

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra pedagogiky

**ADAPTACE DĚTÍ S ADHD NA PODMÍNKY PŘEDŠKOLNÍHO
ZAŽÍZENÍ**

**ADAPTATION OF ADD CHILDREN TO PRESCHOOL
INSTITUTIONS' CONDITIONS**

Bakalářská práce

MONIKA KOCHLÓFLOVÁ

Vychovatelství

Kombinované studium

Vedoucí bakalářské práce: doc. PaedDr. Stanislav Bendl, Ph.D.

PRAHA 2013

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením doc. PaedDr. Stanislava Bendla, Ph.D.

V práci jsem použila informační zdroje uvedené v seznamu literatury.

V Praze dne 25. listopadu 2013

.....
Monika Kochlůflová

Poděkování

Ráda bych zde vyjádřila poděkování panu doc. PaedDr. Stanislavu Bendlovi, Ph.D., za poskytnuté rady, trpělivost a odborné vedení mé práce.

Anotace

Kochlůfová, M.: Adaptace dětí s ADHD na podmínky předškolního zařízení /Bakalářská práce/ Praha 2013. 71 stran. Univerzita Karlova Praha.

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku umístění dětí s poruchou pozornosti a hyperaktivitou do systému předškolního vzdělávání. Práce je rozdělena do dvou částí, a to na teoretickou a empirickou.

Teoretická část pojednává o dítěti předškolního věku a diagnóze ADHD. Práce popisuje systém předškolní péče o děti s poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou a nabízí některé z možností podpory, pomoci dětem s ADHD v předškolním vzdělávání.

V empirické části jde o kvalitativní výzkum realizován prostřednictvím případové studie. Použity byly metody výzkumu – analýza a studium dokumentů, pozorování a nestandardizovaný rozhovor.

Cílem bakalářské práce je poukázat na problémy spojené s adaptací na předškolní zařízení a umístění do mateřské školy jako celku.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že potíže s přijetím dětí s poruchou pozornosti a hyperaktivitou do mateřské školy úzce souvisí s podmínkami a finančními prostředky škol, dále s odborností pedagogického personálu.

Klíčová slova

Dítě předškolního věku - Porucha pozornosti – Mateřská škola – Poradenská zařízení – Možnosti podpory

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Abstract of Bachelor's Thesis

Kochlőflová, M.: Adaptation of ADD Children to preschool institutions' conditions / Bachelor's Work/ Prague 2013. 71 pages. The Charles University Prague.

The Bachelor's Work is directed to the problematic of a placement of an ADD and hyperactive child into the preschool educational system. The Bachelor's Work is divided into two parts, a theoretic and an empiric.

The theoretic part of the Bachelor's Work concerns a preschool child and his ADD diagnosis. It describes the system of preschool education for children with combination of an Attention malfunction and Hyperactivity. It also offers some possibilities of support and help for ADD children within the preschool education.

The empiric part of the Bachelor's Work has been realized via the quantitative Research, using a Case study. The mean of the data collection was the unstandardized interview, the observation and the documents' analysis.

The aim of the Bachelor's Work is to point out the problems that stand in connection with the adaptation to the preschool institutions and with the child placement to the kindergarten as a complex issue.

It has been found via the Research, that the problems with ADD and hyperactive children's acceptance are very closely connected with the capability and financial situation of schools as well as with the abilities of the pedagogic personnel.

Key words

Preschool children – ADD – Kindergarten – Counselling centres – Help and support

I agree with further distribution of my Bachelor's Work to libraries.

Obsah

I. ÚVOD	8
II. TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Dítě předškolního věku.....	10
1.1 Motorický vývoj.....	11
1.2 Kognitivní vývoj	12
1.3 Emoční vývoj dítěte a socializace	13
1.4 Dítě s poruchou ADHD.....	14
2 Porucha ADHD	16
2.1 Historie a vývoj terminologie	16
2.2 Charakteristika syndromu ADHD.....	18
2.2.1 <i>Porucha pozornosti</i>	19
2.2.2 <i>Hyperaktivita</i>	20
2.2.3 <i>Impulzivita</i>	20
2.3 Příčiny ADHD.....	21
2.4 Diagnostická kritéria	23
2.4.1 <i>Diagnostická kritéria ICD-10(MKN-10)-hyperkinetická porucha</i>	24
2.4.2 <i>Diagnostická kritéria DSM-IV</i>	25
3 Systém péče o děti předškolního věku s ADHD	28
3.1 Mateřské školy	29
3.1.1 <i>Možnosti umístění dětí s ADHD do předškolních zařízení</i>	31
3.1.2 <i>Adaptace na předškolní zařízení</i>	33
3.2 Poradenská zařízení.....	34
3.3 Zdravotní péče.....	37

3.3.1 Zdravotní problémy související s mateřskou školou.....	37
4 Možnosti podpory, pomoci dětem s ADHD	39
4.1 Farmakoterapie.....	40
4.2 Výchovné působení rodiny a pedagogů	43
4.3 Alternativní, doplňkové léčebné postupy (videotrénink interakcí, HYPO, KUMOZ, KUMOT, EEG – biofeedback, relaxační techniky).....	45
4.4 Bazální stimulace	48
III. EMPIRICKÁ ČÁST	52
5 Popis metodologie	52
5.1 Typy případových studií	53
5.2 Konkrétní případ – jeho výběr	53
5.3 První kontakt	54
5.4 První den v mateřské škole	56
5.5 Mateřská škola Motýlek.....	57
6 Případová studie – Petr	60
6.1 Osobní údaje	60
6.2 Rodinná anamnéza	60
6.3 Lékařská anamnéza	61
6.4 Pedagogické-psychologická anamnéza.....	62
7 Pohled učitelky speciální mateřské školy.....	64
IV. ZÁVĚR.....	66
8 Seznam použité literatury	68

I. ÚVOD

Dětská hyperaktivita, agresivita a problémy s výchovou se stávají velmi často diskutovaným tématem jak mezi odborníky, tak mezi rodičovskou veřejností. Není snadné rozpoznat, zda temperamentní chování je projevem vrozeného temperamentu, nebo projevem hyperkinetické poruchy spojené s poruchou pozornosti. S tím souvisí problematické zapojení těchto dětí do běžného dětského kolektivu, ať již ve školských zařízeních nebo mimo ně.

Pracuji od roku 2006 ve Speciální mateřské škole v Českých Budějovicích, která poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami (zabývá se vzděláváním těchto dětí), tedy dětí, které bez individuálního a speciálně pedagogického přístupu jsou v procesu vzdělávání znevýhodněné a výrazně limitované z důvodu poruchy ADHD. Tato problematika mě velice zajímá, a proto jsem si ji vybrala jako téma bakalářské práce. Cílem mé práce je přiblížit čtenáři obtíže, které jsou projevem ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), nastínit problematiku umístění a následné adaptace těchto dětí do prostředí mateřské školy.

Bakalářská práce je rozdělena kromě úvodu a závěru na část teoretickou a empirickou, jež je zpracována pomocí případové studie.

Teoretická část je věnována nejen motorickému, kognitivnímu, emočnímu vývoji u předškolního dítěte a samotné poruše ADHD, ale i systému péče o tyto děti v České republice. Poslední kapitola se zabývá dalšími možnostmi podpory a pomoci těmto dětem.

V empirické části jde o kvalitativně orientovaný výzkum prostřednictvím jedné případové studie, jako nástroj sběru dat poslouží nestandardizované rozhovory, pozorování, studium a analýza dokumentů. Předkládám zde případovou studii konkrétního chlapce s diagnózou ADHD předškolního věku a popisuji náročnost jeho umístění do mateřské školy, obtíže, se kterými se rodina potýkala, a co muselo být uskutečněné, aby došlo k úspěšné adaptaci. Součástí jsou i lékařské zprávy, psychologické zprávy a zpráva z pedagogicko-psychologické poradny. Velmi důležitým aspektem je zde pohled učitelky, která chlapce do speciální mateřské školy přijímala.

Mnohdy snahou rodičů i odborníků z řad pedagogů a lékařů je umístit dítě s touto poruchou do běžné mateřské školy. V této části mé odborné práce se pokusím nastínit i podmínky v běžných mateřských školách, které mohou pro výchovu a vzdělávání takto postižených dětí nastat, a tudíž vyloučit tyto děti z běžného proudu vzdělávání.

Bakalářská práce vychází zejména z odborné literatury, která byla publikována v nedávné době a přináší nejnovější poznatky. Využila jsem i starší zdroje, kde je tato porucha označována jako LMD (lehká mozková dysfunkce). Použita je také platná legislativa. Jako dodatkový zdroj poslouží odborné internetové stránky.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Dítě předškolního věku

Za předškolní období je často v odborných knihách uváděn věk mezi třetím až šestým rokem dítěte (Mertin, Gillernová a kol., 2010, str. 9). Poetický název pro toto období používá Matějček. Vystihuje dobře nápadný rys dětské psychiky – *života odvahu fantazie*, která ještě není spoutána pozdější racionalitou a kázní. O tomto období by se také dalo uvažovat jako o době, kdy se kladou základy socializace, tj. začlenění člověka do společnosti. V tomto věku dítěte si také můžeme všimnout, s jakou zdravou zvědavostí si dítě vytváří obraz o světě, svůj první „světový názor“. Často nás zaskočí otázkou o vzniku a smyslu světa.

Předškolní věk je charakterizován osamostatňováním a zdokonalováním získaných zkušeností a dovedností. Jedná se o nejprudší období rozvoje inteligence, období zvědavosti, základů psychomotorických i sociálních dovedností (Zahálková, 1995, str. 24). Co se týče tělesné konstituce dítěte, dochází ke zrychlení růstu. Děti v tomto období obvykle měří 90-120 cm, váží 15-25 kg. Dochází k růstu dlouhých kostí a výraznému nárůstu svalové hmoty.

Dle Piagetova stadia kognitivního vývoje by děti v předškolním věku byly zařazeny do předoperačního vývojového stadia, neboť dítě ještě nechápe určitá pravidla neboli operace.¹ Je také věkem postupného uvolňování vázanosti na rodinu a rozvoj aktivity, která už není tak samoučelná, umožňuje například dítěti, aby se uplatnilo a prosadilo ve vrstevnické skupině. Uvolnění této závislosti přispívá k osvojení běžných norem chování, znalostí obsahu rolí a k přijatelné úrovni komunikace. Na druhé straně dětské myšlení stále ještě nepodléhá logickému řádu, je tedy prelogické a egocentrické, vázané na subjektivní dojem a aktuální situační kontext. Překonání této bariéry je jedním z významných úkolů předškolního období a předpokladem k nástupu do školy, který je důležitým vývojovým mezníkem (Vágnerová, 2000, str. 75).

¹ Operace je myšlenkový postup pro třídění, spojování a další zpracování informací logickým způsobem (ATKINSON, R. L. a kol. *Psychologie*. 2 aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003. s. 77. ISBN 80-7178-640-3).

Již v předškolním věku lze sledovat různé projevy chování, které se mohou jevit jako obtížné. Některé děti mohou být hůře ovladatelné, negativistické a vzteklé (Vágnerová, 2008, str. 76). U některých dětí lze pozorovat zvýšenou neposlušnost, vzdorovitost, žárlivost a hyperaktivitu, což vede k nepříjemným výchovným obtížím, zbrzdění vývoje a nedostatečné školní zralosti. Děti, u kterých jsou obtíže výrazné, je potřeba podrobit speciálním vyšetřením a jim i jejich rodičům pomoci zdravotní i výchovné problémy úspěšně zvládnout (Čačka, 1996, str. 42-50).

1.1 Motorický vývoj

Pohyb je základní potřebou, a i když je u každého jiná, vždy probouzí a podporuje celkovou aktivitu dítěte, která podněcuje myšlení, rozšiřuje zásobu informací o sobě i o využívání předmětů a pomůcek. (Koťátková, 2008, str. 25). V tomto období se zpomaluje růst dítěte, mění se jeho tělesné proporce, nastává období první vytáhlosti, rychle se vyvíjí lebka, v kostech probíhá dále osifikace. Ke konci předškolního věku se osifikuje zápěstí dítěte, a to umožňuje, aby se začalo učit psát (Říčan, 2004, str. 120).

Hrubá motorika je zajišťována velkými svalovými skupinami. Je to souhrn pohybových aktivit dítěte, které vedou k postupnému ovládnutí a držení těla, koordinaci horních a dolních končetin, rytmizaci pohybů. Motorický vývoj lze označit jako zdokonalování, zlepšení pohybové koordinace, větší hbitost a eleganci pohybů (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 49). Není pochyb o tom, že pohyby jsou přesnější, účelnější, plynulejší. Dítě dokáže v rámci společných činností dobře pozorovat a napodobovat sportovní aktivity. Motorický vývoj souvisí s celkovou aktivitou dítěte v předškolním období.

Ve třídě mateřské školy jsou si už děti od třetího roku vzájemnou inspirací i pobídkou, prožívají uspokojení, když se jim něco daří, mají zážitky z pohybové sounáležitosti (Koťátková, 2008, str. 25). Pohybová koordinace se odráží ve schopnosti **sebeobsluhy dítěte** – svlékání, oblékání, skládání věcí, zavazování bot a jiné (Mertin, Gillernová a kol., 2010, str. 17).

S rozvojem **jemné motoriky** souvisí i **rozvoj kresby**, od počátečního čmárání až ke schopnosti dobře napodobit jednoduché tvary nebo nakreslit lidskou postavu ve formě hlavonožce. Kresba předškoláka je mnohem detailnější a kreativnější. (Mertin, Gillernová a kol., 2010, str. 17). Stejně rád jako s tužkou si předškolák hraje s barvami: z počátku s pastelkami, později i s vodovkami nebo plakátovými barvami. Miluje nůžky a plastelínu. Kreslí především to, o čem ví, takže leccos je na kresbě vidět lépe než ve skutečnosti (Říčan, 2008, str. 131). Kresba ukáže mentální úroveň dítěte, schopnost reprodukce členěných celků, stupeň rozvoje jemné motoriky, souhru oka a ruky, soustředěnost, schopnost úkol dokončit, představitivost, fantazii, paměť, lateralitu a analyticko-syntetickou činnost (Opatřilová, 2010, str. 84).

1.2 Kognitivní vývoj

Vnímání je globální, dítě vnímá celek jako souhrn jednotlivostí, kde zatím není schopno rozlišovat základní vztahy. Nechá se upoutat výrazným detailem, zvláště má-li nějaký vztah jeho aktuálnímu zájmu nebo potřebě“ (Mertin, Gillernová a kol., 2010, str. 14).

Kolem čtyř let věku dítěte se inteligence dostává z úrovně předpojmové (symbolické) na vyšší stupeň **názorového (intuitivního) myšlení**, dítě uvažuje v celostních pojmech, které vznikají na základě podobností. Pokrok v myšlení je nesporný, přesto ještě není dítě schopno myslet skutečně logicky po krocích (Langmeier, Krejčířová, 2006).

„**Představy předškoláka** jsou barvitě a bohaté. Mezery mezi vnímanými jevy jednotlivými detaily jsou často doplňovány tzv. **dětskou konfabulací**. Jsou to myšlenky, o kterých jsou děti přesvědčeny, že jsou pravdivé. Je proto nevhodné trestat je za lži v době, kdy je pro ně velmi nesnadné odlišit realitu od konfabulace. Představy jsou pro předškoláka nutné, ve svých představách si dítě přizpůsobuje někdy obtížně přijatelnou nebo pochopitelnou realitu. V předškolním období totiž též dochází k významnému procesu **decentrace**, při kterém se dítě učí, že existence prostorového, časového a příčinného světa jevů nezávisí na něm. Vzhledem k tomu, že předškolní dítě je **egocentrické**, chybí odlišení mezi psychologickou realitou dítěte a objektivním

světem reality. Dítě je středem vlastního světa představ a myšlenek, a jen s obtížemi zaujímá hledisko jiné osoby“ (Mertin, Gillernová a kol., 2010, str. 15).

Rovněž v období předškolního věku dochází ke zkvalitňování řečových dovedností – rozšiřování slovní zásoby, osvojování gramatických pravidel, zvětšuje se rozsah i složitost vět a roste zájem dítěte o řeč jako takovou. Přijdou na řadu časté otázky „Proč?“, „Co je to?“. Dítě je například schopno poslouchat delší čtený text (Mertin, Gillernová a kol., 2010, str. 16).

