ADHD je zde rozdělováno do tří skupin:

1. ADHD s převažující poruchou pozornosti,
2. ADHD s převažující hyperaktivitou a impulzivitou a
3. ADHD – kombinovaný typ.

Porucha chování je v DSM diagnostikována samostatně.

MKN je zkratka pro *Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Ačkoliv je MKN publikace Světové zdravotnické organizace (WHO), používá se výhradně v Evropě. Pod křídla WHO spadá MKN od roku 1948. Aktuální je MKN-10 a lze se setkat i se synonymem s označením ICD-10 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*). Právě MKN používá termín hyperkinetická porucha a rozděluje ji na dvě skupiny:

1. Porucha aktivity a pozornosti,
2. Hyperkinetická porucha chování.

Diagnostická kritéria DSM pro ADHD jsou mírnější (prevalence hodnocená podle DSM se pohybuje mezi 8-12 %) než MKN (5-6 %) pro hyperkinetickou poruchu. Existují i drobné rozdíly v klasifikaci, ale je důležité dodat, že DSM i MKN jsou víceméně v souladu. Tyto klasifikace jsou naprosto nezbytné, protože se jimi řídí vykazování péče zdravotním pojišťovnám nebo jiným platebním procesům v zahraničí. Pro detailní rozbor v rozdílech jednotlivých diagnostických kritérií doporučujeme prostudovat zmíněné publikace, které jsou volně dostupné.

Na závěr této kapitoly bychom zdůraznili, že ať už budeme hovořit o symptomatologii dle DSM nebo MKN, ADHD je celosvětově uznaná diagnóza a jakékoliv zpochybňování tohoto onemocnění není v souladu s moderní vědou a klinickými zkušenostmi.

### 3 Vývoj terminologie a analýza historických dokumentů

Jak se zmiňuje Dr. Pavel Theiner, „ADHD je relativně nová diagnostická jednotka, která ale popisuje dlouho známou symptomatologii“ (Theiner, 2012, s. 148). Existuje mnoho odborných článků a úvah o existenci symptomů ADHD už v pravěku, neboť je to geneticky podmíněné onemocnění. V kapitole 2 jsme se zmínili, že terminologie prošla turbulentním vývojem a projevy ADHD se klasifikují už od 2. poloviny 20. století. Ale příznaky typické pro ADHD jsou zaznamenány v historických dokumentech mnohem dříve, než se o nich jako o onemocnění vůbec začalo uvažovat. Současná věda tyto dokumenty analyzovala a přiklání se k názoru, že by se dnes osoby v těchto historických dokumentech zaznamenané daly diagnostikovat jako ADHD.

#### 3.1 První zaznamenané dokumenty

Profesor Cyril Höschl přednášel na toto téma na 57. Česko-slovenské psychofarmakologické konferenci v Jeseníku v roce 2015. Tato přednáška od té doby zazněla na různých konferencích v Čechách i na Slovensku z úst pana profesora mnohokrát. Je plánována i na příští rok a velmi ji doporučujeme. Zmiňuje totiž historické záznamy už z 2. poloviny 18. století, ve kterých existuje paralela s dnešním ADHD (Höschl, 2015).

Nejprve se profesor Höschl (2015) zmiňuje o Melchorovi Adamu Weikardovi. Z dostupných zdrojů víme, že se narodil v roce 1742 v Německu. Byl to filozof a dvorní lékař ruské carevny Kateřiny II. Jeho záznamy jsou považovány za první poznatky a odkazy na poruchu chování a poruchu pozornosti s hyperaktivitou. Pevně věřil, že psychické nemoci mají fyzické příčiny (Barkley a Peters, 2012). Tento lékař popisuje v jedné ze svých knih nepozornou osobu, volně přeloženo, přibližně takto: „*Nepozorná osoba je spíše povrchní a ničeho si nevšímá. Své problémy řeší povrchně, její úsudky jsou špatné. Významy věcí chápe chybně, protože jim nevěnuje dostatek času a je netrpělivá*“. Weikard v dokumentu dokonce doporučuje léčbu: „*Nepozorný člověk musí být oddělen od hlasitých zvuků a jiných věcí. Pokud je příliš aktivní, má být uzavřen odděleně a ve tmě. Svalová vlákna se mají fixovat třením, studenými*

*koupelemi, ocelovým práškem, chinovníkem, minerálními vodami, jízdou na koni a gymnastickým cvičením*". Je potřeba si uvědomit, že se jedná o 18. století a jeho metody zdaleka neodpovídají dnešní terapii. Ale v jeho spisech je zapsán poměrně přesně klinický obraz člověka, který odpovídá dnešnímu ADHD ve smyslu nepozornosti a hyperaktivity.

Další v pořadí, o kterém se historie ADHD zmiňuje, je Sir Alexander Crichton. Narodil se r. 1785 v Holandsku, byl to lékař a působil různě po světě, např. na císařském dvoře Alexandra I. Tento lékař popisuje ve své knize *An Enquiry into the Nature and Origin of Mental Derangement* z roku 1798 (Crichton, 2018) osoby, jejichž duševní stav odpovídá nepozornému subtypu ADHD. Zajímavá je hlavně jeho hypotéza, že tyto symptomy by mohly být vrozené, jsou patrné už v raném dětství, vytváří problém pro vzdělávání, ale s věkem postupně mizí. Crichton navrhoval, aby těmto dětem byla poskytnuta speciální pedagogická intervence.

Z historického hlediska lze zmínit ještě doktora Heinricha Hoffmanna. Profesor Höschl (2015) zmiňuje, že tento německý psychiatr, narozen r. 1809 ve Frankfurtu nad Mohanem napsal r. 1844 knihu *Struwwelpeter*. Název knihy je překládán jako *Štěpatý Petr* a kniha je považována za vůbec první knihu vydanou pro malé děti. Dr. Hoffman ji napsal pro svého tříletého syna k Vánocům. Je to jedenáct veršovaných příběhů, na dnešní dobu s poměrně drastickými konci. O této knize se profesor Höschl zmiňuje zejména kvůli osmému příběhu *The story of fidgety Philip*. Popisuje neposlušné dítě u večeře. Dítě zlobí, převrhne se na židli a strhne ubrus i s celou večeří. Opět by se dalo říci, že popis dítěte s jeho hyperaktivitou, neposlušností a nepozorností odpovídá symptomatologii ADHD.

### **3.2 Koncept minimální mozkové dysfunkce**

Na začátku 20. století dochází k významnému posunu ve vnímání symptomatologie. Dle profesora Höschla (2015) sehrál významnou úlohu v tomto směru Sir George Frederic Still, který spojoval symptomatologii ADHD u některých dětí s mozkovou poruchou a strukturálními změnami mozku v raném dětství. Zde by se podle něj mohl

hledat počátek konceptů mozkového poškození a minimální mozkové disfunkce. V 1. polovině 20. století už se této problematice věnovalo mnoho vědců a dochází k významnému posunu poznání této problematiky. Začaly se objevovat nové koncepty, jako je lehká dětská/mozková encefalopatie (LDE, LME) nebo již zmiňovaná minimální mozková dysfunkce (MMD). Mnoho let, dokonce desetiletí, se používal koncept lehké mozkové dysfunkce (LMD).

Zde bychom neměli zapomenout jmenovat ještě doc. Antonína Heverocha (1869–1927). Byl to český psychiatr a neurolog. Zmiňujeme se o něm nejen proto, že byl českým průkopníkem duševních poruch, ale také proto, že už na začátku 20. století psal články pro pedagogy, např. do časopisu Česká škola nebo Pedagogické rozhledy. Ve svých sděleních apeloval na pedagogy, aby si všímali zdravotních problémů dětí jako je dyslexie a právě LMD, např. článek Dítě neposedá (Mertin, 2003). Termín LMD někdy mylně přetrvává dodnes jako synonymum ADHD. Což je chybné, neboť tyto již opuštěné koncepty vycházely z etiopatogenetických představ o syndromu. *„Vycházelo se z toho, že základní příznaky, kterými jsou hyperaktivita, impulzivita a nepozornost, ale také specifické poruchy učení a pomalé psychomotorické tempo, jsou zapříčiněny lehkým poškozením mozku v perinatálním období, tedy zjednodušeně velmi mírnou formou dětské mozkové obrny“* (Theiner, 2012, s. 148). Naproti tomu, dnešní diagnóza hyperkinetického syndromu vychází přísně ze symptomatického popisu poruchy (Paclt a kol., 2007).



## 4 Onemocnění ADHD a výskyt v populaci

Výzkum ADHD šel velmi rychle kupředu. Ustálila se diagnostická kritéria a s rozvojem poznání se postupně odkrývala data o závažnosti, výskytu v populaci a diagnóza získala přesah z dětského věku do dospělé populace.

### 4.1 Onemocnění ADHD

*„ADHD neboli porucha pozornosti a aktivity je chronické neurovývojové onemocnění charakterizované přetrvávající a vývojově nepřiměřenou mírou nepozornosti a/nebo hyperaktivity a impulzivity, které zároveň narušují fungování“* (Mohr a kol., 2013, s. 190). Tvrzení „narušují fungování“ je velmi důležité. Dle našeho názoru je to sama podstata problematiky ADHD. A i když je symptomatologie ADHD v různé míře poměrně běžná i u populace bez této poruchy, odborníci musí být schopni ji správně diagnostikovat. A jedním z pilířů diferenciální diagnostiky je právě narušené fungování, a to v různých prostředích.

Velmi dobře jsme si v praxi všimli, že pro děti s ADHD je charakteristická silná variabilita ve výkonnosti a plnění úkolů. A to opět v různých prostředích. Ať už se jedná o školu, domácí povinnosti nebo zájmové kroužky. Děti někdy excelují a jindy vše odfláknou a vlastně „nefungují“. V rámci školy se o nich mluví jako o dětech šikovných, ale líných bez snahy a cílevědomosti. Ony však své povinnosti a vlastně život nezvládají ne proto, že nechtějí. Je to proto, že nemohou.

### 4.2 Prevalence ADHD

Dětem s ADHD je ve světě věnována mimořádná pozornost. Česká republika není výjimkou. Důvodem je to, že ADHD v dětství je jednou z nejčastějších pedopsychiatrických diagnóz. Z dostupných dat vyplývá, že se počet osob s ADHD v různých zemích liší. Nutno však podotknout, že ne nijak zásadně. Důvodem je neurobiologická příčina onemocnění, která nedovoluje příliš velký rozptyl v různých sociálních sférách ani mezi kontinenty. Prevalence v populaci je 6-8 % pro děti školního

věku, v poměru chlapců a dívek 3 až 5:1 (Paclt a kol., 2007). Důvodem, proč data o prevalenci kolísají, mohou být spíše rozdílná kritéria než chyba ve výzkumu. Dalším důvodem je samozřejmě stupeň zdravotní péče v různých zemích. Také se odhaduje, že více než 10 % dětí do 18 let v České republice (tedy přibližně 2,1 miliónů dětí) potřebuje pedopsychiatrickou léčbu (Goetz a Uhlíková, 2009). Z předložených dat o prevalenci vyplývá, že přibližně každé osmnácté dítě má ADHD. Dalo by se tedy zcela objektivně říci, že na základních školách je v každé třídě průměrně 1,5 dítěte, které mají tento problém.

### 4.3 Etiologie a neurobiologie ADHD

Tato kapitola je spíše medicínského charakteru, a proto jen stručně. Budeme se jí věnovat zejména proto, že vyvrací spoustu mýtů a polopravd o vzniku a podstatě ADHD. Hlavní cíl této kapitoly je takový, chápat ADHD jako onemocnění, a ne nevychovanost a selhání režimových opatření.

Jak již bylo řečeno v kapitole 4.1, ADHD je neurovývojové onemocnění. Dnes už je zřejmé, že na vzniku onemocnění se podílí mnoho faktorů, nejvíce však genetika. Z vnějších faktorů je to zejména prenatální hypoxie. Mezi vnější faktory patří také čas a délka porodu, který je vzhledem k hypoxii velmi rizikový. Dále je to prenatální expozice alkoholu, drog, nikotinu, předčasný porod, nízká porodní váha či časná psychická deprivace. Počátek ADHD je tedy spojen se vzájemnou interakcí nepříznivých vnějších faktorů a genů u predisponovaných jedinců (Mohr a kol., 2013). Signifikantní negativní vliv toxinů, jako jsou umělá barviva, jednoduché cukry a jiné přísady v potravinách, se ve studiích neprokázal, nebo jsme takovou *evidence based study* zatím nenalezli.

Pokud bychom se vrátili ještě ke genetice, je nutno dodat, že heritabilita ADHD kolísá mezi 0,75 a 0,98, což je vysoce signifikantní pro genetickou etiologii (Paclt a kol., 2007). Podíl genů na vznik poruchy je tedy enormní a genetická zátěž je již prokazatelně zdokumentována (Welcome Trust, 2010). Při práci s dětmi je tedy potřeba si uvědomit, že při heritabilitě 75 % a více už není mnoho místa na ovlivnění rozvoje onemocnění

prostředím a vnějšími faktory. **ADHD** jako onemocnění tedy **není výsledkem výchovy** a s touto vědomostí je potřeba k dítěti přistupovat.

V souvislosti s epidemiologií je potřeba zmínit se také o neurobiologii ADHD. Pomůže nám to k pochopení samotného chování dětí s tímto syndromem. Neurobiologickým základním stavebním kamenem ADHD je nestejnorodý vývoj bílé a šedé hmoty CNS. MUDr. Iva Příhodová se v časopise Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie vyjadřuje k této problematice takto: *„Klinické příznaky ADHD jsou způsobeny strukturálními a funkčními odchylkami v prefrontálním kortexu a subkortikálních oblastech, které se podílejí na řízení exekutivních funkcí“* (Příhodová, 2011, s. 409).

Podrobněji se o popisu neurobiologie ADHD můžeme dočíst v knize Hyperkinetická porucha a poruchy chování (Paclt a kol., 2007). Po nastudování informací bychom mohli tuto problematiku vysvětlit takto. Pro hyperkinetické poruchy a nepozornost jsou důležité tyto dvě části mozku. Limbický systém, který zodpovídá za aktivitu a motivaci. Tato mozková struktura nás tzv. žene kupředu. Druhá důležitá struktura mozku je prefrontální kortex v čelním laloku. Ta naproti tomu zodpovídá za útlum a zklidnění a tato mozková struktura nás naopak kontroluje. A tyto dvě mozkové struktury nedozrávají u dětí s ADHD stejným tempem a dochází tak k větší či menší nerovnováze chování, jednání a myšlení. Výsledkem této nerovnováhy jsou potom takové typické projevy jako je hyperaktivita, impulzivita nebo nepozornost. Dalo by se to shrnout tak, že kromě genetické podmíněnosti víme už i to, jaké mozkové struktury zodpovídají za symptomatologii ADHD.

#### **4.4 Zobrazovací vyšetření**

Tato problematika je velmi zajímavá a je častým dotazem na odborných seminářích. Psychologie a často i psychiatrie jsou vědy odkázané na diagnostiku pomocí řekněme dotazovacích forem. Pacienty například s depresí nemohou odborníci diagnostikovat třeba odběrem krve nebo rentgenem. Odborník se řídí zejména důkladným vyšetřením pomocí rozhovorů a dotazníků. Přitom to často bývá život ohrožující stav. Stejně je to u ADHD. Rozhovor a dotazníky jsou stále základními diagnostickými metodami.

Zobrazovací a funkční metody slouží ke zkoumání centrální nervové soustavy hlavně pro vědecké účely. A prokázala se řada odchylek CNS spojených s ADHD.

Zajímavé jsou výsledky z magnetické rezonance. Byly zaznamenány rozdíly v objemu mozku mezi dětmi ADHD a zdravou populací. A to jak jen v některých specifických částech mozku, tak i v objemu celého mozku jako orgánu. Zde nutno doplnit, že z obecné biologie nejen člověka, ale i vyšších živočichů, je prokázáno, že velikost mozku neovlivňuje inteligenci. Menší objem nepredikuje menší inteligenci. Platí to i pro osoby s ADHD, které ve výzkumu menší objemy mozku vykazovaly. Stejně jako to, že větší mozek neznamena vyšší intelekt. Dále se prokázala opožděná kortikální maturace u dětí s ADHD o tři roky. Funkční magnetická rezonance dále prokázala pozměněný vzorec mozkové aktivity u ADHD, jejímž výsledkem je snížená neuronální aktivita v jedněch strukturách mozku, a naopak zvýšená neuronální aktivita ve strukturách jiných. V opačném gardu, než je tomu opět u zdravé populace. Tato dysfunkce nervových okruhů pravděpodobně přispívá k poruše exekutivních funkcí u ADHD (Příhodová, 2011).

Zobrazovací metody jasně ukázaly, že nedostatečné funkční oblasti jsou ve své aktivitě nahrazovány oblastmi jinými (Bush a kol., 1999). Neurovývojová porucha ADHD je tedy jasně zdokumentována nejen v klinice, ale i pomocí nejmodernějších zobrazovacích metod centrální nervové soustavy.

## **4.5 Exekutivní funkce u ADHD**

V kapitole 4.3 a 4.4 jsme zmiňovali, že u dětí s ADHD nefungují správně exekutivní, tedy seberegulující kognitivní funkce. Ty jsou totiž úzce spojeny s již zmiňovanými oblastmi mozku, jako je prefrontální kortex a subkortikální struktury. Zdůrazňujeme to proto, že narušení exekutivních funkcí hraje významnou roli pro pochopení často těžko tolerovatelného a těžko odpustitelného chování dětí s ADHD ve smyslu selhávání, a to i v běžných životních situacích.

Exekutivní funkce lze chápat jako obecný pojem. Klasické vymezení zahrnuje čtyři základní složky. Vůle, plánování, účelné jednání a úspěšný výkon, ke kterému

je nezbytná seberegulace (Lezakova et al., 2004). Dle jiných autorů (Miller a Cummings, 2007) se na exekutivní funkce můžeme dívat jako na procesy, a to např. adaptivní plánování, operační paměť, sebekontrola, inhibice, mentální flexibilita a zahájení a monitorování vlastního jednání. Exekutivní funkce a kognitivní funkce však nelze vnímat jednotně.

Koukolík (2002) se k tomuto tématu vyjadřuje přibližně tak, že budeme-li před sebou mít člověka s čistě kognitivním deficitem bez toho, aniž by byly zasaženy jeho exekutivní složky, pak můžeme očekávat jistou míru samostatnosti a nezávislého fungování. Člověk s narušenými exekutivními funkcemi však bez ohledu na svou kognitivní kapacitu takového jednání nebude schopen. Objeví se poruchy ve vykonávání každodenních úkolů spolu s problémy se sebeobsluhou.

A kapitolu doplníme vyjádřením Burgesse (2004), že exekutivní funkce zahrnují a bezprostředně ovlivňují velké množství kognitivních a emočních procesů. Narušení těchto procesů se může projevovat různými způsoby od poruch abstraktního myšlení, nadměrné impulzivity, výskytu konfabulací, euforie, špatného plánování až po apatii, agresi, perseveraci, nízkou motivaci a další.

Příhodová (2011, s. 411) se vyjadřuje k exekutivním funkcím v souvislosti ADHD takto: *„Exekutivní funkce zahrnují plánování, řešení problémů, sebeovládání včetně inhibice nepřiměřených odpovědí a řízení emocí. Patří do nich také paměť a pozornost a jsou úzce spojeny s udržováním bdělosti“*. Podle konceptu Barkleyho (1997) je podkladem ADHD porucha inhibičních mechanismů. A tím se vracíme k již zmiňované neurobiologii v kapitole 4.3.

## 5 Klinické příznaky ADHD

Klinické příznaky ADHD jsou vlastně klinickým vyjádřením této poruchy. Můžeme je rozdělit na tzv. jádrové (základní) a komorbidní (přidružené). Zdůrazňujeme, že děti bez komorbidit, tedy jen s jedním až třemi jádrovými příznaky je 31 % (Jensen et al., 1999). K tomu, jaký je rozdíl v prevalenci bez komorbidit u dětí různého věku, bohužel zatím nejsou data. Je ale více než zřejmé, že pokud dítě ADHD není včas a správně diagnostikováno a správně se s ním nepracuje, komorbidity se postupně přidávají, je jich více, zvyšuje se jejich intenzita a tím i důsledky. A neplatí to jen pro jednotlivce, ale i pro celou společnost. Problémem ADHD je, že nevhodné projevy a chování jsou přímo příznakem této poruchy. To je častý důvod toho, proč je ADHD bagatelizováno.

### 5.1 Jádrové příznaky

Mezi jádrové neboli základní příznaky ADHD patří **hyperaktivita, impulzivita a nepozornost**. Tyto příznaky mohou být u jednotlivých dětí zastoupeny různě a jejich intenzita se mění s věkem. Zkušený pozorovatel je rozpozná už v raném věku dítěte, neboť jsou zřetelnější, než by měly v daném věku dítěte být.

Pokusíme se na jednotlivé jádrové příznaky podívat trochu jinak, než je to běžné v literatuře. Nejprve každý příznak pojmenujeme a popíšeme dle diagnostických kritérií. Využijeme MKN 10 (zkrácenou verzi), protože DSM 5 (Kolektiv autorů, 2015) spojuje hyperaktivitu a impulzivitu dohromady. Pro naše účely je lépe tyto dva příznaky popsat samostatně. Strohý popis dle diagnostických kritérií bývá hodně obecný a laika většinou nenapadne, co více si pod těmito termíny představit a jaké je pozadí problému. Navíc si laik často může říci, že tyto příznaky má také, ale přitom není ADHD. Proto dále podrobněji definujeme, jak se jednotlivé příznaky nejčastěji projevují ve školní praxi a běžném životě. Poté následuje poslední podoblast popisu každého příznaku a tím jsou jejich důsledky pro jednotlivce. To považujeme za nejdůležitější, neboť to odráží skutečné problémy dětí, jejich rodin, školy i celé společnosti.

### 5.1.1 Hyperaktivita

Hyperaktivita bývá spojována s problematikou ADHD nejčastěji. Přitom zaznamenat projevy hyperaktivity není pro stanovení diagnózy ADHD podmínkou. Jsou jedinci, u kterých se tento příznak vůbec nevyskytuje. Přesto se jedná o ADHD. I pojem ADD, který bychom si mohli v této souvislosti představit (tedy pouze porucha pozornosti), je podle současných diagnostických kritérií chybný a již zastaralý.

Hyperaktivitu definují dle MKN 10 tyto příznaky (zkráceno):

- vyrušuje, je hlučné, obtížně zachovává klid,
- neposedné, ošívá se, vrtí se na židli, nevydrží sedět na místě,
- je v neustálém pohybu,
- pobíhá,
- je nadměrně mnohomluvné.

Příhodová (2011) se zmiňuje, že hyperaktivita v motorických projevech dominuje jako neřízená, nadměrná, bezúčelová pohybová aktivita. Často je patrná porucha pohybové koordinace a poruchy v oblasti percepční, tj. porucha vizuomotorické koordinace, taktilní, sluchové a zrakové diskriminace.

Úroveň motorické aktivity a mnohomluvnost je nápadná a vývojově nepřiměřená. Praktické projevy dítěte jsou téměř neustálý a patrný neklid, rychlé střídání činností, vrtění se a jiné pohyby těla neadekvátní situaci a zdající se být bezúčelné. Děti nemusí vždy běhat, často si jen tak pohybují rukama, nohama či hlavou, když sedí nebo leží. Nezvládají klidové aktivity a aktivity, které vyžadují sebekontrolu. Mnohomluvnost se projevuje nejen tím, že stále povídá, ale také třeba vydáváním různých citoslovcí, zvuků a komunikací sám se sebou. Goetz a Uhlíková (2009) doplňují, že některé děti s ADHD si ve škole déle než ostatní počítají na prstech a nahlas.

Zmiňovanými důsledky bývá, že například kvůli neustálému pohybu jsou také náchylnější ke zranění nebo konfliktům s ostatními, což je zdokumentováno v kapitole 10. Hraní si s různými předměty během práce často vyústí v to, že je činnost často neefektivní a nezvládnutá, a tudíž hůře hodnocená. Kvůli pohybu dítěte po třídě bez svolení učitele v situacích, kdy má sedět, během vyučování nebo i u jídla, je dítě častěji

a leckdy neadekvátně káráno anebo i trestáno. Během výkladu si povídají a často skáčou do řeči, čímž významně narušují celou výuku a zhoršují své postavení ve skupině. Hyperaktivní děti se velmi snadno nudí. Potřebují akci a podněty. Až chronicky se vyhýbají situacím, kdy mají být v klidu a vyhýbají se situacím, kdy tzv. není co dělat. Pokud pro ně není připravená adekvátní výzva, setkávají se s nepochopením od okolí.

S hyperaktivními dětmi se jistě každý pedagog setkal. Ale ať už se jedná o ADHD, nebo hyperaktivitu založenou na jiném podkladu, měl by ji učitel zvládnout. Je to ale velmi složité a bez dostatečných informací někdy nemožné. Ve své praxi jsem se s takovými dětmi setkal také. Ze studia na vysoké škole jsem měl pár informací o LMD. S touto ani s jinou poruchou jsem si chování dětí nespojoval a bral jsem je jako zlobivé, nevychované a podle toho jsem se k nim choval. A do dnes se setkávám s pocity nespravedlivého chování vůči dětem s takovou diagnózou. Kolegové i rodiče těchto dětí potvrzují, že v konečném důsledku se tyto děti většinou ani usměrnit nedají a těžko se s nimi spolupracuje. Na závěr dodáme, že hyperaktivita u dětí většinou nepomáhá ke zvládnutí většího množství povinností, spíše je to naopak. Jedná se o zvýšenou, ale neproduktivní aktivitu.

### **5.1.2 Impulzivita**

Druhým z jádrových příznaků je impulzivita. Na impulzivitě lze poměrně dobře vysvětlit různou vyzrálost různých částí mozku dítěte se syndromem ADHD, o které jsme psali v kapitole 4.3. V tomto příznaku je totiž tato neurovývojová nesouměrnost patrná. Paclt a kol. (2007) se zmiňují, že nedostatečnost v útlumu chování se projevuje problémem s nízkou vytrvalostí ve volném úsilí. Projevuje se jako „nebržděnost“ a nadměrná impulzivita v porovnání s ostatními dětmi téhož věku a pohlaví.

Impulzivitu definují dle MKN 10 tyto příznaky (zkráceno):

- vyhrkne odpověď bez přemýšlení,
- přerušuje ostatní,
- nedokáže čekat,
- nezdrženlivě mnohomluvné.



Pro tento příznak je příznačný popis, že děti dělají mnoho činností zcela nahodile a zbrkle. Co je napadne, to udělají a o důsledcích nepřemýšlejí a ani je nenapadne o nich přemýšlet. Pozdržet své jednání nedokážou. To, co provedly nebo udělaly, jim zpravidla dojde, když už je pozdě. Je to odrazem toho, že příliš neplánují a nepracují systematicky. O plánování a systematickosti se u dětí, obzvláště mladších, hovoří těžko. Ale u ADHD je impulzivita, chaotičnost a často negativní důsledek markantnější. Často vyhrknou odpověď ještě před tím, než je otázka dokončena. Nedokážou čekat až na ně přijde řada. Je přitom jedno, jestli se jedná o čekání na pořadí při nějakých společných hrách, v hodinách např. tělesné výchovy nebo v řadě na oběd. Může se to týkat jakési netrpělivosti s prací jiných dětí, ale také pouhého nakupování a čekání až na ně přijde řada. Důsledky takového chování jsou zřejmé. Pro dítě se ovšem napomenutí nebo trest zdá nespravedlivý, neboť toto chování nedokáže ovlivnit. A jsme opět u častějšího kárání a trestání, které je pro dítě navíc nespravedlivé, což se může projevat na psychice a osobnosti dítěte.

Zmiňovali jsme se, že americká kritéria ADHD spojují hyperaktivitu a impulzivitu do jedné skupiny. To má také svou logiku, zejména, pokud se zaměříme na impulzivitu ve smyslu rizikovosti pro dítě. Impulzivita ve spojení s hyperaktivitou se rovná obrovskému riziku zranění nebo situacím, které jsou i život ohrožující. Děti se pouštějí často zbrkle a neuvědoměle do činností, které mohou být rizikové. Hrozí pády, úrazy a nehody. Vběhnutí do vozovky přitom mívá fatální důsledky. Adolescenti si například neuvědomují riziko experimentů s návykovými látkami. V neposlední řadě je tu riziko sexuálních aktivit, které mohou vést k příliš brzkému otěhotnění nebo přenosu pohlavních chorob.

Závažnost rizika důsledků nebezpečných situací ještě podtrhuje to, že se ze svého chování málokdy poučí. U těchto dětí je to samozřejmě obtížné, neboť nejprve jednají, pak myslí a na uplatnění předchozí zkušenosti už bývá pozdě. Impulzivita je tedy obecně pro práci s dětmi velmi nepříjemná. Děti se navíc jeví jako drzé a nepoučitelné. Ale největší problém je ohrožení zdraví a života, a to si musí každý pedagog dobře uvědomit. V souvislosti s hyperaktivitou a impulzivitou Barkley (1991) upozorňuje,

že právě tyto dva jádrové příznaky, při objektivním měření tzv. diskriminační funkční analýzou, nejmarkantněji odlišují děti s ADHD od dětí bez ADHD.

### **5.1.3 Deficit pozornosti**

Porucha pozornosti je příznak velmi důležitý a často podceňovaný. Pokud totiž dítě nevykazuje v běžných situacích jinou symptomatologii, diagnostické síto ho nezachytí a tyto děti se ve školách jeví často jako nechápavé a hloupé. Problém je však mnohem složitější a osobně vnímáme tento příznak jako nejnebezpečnější z hlediska vývoje osobnosti dítěte.

Poruchu pozornosti definují dle MKN 10 tyto příznaky (zkráceně)

- nedokáže udržet a kontrolovat pozornost,
- neposlouchá,
- vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí,
- nedokončuje úkoly,
- zapomnětlivé,
- roztržité,
- nepořádné, dezorganizované,
- ztrácí věci.

Samotný výpis příznaků nám opět příliš konkrétní obrázek o diagnostice neudělá. S tím si musí poradit psycholog nebo psychiatr. Ale při podrobnějším zkoumání jednotlivých příznaků bude rozpoznání možného onemocnění jednodušší i pro pedagogy.

Tento příznak zobecňuje Příhodová (2011) přibližně takto. Porucha pozornosti je opět chápána jako **důsledek poruchy inhibičních mechanismů některých částí mozku. Pacienti s ADHD nejsou schopni potlačit rušivé myšlenky a podněty**, odložit akci a odměnu a podřizovat své jednání vnitřní kontrole. Mají také problém s výběrem informací a jejich dalším zpracováním.

Takové děti mají opravdu významný problém s koncentrací. Oproti ostatním vrstevníkům výrazně více. A stupňuje se tak, jak stoupají nároky. Děti se musí soustředit, když se to po nich vyžaduje, a nejen když je samotné něco zaujme. Jeví

se jako by nevnímaly a neposlouchaly. V poslední době se stále více a nadneseně používá termín „mimoňové“, protože tyto děti jsou až neuvěřitelně často tak nějak „mimo“. Porucha pozornosti nemusí znamenat pouze to, že se dítě obecně nesoustředí během daného úkolu. Může se projevovat tím, že se dítěti už jenom začít soustředit na konkrétní úkol absolutně nedaří. Stále začátek odkládá a hledá jakékoliv důvody k tomu, aby práci nezačalo, protože zacílit koncentraci je pro něj nesmírně obtížné a namáhavé. Může se také stát, že dítě pracuje, ale vnější podnět velmi snadno jeho pozornost odpoutá. A bývá to podnět, kterého si ostatní děti často ani nevšimnou. Návrat k úkolu je poté opět extrémně náročný. Zpravidla jim trvá velmi dlouho, než se k rozdělané práci vrátí. Děti nemají dostatečné volní úsilí a mají problém dokončit úkoly, obzvláště pokud jsou dlouhé, monotónní a vyžadují trpělivost a vytrvalost. Také úkoly jako třeba domácí úlohy a samostatné práce zpracovávají déle než ostatní. Mívají problém s udržení pořádku. Věci se jim válí všude po stole i po třídě a často je potom ztrácejí, protože zapomenou nebo ani nevnímají, kam je daly. Na nepořádek doma v pokoji si stěžují i rodiče. Pro tyto děti je typické, že neustále něco hledají.

Důsledky takového chování jsou nabíledni. Promítají se hlavně v prospěchu. Děti mají chyby v diktátech a zápisech, v příkladech, které umí spočítat správně, udělají chybu ve výsledku, přehlédnou informace v zadání, nestíhají a jsou za to hůře hodnoceny. Jejich studijní výsledky také značně oscilují. Kvůli tomu, že inteligence se soustředěním v tomto smyslu nespojují, mohou dostat stejně snadno jedničky jako pětky. Je zřejmé, že nepozorné děti mají často horší hodnocení, než odpovídá jejich inteligenci. Jsou často zaškatulkovány jako děti, které se nesnaží, jsou líné a někdy hloupé. Bohužel, pokud nejsou hyperaktivní, pro laika i pedagoga neznalého problematiky ADHD nic nenasvědčuje tomu, že by to mohlo být jinak. Horší ohodnocení jejich práce ale není jediný problém. Ve škole totiž s jejich prací souvisí i hodnocení a aktivity ostatních dětí. Ty rychle zjistí, že takový spolužák může být nespolehlivý a způsobuje jim často problémy. Toto neustálé srážení jejich snahy, výkonu a píce sráží i jejich sebedůvěru, že si nakonec o sobě opravdu mohou začít myslet, že jsou neschopné. Učitel se tedy může u těchto dětí velmi negativně podepsat na jejich osobnosti a jejich budoucímu uplatnění ve společnosti.

Samotný **termín nepozornost, nebo deficit pozornosti možná není až tak přesný**. U dětí, ale i dospělých totiž často vidíme, že se na některé aktivity soustředí velmi dobře. Zde se používá termín **hyperfokusace**. Může to vést k tomu, proč někteří lidé v ADHD nevěří, když se jedinec někdy soustředit může (umí) a někdy ne. Absolutně podstatné jsou v tomto případě zájem a motivace. Toto si učitelé často neuvědomí a doslova zahlcují děti nezáživnými povinnostmi. U ADHD je to z extrému do extrému a chtít po dětech aktivitu, která je nebaví, a ještě k tomu po delší čas, je pro ně prakticky nespílitelné.

Nepozornost také nemusí znamenat problém pouze v tom, že jedinec nesplní včas a správně nějaký úkol. Nepozornost se leckdy projevuje také v sociálních kontaktech. To, že jsou děti s ADHD izolovány od skupiny, může souviset i s tím, že jim unikají informace plynoucí nejen z rozhovoru, ale i z nonverbální komunikace a interakce.

## 5.2 Komorbidní příznaky

Pro správnou diagnostiku i pochopení problematiky ADHD je nutné vnímat i ostatní příznaky než jen jádrové. Tato kapitola by měla pomoci zasadit další díl do celé mozaiky problematiky ADHD.

Data o prevalenci komorbidních příznaků se v různých literaturách liší. My jsme použili data ze studie prof. Jensena a kol., protože je zde nejmenší procentuální rozptyl (Jensen et al., 1999). Tato studie nám říká, že 69 % dětí s ADHD mají jednu nebo více komorbidit a tyto komorbidity mohou významně komplikovat diagnostiku a celkový obraz ADHD. S těmito komorbiditami se setkáváme i ve škole, a proto je dobré o nich vědět.

Nejčastější komorbiditou ADHD je **porucha opozičního vzdoru**. Objevuje se ve 40 % a v kombinaci s ADHD vede často k nezvladatelnosti takových dětí. Tato porucha se v anglické, ale i české literatuře objevuje pod zkratkou ODD (*Oppositional Defiant Disorder*). Velmi typickými projevy jsou snadná podrážděnost a následná hádavost, a to nejen mezi dětmi, ale i vůči dospělým včetně pedagogů. Nehovoříme ještě o poruše chování, ta se diagnostikuje odděleně.

Jako druhá nejčastější komorbidita se uvádějí **úzkostné poruchy** (34 %). Úzkost je většinou projev, který činí dítě ve škole spíše nenápadným, a tak je dítě s ADHD i hůře rozpoznatelné, pokud si úzkostí nevšímáme. Přitom je není tak obtížné vidět. Děti mají problém s komunikací, a to nejen s učiteli, ale i třeba s cizími dětmi. Bojí se zeptat, nechtějí se příliš projevovat, drží se většinou zpátky. Bývají nervózní, pomalé a bázlivé, pokud mají jednat samostatně v jim neznalých procesech. Mnoho dalších projevů rozpozná psycholog nebo pedopsychiatr, ale i učitel by si měl těchto projevů všímat. Tento symptom jde ruku v ruce s nízkým sebevědomím dítěte.

**Poruchy chování** postihuje asi 14 % dětí s ADHD. V anglické literatuře je to CD (*Conduct Disorder*). Mohou se objevit krádeže, konflikty, lhaní a záškoláctví. Se vzrůstajícím věkem dítěte se ale přidává také šikana, útoky z domova, kriminální chování a experimentování s návykovými látkami, což už může být rizikové i pro život dítěte.

**Tiky** (11 %) jsou oproti úzkostným poruchám naopak dobře viditelné, ale ne vždy si je pedagog spojí s ADHD, obzvláště pokud je absence hyperaktivity. Kromě typického pomrkávání to mohou být různé pohyby všech možných částí těla, zatínání svalstva nebo zvuky periodicky se opakující.

**Poruchy nálady** se vyskytují jen u 4 % ADHD dětí, ale mohou být velmi závažné a těžko léčitelné. Nejčastěji je to dětská deprese nebo bipolární afektivní porucha. Odborníci se shodují, že přítomnost komorbidních onemocnění výrazně zhoršuje kromě diagnostiky také prognózu dětí a představuje zvýšené riziko přetrvání ADHD do dospělosti (Drtílková, 2006).

S problematikou ADHD se pojí také mnoho dalších přidružených příznaků a poruch. Jednou z nich je spánek. Spánek je velmi důležité kritérium, které se u dětí projevuje už v novorozeneckém věku. Týká se to buďto **problémů s usínáním** (56 %), nebo **častého nočního probouzení** (až 40 % ADHD) nebo **problémů se vstáváním**. Mohou to být noční děsy, noční můry, somnologie nebo somnanbulismus. Některé děti se budí velmi brzo, některé se naopak nedají probudit. Výsledek je vždy takový, že děti jsou ráno unavené a nespolupracují (55 %) (Paclt a kol., 2007). Příhodová

a Nevšimalová (2006) uvádějí, že porucha spánku nejenže zhoršuje schopnost soustředění a náladu, ale zintenzivňuje také hyperaktivitu. Nepochází tedy k tomu, že by hyperaktivní děti po nevyspání byly unavené a klidnější, ale spíše naopak. Je to začarovaný kruh. Mají problém se spánkem, druhý den nejsou dostatečně odpočínuté a večer mají problémy s usínáním.

**Poruchy učení** jsou další problém, který samotné onemocnění zhoršuje. U dětí ADHD se poruchy učení vyskytují ve 24-70 %, nejčastěji dyslexie (Paclt a kol., 2007). Každý, kdo má praktickou zkušenost ví, že pokud se k ADHD a jejich dezorganizovanosti přidají specifické poruchy učení, děti prakticky nejsou schopné vytvořit strukturovaný zápis, a navíc to po sobě ani samy nepřečtou. Dále se často vyskytuje dyskalkulie, dysgrafie a další.

Moderním a dnes často používaným termínem je **prokrastinace**, tedy tendence odkládat plnění hlavně nepříjemných úkolů na později. Tento problém se často stává pomyslnou vodou pro mlýn odpíračům ADHD, protože je velmi častý i pro zdravou populaci. Psychiatři však uvádí rozdíl v tom, že pro ADHD je typické odkládání v takovém rozsahu, že se činnosti nakonec ani udělat nestihnou a neudělají. A může se to týkat i velmi důležitých povinností jako je např. platba složenek a následné dluhy. U dětí se setkáváme s neplněním úkolů i přes prodloužené termíny.

Poslední problematika, o které bychom se rádi zmínili, je spíše zajímavá než důležitá, alespoň pro naše účely. Jedná se o zhoršenou motorickou koordinaci. U dětí s ADHD se vyskytuje až v 52 % (Paclt a kol., 2007). Pro pedagogy je to důležité z hlediska jemné motoriky. Krasopis se u dětí s ADHD očekávat nedá. Jiný projev postižení motoriky je zhoršená celková pohybová koordinace. Máme osobní zkušenost s dětmi, které byly odeslány na různá, nejčastěji neurologická nebo oční vyšetření, protože se jevíly jako velmi neobratné, přehnaně opatrné nebo s jakýmsi problémem s odhadem vzdálenosti. To se laikovi může jevit jako opak projevů ADHD.

## 6 ADHD jako problém celého dne

Stále panují názory, že ADHD je téměř výhradně problém týkající se školy. ADHD však poslední hodinou ve škole nemizí. Je to 24hodinový problém, tedy problematika celého dne. Zde je velmi důležitý pohled na rodinné klima a fungování mimo školu. K dokreslení problému jsme použili dvě studie dokládající to, že ADHD je problém celého dne, tedy i mimoškolní. Za velmi zajímavou považujeme prospektivní studii porovnávající kvalitu života zdravých dětí, dětí s astmatem a dětí s nově diagnostikovaným ADHD (6-12 let). Kvalita života dětí s ADHD byla ve většině parametrů horší než u zdravých dětí i dětí s astmatem. Hodnocení bylo prováděno pomocí škály CHQ (*Child Health Questionnaire*) a sledovalo se 50 parametrů. Jako příklad uvádíme rodinné aktivity, vliv na emoce rodičů, vliv na čas rodičů, sebehodnocení dítěte, soudržnost rodiny, chování, pocity úzkosti a deprese a duševní zdraví. Výsledek studie je takový, že porucha ADHD tyto parametry (tedy kvalitu života) ovlivňuje signifikantně více negativně než onemocnění astmatem. Je důležité si uvědomit, že astma je chronické onemocnění a v extrémních případech může být i život ohrožující (Escobar et al., 2005).

Druhá je studie WHO, která mezi sebou porovnávala různé denní aktivity u ADHD populace. Sledovalo se zatížení rodinného života kvůli symptomům ADHD a jednalo se o tyto aktivity: ráno před školou, vyučování, odpolední aktivity, během jídla, večerní hodiny, uložení ke spánku a během noci. Výsledkem je, že největší zatížení cítí rodiče v odpoledních aktivitách, ale že se mu nevyhnou v žádnou denní dobu (WorldFederation of MentalHealth\_Challenges and Hopes for Living With ADHD: An International Survey, 2004). Tato studie potvrzuje, že ADHD je problém celého dne, a nejen výuky ve škole.

Mnoho rodičů začne vnímat ADHD jako problém, až když mají třeba dalšího potomka a vidí rozdíl ve fungování. Nebo své dítě s ADHD porovnávají s jeho kamarády nebo ostatními vrstevníky. Je to pochopitelné, protože jestliže se nejedná o extrém, který vyžaduje odbornou péči už v raném věku dítěte, rodiče jsou na projevy ADHD u dítěte zvyklí a ani netuší, že je to problém, který se dá řešit. Pokud problém řeší, často

popisují jako problematické už zvládání ranních aktivit. Vstávání, ranní hygiena, snídane, vypravování do školy. Hyperaktivní děti si během této doby najdou neuvěřitelné množství aktivit, které je od povinností zdržují. Nepozorní jsou naopak většinou velmi pomalí, sedí, koukají a prakticky nefungují.

Školu jsme už detailně popsali, ale kromě příznaků a chování je nutné zaměřit se také na vztahy se spolužáky a celkové klima třídy. Odpoledne mohou nastat potíže se zájmovými kroužky i když leckdy je to naopak a sport a zájmová činnost je pro dítě s ADHD zábava, relaxace a seberealizace. Odpolední a večerní povinnosti rodiče popisují stejně problematicky jako ty ranní. Problematiku usínání, spánku a vstávání už jsme probrali v kapitole 5.2.



## 7 Subtypy ADHD

ADHD je z hlediska správné diagnostiky velmi obtížné onemocnění. Objevuje se celá řada symptomů, které se objevují i u zdravé populace. Mnoho z nich navíc připomíná chování dítěte, u kterého selhala výchova. Navíc zastoupení symptomů je u každého jedince různé, mění se s věkem každého jednotlivce a velký vliv má i prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. Nicméně pro určení správné péče o dítě, ať už ve smyslu rodičovského nebo pedagogického působení, psychoterapie či farmakoterapie, bylo nutné vytvořit skupiny podle podobnosti klinických příznaků. Přeci jen, dítě hyperaktivní se bude projevovat diametrálně odlišně od dítěte nepozorného a extrémně pomalého. A každé z nich potřebuje jiný přístup. Z výše zmíněného tedy vyplývá, že základním kritériem je zastoupení a vyjádření jádrových příznaků. Dle diagnostických kritérií DSM-V rozdělujeme ADHD do tří podtypů (Hunková, 2009):

- ADHD s převládající poruchou pozornosti,
- ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou,
- ADHD smíšený typ.

První subtyp je definován **převažující poruchou koncentrace**. Je zastoupen u 25-35 % pacientů s ADHD. Hyperaktivita a impulzivita je u nich zastoupena minimálně a někdy vůbec. Pro včasné rozpoznání tohoto subtypu ADHD je pedagog nesmírně důležitý, protože problém se začne projevovat většinou až se zahájením povinné školní docházky. Z našich osobních zkušeností je to ve 2.-3. třídě. Děti musí začít samy pracovat, soustředit se a bez znalostí problematiky je takové dítě často vnímáno jako méně inteligentní. Nevnímá, nepracuje, vše se mu musí vícekrát opakovat a zdržuje ostatní. Typické je pro ně tzv. denní snění.

Druhý subtyp je opačný a je charakteristický **hyperaktivitou a impulzivitou**. Objevuje se v 10-20 %. Tyto děti jsou někdy až nezvladatelně aktivní, ale soustředit se na daný úkol jim nedělá až tak velký problém. I když nepozornost je zde zastoupena také. Pokud jsou tyto děti správně motivované, dokážou být velmi rychlé i v činnostech, které kladou velké nároky na soustředění. Jejich rozpoznání není obtížné, protože jejich aktivita

je nepřehlédnutelná. Zde opakujeme upozornění, že pokud je potřeba, měl by odborník zjistit samotnou příčinu hyperaktivity a na základě toho se určí přístup a terapie.

**Smišený subtyp ADHD** je nejčastější a vyskytuje se asi u poloviny dětí diagnostikovaných jako ADHD. Zde je projev jádrových příznaků zastoupen všemi třemi typy.

Co se týká kvality života dětí, horší kvalitu života (vyjádřenou 50 položkovým dotazníkem *Child Health Questionnaire* (CHQ), mezinárodně užívaným pro měření kvality života dětí s chronickými nemocemi) mají děti s kombinovaným subtypem ADHD a subtypem s převahou poruchy pozornosti. Lépe jsou na tom děti se subtypem hyperaktivně impulzivním (Escobar et al., 2008).

## **8 Základní příznaky ADHD od narození do dospělosti**

V této kapitole se nesnažíme o přepsání již dlouho známých klinických příznaků a chování dětí trpících ADHD v různých věkových obdobích. Chceme poukázat na podobné problematické chování dětí bez ADHD i těch touto poruchou trpících. Ačkoliv jsou projevy podobné, příčina je odlišná a přístup k nim by měl být tedy také odlišný. Zároveň bychom rádi poukázali na to, jak se projev onemocnění vyvíjí a mění v čase. Toto je důležité si uvědomit, protože to vyžaduje hlavně od rodičů, ale i od pedagogů určitou pružnost ve změně přístupů k dítěti. To, co dobře pomáhá osmiletému dítěti, se může za dva roky míjet účinkem, protože jednotlivé příznaky se modifikují. V neposlední řadě upozorňujeme na to, že ADHD je geneticky podmíněná neurovývojová porucha a zde je tedy nutno hledat primární příčiny popsaných problémů.

### **8.1 Kojenecké období**

Charakteristická je porucha základních biorytmů. Pospávají během dne a v noci se snaží dosáhnout pozornosti. Je pro ně problematické usínání a děti celkově špatně spí. Jsou nápadně neklidné, dráždivé a často pláčou jakoby bez důvodu.

### **8.2 Batolecí a předškolní věk**

Začíná se projevovat nadměrná pohybová aktivita. Děti jsou divoké, neukázněné, se záchvaty vzteku. Mohou přetrvávat potíže s usínáním a biorytmem, kdy děti usínají i uprostřed hry. Objevuje se noční pomočování, za které se děti začínají stydět a mohou o sobě začít pochybovat, protože jsou kárány, a přitom to nejsou schopny ovlivnit. Děti pobíhají od jedné činnosti k druhé, jako by v sobě měly motor bez vypínače. Hůře se soustředí, nedodržují určené hranice, co se smí a co ne. Jsou náladové, přetrvává období vzdoru a zvyšuje se riziko úrazů. V odborné literatuře se udává také nerovnoměrný psychomotorický vývoj, kdy dítě například vynechá lezení, nebo se dříve

postaví, než posadí. Nebo brzo a hezky mluví, ale obratnostně za svými vrstevníky zaostává (Příhodová, 2011).

Zde je potřeba podotknout, že výše popsané projevy nemusí znamenat, že má dítě ADHD nebo se u něj rozvine. Opak může být pravdou a odborníci se shodují, že s diagnózou není potřeba spěchat, pokud nejsou problémy extra závažné. ADHD se naplno projeví až po nástupu do školy.

### **8.3 Školní věk**

Se stupňujícími se nároky se stupňují i problémy, které narušují vzdělávací proces. Hyperaktivita a impulzivita se projevují tím, že děti například nevydrží sedět v lavici a být potichu. Vyrušují, jsou zbrklé a mají problém se sebeovládáním. Skáčou do hovoru, přerušují ostatní, nechají se snadno vyprovokovat a reagují agresivně. Mohou proto být neoblíbené, nebo naopak za třídního šaška, což je pro ně často jediný způsob, jak si získat pozornost a přízeň. Děti s ADHD se snadno stávají terčem šikany. Kvůli neurovývojové dysbalanci je u nich v kazuistikách zmiňována emocionální dysregulace. Výsledkem je, že se nechají snadno vyprovokovat a dráždit. Nepozornost se projevuje tím, že odbývají činnosti, jsou nesoustředěné, zapomínají pomůcky a „ulítávají“ do svého světa.

Jak už jsme se zmiňovali, může je doprovázet porucha jemné motoriky, která ovlivňuje psaní, dělají chyby z nepozornosti, mají problém dokončit úkoly, jsou kárány za nekázeň a zapomínání úkolů a na základě toho dostávají známky obvykle horší, než odpovídá jejich inteligenci. Dochází ke školnímu selhávání a pocitu neúspěšnosti. Učitelé někdy doporučují přeřazení do speciální třídy, protože nezvladatelně narušují výuku. Pokud tato možnost na škole je, je to v pořádku. Pro mnoho škol je to ovšem neřešitelný problém. Děti tedy mění školu, neboť „nezapadnou“. Zde je nutná odborná pomoc a správný přístup ze stran učitelů. Jinak děti získávají přesvědčení, že jsou nepotřebné a neúspěšné a vede to k rozvoji nízkého sebevědomí, opozičnictví a pocitům úzkosti až depresím.

## 8.4 Adolescence

Pro toto období vnímáme jako nejdůležitější prevenci rizikového chování. Předpoklad, že k takovému chování u dítěte s ADHD dojde, je už z podstaty onemocnění velmi vysoký. Už jsme se zmínili, že alkohol, kouření, drogy a experimentování v sexuální oblasti jsou pro jedince s ADHD extrémně lákavé. Bohužel může znamenat absolutní selhání dítěte a téměř nevratné vykročení do světa asociálního chování a delikventního jednání. Může to mít zásadní negativní dopad na rodinu, společnost a zdraví jedince. Riziko zneužívání drog a následné závislosti je u lidí s ADHD 2x větší než u ostatních (Lee et al., 2011).

Hyperaktivita ustupuje, internalizuje se a přechází v pocit vnitřního neklidu a pocitu stále něco dělat. Pocit prosazení svých názorů, pocit nespravedlnosti a konflikty s rodiči jsou častější a intenzivnější než v předchozích obdobích. Je to ovšem pro toto období typické i u ostatní populace. Impulzivita a nepozornost oproti hyperaktivitě přetrvává. Porucha pozornosti a narušení exekutivních funkcí se nějak výrazně nemění a při náročnějším studiu zapříčiňuje větší problém než na základní škole. Dochází k akademickému selhávání a někdy i k předčasnému ukončení školní docházky. Děti v tomto věku jsou často dlouhodobě frustrované z neúspěchu a neustálé negativní zpětné vazby od pedagogů, vrstevníků i rodičů. Do vyššího věku si nesou břemeno nepochopení, nepřijetí, kárání, křivd a psychických problémů. Časté je také to, že se tyto děti nudí a izolují se, nebo naopak tíhnou ke skupinám s asociálním chováním. Začínají se silně projevovat přidružená onemocnění a psychické poruchy. Výjimkou není ani sebepoškozování a suicidální pokusy (Chronis-Tuscano et al., 2010; Hurtig et al., 2012).

Od těchto dětí se už očekává, že budou schopny pracovat samostatně a jejich výkony a výsledky nebudou příliš oscilovat a budou stabilní. Právě k tomu ale u ADHD nedochází, a navíc se kumulují další problémy. Je překvapivé, že mezi neodbornou, ale i odbornou veřejností (kam patří i pedagog), stále panuje názor, že děti z ADHD tzv. vyrostou a po pubertě problémy a příznaky vymizí. V některých případech tak tomu je, v jiných se to tak jeví, protože hyperaktivita je s věkem méně nápadná. Problém

je však mnohem složitější. Projevy ADHD v dospělosti jsme zařadili do následující samostatné kapitoly, kterou je potřeba vnímat v kontextu toho, čemu bychom mohli předejít, pokud se podaří dítě s ADHD včas diagnostikovat. Význam učitelské profese je v tomto problému obrovský.

## 9 ADHD v dospělosti

MUDr. Pavel Theiner (2012) se v odborném článku v časopisu Psychiatrie pro praxi s odkazem na studii prof. Biedermana z r. 2000 vyjádřil, že je na základě populačních výzkumů prokázáno, že příznaky ADHD přetrvávaly do dospělosti dokonce až v 80 % případů. Příznaky při diagnostickém pohovoru s pacienty byly viditelné u 40 % dospělých, kteří se léčili v dětství. Pokud se do diagnostického pohovoru zahrnuli rodiče, partneři nebo rodinní příslušníci, zvedl se poměr na 66 %. Když se přidala také škála globálního fungování (*GAF – Global Assessment of Functioning*), byly nalezeny příznaky ADHD až v 90 %. Je to odraz toho, že ADHD je geneticky podmíněné onemocnění s vysokou heritabilitou. Ačkoliv je to neurovývojové onemocnění, má výrazný přesah do dospělosti, s výskytem nejen základních příznaků, ale kumulací dalších komorbidních onemocnění (Asherson, 2014; Davidson, 2008).