Vývoj řeči dovoluje i nárůst poznatků o sobě, ale i o okolním světě. Důležitým pokrokem dítěte v předškolním věku je začátek účinného **užívání řeči k regulaci svého chování**. Teprve tříleté dítě je schopno řídit své chování dle pokynů a instrukcí, nejprve tak, že opakuje. Později okolo pěti až šesti let bez slovního doprovodu, podle „vnitřní řeči“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 77).

Paměť je spíše mechanická a konkrétní. Lépe si dítě zapamatuje konkrétní události, než-li jejich slovní popis, převažuje paměť krátkodobá. Záměrná a dlouhodobá paměť nastupuje až okolo pátého roku života. I tak jsou děti předškolního věku schopny si zapamatovat, někdy i na celý život, situace citově zbarvené (Mertin, Gillernová a kol., 2010, str. 17).

1.3 Emoční vývoj dítěte a socializace

Langmeier, Krejčířová (2006) uvádí, že rodina zůstává i v předškolním období nejvýznamnějším prostředím, které zajišťuje primární socializaci dítěte, tj. uvádí je do společenství lidí. Socializační proces v podstatě zahrnuje tři vývojové aspekty:

- 1) Vývoj sociální reality – vývoj bohatě diferenciovaných emočních vztahů k lidem v bližším okolí i vzdálenějším okolí. Příkladem úplného selhání postupu může být dítě s poruchou autistického spektra, pro které osoba blízká nemusí znamenat více než neživý předmět.
- 2) Vývoj sociálních kontrol a hodnotových orientací – jedná se o vývoj norem, příkladem selhání vývoje sociálních norem jsou mladiství delikventi nebo lidé s asociální poruchou osobnosti.

- 3) Osvojení sociálních rolí, tj. vzorců chování a postojů, které jsou od jedince očekávány vzhledem k jeho věku, pohlaví a společenskému postavení.

Předškoláka nejlépe **motivovat** novými podněty v rámci hry s vrstevníky. **Vůle** dítěte tohoto věku je velmi kolísavá a často stimulována jakousi kolektivní nákazou. Citové prožívání předškoláka je velmi intenzivní, proměnlivé a zároveň krátkodobé. Předškolní období je velmi důležité pro formování **citových projevů** (Mertin, Gillernová a kol., 2010, str. 17).

Citová pohoda v rodině předškolního dítěte je základem jeho zdravého duševního vývoje, rodiče jsou svým chováním vzorem pro vytváření vztahů k ostatním lidem a vstup do mateřské školky napomáhá osamostatnění dítěte, rozvoji získaných návyků a podřizování se stanoveným pravidlům (Čačka, 1996, str. 42-50). Základ pro formování mezilidských vztahů je předáván v rodině, ale stejně důležitou úlohu má i dětské společenství (Mertin, Gillernová a kol., 2010, str. 21).

1.4 Dítě s poruchou ADHD

Zvýšená aktivita a určité nepozornosti u dětí předškolního věku nebývají zřídka, odborná literatura uvádí více než 50% dětí mladších 4 let. Ve většině případů pozorujeme zlepšení do 6. měsíce. Pouze u menší části dětí potíže přetrvávají v takovém rozsahu, aby byla stanovena diagnóza ADHD. Rodiče popisují děti jako živé, stále na pochodu, šplhající kamkoliv, někam se dobývají, jsou podrážděné, neposlušné, stále vyžadující pozornost, hlučné a živelné (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 19).

Dítě, u kterého je diagnostikován syndrom ADHD, může trpět jen některými z uváděných poruch a síla nevhodných projevů bývá také různá. Syndrom ADHD poznamenává prožívání a chování těchto dětí, které si sami pod tlakem, pro ně náročných a nezvladatelných situací v běžném rodinném i školním prostředí, hledají svoje únikové řešení obtížných situací. Přijatá řešení nejsou samozřejmě akceptována okolím a dětem to způsobuje další, v podstatě neřešitelný problém (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 27).

K typickým strategiím, které takto postižené děti užívají, patří:

- **únik** (únik do nemoci, vědomý únik od neoblíbené činnosti, únik do vlastního vnitřního světa),
- **regrese** (dítě se chová jako mladší, vyhledává si i mladší kamarády, dožaduje se zvýšené pozornosti a lásky rodičů),
- **popření neúspěchů nebo jejich zlehčování** (vědomé zlehčování neúspěchu může být v pozdějším věku příčinou zkresleného vnímání reality),
- **poutání pozornosti** (dítě se snaží provokováním, šaškováním či jiným nevhodným způsobem na sebe upoutat pozornost druhých lidí, v domněnku, že tímto sklidí úspěch a pochvalu),
- **útok** (slovní nebo fyzický útok, ale i jiná agrese jsou pro dítě vlastně symbolem už zoufalého volání, aby si ho někdo všimnul a věnoval se mu).

Složitější situace nastává se vstupem dítěte do dětského kolektivu, tedy do mateřské školy. S nástupem do školy potíže většinou graduji (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 63).

Pro rodiče pak díky těmto strategiím vyvstává mnoho konfliktů v rodině samotné a velice často i mezi partnery, vnější okolí obviňuje rodiče ze zanedbání výchovy a mnohdy ani učitelé, kteří nejsou odborně vzdělání pro práci s těmito dětmi, si s jejich chováním neumí poradit a usilují o jejich odchod z daného dětského kolektivu do speciálních školských zařízení (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 27).

2 Porucha ADHD

2.1 Historie a vývoj terminologie

Lidé, u nichž existovaly symptomy, dnes známé poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou, byli součástí lidské společnosti od nepaměti. Teprve vědecké poznání umožnilo problém prozkoumat, zdokumentovat a stanovit mezinárodně platnou klasifikaci. Jednotlivé etapy jsou spojeny také s vývojem terminologie, kdy se postupně používaly termíny jako lehká mozková dysfunkce (LMD), poškození mozku, hyperkinetická reakce a hyperkineze (Munden, Arcelus, 2002).

Termínu lehká mozková dysfunkce, který se začal používat v 60. letech minulého století, předcházely v samém počátku vědeckého zkoumání ve světě i u nás ještě dva pojmy. V 30. letech bylo ve světě používáno označení minimální mozková dysfunkce (MBD) a u nás malá mozková dysfunkce (MMD). V 50. letech minulého století se v tehdejším Československu přešlo na termín lehká dětská encefalopatie (LDE). Výzkumy této poruchy neustávaly a neustávají a současný termín Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) je používán krátkou dobu, zhruba od roku 2000 (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 23).

Zkoumání lehkých mozkových dysfunkcí probíhalo ve třech etapách:

1. etapa – prehistorie odborného zkoumání,
2. etapa – klasická epocha vědeckého bádání,
3. etapa – posledních 15 let až do současnosti.

První etapa, trvající fakticky 100 let, je typická sběrem informací, snahou po uchopení celého problému a vytvoření jednotného stanoviska. První informace je z roku 1838, kdy belgický psychiatr J.Guislain pochopil, že poruchy chování dětí souvisejí s jejich poškozením mozku. Vzápětí německý lékař (v roce 1845) H. Hoffmann zdokumentoval poruchu, která je dnes známá jako hyperkinetický syndrom. (Černá, 2002).

Ve 20. letech minulého století byly zveřejněny poznatky C. W. Burra a R. S. Milese, kteří se zaměřili na souvislosti nervového stavu dětí s poruchami učení

a chování. Po 1. světové válce vznikly další vědecké studie a byla tak odstartována druhá etapa. Američan Bradley uveřejnil v roce 1937 nečekané výsledky při podání amfetaminu dětem trpícím hyperaktivitou a dalšími poruchami. Pediatři v Americe tuto léčbu používali až do 70. let 20. století, zatímco Evropa diagnózu ADHD a s tím spojenou léčbu nepreferovala (Munden, Arcelus, 2002).

V Evropě vznikaly vědecké studie zabývající se poškozením mozku a poruchami chování, které byly jeho důsledkem. Lékaři si dali do souvislosti také nestandardní porody a pozdější problematické chování takto narozených dětí. Dysfunkcemi se zabývali také neurologové a psychologové. Rozvoji zkoumání lehkých mozkových dysfunkcí napomohly výsledky bádání neurologů, kteří se zabývali afáziemi u dospělých vzniklých úrazem mozku. Od 40. let 20. století vznikají další a další studie o mozkových poškozeních (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 12).

Také v tehdejší Československu byla týmově řešena problematika LMD. Našimi předními uznávanými odborníky ve výzkumu dysfunkcí byli O. Kučera, J. Jirásek, Z. Žlab a Z. Matějček. Týmy odborníků pracovaly s dětmi z psychiatrických oddělení, s dětmi ze školy, která vznikla při Dětské psychiatrické léčebně v Dolních Počernicích, s dětmi z prvních dyslektických tříd v Praze a Karlových Varech. V šedesátých letech minulého století bylo k dispozici nepřehledné množství informací o LDM, tedy vyvstala potřeba jejich ujednocení a zavedení terminologie – syndrom lehké mozkové dysfunkce. V souvislosti LMD a výukových a výchovných problémů u dětí byla tato problematika definována v roce 1969 jako specifická porucha učení. Tato terminologie se souběžně užívá se současnou terminologií, která se prosazuje v poslední třetí etapě – tedy posledních 15 - 20 let (Černá, 2002, str. 6 – 13).

V devadesátých letech přijala Světová zdravotnická organizace v souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí dva termíny – hyperkinetická porucha a její subtypy (porucha pozornosti a aktivity), a hyperkinetická porucha chování (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 9).

V České republice byla přijata terminologie používaná Americkou psychiatrickou asociací ADHD – označení syndromu deficitu pozornosti spojeného s hyperaktivitou a ADD – syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity.

Děti, které spadají pod toto označení, trpí nepozorností a nadměrnou aktivitou a impulzivností již od raného dětství. Jejich nežádoucí chování je zdrojem problémů ve chvíli, kdy tyto děti musí vstoupit do dětských kolektivů ve výchovných zařízeních, kde jsou nuceny k pozornosti a klidu, což nezvládají. Školská legislativa v České republice používá termín specifické poruchy chování a zahrnuje pod tento pojem hyperaktivní děti (např. vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb.) Specifické poruchy chování jsou těmto dětem vrozené a kombinují se většinou i se specifickými poruchami učení. Tyto děti na základě platných právních předpisů jsou žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a je jim věnována odborná péče (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 10-11).

2.2 Charakteristika syndromu ADHD

Syndrom ADHD se vyskytuje u dětí již v raném dětství a nároky, které na dítě s tímto syndromem přináší vstup do mateřské nebo základní školy, ještě více vystupňují základní projevy syndromu ADHD. Mezi tři základní projevy patří:

- porucha pozornosti (93 %),
- hyperaktivita (80 %),
- impulzivita (66 %). (Paclt, a kol., 2007, str. 13-14)

K dalším projevům náleží:

- neurologické příznaky (76 %),
- emoční labilita (70 %),
- poškození percepce (67 %),
- vyšší unavitelnost.

Paclt uvádí, že ADHD postihuje 6 % dětské populace a potýká se s ním více chlapců než dívek. Zveřejněný poměr je 3 - 5 : 1. (Zemánková, Vyskotová, 2010, str. 11)

Kromě výše uvedených základních projevů běžně zmiňovaných v dostupné odborné literatuře, je možné naléznout přehled poruch pozorovatelných vyloženě u dětí předškolního a školního věku. Tři základní projevy jsou ještě rozšířeny o poruchy

paměti, poruchy myšlení a řeči, poruchy chování a poruchy biorytmu a vegetativních funkcí (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 26).

Jednoduchou definici syndromu ADHD uvádí A. Train: „ADHD je psychiatrická diagnóza, která se vztahuje na děti (a dospělé) s vážnými sociálními a kognitivními obtížemi. Rozlišujeme tři hlavní symptomy – poruchu pozornosti, impulzivitu a hyperaktivitu.“. Pro rodiče, kteří si nejsou jisti, zda jejich dítě trpí syndromem ADHD nabízí Train sadu jednoduchých otázek pro každý ze tří hlavních symptomů. Pro poznání poruchy pozornosti je to nejvíce otázek (např. Nechá se vaše dítě snadno vyrušit ze soustředění? Dělá mu potíže poslouchat?) Body získané za kladné odpovědi, a to, jak moc je narušený výkon dítěte pak určuje jeden ze tří stupňů obtíží. Obtíže mohou být mírné, střední a výrazné, kdy nejen výkon, ale i sociální vazby výrazně narušuje nevhodné chování dítěte (Train, 1997, str. 31-35).

2.2.1 Porucha pozornosti

Porucha pozornosti je pozorovatelná již u dětí předškolního věku, kdy dítě přebíhá od jedné hračky ke druhé, nevydrží dlouho u jedné děle trvající hry, nevydrží poslouchat pohádku a nedokáže se samo zabavit. Ve chvíli, kdy je od nich požadována soustředěnost, ji nejsou schopni udržet a je problém je nějakým způsobem motivovat k dokončení činnosti. Tyto děti nejsou schopny odlišit důležitost jednotlivých činností, lehce se nechají ovlivnit rušivými podněty z okolí, což jim komplikuje práci jak v mateřské školce, tak ve škole. Dítě se nechává strhnout nejen vnějšími podněty, jako jsou zvuky, aktivity ostatních dětí, ale i tím, co ho napadá, jeho vlastním vnitřními pohnutkami, které obvykle s prováděnou aktivitou vůbec nesouvisí. Roztěkanost a nesoustředěnost, které jsou pro ně typickým znakem, ještě doplňuje netrpělivost. (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 27-28).

Paclt dodává, že všechny tyto projevy se ještě vystupňují ve chvíli, kdy dítě s ADHD má plnit úkoly, které ho nezaujaly, kdy má psát úkoly nebo pracovat samo bez kontroly. Vědeckými výzkumy bylo zjištěno, že k takovýmto reakcím dochází kvůli postižení syndromem ADHD, ale také, že vhodně zvýšenou dávkou motivace a bezprostřední pochvalou je možné snížit zvýšenou těkavost těchto dětí (Paclt a kol., 2007, str. 13-14).

2.2.2 Hyperaktivita

Tento další základní znak syndromu ADHD je zdokumentován již u ještě nenarozených dětí. Jejich matky velice často uvádějí, že registrovaly neobyčejnou aktivitu dítěte před jeho narozením - v děloze. Zatímco u normálních dětí pohybová aktivita po třetím roce klesá, u těchto dětí nepřiměřená pohyblivost přetrvává (Munden, Arcelus, 2002, str. 21-22). Neustálý pohyb dítěte je také někdy označován neodborným pojmem „*psychomotorický neklid*.“ Za silnější projev je považováno padání ze židle, nekoordinovaný pohyb i na rovném podkladu (zvýšená možnost úrazů). Jemnější projev zahrnuje neustálé jemné pohyby rukou, komíhání nohama a ošívání se. Tento neklid se promítá i do obličejové mimiky, která je postižena různými tiky (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 31).

Pohyby tělem, zbytečné vrtění a celkový neklid jsou nápadné i při běžných činnostech. Přehnaná tělesná aktivita je ještě doprovázena výkřiky, nerozeznatelnými hlasovými projevy a povídáním „jakoby pro sebe“. Při školní práci je problém udržet tyto děti na jednom místě a v tichosti. Také v kontaktu s jinými dětmi převažují nadměrné řečové projevy a překotnost (Paclt a kol., 2007, str. 14).

2.2.3 Impulzivita

Reakce dětí, které trpí syndromem ADHD na jakýkoliv podnět, bývají zbrkle rychlé a neuvážené. Tyto děti nezvládají běžný postup – nejprve rozvaha a pak teprve jednání a stejně tak nedokážou domýšlet následky svých urychlených reakcí. Velice často se pouštějí do riskantních činností, které není potřeba vůbec provádět, nevydrží poslouchat instruktáže, jednají podle svého a zapřičiňují tím úrazy či destrukce majetku. Impulzivní jednání souvisí také se sníženými volnými schopnostmi. Děti jsou oproti svým vrstevníkům nevyzrálé, chybí jim sebekontrola a sebeovládání. Při činnostech, kde je nutné se delší dobu soustředit, nejsou schopné plnit zadaný úkol – jejich impulzivní chování snižuje kvalitu jejich činnosti, protože zmatkují. Díky tomu bývají považovány za nespolehlivé. Impulzivita má také negativní vliv na chování těchto dětí – nejsou schopné čekat, dožadují se okamžitého splnění svého přání, vynucují si pozornost tím, že nepřiměřeně zlobí a projevuje se u nich i nepřiměřeně vysoká dráždivost (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 33-35).