To, že **jsou příznaky ADHD v dospělosti rámcově podobné jako u dětí**, prokazují i diagnostická kritéria, která jsou pro děti i dospělé velmi podobná. Jsou jen mírně modifikovaná a upravená, aby odpovídala věku jedince. I přesto je diagnostika ADHD v dospělosti velmi obtížná a pacientům jsou diagnostikovány spíše úzkosti, deprese, závislosti, hraniční poruchy osobnosti nebo bipolární afektivní porucha (Asherson, 2014; Davidson, 2008).

### 9.1 Epidemiologie ADHD v dospělosti

Světová data o prevalenci ADHD v dospělosti se značně liší. Je to odrazem různých diagnostických kritérií, úrovní zdravotní péče a různých metodik získávání dat v odlišných zemích světa. WHO našla průměrnou prevalenci 3,4 % a poměr mezi muži a ženami se (oproti dětskému věku, kde je častější u chlapců) v dospělosti vyrovnává (Fayyad et al., 2007; Simon et al., 2009). ADHD v dospělosti snižuje kvalitu života a má negativní dopady na fungování jedince a jeho socioekonomické postavení. Z rozhovorů s psychiatry a psychology, kteří se pacientům s ADHD v dospělosti věnují, vyplývá, že naprosto elementární příznak, který se sleduje, je funkční postižení.

Je to hlavní důsledek nezvládnutého ADHD v dětském věku, a zároveň hlavní příčina navazujících psychických onemocnění.

V dospělosti je funkční postižení zjevné, i když jsou jádrové a ostatní příznaky už obtížně diagnostikovatelné. Obtížně nejen proto, že je dospělí dokážou lépe kontrolovat a ovládat vůlí. Důvodem je hlavně to, že jsou již překryty zmíněnými komorbidními onemocněními, které zapříčinilo neléčené ADHD. Z patientských kazuistik jasně vyplývá, že se u nich psychické problémy generalizovaly na základě celoživotního selhávání, neustálého napomínání, trestání, snižování sebevědomí a připomínání chyb. Na rozdíl od dětí, které k odborníkovi někdo musí dovést, dospělí pacienti s ADHD vyhledávají odborníky sami. A to hlavně z důvodu zmiňovaného funkčního selhávání a jeho důsledkům.

## 9.2 Klinický obraz ADHD v dospělosti

Pro ilustraci obrazu ADHD v dospělosti uvádíme krátkou kazuistiku MUDr. René Pospíšila, PNPP Pezinok:

- **Muž, 42 let.** V osobní anamnéze uvedl, že byl od dětství hyperaktivní, nepozorný, nemotorný, agresivní, příliš gestikuloval, měl častá zranění. Ve škole se rychle hlásil a předčasně vykřikoval odpovědi a byl často napomínán a trestán. Trpěl dyslexií. Miloval sport, který mu pomáhal se koncentrovat. Povahově hádavý, impulzivní, neuměl zapadnout do party. Stavěl se proti autoritě, dostával se do konfliktů i s učiteli. V dospívání byl nejistý, ve vztazích opakovaně selhával, cítil se ostrčený společností. Trpěl depresemi, měl i sebevražedné tendence. S obtížemi vystudoval VŠ, nedokázal se však profesně usadit. Vystřídal více než 20 zaměstnání, včetně pomocníka na stavbě. Nyní je obchodní zástupce, kde mu vyhovuje nezávislost a samostatné organizování času. Vždy pil hodně kávy a kofeinových nápojů, nadměrně užíval marihuanu pro relaxační účinek. V dospělosti stále nepozorný, časté je denní snění. Mívá problém rychle si vybavit informace, často si neuvědomuje, kde je a jak se tam dostal. Prokrastinuje a zapomíná platit účty. Sebeorganizaci



zvládá díky elektronickým kalendářům a webovým zdrojům o ADHD. Stále ale ztrácí věci, zapomíná na schůzky. Hyperaktivita a impulzivita se zlepšila. Cítí se zodpovědný za rodinu. Vnímá, že nevyužívá svůj potenciál a mrzí ho, že se o ADHD dozvěděl až v dospělosti.

### 9.3 Jádrové příznaky v dospělosti

Zastoupení jádrových příznaků u dospělých je výrazně odlišné a pozměněné oproti dětskému věku. V kapitole 7 jsme popsali jednotlivé subtypy ADHD. Do dospělosti přetrvává nejčastěji subtyp ADHD s převažující poruchou pozornosti (Hurtig et al., 2007; Lubke et al., 2007). Z kazuistik je zřejmé, že některé symptomy mají tendenci ustupovat a měnit se. Jak jsme se už zmínili, u dětí je hyperaktivita zastoupena v cca 70 % případů onemocnění ADHD. Sice v různých projevech a v různé intenzitě, ale je. Hyperaktivita s věkem výrazně ubývá, a to o 70 % oproti dětskému věku (Biederman et al., 2000). To někdy může vyvolat mylný dojem, že onemocnění tzv. vymizelo, protože hyperaktivita je nejméně patrná.

Klinický projev už přirozeně není neustálé pobíhání, lezení a skákání. Už v adolescentním věku dochází k jeho internalizaci, i dospělí pacienti sami sebe většinou ani nepopisují jako hyperaktivní. V dospělosti se objevuje spíše vnitřní neklid připomínající nervozitu a subjektivní pocit stále něco dělat. Dále chaotické střídání činností a vyhýbání se sedavým aktivitám. Rychlá a překotná řeč je patrná na první pohled a pro ADHD v dospělosti velmi charakteristická. Hyperaktivita v dospělosti se často projevuje jako workoholismus, což může být pro jedince i docela prospěšné, pokud vše zvládne organizačně. Dalšími negativními projevy jsou poruchy chování a zvýšená agresivita, neschopnost zorganizovat si své věci, riskantní řízení vozidel, nedosažení zaměstnání a pozic, které by odpovídaly jejich inteligenci. Tito jedinci často střídají zaměstnání a leckdy nedobrovolně (Epstein et al., 1999).

Impulzivita, stejně jako hyperaktivita, s věkem ubývá, a to ve stejném poměru. Je to o 70 % oproti dětskému věku (Biederman et al., 2000). Projevuje se netrpělivostí, ukvapenými závěry nebo skákáním do řeči. Dále je často popisován abúzus

návykových látek. Ve vztahu k okolí je patrná podrážděnost, agresivita, asociální chování nebo promiskuita, ukvapené utrácení financí a konflikty ve vztazích a v rodině. Impulzivní jedinci také tíhnou více k adrenalinovým sportům (Epstien et al., 1999).

Nepozornost u ADHD v dospělosti je velmi podceňována a nebezpečná. Podceňována, protože je snadno přehlédnutelná. Dospělí jedinci už mají vytvořenou spoustu kompenzačních mechanismů, díky kterým hendikep zvládají. Pokud je klinickým projevem zároveň i hyperaktivita, může onu nepozornost významně překrývat a diagnostiku to zhoršuje. Nebezpečná je proto, že přechází až do dospělosti. Ubývá v méně než 40 % oproti dětem (Biederman et al., 2000).

Porucha pozornosti se projevuje například problémy zvládat konverzaci, neustálým hledáním a ztrácením předmětů. Dospělí zapomínají nejen věci, ale i třeba schůzky a povinnosti. Z dětského věku stále přetrvává nedodržování termínů a nedokončování úkolů náročných na soustředění. Jsou schopni zapomenout na oslavu i vlastních narozenin nebo vyzvednout dítě ze školky. Ostatní mají pocit, že jim na jiných lidech nezáleží. Většinou ale tomu tak není, příčina u ADHD je jiná a tyto jedince tato zklamání svých blízkých velmi mrzí. Nejsou schopni zorganizovat si povinnosti, ať už ve škole, nebo v práci. Sami pacienti popisují, že tak, jako mají chaos v hlavě, tak ho mají i v životě.

Výrazně více než u dětí se u dospělých popisuje **emoční disregulace**. Klinicky se projevuje jako nízká frustrační tolerance, výkyvy nálady, labilita, netrpělivost, podrážděnost, výbuchy vzteku, prchlivost se snadným rozzlobením se a snadná rozrušitelnost různými emocemi obecně (Surman et al., 2013). V současné době probíhají výzkumy, které by měly pomoci zařadit emoční disregulaci mezi jádrové příznaky tak, jak tomu bylo před rokem 1968, kdy byla vydána diagnostická kritéria DSM-II (Theiner, 2012).

Dospělý jedinec už samozřejmě nemůže být pod kontrolou rodičů. Často si tyto lidé vytvářejí individuální kompenzační mechanismy, díky kterým svůj hendikep zvládají lépe. Některé jsou pozitivní, např. diář, neustálé připomínky v mobilu, meditace nebo sport. Jiné jsou spíše negativní, protože mohou být příčinou pro prohloubení problému.

Je to tzv. samomedikace. Může jí být kouření marihuany, tabáku, nikotin, kokain nebo alkohol. Výjimkou nejsou antidepresiva a léky na spaní. Dospělí pacienti u sebe samých popisují jako velmi zatěžující již zmiňovanou prokrastinaci. Jejich celoživotní zkušenost s dezorganizovaností a nepozorností se může posunout až do obsese. Zaznamenali jsme zajímavou kazuistiku, kdy pacientka docházela k psychiatrovi, mimo jiného, s obsedantně-kompulzivní poruchou. Až když lékař rozšířil své znalosti o problematiku ADHD a provedl důkladnou anamnézu do dětství, rozpoznal, že je to vlastně kompenzace a důsledek velmi špatného celoživotního fungování.

## 10 Dlouhodobé důsledky ADHD

Problematiku ADHD je nutno vnímat jako problém nejen jedince, ale také jako **problém rodiny, školy i celé společnosti**. Řešit pozdě diagnostikované a neléčené ADHD, na které se nabalila další komorbidní onemocnění, je v konečném důsledku náročnější, a to z jakéhokoliv hlediska. Takový jedinec, v konečném důsledku, do systému příliš nepřispívá a spíše zdroje vyčerpává. Jsme přesvědčeni, že investice do vzdělávání pedagogů tak, aby byli schopni problémy včas rozpoznat a poukázat na ně, se musí vyplatit. Řešení následných problémů je totiž mnohem složitější a finančně náročnější. Jde vlastně o jakousi prevenci mnohonásobně náročnějších důsledků. Jedno z významných kritérií mnoha medicínských oborů je to, jak onemocnění ovlivňuje kvalitu života. ADHD snižuje kvalitu velmi významně, jak dokládají fakta dále uvedená v této kapitole.

Co se týká vzdělání a následného zaměstnání, jedinci s ADHD **dosahují signifikantně horšího akademického úspěchu** (Searight et al., 2000; Weiss et al., 1999) a **jejich pracovní status je nižší** (Manuzza et al., 1997). Z hlediska rodiny bychom mohli uvést 2-4 x více konfliktů mezi sourozenci (Mash and Johnson, 1983) nebo významně více rozvodů u jejich rodičů (Barkley et al., 1991; Brown and Pacini, 1989). Ve vztahu ke společnosti je to **2x vyšší riziko závislostí** (Biederman et al., 1997), **časnější začátek užívání drog** (Milberger et al., 1997) nebo častější **ekonomické problémy** ve smyslu zadlužení nebo nevhodného hospodaření s penězi (Weiss et al., 1999). A v oblasti zdravotního systému je to např. 2-4 x více autonehod (Barkley et al., 1996; Sobanski et al., 2012), **3x více hospitalizací** (Hodgkins et al., 2011), o 33 % zvýšená návštěvnost na nemocniční pohotovosti (Leibson et al., 2001) nebo o 17 % více cyklistických nehod (DiScala et al., 1998).

Ve Velké Británii proběhla studie, která se zaměřila na vztahy mezi dětmi a ukázalo se, že **děti s ADHD často čelí sociální izolaci**. Pro zdravé děti jsou problematičtí, nepřizpůsobiví a z obav konfliktů nebo poškození věcí je nezvou například na návštěvy nebo oslavy (Mc Clure et al., 2005). Takové sociální izolaci čelí i rodiče, jak vyplynulo z mnoha kazuistik. Rodiče bývají upozorněni, že jsou vítáni, ale bez dítěte s ADHD.

Pokud se u dítěte vyskytnou extrémní případy neklidu, dochází k významnému snížení sociálních kontaktů rodiny. Rodiče jsou také často napomínáni, že jsou nedůslední, nevytváří pravidla, neumějí dítě vychovávat a čekají až dítě dospěje a z ADHD vyroste. To je však z podstaty onemocnění mylné, protože z ADHD se vyrůst nedá, jak již bylo řečeno v předchozích kapitolách.

Další a velmi konkrétní příklad pro ukázkou kvality života rodin s ADHD je **ukládání dětí ke spánku**, které může být až neuvěřitelně náročné a zatěžující pro děti i rodiče. Rodiče často zjistí, jak je to s dětmi s ADHD složité, až když mají možnost porovnání. V knize *Sleep seekers* publikovala organizace Addiss UK studii týkající se spánku. Porovnávaly se odpovědi rodičů s nebo bez dětí s ADHD na otázky „Jak dlouho trvá průměrně uložit dítě ke spánku“, kdy to většina rodin bez ADHD zvládla do 20 min a u skupiny s ADHD nebyla výjimka i 4 hodiny. Dále se sledoval například parametr „Kolikrát průměrně dítě po uložení opět vstane z postele“. U zdravé populace v 65 % nikdy a u ADHD v 60 % čtyřikrát (Addiss, online).

ADHD je pro rodinu velmi zatěžující a stresující, dokládá to také studie IPSOSS Health UK (2004), ve které rodiče např. odpovídali, že budoucnost jejich dětí je pro ně rozhodující. V 94 % uvedli, že ADHD ohrožuje studijní úspěch dítěte, v 94 %, že ADHD omezí jeho budoucí kariéru, v 89 %, že ADHD narušilo rodinné aktivity, v 76 % bylo obtížné jít do společnosti a např. v 76 % měli problém pro takové děti sehnat hlídání ([www.wfmh.org/publications/documents/EnglishWithoutBoundaries.ppt](http://www.wfmh.org/publications/documents/EnglishWithoutBoundaries.ppt)).

## 11 Léčba ADHD

V následující kapitole popíšeme, proč je nutné mít dostatečné množství informací i o medikaci. Nejprve se zaměříme na medikaci obecně a poté tyto informace dáme do souvislostí se školním prostředím. Dle našeho názoru by se problematika ADHD měla vnímat jako různé množství klinických příznaků, různě se projevujících v různých prostředích, příznaků proměnlivých během vývoje jedince, navíc s různou intenzitou závažnosti a příznaků závislých na včasné diagnostice a správném osobním a terapeutickém přístupu. Je **mnoho jedinců, kteří mají symptomy ADHD, a přitom diagnostikováni nejsou**. A ani by být nemohli, protože zkrátka nesplňují diagnostická kritéria. Zároveň je ale mnoho jedinců, kteří ADHD mají, ale diagnostikováni nejsou, neboť je zdravotní systém ani systém školství nezachytil. To dokládá nepoměr mezi počtem léčených dětí s ADHD a prevalencí v ČR.

V kap. 4.2 jsme uvedli, že prevalence v populaci je 6-8 % pro děti školního věku (Paclt a kol., 2007). Při porovnání veřejně dostupných dat Českého statistického úřadu za rok 2019 jsme zjistili, že ve věku 4-15 let byl počet léčených pacientů s diagnózou F90-F98 pouze 1,9 %. Bez názvu - 1 (uzis.cz), Výstupní objekt VDB (czso.cz). Pedagogové mají obrovskou možnost tento nepoměr zvrátit. Rodiče v této úvaze záměrně vynecháváme, protože je nemyslitelné, aby byla neodborná veřejnost organizovaně vzdělávána zrovna v této problematice. Rodiče tak budou závislí povětšinou jen na celospolečenské osvětě problematiky ADHD.

Když se zamyslíme nad otázkou způsobu léčby ADHD, měla by předcházet otázka informovanosti o problematice. Protože informovanost je naprosto zásadní, jak pro rodiče, tak pro pedagogy. Jedinci, kteří s takovými dětmi pracují, musí na základě správné informovanosti nejprve pochopit chování dítěte. Pochopit například to, že neposlouchá-li nebo vykřikuje, nedělá to schválně. Jedině tak budou schopni porozumět možnostem a hranicím dítěte. Díky tomu pak budou schopni k němu správně a spravedlivě přistupovat.

Pokud je tedy závažnost ADHD v mezích zvládnutelnosti i bez medikace, domníváme se, že je to v pořádku. Dítě sice projevuje symptomatologii, ale je v péči odborníka.

Učitel i rodiče jsou informováni a postupují dle doporučení. Dítě zvládá povinnosti, je správně začleněno do kolektivu a medikace v tomto případě asi není nutná. **U mnohých dětí** tomu tak opravdu je a **symptomy ADHD se podaří zvládnout režimovými opatřeními, výchovnými doporučeními a psychologickými metodami**. Pokud ale jakýkoliv článek v řetězu selže, nebo dojde ke zhoršení stavu, domníváme se, že je ku prospěchu zvážit farmakoterapii. Může se stát, že rodič nebo pedagog nerespektuje a ignoruje doporučení specialistů pro práci s dítětem. Leckdy neuznává ani samotnou diagnózu. Nebo se zvýší intenzita symptomů a zhorší se projevy ADHD. Může to souviset s vývojem nervové soustavy dítěte nebo i změnou prostředí, které ho ovlivňuje. Vzhledem k možným nebo spíše jistým negativním následkům pro budoucí život dítěte je možná prospěšné k medikaci přistoupit.

V ideálním případě by měly být všechny složky, tedy výchovná doporučení, režimová opatření, psychoterapie a farmakoterapie v souladu. Zde bychom mohli polemizovat s některými odborníky z řad pedopsychiatrů, kteří se klaní k názoru, že medikace je prospěšná a vhodná téměř vždy. Vycházejí z toho, že ADHD je porucha specifických funkcí a struktur mozku. Tato porucha dle nich přetrvává i v případě správného přístupu k dítěti s ADHD. A tvrdí, že jen pomocí medikace je pak jedinec schopen naplno využít své kapacity a potenciálu k dosažení nejlepších výsledků, čemuž může ADHD významně bránit. Nepřikláníme se k žádnému názoru, ale je fakt, že ADHD sice trápí celé okolí, ale trpí hlavně dítě. A je to zbytečné, neboť pokud je to potřeba, dá se ADHD úspěšně léčit.

## 11.1 Medikace

O medikamentech se zmíníme z toho důvodu, že se s těmito léky pedagogický pracovník může setkat. Bude to však sdělení krátké, neboť léčba ADHD není součástí našeho výzkumu. V kapitole 4.3 jsme vysvětlili problematiku ADHD z pohledu neurobiologie mozku. Víme tedy, že **pro zvládnutí ADHD není nutné děti tzv. tlumit**. Myslíme tím ve smyslu utlumení mozkových aktivit pomocí léků. Mnoho rodičů a pedagogů se logicky dotazuje, proč medikovat děti např. psychostimulujícími látkami, když je jejich aktivita už tak zvýšená. Vysvětlení je velmi prosté a souvisí se zmíněnou

znalostí neurobiologie. **Většina léků na ADHD stimuluje**, tedy aktivuje ty části mozku, které mají za úkol brzdit a vyrovnávat projevy dítěte a které jsou u onemocnění ADHD vývojově opožděné. **Léčba reguluje nestandardní metabolismus mozku dětí s ADHD**, a tím funguje jako mozek dětí zdravých.

Současná medicína má pro léčbu ADHD dvě skupiny léků. První skupinou jsou známá **stimulancia** a druhou **léky nestimulační**. Stimulancia jsou velmi široká skupina různých přírodních látek a syntetických molekul. Za zmínku však stojí, že účinek stimulancií na jádrové příznaky ADHD a příznaky jako je dyskalkulie, paměť a emoční dysregulaci je znám už od 30. let 20. století. Tento převratný objev učinil už v roce 1937 dr. Charles Bradley, čímž dal podnět k dalšímu výzkumu této lékové, a nejen lékové skupiny (Strohl, 2011).

Paclt a kol. uvádí, že stimulancia zlepšují pozornost, snižují hyperaktivitu a impulzivitu a nevedou k útlumu. Ve výsledku zlepšují školní prospěch a adaptaci dětí. Dodává, že na základě téměř 70 randomizovaných placebem kontrolovaných studií byla doložena účinnost stimulancií 70-80 %. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří snížená chuť k jídlu a nespavost. Dále je nutno podotknout, že žádná studie neprokázala zvýšené riziko rozvoje závislostí oproti kontrolní skupině neléčených ADHD dětských pacientů (Paclt a kol., 2007).

Učitel se ve své praxi může s touto léčbou setkat. Jedním z léků je **Ritalin**. Tento lék má velmi rychlý nástup účinku (30-60 min), ale působí jen cca 3-4 hodiny. Je tedy žádoucí, podat dítěti lék i během vyučování. Toto je pro pedagogy velmi citlivá a problematická záležitost a měla by být velmi důkladně probrána se školou a rodiči společně. Nejen kvůli diagnóze jako takové. Ale i z důvodů vysvětlení problematického chování dítěte, neboť učitel si může vysvětlit takové chování po svém, často zcela opačně, než je pravda. Mnoho učitelů se podávání léků školními pracovníky brání a nemůžeme se jim divit. Je to nakládání s léčivým přípravkem, což znamená velkou zodpovědnost. Podávat léky dětem z pozice učitele navíc může být i problém etický a morální. Nepřikláníme se ani na jednu ani na druhou stranu. Podotýkáme ale, že pomocí farmakoterapie nemůžeme změnit osobnost dítěte. Léky ovlivňují pouze



potíže pramenící z neurovývojového onemocnění a možný další rozvoj závažných psychických poruch.

Druhým lékem této skupiny je **Concerta**. Je to stimulantium s prodlouženým uvolňováním a účinek tohoto léku je 8-12 hodin. Nastupuje pomaleji než Ritalin a spektrum nežádoucích účinků je podobné. S tímto lékem se pedagog může setkat spíše na vícedenních školních aktivitách jako je například škola v přírodě nebo speciální kurzy a výlety. Učitel by měl být obeznámen, že tyto léky se vážou na tzv. opiátový recept. Jejich výdej je velmi přísně kontrolován, protože se dají zneužít k výrobě drog a omamných látek. Specialisté z řad psychologů a psychiatrů by měli pedagogům a rodičům dětí s diagnózou ADHD detailně vysvětlit, že léčba je nutná proto, že je schopná pozitivně ovlivnit jádrové příznaky, zlepšit výchovně vzdělávací proces samotného dítěte i celé třídy, zlepšit rodinné klima, pomoci dítěti dosáhnout adekvátních výsledků a preventivně působit na propuknutí komorbidních onemocnění. Léková léčba ADHD patří k nejúčinnějším způsobům léčby v psychiatrii (Theiner, 2012). Ostatní léky této skupiny se v České republice nepoužívají.

Další zmiňovanou skupinou jsou tzv. nestimulační preparáty. Učitel se může setkat se Stratterou. Rovněž spíše na dlouhodobějších akcích, protože účinek tohoto léku je kontinuální 24 hodin a podává se jednou denně. Snášenlivost a spektrum nežádoucích účinků je podobné jako u stimulantů. Dalšími léky se zabývat nebudeme, protože jejich užívání se týká primárně komorbidních onemocnění ADHD, ne jádrových příznaků.

## 12 Pozitiva ADHD

Při popisu symptomatologie ADHD se mnohem častěji zdůrazňují negativní projevy a důsledky pramenící z problémů, se kterými se jedinec dlouhodobě potýká. Je však důležité podotknout, že ne každý touto symptomatologií trpí. Vliv okolí, prostředí, působení rodiny, přátel a osobnost pedagogů, trenérů a ostatních dospělých může velmi významně jedincům s ADHD pomoci symptomatologii zvládnout. Správný přístup a dostatečná informovanost je základ. Zastáváme názor, že pokud osoba, ať už dítě nebo dospělý, která by mohla být nebo i je diagnostikována jako ADHD, není v životě samotnými příznaky příliš obtěžována. Pokud individuálně a sociálně neselhává, není potřeba přistupovat k terapii. Může stačit vhodný osobní přístup a pochopení. V některých činnostech mohou lidé s ADHD dokonce vynikat. Je tedy dobré znát i silné stránky a kladné vlastnosti, které jedinci s ADHD mohou mít a pokusit se tyto vlastnosti využívat, stavět na nich a kompenzovat tak jejich hendikep.

Osoby s ADHD, které už dokážou dobře specifikovat své problémy, často popisují činnost svého mozku jako neuvěřitelný myšlenkový trisk. Pokud se věnují činnostem, které jim činí problémy, je to většinou velmi neproduktivní myšlenkový trisk. Skáčou z jedné myšlenky nebo činnosti na druhou, a to bez dokončení té předchozí. Pokud však tuto energii dokážou kontrolovat, **jsou nepřekonatelní například v brainstormingu**, kreativním myšlení a hledání nestandardních řešení. Jejich hyperfokusace jim umožňuje věnovat se úkolu velmi intenzivně, intuitivně, inovativně, v širších souvislostech a dosahují skvělých výsledků i proto, že se nebojí přijmout riziko a zodpovědnost.

Zájem o nové poznatky je obzvláště u dětí inspirativní. Pokud ho využijeme, dá se tím kompenzovat jejich nechuť a nezájem o aktivity pro ně nezajímavé. Navíc jsou **odhodlaní, často vynikající vypravěči**. Dokážou strhnout lidi kolem sebe. Někteří jsou nápadití, bystří, rychlí, přímí, spontánní, odvážní, jejich myšlenky jsou originální a neotřelé. Díky velkým snům a vysokým cílům **dokážou velmi dobře motivovat skupinu**, protože je pro ně všechno možné. Pokud se u nich neobjevuje agresivita a porucha chování, velmi mile pomáhají druhým a váží si každé spolupráce. Dospělí

sami sebe popisují jako workoholiky. Když si správně vyberou zaměstnání, bývají v životě spokojeni. Často se jim daří v činnostech jako je spisovatelství, žurnalistika a umělecké profese, podnikatelská nebo vědecká činnost, kde se mohou seberealizovat, a kde systematičnost není to nejdůležitější. Někteří dospělí jedinci hovoří o tom, že díky tomuto hendikepu mají vyšší sílu osobnosti, neboť byli nuceni stále překonávat nějaké překážky. O tomto pohledu na ADHD, tedy spíše kladném s vyzdvižením silných stránek jedince, se často nemluví. Primárně se totiž řeší nežádoucí projevy.

Můžeme také jmenovat známé osobnosti naší současnosti, které jsou indikovány jako ADHD. Jsou to například kuchař Jamie Olivier, herci Jack Nicholson, Jim Carrey, Whoopi Goldberg, Sylvester Stallone, Tom Cruise nebo Dustin Hoffman. Pokud vynikly sportovní schopnosti, musíme zmínit Michaela Fred Phelpse nebo Michaela Jordana. V současnosti se diskutuje o významných osobnostech, které už nežijí, ovšem kromě mnohých tvůrčích schopností vykazovaly také známky ADHD. Je to např. Kryštof Kolumbus, Henry Ford, Albert Einstein, Graham Bell, Thomas Edison, malíři Vincent Van Gogh, Salvador Dali nebo Pablo Picasso. Z politiků jmenujme Thomase Jeffersona, Abrahama Lincolna, Dwighta D. Eisenhowera, Johna F. Kennedyho, Winstona Churchilla nebo George W. Bushe.

## II. Empirická část

### 13 Teoretická východiska práce

V předchozích kapitolách jsme vysvětlili, že ačkoliv se děti s ADHD chovají v mnoha situacích velmi podobně jako děti, u nichž selhává výchova a chybí režim, jejich problematické chování má jiné příčiny. V případě prohřešku dětí často následuje zpřísnění režimu a tresty. To je však u dětí s ADHD většinou chybný způsob řešení problému. Dítě ovlivněné syndromem ADHD totiž potřebuje jiný přístup a také jiné metody. Na rozdíl od laika dokážou odborníci projevy ADHD celkem jistě rozpoznat a příčiny problematického chování oddělit. Otázkou je, jak má učitel (nebo i např. rodič) zvolit správný přístup k takovému dítěti, když o syndromu ADHD nebude vůbec vědět, anebo nebude mít dostatečné množství informací? Nebo, jak si mají učitelé bez dostatečných informací uvědomit závažnost této problematiky?

Z osobních zkušeností víme, že **nepoučený pedagog nedokáže oddělit projevy dítěte s ADHD od dítěte tzv. „nevychovaného“**. Psychiatrické, psychologické a pedagogické kazuistiky zároveň naznačují, že na základě neznalosti problematiky ADHD dostávají tyto děti horší hodnocení. Bývají také trestány pro ně neadekvátně a často ani nejsou schopny pochopit, za co vlastně trest dostaly. Výsledkem může být např. frustrace a nízké sebehodnocení dítěte. Takové **děti se často stávají i terčem šikany** nebo inklinují k asociálnímu chování.

Problémy, které s sebou ADHD přináší, jsou obrovským břemenem jak pro samotné dítě, tak pro školu, rodinu a okolí. Takové dítě je totiž stále **neklidné až nezvladatelné, neumí se soustředit, je nepozorné a zapomnětlivé**. Škola, rodina i okolí takové chování považují za chyby ve výchově a někdy i nedostatečný intelekt. Pokud učitel nemá o této poruše dostatečné množství informací, nemůžeme se takovému přístupu divit.

## 14 Kontext výzkumu

Před započítím tohoto výzkumu jsme se snažili nalézt studie, které by se problematice ADHD na školách věnovaly. Nalezli jsme několik prací, ve kterých se hovořilo většinou jen o projevech ADHD a doporučení, jak s těmito dětmi pracovat. V některých pracích byla zahrnuta populace s ADHD, ale jen okrajově a v souvislosti s jiným problémem. Výzkumné aktivity v této oblasti jsme také osobně konzultovali na některých vysokých školách s přednášejícími. Naší snahou bylo ověřit, zda na daném tématu už někdo nepracuje, případně zvolit takovou metodu, aby se výzkumy doplňovaly. Nepodařilo se nám nalézt žádnou práci, která by zkoumala připravenost učitelů na práci s tak významnou problematikou jako je ADHD v praxi, anebo popisovala aktuální stav na školách v České republice.

## 15 Výzkumný problém

Výzkumný problém jsme definovali takto:

*Odpovídá úroveň vědomostí pedagogů základních škol aktuálním vědeckým poznatkům problematiky ADHD?*

V případě, že se podaří dítě s ADHD včas rozpoznat a správně diagnostikovat, měl by být, na základě symptomatologie a diagnostických kritérií, zvolen speciální a správný postup práce učitele s dítětem ve škole. Zde jsme identifikovali dvě problematické oblasti:

1. **Problematická oblast** – zdaleka ne všechny základní školy v České republice mají možnost vytvořit speciální třídy. Jsou regiony a menší školy, kde to prakticky není možné. Je ale potřeba si uvědomit, že i v těchto školách se děti s ADHD učí. Změnit školu a dopravovat dítě do speciální třídy je pro rodiče často nemožné. V kontextu moderního pojetí dnešního školství víme, že se nemají primárně tvořit speciální třídy pro děti s různými specifickými i nespecifickými poruchami a problémy. Jde spíše o to, že pokud není možnost využívat erudici speciálního pedagoga a psycholog není aktuálně k dispozici, měli by problém zvládat ostatní pedagogové. Ti však musí být kompetentní.
2. **Problematická oblast** – tkví v aplikaci daných doporučení a nařízení institucí ohledně zachytu a následné práce s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami. Postup by měl být následující: školský zákon č. 561/2004 Sb., § 16a stanovuje tuto povinnost: „(2) Vyžaduje-li to **zájem** dítěte nebo nezletilého žáka, doporučí škola nebo školské zařízení jeho zákonnému zástupci, aby vyhledal pomoc školského poradenského zařízení. Škola nebo školské zařízení spolupracuje před přiznáním podpůrného opatření dítěti, žákovi nebo studentovi zejména se školským poradenským zařízením, se zřizovatelem, lékařem a orgánem sociálně-právní ochrany dětí.“ V rámci problematiky ADHD víme, že toto pedagog učiní většinou až v případě, kdy je chování dítěte významně problematické až nezvladatelné. Problém nastává u dětí, u kterých tento „**zájem**“

není zřetelný. Mohou to být děti subtypu ADHD čistě nepozorní, o kterých jsme psali v kap. 7, dále ty děti, o kterých je učitel přesvědčen, že jsou pouze nevychovaní, anebo pokud učitel ADHD bagatelizuje většinou z důvodu nedostatečné informovanosti. Domníváme se, že toto může být skupina dětí, které tvoří právě ten rozdíl mezi prevalencí a diagnostikovaným ADHD. Narovnat tento rozdíl pomůže pouze důkladné vzdělávání a osvěta problematiky ADHD. Z hlediska objektivity je nutné dodat, že chvályhodná snaha mnohých pedagogů někdy naráží na odpor rodičů řešit problém s poradenským zařízením, psychologem nebo lékařem.

K doplnění je potřeba dodat, že pravidla vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a postupy poradenských zařízení upravuje vyhláška č. 27/2016 Sb., ze dne 21. ledna 2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, výše zmíněného školského zákona č. 561/2004 Sb., v § 11 takto: *„(3) Školské poradenské zařízení při posuzování speciálních vzdělávacích potřeb žáka vychází z a) charakteru obtíží žáka, které mají dopad na jeho vzdělávání, b) speciálně-pedagogické, případně psychologické diagnostiky za účelem posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka, c) informací o dosavadním průběhu vzdělávání žáka ve škole, zejména údajů uvedených ve školní matrice, d) informací školy o podpůrných opatřeních prvního stupně poskytovaných žákovi, e) údajů o dosavadní spolupráci žáka se školským poradenským zařízením, f) informací poskytnutých žákem nebo zákonným zástupcem žáka, g) podmínek školy, ve které se žák vzdělává nebo se bude vzdělávat, a h) posouzení zdravotního stavu poskytovatelem zdravotních služeb nebo posouzení podstatných skutečností ke stanovení podpůrných opatření jiným odborníkem, je-li to třeba.“* Z toho vyplývá, že pedagog má spolupracovat s poradenským zařízením a poradenské zařízení má spolupracovat s lékařem při stanovení diagnózy. Této problematice jsme se věnovali i v praktické části výzkumu (viz kap. 20.1).

Téma spolupráce pedagogů s poradenskými zařízeními, psychology a lékaři jsme konzultovali s Koordinačním výborem ADDP (*Asociace dětské a dorostové psychiatrie*) a Výborem odborné společnosti DDP PS ČSL JEP (*Dětská a dorostová psychiatrie Psychiatrické společnosti*). Tyto dva výbory vydaly v Praze 8. 4. 2016 stanovisko k prioritám pedopsychiatrické péče v návaznosti na Reformu psychiatrické péče v ČR, ve kterém upozorňují na nutnost zajistit návaznost mezi opatřeními vzniklými z výše zmiňované reformy, MŠMT a MPSV. Jedná se o to, že odborníci z řad psychiatrů a psychologů svými odbornými doporučeními **ovlivňují** práci učitelů a výuku dětí na všech typech škol. Žáci, kteří potřebují takto komplexní péči, z ní mohou profitovat pouze v případě, že bude fungovat úzká spolupráce mezi obory. To ale vyžaduje orientaci v dané problematice.

Toto je jeden z dalších důvodů, proč jsme se rozhodli odborným výzkumem posoudit, jak pedagogové vnímají problematiku ADHD a na jaké úrovni jsou jejich vědomosti.

**Základní oblastí výzkumu** je výsledek mezioborového propojení pedagogiky, psychologie, psychiatrie a neurologie s důrazem na schopnosti učitelů, na fungování dítěte ve škole a na kvalitu jeho života s celospolečenským přesahem.

Výzkumným problémem je ***nedoložená úroveň vědomostí a připravenosti pedagogů pro zvládnutí procesů učení a výchovy dětí, které mají více či méně vyjádřenou symptomatologii neurovývojové poruchy ADHD***. Prozkoumat jsme se rozhodli dostatečnost informovanosti pedagogů v problematice ADHD a zda by nemělo být vzdělávání v této specifické problematice nezbytné, neboť tento problém nestačí vnímat jen jako výchovný.



## 16 Hypotéza výzkumu

Hypotézu výzkumu jsme stanovili následovně:

### ***Učitelé nemají relevantní informace o problematice ADHD.***

Jak jsme popsali výše, a z praktické znalosti školského prostředí se domníváme a obáváme, že učitelé nemají dostatečné množství informací o ADHD. Jejich znalosti jsou většinou pouze povrchní a zkreslené, neuvědomují si plně významnost problematiky a zodpovědnost za potencionální vliv na život dítěte a celé společnosti.

K vyslovení této hypotézy nás vede nesoulad mezi znalostmi problematiky ADHD založenými na nejmodernějších a aktuálních výsledcích odborných studií a praktickými osobními znalostmi školského prostředí. Domníváme se, že by se v případě potvrzení hypotézy měly nastartovat mechanismy k úpravě systému vzdělávání budoucích pedagogů a také nápravy a zlepšení stavu vzdělávání postgraduálního.

### 16.1 Zdůvodnění výzkumu

V této kapitole heslovitě vysvětlujeme předchozí podklady pro hypotézu výzkumu:

- ADHD, jakožto neurovývojová porucha, prezentuje na základě výzkumu a nejmodernějších zobrazovacích metod a zobrazovacích vyšetření centrální nervové soustavy jasně prokázané onemocnění. Existuje dostatečné množství informací o tom, co je příčinou této poruchy.
- Jako onemocnění je ADHD uznáno Evropskou lékovou agenturou EMA (*European Medicines Agency*) i americkým Úřadem pro léky a potraviny FDA (*Food and Drug Administration*).
- Je doloženo, jak lze ADHD zvládat. Buď pomocí správného přístupu, nebo psychoterapií či farmakologicky. V klinických studiích cílená léčba prokázala signifikantní účinnost na symptomatologii ADHD (Paclt a kol., 2007).
- Velmi podrobně jsou popsány klinické příznaky a projevy v jednotlivých obdobích života člověka. Víme, že takové děti m. j. nejsou schopny potlačit

rušivé podněty, nejsou schopny odložit okamžitý nápad a odměnu a chybí jim vnitřní kontrola.

- Je prokázáno, že příčinou problematických projevů, které jsou zároveň symptomy, není špatná výchova ani špatná strava. Výchova a přístup k dítěti může míru onemocnění pouze ovlivnit, nikoliv způsobit.
- Je prokázána genetická podmíněnost této poruchy s vysokou heritabilitou.
- Je známa celosvětová prevalence. Výsledky se v jednotlivých studiích liší (prevalence se uvádí od 5 % do 10 %). Kdybychom se však přiklonili k té nižší hranici, pravděpodobnost toho, že má každý učitel ve své třídě alespoň jedno dítě s touto poruchou, hraničí s jistotou.
- Počet diagnostikovaných dětí s ADHD je na území České republiky méně než poloviční oproti prevalenci. Vzhledem k tomu, že v naprosté většině je tím, kdo poukáže na problematické chování dítěte právě učitel, stává se tak nesmírně důležitou osobou. Může včas pozitivně ovlivnit nejenom život dítěte, ale i celé rodiny a jejího okolí.
- Zastáváme proto názor, že pedagog musí být o problematice hyperkinetických dětí podrobně a důkladně vzdělán, aby práci s dětmi s ADHD nejen efektivně zvládal, ale také na ni včas poukázal.

ADHD je z hlediska příčiny vzniku a příčiny projevů problém primárně medicínský. To si mnoho učitelů neuvědomuje a vnímají problém spíše jako výchovný. Domníváme se, že je to absencí dostatečného a relevantního množství informací. Vnímáme jako velmi důležité ověřit naši hypotézu v praxi a potvrdit nebo vyvrátit jednotlivá tvrzení.

## 17 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Při přípravě výzkumu jsme vycházeli z předpokladu, že učitelé mají dostatečné množství informací o ADHD, informace jsou správné, podložené nejnovějšími vědeckými důkazy, neovlivněné mýty a dezinformacemi. Proto byl název dizertační práce koncipován jako *Analýza připravenosti učitelů zvládat problematiku chování dětí s neurovývojovou poruchou ADHD*.

Cíl výzkumu tedy byl zjistit, jak jsou učitelé schopni si poradit s problémy, které vyplývají z tohoto onemocnění či poruchy. Tento prvotní cíl jsme se však rozhodli dále rozvíjet a upravovat. Během přípravy výzkumu jsme totiž zjistili, že je úroveň informovanosti učitelů o problematice ADHD pravděpodobně nedostačující. Jelikož jsme chtěli zkoumat zvládání konkrétního problému z pohledu praktického, rozhodli jsme se spíše zjistit, na jaké úrovni jsou teoretické znalosti učitelů o ADHD (jak jsou učitelé z odborného hlediska připraveni).

**Cíle výzkumu** jsme si tedy stanovili následovně:

1. *Zmapovat znalosti pedagogů v problematice ADHD.*
2. *Definovat klady a nedostatky a navrhnout strategii pro případné zlepšení.*

### 17.1 Výzkumné otázky

K maximálnímu dosažení stanovených cílů výzkumu jsme si definovali výzkumné otázky. Co nejpřesnější a nejvýstižnější znění otázek nám pomohlo nejen ke splnění výzkumných cílů, ale také k vytvoření výzkumného designu, přesné strategie a adekvátní metodologie.

**Klíčová výzkumná otázka** práce tedy zní: ***Jsou učitelé připraveni na práci s dětmi, které mají syndrom ADHD?***

V teoretické části práce jsme se zmiňovali o tom, že dětem s ADHD je ve světě věnována mimořádná pozornost. Důvodem je, že ADHD je jednou z nejčastějších pedopsychiatrických diagnóz. Má také významný dopad na život jedince i celou společnost. Je ale současně poměrně dobře a úspěšně léčitelné, obzvláště pokud

se ho podaří včas diagnostikovat. Z předložených dat o prevalenci vyplynulo, že přibližně každé osmnácté dítě má ADHD. Dalo by se tedy zcela objektivně říci, že na základních školách je v každé třídě s průměrným počtem dětí jedno až dvě děti s ADHD. Pravděpodobnost kontaktu ve výchovně vzdělávacím procesu je téměř stoprocentní.

**Doplňující otázky výzkumu** byly stanoveny následovně:

- 1. Na jaké úrovni je povědomí a informovanost učitelů o této problematice?*
- 2. Vědí učitelé, co ADHD znamená z hlediska zdravotního a jak ovlivňuje život dítěte?*
- 3. Vnímají problematiku jako záležitost výchovnou nebo zdravotní?*
- 4. Vědí učitelé, že mají velmi pravděpodobně ve třídě dítě s ADHD?*
- 5. Vědí učitelé, že ADHD nerovná se „zlobivé a nevychované“ dítě, a že tedy potřebuje odlišný přístup?*

A pokud vědí o dítěti, kterému je diagnostikováno ADHD:

- 1. Zatěžuje učitele práce s těmito dětmi, i když nejsou zařazeny do speciální třídy?*
- 2. Jaká jsou očekávání učitelů od spolupráce s PPP, případně pedopsychiatry?*

## 18 Metodologie a design výzkumu

V tomto projektu jsme využili kvantitativně orientovaný výzkum zaměřený na shromažďování a následnou analýzu dat. Jako výzkumné metody jsme zvolili **dotazník** a **interview**. Nejprve probíhal kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Důvodem byly zejména přednosti dotazníku, kam patří možnost zkoumat najednou a relativně rychle větší počet osob, ale i získání většího množství výchozích údajů. Také jsme takto zachovali odstup a nestrannost. Po shromáždění a analýze dat jsme následně provedli výzkum metodou interview, neboť bylo potřeba také detailně proniknout do postojů, názorů a myšlení respondentů a porozumět jim.

Z nabídky druhů interview jsme zvolili **polostrukturované interview**, protože respondentovi byla nejprve nabídnuta odpověď a následně probíhalo doptávání, vysvětlování a objasňování postojů a myšlenek. Tyto metody měly zajistit splnění cíle, tedy získat komplexní výsledky a dostatečné množství informací a dat od respondentů. Na základě nich bylo možné vyhodnotit povědomí a informovanost pedagogů v České republice o problematice ADHD. Spojením techniky dotazníků a hloubkového interview jsme se snažili dostat k samotné podstatě problému. Explorativní metoda byla zvolena právě z tohoto důvodu. Posloupnost jednotlivých kroků je detailně rozpracována v kapitole 19.

Dále jsme řešili, jakým způsobem provedeme vyhodnocení a analýzu dat. Už před začátkem výzkumu jsme totiž zjistili, že v České republice neexistuje norma, která by ohraničovala rozsah informací, které by měly být učitelům o problematice ADHD předávány (více kap. 19.2.1.). Toto se týká jak pregraduálního, tak postgraduálního studia. Nedalo se tedy explicitně říct, co vše by měli učitelé o dané problematice vědět. Na základě odpovědí z dotazníku se sice dalo zpracovat a statisticky vyhodnotit množství správných a špatných odpovědí, ovšem takový výsledek neměl kvůli absenci normy a objektivní posuzovací škály vypovídající hodnotu. Jsme ale přesvědčení, že tento fakt nesnižuje validitu a reliabilitu dat. Správnost odpovědí tedy posuzována byla, ale pouze okrajově a bez statistické významnosti a sloužila jako odrazový můstek k následnému interview. Z těchto důvodů jsme přistoupili k rozboru dat metodou

**obsahové analýzy textu**, a to způsobem nekvantitativním. Obsahová analýza tak tvořila samotnou podstatu výzkumné metody. Kvůli absenci norem jsme se nesnažili explicitně numericky zpracovávat data. Snažili jsme se zkoumané jevy na základě výpovědí pochopit, vysvětlit a objektivně a přesně interpretovat.

## **18.1 Zpracování dat**

Zpracování dat a jejich analýza byla prováděna samostatně pro každý sledovaný okruh problematiky. Jednotlivé otázky v daném tematickém okruhu byly analyzovány zvlášť. Data, která vzešla z odpovědí dotazníku, byla exportována a zpracovávána v programu *DB Browser for SQLite*. Vzešlé závěry odpovědí respondentů z kvantitativního dotazníku byly dále porovnávány a doplňovány pomocí odpovědí z kvalitativního rozhovoru.

## **19 Plán a organizace výzkumu**

### **19.1 Specifikace výzkumné populace**

V první fázi jsme si specifikovali a utvářeli výzkumnou populaci. Tu pro tento výzkum tvořili **učitelé z různých typů školských zařízení**. Ke zcela objektivnímu ověření hypotézy bylo potřeba oslovit široké spektrum škol. Systematické členění jsme provedli z několika hledisek. První se týkalo geografického rozložení jednotlivých škol, kdy jsme se snažili zapojit do výzkumu školy z různých částí republiky. V případě potřeby by bylo možné porovnávat data například i mezi jednotlivými kraji. Dalším kritériem byl počet obyvatel měst, ve kterých se škola nachází, a počet žáků ve škole. Domnívali jsme se, že výsledky se mohou lišit na základě těchto kritérií.

Situace ve velkých školách, kde jsou speciální třídy, speciální pedagogové a psycholog, bude pravděpodobně odlišná od škol, které těmito specialisty nedisponují. Dále jsme oslovili školy s velkým počtem tříd, a tedy jistě detailně propracovanou strukturou a odděleným systémem práce s žáky různých hendikepů. Oslovili jsme i menší neboli „vesnické“ školy o několika třídách. Další výběr škol byl dle zřizovatele. Osloveny byly školy státní, soukromé i alternativní.

### **19.2 Vytvoření souboru položek do dotazníku**

Tato oblast výzkumu zahrnovala vytvoření souboru položek pro dotazníkové šetření. Záměrně používáme označení položka a ne otázka, protože všechny výroky v dotazníku neměly formu tázací věty. Při tvorbě souboru položek jsme museli zohlednit dvě kritéria:

1. Položky musely být samozřejmě sestaveny tak, aby co nejpřesněji souvisely se stanovenými cíli výzkumu.
2. Druhé kritérium bylo mnohem složitější a týkalo se míry odborných znalostí problematiky ADHD. Tento aspekt souvisí i s analýzou sesbíraných dat a je potřeba ho detailně vysvětlit.

### **19.2.1 Kritérium míry odborných znalostí**

Tuto problematiku jsme začali konzultovat na úrovni MŠMT (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy), protože do výzkumu byli zapojeni učitelé, kteří jsou absolventy různých pedagogických fakult celé České republiky. Snažili jsme se tak zjistit, zda nějakým způsobem MŠMT ovlivňuje vzdělávání v této problematice. Pro konzultaci nám byla přidělena Mgr. Kristýna Olšáková, ministerský rada z Oddělení předškolního, zájmového, speciálního a základního vzdělávání MŠMT.

**První dotaz** se týkal pregraduálního vzdělávání. Dotazovali jsme se na to, *zda existují doporučení nebo dokonce nařízení ze strany MŠMT pro pedagogické fakulty ohledně rozsahu vzdělávání učitelů v problematice ADHD*. Zasláná odpověď byla následující:

*„Rámcové požadavky na studijní programy připravující pedagogické pracovníky neobsahují požadavek zahrnutí speciálně-pedagogických předmětů. Ve většině případů jsou tyto předměty zahrnuty pod složku pedagogicko-psychologickou.*

*Zaměřují se na vzdělávání žáků znevýhodněných, ale také na práci se žáky nadanými. Případně se s dotazem můžete obrátit také na Národní akreditační úřad pro vysoké školství.“*

Věc jsme tedy dále telefonicky konzultovali s ředitelem NAÚ (Národní akreditační úřad pro vysoké školství) PhDr. Jiřím Smrčkou, PhD. Odpověď byla následující:

*„Na základě autonomie vysokých škol, NAÚ nezasahuje až do takových podrobností, jako jsou témata a rozsah jednotlivých bloků vzdělávání spadajících do složky pedagogicko-psychologické“.*

Stav vzdělávání v problematice ADHD na různých pedagogických fakultách v ČR jsme se rozhodli prozkoumat blíže a této činnosti je věnována kapitola 21. Ze zjištění vyplývá, že úroveň znalostí o problematice ADHD může být u jednotlivých absolventů různých pedagogických fakult v ČR diametrálně rozdílná, což může být pro práci s dětmi velmi rizikové.

Paní Mgr. Olšákové jsme se dále ptali na to, **zda existují aktivity ze strany MŠMT ohledně postgraduálního vzdělávání?** Větší část aktivních pedagogů se totiž



s konceptem ADHD během studia nemuselo setkat. Mohli se setkat s některými staršími koncepty jako je LMD nebo také s žádnými. Odpověď opět předkládáme:

*„Na webu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) lze nalézt seznam vzdělávacích programů v dalším vzdělávání pedagogických pracovníků <https://www.msmt.cz/vzdelavani/dalsi-vzdelavani/databaze-akci-dvpp>. Vzdělávací kurzy nabízí také Národní pedagogický institut ČR, a to i v oblasti vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami <https://www.nidv.cz/vzdelavaci-programy>. Kvůli současné epidemiologické situaci je však vzdělávací nabídka omezena“.*

Nabídku kurzů a školení jsme se také pokusili dohledat a tomuto tématu je věnována kapitola 22. Instituce, které školení v problematice ADHD nabízejí mají omezenou kapacitu na několik akcí za rok a z praxe víme, že účast je zcela dobrovolná.

Z těchto zjištění nám vyplynulo, že kritéria pro míru odborných znalostí učitelů v problematice ADHD nejsou dána a při tvorbě položek jsme z tohoto faktu museli vycházet.

### **19.2.2 Tvorba dotazníku**

Při sestavování položek našeho výzkumu jsme museli zohlednit výše zmíněný fakt, že neexistuje pevná hranice toho, co by měl pedagog o ADHD vědět. Úskalí otázek tedy bylo, abychom nezjišťovali nezjistitelné. Jinými slovy, abychom nehodnotili pouze formou správná – chybná odpověď a z procentuálního zastoupení nevyvozovali závěr.

Při tvorbě dotazníku jsme se řídili těmito faktory:

- Za prvé to byly jednotlivé vytyčené cíle výzkumu. Nejprve jsme zvolili základní oblasti (problémy), které jsme následně rozdrobili na další podproblémy.
- Dále jsme se řídili osobními znalostmi problematiky ADHD. Zde se nejvíce promítl subjektivní rozpor mezi aktuálními teoretickými znalostmi problematiky a osobními praktickými zkušenostmi z profesního i osobního života.
- Svou roli při sestavování položek sehrály také mýty a dezinformace týkající se problematiky ADHD. Tvorbu dotazníku jsme konzultovali s odborníky z řad speciálních pedagogů, psychologů a psychiatrů. I přesto, že kvůli absenci normy

není možné objektivně definovat a zhodnotit dostatečnost znalostí učitelů o problematice ADHD, vytvořili jsme si vlastní subjektivní kritéria dostatečnosti. Ty byly vytvořeny na základě zmiňovaných konzultací s odborníky, vlastních znalostí, osobních zkušeností a psychiatrických diagnostických kritérií pro ADHD, neboť pedopsychoiatri jsou v současné době jedinými specialisty potvrzujícími diagnózu ADHD u dětí.

Každá položka se detailně upravovala z hlediska formy i obsahu tak, aby byly položky rychle pochopitelné a vypovídající. Kostru dotazníkového šetření tedy utvořil soubor osmi okruhů s přesně formulovanými položkami. Okruhy a jednotlivé položky jsou detailně popsány v kapitole 20.1 empirické části výzkumu.

### **19.3 Pilotážní průzkum a předvýzkum**

Vzhledem k tomu, že jsme nenalezli žádnou předchozí práci, na kterou by se dalo navázat, probíhala nejprve pilotáž. Pilotáž trvala tři měsíce (09-11/19). Nejprve bylo vybráno 10 osob, na kterých byla pilotáž provedena (1 pedopsychoiatri, 1 psycholog, 1 speciální pedagog z PPP, 2 pedagogové z osmiletého gymnázia a 5 pedagogů ze základní školy). Výběr byl cílený co do specializací, ale náhodný co do respondentů. Těmto osobám jsme jen stručně a velmi obecně vysvětlili úkol a hned jim předložili pilotní internetový dotazník.

Respondenti vyplňovali dotazník postupně, samostatně, ale měli povinnost informovat nebo položit dotaz ihned během vyplňování, pokud vnímali nějaké nejasnosti. Jakákoliv nejasnost, pochybnost či nesrozumitelnost byla zaznamenána pro další úpravu.