2.3 Příčiny ADHD

Příčiny syndromu ADHD hledají odborníci mnoha oborů již několik desetiletí. Čím více informací získávají, tím více členů výzkumného týmu má různé znalosti z mnoha vědeckých oborů. Do výzkumu jsou dnes zapojeni odborníci na genetiku, neurologii, psychologii i odborníci na sociální vědy. To, co tyto týmy objevily, dovoluje lépe pochopit a účinně pomáhat dětem s ADHD, poskytnout podstatné informace rodičům i učitelům, aby byl zajištěn zdárný vývoj dítěte bez narušení sociálních vztahů jak uvnitř rodiny, tak mezi vrstevníky dítěte.

Odborníci vidí příčiny ADHD v **genetice** a předkládají důkazy, že se jedná o dědičnou poruchu. Výsledky výzkumu z roku 1990 potvrdily domněnku, že symptomy ADHD jsou geneticky dědičné a nemají souvislost ani s výchovou ani s prostředím, ve kterém dítě žije. Tyto studie ukázaly, že dědičnost v rodině jde po mužské linii (otcové děti jsou postiženi stejným syndromem) než po ženské linii. Dalším důležitým poznatkem je zjištění, že za genetický přenos jsou zodpovědné jen určité geny. Jiné výzkumy prokázaly, že lidé se syndromem ADHD mají jiný vzorec mozkové aktivity, což souvisí s genem pro receptor dopaminu.

Vysvětlení, jak vzniká syndrom ADHD hledají také neurologové. Jejich **neurologické výzkumy** je možné rozdělit do tří základních oblastí:

- neuroanatomie,
- neurofyziologie,
- neurochemie.

Zkoumáním v oblasti **neuroanatomie** je hledána odpověď na otázku, zda je příčinou syndromu ADHD nějaká strukturální abnormalita mozku postiženého. Pomocí nukleární magnetické rezonance (MRI) se zjistilo, že u chlapců se vyskytují abnormality u ocasovitého jádra mozku (nucleus caudatus), kdy postižení syndromem ADHD mají větší pravostrannou část. Tato mozková struktura souvisí jednak s uvědoměným pohybem člověka a jednak obsahuje důležitý svazek nervových vláken – striatum - odpovídá za udržení pozornosti (Munden, Arcelus, 2002, str. 51-52).

(Paclt a kol., 2007) pro vysvětlení dodává, že striatum sladňuje vnitřní stav těla s činnostmi, které probíhají v jeho okolí. Pozornost člověka je důsledkem sjednocení výsledků různých činností mozkových center a právě osoby se syndromem ADHD mají narušeno kontinuální zpracování informací v mozku. V tabulce č. 1 jsou uvedeny analyticko-funkční systémy, které jsou zodpovědné za poruchy ADHD. V příloze č. 2 je k dispozici i obrázek anatomické struktury a funkční neuroanatomie ADHD.

Tabulka 1 Anatomicko-funkční systémy zodpovědné za poruchy ADHD

Psychofyzické funkce	Lokalizace
percepce a lokalizace	smyslové orgány
asociace a rozpoznávání	spánkový lalok a přidružené oblasti kortexu
rozpoznání změny	hippocampus
přepojování a přerušování	nucleus accumbens, striatum, mezokortex
afektivní a emoční význam	limbický systém
pozdržení, analýza a posouzení	prefrontální kodex
vzrušení a nabuzení organismu	retikulární aktivační systém a locus ceruleus

Zdroj: Paclt a kol., 2007, str. 27

Odborníci zaměřeni na zkoumání symptomů ADHD v **neurofyziologii** využívají elektroencefalografii (EEG), aby odhalili abnormality mozkových funkcí u dětí s podezřením na syndrom ADHD. Bohužel tato šetření, kdy se porovnávají zdravé děti s postiženými, nejsou průkazná. Rozdíly v naměřených hodnotách nejsou dostatečně průkazné (i když ukazují sníženou mozkovou aktivitu u dětí s ADHD) a po podání léků se aktivita mozku výrazně zlepšuje (Munden, Arcelus, 2002, str. 54).

Pro výzkumné účely neurofyziologové využívají další technické novinky, které slouží k lepšímu poznání změn metabolismu ve frontálním laloku i jiných částech mozku lidí s ADHD i bez něj. Právě dospívající a dospělí lidé se syndromem ADHD prokazovali sníženou aktivitu mozku ve frontálních částech mozku. Mezi nové metody patří:

- pozitronová emisní tomografie (PET),
- magnetická rezonance (MRI),
- počítačová tomografie (Munden, Arcelus, 2002, str. 55).

Neurochemie se podílela na výzkumech chemických reakcí v lidském mozku. Vědci na základě provedených výzkumů dokázali, že děti se syndromem ADHD mají narušenou funkci přenašečů signálů mezi neurony (neurotransmitery), které jsou důležité pro duševní činnosti (Munden, Arcelus, 2002, str. 55).

Také u Traina nalezneme informace o mozkových dysfunkcích, které mají vliv na schopnost koncentrace. Train podle výsledků výzkumu usuzuje, že za zhoršenou pozornost, myšlení a chování mohou chemické látky dopamin, norepinefrin a serotonin, jejichž hladina u dětí s ADHD je mnohem nižší než u zdravých dětí. Pokud se pomocí farmak hladina zvýší, dojde i k pozitivním změnám v chování dítěte (Train, 1997, str. 43).

Další možnou příčinou vzniku syndromu ADHD může být nevhodná strava a alergie na určitou potravinu. **Dietetika** nabízí rodičům dětí s ADHD speciální dietetické postupy, díky nimž lze dítěti pomoci. Příprava takové dietní stravy není jednoduchá, jak Train, tak Munden a Arcelus zdůrazňují nutnost spolupráce rodičů s dítětem a rodičů s profesionálním dietologem. Úprava stravy spočívá ve vyloučení umělých potravinářských barviv - především žluté barvivo zvyšuje hyperaktivitu dítěte (Munden, Arcelus, 2002, str. 57), konzervačních přípravků a salicylátů (Train, 1997, str. 45). Odborníci se přiklánějí k názoru, že vhodná strava zmírňuje projevy symptomů ADHD, ale strava podle nich není příčinou ADHD.

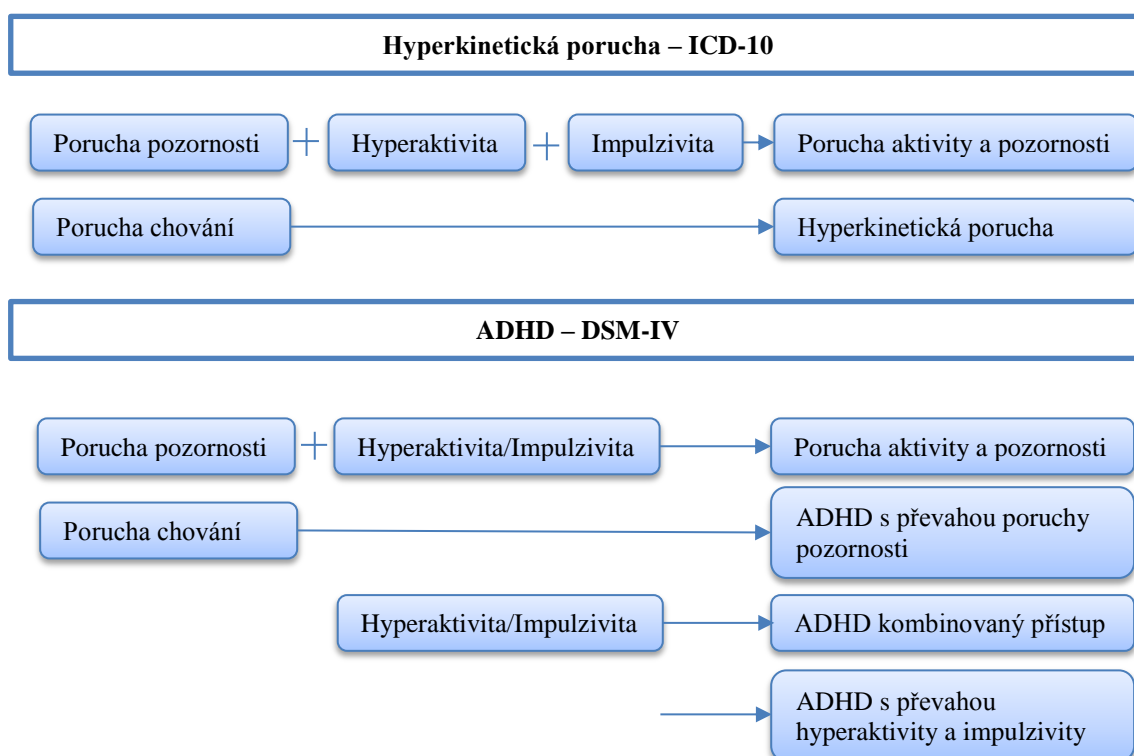
2.4 Diagnostická kritéria

V diagnostice specialisté dnes používají dva různé diagnostické systémy:

- klasifikační systém Světové zdravotnické organizace ICD-10 (The International Classification of Diseases, 10th edition), který je u nás známý spíše pod označením MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize),
- klasifikační systém Americké psychiatrické asociace DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- (Munden, Arcelus, 2002, str. 16)

Odlišnost těchto systémů pramení z přístupu odborníků k problematice hyperkinetické poruchy. První z uvedených systémů se zabývá diagnostikováním hyperkinetické poruchy, zatímco druhý systém rozebírá poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou, tedy syndrom ADHD. V příloze č. 1 je k dispozici tabulka kritérií podle DSM-IV pro diagnózu ADHD. Na obrázku č. 1 jsou porovnány obě diagnostické varianty.

Obrázek 1 Srovnání hyperkinetické poruchy a ADHD



Zdroj: Paclt a kol., 2007, str. 16

2.4.1 Diagnostická kritéria ICD-10(MKN-10)-hyperkinetická porucha

Při uplatnění tohoto diagnostického systému je požadováno, aby se klinické příznaky popsané jako poruchy pozornosti, hyperaktivita a impulzivita objevovaly v domácím i školním prostředí dítěte vázané na poruchy chování.

V České republice upřednostňují tento systém psychiatrii, protože se zde uvádí přesnější popis chování, než v druhém systému. Podle kritérií MKN-10 je klasifikováno méně dětí, ale se závažnějšími příznaky, než podle klasifikace DSM-IV. Pokud budeme

zkoumat skupinku dětí podle obou systémů, zjistíme, že v některých kritériích se systémy překrývají, ale v jiných děti splňující kritéria DSM-IV nedosáhnou na splnění kritérií ICD-10.

V mezinárodních projektech výzkumných pracovišť se mnohem více využívá systém DSM-IV, který se vztahuje na děti mající po dobu nejméně 6 měsíců příznaky nepozornosti nebo hyperaktivity v takovém rozsahu, že jsou nepřizpůsobivé a chovají se nepřiměřeně vzhledem k jejich vývojovému stádiu (Munden, Arcelus, 2002, str. 18-19).

2.4.2 Diagnostická kritéria DSM-IV

Evropští lékaři a další odborníci se v současné době ve svých vědeckých pracích zaměřili na využití klasifikačního systému DSM-IV, což umožňuje stanovit stejnou diagnózu dětem s určitým souborem klinických příznaků. Diagnostická kritéria jsou na základě výzkumných výsledků aktualizována, aby mohla být prováděna co nejvhodnější léčba.

V tabulce v příloze č. 1 je zaznamenáno, kolik klinických příznaků z výčtu se musí u dítěte objevit v souvislosti s jeho věkem. Kromě toho se ještě používají posuzovací škály, které jsou ověřeny v klinické praxi. Nejvíce je využívána Connersova škála pro rodiče a učitele a je jen jednou ze součástí komplexního vyšetření dítěte. Další podmínkou pro naplnění všech předpokladů pro ADHD je, že hyperkinetická porucha a s tím spojený nezájem a nepozornost musí být pozorovány nejméně půl roku a rozdíl mezi intelektovými schopnostmi a skutečným naučením se je výrazný. Lze také klasifikovat další vzdělávací potíže v oblasti čtení i rukopisu a výchovné obtíže, kdy dítě není schopno respektovat příkazy, dokončit zadané úkoly a organizovat si svou činnost (Paclt a kol., 2007, str. 15 – 17).

Drtílková (2007) uvádí pro klasifikaci ADHD podle DSM-IV podrobnější kritéria. Kritéria A I se vztahují k posouzení poruchy pozornosti, kdy 6 a více symptomů musí negativně ovlivňovat výkon a přizpůsobivost dítěte nejméně 6 měsíců. Kritéria A II se týkají hyperaktivity a impulzivity, kdy opět platí, že šest a více symptomů více než půl roku ukazují na nesprávný vývojový stupeň dítěte.

Kromě základní klasifikace bývá diagnostikováno ještě pět dalších subtypů ADHD:

- ADHD typ s převahou poruch pozornosti,
- ADHD typ hyperaktivně impulzivní,
- ADHD typ kombinovaný,
- ADHD typ nespecifický,
- ADHD v částečné remisi (Drtílková, 2007, str. 15-16).

Mimo uvedených základních symptomů literatura ještě uvádí další příznaky, které souvisejí se syndromem ADHD. Včetně výkonnostních výkyvů při zpracovávání úkolů v průběhu času, provázejí děti s tímto syndromem také zdravotní potíže.

Častěji se u nich projevuje zhoršení motorické koordinace, alergie, astma a opakované infekce horních cest dýchacích. 43 % dětí má potíže s nočním pomočováním a nočním probouzením.

V psychické oblasti se u těchto dětí ve zvýšené míře objevují pocity úzkosti a deprese. Dyslexie a další poruchy učení a chování tyto děti provázejí až do jejich dospívání. Problémem bývá lhaní, krádeže, záškoláctví a zneužívání drog a alkoholu (Paclt a kol., 2007, str. 19 – 22).

Pro diagnostikování ADHD nestačí mít jen výsledky z dříve zmiňovaných diagnostik. Posouzení a nutné informace potřebné pro diagnostikování ADHD pocházejí i ze šetření, která probíhají na jiných úrovních. Zejména se jedná o rozbor zdravotní anamnézy, kdy se musí vyloučit rizikové faktory. Psychiatrická anamnéza se bude dotýkat i problémů, které se mohly vyskytnout v rodině již dříve. Lékař přezkoumá nejen osobnostní vlastnosti dítěte, ale i jeho rodičů. Rodinná anamnéza pomáhá určit, zda v rodině někdo netrpěl nebo netrpí depresemi nebo onemocněním ADHD. Samozřejmostí je prošetření sociální situace rodiny dítěte a v případě nutnosti spolupráce s odborem sociálních služeb.

Mezi další vyšetření, která se provádí, náleží zkoumání koordinace, nebo motorických tikových poruch, provádí se testování podle posuzovacích škál:

- dětského chování,
- Connersové škála pro rodiče a děti,
- Goodmanův dotazník předností a slabostí,
- Du Paulova škála,
- Achenbachův sebesposuzovací dotazník pro mládež (Munden, Arcelus, 2002, str. 61-67).

3 Systém péče o děti předškolního věku s ADHD

Úkolem institucionálního předškolního vzdělávání je doplňovat rodinnou výchovu a v úzké vazbě na ni, také pomáhat zajistit dítěti prostředí s dostatkem mnohostranných a přiměřených podnětů k jeho aktivnímu rozvoji a učení. Předškolní vzdělávání má smysluplně obohacovat denní program dítěte v průběhu jeho předškolních let a poskytovat dítěti odbornou péči. Mělo by usilovat, aby první vzdělávací krůčky dítěte byly stavěny na promyšleném, odborně podepřeném a lidsky i společensky hodnotném základě, a aby čas prožitý v mateřské škole byl pro dítě radostí, příjemnou zkušeností a zdrojem dobrých a spolehlivých základů do života i vzdělávání. Jeho úkolem je proto rozvíjet osobnost dítěte, podporovat jeho tělesný rozvoj a zdraví, jeho osobní spokojenost a pohodu, napomáhat mu v chápání okolního světa a motivovat je k dalšímu poznávání a učení, stejně tak i učit dítě žít ve společnosti ostatních a přibližovat mu normy a hodnoty touto společností uznávané (RVP PV, 2004, str. 5).

Funkce výchovných zařízení. Pojem výchovná zařízení je velmi široký a skrývá všechny typy a stupně škol včetně mateřské školy.