Následovala diskuze ohledně obsahu, formy i emocionální stránky samotného vyplňování dotazníku. Během této diskuze jsme si utvářeli, ověřovali, upravovali a konkretizovali jednotlivé položky do dotazníkového šetření a ověřovali proveditelnost. Vzhledem ke složitosti problematiky to bylo velmi prospěšné, neboť respondenti pilotního výzkumu otázkám často dostatečně neporozuměli nebo je špatně pochopili. Dotazníkový soubor i jednotlivé otázky bylo také potřeba zkrátit kvůli ztrátě motivace respondentů podrobný a dlouhý dotazník vyplňovat. Na závěr byla provedena kontrola

po technické stránce, tedy import a uložení dat do souboru. Odpovědi byly ukládány jednoduše pomocí Google účtu.

## **19.4 Výzkumný vzorek**

Jak bylo řečeno v kapitole 19.1, populaci pro kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření tvořili učitelé z různých typů školských zařízení. Na základě výše zmíněných kritérií jsme tvořili výzkumný vzorek. Vytipovali jsme 30 škol z celé České republiky, a to na základě dostupných dat webových stránek škol. Odhadovali jsme, že pokud se do výzkumu zapojí průměrně deset učitelů z každé školy, dostaneme vypovídající vzorek od 300 respondentů. Následně jsme kontaktovali vedoucí pracovníky vybraných škol s žádostí o spolupráci s vyplněním a rozesláním dotazníku jednotlivým učitelům. Byla možnost zapojit i více učitelů z jedné školy. Jejich výběr měl být náhodný a zapojení do výzkumu naprosto anonymní a dobrovolné. Kromě standardních dat o respondentovi jsme požadovali identifikaci školy, kde respondent působí. Kontakt se školským zařízením byl buďto osobní, telefonický nebo pomocí mailu.

V následné fázi výzkumu jsme museli přistoupit k významné změně oproti plánu. Vybraných 30 škol bylo osloveno během měsíce března 2020. Devatenáct oslovených pracovníků škol, většinou ředitelů, velmi striktně odmítlo takovou spolupráci, a dokonce ani nechtěli abychom pedagogy oslovovali s vysvětlením vysokého pracovního vytížení pedagogů a pocitu nedostatečné důležitosti zkoumání této problematiky. V této době se učitelé sžívali s distanční výukou zapříčiněnou koronavirovou pandemií. Byli jsme tak nuceni zvolit jiný postup. Abychom získali včas dostatečné množství dat, rozhodli jsme se oslovovat pedagogy individuálně přes veřejně dostupné mailové adresy. Učitele na školách, kde ředitelé spolupráci odmítli, jsme neoslovovali. Při výběru respondentů jsme se snažili dodržet výše zmíněná kritéria tak, aby byla zachována pestrost a vypovídající hodnota odpovědí. Pouze jsme z dotazníku vyřadili otázku k identifikaci školy, protože by (kvůli cílenému oslovování konkrétních učitelů) nemusela být splněna anonymita. Ke každému mailu jsme připojili krátký průvodní

a motivační dopis vysvětlující důležitost, důvod a cíl výzkumu. Učitelům byl tedy rozeslán mail s průvodním dopisem a odkazem na dotazník, který byl uložen na Google účtu. Zde byla data zároveň shromažďována. Rozsah dotazníku jsme ještě upravili tak, aby svou délkou nedemotivoval respondenty. Tato fáze výzkumu byla časově omezena na půl roku a po uplynutí této doby byla možnost vyplňování dotazníku uzamčena. Návratnost dotazníku ale nebyla uspokojivá.

Dotazník byl rozeslán na 904 mailových adres. Bohužel zájem o vyplnění dotazníku byl malý a **návratnost vyplněných dotazníků byla pouze 22 %**. Analyzovali jsme tyto důvody. Jedním byla vysoká četnost různých zájmových skupin o vyplňování dotazníků. Pedagogové jsou zahlceni takovými maily a nedokážou, a často se ani nesnaží rozklíčovat důležitost sledování. Většinou žádost o vyplnění odmítnou a mail vymažou ještě před přečtením. Zcela objektivně jsme museli uznat, že časová rezerva a motivace respondentů neodpovídala rozsahu plánované analýzy. Dalším důvodem bylo již zmiňované zamítnutí o přeposlání dotazníku u nadřízených pracovníků. Celkem se tak do výzkumu zapojilo **199 učitelů** (n = 199) různých škol, různých odborností a pedagogických zkušeností, různého věku a pohlaví. Je otázka, zda by větší množství odpovědí dodalo přesnější informace o problému. Na základě výsledků se domníváme, že nikoliv, a že takovýto vzorek je vypovídající a reprezentativní.

## **19.5 Shromáždění a analýza dat**

V další fázi výzkumu jsme provedli shromáždění zaslaných dat a pomocí již zmíněného programu jsme přistoupili k analýze odpovědí dle výše zmíněných kritérií. Zde je nutno poukázat na několik problémů a úskalí. Otazník samozřejmě visí nad validitou dat anonymního vyplňování dotazníku. Nebylo možno kontrolovat individuální vědomosti a názory respondentů. Mohli při odpovídání spolupracovat a vzájemně se ovlivňovat, což by bylo v tomto případě spíše nežádoucí. Dále nevíme, jestli respondenti dodrželi instrukce odpovídat bez dodatečného zjišťování a dohledávání informací. I z těchto důvodů bylo velmi důležité doplnit výzkum hloubkovým interview. Jednak proto, abychom vyloučili nebo potvrdili domněnky o samostatnosti při vyplňování dotazníku

po internetu, ale hlavně proto, abychom mohli získané informace doplnit, konkretizovat a vyvodit objektivní závěr.

## 19.6 Interview

Po shromáždění a analýze dat jsme provedli dodatečný výzkum metodou interview. K tomuto účelu bylo vybráno dalších **15 pedagogů**. Výběr respondentů byl takový, že jsme hledali speciální pedagogy, učitele s různou délkou praxe, z různých typů škol a různého pohlaví. Všech těchto patnáct učitelů bylo nejprve obecně seznámeno s problematikou výzkumu. Důležité bylo je na jedné straně motivovat ke spolupráci, ale zároveň informovat tak, aby nedošlo k ovlivnění odpovědí učitelů.

Vzhledem k anonymitě jsme nevyžadovali souhlas se zpracováním dat. Každé interview probíhalo individuálně v přesně domluveném termínu a čase. Docházelo k pečlivému zaznamenávání informací a ihned po skončení proběhla prvotní kategorizace dat. Ta odpovídala vytvořeným okruhům problematiky. Ještě téhož dne po každém interview jsme provedli podrobnou analýzu a rozbor jednotlivých odpovědí. Interview s respondenty doplňovalo, upřesňovalo a potvrzovalo předchozí dotazníkový výzkum. **Kostru rozhovoru tvořily stejné otázky či položky jako v dotazníku.** Jednotlivé položky se pouze detailněji rozebíraly a dle potřeby se přidaly otázky týkající se praxe a samotné práce s dětmi ve třídě. Ocenili jsme profesionální přístup pedagogů, vstřícnost, otevřenost, bezprostřednost a výsledný raport.

Úskalím této části sběru dat bylo menší množství respondentů. I přes časovou a technickou náročnost interview jsme přesvědčeni, že získaná data jsou velmi cenná, neboť velmi přesně odráží realitu.

## 20 Empirická zjištění

Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, kvantitativní dotazník byl rozdělen na základních **osm okruhů**. Tyto okruhy respondenti neměli možnost rozpoznat z důvodu objektivitu. Každý okruh odpovídal specifické oblasti problematiky ADHD, kterou jsme se snažili analyzovat. Jednotlivé okruhy se v dotazníku prolínaly tak, aby jednotlivé otázky neovlivňovaly ty následující. Otázky tedy z psychologických důvodů neutvářely logickou posloupnost. Položky v dotazníku byly uzavřené, buďto typu přímé odpovědi na uzavřenou otázku nebo byl výběr z několika odpovědí. V dotazníku bylo možné označit pouze jednu správnou odpověď a správná odpověď mohla být i mírně zavádějící, typu „Nic z toho“. Celkem bylo položeno **48 otázek**, kdy v poslední byl dán prostor pro názory a podněty respondentů.

### 20.1 Vyhodnocení odpovědí

Vyhodnocení odpovědí probíhalo tak, že se nejprve posoudila položka z dotazníku. Orientačně se vyhodnotilo množství správných odpovědí. Dále se v každé otázce sledovalo, jaké ostatní varianty respondenti volili a v jakém poměru. Vše se pečlivě zaznamenávalo a nesrovnalosti se podrobněji probíraly v následném interview. Po sloučení dat z dotazníku a interview jsme jednotlivé okruhy uzavřeli závěrem, který obsahoval shrnutí poznatků a z nich vyplývajících hrozeb. Tyto poznatky jsou odrazem povědomí pedagogů o problematice ADHD, jsou odrazem připravenosti učitelů zvládat práci s dětmi s ADHD a definované hrozby by mohly být odrazovým můstkem ke zdokonalování současného stavu vzdělávání pedagogů.

#### 20.1.1 Okruh 1

První okruh tvořily otázky týkající se respondenta. Otázek bylo osm a dotazovali jsme se na pohlaví, věk, délku praxe, počet dětí ve škole, typ a zaměření školy, velikost obce dle počtu obyvatel a specializaci učitele. Důvodem takového členění bylo zachovat v případě nesrozumitelnosti možnost analyzovat odpovědi dle dalších kritérií, např. na základě délky praxe nebo velikosti školy.

Respondentů se do výzkumu pomocí kvantitativního dotazníku zapojilo 199 (n = 199). 83,9 % byly ženy, 16,1 % muži, což koreluje se zastoupením mužů a žen v učitelské profesi dnešní doby. Z hlediska věku respondentů bylo zastoupeno 6,6 % učitelů do 30 let, 41,2 % tvořila skupina učitelů ve věku 31-45 let. Početně největší skupinu 43,7 % tvořili učitelé ve věkovém rozmezí 46-60 let a nad 61 let bylo zastoupeno 8,5 % učitelů. Z hlediska délky praxe to vypadalo takto: praxe do 5 let – 10,6 %, 6-15 let praxe - 29,6 %, 16-30 let praxe – 40,2 %, více než 31 let praxe – 19,6 %. Dalším kritériem byla velikost školy podle počtu dětí. Z relativně malých škol do 100 dětí se zapojilo 5,5 % učitelů. Škol do 500 dětí to bylo 55,1 % a nad 500 dětí 39,4 %. Do výzkumu jsme se snažili zapojit učitele z různých typů škol. Většinu tvořili učitelé z tzv. tradičních škol, a to 92 %. Zbytek tvořily školy s alternativním přístupem ke vzdělávání. Posledními kritérii byla velikost obce, kde učitel pracuje, podle počtu obyvatel a specializace učitelů.

Do výzkumu pomocí interview jsme oslovili 15 učitelů (n = 15). V tomto případě nejsou data tak obsáhlá, a to ze dvou důvodů. Za prvé, vzorek je relativně malý. Za druhé, hlavním cílem rozhovorů s těmito učiteli, bylo vyjasnění nesrovnalostí a nejasností, které vyplynuly z anonymního dotazování. Někdy nabídnutý rozsah odpovědí v dotazníku limitoval respondenty a občas jsme zaznamenali snahu o tvorbu vlastních odpovědí. Toho jsme se snažili využít právě v dodatečném interview. Zároveň jsme se pomocí této metody mohli dostat více do hloubky problematiky, a lépe tak definovat problém a navrhnout prostor pro zlepšení.

### **20.1.2 Okruh 2**

Okruh dva zahrnoval obecné znalosti a povědomí o ADHD. Vycházeli jsme z předpokladu, že znalosti pedagogů o ADHD jsou spíše povrchní a nezahrnují podstatu onemocnění. Otázek tohoto okruhu bylo také osm a zahrnovaly tato témata: prevalence, význam zkratky ADHD, pohled na problematiku z hlediska typu onemocnění, výchovy a životního stylu.

První otázka byla na samotnou zkratku ADHD. Pro výsledky výzkumu ji nepovažujeme za podstatnou. Cíl otázky byl spíše kontrolní. V dotazníku totiž odpovědělo 78,8 %

respondentů kladně na znalost jednotlivých písmen ve zkratce ADHD. V rozhovoru už to byli pouze dva z patnácti, kteří dokázali jednotlivá písmena vysvětlit, oba dva se zvládnutou angličtinou. Potvrzuje to výše zmiňované úskalí anonymních dotazníků, tedy možnost spolupráce respondenta s jinými osobami, dohledávání dat a úskalí tipování. O to cennější jsou dodatečné výsledky z rozhovorů.

Druhá otázka se týkala povědomí o prevalenci. Prevalence ADHD je v České republice 6-8 % pro děti školního věku, v poměru chlapců a dívek 3 až 5:1 (Paclt a kol., 2007). Odpovědi respondentů tomuto údaji většinou odpovídají, neboť 48,2 % odpovědělo, že ADHD má v populaci 5 dětí ze 100, což se nejvíce přibližuje skutečné prevalenci. Dále 26,1 % respondentů odhadovalo dokonce 10 dětí ze 100. Tento údaj nás zaujal a zaměřili jsme se na něj v doplňujícím interview. U respondentů, kteří tuto variantu zvolili, jsme zjišťovali důvody. Z našich zjištění vyplynulo, že **mnozí učitelé odhadují takto vyšší prevalenci proto, že do problematiky ADHD zahrnují i děti, které jsou třeba i jen více temperamentní, hyperaktivní a hůře zvladatelní.** Toto vyplynulo z odpovědí u 11 z 15 dotázaných učitelů. Na tento problém, tedy **nadužívání termínu ADHD**, jsme upozornili už v předchozích kapitolách a výzkum to potvrdil. Za zmínku také stojí, že 33,6 % učitelů si myslí, že prevalence onemocnění je 1-2 %. V interview tak odpověděl jeden respondent a zjistili jsme, že reprezentuje malou skupinu, která má o ADHD jako o onemocnění velké pochybnosti. Poruchu neuznává a bagatelizuje ji.

Ačkoliv téměř polovina respondentů (48,2 %) odpověděla v dotazníku na prevalenci správně, osobní interview potvrdilo spíše to, že většina pedagogů skutečný počet dětí s ADHD v populaci nezná. Jen ho odhaduje dle počtu dětí, se kterými se setkávají ve škole a navíc jen podle subjektivního, většinou spíše nepřesného a amatérského způsobu diagnostiky. Což není chyba, ani to není zarážející. Vyplyvá z toho ale, že je potřebné o prevalenci pedagogy správně informovat a projevy jim správně popsat, aby nedocházelo k tomu, že je skutečné ADHD mezi těmi domnělými přehlíženo, podceňováno nebo naopak nadužíváno. Pomůže to nejenom zacílit na skutečné ADHD, kde má specifický postup smysl, ale pomůže to také změnit skutečnost, že systém v současné době zachytí jen zhruba polovinu dětí s ADHD.



Změnit tento stav by byla jedna z obrovských zásluh pedagogů, neboť neexistuje žádná jiná skupina osob, která má v rukou takovou možnost.

Třetí otázka druhého okruhu se týkala počtu dětí s diagnostikovaným ADHD v jednotlivých třídách školy. Polovina respondentů (50,3 %) odpověděla, že je to jedno dítě ve třídě. To odpovídá realitě, neboť jsme se ptali na diagnostikované děti. Vycházíme z publikovaných dat společnosti Eurostat 9. 9. 2020, která uvádí číslo 19,2 jako průměrný počet žáků ve třídě na jednoho učitele (Eurostat, 2020). Odpovědi z interview procentuálně odpovídaly odpovědím v dotazníku. Zajímavá je ovšem ta část respondentů, kteří zvolili odpověď „neodhadnu“. V dotazníku to bylo 13,6 %. Zde bychom rádi poukázali na problém, který vyplynul až z interview. Někteří pedagogové s rodiči a někdy ani s PPP v problematice ADHD nespolupracují a počet diagnostikovaných dětí opravdu neznají. Buďto ADHD přehlížejí nebo ho záměrně nechávají na rodině nebo psychologovi. V interview to potvrdili dva respondenti. Domníváme se, že toto úskalí je nutné řešit, protože úloha pedagoga ve vzdělávání a výchově dítěte je naprosto klíčová.

Další, čtvrtá otázka okruhu obecných znalostí problematiky se pojí se současným životním stylem. Zde si 25,3 % respondentů myslelo, že ADHD je civilizační choroba. ADHD za civilizační chorobu považovat nemůžeme. Vznik onemocnění jsme popsali v teoretické části práce. Viz kap 4.3. Výsledky z dotazníku a z interview se shodují u této otázky v tom, že 2/3 respondentů nedokáže ADHD nikam zařadit. Nespadá jim totiž do oblasti nemocí či onemocnění. K vysvětlení nám pomohlo důkladné interview, ze kterého vyplynulo, že důvodem je spojení nedostatku informací s klinickými projevy ADHD. Učitelé dokázali popsat projevy dětí s ADHD, obzvlášť pokud se jednalo o hyperaktivní subtyp. Ale klinické projevy těchto dětí, které jsou tak podobné projevům neposlušnosti a nedbalosti, nechtějí mnozí pedagogové, ale ani neodborná veřejnost, vnímat jako zdravotní problém.

Na toto téma navazuje otázka pátá, ve které jsme si chtěli ověřit dosah dezinformací o ADHD. Respondenti odpovídali na to, zda má na vznik ADHD zásadní vliv např. nadbytek sacharidů v potravě, očkování nebo tzv. „éčka“. Na to 22,1 % dotázaných učitelů odpovědělo, že neví a dokonce 26,6 % odpovědělo, že „ano“! I toto téma jsme

v teoretické části výzkumu vysvětlili viz kap 4.3. V interview s respondenty devět z patnácti odpovědělo, že „neví“ a 2 odpověděli, že „ano“, že tyto skutečnosti souvisí se vznikem ADHD. Tato a další podobné dezinformace jsou podle našeho názoru závažné, protože pokud si někteří pedagogové myslí nebo jsou dokonce přesvědčeni, že u dítěte vznikne ADHD kvůli špatné stravě, nemůžeme od takových jedinců chtít, aby vnímali ADHD jako onemocnění, v některých případech dokonce jako velmi závažné. Toto téma dokládá, že neinformovanost otevírá prostor pro mylné úvahy a chybný přístup. I tomu se dá správnou interpretací zabránit.

Šestou otázkou jsme zjišťovali vědomost, zda je ADHD častější u dívek nebo u chlapců. Tato otázka se může zdát na první pohled zbytečná. Že je tomu naopak, vysvětlíme dále. Správnou odpověď, tedy že je častější u chlapců, než u dívek zvolilo v dotazníku 87,9 % respondentů. Dalších 12,1 % nevědělo. V případě interview to bylo podobné, 13 z patnácti odpovídalo pro chlapce. V interview jsme se doptávali, kde tuto informaci získali. Potvrdila se nám domněnka, že toto přesvědčení pramení z praxe, a nikoliv z teoretických znalostí. Tuto otázku jsme zařadili záměrně, protože je důležité upozornit na různé projevy ADHD u chlapců a dívek. Zatím nebyla publikována žádná práce (nebo jsme ji nezaznamenali), která by zvláště rozdělovala jednotlivé subtypy ADHD dle pohlaví.

Nicméně z kazuistik a klinických zkušeností dětských psychiatrů a psychologů vyplývá, že příznak hyperaktivity je u chlapců zastoupen častěji. Velké množství dívek je naopak bez významných projevů hyperaktivity a spadá do subtypu nepozorných. Z tohoto důvodu je ADHD u chlapců lépe viditelné a tato otázka potvrdila to, na co odborníci upozorňují. Tedy to, že ADHD může být u dívek jen snáze přehlédnutelné a je potřeba to brát na vědomí. Tuto teorii, tedy že ADHD je u dívek školního věku často přehlížené, podporuje také vyrovnaný výskyt ADHD mezi muži a ženami v dospělosti. Už v teoretické části jsme podotkli, že z jádrových příznaků ubývá směrem do dospělosti nejvíce hyperaktivita a projevy nepozornosti zůstávají a přetrvávají nezávisle na věku. Je to jedním z vysvětlení, proč je v dospělosti zastoupení ADHD mezi pohlavími stejné (viz kap. 9.1) a proč je vyšší zastoupení ADHD u chlapců oproti dívkám popisováno i v odborné literatuře.

Sedmá otázka opět navazuje, a to v tom, že se právě děti s převahou nepozornosti jeví jako méně inteligentní. Bylo zaznamenáno mnoho případů, kdy takové dítě propadlo nebo dokonce absolvovalo zvláštní školu i přes dostačující intelekt. Zajímal nás současný pohled, a proto jsme se ptali na zkušenosti a souvislost mezi ADHD a nižším intelektem. Tedy 82,7 % respondentů nesouhlasí s tvrzením, že děti s ADHD mají většinou nižší intelekt. To je velmi pozitivní zjištění odpovídající informacím v odborných publikacích, nicméně upozorňujeme, že 12,2 % respondentů si myslí opak. Tedy, že děti s ADHD mají nebo mohou mít nižší intelekt. Výsledky z interview korelovaly s dotazníky. Dva učitelé se přikláněli k možnosti nižšího intelektu u dětí s ADHD. Tuto domněnku jsme podrobně diskutovali. Tito dva respondenti v rozhovoru popisovali své praktické zkušenosti, že to tak opravdu v praxi vypadá. Popisovali časté nepochopení zadání, pomalost a nesamostatnost takových dětí a spojovali to s nižším intelektem. Toto je velmi důležité zjištění, které nás utvrzuje, že problematika ADHD vyžaduje důkladné vysvětlení vedoucí k pochopení fungování nervové soustavy dítěte s ADHD. I přesto, že jsou děti s ADHD, které mají intelekt objektivně nižší.

Poslední otázka tohoto okruhu byla záměrně zavádějící. Dotazovali jsme se, zda je ADHD například hormonální porucha způsobující hyperaktivitu nebo synonymum pro zlobivé děti nebo také nic z toho. 5 % respondentů odpovědělo, že je to synonymum pro zlobivé děti a tento výsledek nás nijak nepřekvapil. Dokonce jsme očekávali vyšší číslo. Spíše nás zajímalo, jak respondenti uchopí pojem hyperaktivita. Pokud pomineme to, že ADHD není porucha hormonální, ale neurovývojová (pedagog nemá medicínské vzdělání), 47,2 % označilo odpověď „Hormonální porucha způsobující hyperaktivitu“ za správnou. V teoretické části jsme poukazovali na přeceňování a zneužívání termínu hyperaktivita. Je to sice jeden ze základních příznaků, ale nemusí být vyjádřen vždy. Opět jsme se snažili tuto otázku rozebrat více v interview s učiteli a potvrdilo se, že učitelé mnoho hyperaktivních jedinců zařazují automaticky jako ADHD, a naopak děti bez vyjádřeného hyperaktivního chování pro ně ADHD nejsou.

Ze sesbíraných dat jednotlivých otázek druhého okruhu vplynuly tyto zobecněné poznatky, na základě kterých definujeme tyto hrozby:

- Učitelé mylně zařazují mezi děti s ADHD syndromem i děti, které jsou jen živější, temperamentnější nebo více zlobí.
- Nedokážou správně rozpoznat typy ADHD, a tak přehlížejí skupinu dětí bez vyjádřené hyperaktivity a impulzivity. Dokonce je mohou vnímat jako méně inteligentní.
- Někteří učitelé se kvůli nedostatečné připravenosti v této problematice odmítají více věnovat dětem s ADHD a přenechávají řešení jen na rodině.
- Celým okruhem obecných znalostí o ADHD se prolíná nízká informovanost, jejímž výsledkem je nerespektování onemocnění ADHD, podléhání mýtům a dezinformacím.

### **20.1.3 Okruh 3**

ADHD má i přes svou složitost jasně definované základní příznaky, které jen bývají různě vyjádřeny. Zjišťovali jsme nejen to, jak učitelé vnímají jednotlivé příznaky ADHD ve své komplexnosti, ale také to, jak vnímají každý příznak zvlášť. Dále to, jestli a jak diferencují jednotlivé typy ADHD, a jak vnímají změnu symptomů ADHD v čase. Znalost základních příznaků a jejich projevů je pro každé onemocnění klíčová a my ji ověřovali v následujících šesti otázkách z pohledu učitelů.

První otázka zněla, kolik je základních příznaků ADHD. Správně, tedy tři jádrové příznaky, odpovědělo v dotazníku pouze 28,8 % dotázaných. Ostatní odpovědi jsou buďto chybné nebo „nevím“ (33,3 %). Opět jsme nehodnotili, zda je množství správných odpovědí dostatečné. Domníváme se ale, že základní tři jádrové příznaky by učitelé měli znát, protože odrážejí problémy, se kterými se dítě potýká. Podstata této otázky tedy tkví v tom, zda se ADHD v očích učitelů nezjednodušuje pouze na problémy s hyperaktivitou. V doplňujícím interview jsme se na to zaměřili. Výsledky byly statisticky obdobné, neboť pouze 3 respondenti z patnácti dokázali vyjmenovat všechny jádrové příznaky. Ostatní dotázaní ani netipovali a zvolili, že neví. Při žádosti o vyjmenování alespoň nějakého příznaku, všech 15 učitelů znalo hyperaktivitu, s ostatními příznaky se trápili. Tato klíčová otázka nám potvrdila nedostatečné znalosti o symptomatologii ADHD, přehlížení ostatních jádrových příznaků a nadužívání

termínu hyperaktivity. Přehlížení či neznalost ostatních klíčových projevů ADHD tak může znamenat chyby při práci s dětmi s ADHD.

V teoretické části jsme popsali, že se na základě jádrových příznaků rozděluje ADHD na tři základní typy. Druhá otázka tedy úzce souvisela s otázkou první a týkala se právě toho, kolik je jednotlivých typů ADHD. Odpovědi z dotazníků nás velmi překvapily, neboť 49,2 % respondentů odpovědělo správně. V interview už byl výsledek jiný. Vyjmenovat základní typy ADHD dokázal pouze jeden respondent, což více odpovídá odhadované realitě. Vysoké číslo správných odpovědí v dotazníku přisuzujeme chybnému zadání. Respondenti měli vybrat z možností od 1 do 5 a neměli možnost zvolit odpověď „nevím“. Nabízí se možnost tipování výsledku, kterou potvrzuje i časté přeskočení této otázky. Zaznamenali jsme pouze 177 odpovědí. Víme, že otázka je poměrně složitá a pro praxi učitele nepodstatná. V pozadí této otázky ale stojí zejména to, zda učitelé znají nepozorný subtyp ADHD. Pedagogové v interview zmiňovali zkratku ADD, a to v deseti případech odpovědí. Tento problém jsme předpokládali, proto jsme otázku zařadili a hlouběji ji prozkoumávali. Na tuto skutečnost totiž přímo navazovala otázka č.3.

V otázce č. 3 jsme se dotazovali na názor, zda: *Děti, které mají pouze poruchu soustředění, jsou mezi ADHD zařazovány mylně, protože nejsou hyperaktivní a jedná se tak o jinou psychiatrickou diagnózu.* Výsledky dotazníku byly takové: 50,5 % s tvrzením souhlasilo a 21,7 % neví. To je poměrně velký soubor respondentů. Z otázek 2 a 3 a následných rozhovorů tedy vyplynulo, že většina dotázaných učitelů nezařazuje čistě nepozorné děti (tedy bez výrazných projevů hyperaktivity a impulzivity) mezi ADHD a vnímají tento subtyp jako jinou diagnózu a jiný zdravotní problém. Skutečný stav věci ohledně diagnostiky a subtypů popisuje kapitola 7.

Navázali jsme otázkou čtvrtou, která zněla: *ADHD dokážu ve třídě rozpoznat, protože hyperaktivita je nepřehlédnutelná.* S tímto tvrzením souhlasilo 69,8 % učitelů a 7,5 % neví. S přihlédnutím k následným interview ukázala tato otázka na již zmiňovaná úskalí. A to, že většina respondentů spojuje ADHD přímo s hyperaktivitou, dítě bez hyperaktivity pro ně není ADHD a vypovídá o zjednodušeném pohledu na diagnostiku onemocnění.

Pátá otázka se týkala též hyperaktivity jen v jiném znění. Zněla tak, že *Hyperaktivita je typický a vždy přítomný projev ADHD*. V dotazníku odpovědělo 51,5 %, že souhlasí, 9,1 % neví. Během interview 11 z 15 respondentů vyjádřilo své přesvědčení, že hyperaktivita je u ADHD zastoupena pokaždé a netušili, že symptomatologie může být tolik heterogenní.

Poslední, šestá otázka tvoří přechod k dalšímu okruhu. Zajímaly nás znalosti na problematiku ADHD z hlediska změn klinických příznaků během růstu dítěte. Zde 38,4 % respondentů v dotazníku správně označilo, že příznaky ADHD většinou přechází z dětství do dospělosti (viz. kapitola 9). Naopak 39,4 % se přiklání k obecně mylné informaci, že s věkem příznaky ADHD v naprosté většině vymizí. Dalších 4 % dotázaných je dokonce přesvědčeno, že ADHD vymizí správnou výchovou. Z dodatečného interview s učiteli se potvrdilo, že i přes zlepšování osvěty a informovanosti je názor, že jedinec z ADHD tzv. vyroste nebo se dá vychovat, velmi rozšířený.

Ze sesbíraných dat jednotlivých otázek třetího okruhu vyplynuly tyto zobecněné poznatky, na základě kterých definujeme tyto hrozby:

- Nedostatečný přehled o základních příznacích ADHD může způsobit chybný přístup.
- Mezi respondenty rezonuje velmi silně zobecňující příznak hyperaktivity, a naopak podceňování její absence.
- Čistě nepozorné typy respondenti snadno přehlédli a nezařazovali je mezi ADHD.
- Dochází k podceňování tohoto onemocnění tím, že je vnímáno jen jako problém, ze kterého dítě vyroste nebo vymizí správnou výchovou.

#### **20.1.4 Okruh 4**

Jak bylo řečeno výše, další okruh souvisí s přechodem symptomů z dětského do dospělého věku. Zařazení tohoto tématu má také své opodstatnění. Domníváme se, že učitelé by měli vědět, že ADHD je neurovývojové onemocnění, u kterého se jednotlivé projevy mění v čase, ale také to, že nekončí dosažením 18. roku života.

Dále by si měli uvědomit, že svým působením mohou ovlivnit jedince na celý život, ať už v pozitivním nebo negativním smyslu. A za další, ADHD je geneticky podmíněné onemocnění a projevy, které vidí učitel u dítěte ve své třídě, nemusí být důsledkem špatné výchovy a budou velmi pravděpodobně znatelné i u jednoho z rodičů. A pokud rodič nezvládá sám sebe, těžko zvládne vytvořit správný režim pro své dítě s ADHD. S tímto by měl učitel v komunikaci s rodinou počítat. Okruh čítá dvě otázky.

První otázka obsahovala tvrzení, že *ADHD je vývojová záležitost a děti z něj v naprosté většině vyrostou*. S tímto tvrzením souhlasilo 30,2 % respondentů dotazníkového šetření. Dalších 15,1 % odpovědělo, že neví a 54,8 % nesouhlasilo. Tento výsledek koreluje s podobnou otázkou, otázkou č. 6 okruhu č. 3, zda příznaky ADHD přechází do dospělosti. Tento výsledek je poměrně pozitivní zjištění, které jsme porovnali s odpověďmi z interview. Výsledek byl takový, že z patnácti učitelů jen 4 tvrdili, že ze symptomatologie ADHD děti tzv. „vyrostou“. Tři učitelé věděli správnou odpověď, tedy, že ADHD přechází do dospělosti z více než 60 % (viz. kapitola 9). Pozitivní je, že dalších 8 učitelů vědělo, že ADHD přechází do dospělosti. Nevěděli pouze, v jaké míře, spíše se přikláněli k nižším hodnotám.

V druhé otázce jsme se zaměřili na výskyt ADHD už jen u dospělých jedinců (18+). Výsledky numericky odpovídaly výsledkům v předchozí otázce. Překvapující byla odpověď, že v dospělosti se jedná o úplně jinou problematiku. Tuto možnost zvolilo 13,1 % respondentů. V interview si toto nemyslel nikdo.

Ze sesbíraných dat jednotlivých otázek čtvrtého okruhu vyplynuly tyto zobecněné poznatky:

- Učitelé mají správné informace o tom, že ADHD přechází do dospělosti. Překvapilo je pouze to, v jaké míře.
- Neuvědomují si souvislost s možným postižením u rodičů, které může zhoršovat spolupráci s rodinou.

### 20.1.5 Okruh 5

V souvislosti s přechodem příznaků do dospělosti vyvstává otázka vzniku onemocnění a dědičnosti. Pokládáme za nesmírně důležité vědět, že je ADHD geneticky podmíněné onemocnění, tedy že nevzniká špatnou výchovou nebo stravou. Pátý okruh zahrnoval pouze dvě otázky, a to otázku na vznik onemocnění a otázku na projevy ADHD z hlediska řekněme historického. Genetika hraje v případě ADHD významnou úlohu nejen pro jeho vznik, ale i pro pochopení samotných klinických příznaků.

V první otázce jsme se dotazovali na vznik ADHD. V dotazníku 25,8 % respondentů odpovědělo správně, že ADHD se většinou dědí po rodičích (viz kapitola 4.3). Dalších 34,3 % si naopak myslí, že ADHD není dědičná záležitost. Dalších 25,8 % je přesvědčeno, že je ADHD důsledek moderní doby a civilizačních vlivů. Zbytek respondentů si zvolilo možnost selhání výchovných prostředků nebo, že „neví“. Opět bychom se neměli upínat na to, že pouze ¼ respondentů znala správnou odpověď. Chybí norma. Pro práci s dětmi je mnohem závažnější to, jaké množství pedagogů vnímá ADHD jako důsledek špatné výchovy nebo civilizačních vlivů. V interview se dále potvrdilo, že genetická podmíněnost vzniku ADHD je pro pedagogy velkým překvapením, a teprve s vyjasněním této otázky začali nahlížet na ADHD jako na zdravotní komplikaci nezpůsobenou dítětem, rodinou nebo okolím.

Druhá otázka navazovala na předchozí. Zjišťovali jsme, jaké je povědomí o ADHD v době nedávno minulé, tedy jak je možné, že příznaky u dětí před sto lety nebyly. Otázka byla záměrně mírně zavádějící. Zavádějící proto, že data z této doby nemáme a že kvůli neurovývojovému základu ADHD se předpokládá, že je součástí lidské populace od jejího vzniku. Celých 44,4 % respondentů v dotazníku uvedlo, že důvodem je dominance jiného životního stylu. Dále 6,1 % oslovených učitelů si myslelo, že před sto lety ADHD nebylo díky pevnější výchově a větší autoritě učitelů a 11,1 % „nevědělo“. Zbytek, 38,4 % zvolilo řekněme správně, že žádná odpověď není správná. Při ověřování v interview se potvrdilo, že většina dotázaných si nedovede s touto otázkou poradit. Konkrétně 10 respondentů z 15. Je přirozené, že rozhodnout se o skutečnosti před sto lety je bez dostatečných znalostí pouhé hádání. Povšimněme



si ale nadpolovičního množství odpovědí, které se přiklánějí k životnímu stylu, výchově a autoritě učitele. Respondentům v interview jsme v diskuzi nad touto otázkou pomohli informacemi z předchozí otázky. Tedy vlivem dědičnosti. Při doplnění dotazu o genetickou zátěž u ADHD onemocnění už se jich více zamýšlelo nad tím, zda symptomatologie ADHD před sto lety byla či ne, a jaký přístup k těmto dětem volit.

Ze sesbíraných dat jednotlivých otázek pátého okruhu vyplynuly tyto zobecněné poznatky, na základě kterých definujeme tyto hrozby:

- Pedagogové nemají informace o genetické podmíněnosti ADHD, a tak přisuzují důvody vzniku této nemoci životnímu stylu a výchově.
- Přemýšlet o této problematice více jako o onemocnění než o výchovném selhání, začali respondenti až po vysvětlení příčin a podstaty „vzniku“ ADHD.

#### **20.1.6 Okruh 6**

Tento okruh se týkal závažnosti onemocnění. Takto označen byl pro výzkumné účely, neboť závažnost je v tomto případě z pohledu učitele čistě subjektivní a neměřitelná. Termín „závažnost“ užíváme záměrně na základě předložených dat o míře rizika zhoršení kvality života jedince, a také vlivu negativního chování jedinců s ADHD na společnost tak, jak je to popsáno v kapitole 10. Šestý okruh zahrnoval tři otázky.

První otázka se týkala ADHD jako zdravotní komplikace. Mohla se zdát čistě subjektivní a pocitová, ale zahrnovala pouze jednu správnou odpověď. V tomto smyslu, tedy správně, odpovědělo 73,4 % respondentů v internetovém dotazníku. Tito respondenti zvolili odpověď, že *„ADHD považují za zdravotní komplikaci, která může mít negativní vliv na celý život jedince“*. Takto vysoké číslo jsme vzhledem k nabízeným možnostem odpovědí předpokládali. Spíše nás zajímalo, jak budou učitelé reagovat na jinou možnost odpovědi ve znění *„...ADHD považují za zveličení problémů týkajících se spíše výchovy a disciplíny“*. Tuto odpověď si vybralo 12,1 % dotázaných. Ostatní respondenti nevybrali žádnou z možností nebo nevěděli.

Při podrobnějším zkoumání této otázky, týkající se vnímání závažnosti onemocnění, vyšlo při osobním pohovoru najevo to, že učitelé opravdu vnímají ADHD jako významný

problém jak pro žáka, tak pro učitele. Ovšem ne z hlediska zdravotního, ale z hlediska výchovného. Učitelé se shodovali, že je pro ně dítě s ADHD v první řadě rušivý element nabourávající výchovně vzdělávací procesy a klima třídy. A dále, že tyto projevy snižují kredit dítěte ve třídě a tento problém bude dítě provázet i do budoucna. Toto je velmi důležité zjištění, které ukazuje skutečné vnímání těchto dětí ze strany pedagogů a potvrzuje složitější zařazení dítěte s ADHD do sociálních skupin.

Druhá otázka se týkala zvládnutelnosti často specifického projevu dětí s ADHD. Zde 44,7 % dotázaných v dotazníku zvolilo, že považují ADHD za onemocnění spojené s možným celoživotním negativním dopadem na jedince i celou společnost. Dalších 45,2 % odpovědělo, že je ADHD většinou snadno zvládnutelné, a to díky dobré informovanosti. Co vedlo respondenty v dotazníku k tomuto názoru, jsme se opět snažili zjistit při osobním pohovoru. Z toho vyplynulo, že učitelé s velkými odbornými znalostmi, v dotazníku např. speciální pedagog, vnímají ADHD opravdu jako závažné onemocnění. A to nejen díky svým odborným znalostem, ale také proto, že se dostávají častěji do kontaktu se závažnějšími projevy tohoto onemocnění a život těchto dětí a jejich rodin většinou dobře znají. Naopak pedagogové, kteří nejsou dostatečně informováni, a hlavně nepracují nebo nevědí, že pracují s takovými dětmi, berou ADHD spíše jako výchovný problém, často zveličený.

Třetí otázka potvrdila předchozí zjištění nejen obsahově, ale i statistickým rozložením. Ze sesbíraných dat jednotlivých otázek šestého okruhu vyplynuly tyto zobecněné poznatky, na základě kterých definujeme tuto hrozbu:

- Tím, že učitelé nemají dostatečné informace o ADHD, tak ho často nevnímají jako zdravotní komplikaci, ale spíše jako komplikaci pro zvládnutí kázně a výuky.

### **20.1.7 Okruh 7**

Na okruh 6, tedy otázku závažnosti, navazuje okruh 7 s osmi otázkami týkající se léčby a medikace ADHD. Je nám jasné, že pedagogický pracovník není vzdělán v oblasti léčby ADHD a bylo jasné, že odpovědi budou pro respondenty obtížné. Tuto oblast dotazů jsme zařadili proto, že ADHD je nutné vnímat primárně jako onemocnění,

a ne selhání výchovy, dále proto, že se učitel může s medikací setkat, ať už fyzicky nebo v dokumentaci dítěte například z PPP. A v neposlední řadě jsme těmito otázkami zjišťovali názory na medikaci, které by mohly pomoci odkrýt mylné názory a mýty na problematiku ADHD.

V tomto okruhu se objevilo hned několik nejasností, které bylo nutno velmi podrobně rozebrat a ověřit v individuálním interview. Na otázku, „*zda je podávání léků dětem s ADHD nutné*“, 74,2 % učitelů v dotazníku odpovědělo, že někdy ano. V interview jsme zjišťovali, kdy tomu tak je. Ukázalo se, že jedním z pohledů na ADHD ze strany učitelů je významně problematické a nezvladatelné dítě, které patří do péče lékaře. V tomto případě by s medikací problém neměli. Jejich definice hranice této „významnosti“, kdy je nutná medikace, má velký rozptyl, je čistě subjektivní a závisí na osobních zkušenostech. Zároveň se ale oslovení pedagogové stavěli k medikaci i negativně. Konkrétně 35,4 % respondentů uvedlo, že „*pro ADHD stačí psychologická podpora, a že efektivní léčba už z podstaty onemocnění neexistuje*“.

V interview jsme se zaměřili na tvrzení „podstata onemocnění“. Vyplynulo z něj toto rozporuplné zjištění. Na jednu stranu učitelé hovořili o ADHD jako o onemocnění a na druhou stranu ADHD jako onemocnění vůbec nevnímali. Medikaci někdy vítají, někdy odmítají. Tento rozpor se netýkal jen dotazované skupiny jako celku, ale i jednotlivců během interview. Dospěli jsme k tomuto vysvětlení. Učitelé často vnímají ADHD jen jako problematické chování dítěte. Teprve až při překročení hranice zvladatelnosti pedagogem doporučují a vítají medikaci a přesvědčují rodiče o spolupráci psychologa nebo psychiatra. Toto zjištění jsme si potvrdili v další otázce dotazníku, kdy 25,8 % respondentů tvrdilo, „*že používání léků na ADHD je zbytečná chemizace dětského organismu a stačí jen správný přístup k osobnosti dítěte*“.

Co se týká samotné účinnosti léků na ADHD symptomatologii, 34,7 % respondentů v dotazníku odpovědělo, „*že léky prakticky tlumí hyperaktivitu a tím nežádoucí chování dítěte*“. Dalších 32,7 % odpovědělo, „*že léky tlumí většinu fyziologických procesů v organismu*“. Neřešili jsme medicínské a biologické znalosti pedagogů, zajímali jsme se o to, jak pedagogové užívání léků vnímají. Z interview vyplynulo stejné povědomí jako v předchozím odstavci. Tedy to, že léky se hodí až pro nezvladatelné děti a účinek

léků je výhradně tlumivý. K tomuto názoru se přiklánělo i všech patnáct respondentů zapojených do interview. Správné informace k tomuto tématu jsme popsali v kapitole 11.1 a upozorňujeme na chybný termín spojený s užíváním léků, a to tlumení chování dětí.

V další otázce jsme se opět snažili zjistit povědomí o různých subtypech ADHD, tentokrát v souvislosti s medikací. Zde 30,1 % respondentů v dotazníku uvedlo, že „léky na ADHD jsou vhodné jen pro hyperaktivní děti a na soustředění nemají žádný nebo jen minimální vliv“. Dodejme, že tento názor je mylný, ale opět jsme neřešili znalosti o působení léků v organismu. Při ověřování odpovědí respondentů v interview se potvrdilo, že pedagogové vnímají ADHD téměř výhradně jako problém s hyperaktivitou a problémy se soustředěním do této problematiky nezahrnují. K tomuto názoru se přiklonilo 10 z 15 oslovených pedagogů v interview.

V další otázce jsme se dotazovali na účinnost léků na ADHD. Nebylo cílem zjišťovat znalosti o obecné farmakodynamice. Pokud bychom chtěli, aby bylo ADHD vnímáno jako porucha nervové soustavy, měla by být důvěra také v účinnou medikaci, je-li taková. Konkrétně 72,1 % respondentů v dotazníku uvedlo, že účinnost léků je pouze minimálně efektivní, vzhledem k variabilitě projevů není prokázána nebo, že „neví“. Toto vysoké procento není překvapivé a skutečný výše zmíněný záměr otázky na účinnost léčby ADHD, se ukázal až při propojení dotazníku a interview. Signifikantní množství učitelů, v tomto případě 13 z 15, vnímalo ADHD takto: „*Je to problematické chování dítěte, které lze ovlivnit správným přístupem a výchovou a účinnost léčby je znatelná až při významných projevech ADHD, neboť má tlumivé účinky.*“ Domníváme se, že by problematika měla být vnímána spíše jako neurovývojové onemocnění, které lze korigovat správným přístupem založeným na odborných vědomostech, a na které existuje bezpečná a účinná léčba prokázána klinickými studiemi.

Poslední otázka tohoto okruhu se týkala podávání léků na ADHD učitelem. Na ni 18,2 % učitelů v dotazníku odpovědělo, že s tím nemá problém. Naopak 46 % by léky nepodávalo buďto z etických důvodů nebo, že nejsou lékaři. A 5,5 % zvolilo nepodávat, protože je to, dle jejich názoru, zbytečné. Otázku jsme opět konzultovali během interview. Dva respondenti měli osobní zkušenost s podáváním léků na ADHD

a znali také názvy léků. Měli osobní zkušenost, která je kladná a spolupracují s psychologem na škole a PPP. Ostatních 13 pedagogů mělo s podáváním léků dětem s ADHD ve škole větší či menší výhrady. Jejich obavy se týkaly možných nežádoucích účinků a zodpovědnosti za případnou změnu zdravotního stavu po podání léku nebo odmítali zodpovědnost za dodržení pravidelnosti a času podání. Neochota podávat léky pramenila tedy více z odpovědnosti než z uznání nebo neuznání ADHD jako zdravotní komplikace.

V souvislosti s tímto okruhem dodáváme, že jsme byli během celého výzkumu i během interview s respondenty k názorům na medikaci na ADHD absolutně nestranní.

Ze sesbíraných dat jednotlivých otázek sedmého okruhu vyplynuly tyto zobecněné poznatky, na základě kterých definujeme tyto hrozby:

- Učitelé nevnímají ADHD komplexně. V mezích zvládnutelnosti ho berou jako výchovný problém a k medikaci by přistoupili až při překročení hranice zvládnutelnosti s představou utlumení dítěte a jeho nežádoucích projevů a kdy se pro ně problém stává zdravotní.
- Potvrdilo se, že izolovanou neschopnost soustředit se nevnímají učitelé jako problematiku ADHD.
- Nedůvěra v medikaci odráží vnímání ADHD více jako výchovný problém než zdravotní.
- Učitelé nechtějí přijímat zodpovědnost za medikaci dětí během školy.

### **20.1.8 Okruh 8**

Poslední okruh otázek se zaměřuje na práci s dětmi ADHD ve škole a spolupráci s rodinou, případně PPP. V celkem deseti otázkách jsme zjišťovali, zda mají učitelé zájem a možnost se v problematice vzdělávat, zda to vůbec považují za nutné, jaká je úloha učitele a rodiče. Otázky v tomto okruhu byly poměrně obecné, protože formulace do dotazníku by byla buďto zbytečně složitá, anebo by byly volby odpovědí velmi jednoduché a zavádějící. Proto jsme se na tuto oblast více zaměřili v části kvalitativního rozhovoru.

V první otázce jsme se dotazovali na to, jakým způsobem se respondenti o ADHD dozvěděli. Konkrétně 44,7 % dotazovaných respondentů odpovědělo, že na vysoké škole. Mohlo by se to zdát pochopitelné, protože terminologie ADHD je relativně nová a mnoho pedagogů se ještě setkala se starším označením (viz. kapitola 3.2). Podstata této otázky ale spočívala v tom, jakými procesy a jak efektivní je systém informování a vzdělávání učitelů v praxi. Alespoň v problematice ADHD. Na tuto zdánlivě banální otázku jsme se zaměřili i v interview. Všech 15 učitelů znalo zkratku ADHD jako označení problematiky. Všichni, kteří dokončili studium na vysoké škole před deseti lety a méně (jednalo se o šest respondentů) se o ADHD dozvěděli právě tam. Obsah a znalosti tématu nebyly předmětem této části rozhovoru. Dva z dotazovaných, kteří se s termínem ADHD nesečkali během studií, se o něm dozvěděli od kolegů. Ostatní, v tomto případě sedm respondentů, volili možnost „médiá“ nebo „nevím“. Tito učitelé se setkali, s takto i pro pedagogy významnou problematikou, pouze okrajově během studií před deseti a více lety a během praxe sbírali informace z různých zdrojů, kterými ale není postgraduální vzdělávání.

Toto je fakt vzešlý z rozhovorů bez hodnocení, zda by se chtěli nebo nechtěli v problematice vzdělávat. Zájmu o vzdělávání v problematice ADHD jsme se věnovali až v dalších otázkách. Statisticky toto rozložení odpovídá výsledkům z dotazníku. Touto otázkou jsme otevřeli problematiku vzdělávání již vystudovaných pedagogů. Pokud se zaměříme na problematiku ADHD, učitelé, kteří se nesečkali s termínem ADHD během studií, získávají aktuální informace často nahodile a zkresleně. Považujeme toto zjištění za velmi důležité a domníváme se, že by se mělo změnit nejen vzdělávání studentů, ale i vzdělávání již působících pedagogických pracovníků. Zjištěním v této oblasti jsme pokračovali v dalších otázkách.

V dalších třech otázkách jsme tedy zjišťovali data o postgraduálním vzdělávání pedagogů v problematice ADHD. Z dotazníku vyplynulo, že pouze 31,8 % respondentů se někdy zúčastnilo speciálního vzdělávacího kurzu o ADHD. Přitom by 58,6 % respondentů rozšíření vědomostí o ADHD pomocí speciálních vzdělávacích akcí velmi uvítalo. Jiných 17,7 % respondentů odpovědělo, že takové akce „nepotřebuje a nechce“ a zbytek nevěděl. Pro dokreslení situace je nutno říci, že 42,8 % učitelů v jiné

otázce uvedlo, že v této problematice jejich škola vzdělávání nenabízí. Vnímáme tuto oblast jako velmi důležitou, a proto jsme jí věnovali samostatnou kapitolu 22. Už teď ale můžeme říci, že postgraduální vzdělávání je v této problematice čistě dobrovolná aktivita. Toto potvrzují i výše zmiňované výsledky z internetového dotazníku ohledně otázky týkající se účasti na speciálních vzdělávacích kurzech o ADHD.

Záležitost dobrovolnosti jsme ověřovali také v osobních rozhovorech. Z nich vyplynulo, že učitelé vědí o možnostech vzdělávání pomocí speciálních kurzů v různých oblastech vzdělávání, ale příliš je nevyužívají. Mohou si kurzy volit individuálně na základě svých potřeb a někdy ředitelé škol přichází s doporučeními na vzdělávání v konkrétní problematice. Toto vše by se dalo vnímat jako relativně ideální stav. Úskalí tohoto systému je v tom, že např. učitelé, kteří vnímají problematiku ADHD jako okrajovou a nevýznamnou, neabsolvují vzdělávací kurzy nikdy. Aktuální informace nezískávají, začarovaný kruh pokračuje a důsledkem může být selhávání dítěte a navazující sociální problémy, o kterých pojednává teoretická část dizertační práce.

Záležitost dobrovolnosti jsme ověřovali také v osobních rozhovorech. Z nich vyplynulo, že učitelé vědí o možnostech vzdělávání pomocí speciálních kurzů v různých oblastech vzdělávání, ale příliš je nevyužívají. Mohou si kurzy volit individuálně na základě svých potřeb a někdy ředitelé škol přichází s doporučeními na vzdělávání v konkrétní problematice. Toto vše by se dalo vnímat jako relativně ideální stav. Úskalí tohoto systému je v tom, že např. učitelé, kteří vnímají problematiku ADHD jako okrajovou a nevýznamnou, neabsolvují vzdělávací kurzy nikdy. Aktuální informace nezískávají, začarovaný kruh pokračuje a důsledkem může být selhávání dítěte a navazující sociální problémy, o kterých pojednává teoretická část dizertační práce.

Doposud jsme analyzovali odpovědi týkající se hlavně znalostí a faktů týkajících se ADHD, tedy odpovědí, u kterých by se teoreticky dala hodnotit správnost či nesprávnost odpovědí. V následující části práce jsou otázky zaměřeny spíše na subjektivní a pocitovou stránku práce pedagogů s dětmi s neurovývojovou poruchou ADHD. V dalších otázkách jsme se zaměřili na to, zda se učitelé cítí být připraveni na práci s dětmi s ADHD a jak tuto část své práce zvládají.

Respondentům jsme kladli otázky, v nichž měli subjektivně hodnotit vnímání práce pedagoga s dětmi s ADHD z hlediska připravenosti. Odpovědi na dotazník byly takovéto: 74,5 % respondentů v dotazníku zmínilo, že je přesvědčeno, že práce s ADHD dětmi vyžaduje specifické znalosti. V čem je specifické, a proč, jsme ověřovali v interview. V tom se všichni dotazovaní respondenti shodovali, že běžné metody a postupy pro děti s ADHD většinou nefungují, a často se tak pedagogové dostávají do situací, ve kterých si neví rady. Zde se objevila jedna zajímavá paradoxní situace. Z předchozí části výzkumu zatím vyplynulo, že pedagogové vnímají ADHD více jako problém výchovný než medicínský. Při podrobnějším zkoumání výše zmíněné otázky se však všichni respondenti vzácně shodli na tom, že se v interakcích s ADHD dětmi dostávali do situací, kdy se cítili bezradní a příčiny začali přikládat mentálnímu zdravotnímu problému, protože měli pocit, že všechny výchovné metody už selhaly.

Z další otázky v dotazníku vyplynulo, že 77,8 % respondentů je přesvědčeno, že úloha učitele v problematice ADHD je klíčová a není to záležitost jen psychologie a psychiatrie. Výsledky těchto dvou otázek pro nás byly velmi povzbudivé, neboť z nich vyplývá, že ADHD je pedagogy vnímáno jako důležitá a specifická oblast vyžadující specifické znalosti, a také si uvědomují svou zodpovědnost.

V návaznosti na tyto otázky jsme se zaměřili na to, jak je ve školách práce s dětmi s ADHD organizována. Dotazovali jsme se, kdo na škole, ve které respondent působí, určuje způsob práce s dětmi s ADHD. Zde 40,4 % respondentů v dotazníku uvedlo, že jsou to výhradně jednotliví učitelé při výuce. Ve 21,2 % případů je to záležitost výhradně školního psychologa nebo výchovného poradce. V ostatních případech byly odpovědi typu „nevím“ a „nic z toho“. Tuto nejednotnost jsme opět ověřovali pomocí interview. Na základě podrobného rozhovoru můžeme tvrdit, že každá škola řeší tuto problematiku zcela individuálně. Tři respondenti odpověděli, že komunikace s rodiči, s PPP a určování způsobu práce s těmito dětmi je v kompetenci výhradně výchovného poradce nebo psychologa. Tato osoba určí postupy a pravidla a poté svá rozhodnutí předává ostatním kolegům a plnění namátkově kontroluje. Deset respondentů naopak uvedlo, si práci s dětmi s ADHD organizují sami bez jakéhokoliv dohledu jiného odborníka. Zbývající dva potvrdili spolupráci různých pedagogických pracovníků.