- Socializační funkce – „škola je základní instrumentem přizpůsobování se nastupujícím společenským poměrům, i když v tomto ohledu její dominance dnes poněkud klesla a uvedenou funkci částečně přebrala média“.
- Výchovná funkce – nejedná se pouze o předávání poznatků, do popředí se dostává nejen otázka vzdělávání, ale klade se důraz na celkový osobnostní rozvoj jedince.
- Pečovatelská funkce – jde o oblast pečování o žáky – hygienické potřeby, stravování, nebo lékařská péče.
- Poradenská funkce – jedná se o profesní poradenství př. výchovný poradce.
- Rekreační funkce – realizuje se mimo vyučování, tedy ve volném čase žáků (Kraus, 2008, str. 102).

3.1 Mateřské školy

Předškolní vzdělávání je institucionálně zajišťováno **mateřskými školami**. Mateřská škola je legislativně zakotvena v rámci vzdělávací soustavy jako **druh školy** (Rámcový vzdělávací program, 2004, str. 7).

Stále častěji se můžeme setkat s názory učitelů mateřských i základní škol, že **škola je služba:**

- **dítěti** – s cílem nalézt a rozvinout jeho dispozice v nejrůznějších oblastech jeho osobnosti,
- **rodině** – s cílem jí pomoci se vzděláváním a s rozvojem sociálních dovedností, které vedou k začlenění dítěte do své generační skupiny a společnosti jako takové a také pomoci matkám profesně se uplatnit,
- **společnosti** – ve smyslu vybavenosti každého jedince užitečným vzděláním a celkovou způsobilostí k životu (Kořátková, 2008, str. 81).

Funkce a cíle mateřské školy:

- personalizační funkce – jde o formování osobnosti a odpovědnosti za sebe,
- integrační funkce – vytvořit vhodné prostředí pro všechny žáky,
- hodnotové funkce – záměrně vytvořené hodnoty, postoje,
- kvalifikační funkce – vybavuje žáky kompetencemi důležitými k uplatnění na trhu práce (Syslová, 2012, str. 17).

Do **cílů předškolního vzdělávání** se promítl vstup ČR do Evropské unie. Za cíle všeobecně považujeme:

- učit poznávat – učit děti kritickému myšlení, naslouchat, pomáhat, vyslovení vlastního názoru,
- učit se jednat – získávání životních a praktických dovedností,
- učit se žít společně – vést děti k respektu, toleranci,
- učit se být – vede k rozvoji odpovědnosti, sebeúcty, sebevědomí, přijímat odpovědnost za své chování a nehledat vinu jinde (Syslová, 2012, str. 17-18).

Nezřídka se stává, že projevy ADD/ADHD (nerovnoměrný vývoj, hyperaktivita, impulzivita, potíže se soustředěním, sebeobsluhou, častější úrazy, odmítání činností aj.) u dětí předškolního věku jsou důvodem k omezení docházky jen na dopoledne nebo případně odepření docházky úplně. Z praxe víme, že se stává, že dětem z ADHD nebyl realizován např. odklad školní docházky, přestože by byl vhodný z důvodu velké zátěže na provoz mateřské školy (Jucovičová, Žáčková, 2010).

„Současný školský zákon se zabývá postavením dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole (kam dítě s ADHD patří) – podrobněji se pak touto problematikou zabývá vyhláška MŠMT ČR 73/2005 Sb. ze dne 9. 2. 2005, o vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků a studentů mimořádně nadaných“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 187).

Pokud se jedná o žáka se silnou formou poruchy, je možné na základě vyšetření odborníkem, aby bylo zařazeno mezi žáky se zdravotním postižením. To opravňuje školu (mateřskou i základní) k čerpání vyšších finančních prostředků na nákup pomůcek a vytvoření podmínek pro vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (Jucovičová, Žáčková, 2010).

„Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami má právo na vzdělávání, jehož obsah, forma a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, a na vytvoření takových podmínek, které jim toto vzdělání umožní“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 188).

V praxi však přetrvávají potíže, které vedou k znemožnění nástupu dítěte do běžné mateřské školy: chybějící asistenti (osobní, pedagoga), početné třídy, nedostatečné personální vybavení, chybějící léčebné – pedagogické a terapeutické možnosti atd. Do budoucna bude jistě platit, že má-li se běžná mateřská škola stát vhodným a kvalifikovaným místem pro výchovu a vzdělávání dětí se speciálně vzdělávacími potřebami je nutné, aby odborníci speciálních zařízení (speciální pedagogové, logopedi, terapeuti aj.) poskytovali odbornou péči v běžných školách, a to ve formě ambulantní služby nebo jako poradci (Hájková, 2005, str. 51-52).

3.1.1 Možnosti umístění dětí s ADHD do předškolních zařízení

„Rámcové cíle a záměry předškolního vzdělávání jsou pro vzdělávání **všech dětí společné**. Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami obvykle vyžaduje některé jiné, popř. další podmínky“ (Opatřilová, 2010, str. 30).

„ (...) **podmínky vzdělávání**, jsou z výchovně vzdělávacího hlediska pojímány jako základní východiska pro práci speciálního pedagoga. Samotná lékařská nebo psychologická diagnóza není dostačující pro výchovně vzdělávací účely, protože jedinci, kteří mohou mít z lékařského hlediska stejnou diagnózu, mohou mít z pedagogického hlediska významné individuální rozdíly “ (Opatřilová, 2010, str. 37).

Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, § 2 uvádí:

§ 2

Počty přijatých dětí ve třídách mateřské školy

- 1) Mateřská škola s jednou třídou má nejméně 15 dětí, mateřská škola se dvěma a více třídami má nejméně v průměru 18 dětí ve třídě. Je-li v obci pouze jedna mateřská škola s jednou třídou, má nejméně 13 dětí, jediná mateřská škola v obci se dvěma a více třídami má nejméně v průměru 16 dětí ve třídě.
- 2) Třída mateřské školy se naplňuje do počtu 24 dětí.
- 3) Třída, ve které jsou zařazeny děti se zdravotním postižením, má nejméně 12 dětí a naplňuje se do počtu 19 dětí.

Zřizovatel školy může povolit výjimku i z nejvyššího počtu dětí, žáků a studentů stanoveného prováděcím právním předpisem do počtu 4 dětí, žáků a studentů za předpokladu, že toto zvýšení počtu není na újmu kvalitě vzdělávací činnosti školy a jsou splněny podmínky bezpečnosti a ochrany zdraví (č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, §23, odst. 5).

Formy speciálního vzdělávání:

- **Individuální integrace do běžných mateřských škol** – způsob výchovy, kdy je dítě s postižením přijato do běžné mateřské školy, je mu vytvořen individuální vzdělávací plán na základě žádosti zákonného zástupce a písemného doporučení

poradenského zařízení. Rizikem jsou přetrvávající problémy s úpravou podmínek vzdělávání - počet personálu, odbornost, vysoké počty dětí ve třídách atd. (Hájková, 2005, str. 50).

- **Skupinovou integrací** se rozumí vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení (vyhláška č. 73/2005 Sb., §4, odst. 3).
- **Kombinace**, tím se rozumí „individuální integrace žáka ve třídě pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení (např. žák se specifickou poruchou učení integrovaný ve třídě pro žáky se zrakovým postižením), popřípadě ve speciální škole pro žáky s jiným zdravotním postižením, nebo skupinová integrace ve speciální škole pro žáky s jiným postižením“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 192).
- **Speciální školy** – vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných rozlišuje **sedm typů speciálních škol**: mateřská škola pro zrakově postižené, sluchově postižené, hluchoslepe, tělesně postižené, logopedická, mateřská škola speciální a mateřská škola při zdravotnickém zařízení (vyhláška č. 73/2005 Sb., §5).

Vzdělávání dětí se speciálně vzdělávacími potřebami ve speciálních mateřských školách či třídách, které jsou upraveny dle potřeb dětí, lépe a snáze splňuje povinné podmínky a v mnohých případech dětem lépe vyhovuje. Výhodou je odborně vyškolený personál a snížený počet dětí ve třídách. Nejvíce dětí předškolního věku se speciálními vzdělávacími potřebami bylo vzděláváno formou skupinové integrace v mateřských školách (Švarcová, 2011, str. 81- 83).

Při skupinové integraci je počet žáku ve třídách stanoven na **6-14 žáků se zdravotním postižením, 4-6 žáků s těžkým zdravotním postižením**. V běžné třídě mateřské školy lze integrovat max. 5 žáků se zdravotním postižením (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 89).

Další typy mateřských škol:

- Mateřské školy soukromé,
- mateřské školy církevní zřízené příslušnou církví,
- alternativní mateřské školy, které jsou specifické svou filozofií – Waldorfská mateřská škola, mateřská škola Marie Montessori nebo Daltonská mateřská škola (Kořátková, 2008, str. 43-52).

3.1.2 Adaptace na předškolní zařízení

Výchovná skupina představuje základní sociální jednotku v zařízení, která může být v určitých případech vyhraněnou subkulturou. Začlenění nového člena do skupiny může probíhat několika způsoby např. regulací, spojováním s určitými rituály nebo spontánně. Adaptace na výchovnou skupinu znamená vstupovat a být přijímán ostatními členy skupiny v systému mezilidských vztahů. V průběhu procesu adaptace jedinec vystupuje aktivně, v některých případech přijme požadavky skupiny, jindy testuje svou pozici, kterou může ve skupině dosáhnout.

Plné **začlenění jedince do výchovné skupiny** závisí na několika vzájemně propojených skutečnostech:

- přijetí hodnot, norem, vzorců chování a tradic výchovné skupiny,
- vytvoření přijatelné pozice v síti vztahů,
- přijetí a zvládnutí své role ve výchovné skupině,
- akceptování autority (Výrost, Slaměník, 1998, str. 42-45).

Některé mateřské školy umožňují návštěvy rodičů s dětmi do mateřské školy, ale bohužel není jich mnoho. Za ideální lze považovat, pokud mohou rodiče s dětmi docházet třeba jen na hodinu denně, ještě před nástupem do mateřské školy, následná adaptace bude pravděpodobně probíhat bez pláče a stesku. Další možností je chodit s dítětem na začátku školního roku do třídy, usnadní to přechod dítěte z rodiny do předškolního zařízení a většina mateřských škol s tím nemá problém (Kořátková, 2008, str. 76).

Průběh adaptace na výchovnou skupinu nemusí být bez obtíží. Za nejčastější problémy adaptace autoři považují:

- disharmonie v hodnotách, normách a způsobech jednání jedince se skupinou,
- silná vazba jedince na jinou skupinu, jejíž hodnotová orientace, normy a vzorce jednání jsou odlišné od skupiny, do níž se začleňuje,
- výchovná skupina se chová k jedinci lhostejně až odmítavě, čímž znesnadňuje vytváření pocitu sounáležitosti,
- výchovná skupina je konfliktní a roztržštěná, soupeřící podskupiny vyvíjejí na nováčka tlak, aby posílil zájmy dané podskupiny (Výrost, Slaměnik, 1998, str. 45).

Říčan, 2006, uvádí **tři stadia reagování** dítěte předškolního věku na přerušení kontaktů s rodinou:

- **Stadium protestů** – dítě reaguje stálým pláčem, křikem, odmítá komunikaci, hračky a hraní.
- **Stadium zoufalství** – dítě je uzavřené, přijme hračku, ale hra je nefunkční – manipulace, pozoruje okolí
- **Stadium odpoutání od matky** – dítě si začíná hrát, připoutá pozornost k náhradní osobě, komunikuje vcelku běžně (Kotátková, 2008, str. 57).

3.2 Poradenská zařízení

Pedagogicko-psychologické poradenství tvoří ve vzdělávacím systému podpůrný článek služeb, které poskytují školy a školská poradenská zařízení dětem a žákům ve věku zpravidla od 3 let do ukončení vzdělávání na SŠ, resp. VOŠ, jejich zákonným zástupcům, učitelům a ostatním pedagogickým pracovníkům.

Tyto služby zahrnují především:

- **pedagogicko-psychologické poradenství** poskytované zejména pedagogicko-psychologickými poradnami, školními psychology, výchovnými poradci,
- **speciálněpedagogické poradenství**, které poskytují zejména speciálně-pedagogická centra, školní speciální pedagogové, etopedové,

- **prevenci rizikového chování**, jíž se věnují pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče, školní psychologové, školní metodikové prevence, výchovní poradci,
- **kariérové poradenství**, kterým se zabývají pedagogicko-psychologické poradny, výchovní poradci (na školách bývají také v roli kariérových poradců), školní psychologové, úřady práce, soukromé agentury (Průcha, 2009, str. 617).

Pedagogicko-psychologické poradny (PPP)

Tyto instituce existují již od počátku šedesátých let 20. století a dnes jsou rozšířené po celé republice. Pedagogicko-psychologické poradny (PPP) jsou ve vyhlášce č. 72/2005 Sb. vymezeny jako školská poradenská zařízení, která se specializují na pomoc při výchově a vzdělávání žáků. Své služby poskytují jak dětem, žákům a studentům, tak jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. Mezi standardní činnosti poraden patří diagnostická, intervenční, informační a metodická činnost (Šauerová a kol., 2012, str. 42-43.). Jejich hlavním posláním je pomoc při řešení výukových a výchovných problémů dětí a mládeže.

PPP nezajišťují pouze diagnostické vyšetření. Z vyšetření by měly vzniknout podrobné podklady, na jejichž základě (příp. v úzké spolupráci s poradnou) škola nebo jiné pracoviště realizují péči. Poradny dále sledují průběh odstraňování příznaků poruchy ADHD a aktualizují obsah nápravné péče. Podle možností konkrétní poradny i dalších institucí v regionu může mít práce s klientem tyto podoby:

- 1) Po provedené diagnostice jsou dítěti doporučena intervenční opatření ve škole.
- 2) S dítětem pracuje rodič, který dochází na zácvik do poradny.
- 3) Dítě dochází na pedagogickou/psychologickou terapii do poradny (Šauerová a kol., 2012, str. 43).

Speciálně pedagogická centra (SPC)

Speciálně pedagogická centra (SPC) jsou školská účelová zařízení. Zabezpečují speciálně pedagogickou a psychologickou péči dětem a žákům se zdravotním postižením a poskytují jim odbornou pomoc v procesu integrace do společnosti

ve spolupráci s rodinou, školami, školskými zařízeními a odborníky (Renotíerová, Ludíková a kol., 2006, str. 157).

Tyto centra začala vznikat v devadesátých letech jako nová poradenská pracoviště. Zpravidla jsou zřizovaná při speciálních školách. Jedná se o účelová školská zařízení, která se ve své poradenské praxi specializují na určitý typ zdravotního postižení. Vedle diagnostické činnosti plní i přímou návaznou speciálně pedagogickou péči a fungují převážně ambulantní formou, tj. návštěvami pracovníků centra v prostředí, ve kterém dítě žije či realizuje činnost. Náplň činnosti center lze shrnout do následujících základních bodů:

- 4) Vyhledávání a speciálně-pedagogická a psychologická diagnostika dítěte s postižením.
- 5) Vedení evidence dětí s postižením ve spádové oblasti.
- 6) Poskytování poradenské péče pedagogům žáků s postižením, dětem samotným a jejich rodičům.
- 7) Pomoc při integraci.
- 8) Doporučení ke stanovení individuálního plánu.
- 9) Poradenství v otázkách profesní orientace.
- 10) Speciálně právní poradenství (Renotíerová, Ludíková a kol., 2006, str. 157).

Speciálně-pedagogická centra rovněž zpracovávají podkladový materiál k rozhodnutí příslušných orgánů o zařazení dětí s postižením do škol a školských zařízení. Největší počet klientů představují děti v předškolním věku a jejich rodiče. (Průcha, 2009, str. 621).

Střediska výchovné péče (SVP)

Střediska výchovné péče (SVP) jsou školská zařízení, která stejně jako speciálně-pedagogická centra začala vznikat v devadesátých letech. SVP poskytují preventivně výchovnou péči dětem a mládeži s rizikem poruch chování nebo již s rozvinutými projevy poruch chování, u nichž nebyla nařízená ústavní výchova či uložena ochranná výchova (Šauerová a kol., 2012, str. 44).

Cílem je vedle všestranné ambulantní a internátní výchovné péče poskytovat poradenskou péči dětem, mladistvým, jejich rodičům a pedagogickým pracovníkům.

Raná péče

Raná péče je soustava služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Raná péče je orientovaná na terénní sociální práci, poradenství, socioterapii, rodinnou terapii, krizovou intervenci, svépomoc, komunitní práci (Renotiérová, Ludíková a kol., 2006, str. 156).

3.3 Zdravotní péče

Zdravotní péčí o děti a mládež rozumíme soubor opatření, která se snaží zlepšit zdravotní stav této skupiny osob nebo – pokud je dobrý – udržet jej. Na zdravotní péči se podílejí různé rezorty, především rezort zdravotnictví, školství, práce a sociálních věcí. Úroveň zdravotní péče je závislá na ekonomické výkonnosti dané země, na životním prostředí, zdravotní legislativě, zdravotní politice vlády, kvalitě poskytované péče a ochotě jedinců pečovat o svoje zdraví (Průcha, 2009, str. 628).

3.3.1 Zdravotní problémy související s mateřskou školou

Předškolní věk je obdobím, kdy dítě přijímá náročnou roli předškoláka, prochází předškolní socializací a získává kompetence potřebné pro život. Úspěšné zvládnutí požadavků školy je podmíněno somatickou, psychickou i sociální zralostí jedince.

Hlavními zdroji zdravotních problémů předškolních dětí bývají:

- nevhodné podmínky pro práci,
- nevhodný způsob vyučování,
- nedostatek odpočinku,
- problémy v mezilidských vztazích v mateřské škole,
- problémy v mezilidských vztazích v rodině.

Těmito tématy se zabývá hygiena školní práce. Výzkumy zjistily, že k závažným podmínkám komplikujícím zdravotní stav předškolních dětí patří nevhodné osvětlení, hluk, nepřiměřená teplota místnosti, nedostatečné větrání, neodpovídající školní nábytek, nevhodný způsob vyučování, při němž se nerespektují biologické zvláštnosti dítěte (věkově podmíněná délka pozornosti dětí, kolísání biologických funkcí během dne a týdne), vnucujeme mu nepřiměřené pracovní tempo a klademe na ně přílišné nároky. Způsob učení ovlivňuje např. žákův styl učení, doba, kdy probíhá učení, ale i znevýhodnění žáka pramenící z jeho zhoršeného zdravotního stavu. Stále závažnějším problémem jsou mezilidské vztahy ve škole, psychosociální klima dané třídy (včetně specifického jednání učitelů s jednotlivci i s celou třídou) a psychosociální klima dané školy (Průcha, 2009, str. 631).

Přítomnost dítěte s ADHD ve třídě vyžaduje jisté specifické kroky, které zvýší šanci, že energie investovaná do výkladu a přípravy vyučování nebude vydána zbytečně.

K dobrému zvládnutí školní práce patří vytvoření přehledného a strukturovaného studijního prostředí. Pro děti s ADHD je vždy lepší třída, kterou lze uzavřít, než otevřené třídy, které poskytují mnoho podnětů pro rozptýlení pozornosti. Podle studií jsou takové třídy spojeny s horší pozorností a vyšším výskytem rušivého chování u dětí s ADHD. Učitel by měl měnit styl výuky a používat pomůcky, které pomáhají udržet zájem a motivaci dětí s ADHD. Když zaregistruje pokles zájmu nebo pasivitu, může změnou tempa výuky nebo jinou aktivitou pozornost optimalizovat. Těmto dětem mohou pomoci usměrnit jejich neklidné chování úkoly vyžadující aktivní přístup a konstruktivní odpovědi. Děti s ADHD potřebují řád, jednoduchou komunikaci, přesné určení toho, co se od nich očekává, jasná pravidla. Jsou velmi přecitlivělé na kritiku. Správné hodnocení dítěte s touto poruchou je problematické často i proto, že tyto děti mají kvůli soustavnému napomínání velmi nízké sebevědomí a i dobře míněné upozornění pedagoga vnímají jako ztrapňování a ponižování. Jen opravdu dobrý učitel dokáže nepozorné a neklidné dítě usměrnit a současně neustále poskytovat pozitivní zpětnou vazbu a oceňovat silné stránky dotyčného jedince. Dítě s ADHD by mělo dostávat pochvalu i za to, že se snaží, bez ohledu na výsledek tohoto někdy marného úsilí. **Odborná pomoc učitelům** je velmi důležitá. Měla by být podpora ze strany

vedení školy a učitel by měl mít ve třídě **asistenta**, aby všechny děti měly tolik pozornosti, kolik je potřeba k udržení klidu ve třídě. Škola by učitelům měla zajistit **odbornou supervizi** a podporu nutnou pro obnovu sil a **prevenci syndromu vyhoření** (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 134-138).

4 Možnosti podpory, pomoci dětem s ADHD

Jucovičová, Žáčková (2010) uvádí mezi možnosti ovlivňování hyperaktivity dostatek možností k pohybovému uvolnění, střídání činností, relaxační techniky, vést dítě k dokončování rozdělané práce, činnosti střídat s relaxacemi, najít vhodné zaměstnání pro děti, protože na nudu reagují zlostí, agresí. Významný vliv má i celkové klima v rodině a škole. Pro zklidnění je důležitý pravidelný režim, kam zařadíme i pravidelný spánek. V neposlední řadě je důležité dítě odměňovat a ocenit za zklidnění a žádoucí chování.

„V naší republice se terapeutická pomoc jedincům s SPCH² poskytuje především formou péče:

- **psychologické** – zahrnuje psychoterapeutickou oblast především pedagogicko-psychologických poraden, středisek výchovné péče, klinických ambulancí a působení školních psychologů,
- **speciálně – pedagogické** – zahrnuje formy reedukačních a kompenzačních cvičení v PPP³, SVP⁴ či ve školním prostředí,
- **psychiatrické či lékařské péče** – zahrnuje ambulantní, péči na klinice, v psychiatrické léčebně
- **školní** – zahrnuje především speciálně pedagogický přístup k dětem ve škole v rámci vyučování, dále péči individuální,
- **rodinná** – po intervenci na odborném pracovišti (PPP, SVP) se rodina stává poskytovatelem vhodné péče dítěti s SPCH“ (Michalová, 2007, str. 155).

² SPCH – specifické poruchy chování

³ PPP – pedagogicko-psychologické poradny

⁴ SVP – střediska výchovné péče

4.1 Farmakoterapie

Dětem se syndromem ADHD je možno účinně pomáhat nasazením vhodných léků. Podáváním těchto léků se výrazně zlepši jejich myšlení a schopnost učit se, i okolí přivítá znatelnou změnu v jejich chování. Se zavedením farmakoterapie mnohdy váhají rodiče, protože si nechtějí připustit, že jejich dítě trpí duševní poruchou a obávají se také reakcí veřejnosti, ve které pořád ještě přetrvávají spíše negativní postoje k psychiatrii a psychiatrické léčbě. Na druhou stranu může přiznaná léčba dítěte pomoci odůvodnit jeho nevhodné chování na veřejnosti a přinést shovívavost lidí z nejbližšího okolí. Další důvodem k odporu rodičů proti lékům je jejich obava z toho, že dítě bude na lécích závislé. Tato obava se dá lehce vyvrátit, protože léky se užívají již několik desetiletí a závislost prokázána nebyla. Jak uvádí Paclt, syndrom ADHD u dětí se léčí již od roku 1937, kdy byla Bradleyem zveřejněna první studie o takovéto léčbě, a dalšího výrazného rozvoje došla dětská psychofarmakologie v 60. letech minulého století, protože v léčbě byly zaváděny nové šalovací metody a strukturovaná vyšetření (Paclt a kol., 2007, str. 87).

Psychofarmaka u syndromu ADHD mají tyto účinky:

- 1) ovlivnění nesynaptických inhibičních neuronů,
 - 2) synaptické membrány,
 - 3) ovlivnění dopaminergních a noradrenergenčních transportů, které ovlivňují reuptake dopaminu a noradrenalinu a ovlivnění postsynaptických neuronů.“
- (Paclt a kol., 2007, str. 87).

Mají-li rodiče vůli dítěti pomoci, pak především u dětí se středně těžkou až těžkou poruchou, je vhodné k farmakoterapii přistoupit. Rodiče by měli umět staršímu dítěti vysvětlit nejen poruchu, ale také, jaké zlepšení mu navrhovaná léčba pomocí léků přinese. U hodně malých dětí se léčebný postup příliš vysvětlovat nemusí, ale je nutné s rozhovorem na téma léčby počítat v budoucnu, až dítě povyroste.

K léčbě se používá několik druhů léků, kdy nejpoužívanějšími jsou stimulancia (Train, 1997, str. 53-57). Paclt o nich říká, že jsou „zlatým standardem“, Munden a Arcelus je považují za nejúčinnější a nejčastěji používaná, stejně tak Train.

Stimulancia, která se nejvíce užívají, jsou Ritalin a Dexadrin (Munden, Arcelus, 2002, str. 75). Jejich užíváním se zlepši pozornost, sníží hyperaktivita a impulzivní chování, aniž by děti byly utlumené. Z toho pak vyplývá i pozitivní změna v adaptaci dítěte na okolní prostředí a ve škole zlepšený prospěch.

V České republice se k léčbě dají používat následující stimulancia: Dexetrine a Ritalin. V zahraničí je k dispozici ještě Adderall, Dextrostat, Fokalin a Methylin. Všechny uvedené léky jsou léky s krátkým poločasem vylučování a úspěšnost léčby závisí na jejich přesném dávkování ve vhodnou dobu. Účinnost těchto léků zkoumalo mnoho odborníků a je prokázáno, že u 70- 80% dětí, léčba úspěšně funguje. Jako u všech léků i zde byly prokázány nevhodné vedlejší účinky, které se dají částečně zmírnit kombinovanou terapií. Uvádí se, že u 30 % dětí se snížila chuť k jídlu a 17 % procent hůře usíná. V současné době se k léčbě v zahraničí začínají používat léky s prodlouženým vylučováním, takže se nemusí užívat několikrát denně a vyrovnaná hladina léku v těle se projevuje stabilnějším chováním dětí. Výhodou také je, že nenarušují spánek (Paclt a kol., 2007, str. 88-91). Jedná se o lék s názvem Concerta, který uvolňuje potřebné látky po 12 hodin, dává se v nižším množství než Ritalin, ale v České republice zatím není dostupný (Drtilková, 2007, str. 72). Zatímco Ritalin je užíván u nás a v celé Evropě, v Austrálii je více užíván Dexadrin. Mohou ho využívat děti, u nichž nenastala pozitivní reakce na Ritalin. Dextrin je vlastně droga, déle se udrží v těle, z toho důvodu je možné snížit dávkování (Munden, Arcelus, 2002, str. 81). U dětí, kde nelze použít výše uváděná psychofarmaka, je možná léčba psychofarmaky, v nichž nejsou obsažena stimulancia.

Děti, u nichž se k syndromu ADHD přidávají ještě pocity výrazné úzkosti nebo deprese, je nevhodné léčit stimulancii, také proto, že na léčbu nereagují. Tento problém se týká asi 30 % léčených dětí. Pro ně jsou naopak vhodná antidepresiva, která jim zlepšují náladu, díky sedativům tlumí jejich hyperaktivitu, ale nepřinášejí lepší vyšší soustředěnost. Pro tyto děti je určeno více léků. Imipramin je uváděn Mundenem a Arcelusem jako velmi vhodný lék pro děti, u nichž se syndrom ADHD kombinuje s depresí. Za výhodu je považováno dlouhodobé působení léku, takže lze aplikovat jen jedenkrát denně. Je nutné sledovat během léčby srdeční činnost a provádět pravidelnou kontrolu tlaku a tepu (Munden, Arcelus, 2002, str. 81-82). Paclt doporučuje tricyklická

antidepresiva také pro děti, které trápí tiky. I on zdůrazňuje nutnost kontrolního EKG vyšetření před samotným zahájením podávání léků a během léčby, aby se vyloučil možný epileptický záchvat. Na tyto léky existuje dostatek studií, které potvrzují velmi dobré výsledky léčby. Při jejich užívání se také objevují vedlejší účinky jako zácpa, sucho v ústech, bolest hlavy nebo nespavost. Kromě imipraminu se k léčbě užívá Nortiptylin. Během podávání léku u dětí musí probíhat pravidelná kontrolní vyšetření, aby se optimalizovalo dávkování. Výjimečně se v České republice používá ještě Welbutrin a Zyban (Paclt a kol., 2007, str. 93).

Antihypertenziva - v této skupině pomáhajících léků jsou uváděny obvykle dva preparáty – Klonidin a Guanfacine. Klonidin se dává dětem, u nichž se kromě syndromu ADHD ještě projevují tiky nebo trpí také Tourettovým syndromem a stimulancia nelze podávat, protože zhoršují projevy motorických tiků, taktéž u dětí trpícími depresemi není vhodné tento lék předepsat (Munden, Arcelus, 2002, str. 83-84). V Čechách se tento lék užívá výjimečně a nelze ho u nás získat jako tablety. Klonidin se kombinuje i s jinými vhodnějšími léky (Paclt a kol., 2007, str. 94).

Léčiva používaná v České republice - výsledky, kterých je při psychofarmakoterapii dosahováno jasně naznačují, že moderní léčba hyperkinetického syndromu se bez léků první volby (stimulancia a atomoxetin) neobejde. Výzkumy probíhající v současné době ve světě navíc ukazují vhodnost kombinace stimulantů s nízkými dávkami neuroleptik, antiepileptik a lithia. V České republice se sice již stimulancia rozšířila i pro léčbu dospělých, ale pořád je ve veřejnosti patrná nedůvěra při léčbě dětí, které jsou hyperaktivní a s poruchou pozornosti, ačkoliv právě u dětí s poruchou ADHD se u nás stala nejpoužívanějšími léky.

Methylfenidát, který je v Ritalinu obsažen nemá vliv na rozvoj drogové závislosti u dětí. V těle blokuje zpětné vychytávání dopaminu a již do 30 minut po podání léku se projevuje jeho účinnost trvající 3 – 4 hodiny. Optimální dávka léku je 0,3 mg/kg, je to dávkování pocházející z roku 1977 a očekává se, že v nejbližších letech bude i u nás přistoupeno i registraci methylfenidátu s prodlouženou dobou vylučování na 2 – 6 hodin (Paclt a kol., 2007, str. 103 - 106).

V literatuře lze nalézt také odlišný názor na působení methylfenidátu a na jeho využití při léčbě dětí se syndromem ADHD. N. Laniado propaguje názor, že léčba pomocí metylfenidátu je zbytečná a málem škodlivá. Přestože italský originál vyšel v roce 2002, kdy autorka měla k dispozici studie důsledně mapující výsledky užívání léků s methylfenidáty, cituje jak italské tak americké zdroje, které řadí methylfenidát ke kokainu, amfetaminu a morfiu, aby obhájila svůj názor, že léčba by měla být jen dočasná, aby se na určitou, co nejkratší dobu ulevilo rodičům od stresu z nezvládnutí chování jejich dítěte. A farmakoterapii doporučuje nahradit „správným přístupem“ a také zamyšlením nad tím, zda naopak nejsou rodiče „hyperpasivní“. Na podporu svého názoru o nevhodnosti použití léků, uvádí výchovné rady pro nespočet konfliktních situací, které při výchově hyperaktivního dítěte mohou nastat (Laniado, 2004, str. 26-29).

Přestože uvádím také názor spíše odsuzující léčbu psychofarmaky, je mnohem rozšířenější využívání psychofarmak pro léčbu dětí s prokázaným syndromem ADHD. Léky, které byly pro léčbu schváleny, přinášejí pozitivní výsledky při ovlivňování:

- motoriky (hyperaktivita je utlumena na úroveň zdravých dětí, zklidnění se projeví na jemné motorice – zlepšené písmo, potlačí se vykřikování a mnohomluvnost)
- sociální oblasti (útlum agresivity, vzdoru, což přináší možnost nápravy a upevnění sociálních vazeb jak v rodině, tak ve společnosti dětí),
- kognitivní oblasti (zvýšení koncentrace, posílení krátkodobé paměti, posílení schopnosti dokončit zadaný úkol).

Pro posílení účinků farmakoterapie je možné a doporučované ještě kombinovat užívání léků s vhodnými psychoterapeutickými technikami (Drtílková, 2007, str. 71-74).

4.2 Výchovné působení rodiny a pedagogů

Základem úspěchu pedagogů ve školních zařízeních je úzká **spolupráce s rodiči**. Pokroky ve výchově dítěte s ADHD lze dosáhnout, pokud i v rodině bude vládnout pozitivní atmosféra a dítě bude vědět, že rodiče ho mají rádi takové, jaké je.

I rodiče by měli upřít veškerou svou snahu k vytvoření klidného a laskavého domova, aby dítě svým neklidem a nervozitou dále nestresovali. Oba rodiče by měli dodržovat následujících pět zásad, aby se pro dítě podařilo vytvořit zklidňující rodinné zázemí:

1) Zásada – vytyčit „mantinely“ pro dítě.

Dítě musí být informováno o tom, co je od něj očekáváno a tyto zásadou musí být často opakovány, aby dítě pochopilo, že jeho zájmy musí být v souladu s potřebami ostatních členů rodiny, dítěti musí být vytvořen pravidelný režim dne, protože děti s ADHD nemají svůj vnitřní řád a potřebují mít v něčem jistotu a oporu (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 55 – 56).