Dále nás zajímalo, jak funguje na jednotlivých školách spolupráce mezi rodiči a učiteli, v rámci této pedagogicko-psychologické problematiky. Z dotazníku vyplynulo, že 86,4 % respondentů je přesvědčeno, že pokud má dítě projevy ADHD, zvládnutí jeho chování a výsledků je na zodpovědnosti učitelů a ne rodičů. Opak, tedy že zodpovědnost padá výhradně na rodiče, zvolilo 7,6 % respondentů. Tato hodnota by se mohla zdát zanedbatelná, ale domníváme se, že s touto odpovědí bychom se v moderním školství dnešní doby setkávat neměli.

Spolupráci mezi rodiči a školou, týkající se problematiky ADHD, jsme detailně zkoumali i pomocí interview. Tato problematika je velmi složitá a zasluhovala by samostatné zkoumání. Ve sledovaných parametrech této otázky jsme zaznamenali dva problémy. První byl, již v předchozí části výzkumu potvrzená, nedostatečná informovanost jak pedagogů, tak i neodborné veřejnosti, v této souvislosti rodičů. Druhým problémem, který respondenti popisovali, byla snaha některých rodičů získat neoprávněně úlevy a zjednodušení práce pro děti. Toto není až zas tak nepochopitelné, neboť rodiče se dostávají do situací, kdy své děti nezvládají mnohem častěji, než popisovali oslovení pedagogové. Tuto problematiku jsme popisovali v teoretické části práce v kapitole 6. Nad řešením se zamýšlíme v závěru této dizertační práce. Pozitivní je, že 14 z 15 pedagogů v interview potvrdilo, že učitel by si měl umět s těmito problémy poradit, vnímali to jako svou zodpovědnost, vyjadřují snahu spolupracovat a domluvit se s rodiči a pomoci tak dětem, které to potřebují.

V poslední otázce výzkumu jsme se věnovali spolupráci škol a pedagogicko-psychologických poraden (PPP). Výsledky internetového dotazníku byly takové, že doporučení z PPP plně respektovalo 68,7 % respondentů. K pouze částečnému respektování doporučených postupů z PPP se „přiznalo“ 29,8 % respondentů. Zbytek doporučení PPP respektovat odmítal. Tyto výsledky úplně nekorelují s výsledky z interview. V tom se k plnému respektování doporučení z PPP přihlásil pouze jeden respondent z 15. Tento učitel pracuje velmi systematicky a důvodem plného respektování bylo především vyhnout se možným postihům až právním následkům, které by mohly v případě problémů nastat. Doporučení z PPP přímo odmítli respektovat dva respondenti. Důvody byly zřejmé – neuznávání diagnózy ADHD a přesvědčení

o správnosti vlastních výchovně vzdělávacích postupů. Nutno dodat, že zmínění dva respondenti nepůsobili vůbec arogantně. Měli jasnou vizi a jasná pravidla a snažili se svou práci dělat poctivě. ADHD ale odmítali jako medicinaci problematiky. Zbytek respondentů se snažil postupovat v souladu s doporučeními, ale vnímá je pouze jako doporučení. Respondenti poukazovali na to, že pokud byl jejich vlastní úsudek jiný, nebrali doporučení z PPP v potaz. A platí zde přímá úměrnost, že čím složitější symptomatologie se u dítěte s ADHD objevuje, tím složitější je jeho projevy zvládnout a tím více se k doporučením pedagogové přiklání.

Ze sesbíraných dat jednotlivých otázek osmého okruhu vplynuly tyto zobecněné poznatky, na základě kterých definujeme tyto hrozby:

- Postgraduální vzdělávání v problematice ADHD je na školách aktivita dobrovolná nikoliv povinná.
- V případě významnější symptomatologie ADHD učitelé připouštěli fakt, že děti nezvládají ani po stránce výchovné, ani po vzdělávací.
- I přes dané postupy definované v zákonech a vyhláškách (viz kapitola 15) panuje v praxi nejednotný přístup pedagogů k doporučením z PPP i k samotnému přístupu k dětem s ADHD symptomatologií.
- Pedagogové si velmi dobře uvědomují zodpovědnost za výchovu a vzdělávání všech dětí bez rozdílu. Chybí jim však informace a praktické zkušenosti s ADHD a výsledkem bývá řešení problému primárně pomocí neefektivních úlev.
- Pedagogicko-psychologická poradna je vnímána spíše jako okrajová poradní instituce než jako autorita dodávající informace hodné dodržování.

## **21 Problematika ADHD ve vzdělávacích programech pedagogických fakult v České republice**

Výzkum ukázal, že znalosti učitelů v problematice ADHD nejsou na vysoké úrovni. U pedagogů starších ročníků jsme toto očekávali, neboť ti se během studií s touto problematikou setkali pouze okrajově. Výsledky se ale mezi jednotlivými věkovými skupinami významně nelišily. Položili jsme si tedy otázku, jak v současnosti probíhá vzdělávání v problematice ADHD u budoucích učitelů na vysokých školách a pokusili jsme se aktuální situaci zmapovat.

Zjišťovali jsme, kolik prostoru a času je výuce problematiky ADHD na pedagogických fakultách v České republice věnováno. Na úvod je nutno podotknout, že dostat se k těmto údajům je velmi složité, a to z několika důvodů. Některá pracoviště, např. katedra pedagogiky Západočeské univerzity v Plzni, nedisponují žádným veřejným systémem vyhledávání studijních programů. Jiná pracoviště zadávají tyto údaje do portálu IS/STAG, ale přístup k detailním informacím je umožněn pouze studentům a zaměstnancům škol. V neposlední řadě je problematika ADHD tradičně zařazována mezi jiné předměty, takže některé informace ani nejsou dostupné. V takovém případě jsme požádali o pomoc pedagogické pracovníky příslušných fakult.

Analyzovali jsme tedy jednotlivé databáze vybraných vysokých škol a k doplnění údajů jsme požádali o informace kompetentní osoby. Zjišťovali jsme data z Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Západočeské univerzity v Plzni, Technické univerzity v Liberci, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Univerzity Palackého v Olomouci a Masarykovy univerzity v Brně.

Detailně jsme výsledky nemohli porovnávat, protože se je nepodařilo získat ze všech zmiňovaných institucí. Jedná se např. o rozsah hodin v jednotlivých učitelských programech. Pokud jsme ale porovnali řekněme obecné informace, jsou výsledky na jednotlivých pracovištích velmi podobné.

Z této analýzy vyplynulo, že problematika ADHD je součástí povinného vzdělávání učitelů na všech zmiňovaných univerzitách, a to nejen ve speciální pedagogice,

ale i v ostatních učitelských programech. V programech speciální pedagogiky bývá téma ADHD zařazeno v samostatném semináři, čítajícím minimálně 2 hodiny v jednom semestru. Dále bývá toto téma součástí předmětů Specifické poruchy učení, Intervence žáků, Etopedie a edukace dětí s poruchami chování, Pedagogická psychologie Neuropsychologie, Poruchy komunikace, Didaktika předmětů pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami atd. To, co nebylo možné ověřit, je rozsah a přesnost informací o ADHD, které studenti na různých univerzitách získávají.

Pro ilustraci jsme zpracovali studijní programy z PF UJEP v Ústí nad Labem. Výsledná analýza je předložena v tabulce níže. Velmi podobná situace je např. na Pedagogické fakultě MU v Brně (<https://is.muni.cz/predmety/katalog?volby=obdobi;jaro>).

### **Pedagogická fakulta Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem**

Zařazení problematiky ADHD do výuky předmětů ve studijních programech \*

\* Jedná se o „nově“ akreditované studijní programy na základě Institucionální akreditace udělené PF UJEP Národním akreditačním úřadem. Studijní programy/obory, které jsou realizované „na dostudování“, nejsou uvedeny (vzhledem k tomu, že nová akreditace je „překlopením“ stávajících programů s případnou úpravou studijního plánu, je problematika ADHD vyučována i v dobíhajících programech).

#### **Bakalářské studijní programy:**

<b>Studijní program</b>	<b>Předměty</b>	<b>Typ předmětu</b>	<b>Rozsah</b>	<b>Komentář</b>
Učitelství pro mateřské školy	Práce s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami	Povinně volitelný	0p+28s	Jedno z dílčích témat
	Psychologie zdraví a sociální opory	Povinný	14p+14s	Jedno z dílčích témat

Hudební výchova pro pomáhající profese	Specifické poruchy učení a chování	Povinný	14p+14s	Jedno z dílčích témat
Výtvarná výchova pro pomáhající profese	Specifické poruchy učení a chování	Povinný	14p+14s	Jedno z dílčích témat
Sociální pedagogika	Psychologie zdraví a sociální opory	Povinný	14p+28s	Jedno z dílčích témat
Speciální pedagogika - intervence	Parciální poruchy (SPUCH)	Povinný	13p+13s	Jedno z dílčích témat (prolíná se každým tématem jako jedna z dílčích poruch)
	Speciálněpedagogické metody práce (reedukace, stimulace)	Povinný	13p+13s	Jedno z dílčích témat (obsahově 2 přednášky jen na ADHD)

#### Navazující magisterské studijní programy:

Studijní program	Předměty	Typ předmětu	Rozsah	Komentář
	Školní a poradenská psychologie	Povinný	13p+13s	Jedno z dílčích témat

Učitelství pro střední školy **	Speciální pedagogika a inkluzivní vzdělávání	Povinný	26p+26s	Jedno z dílčích témat (prolíná se každým tématem jako jedna z dílčích poruch)
Sociální pedagogika	Poradenská psychologie	Povinný	9p+18s	Jedno z dílčích témat
Speciální pedagogika - poradenství	Edukace a diagnostika jedinců s parciálními poruchami (SPUCH i ADHD)	Povinný	13p+13s	30% výuky cíleno jen na ADHD, v ostatních přednáškách dílčí obsah – kazuistiky, zásady práce, diagnostika)
	Školní a poradenská psychologie	Povinný	14p+14s	Jedno z dílčích témat
	Speciálně pedagogická diagnostika, intervence a poradenství	Povinný	9p+9s	Obsahově předmět zaměřen na diagnostiku v rámci speciální pedagogiky (adhd součástí)

\*\* předměty, které musí absolvovat všichni budoucí učitelé v rámci svých aprobací (ČJ, AJ, HV, VV, TV -na PF, dále NJ, SV, HI-na FF a BI, FY, GEO, CHE, INF, MA- na PřF)

– jsou to předměty, které jsou součástí povinného modulu „Učitelská propedeutika – pedagogika, psychologie, obecná didaktika“

**Magisterský studijní program:**

<b>Studijní program</b>	<b>Předměty</b>	<b>Typ předmětu</b>	<b>Rozsah</b>	<b>Komentář</b>
Učitelství pro 1. stupeň základních škol	Specifické poruchy učení a chování	Povinně volitelný	13p+13s	Jedno z dílčích témat
	Školní a poradenská psychologie	Povinný	13p+13s	Jedno z dílčích témat
	Speciální pedagogika	Povinný	14p+28s	Jedno z dílčích témat
	Specifické poruchy učení a chování	Povinně volitelný	13p+13s	Jedno z dílčích témat

Jedná se o předměty, ve kterých je ADHD uvedeno v sylabu předmětu, nicméně se tato problematika vyučuje i v rámci dalších předmětů (např. Psychopatologie dítěte, Neuropedagogika a neurodidaktika, Pedagogická diagnostika, Komplexní podpora osob se zdravotním postižením, Inkluzivní pedagogika).

## 22 Problematika ADHD v nabídce postgraduálních vzdělávacích programů pedagogických pracovníků

V případě problematiky ADHD vnímáme postgraduální vzdělávání jako velmi důležité. Za prvé proto, že informací o této neurovývojové poruše přibývá rychlým tempem velmi mnoho a většina praktikujících učitelů se s moderním pojetím ADHD během studií nesetkala. A za druhé jsme přesvědčeni o důležitosti porozumět této problematice, což dokládáme v mnoha kapitolách této práce. Proto jsme se rozhodli prozkoumat tento typ vzdělávání trochu podrobněji.

Jak jsme psali v kapitole 19.2.1, možnost postgraduálního vzdělávání jsme konzultovali na Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Skutečnost je taková, že existují dvě instituce, které nabízejí vzdělávání v problematice ADHD. Tou první je samotné MŠMT, na jehož webu lze nalézt seznam vzdělávacích programů v dalším vzdělávání pedagogických pracovníků. Na tomto odkazu: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/dalsi-vzdelavani/databaze-akci-dvpp> jsme dohledali databázi zahrnující seznam institucí, kterým byla udělena akreditace v systému DVPP (další vzdělávání pedagogických pracovníků). Pro hledání údajů o **fyzických osobách** lze využít tuto adresu: Výběr z DVPP (msmt.cz). Zde jsme našli devět organizací z různých částí republiky, které mají udělenou akreditaci MŠMT pro vzdělávání v problematice ADHD. Nutno podotknout, že systém sám upozorňuje na vykazované chybné údaje v evidenci. Každá tato organizace nabízí kurzy pro učitele 1. a 2. stupně ZŠ, speciální pedagogy, výchovné poradce a metodiky prevence. Jednotlivé kurzy mají doporučenou kapacitu 15-35 osob, hodinová dotace je 6-8 hodin a cena kurzů se pohybuje od částky 650,- do 1500,- Kč za kurz.

Pro hledání údajů o **právnických osobách** lze využít tuto adresu: Výběr z DVPP (msmt.cz). Zde jsme našli tři organizace. Jsou to Národní ústav odborného vzdělávání v Praze, TSM, spol. s r.o. se sídly Brno a Vyškov a Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. Povinnosti a podmínky jsou téměř totožné s podmínkami organizací fyzických osob. U PedF UK jsme našli pouze jeden kurz staršího data zabývající se touto problematikou, ovšem už bez schválené akreditace. Požádali jsme



o vysvětlení paní PaedDr. Jaroslavu Zemkovou, Ph.D. z katedry speciální pedagogiky a dostali jsme tuto odpověď: „Dobrý večer, v rámci CŽV není žádný vzdělávací kurz, který by se zabýval problematikou ADHD. Budeme mít schválen z MŠMT program Speciální pedagogika pro učitele a problematikou ADHD se okrajově se bude zabývat předmět Etopedie a metodika etopedická a předmět Tvorba IVP a PPP.“

Druhou výše zmiňovanou institucí, která nabízí vzdělávací kurzy je Národní pedagogický institut ČR (NPI) dohledatelný na této adrese: <https://www.nidv.cz/vzdelavaci-programy>. Tento institut vznikl 1. 1. 2020 sloučením Národního ústavu pro vzdělávání (NÚV) a Národního institutu pro další vzdělávání. V současné době je instituce NPI přímo řízená MŠMT. NPI zajišťuje tyto aktivity: jeden tříhodinový kurz a dva osmihodinové kurzy, ve kterých probíhá vzdělávání v problematice ADHD. Dále mají učitelé možnost využít čtyři vzdělávací programy určené pro absolventy bakalářských a magisterských studijních programů učitelství oborů. Tyto programy zahrnují 16 kurzů, v rámci nich 274 hodin přímé i nepřímé výuky probíhající během jednoho semestru. Cena za tyto programy se pohybuje od 9000,- do 18000,- Kč. Studium je zakončeno obhajobou závěrečné práce a absolvent po obhájení závěrečné práce a úspěšném složení zkoušky získává osvědčení o absolvování studia. Obsah každého takového programu je velmi široký a věnuje se mnoha tématům. Problematice ADHD jsou zde věnovány celkem tři hodiny výuky.

Pedagogové se tedy mají možnost zapsat na jednotlivé kurzy a v problematice ADHD se zdokonalovat. Pouhá analýza dostupných informací se nám pro vytvoření závěrů nezdála dostatečná, a proto jsme ještě telefonicky a mailem oslovili kompetentní osoby jednotlivých institucí s doplňujícími dotazy. Narazili jsme na několik nedostatků, které je potřeba zdůraznit.

Nebylo možné zjistit statistická data jednotlivých institucí, neboť takovou evidenci si žádné pracoviště nevede. Nejistili jsme tedy, kolik probíhá v České republice kurzů a kolik bylo účastníků. Jednotlivé instituce reagují pružně na poptávku a nabízejí kurzy dle aktuální situace. Dle vyjádření lektorů a vedoucích pracovníků je ale zájem o ADHD problematiku spíše malý a poptávka nepřevyšuje nabídku. Specifické informace

o ADHD jsou tedy poskytovány stále jen zlomku pedagogů což, odpovídá empirickým zjištěním této práce.

Za druhé, účast na takových kurzech je většinou dobrovolná aktivita. Nehodnotíme, zda je to správně nebo špatně. Upozorňujeme pouze na skutečnost, že vzdělávacích kurzů sloužících k doplnění informací, vědomostí a dovedností, jak správně pracovat s dětmi s ADHD, využívají spíše ti pedagogové, kteří se o problematiku už sami zajímají.

Rovněž nás při analýze jednotlivých kurzů zarazily některé názvy. Například: ADHD, ADD, PAS – uvedení do problematiky. Žák s ADHD, ADD ve třídě. Ovlivnění problému LMD/ADHD hrou. ADHD aneb jak na hyperaktivní dítě ve třídě. Netroufáme si hodnotit úroveň jednotlivých kurzů, ale termíny ADD nebo LMD už se v současné terminologii nepoužívají. Také jsme upozorňovali, že ADHD se nemusí vždy pojít s hyperaktivitou. Označení ADD a LMD se nicméně objevuje i ve studijních programech univerzit v ČR. Domníváme se, že sjednocení terminologie je úkolem spolupráce mezi MŠMT a MZ.

Nesmíme opomenout upozornění ze strany institucí, že kvůli současné epidemiologické situaci je vzdělávací nabídka omezena. To by ale mělo být pouze přechodné, alespoň v to doufáme.

## 23 Diskuze

Hlavním cílem výzkumu této dizertační práce bylo analyzovat připravenost učitelů na efektivní zvládnání a správnou práci s dětmi s neurovývojovou poruchou ADHD a popsat znalosti učitelů v této problematice. Pokud jsme se tedy nejprve snažili zjistit, na jaké úrovni jsou odborné znalosti učitelů, museli jsme si odpovědět také na otázku, proč je vzdělání učitelů v problematice ADHD tak důležité a dle našeho názoru nepostradatelné. Z toho důvodu jsme se v teoreticko-přehledové části práce věnovali popisu tohoto neurovývojového onemocnění tak podrobně.

ADHD jakožto souhrnné označení neurovývojové poruchy s velmi širokou a pestrou symptomatologií a složitou diagnostikou prošlo za posledních dvacet let rozsáhlým vědeckým zkoumáním. Na tyto nové poznatky jsme se v teoretické části práce zaměřili a snažili jsme se je dát do užších souvislostí. Teoretická část práce je poměrně rozsáhlá a zaměřili jsme se na problematiku ADHD spíše z pohledu psychiatricko-psychologického než pedagogického. Důvodem tohoto cíleného zaměření na problematiku ADHD bylo zpracovat zkoumanou problematiku z pohledu nejmodernějších a aktuálních vědeckých poznatků, ze kterých by měla práce pedagogů s těmito dětmi vycházet. Zda vychází nebo ne jsme se pokusili objasnit v praktické části práce a propojit tak problematiku ADHD s učitelskou profesí.

Prvním tématem do diskuze, které výzkum odkryl, by měla být absence jednotnosti v systému vzdělávání učitelů v pedagogicko-psychologických problematikách. Týká se to studentů na vysokých školách i postgraduálního vzdělávání. Tomuto zjištění jsme se věnovali v kapitole 19.2.1, kde jsme popsali aktuální přístup zodpovědných institucí ke vzdělávání budoucích učitelů, a také procesy postgraduálního vzdělávání pedagogů v této oblasti. Následně bychom se měli zamýšlet nad tím, proč tomu tak je. Proč obory jako je např. dospělá psychiatrie, neurologie nebo psychologie zareagovaly na nové poznatky o ADHD tak rychle a pružně. Jejich odborné společnosti a systémy odpovědné za vzdělávání zařadily tuto problematiku právě do pre- i postgraduálního vzdělávání a během několika let došlo u této odborné veřejnosti k doplnění vzdělání a také k následnému využití nových poznatků v praxi. V pedagogice taková jednotnost

zatím nepanuje. Proto jsme v naší teoretické části práce předložili aktuální informace, prokázali důležitost vzdělávání v problematice neurovývojových poruch pro pedagogy a tyto poznatky jsme porovnali s aktuálními znalostmi a postupy pedagogů, které považujeme za odborníky úplně stejně, jako jiné specialisty, např. v medicínských oborech.

Dalším významným tématem, s předchozím související, byla absence „pedagogické“ normy pro rozsah informací o problematice ADHD. O této diskrepanci jsme se zmiňovali taktéž v kapitole 19.2.1. Téma absence normy byla pro náš výzkum naprosto zásadní. Pro naše účely výzkumu to byla samozřejmě překážka, neboť jsme si museli normu stanovit sami. Zda je výsledek signifikantní, se týká pouze této subjektivní normy. V kapitole 21 jsme vyhledávali informace o výuce problematiky ADHD ve vzdělávacích programech některých pedagogických fakult v České republice. Výuka námi zkoumané problematiky probíhá, ale obsah a rozsah nám zůstává skrytý. Na základě toho se domníváme, že by bylo pro pedagogický obor velmi přínosné sjednotit způsob a rozsah vzdělávání v problematice ADHD na jednotlivých vysokých školách v České republice. Vzhledem k autonomii vysokých škol a absenci nařízení konkrétního rozsahu povinného vzdělávání ohledně pedagogicko-psychologické problematiky ze strany MŠMT, nemůžeme vyloučit to, že se někteří studenti vysokých škol oboru pedagogika s problematikou ADHD setkají jen velmi okrajově.

Třetím tématem do diskuze, a dle našeho názoru extrémně důležitým, byla možnost učitelů dětí s ADHD včas rozpoznat a zachytit, následně informovat rodinu a další odborníky a zamezit tak kumulování problémů, jak je popsáno v teoretické části práce. Během výzkumu vyplynulo, že se tak již děje. Dětská psychiatrie potvrzuje, že na problémy s dětmi poukazují nejčastěji právě učitelé. Záchyt dětí s ADHD je však malý a dost často se jedná už o pokročilejší stádium této poruchy. Je to odrazem toho, že se učitelé v problematice příliš neorientují. Symptomatologii příliš neznají a ADHD nevnímají jako závažný zdravotní problém. Přitom včasný záchyt a správný přístup je pro ADHD klíčový stejně jako u jiné zdravotní komplikace. Rozvoj vzdělanosti v této problematice mezi pedagogy by velmi pomohl, protože žádní jiní specialisté nemají takovou možnost

ovlivnit život a zdraví jedince a potažmo celé rodiny, pokud je dítě s ADHD včas zachyceno.

V řadě posledním tématem do diskuze, které během výzkumu vyplynulo, byl přístup k samotné poruše a k termínu ADHD. Tento termín označuje jasně stanovenou diagnózu s danou symptomatologií, danými diagnostickými kritérii, klinickými studiemi ověřenou terapií a diagnózu uznanou světovými zdravotnickými organizacemi (viz kapitola 2). V průběhu výzkumu se ale ukázalo, že pedagogové mají tendenci vnímat pojem ADHD velmi obecně. S nadsázkou řečeno, jako obecné označení „těch, co zlobí“. Podobně jako se ve společnosti začal mylně používat např. termín deprese ke zhodnocení „špatné nálady“ (ačkoliv se jedná o závažné duševní onemocnění). Někteří učitelé v podstatě „diagnostikovali“ některé děti sami, ačkoliv diagnóza nebyla kompetentním odborníkem u jedince ještě stanovena. Při zjišťování obecných znalostí o problematice to důležité nebylo, ale pokud jsme v interview probírali konkrétní aktivity a přístup k dítěti, museli jsme tento fakt, toto riziko zobecňování maximálně eliminovat.

## 24 Závěr

Hyperkinetická porucha neboli ADHD prezentuje problematiku, která vyniká svou heterogenitou. Ta se projevuje v různé symptomatologii mezi jedinci, v měnící se symptomatologii během života jedné osoby, ale i ve vnímání problematiky odbornou i neodbornou veřejností. Pro efektivní zpracování teoretické části práce jsme si zvolili tyto cíle: I. Specifikovat základní a aktuální vědecké poznatky týkající se hyperkinetické poruchy, II. Zdůraznit informace, které vyvrací mýty a dezinformace o této poruše a III. Definovat takové oblasti problematiky ADHD, které by měly být, dle našeho názoru, pro práci učitele nejdůležitější a podstatné.

Nejprve jsme se zaměřili na rozdíly a vysvětlení základních pojmů, tedy hyperkinetické poruchy a ADHD. Rozdílnost těchto pojmů přímo souvisí s rozdíly v diagnostice ADHD v různých částech světa a pletou se i odborné veřejnosti. Dále jsme se v komunikaci mezi pedagogy, pedagogicko-psychologickými poradnami a rodiči setkali s terminologií, která už není aktuální. Proto jsme ji objasnili a zároveň dali do souvislosti s historickým pojetím symptomatologie ADHD. Přímo s tímto souvisí i genetická zátěž ADHD. Také jsme se zamýšleli nad otázkou, zda ADHD je nebo není civilizační choroba. Následné informace o prevalenci, neurobiologii a nejmodernějších zobrazovacích metodách centrální nervové soustavy člověka nám pomohly pochopit podstatu fungování mozku jedinců s ADHD a jednu z příčin selhávání jejich exekutivních funkcí. Všechny tyto teoretické poznatky jsme zakomponovali a propojili s praktickou částí výzkumu a zjistili tak, na jaké úrovni jsou znalosti pedagogů a zda tyto nové poznatky respondenti využívají v praxi.

V praktické části jsme se snažili potvrdit či vyvrátit hypotézu, která přímo souvisí s výše zmíněným. Tedy, zda učitelé mají relevantní informace o problematice ADHD. Pro získání odpovědí a efektivní zpracování praktické části práce jsme si vytyčili tyto cíle: I. Zmapovat znalosti pedagogů v problematice ADHD a II. Definovat klady a nedostatky a navrhnout strategii pro případné zlepšení. Výsledky jsme zpracovávali dle jednotlivých okruhů (témat) výzkumu zvlášť tak, jak probíhala analýza dat.

Co se týká prvního cíle, došli jsme k výsledku, že znalosti pedagogů v problematice ADHD jsou jen velmi obecné, často zkreslené, zastaralé a neodpovídají moderním poznatkům vzešlým z vědeckých studií. Uvědomujeme si, že hodnocení znalostí by mělo jít ruku v ruce s nastavenou škálou nebo normou. Žádná norma v této souvislosti není. Na to jsme již poukazovali. Proto jsme si ji stanovili sami na základě konzultací s odborníky v oboru. Z této škály vycházel výsledný dotazník i následné interview. Šlo nám zejména o zmapování toho, jestli znalosti, povědomí a samotná práce s dětmi s ADHD odpovídá aktuálním vědeckým poznatkům. Z analýzy dat vyplynulo, že informovanost pedagogů v dané oblasti byla nedostatečná. Tvrdíme to i přes veškeré pochybnosti vycházející z absence normy pro hodnocení dostatečné či nedostatečné informovanosti. Ukázalo se to v analýze dat ze všech sledovaných okruhů. Zaznamenali jsme nedostatky v obecných znalostech problematiky, jako jsou základní příznaky ADHD a jejich změny během života jedince, nadužívání pojmu hyperaktivita, podceňování deficitu pozornosti a neznalost typologie ADHD vycházející právě z jádrových příznaků této poruchy.

ADHD je potřeba vnímat v celé své komplexnosti a širších souvislostech. Nejen jako problém několika specifických příznaků. Jsme přesvědčeni, že kromě znalostí symptomatologie, tedy toho, jak se dítě projevuje, je pro pochopení problematiky také nutné vědět, proč se tak dítě projevuje. Jak jsou na tom učitelé v oblasti řekněme příčin, jsme ověřovali pomocí konkrétnějších položek než u obecných znalostí. I zde se projevily výrazné nedostatky. Týkaly se především souvislostí mezi „dětským“ a „dospělým“ ADHD, genetické podmíněnosti poruchy a jejího historického kontextu. Ověřili jsme si, že při dostatečném vysvětlení těchto souvislostí byla změna ve vnímání tohoto onemocnění překvapivě velmi silně patrná.

Zajímavá zjištění vyplynula z analýzy dat týkajících se vnímání závažnosti poruchy ADHD. Uvědomujeme si, že na hodnocení závažnosti ADHD opět nejsou žádná stanovená kritéria. Na první pohled by se mohlo zdát, že je to hodnocení čistě subjektivní. Ovšem pokud se podíváme na problematiku ADHD z pohledu možných rizik pro život jedince, a také z pohledu sociálního (tak jak jsme popsali v kapitole 10),

představuje ADHD závažnou neurovývojovou poruchu, která může jedince v dospělosti až invalidizovat. Zásluha pedagoga je v tomto kontextu nezastupitelná.

Z výzkumu dále vyplynulo, že pedagogové ADHD jako závažný problém vnímají. Ovšem kvůli nedostatečné informovanosti „přeskakují“ příčinu a podstatu problému a nevnímají ADHD jako zdravotní komplikaci. Vysokou závažnost hodnotí „jen“ jako problém výchovný a kázeňský. Slovo „jen“ dáváme záměrně do uvozovek, protože problém výchovy a kázně je z pohledu pedagoga oprávněně signifikantní. Chybné by ale bylo opomenout u ADHD jako příčinu zdravotní hledisko. Je to však časté a ve výzkumu se to projevilo při analýze okruhu 7.

V průběhu všech interview jsme řešili také mnoho konkrétních situací, které musí pedagog během svého působení řešit. Nebylo naším cílem ověřovat nabyté znalosti během praxe. Ukázalo se ale, že správná a dostatečná informovanost pomáhá řešit složité a krizové interakce s dětmi s ADHD. V neposlední řadě pomáhá upevňovat vztah mezi dítětem s ADHD a pedagogem a prospívá tak zlepšení celkového klimatu ve třídě.

Celou praktickou částí se prolínalo jedno stěžejní zjištění. Problematiku ADHD vnímají pedagogové spíše okrajově a jen velmi obecně. Pokud hovořili o dětech s ADHD, nemluvili o těch, které mají potvrzenou diagnózu kompetentním odborníkem. Do skupiny zařazovali i děti, které prokazovaly třeba jen podobnou, a ne vždy správnou symptomatologii. Děti, které jsou třeba jen živější, temperamentnější a někdy hůře zvládnutelné. Toto zjištění bylo velmi důležité, neboť odkrylo závažný problém. Pokud jsou totiž do skupiny ADHD zařazeni i jedinci bez této neurovývojové poruchy, pouze s podobnými klinickými příznaky, vyvolává to zkreslený celkový dojem o onemocnění, chybný přístup ke vzdělávání dětí s ADHD a nabývání mylných zkušeností se zvládáním jejich výchovy. Pakliže osoby věnující se dětem nabudou přesvědčení, že ADHD je jen problém kázně a selhání výchovy a osvojí si výchovné postupy platící jen pro nevychované děti, hrozí dětem s diagnostikovaným ADHD spíše negativní důsledky postihující jejich osobnost a úspěšnost v budoucím životě. S tímto poznatkem jsme se během interview setkávali a pro vzdělávání pedagogů je důležité to neopomenout.



Z praktické části výzkumu dále vyplynulo jakési pohrdání problematikou ADHD. Takovéto neuznávání a nerespektování problematiky vedlo k tomu, že učitelé se nechtěli tomuto problému příliš věnovat. Cíleně také přenechávají řešení problémů spíše na rodině. Tento postoj byl zaznamenán v menší míře, ale spojujeme ho taktéž s nedostatečnou informovaností. S tímto zjištěním úzce souvisí problém dětí, které byly během interview nedignostikované jako ADHD. Na stanovení diagnózy nemáme kompetenci, ale dle popisu pedagogů některé děti jednoznačně splňovaly diagnostická kritéria. Mělo se pohovořit s rodiči a děti měly být dávno poslány na odborné vyšetření. Přesto byly přehlíženy nejen z hlediska postupu a stanovení diagnózy, ale logicky i z hlediska nesprávného přístupu pedagoga k dítěti a k rodině.

Závěr zkoumání prvního vytyčeného cíle pro praktickou část je tedy takový, že znalosti pedagogů v problematice ADHD jsou na základě námi zvolených kritérií pro správnou práci s dětmi s ADHD nedostatečné. Rádi podotýkáme, že učitelé dokážou informace o ADHD v praxi aplikovat, pokud jsou jim dostupné. Problém je ten, že úroveň vědomostí o této problematice je obecně nízká a z nedostatečné informovanosti vyplývá nerespektování problematiky nebo chybný přístup.

Druhým cílem bylo závěrečné shrnutí poznatků, definování kromě nedostatků i kladných zjištění a navržení strategií pro zlepšení identifikovaných nedostatků. Mohli bychom diskutovat nad tím, zda námi zvolená požadovaná úroveň znalostí o ADHD není příliš vysoká na to, kolik času je ADHD věnováno během studia na vysoké škole. Podstatné je ale to, že systém vzdělávání budoucích učitelů neeliminuje skutečnost, že se absolvent pedagogické fakulty s problematikou ADHD během studia setká pouze okrajově a jeho znalosti budou při setkání s dítětem s ADHD nedostačující. O tom, jak se s problematikou vypořádávají praktikující učitelé narození v roce 1980 a níže, jsme se už zmínili v kapitole 22.

Pozitivní je zjištění vyplývající z praktické části výzkumu v rámci 8. okruhu (jak z dotazníku, tak z interview). To, na čem by celá strategie pro zlepšení nedostatků mohla stát, je pozitivní přístup, chuť učitelů se zlepšovat, uvědomění si zodpovědnosti za výchovu a vzdělávání dětí. Dále pak hlavně uvědomění si poslání učitelského povolání, a to i přes spíše negativní postoj společnosti k učitelské profesi. Učitelé

v naprosté většině výzkumného vzorku vyjadřovali potřebu se v pedagogicko-psychologické problematice vzdělávat. Dalo by se říct, že čím více informací respondenti dostávali, tím více je problém zaujal. Statisticky vyhodnotit úroveň znalostí problematiky ADHD nelze z důvodů už vícekrát zmíněných. Ale setkali jsme se i s velmi dobrými znalostmi některých respondentů o hyperkinetické poruše. A tyto respondenti potvrdili získání informací během studia na vysoké škole.

Strategii pro zlepšení současného stavu bychom navrhovali tuto: V první řadě by se mělo provést šetření nebo průzkum toho, na jaké úrovni a v jakém rozsahu probíhá výuka problematiky ADHD na pedagogických fakultách vysokých školách a univerzitách v České republice. Dále by se měla zahájit diskuze na téma sjednocení obsahu, rozsahu a formy vzdělávání v této problematice. Diskuze a shoda je velmi důležitá, neboť nařízení ze strany MŠMT v současnosti není a každá vysoká škola může zvolit podmínky a potřeby individuálně. Na základě této shody by se zmíněné podmínky měly promítnout ve změnách studijních programů pro studenty pedagogických fakult. Co se týká postgraduálního vzdělávání, domníváme se, že na základě předložených dat je problematika ADHD dostatečně významná proto, aby se další vzdělávání stalo povinnou, a ne dobrovolnou aktivitou působících učitelů. V takovém případě by se tato strategie musela konzultovat s MŠMT, neboť by to znamenalo i významný ekonomický zásah.

## 25 Rady pro pedagogy

ADHD je neurovývojová porucha s vysokou mírou dědičnosti. Je to tedy primárně zdravotní problém. Přesto výchovný a vzdělávací aspekt hraje při práci s dítětem významnou roli. Správný přístup je komplexní a role pedagoga je nezbytná. Platí to nejen ve smyslu hodnocení (kolísavý výkon, riziko pocitu křivdy a nízkého sebevědomí), ale i ve smyslu vztahů mezi dítětem, pedagogy a ostatními žáky. Proto je dobré mít na paměti určité zásady.

### **Zásady přístupu k dětem s ADHD, které by měli mít učitelé na paměti:**

- Pokud je to možné, vytvořte spíše menší kolektiv (do 15 dětí). Ne vždy je totiž možný asistent, a ne vždy je nutné vytvořit skupinu se speciálním pedagogem.
- Je důležitá jednoduchá, ale přesná komunikace, bez dvojsmyslů a jasné zadávání úkolů s ujištěním, že dítě rozumí.
- Úkoly zadávat postupně, ne najednou, maximálně tři, ale i to může být pro nepozorný subtyp příliš. Dítě se v tom ztratí a neudělá nic. Samotné děti se i rády zapojují do několika projektů najednou, což je neefektivní.
- Pomozte dětem hlídat čas. Děti s ADHD s tím mají problém. Ještě minutu před odevzdáním práce mají pocit, že mají stále dost času, neumí si to naplánovat.
- Na stole by měly být jen pomůcky na aktuální hodinu.
- Střídejte aktivity. Při dlouhodobých úkolech bude dítě s ADHD selhávat. Dopřejte mu odpočinek.
- Multitasking po nich raději nepožadujte.
- Děti s ADHD posadte do předních lavic. Nebudou je tolik rušit spolužáci a učitel má lepší kontrolu.
- Testování dlouhým psaním písemných prací nebo tzv. „desetiminutovek“ na rychlost nahraďte jinou formou. Dlouhé opisování vynechte. U monotónních činností se projevuje vysoká chybovost.
- Nešetřete na výrobě a používání pomůcek, pomáhají jim s organizací.
- Vnímejte, zda dělají chyby z nepozornosti nebo látku neumí.
- Chvalte i za drobnosti, za snahu, nejen za výkon.

- ADHD nemotivuje dlouhodobé uspokojení, potřebují okamžitou odměnu.
- Upravte rozvrh, je-li to možné (obtížná látka na 1. polovinu dne, nedávat hned za sebe podobné předměty).
- Komunikujte o problému nejen s dítětem s ADHD a jeho rodinou, ale i s ostatními žáky ve třídě.
- Mějte na paměti, že dítě s ADHD většinou nedělá problémy schválně a výtky typu „měl ses víc snažit nebo dávat pozor“ mají spíše negativní dopad.
- Trestejte nebo kárejte s rozmyslem. Trestat dítě, a ještě hůře celý kolektiv za to, že dítě s ADHD něco zapomene, neudělá nebo pokazí, dítě stejně nepřijme a bude to brát jako křivdu.
- Snažte se zvládnout své negativní emoce.
- Využívejte toho, co dítě s ADHD baví a jeho silných stránek.
- Důvěřujte dítěti s ADHD.

## Použitá literatura

Addiss. Oficiální webové stránky organizace. [online]. [cit. 15-04-2021] Dostupný z <http://www.addiss.co.uk/>.

Asherson, P. et al. Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Curr Med Res Opin*, 2014, 30(8):1657-72.

Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C., Smallish, L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria--III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 1991, 32(2):233-55.

Barkley, R. A.; Peters, H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *J Atten Disord*. 2012, 16(8):623-30.

Biederman, J., Faraone, S. V., Weber, W., Russell, R. L., Rater, M., Park, K. S. Correspondence between DSM-III-R and DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997, 36(12):1682-7.

Biederman, J. et al. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*. 2000, 157:816-818.

Brown, R. T., Pacini, J. N. Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *J Learn Disabil*. 1989, 22(9):581-7.

Burgess, P. *Assessment of Executive Function*. New York, Oxford University Press 2004.

Bush, G., Frazier, J. A., Rauch, S. L. et al. Anterior cingulate cortex dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder revealed by fMRI and the Counting Stroop. *Biol Psychiatry*. 1999, (45):1542-1552.

- Crichton, A. *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: on attention and its diseases*. 2018. 454 s. ISBN 978-13-787-0435-6.
- Davidson, M. A. ADHD in adults: a review of the literature. *J Atten Disord*. 2008, 11:628-41.
- DiScala, C., Lescohier, I., Barthel, M., Li, G. Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 1998, 102(6):1415-21.
- Drtílková, I. *Dítě s hyperkinetickou poruchou*. Praha: Gasset. 2006, 55 s. ISBN 80-903-682-6-3.
- Drtílková, I. Děti, psychiatrie a společnost. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2011, 107(2):71-72.
- Escobar, R. et al. Worse Quality of Life for Children With Newly Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Compared With Asthmatic and Healthy Children. *Pediatrics*. 2005, 116:364–369.
- Epstien, J., Johnson, D., Conners, C. K. *Conners Adult ADHS Diagnostic Interview for DSM IV*. North Towanda, NY: Multi-Health Systems. 1999.
- Eurostat. *14 pupils per teacher in EU primary schools*. [online]. 2020. [cit. 15-04-2021] Dostupný z <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20200909-1?inheritRedirect=true&redirect=%2Feurostat%2Fhome%3F>.
- Goetz, M., Uhlíková, P. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-726-2630-4.
- Helus, Z., Bravená, N., Franclová, M. *Perspektivy učitelství*. Praha: UK PF. 2012. ISBN 978-80-7290-596-6.
- Hendl, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.
- Höschl, C. Je ADHD historické novum? 57. česko-slovenská psychofarmakologická conference. [přednáška]. Lázně Jeseník, 7.-11.1.2015.
- Hunková, M. Léčba hyperkinetické poruchy. *Psychiatrie*. 2009, 13(2):80-88.

- Hurtig, T. et al. ADHD symptoms and subtypes: relationship between childhood and adolescent symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007, 46:1605-1613.
- Jensen, P. et al. Archives of General Psychiatry. *MTA study*. 1999, 56:1073-1086.
- Kašpárek, T., Theiner, P., Filová, A. Neurobiologie hyperkinetické poruchy pohledem zobrazovacích metod. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2013, 109(2):73-80.
- Kolektiv autorů. *DSM 5 - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Portál. 2015, 1088 s. ISBN 978-80-86471-52-5.
- Koukolík, F. *Lidský mozek. Funkční systémy. Norma a poruchy*. Praha: Portál. 2002. ISBN 807178379X.
- Lacinová, L., Škrdlíková, P. *Dost dobří rodiče aneb Drobné chyby ve výchově povoleny*. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-80-7367-442-7.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. 2011. ISBN 80-247-1284-9.
- Lezaková, M., Howieson, D., Loring, D., W. et al. *Neuropsychological Assessment (4th ed.)*. New York: Oxford University Press. 2004.
- Lubke, G. H. et al. Subtypes versus severity differences in attention-deficit/hyperactivity disorder in the Northern Finnish Birth Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007, 46:1584-1593.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., Hynes, M. E. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997, 36(9):1222-7.
- Mash, E. J., Johnston, C. Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *J Consult Clin Psychol*. 1983, 51(1):86-99.
- Mertin, V. Opravdu objevil Heveroch dyslexii? *Pedagogika*. 2003, LIII(68):67-71.
- Miller, B. L., Cummings, J. L. *The human frontal lobes: Functions and disorders (2nd ed.)*. New York: The Guilford Press. 2007.

- Mohr, P., Anders, M., Příkryl, R. a kol. Konsensus ČNPS o diagnostice a léčbě ADHD v dospělosti. *Psychiatrie*. 2013, 17(4):189-202.
- Morrish, R. *12 klíčů k důsledné výchově*. Praha: Portál, 2009. ISBN 80-7178-786-8.
- Paclt, I. Diagnostika hyperkinetického syndromu v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*. 2002, (3):115-117.
- Paclt, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.
- Paclt, I., Kollárová, P. Genetika a psychiatrie dětského a dorostového věku. *Postgraduální medicína*. 2014, 16(6):592-595.
- Prekopová, J. *Malý tyran*. Praha: Portál. 2009. ISBN 978-80-7367-589-9.
- Prekopová, J., Schweizerová, Ch. *Neklidné dítě*. Praha: Portál. 2008. ISBN 80-736-7351-7.
- Příhodová, I. Porucha pozornosti s hyperaktivitou. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011, 74/107(4):408-418.
- Příhodová I., Nevšimalová S. Spánek a porucha pozornosti s hyperaktivitou. *Československá psychiatrie*. 2006, 102(2): 80-84
- Punch, K. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál. 2008. ISBN: 978-80-7367-468-7.
- Rogge, J. *Rodiče určují hranice*. Praha: Portál. 2010. ISBN 978-80-7367-806-7.
- Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada. 2012. ISBN 978-80-247-1049-5.
- Searight H. R., Burke, J. M., Rottnek, F. Adult ADHD: evaluation and treatment in family medicine. *Am Fam Physician*. 2000; 62(9):2077-86, 2091-2.
- Strohl, M. P. Bradley's Bazedrine Studies on Children with Behavioral Disorders. *Yale J Biol Med*. 2011, 84(1):27-33.
- Surman, C. et al., Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *ADHD Atten Def Hyp Disord*. 2013, 5:273-281.



Theiner, P. ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 2012, 13(4):148-150.

UZIS. *MKN-10 2021. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí*. [online]. 2021. [cit. 15-04-2021] Dostupný z <https://mkn10.uzis.cz/>.

Walker, I. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-3920-5.

Welcome Trust. *First direct evidence that ADHD is a genetic disorder: Children with ADHD more likely to have missing or duplicated segments of DNA*. [online]. *ScienceDaily*. 2010. [cit. 15-04-2021] Dostupný z [www.sciencedaily.com/releases/2010/09/100929191312.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2010/09/100929191312.htm)

Weiss, M.; Hechtman, L. T., Weiss. G. *ADHD in Adulthood: a guide to current theory, diagnosis and treatment*. John Hopkins University Press, 1999.

World Federation of Mental Health Challenges and Hopes for Living With ADHD: An International Survey; 2004.

## Přílohy

### Příloha A: Dotazník pro pedagogy:

Dobrý den,

rád bych Vás na tomto místě požádal o vyplnění dotazníku, který bude sloužit výlučně pro účely mé disertační práce s názvem „Analýza připravenosti učitelů zvládat problematiku chování dětí s neurovývojovou poruchou ADHD“. Dotazník je naprosto anonymní, proto prosím odpovídejte pravdivě. Vámi zvolenou odpověď zakroužkujte nebo označte (vždy jen jednu). Předem děkuji za Váš čas.

1. **Jste:**
  - a) žena
  - b) muž
2. **Je Vám:**
  - a) do 30 let
  - b) 31-45 let
  - c) 46-60 let
  - d) více než 61 let
3. **Vaše praxe učitele je dlouhá:**
  - a) do 5 let
  - b) 6-15 let
  - c) 16-30 let
  - d) více než 31 let
4. **Ve škole, kde aktuálně působíte je:**
  - a) do 100 dětí
  - b) do 500 dětí
  - c) více než 500 dětí
5. **Škola kde v současnosti působíte je:**
  - a) Základní
  - b) Střední
  - c) Víceleté gymnázium
  - d) jiná
6. **Typ školy, kde v současnosti působíte:**
  - a) Tradiční

- b) Alternativní
- c) Jiná

**7. Velikost obce (města) kde pracujete je:**

- a) do 1000 obyvatel
- b) 1-10 tisíc obyvatel
- c) 11-100 tisíc obyvatel
- d) více než 100 tisíc obyvatel

**8. Vaše specializace je:**

- a) První stupeň
- b) Druhý stupeň
- c) Střední škola
- d) Speciální pedagogika

**9. V každé třídě ve škole je odhadem:**

- a) Neodhadnu. Výskyt ADHD je spíše výjimečný
- b) Jedno dítě ADHD ve třídě
- c) Dvě až tři děti ADHD ve třídě
- d) Tři až čtyři děti ve třídě

**10. Víte, co znamenají jednotlivá písmena ADHD?**

- a) Ano
- b) Ne

**11. ADHD je:**

- a) Civilizační choroba
- b) Výsledek lobby farmaceutických firem
- c) Nic z toho
- d) Nevím

**12. ADHD je:**

- a) Synonymum pro zlobivé děti
- b) Hormonální porucha způsobující hyperaktivitu
- c) Nic z toho
- d) Nevím

**13. ADHD považují za:**

- a) Zveličení problémů týkající se spíše výchovy a disciplíny
- b) Závažné onemocnění
- c) Nic z toho
- d) Nevím

**14. Za jak závažné považujete ADHD?**

- a) Velmi mírné, nepřeceňoval/a bych to
- b) Mírně závažné bez významného dopadu na život dítěte

- c) Závažné, ale díky dobré informovanosti odborné i neodborné společnosti většinou snadno zvládnutelné
  - d) Velmi závažné s možným celoživotním negativním dopadem na pacienta i celou společnost
  - e) Nevím
- 15. Na vznik ADHD má zásadní vliv např. nadbytek sacharidů v potravě, očkování nebo tzv. "Éčka":**
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím
- 16. ADHD je častější problém:**
- a) U dívek
  - b) U chlapců
  - c) Nevím
- 17. Za propuknutí ADHD jsou z více než 50 % zodpovědné chyby ve výchově a nedůsledný přístup rodičů. Zbytek jsou zdravotní problémy.**
- a) Souhlasím
  - b) Nesouhlasím
  - c) Nevím
- 18. ADHD dítě dokážu ve třídě rozpoznat, protože hyperaktivita je nepřehlédnutelná.**
- a) Souhlasím
  - b) Nesouhlasím
  - c) Nevím
- 19. Děti, které mají pouze poruchu soustředění, jsou mezi ADHD zařazovány mylně, protože nejsou hyperaktivní. Jedná se o jinou psychiatrickou diagnózu.**
- a) Souhlasím
  - b) Nesouhlasím
  - c) Nevím
- 20. Víte kolik je základních příznaků ADHD?**
- a) 1
  - b) 2
  - c) 3
  - d) 4
  - e) Nevím
- 21. ADHD:**
- a) Je většinou celoživotní onemocnění
  - b) S věkem většinou vymizí

- c) Vymizí správnou výchovou
- d) Nic z toho
- e) Nevím

**22. Hyperaktivita je typický a vždy přítomný projev ADHD.**

- a) Souhlasím
- b) Nesouhlasím
- c) Nevím

**23. ADHD vzniká na základě:**

- a) Selhání výchovných prostředků
- b) Civilizačních vlivů
- c) Většinou se dědí se po rodičích
- d) Nic z toho
- e) Nevím

**24. ADHD je vývojová záležitost, děti z toho v naprosté většině tzv. vyrostou.**

- a) Souhlasím
- b) Nesouhlasím
- c) Nevím

**25. Výskyt ADHD u dospělých (18+)**

- a) Je oproti dětskému ADHD naprosto výjimečné a díky vyvrálé osobnosti většinou dobře zvladatelné
- b) Je stejně časté nebo i častější, než u dětí
- c) Jedná se o úplně jinou problematiku
- d) Nic z toho
- e) Nevím

**26. ADHD a léčba**

- a) ADHD se musí léčit léky
- b) Efektivní léčba už z podstaty tohoto onemocnění neexistuje
- c) Stačí psychologická podpora
- d) Nic z toho
- e) Nevím

**27. Používání léků na ADHD je:**

- a) Zbytečná chemizace dětského organismu, stačí správný přístup k osobnosti dítěte
- b) Je výsledek lobby farmaceutických firem
- c) Zvrhlé
- d) Nic z toho
- e) Nevím

**28. Léky na ADHD:**

- a) Prakticky tlumí hyperaktivitu a tím nežádoucího chování dítěte
- b) Tlumí většinu fyziologických procesů v organismu
- c) Nic z toho
- d) Nevím

**29. Léky na ADHD:**

- a) Jsou vhodné jen pro hyperaktivní děti
- b) Na soustředění nemají žádný nebo jen minimální vliv
- c) Nic z toho
- d) Nevím

**30. Dávat dětem léky na ADHD je:**

- a) Neetické
- b) Důležité
- c) Zbytečné
- d) Nevím

**31. Účinnost léků na ADHD:**

- a) Je 100 % prokázána
- b) Vzhledem k variabilitě projevů onemocnění není dostatečně prokázána
- c) Je jen minimálně efektivní
- d) Nic z toho
- e) Nevím

**32. Léky na ADHD jsou:**

- a) Návykové
- b) Zbytečné
- c) Mají spíše negativní vliv na vývoj dítěte
- d) Nic z toho
- e) Nevím

**33. ADHD není potřeba léčit, ale vychovávat**

- a) Souhlasím
- b) Nesouhlasím
- c) Nejsem si jist/a

**34. Během výuky nebo přestávk bych léky dětem s ADHD:**

- a) Nedával/a z etických důvodů a nejsem lékař
- b) Nedával/a, protože mi to přijde zbytečné
- c) Nemám s tím problém
- d) Nevím

**35. S rodinou dítěte s ADHD:**

- a) Spolupracuji individuálně a úzce
- b) Volím stejný přístup ke všem dětem a rodičům

- c) Spolupracuji málo. Většinou jde jen o získání úlevy pro dítě
- d) Nic z toho

**36. O ADHD jsem se dozvěděl/a:**

- a) Z médií
- b) Od kolegů
- c) Na vysoké škole
- d) Nic z toho
- e) Nevím

**37. Zúčastnil/a jste se někdy speciálního vzdělávacího kurzu o ADHD?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**38. Rozšíření vědomostí o ADHD pomocí speciálních vzdělávacích akcí:**

- a) Nepotřebuji a nechci
- b) Bych velmi uvítal/a
- c) Nevím

**39. Práce s ADHD dětmi vyžaduje specifické znalosti.**

- a) Ano, je to medicínský problém.
- b) Ne, nepodporuji zveličování problému
- c) Nevím

**40. Úloha učitele ohledně problematiky ADHD je okrajová. Měl by to řešit hlavně psycholog nebo psychiatr.**

- a) Souhlasím
- b) Nesouhlasím
- c) Nevím

**41. Doporučení z PPP:**

- a) Plně respektuji
- b) Respektuji částečně
- c) Nerespektuji

**42. V naší škole řeší způsob práce s ADHD dětmi:**

- a) Výhradně školní psycholog nebo výchovný poradce
- b) Výhradně jednotliví učitelé při výuce
- c) Nic z toho
- d) Nevím

**43. Pokud má dítě projevy ADHD, je to záležitost spíše rodičů a ne učitele.**

- a) Souhlasím
- b) Nesouhlasím
- c) Nevím

**44. Jak to, že dříve (např. před 100 lety) příznaky ADHD u dětí nebyly?**

- a) Díky pevnější výchově a větší autoritě učitelů
- b) Dominoval jiný životní styl
- c) Nic z toho
- d) Nevím

**45. ADHD děti mají většinou hyperaktivitu a nižší intelekt, což může vyvolávat dojem problematického chování.**

- a) Souhlasím
- b) Nesouhlasím
- c) Nevím