2) Zásada – být důslední.

Tato zásada souvisí s pravidelnou kontrolou stanovených pravidel, která dítěti poskytují zpětnou vazbu, protože dítě má být vždy za něco oceněno, aby se tím zmírnilo negativní sdělení o nesprávném chování dítěte.

3) Zásada – mít stejné výchovné požadavky.

Výchovné požadavky obou rodičů musí být sjednocené, nelze dosáhnout úspěšné výchovy problémového dítěte, pokud každý z rodičů zastává jiný přístup, dítě to rychle vycítí, využívá pak rodiče, který je vůči němu benevolentnější nebo neposlouchá žádného a provokuje tak hádky mezi rodiči, podobný přístup jako rodiče musí zvolit také pedagog, aby působení na dítě mimo rodinu akceptovalo pravidla stanovená rodinou,

4) Zásada – podporovat a vyzdvihovat kladné vlastnosti dítěte.

Dítě je potřeba chválit i za drobné úspěchy, aby vidělo, že rodičům na něm záleží, že ho podporují, u těchto dětí je doporučováno je chválit i za to, že vydržely být v klidu,

5) zásada – kontrolovat aktivitu dítěte.

Děti s ADHD jsou nadměrně pohyblivé, plné energie, kterou je potřeba „vybít“ při smysluplné sportovní nebo volnočasové aktivitě, tyto aktivity by měly být různě zaměřené, aby dítě nepřestávalo bavit pro svou jednotvárnost (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 56-59).

Výchovné působení pedagoga - zvládat problémové dítě v kolektivu ostatních dětí vyžaduje dodržování určitých pedagogických postupů a znát možnosti, které nám pomoci správné výchovy dovolí pozitivně ovlivnit chování dítěte s ADHD. Základní zásady a postupy pro práci s těmito dětmi by měly vyvolávat v dítěti snahu naučit se novým a v kolektivu přijatelným způsobům chování, umožnit mu pochopit, že náprava jeho chování je zvládnutelná i bez trestů. Doporučené pedagogické postupy vycházejí z behaviorálních technik (Paclt a kol., 2007, str. 120) a vyžadují systematický, náročný a za každých okolností trpělivý přístup pedagoga, který se rozhodl dítěti s ADHD pomoci a nevyložit jej z běžného kolektivu.

Zvládnout problémové chování v kolektivu dětí znamená pro pedagoga stanovit si pro dítě individuální, pozitivní přístup a jasně definovaná pravidla. Pomoci zde může odborná literatura a také absolvování vzdělávacích seminářů zaměřených na práci s dětmi se syndromem ADHD.

Pro začátek je potřeba dodržovat následující pravidla a podle obtížnosti výchovné práce s dítětem je upravovat:

- jasně formulovat požadavky na chování dítěte,
- jasně formulovat požadavky na práci,
- individuálně dítěti pomáhat,
- nacvičovat žádoucí vzorce chování,
- být důsledný a vyžadovat dotažení zadaného úkolu až do jeho splnění,
- projevovat porozumění a trpělivost vůči dítěti a oceňovat sebemenší úspěch (Paclt a kol., 2007, str. 121).

4.3 Alternativní, doplňkové léčebné postupy (videotrénink interakcí, HYPO, KUMOZ, KUMOT, EEG – biofeedback, relaxační techniky)

„Na pomoc lidem s ADHD existuje řada léčebných postupů a opatření. Patří sem užívání léků, psychoterapie, opatření ve škole a sociální intervence.“ (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 75).

Videotrénink interakcí (dále VTI)

Metoda vznikla v Nizozemí jako pomoc rodinám dětí s výchovnými problémy. Jde o intenzivní, krátkodobou (1 měsíc – 6 měsíců) formu pomoci v domácnosti (alternativou je školní prostředí). Z hlediska poruch chování se VTI používá ke sledování klima ve třídě, jelikož příjemná atmosféra je jedna z podstatných podmínek úspěšného procesu učení.

Průběh terapie je složen ze tří částí:

- 1) nahrávání situace, vzdělávacího procesu,
- 2) analýza interakce mezi sledovanými,
- 3) rozbor situace s rodiči.

Cílem je zlepšení situace v rodině, zlepšení komunikace, a to verbální i neverbální, poznání stylu komunikace. Získání reálného přehledu o situaci, získání náhledu o chování. Je důležité si všimnout pozitivní interakce a žádaného chování (Michalová, 2007, str. 163).

HYPO, KUMOZ, KUMOT

Program HYPO označován slabikami HY – hyperaktivita a PO – pozornost. Program posiluje pozornost dětí, komunikaci, sociální zručnost a senzomotorické dovednosti. Program je koncipován pro individuální nebo skupinovou práci. Větší úspěšnost je při individuální práci. Skupinovou práci lze využít v mateřské škole, přičemž skupina by neměla mít více jak 5 dětí. Jedná se o program rozfázovaný do 12 týdnů, kdy se dítěti předkládají úkoly, a s rodiči se pracuje na vyhodnocení úspěšnosti dítěte. Rodiče se učí dítě chválit i za snahu Program KUMOZ je rozdělen do 15 týdnů a je určen pro děti mladšího školního věku (do 12 let). Rodiče pracují na úkolech pod vedením poradenského pracovníka. Posiluje se vazba dítě - rodič, kdy dítě zažívá pocity první pracovní úspěchy, což vede k motivaci. V průběhu práce rodič koriguje své výchovné přístupy k dítěti. Denně musí dítě s rodiči vypracovat 4 úkoly, přičemž náročnost úkolů stoupá. Program KUMOT je vytvořen pro děti od 5-8 let. Probíhá formou skupinové práce v 10 lekcích. Je zaměřen na jemnou a hrubou motoriku

a na mluvidla dítěte. Střídají se pocity napětí a relaxace. Děti se učí vyjadřovat své pocity, nácvik ovládnání agrese, rytmizace atd. (Michalová, 2007, str. 166).

EEG – biofeedback

Specifická metoda posilující aktivizaci nervové soustavy, především pozornosti, soustředění, sebeovládání a sebekázně. Jedná se o sebeučení za pomoci biologické zpětné vazby, v rámci terapie se při úvodním vyšetření zjišťuje, které funkce je třeba zlepšit (pozornost, paměť atd.) a provede se záznam EEG a psychologické vyšetření. Dále je proveden zkušební EEG trénink, aby se zjistila vhodnost metody. Elektrody přilepené na hlavě snímají mozkové vlny a třídí je do frekvenčních pásem a převádí je do digitální podoby. Záznam je „přeložený“ do podoby hry, kterou ovládá dítě jen činnostmi svého mozku. Když narůstá aktivita v žádaném pásmu, tak je dítě odměněno body a naopak. Dosažený výsledek je trvalý. Dochází ke zlepšení pozornosti, soustředění a mezilidských vztahů. Metoda není návyková (Michalová, 2007, str. 169-171).

„Jde o metodu pro děti zajímavou, ale pro rodiče časově a finančně náročnou. K dosažení efektu je nutné cca hodinové sezení opakovat alespoň 1x týdně po dobu několika měsíců (optimálně 30 – 50 sezení), metoda není téměř nikde hrazena pojišťovnou, v ČR se ceny jednoho sezení pohybují od 250 – 500 Kč. Publikované studie nejsou příliš přesvědčivé v otázce účinnosti, už proto, že nejsou prováděné nezávislými institucemi, výsledky proto nelze jednoznačně aplikovat na děti a ADHD“ (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 153-154).

Relaxační techniky

Relaxace je vědomé uvolnění tělesného a duševního napětí, je přirozeným protipólem stresu. Relaxace působí proti stresu, bolesti, neklidu a svalovému napětí (Zemánková, Vyskotová, 2010, str. 26).

„Relaxační techniky napomáhají ke zklidnění, zlepšení výkonnosti, posílení sebekontroly, zlepšení sebeovládání, schopnosti zvládat zátěžové situace“ (Michalová, 2007, str. 167-168).

Jucovičová, Žáčková (2010) uvádí obecné zásady pro nácvik relaxačních technik (dále jen RT):

- RT musíme sami ovládat a věřit jim, osobní příklad, který děti motivuje,
- předem děti seznámit s účinky a cílem relaxačního cvičení,
- relaxaci by měl přecházet pohyb,
- děti s ADHD potřebují hranice,
- přizpůsobit RT věku dětí,
- nebýt zklamán pokud děti nereagují, jak jsme předpokládali,
- RT na závěr doplnit rozhovorem,
- RT cvičit pravidelně,
- RT je nutné přizpůsobit zdravotnímu stavu dětí,
- hodně záleží na osobnosti cvičitele.

Léčba pevným objetím je účinná a rychlá metoda zklidnění dítěte. Je vhodná u dětí mladších a pouze přechodně. Další možností je zdravá výživa, dieta, potravinové doplňky, které nejsou metodou k léčbě ADHD, ale jsou tělu prospěšné (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 152).

4.4 Bazální stimulace

Bazální stimulace (dále BS) je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. BS je koncept umožňující lidské setkání na různých úrovních dialogu a komunikačních procesů, který vychází z poznatků fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie, ošetřovatelství, pedagogiky. Cílem takto strukturované podpory je, aby se lidé cítili dobře a byla podporována jejich autonomie a právo na sebeurčení. Bazální stimulace se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb, přizpůsobuje se věku, fyzickým a psychickým možnostem každého klienta. Podporuje vývoj u lidí, kteří jsou krátkodobě či dlouhodobě nějakým způsobem omezeni v oblasti komunikace, vnímání a pohybu, tj. fyzickou a psychickou soběstačností, hybností, začlenění do společnosti. Zlepšuje funkce organismu, vnímání v prostoru, i v čase, prohlubuje uvědomění si vlastní identity atd. (Friedlová, 2007, str. 19).

Základem principu je zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla, umožnit mu lépe vnímat svět a navázat s ním komunikaci podle svých možností. Od toho se vyvíjí ostatní roviny, kterými jsou:

- a) motorika
- b) kognice
- c) komunikace
- d) sociální zkušenost
- e) emoce
- f) vnímání (Friedlová, 2002, str. 23-25).

Na základě mnoholetého vývoje konceptu sestavili autoři 9 cílů, které jsou formulovány z pohledu klienta, nikoliv ošetřujícího. Bazálně stimulační péče by měla směřovat k podpoře vnímání tak, aby u klientů docházelo k rozvoji vlastní identity, navázání komunikace se svým okolím, podpoře orientace v prostoru a čase a ke zlepšení funkcí organismu. BS umožňuje člověku poznat a akceptovat vlastní hranice, umožňuje klientovi, aby vnímal hranice vlastního těla, měl zážitek ze sebe sama, vnímal okolní svět, vnímal a respektoval přítomnost jiného člověka. Formuje se ze vztahu mezi učitelem a žákem, je založená na důvěře mezi nimi, na vzájemném vztahu, který se díky BS ještě upevňuje, což znamená ubírat se po určitý čas stejnou cestou. BS respektuje různé vývojové stupně. Učitel pomáhá vcítit se do pocitů žáka, prohloubit empatii a vzájemný vztah, rozvíjet vlastní kreativitu, realizovat své schopnosti a poznat je (Friedlová, 2007, str. 23-36).

Prostřednictvím BS lze ve vzdělávacím procesu podporovat u klientů s oslabením kognitivních, percepčních, motorických a komunikačních schopností, rozvoj hybnosti, fyzické nezávislosti, orientaci v čase i prostoru, společenské integrace. Koncept BS vychází z vývojové úrovně žáka a jednou z možností poskytování podpůrných opatření (Tamtéž).

Friedlová (2007) uvádí mezi metody speciálně bazálně stimulační:

Iniciální dotek

Jakékoliv somatické vnímání u člověka je zprostředkováno kůží, dotek je základní formou somatické stimulace. Při doteku člověk získává informace o svém prostředí, o tom, co se právě děje, pomocí doteku může člověk komunikovat. Dotek sám o sobě hraje v životě člověka nezastupitelnou roli. Velmi důležitá je jeho intenzita, lokalizace a délka trvání. Všechny doteky proto musí být jasné, zřetelné a promyšlené.

Kontaktní dýchání

Dýchání je základní lidská potřeba. Nabízí člověku informace o vlastní existenci. Cílem metody kontaktního dýchání je, aby si žák pomocí vlastního dechu uvědomil sám sebe. Nesprávným dýcháním (vlivem zahlenění, neprůchodnosti dýchacích cest či špatným sezením na židli atd.) se snižuje žákova schopnost registrovat své okolí, neprobíhá u něj dostatečná výměna informací mezi ním a jeho okolím, nemůže tedy správně vnímat aktivity vyučovacího procesu. Cíle této metody je uvědomění si svého dechu a celkové zklidnění. Činnost zahajujeme a končíme iniciálním dotekem. „Při kontaktním dýchání má terapeut položeny ruce na hrudníku klienta a doprovází ho v nádechu i při výdechu. Výdech může podpořit stlačením hrudníku a také lze přidat vibrace v době výdechu“ (Friedlová, 2007, str. 103).

Masáž podporující dýchání je součástí dechové gymnastiky. Je to masáž prováděná v oblasti zad nebo hrudníku. Cílem je ustálení dechu a zklidnění. Významnou součástí je také probíhající komunikace, která umožňuje vyjádřit empatii pomocí stejné dechové frekvence. Naladění na stejný rytmus dýchání nabízí vzájemné pochopení, emoční i fyzickou blízkost a navázání vztahu i beze slov.

Polohování

Polohováním rozumíme umístění člověka do zdravých či prospěšných poloh pomocí podkládání a podpory, abychom podpořili požadované funkce a reakce organismu.

- Poloha mumie

Cílem této metody je zprostředkovat vjemy ze svého těla, umožnit vnímat hranice, zklidnění, relaxace, možnost „úniku“. Metoda se provádí pomocí deky nebo prostěradla, kde se klient zabalí „zafixuje“ od dolní části těla směrem k horní části. Mumie lze kombinovat s masáží, koupelí, polohou hnízda atd.

- Poloha hnízdo

Cílem je stimulovat vnímání tělesného schématu a vnímání hranic svého těla. Poloha hnízdo, poskytuje komfort a navozuje příjemné pocity, pocity bezpečí a jistoty. Metoda se provádí na zádech, boku, břichu, kdy tělo obložíme dekami, fixačními perličkovými polštáři, srolovanými prostěradly, plenkami apod.

Zklidňující koupel

Lze ji použít a provést kdykoliv během dne za použití různých prostředků. Tím míněno nejenom koupel ve vaně, ale i koupel na tzv. na sucho za použití mokrých žíněk, olejů a jiných materiálů. Cílem stimulace je vnímání tělesného schématu, redukce neklidných stavů, zmatenosti, navození klidu atd. (Friedlová, 2007, str. 74-105).

III. EMPIRICKÁ ČÁST

5 Popis metodologie

V úvodu práce již bylo uvedeno, že empirická část je realizována pomocí kvalitativní metody výzkumu formou případové studie, kdy jako nástroj sběru dat poslouží nestandardizovaný rozhovor, pozorování a studium a analýza dokumentů.

Pro pedagogický výzkum je zároveň důležitý vztah k praxi, tj. k jevům, procesům, subjektům a institucím edukační reality, jejímuž zdokonalování má výzkumná činnost sloužit (Průcha, 2009, str. 803.).

Případová studie

Případová studie je empirickým designem, jehož smyslem je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málu případů. Základem případového šetření musí být sběr skutečných dat vztahujících se k objektu výzkumu (případu).

Charakteristiky případové studie:

- případ jako předmět výzkumu případové studie je integrovaný systém s vymezenými hranicemi (prostorové i časové),
- zkoumání sociálního jevu se děje vždy v reálném kontextu, za co možná nejpřirozenějších podmínek výskytu jevu,
- pro získání relevantních údajů, jsou vždy využívány veškeré dostupné zdroje i metody sběru dat (Švaříček, Šed'ová a kol. 2007, str. 96-100).

Cílem této práce je dokreslení teoretické části práce pomocí prozkoumání jednoho z mnoha případů, který je vybrán záměrně. Případová studie je zpracována na základě zúčastněného i nezúčastněného pozorování, rozhovorů s rodiči a dítětem, paní učitelkou a v neposlední řadě i zprávy od pedagoga ze speciální mateřské školy v Českých Budějovicích.

5.1 Typy případových studií

Jak je jistě zřejmé, existuje mnoho klasifikací případových studií. Nebudu se zde ale zabývat všemi, nýbrž vyberu tu klasifikaci, kterou uvádí ve své publikaci Hendl (2005, str. 102 - 103) a krátce si každý typ vysvětlíme.

a) Osobní případová studie

Zde se jasně jedná o podrobný výzkum žáka, při kterém je pozornost věnována minulosti, kontextovým faktorům a postojům, jež předcházely určité události. Jsou zkoumány možné příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, které mohly přispět k dané události.

b) Studie komunity

Jedná se o zkoumání jedné či několika komunit. Jsou popisovány a analyzovány vzorce hlavních aspektů života komunity (např. práce, volný čas) a provádí se jejich komparace.

c) Studium sociálních skupin

V tomto případě jsou popisovány a analyzovány vztahy a aktivity malých komunitních skupin (rodina, třída).

d) Studium organizací a institucí

Zde je pozornost zaměřena na určitou událost, např. analýzu interakce učitele a žáka, konflikt rolí (překrývá se s body c) a d)).

5.2 Konkrétní případ – jeho výběr

Jako kvalitativní design nemůže případová studie nikdy spoléhat na náhodný výběr (Švaříček, Šed'ová a kol, 2007, str. 98).

Pro potřeby tohoto výzkumu byl zvolen typický případ chlapce Petra s komplikovanou anamnézou v adoptivní rodině. Přestože mu bylo poskytnuto podnětné rodinné prostředí, projevil se u něj poměrně brzy nejprve lehké výchovné problémy, které se postupem času zhoršovaly. Do Speciální mateřské školy v Českých Budějovicích se dostal po psychologickém vyšetření v pedagogicko-psychologické

poradně, na jejímž základě byl do této mateřské školy doporučen. Od 2 let je kontinuálně veden v ordinaci klinické psychologičky v souvislosti se zvýšenou aktivační úrovní a s afektivními záchvaty. Dlouhodobě je také pro poruchu ADHD i v péči dětského psychiatra a je medikován. Kontrolován je také v ambulanci dětské neurologie. Metabolické onemocnění bylo zjištěno ve 3 letech (resp. před dovršením 3. roku života) – chlapec je sledován v Ústavu dědičných metabolických poruch. Je pravidelně medikován. Jde o závažné onemocnění, jehož prognóza závisí nejen na včasném stanovení diagnózy, ale i na správnosti léčby.

5.3 První kontakt

Do mateřské školy speciální se Petr dostal na základě doporučení poradenského centra v Českých Budějovicích. Poprvé jsem s matkou mluvila telefonicky, kdy jsme domlouvaly termín první schůzky v mateřské škole. Matka zněla velmi optimisticky, vtipkovala u věcí, nad kterými se většina rodičů hroučí. Vyprávěla proces nebo spíše pokus o umístění do běžné mateřské školy a proč byli posláni do školy speciální.

Na první schůzku přišel Petr spolu s matkou a otcem. Na čase a datu jsme byli dohodnuti, a tak jsem měla za sebe zástup ve třídě a mohla jsem se rodině plně věnovat. Nejprve jsme prošli školu a během prohlídky zařízení jsme hovořili o naší mateřské škole. Petr se do rozhovorů vůbec nezapojoval. Když jsem se ho zeptala, jak se jmenuje, tak koukal do země. Zjevně byl v rozpacích, ruce měl v pěst a držel se kalhot. Za okamžik mi řekl, že přijeli autem a odběhl do třídy, kde si z police vyndal dřevěné vlaky, vysypal celou krabici na koberec. Rodiče se celou dobu usmívali a matka stále upozorňovala, že je Petr raubíř a že si s ním užijeme. Poté jsme se odebrali s rodiči do ředitelny, kde jsme pohovořili o podmínkách přijetí do naší mateřské školy, školním vzdělávacím programu a v neposlední řadě o důvodech k přijetí do speciální školy.

Z rozhovoru s matkou jsem měla skvělý pocit. Byl velmi otevřený, upřímný s mírou ironie a nadsázky. Do mateřské školy speciální jsou žáci přijati na tzv. doporučení. Doporučení poradenského centra je zákonná nutnost k přijetí dítěte. Je ovšem nutné, aby souhlasil zákonný zástupce. Paní Jana (matka Petra) přijela s tím, že Petr k nám do školy nastoupí, v co nejbližším možném termínu. Byla jsem velmi

překvapená, jelikož zkušenost bývá opačná. Tím myšleno, že většina rodičů má pocit, že jsou k nám posláni omylem, chybou učitelky v běžné mateřské škole, chybou psychologa, který je neumí řádně vyšetřit nebo vinou přecitlivělých rodičů, kteří si stěžují na vyrušování a agresi jejich dítěte a atd.

Paní Jana byla přesný opak. S úsměvem mi sdělila, že chápe, že Petra nechtějí v běžné mateřské škole. Díky jeho metabolické poruše mají dokonce i řádný důvod, přestože je upozorňovala, že žádné speciální podmínky pro vzdělávání Petr nepotřebuje. Po zkušenostech s běžnou mateřskou školou je ale přesvědčena, že problém je ADHD diagnóza. Jediné Petrovo omezení bylo v míře pohybových aktivit, kde se musí Petr hlídat, aby se nepřepínal, jinak může upadnout do bezvědomí, nicméně se to stalo pouze jednou za život. Přesto to nelze podceňovat a bagatelizovat.

Přece byli odmítnuti respektive vyloučeni. Jak jsem již uvedla, tak prvním důvodem byl zdravotní stav Petra. Matka mi řekla, že vzhledem k tomu, že jsou z malého města, tak i jejich pověst a historie k přijetí nepomohla.

Během rozhovoru mi vyprávěla, jak adoptovali Petrovo sestru a poté, co se dozvěděli, že má mladšího bratra v jiné části republiky, tak i Petra. Snažili se, aby sourozenci mohli zůstat spolu. Matka uvedla, že jsou naprosto odlišní. Míša (biologická sestra Petra) je klidná, tichá, vlídná, poslušná holka, kdežto Petr je hlučný, agresivní, impulzivní, neklidný, neposlušný, těžko se s ním dá domluvit, nedodrží nic, na čem se doma dohodnou. Petr má diagnózu ADHD. Druhým důvodem, proč Petra nepřijali, bylo jeho chování. Matka ani v běžné mateřské škole při zápise nelhala o jeho chování a projevech. Nicméně uvedla, že ani nic říkat nemusela, jelikož sousedka je učitelka v mateřské škole a Petra zná od té doby, co ho mají v péči. Jako příklad mi paní Jana vyprávěla, jak doma Petr rozbil všechna světla za pomoci lisu na česnek. Nebo jak zamknul v domě babičku a zakopal klíče na zahradě v hromadě písku a měl obrovskou radost, když ji otec musel přesít, aby klíče našel. Petr je velmi agresivní, a to jak verbálně, tak brachiálně. Sestra se ho téměř bojí, rodičům dost často nadává a prarodiče ho odmítají hlídat.

V běžné mateřské škole byl navrhnut zkušební termín na dobu 3 měsíců. Po týdnu požádala paní učitelka spolu s ředitelkou rodiče Petra, aby ho nechali vyšetřit

v pedagogicko-psychologické poradně, rovnou se zmínili o Mateřské škole speciální v Českých Budějovicích, kde vzdělávají děti s hyperaktivitou a mentálním postižením. Matka čekala, že může přijít vyloučení ze školy. Paní učitelka uvedla, že nezvládá třídu o 23 dětech a k tomu Petra, který potřebuje neustálou pozornost a opravdu individuální přístup. Rovněž matce sdělila, že nemá potřebnou kvalifikaci a neví jak s Petrem pracovat. Matce si stěžovala, že Petr nejí a pohazuje jídlo po třídě, neustále slovně komentuje, jak se to nedá jíst, že je to odporné, manipuluje ostatními dětmi, které si z něho berou příklad. Nakonec Petra vyloučila z kolektivu a jedl v ústraní, kde pomazánku namazal na zdi třídy. Kromě potíží s jídlem odmítal řízené kolektivní hry. Odcházel ze třídy do šatny a zpět, vyndával si stavebnice ze skříní apod. Absolutně odmítal veškerá grafomotorická cvičení a výtvarné činnosti. Paní učitelka matce řekla, že Petr naruší veškerou atmosféru ve třídě. Paní Jana mi sdělila, že tyto „výpovědi“ pro ni byly velmi bolestné, že je opravdu oplakala a vlastně ani sama už do mateřské školy jít nechtěla, jelikož věděla, co bude každý den poslouchat od personálu MŠ.

Další nepříjemností byly stížnosti ostatních rodičů žáků. V šatně paní Janu zastavovali, že jim Petr ubližuje a nadává. Vrcholem bylo, když kousnul chlapce do ruky, když mu nechtěl půjčit figurku Spidermana. Matka Petra uvedla, že snášet věčné stížnosti od učitelek, rodičů i dětí je velmi náročné. K tomu ani do kolektivu třídy Petr nezapadl a do školy chodit už ani nechtěl. V neposlední řadě po rozhovoru s ředitelkou běžné mateřské školy dostala paní Jana informaci, že by musela o finance požádat krajský úřad. Ten asistenta pedagoga by určitě podpořil, nicméně finanční prostředky velmi často nepřidělí, jelikož je nemá. Matka se rozhodla si nechat Petra doma a navštívit poradenské zařízení.

Po rozhovoru jsme došli k závěru, že Petr do naší mateřské školy patří a že bude přijat do třídy pro děti s ADHD a já se stala jeho učitelkou.

5.4 První den v mateřské škole

První den v mateřské škole byl těžký pro všechny. S rodiči jsme se dohodli, že první dny budou chodit pouze na dvě hodiny. Petr se seznámil s dětmi. Ostatním dětem se moc líbil, jelikož hodně mluvil, vymýšlel aktivity, hry a byla s ním legrace. Během

ranního rituálu, když jsem ho vyzvala, aby se představil, tak vůbec nereagoval. Na pokyn, ať přijde za mnou a Koskáčkem (maňásek) začal pobíhat po třídě a ukazovat nám, co má v batohu. Při té příležitosti batoh vysypal a začal být neklidný a našťvaný. Nadával, že mu mamka nedala do batohu pití a že ho mít musí. Dětem jsem řekla, že je tady Péťa s námi pouze chvilku a že až bude připravený, tak nám určitě o sobě něco poví a přijde k nám do kruhu. Pracovaly jsme s dětmi dál a Petr k nám přišel asi za 5 minut, sedl si a začal nám vyprávět, že nemá to pití, které potřebuje. Přerušily jsme s dětmi povídání. Jednak jsme se neslyšely a taky jsme byly rádi, že Petr k nám přišel. Tak jsme se přivítali a Petr nám pověděl, že nemá to pití, že pokud ho nebude mít, tak umře. Protože tam má glukopur a musí mít cukry, aby neomdlel a neumřel nám ve školce. Po rituálu jsem šla pro ranní svačinu. Otočila jsem se k výtahu a slyšela jsem, jak padají propisky z mého stolu. Petr viděl na polici PET lahev, vylezl na stůl a chtěl si ji sundat. Stál na klávesnici od počítače a jednou rukou se držel police nad stolem. Než jsem stihla cokoliv udělat, tak byl Petr ze stolu dole a mával matce, která ho přišla vyzvednout. Byla jsem vyděšená, že se mu mohlo něco stát, že jsem to nezvládla. Paní Jana opět měla úsměv, byla milá a vůbec nebyla překvapená, když jsem ji řekla, jak celý den probíhal. Naopak mne ujistovala, že bude určitě hůř, až si Petr zvykne. Dohodly jsme se na výchovných postupech, abychom byli všichni pokud možno jednotní.

5.5 Mateřská škola Motýlek⁵

Základní škola speciální spolu s Mateřskou školou speciální a Praktickou školou jednoletou sídlí v Dlouhé ulici č. 35 v Českých Budějovicích.

Je součástí Mateřské školy, Základní školy a Praktické školy Trhové Sviny. ZŠS poskytuje úplné základy vzdělání žákům:

- I. V přípravném stupni ZŠS.
- II. Se středně těžkým mentálním postižením.

⁵ převzato ze Školního vzdělávacího programu MOTYLÍ KRÍDLA

III. S těžkým až hlubokým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Specifikem naší školy je výchova a vzdělávání žáků s autismem.

Základy vzdělání jsou plněny v rámci povinné školní docházky v 10 postupných ročnících. Pro přípravu na vzdělávání na ZŠS je zřízen přípravný stupeň základní školy speciální. Zařazení dětí probíhá na základě přání rodičů při doporučení poradenského centra.

ZŠ speciální plynule navazuje na vzdělávací program Mateřské školy speciální, která je rovněž součástí naší školy a zároveň připravuje žáky pro studium v Praktické škole jednoleté. Škola se nachází v klidné části sídliště Vltava. Dostupnost MHD. Ze vzdálenějších míst jsou žáci svázeni prostřednictvím České maltézske pomoci Suverénního řádu maltézske rytířů.

Třídy jsou umístěny ve dvou pavilonech bývalé MŠ. Součástí objektu je i školní zahrada. Škola má bezbariérový přístup u každého pavilonu.

Základní škola speciální má kapacitu 60 žáků. Jsou do ní přijímáni žáci s vadami řeči, mentálním, tělesným nebo smyslovým postižením, děti s kombinovanými vadami, po DMO, s Downovým syndromem, děti s pervazivními vývojovými poruchami autistického spektra (PAS), lehkou mozkovou dysfunkcí, hyperkinetickým syndromem, poruchou hybnosti a soustředěnosti, dále děti se sníženou adaptabilitou a děti s psychickými poruchami na základě doporučení pediatra, logopeda a na základě doporučení SPC.

Mateřská škola s celodenním provozem byla zřízena Krajským úřadem České Budějovice s provozem od 1. 9. 2007. Do sítě škol byla zařazena jako součást Základní školy a Praktické školy Trhové Sviny, Nové město 228, 374 01, od 1. 9. 2007.

Kapacita školy je 20 dětí. Maximální počet dětí s poruchou autistického spektra (PAS) v jedné třídě je vzhledem k postižení dětí snížen na 4 - 6. Děti s PAS jsou vzdělávány formou **strukturovaného učení**, jako podpůrné metody jsme zvolili **alternativní formy vzdělávání** – senzomotorické stimulační, bazální stimulační, zrakové a čichové stimulační, aromaterapie, canisterapie, hipoterapie nebo hiporelaxaci, chromoterapii a orofaciální stimulační.

Mateřská škola je umístěna v prvním patře budovy ZŠ speciální, Dlouhá 35, České Budějovice. Mateřskou školu jsme pojmenovali “Motýlek“, jednotlivé třídy jsou označené podle druhu motýlků – **žlutásci, modrásci**.

Prostory tříd jsou rozděleny na hrací a pracovní kouty, které poskytují dětem i pedagožkám dostatek možností k individuálním činnostem, hře i práci. Prostor je variabilní a učitelka ho může přizpůsobovat potřebám jednotlivých dětí pomocí mobilních paravánů.

K mateřské škole patří **školní zahrada**, která je vybavena dvěma pískovišti, průlezkami, kolotočem, altánkem, domečkem, trampolínou a sprchou. Škola je vybavena tříkolkami, koly a odstrkovadly, na kterých děti mohou jezdit na zahradě školy.

Finanční prostředky na vybavení a provoz školy jsou přidělovány formou finančního rozpočtu od Krajského úřadu České Budějovice a dále od rodičů, kteří podle směrnice ke stanovení výše úplaty za předškolní vzdělávání platí stanovenou částku (Vyhláška 43/2006 MŠMT o předškolním vzdělávání).

Všechny třídy pracují se stejným školním vzdělávacím programem. Každá třída má vypracovaný třídní vzdělávací program, který odpovídá individuálním možnostem a potřebám vzdělání každého dítěte.

6 Případová studie – Petr

6.1 Osobní údaje

Jméno dítěte: Petr
Datum narození: 23. 6. 2006
Místo narození: Ostrava
Bydliště: Hluboká nad Vltavou

6.2 Rodinná anamnéza

Matka: Jana
Zaměstnání: V domácnosti
Bydliště: Hluboká nad Vltavou
Stav: Vdaná

Otec: Jan
Zaměstnání: Neznámé
Bydliště: Hluboká nad Vltavou
Stav: Ženatý

Sourozenci

- jedna starší sestra **Michaela** (umístěna ve stejné rodině)

Z rozhovoru s matkou je Petr v péči pedagogicko-psychologické poradny v místě bydliště. Byl mu přislíben asistent při nástupu do MŠ. Matka se synem navštěvují logopeda s poruchou výslovnosti hlásky „r“, kde však Petr odmítá spolupracovat. Chlapec je rád s mámou v kuchyni, vaří a peče. Má v oblibě pohybové

hry (jezdí rád na kole, kope míčem, plave a bruslí). Z přímého rozhovoru s Petrem sděluje, že je s mámou doma. Petra baví pohybové hry, rád se houpe na houpačkách. Petr navázal kontakt bez větších obtíží, rychle, bez zábran a dobře verbálně komunikoval. Petr byl pozitivně laděný, vykazoval přiměřenou míru sociální vstřícnosti. V jeho chování se projevoval značný pohybový neklid, netlumená spontaneita. Byl upoután prakticky vším, podněty se pro něho nelišily z hlediska významnosti. Se mnou spolupracoval, ale kvalita pozornosti prudce kolísala. Byl ve velmi silném psychomotorickém neklidu, přesto ale dokázal pozornost po určitý čas silně koncentrovat. Aktivní řeč je gramaticky přiměřeně vyspělá, usuzovat lze na bohatou slovní zásobu. Ke konci rozhovoru u Petra nastupuje únava.

6.3 Lékařská anamnéza⁶

Petr společně se svými rodiči navštívil v roce 2011 Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze, Ústav dědičných metabolických poruch VFN a 1. LF UK, ambulanci psychologa. Vyšetření bylo zaměřeno na zhodnocení aktuálního psychomotorického vývoje dítěte. Za hlavní problém bylo označeno metabolické onemocnění (deficit MCAD).

Z výsledků testů z psychologické ambulance:

Stanford-Binetova inteligentní zkouška: zobrazuje celkovou aktuální úroveň intelektu na horní hranici pásma průměru (mentální věk 5 let 5 měsíců, chronologický věk 5 let 9 dní) Má kvalitní slovní zásobu. Učí se počítat.

Grafický projev: v testu obkreslování se chlapec zvládá kruh, křížek a čtverec. Kresba lidské postavy má již trup, nápadné jsou však potíže s uspořádáním v prostoru a změny tlaku.

Rorschachův test: objevují se ještě nutkavé setrvávání a znovu vybavování dojmů, dítě rozumí a chápe smysl dotazování i přes kolísající pozornost a rychlou unavitelnost.

⁶ převzato z ambulantní lékařské zprávy VFN a 1. LF UK

Diagnostická rozvaha: jedná se o chlapce s metabolickým onemocněním. Aktuální intelektové výkony se pohybují na horní hranici pásma průměru. Spolupráce byla rušena projevy hyperkinetické poruchy. Oproti minule je dítě více schopno přijmout úkol a vyrovnat se s ním.

Závěr: hyperkinetická porucha na bázi metabolického onemocnění. V řeči dyslálie⁷. Kresba nese znaky organicity⁸.

Doporučení: docházka na logopedii se i nadále jeví jako nutná, vhodné by bylo zařazení dítěte do kurzu grafomotoriky. Při práci s dítětem tolerovat projevy metabolického onemocnění: vyčkat při přechodu z jednoho úkolu na jiný (oslabená pozornost) a umožnit pohybové uvolnění (psychomotorický neklid).

6.4 Pedagogické-psychologická anamnéza⁹

Z psychologického vyšetření:

V jeho chování se projevuje pohybový neklid. V úkolové situaci ale spolupracuje, má zájem o předkládané úkoly, lépe mu vyhovuje rychlejší střídání úloh než dlouhodobější zaměstnání – to je spojeno s nástupem únavy a poklesem motivace. Má bohatou slovní zásobu. Ve zkoušce, která sleduje úroveň kognitivního vývoje, podává dítě vztaženo k věkové normě poněkud nevyvážený výkon. I lépe, než je průměrný výkon příslušný jeho věku, obstojí v úkolech, které zjišťují schopnost usuzování – posuzuje se jimi abstraktní myšlení i konkrétní myšlení. V úkolech, kde musí chlapeček uplatňovat prostorový vhled, podává podprůměrný výkon vzhledem k věku. Nutno připomenout, že výkony chlapce v oblasti kognitivních schopností negativně vymezují poruchy aktivity a závady v pozornosti – dosažená výkonnost jistě podhodnocuje skutečnou schopnost.

Chlapeček napodobí kruh, čtverec i trojúhelník, obtíže činí nápodoba kříže. Kresba lidské postav má hlavu (*znázorněny s různou mírou úspěšnosti jsou i části obličeje*), trup a zjednodušeně končetiny – čára i čárání na místě, kde by měli být. Tlak

⁷ patlavost

⁸ např. nápadně větší sklon nakreslené lidské postavy, dvojité, roztřesené, přerušované a nenavazující linie

⁹ převzato z odborného vyšetření Pedagogicko-psychologické poradny

na tužku je silný, tah dynamický, ale i nebrzděný a dosti náhodný. Lze předpokládat poněkud pomalejší rozvoj v oblasti grafomotoriky.

Závěr z psychologického vyšetření – doporučení:

Z psychologického hlediska je pro řádný psychosociální vývoj dítěte s též pro úspěšnost budoucího zaškolení velmi prospěšná, v některých aspektech nezbytná docházka do předškolního zařízení. S ohledem na metabolické onemocnění a léčbu s ním spojenou a také pro ADHD symptomatiku jde ve smyslu školského zákona (Zákon 561/2004 Sbírky, § 16, odst. 3) o dítě se zdravotním znevýhodněním a tudíž speciálními vzdělávacími potřebami, které je žádoucí při docházce do mateřské školy zajistit prostřednictvím (s dopomocí) asistenční služby.

Vhodné omezit dobu pobytu v mateřské škole zatím na dopolední, případně dopolední až popolední program. Asistent pedagoga je důležitý při zajištění opatření k přizpůsobení se dítěte školnímu prostředí, ale též jako pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti. Nutno je dbát na dodržování individuálních režimových potřeb dítěte vztahujících se k léčbě metabolického onemocnění. Symptomatika ADHD určuje nezbytnost zvýšeného dohledu nad činnostmi dítěte, častého kontaktu pedagogického pracovníka s dítětem, uzpůsobení pracovních podmínek při zaměřené činnosti s ohledem na nepřiměřenou pozornost dítěte, což nelze bez asistenční služby v mateřské škole řádně zajistiti. Účast asistenta pedagoga je potřebná při osvojování režimových návyků a sociálních dovedností dítěte. Důležitý je též podíl asistenta při realizaci rozvoje grafomotoriky, vnímání myšlení, pozornostních a pracovních návyků v souvislosti s přípravou na vstup do školy.

7 Pohled učitelky speciální mateřské školy

Sdělení mateřské školy¹⁰

Petr je chlapec drobnější postavy. Je diagnostikována hyperkinetická porucha na bázi metabolického onemocnění. Rád vyhledává pohybové aktivity, má dobrou fyzickou kondici. Řeč je gramaticky přiměřeně vyspělá. Při překotné mluvě špatně vyslovuje písmeno Ř. Časté drobné úrazy pod vlivem hyperaktivity. Lateralita vyhraněna – pravák.

Chlapec je během dne velmi často pohybově neklidný, nesoustředěný. Jedná impulzivně, vnáší do kolektivu neklid až nervozitu. Při fyzickém kontaktu s chlapci dochází k potyčkám, které sám rád vyprovokuje. Za své chování se odmítá omluvit. Je málo empatický vůči spolužákům. Obtížně usíná, poruchy spánku jsou medikovány.

Petr je samostatný v sebeobsluze a v hygieně. Při zvýšené psychické zátěži se jeví nevyrovnaně. Jeho pozornost je krátkodobá, rozptýlená. Paměťové schopnosti jsou na lepší úrovni. Zadané úkoly rychle splní, ale s chybami. Je zbrklý a málo trpělivý.

Aktivní řeč je přiměřená věku. Rád sděluje své zážitky, povídá a vypráví. Má výbornou slovní zásobu. Velmi zdatně popíše obrázek, děje. Nepatrně přetrvávají dyslalické obtíže. Další nedostatky má Petr v grafomotorice. Tyto aktivity ho nebaví a vykonává jen zřídka. Kresba lidské postavy není zvládnutá, chybí důležité části těla, detaily (oči, uši). Úroveň hry odpovídá věku. Kooperativní hry nevyhledává. Vnáší do her agresivitu a neklid. Je rád dominantní, drobné obtíže s autoritou.

Mezi vrstevníky má oblíbeného kamaráda, děti Petra vnímají velmi intenzivně, napodobují jeho vzorce chování. Spolužáci jsou k němu přátelští, těší se něj, přibírají ho do kooperativních her. Velmi rychle a dobře se adaptuje na změny, pokud jsou mu vysvětleny.

Dosahuje takové úrovně školní zralosti, že může navštěvovat základní školu za předpokladu dodržování individuálního přístupu v maximální možné míře.

¹⁰ převzato ze Sdělení mateřské školy

Potíže s umístěním dětí s ADHD jsou stále častější. Běžné mateřské školy tyto děti přijímat nechtějí, jelikož nemají vhodné podmínky pro vzdělávání. Třídy jsou naplněny do maximální kapacity 28 žáků a ještě je to málo. Bohužel i jedno dítě se zdravotním postižením či znevýhodněním „naruší“ provoz a výchovně vzdělávací proces. Učitelky běžných mateřských škol jim nemůžou věnovat náležitou individuální a speciálně pedagogickou péči vzhledem k počtu dětí ve třídách a odborné kvalifikaci. Problémem je, že ještě není plně zaveden funkční systém skupinových integrací při běžných mateřských školách, kde by pracovali speciální pedagogové. Mimo jiné je škoda, že neexistuje systém, kdy by speciální pedagogové pracovali nebo docházeli do běžných mateřských škol a poskytovali poradenství a podporu pedagogům a rodičům. Rozpočet školství je čím dál nižší a školy nemají finanční prostředky na zřízení pracovní pozice asistenta pedagoga a zároveň rodiče nemají dost peněz na nákup sociálních služeb ve formě osobní asistence.

Za další problém považuji umístění bez zdravotního, mentálního či tělesného postižení do systému speciálního školství. Jak jsem již výše uvedla, běžné mateřské školy děti s ADHD přijímat nechtějí a speciální školství je dost často přijmout nesmí, jelikož nemají tzv. diagnózu. Často se potýkáme s tím, že dítě přijde k zápisu z běžné MŠ se zprávou od paní učitelky, že je dítě „neposlušné, agresivní, nespolupracuje aj.“. To ovšem není důvod k přijetí do speciální MŠ. Zde vidím zákonnou díru v systému, kde by mohlo nastat v nejhorším případě i vyloučení z vzdělávacího proudu předškolního vzdělávání. Kapacity poradenských center jsou naplněny, čekací doba na psychologické vyšetření je i tři měsíce.

Kromě toho vše záleží na zřizovateli, řediteli, poradenských centrech a v neposlední řadě na souhlasu rodičů s umístěním dětí do speciálních tříd a škol (Veitová, Eva. MŠ, ZŠ a PrŠ Trhové Sviny, Nové Město 228, Trhové Sviny, 10. 4. 2013).

IV. ZÁVĚR

Tato práce měla za cíl seznámit čtenáře s obtížemi, které jsou projevem ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) a nastínit problematiku umístění a následné adaptace těchto dětí do prostředí mateřské školy.

Teoretická část je rozdělena do několika částí. První z nich pojednává o předškolním věku dítěte a jeho potřebách. Čtenář se zde může seznámit s motorickým, kognitivním a emočním vývojem dítěte v tomto věku. Problematice ADHD je vymezena další částí práce, ve které se uvádí charakteristika symptomu, diagnostická kritéria a celkový vývoj onemocnění. Poslední dvě části teoretické části jsou zaměřené na systém péče o děti předškolního věku s tímto onemocněním, možnosti podpory a pomoci těmto dětem. Jsou zde nastíněna různá poradenská zařízení, kam se mohou rodiče těchto dětí obrátit a také alternativní léčebné postupy a možná farmakoterapie.

V empirické části jde o kvalitativně orientovaný výzkum prostřednictvím jedné případové studie. Předkládám zde případovou studii konkrétního chlapce s diagnózou ADHD předškolního věku a jeho umístění do speciální mateřské školy. Díky této části, která byla zpracována na základě rozhovorů s rodiči, samotným dítětem, učitelkou ve speciální mateřské škole a na základě několika odborných zpráv (lékařská, pedagogicko-psychologická, psychologická) jsem získala mnoho cenných informací.

Sama jsem měla možnost velmi podrobně prozkoumat historii rodiny a samotného chlapce, který byl do speciální mateřské školy přijímán pouze s diagnostikou ADHD. Při zpracování této práce jsem se setkala s mnoha informacemi o samotné problematice ADHD. Rozšířil se mi pohled o možnosti a způsoby práce s těmito dětmi, které jsem měla možnost si i vyzkoušet v praxi. Na konkrétní případové studii chlapce jsem měla možnost si nastudovat podrobně informace z lékařských, psychologických a pedagogicko-psychologických zpráv, které mě velmi pomohly při sestavování celé případové studie. Rozhovory s rodiči, učitelkou a samotným chlapcem jen dokreslily mé předpoklady k umístění chlapce do speciální mateřské školy. Za negativa při tvorbě této práce mohu označit časovou tíseň a spousty neodborné literatury, se kterou jsem se setkala převážně na internetu.

Na závěr bych ráda poděkovala všem zúčastněným osobám při mém empirickém výzkumu, které mi byly ochotny informace sdělit a zrealizovat tento výzkum. Věřím, že tato práce bude nápomocná všem, kteří se chtějí o problematice ADHD u předškolních dětí dozvědět více.

8 Seznam použité literatury

1. ATKINSON, R. L. a kol. *Psychologie*. 2 aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
2. ČAČKA, O. *Psychologie dítěte*. 2. doplněné vyd. Tišnov: SURSUM, 1996. ISBN 80-85799-03-0.
3. ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-880-8.
4. DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.
5. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
6. GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4.
7. HÁJKOVÁ, V. a kol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Somatopedická společnost, Praha: 2009. ISBN 978-80-904464-0-3.
8. HÁJKOVÁ, V. *Integrativní pedagogika*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2005. ISBN 80-86856-05-4.
9. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
10. KOŤÁTKOVÁ, S. *Dítě a mateřská škola*. Havlíčkův Brod: tiskárny Havlíčkův Brod, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1568-1.
11. KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.
12. LANIADO, N. *Máte neklidné dítě?* Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-868-6.
13. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

14. MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 2. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-627.
15. MICHALOVÁ, Z. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. ISBN 80-7311-075-X.
16. MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-430-4.
17. OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. 2. přepracované a rozšířené vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5266-6.
18. PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.
19. PRŮCHA, J. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: portál, 2009. ISBN 978-80-7367-546-2.
20. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
21. ŘÍČAN, P. *Cesta životem, vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7178-829-5.
22. SYSLOVÁ, Z. *Autoevaluace v mateřské škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0183-0.
23. ŠAUEROVÁ, M. a kol. *Speciální pedagogika v praxi*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4369-1.
24. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
25. TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.
26. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie, dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-246-0956-8.

27. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Portál, 1998. IBSN 80-7178-269-6.
28. ZAHÁLKOVÁ, M. *Pediatric pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1995. IBSN 80-210-1008-8.
29. ZEMÁNKOVÁ, M., VYSKOTOVÁ, J. *Cvičení pro hyperaktivní děti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. IBSN 978-80-247-3278-7.
30. ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha, 2010. IBSN 978-80-247-2697-7.
31. ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D. *Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. Praha: D+H, 2007. IBSN 978-80-903869-1-4.
32. ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D. *Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro rodiče a vychovatele*. Praha: D+H, 2007. IBSN 978-80-903869-0-7.
33. ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D. *Relaxace nejen pro děti s LMD*. Praha: D+H, 2005. IBSN nemá.
34. ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D. *Relaxace nejen pro děti s ADHD*. Praha: D+H, 2008. IBSN 978-80-903869-8-3.

Platná legislativa

35. Zákon č. 561/2004 Sb. *o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*. In. Texty zákonů, právní stav ke dni 27. 9. 2010. Ostrava: Sagit, 2010. IBSN 978-80-7208-825-6.
36. Vyhláška č. 147/2011 ze dne 25. května 2011, kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb. *o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*.

Bakalářské práce

37. DEJLOVÁ, B. *Život dítěte v náhradní rodinné péči*. (Bakalářská práce) Praha: PedF UK, 2012. 63 s.

Citace ústního sdělení

38. VEITOVÁ, EVA. MŠ, ZŠ a PrŠ Trhové Sviny, Nové Město 228, Trhové Sviny, 10.4. 2013).